

Ansätze zur Verbesserung der haus- und kinderärztlichen Versorgung für Bielefeld

Redaktion:

**Anja Ritschel
Marita Kleiner
Dirk Cremer
Dr. Peter Schmid**

**unter Beteiligung der
„AG ärztliche Versorgung“
der Kommunalen Gesundheitskonferenz**

Bielefeld, November 2018

I. Problembeschreibung

Die ambulante ärztliche Versorgung wird von etwa 90% der Bevölkerung mindestens einmal pro Jahr wahrgenommen und stellt somit einen zentralen gesundheitlichen Versorgungsbereich dar. Die Bundesärztekammer hat wiederholt auf drohende Engpässe in der Patientenversorgung durch Mangel an Ärztinnen und Ärzten hingewiesen.

Die Problematik zeigt sich bundesweit, insbesondere in den ländlich geprägten Regionen. Der Deutsche Städte- und Gemeindebund beklagt eine ungleiche Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland – so gibt es in manchen Regionen Deutschlands eine Überversorgung, in anderen aber mittlerweile ein Defizit. Auch innerhalb der Großstädte ist häufig die Dichte mit Ärztinnen und Ärzten des ambulanten Sektors im Stadtzentrum größer als in den Außenbezirken. Das Nebeneinander von Unter- und Überversorgung führt zu disparaten Versorgungsstrukturen, die durch die demografische Entwicklung und die Altersstruktur der Ärzteschaft noch zunehmen werden.¹

Die Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung ist insofern eine gesellschaftliche Herausforderung.

Dabei hat die Zahl der berufstätigen Ärzt/innen in Deutschland grundsätzlich zugenommen. 1990 wurden noch 237.750 Ärzt/innen gezählt; für 2017 weist die Bundesärztekammer eine Zahl von 385.149 aus.² In dieser Steigerung ist auch ein deutlicher Zuwachs im stationären Bereich enthalten. Bezogen auf den ambulanten Bereich ergibt sich rein rechnerisch, dass 1990 bundesweit auf einen ambulant tätigen Arzt/Ärztin 864,0 Einwohner/innen (EW) kamen, während es im Jahr 2017 nur noch 534,7 EW waren. Die Zahlen sind allerdings bzgl. der hausärztlichen Versorgung nur begrenzt aussagekräftig, da in den letzten Jahrzehnten eine verstärkte Spezialisierung im ambulanten Bereich zu verzeichnen war – auch diese spiegelt sich in den Zahlen wider.

In Bielefeld gibt es bereits unbesetzte Hausarztpraxen. Viele niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte in Bielefeld sind zudem über 60 Jahre alt und gehen in den nächsten Jahren in den Ruhestand. Nachfolger/innen werden dringend gesucht und kaum gefunden. Es droht außerdem ein Mangel an Facharztpraxen in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung. Ein ausreichend dichtes Netz an Haus- und auch an Facharztpraxen „Kinderärzte“ ist erforderlich, um eine gute ambulante ärztliche Versorgung in Bielefeld weiterhin zu gewährleisten.

Problemanzeigen kamen u.a. aus den Bezirksvertretungen Senne und Sennestadt. Im Sozial- und Gesundheitsausschusses wurde dazu am 16.05.2017 von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), der Bielefelder Hausärzteinitiative und dem Obmann der Kinder- und Jugendärzte berichtet (s. hierzu Auszug aus der Niederschrift der Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses vom 16.05.2017, Anlage 1).

¹ DStGB, Position, 25.07.2017

² Ärzte Zeitung online, 29.06.2018

Am 26.04.2018 beauftragte der Rat der Stadt Bielefeld die Verwaltung, ein Konzept für Bielefeld zu entwickeln, das nachhaltig sicherstellt, wie vor allem die kassenärztliche Versorgung in allen Stadtteilen gewährleistet werden kann.

II. Bielefelder Gesundheitsziele 2022, Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Die Thematik der ambulanten ärztlichen Versorgung wurde in die Fortschreibung der Bielefelder Gesundheitsziele 2017 – 2022, die vom Rat der Stadt in seiner Sitzung am 28.09.2017 mit großer Mehrheit beschlossen wurden, aufgenommen. Das gesetzte Ziel lautet:

„Eine haus- und fachärztliche Unterversorgung gilt es entsprechend der Bedarfsplanungsrichtlinie für die ambulante ärztliche Versorgung in Bielefeld zu verhindern“. Parallel zur Entwicklung der Bielefelder Gesundheitsziele nahm auf Initiative der Gesundheitsverwaltung eine Arbeitsgruppe zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ihre Arbeit auf.

Die ersten Treffen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung (KVWL), der Ärztekammer (ÄKWL), dem Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft (ZIG), den Vertretern der Bielefelder Hausärzteinitiative (IBH) und der Verwaltung fanden am 28.10.2016 und 03.03.2017 statt.

Seit der Verabschiedung der Gesundheitsziele 2017-2022 wird die Arbeitsgruppe unter dem Dach der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) weiter geführt. Sie wurde um jeweils einen Vertreter bzw. eine Vertreterin der Bielefelder Kinder- und Jugendärzte, der WEGE – Wirtschaftsentwicklungsgesellschaft Bielefeld mbH und der Patientenvertretung erweitert.

Im Mai 2018 traf sich die Arbeitsgruppe, um sich erstmals mit der Umsetzung des Ratsbeschluss vom 26.04.2018 zu befassen.

III. Beschluss des Rates vom 26.04.2018

Der Rat der Stadt Bielefeld beschäftigte sich in seiner Sitzung am 26.04.2018 mit der Thematik (Beratungsgrundlagen Drucksachen Nummern: 6428/2014-2020, 6586/2014-2020, 6603/2014-2020) und fasste einstimmig den nachfolgenden Beschluss:

Konzept für die kassenärztliche Versorgung in Bielefeld – Beschluss

1. Die Verwaltung wird beauftragt, in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eine Bestandsanalyse der Ärzteversorgung in Bielefeld mit besonderem Blick auf die Stadtbezirke, die qualitative und quantitative Versorgung (Verhältnis Ärzte und Patienten aller wesentlichen Fachrichtungen) zu erstellen. Zudem soll diese Analyse eine mögliche Entwicklung der Ärzteversorgung für die nächsten 10 Jahre aus heutiger Sicht aufzeigen.

2. Die Verwaltung wird beauftragt, auf Grundlage der Bestandsanalyse in Abstimmung mit der Ärztekammer, der Hausärzteinitiative, der Kassenärztlichen Vereinigung, der ZIG OWL und der WEGE Möglichkeiten zur Absicherung der ärztlichen (Grund-) Versorgung inklusive der Kinder- und Jugendarztpraxen in den Stadtteilen aufzuzeigen. Hierbei sind auch Ideen wie interdisziplinäre Ärztehäuser oder Verbundpraxen mit einzubeziehen.
3. Die Verwaltung wird beauftragt, insbesondere in Abstimmung mit der Ärztekammer, der Hausärzteinitiative, der Kassenärztlichen Vereinigung, der ZIG OWL und der WEGE, die Bestandsanalyse und ein Konzept für Bielefeld zu entwickeln, das nachhaltig sicherstellt, wie vor allem die kassenärztliche Versorgung in allen Stadtteilen gewährleistet werden kann. Die Bestandsanalyse und das Konzept sind im Sozial- und Gesundheitsausschuss, im Haupt-, Wirtschaftsförderungs- und Beteiligungsausschuss und abschließend in der Dezember-Sitzung des Rates vorzustellen.

IV. Umsetzung des Beschlusses – Herangehensweise/ Konzept für Bielefeld

Aufgrund der komplexen Strukturen und insbesondere der begrenzten Handlungsspielräume seitens der Kommune kann hier kein fertiges Konzept erstellt werden. Gleichwohl sind durch die gemeinsamen Anstrengungen der Akteure Lösungswege in Sicht. Es stellte sich also die Frage, wie dies für Bielefeld im Rahmen des rechtlichen und regulatorischen Umfeldes aussehen kann. Schlüssige – ggf. übertragbare – Konzepte scheinen auf kommunaler Ebene nicht vorzuliegen.

Im Kommunalbüro für ärztliche Versorgung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit wurde 2012/13 eine strukturierte Literaturrecherche nach Studien zu niederlassungsfördernden und/oder -hemmenden Faktoren durchgeführt. Die Studienergebnisse wurden analysiert und es wurden diejenigen Faktoren identifiziert, auf die Kommunen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten Einfluss nehmen können. Von den identifizierten Studien befassten sich lediglich vier mit der hausärztlichen Versorgung.

Es zeigte sich (bei allen Unsicherheiten in Bezug auf das methodische Niveau und die geringe Evidenz der Studien), dass Handlungsoptionen der kommunalen Ebene insbesondere in der Gestaltung und Beeinflussung von Rahmenbedingungen und Lebensqualitätsaspekten liegen. Die sog. weichen Standortfaktoren sollten stärker als bisher in den Blick genommen werden, da sie Niederlassungsentscheidungen offenbar stärker beeinflussen als gemeinhin angenommen (siehe hierzu auch VII Punkt 2 Standortmarketing).

Unabhängig von der Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung können Kommunen im Rahmen des kommunalen Gesundheitsmanagements notwendige Entwicklungen vor Ort initiieren, moderieren und strate-

gisch begleiten, um zur flächendeckend bedarfsgerechten Versorgung beizutragen.³

Von Seiten des Bundesgesetzgebers soll zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (TSVG) auf den Weg gebracht werden, das u.a. mittels Ausweitung der Sprechstundenzeiten das Angebot verbessern will. Der Referentenentwurf liegt vor. Dieses Konzept wird von Seiten der niedergelassenen Ärzteschaft kritisch gesehen, obwohl es mit einer besseren Vergütung einhergeht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung lehnt die Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten und der offenen Sprechstunden als viel zu starken Eingriff in die Praxisabläufe ab. Die Bundesärztekammer sieht zwar diskussionswürdige Ansätze im Terminservice- und Versorgungsgesetz. Es fehlten aber die Ärzte, um die geplanten Vorgaben umsetzen zu können. Das sieht auch der Deutsche Hausärzteverband so. Er fordert zudem, dass die Entscheidung, in welcher Form offene Sprechstunden angeboten würden, den Ärzten vorbehalten bleibe.⁴

Auf Landesebene NRW hat der Entwurf eines Landarztgesetzes („Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen besonderen öffentlichen Bedarf-LAG NRW“) die Situation in den Städten bisher leider nicht im Blick. Die Stadt Bielefeld hat in ihrer Stellungnahme (Anlage 2) an den Stadtag NRW auf die Problematik hingewiesen und für weitere Unterstützung geworben.

Die KVWL hat verschiedene Steuerungsinstrumente wie das Förderverzeichnis zur Sicherung der ambulanten Versorgung nach § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V für unterversorgte Bezirke, das aktuell in Senne und Sennestadt zum Tragen kommt, mit Prämien bis zu 50.000 Euro pro wiederbesetzter Praxis. Des Weiteren kann sie Sonderbedarfe in Fachgruppen wie Kinder- und Jugend-Ärzt/innen dort unterstützen, wo eine Unterversorgung relativ (insbesondere von den Eltern registriert: lange Wege, keine Termine, selbst für Impfungen oder U-Untersuchungen), jedoch nicht nach den Berechnungszahlen der Bedarfsplanung vorliegt.

All diese Maßnahmen bringen jedoch bislang keine zusätzlichen Ärztinnen und Ärzte nach Bielefeld. Bis die Fakultät für Medizin in Bielefeld hier wirksam werden kann, werden 10-12 Jahre vergehen. Es müssen daher insb. Zwischenlösungen gefunden und aktuelle Entwicklungen in die richtige Richtung gelenkt werden.

3

https://www.lgl.bayern.de/downloads/aus_fort_weiterbildung/doc/2017_fachtagung_versorgung_poster_handlungsoptionen_kommunen.pdf

⁴ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/199328/Terminservice-und-Versorgungsgesetz-Mehr-Sprechstunden-mehr-Geld>

V. Grundlagen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

Gesetzliche Grundlagen- Kassenärztliche Vereinigung

Für die Sicherstellung, Verbesserung und Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung sind nach den Bestimmungen des SGB V grundsätzlich die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig. Gemäß § 75 Abs. 1 SGB V (in der Fassung vom 17.08.2017) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe (KVWL) ist für das Gebiet der Stadt Bielefeld zuständig. Sie muss sich bei der Feststellung des Versorgungsbedarfs, der Steuerung der räumlichen Verteilung der Ärztinnen und Ärzte sowie der Steuerung von Über- und Unterversorgung u.a. an der Bedarfsplanungsrichtlinie für die vertragsärztliche (einschließlich psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten) Versorgung orientieren. Gemäß § 2 kann von ihr unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten abgewichen werden (im Sinne des § 99 Absatz 1 Satz 1 SGB V).⁵ Außerdem kann unter bestimmten Voraussetzungen ein Sonderbedarf geltend gemacht werden (§101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V). Die Entscheidung einer Neu- oder Nachbesetzung von Arztsitzen wird vom entsprechenden Zulassungsausschuss getroffen, in denen die Selbstverwaltung, hier die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung, gleiche Stimmenanzahl haben (sog. Bänke) und Patientinnen- und Patientenverbände gehört werden. Die KVWL erarbeitet die Entscheidungsgrundlagen entsprechend der Bedarfsplanungsrichtlinie.

Gesetzliche Grundlagen - Kommune

Die Verantwortung der Kommunen für die örtliche gesundheitliche Versorgung ergibt sich aus der Aufgabenbeschreibung im § 6 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW). § 6 Abs. 1 Ziffer 6 des ÖGDG NRW weist der unteren Gesundheitsbehörde die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung zu. Das meint in Verbindung mit § 3 ÖGDG NRW die Zusammenarbeit der Leistungsträger,

⁵ Regionale Besonderheiten können sein: 1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen), 2. die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten), 3. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf), 4. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geographische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten) sowie 5. Infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/ Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).

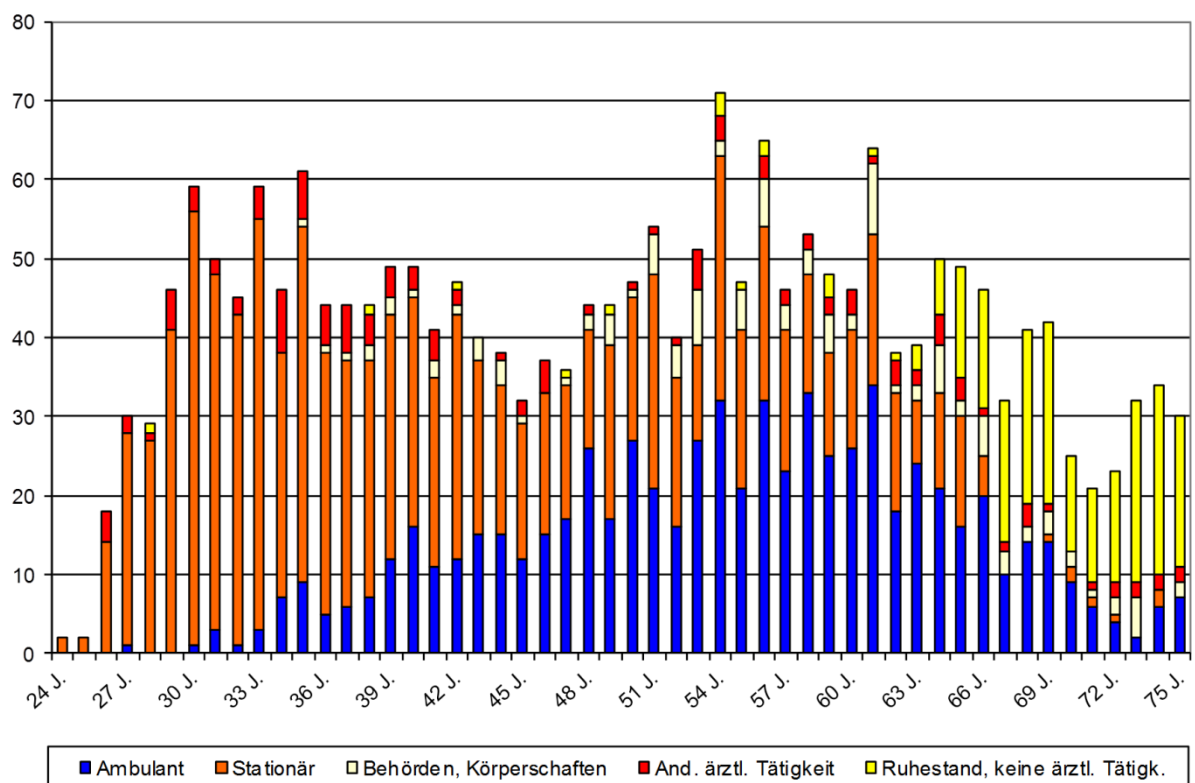
Kostenträger und Patientenvereinigungen, das Hinwirken auf gegenseitige Information und Koordination u.a. über die Kommunale Gesundheitskonferenz sowie die Anregungen von Maßnahmen gegenüber den – entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip – vorrangig zur Leistung Verpflichteten.

VI. Bestandsanalyse der haus- und kinderärztlichen Versorgung in Bielefeld

Altersstruktur der Bielefelder Ärzteschaft insgesamt

In Abbildung 1 zeigt sich, dass die Gesamtzahl der Ärzt/innen in Bielefeld in den verschiedenen Versorgungsbereichen in der Altersgruppe 51 bis 61 Jahre deutlich besser besetzt ist als in der Altersgruppe 36 bis 50 Jahre. Dies resultiert aus der sogenannten „Ärztenschwemme“, die etwa Anfang der 1990er Jahre durch Regulierung, einer größeren Reform der vertragsärztlichen Bedarfsplanung von 1977, begrenzt wurde.

Abbildung 1 - Anzahl der insgesamt in Bielefeld tätigen Ärztinnen und Ärzte nach Alter und verschiedenen Versorgungsbereichen *

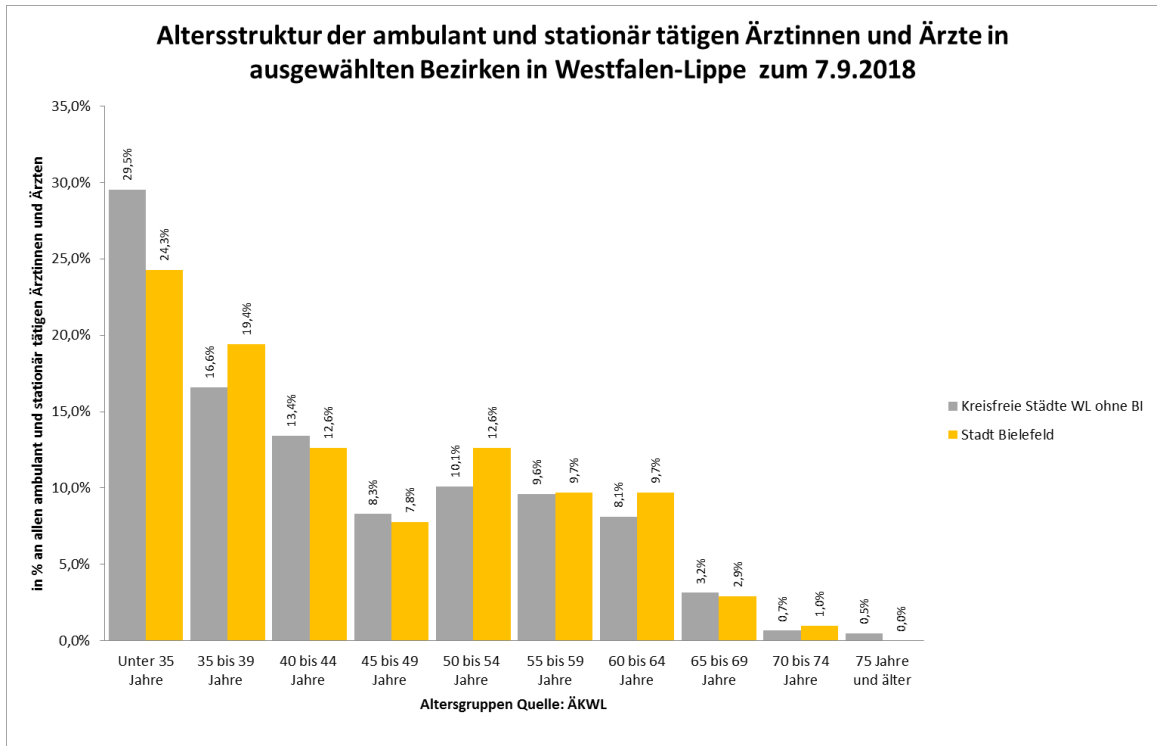


Außerdem ist zu erkennen, dass u.a. aufgrund der Facharztausbildungszeiten erst ab der Altersgruppe 45-50 Jahre mehr Ärztinnen und Ärzte im ambulanten als im stationären Bereich tätig sind.

Der Vergleich der Altersstrukturen der Bielefelder Ärzteschaft aus dem stationären und ambulanten Sektor insgesamt mit den anderen Kreisfreien Städten in Westfalen-Lippe (WL), zeigt, dass in der Altersgruppe der 50- bis 54-

jährigen und der 60- bis 64-jährigen die höheren Altersgruppen stärker besetzt sind. (Abbildung 2).

Abbildung 2



Ambulanter, vertragsärztlicher Versorgungsgrad (Hausärzt/innen)

Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Bis 2012 lag hier räumlich für die hausärztliche Versorgung der Bezirk kreisfreie Stadt Bielefeld zugrunde (für die Fachgruppe der Kinderärzte gilt dies weiterhin), der zum 1.1.2013 vom sogenannten Mittelbereich abgelöst wurde. Das ist ein vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung festgelegter Bezirk zu dem die Kreisfreie (Groß-) Stadt Bielefeld sowie die Städte Steinhagen, Schloß Holte-Stuckenbrock, Werther, Leopoldshöhe und Oerlinghausen gehören.

Zur Berechnung des Versorgungsgrades wird eine um Altersstruktur der Bevölkerung und Leistungsbedarf (sog. Demografiefaktor) korrigierte lokale Verhältniszahl EW je Ärztin/Arzt bestimmt:

Demografiefaktor (je nach nach Arztgruppen)

$$= \frac{(\text{allgemeiner Altersfaktor unter 65 J.} + (\text{allgemeiner Altersfaktor über 65 J.} \times \text{Leistungsbedarfsfaktor}))}{(\text{regionaler Altersfaktor unter 65 J.} + (\text{regionaler Altersfaktor über 65 J.} \times \text{Leistungsbedarfsfaktor}))}$$

korrigierte Verhältniszahl = Verhältniszahl (Einwohner je Arzt) × Demografiefaktor

Mit ihr wird der korrigierte Versorgungsgrad berechnet:

$$\text{korrigierter Versorgungsgrad} = \frac{\text{korrigierte Verhältniszahl} \times \text{Anzahl Ärzte} \times 100}{\text{Einwohner}}$$

Anzeichen für eine bestehende oder drohende Unterversorgung liegen vor, wenn ein Planungsbereich in der hausärztlichen Versorgung einen Versorgungsgrad von 75% unterschreitet (in fachärztlicher Versorgung: 50%).⁶ In diesem Fall muss die KVWL dann § 105 Absatz 1 SGB V anwenden (siehe oben). Auch eine drohende Unterversorgung – z.B. aufgrund der Altersstruktur der jeweiligen Ärztesgruppe - ist zu kommunizieren.

Übersorgt ist ein Bereich, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad 110% überschreitet.⁷ „In diesem Fall sind gemäß Paragraf 103 SGB V für die jeweilige Arztgruppe im Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.“⁸

Wie intern schon bei einer Auswertung der Geschäftsführungen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen OWL mit Datenstand 2012 festgestellt, war Bielefeld hausärztlich weder unterversorgt noch übersorgt. Der Sicherstellungsauftrag der KVWL wurde erfüllt. Auch nach der neuen Bedarfsplanung wird das formale Kriterium erfüllt (Abb. 3 unten), wobei keine 100% erreicht werden. Im Mai 2018 bezifferte er sich auf 96% bei 261 Hausärzten/innen. Da der korrigierte Versorgungsgrad nicht um 110% überschritten wird, ist der Mittelbereich Bielefeld für Hausärztinnen und Hausärzte nicht gesperrt, d.h. bis der Bezirk gesperrt wäre, könnten noch 35,5 Hausärzte zugelassen werden.⁹

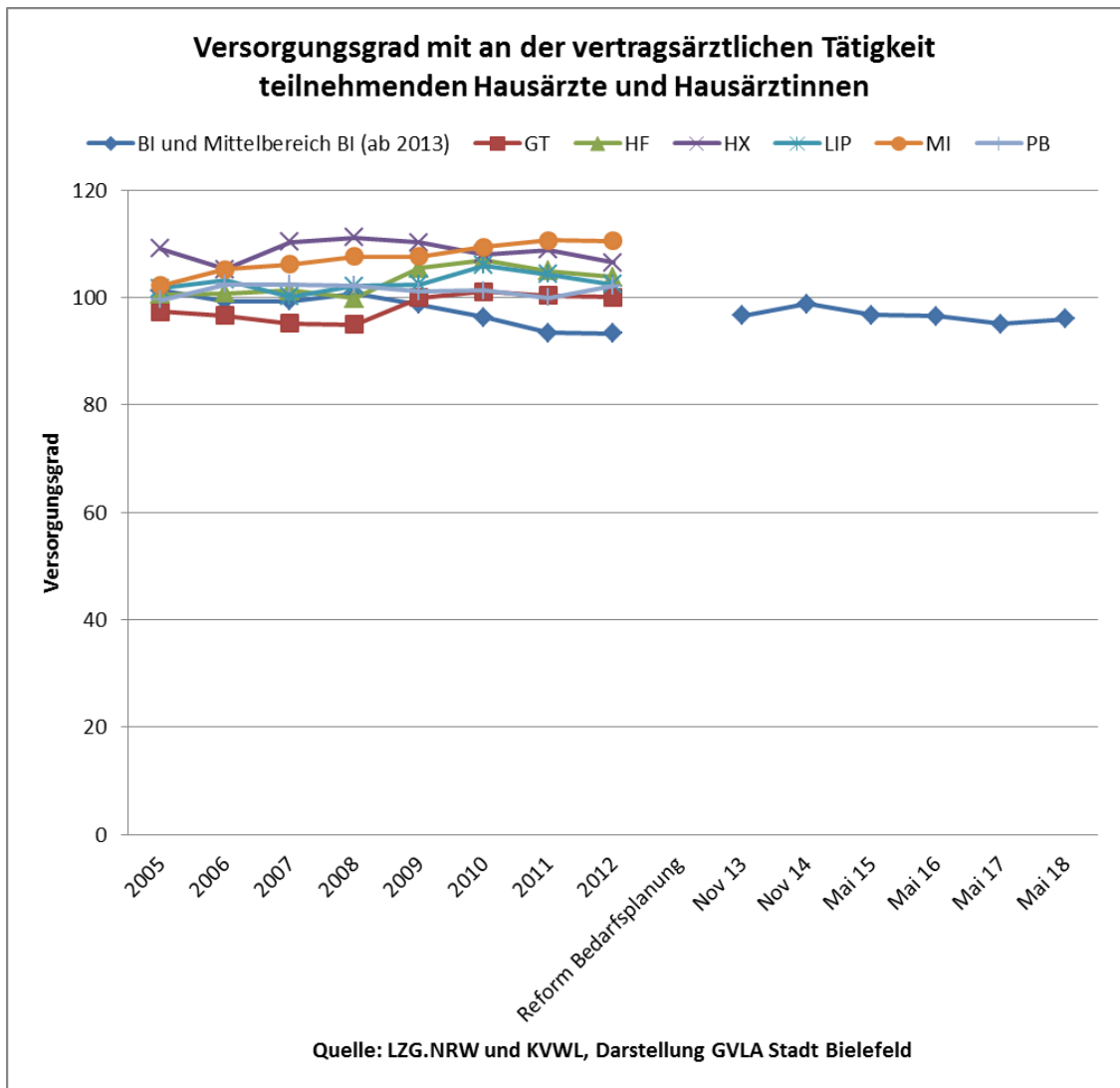
⁶ § 29 1 Satz Anhaltspunkte für Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Übersorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), Stand: 15. Februar 2018.

⁷ § 24 Satz 1 und 2 Feststellung von Übersorgung, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Übersorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), Stand: 15. Februar 2018.

⁸ <https://www.aok-bv.de/lexikon/>, Zugriff November 2018

⁹ www.kvwl.de, Übersicht der allgemein fachärztlichen Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (Stand 15.05.2018), Zugriff Oktober 2018.

Abbildung 3



Es muss allerdings erwähnt werden, dass die Bedarfsplanung zunehmend als zu abstrakt, oft auch unzutreffend angesehen wird. Dies gilt zum einen für die Bevölkerung, die über lange Wartezeiten klagt oder über Schwierigkeiten berichtet, überhaupt einen Hausarzt/eine Kinderärztin zu finden. Der Hinweis, dass Bielefeld noch nicht als unterversorgter Bezirk anzusehen ist, hilft hier nicht weiter.

Aber auch die Ärzteschaft kritisiert, dass die Grundlagen der Bedarfsplanung viele Änderungen im Praxisalltag zu wenig berücksichtigen, die in den letzten Jahren zu einer zusätzlichen Belastung der Ärzt/innen geführt haben. Im hausärztlichen Bereich wird vor allem der Pflegenotstand genannt, aber auch das eigene Personaldefizit sowie ein verstärktes Anspruchsdenken der Patient/innen. Und der Obmann der Kinderärzte hatte bezogen auf seine Kolleg/innen bereits im SGA beschrieben, dass die Vielzahl der (sinnvollen und auch gewünschten) U-Untersuchungen und das verstärkte Erfordernis von Attesten, wenn ein Kind erkrankt (z.B. als Nachweis gegenüber dem Arbeitgeber des jeweils betreuenden Elternteils) zu einer Steigerung der Pati-

ent/innenkontakten führt, die in der Bedarfsplanung bislang keine Berücksichtigung finden.

Diese Problematik ist auf Bundesebene aufgegriffen worden – aktuell gelten aber noch die derzeitigen Berechnungsmodalitäten, weshalb auch hier die derzeitige Bedarfsplanung weiterhin als Grundlage benannt wird.

Altersstruktur der vertragsärztlich, ambulant tätigen Hausärzteschaft

Wie der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen ist, ist die Altersgruppe der 50- bis 64-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte am stärksten vertreten, also eher näher am formalen Rentenalter.

Tabelle 1*

Altersstruktur Hausärztinnen und –ärzte Mittelbereich Bielefeld									
	<35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	>=70
absolut	2	15	21	31	44	48	48	32	20
prozentual an allen Ärzten	0,8	5,7	8,0	11,9	16,9	18,4	18,4	12,3	7,7

* Stand 15.05.2018, Quelle: KVWL.

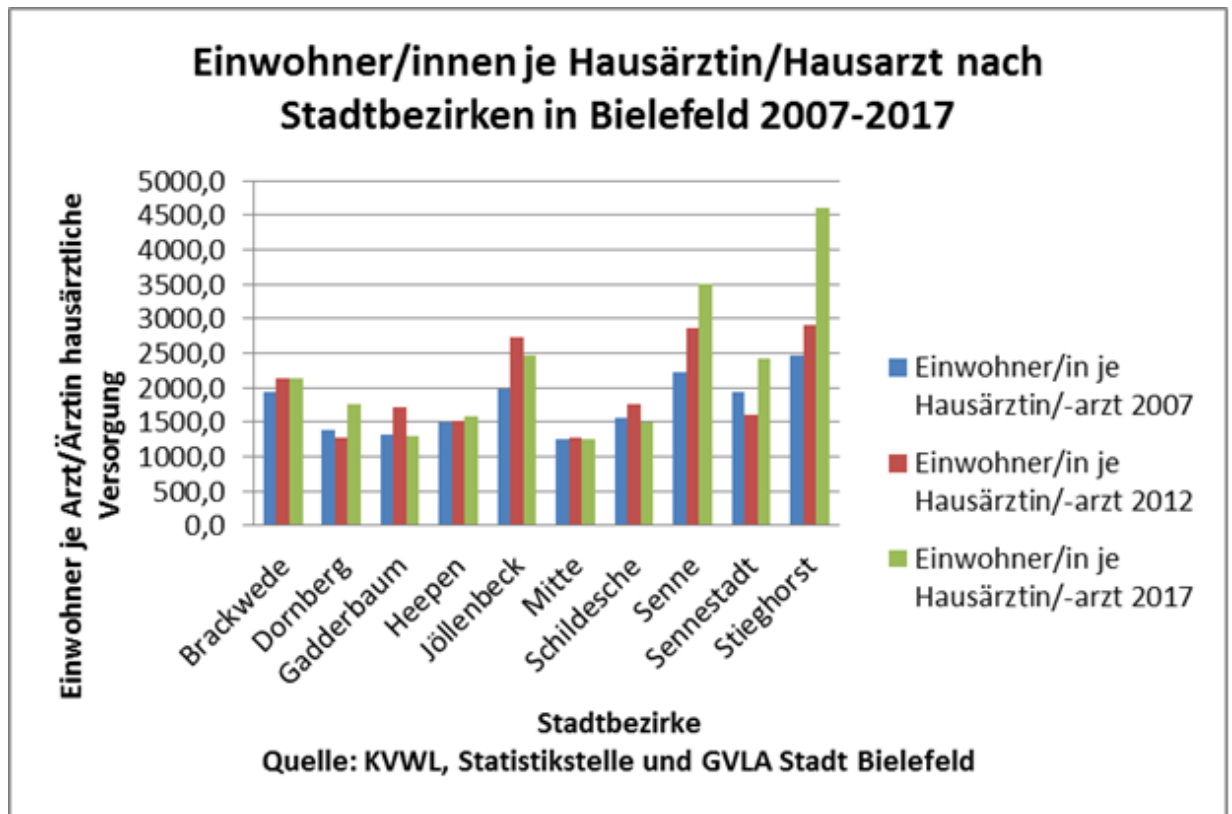
Einwohner/innen (EW) je Hausärztin bzw. Hausarzt

Im Mittelbereich insgesamt kamen Mitte Mai 2018 1.631,4 EW auf einen Hausarzt/Hausärztin. Diese sogenannte Versorgungsdichte ist allerdings kein Bedarfsplanungskriterium (s.o.).

In Hinsicht auf die hausärztliche Versorgung in den einzelnen Bielefelder Stadtbezirken zeigen sich aber anhand dieser nicht tragenden Maßzahl große ortsbezogene Unterschiede. Insbesondere in Stieghorst und Senne ist die Versorgungsdichte geringer geworden (Abb. 4). Faktisch ist die Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte in Stieghorst von 13 auf 7 gefallen, in Senne von 9 auf 6.

Im Stadtbezirk Mitte wurden die wenigsten EW pro Ärztin/Arzt der hausärztlichen Versorgung über den gesamten Zeitraum festgestellt, also eine für Großstädte typische Häufung u.a. der hausärztlichen Sitze im innerstädtischen Bereich mit Konsequenzen für die Versorgung in den Außenbezirken.

Abbildung 4



Ambulanter, vertragsärztlicher Versorgungsgrad für die Facharztgruppe „Kinderärzte“

Für die Facharztgruppe Kinderärzte/innen (Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie Fachärzte für Kinderheilkunde) gilt weiterhin die Stadt Bielefeld als Bezirk. Auch dieser kann wie der Mittelbereich bei besonderen Gründen angepasst werden (s.o.). Die Stadt Bielefeld ist ein sog. Raum Typ 1, d.h. stark mitversorgend, so dass die formale bundesweit geltende Verhältniszahl von 2.405 0- bis unter 18-Jährige pro Kinderarzt/-ärztin besonders gering ist. Bielefeld ist somit rechnerisch begünstigt.

Der Demografiefaktor entfällt bei dieser Arztgruppe. Ansonsten wird für die Bestimmung des Versorgungsgrades vor Ort das bereits skizzierte Berechnungsverfahren angewendet. Unterversorgung besteht auch bei den Facharztgruppen bei einer Unterschreitung um 25 v. Hundert. Der Versorgungsgrad war in der o.g. internen Vergleichsbetrachtung der Geschäftsführungen der KGKn bis 2012 stets leicht im Überversorgungsbereich. Im Mai 2018 wurde bei 56.888 0- bis unter 18-Jährigen und 28 Fachärzten ein Versorgungsgrad von 112,0% (Mai 2017 113,30%) erreicht.

Die KVWL berichtete in der Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses am 16. Mai 2017, dass 6 von 26,5 Vollzeitäquivalenten spezialisiert tätig sind als Kinderkardiologen, Neonatologen und Neuropädiater. Dieser Anteil liegt gegenüber grundversorgenden Kinderärztinnen bzw. Kinderärzten höher als in anderen Kernstädten, woraus geschlossen wurde: „Zu beantwortende

Frage: Ergibt sich daraus ein zusätzlicher Bedarf an pädiatrischer Grundversorgung für Bielefeld? Wie groß ist ggf. dieser Bedarf?¹⁰ Sonderbedarf kann hier geltend gemacht werden. Aktuell ist Bielefeld für Neuzulassungen für Pädiater/innen freigegeben.

Altersstruktur der Facharztgruppe Kinder- und Jugendärzte

Im Unterschied zu den Hausärztinnen und Hausärzten (die allerdings auch eine deutlich größere Gruppe sind), ist bei der Fachgruppe der Kinderärzt/innen die Gruppe der 60-64-jährigen schon jetzt am stärksten besetzt, so dass zu erwarten ist, dass der Versorgungsgrad, rasch weiter sinken wird, wenn hier nicht zeitnah mit Neubesetzungen gegengesteuert werden kann:

Tabelle 2

		Altersstruktur Fachgruppe Kinderärzte 15.05.2018 Bielefeld								
		<35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	>=70
absolut		2	2	4	3	4	4	8	1	
prozentual an allen Ärzten		7,1	7,1	14,3	10,7	14,3	14,3	28,6	3,6	

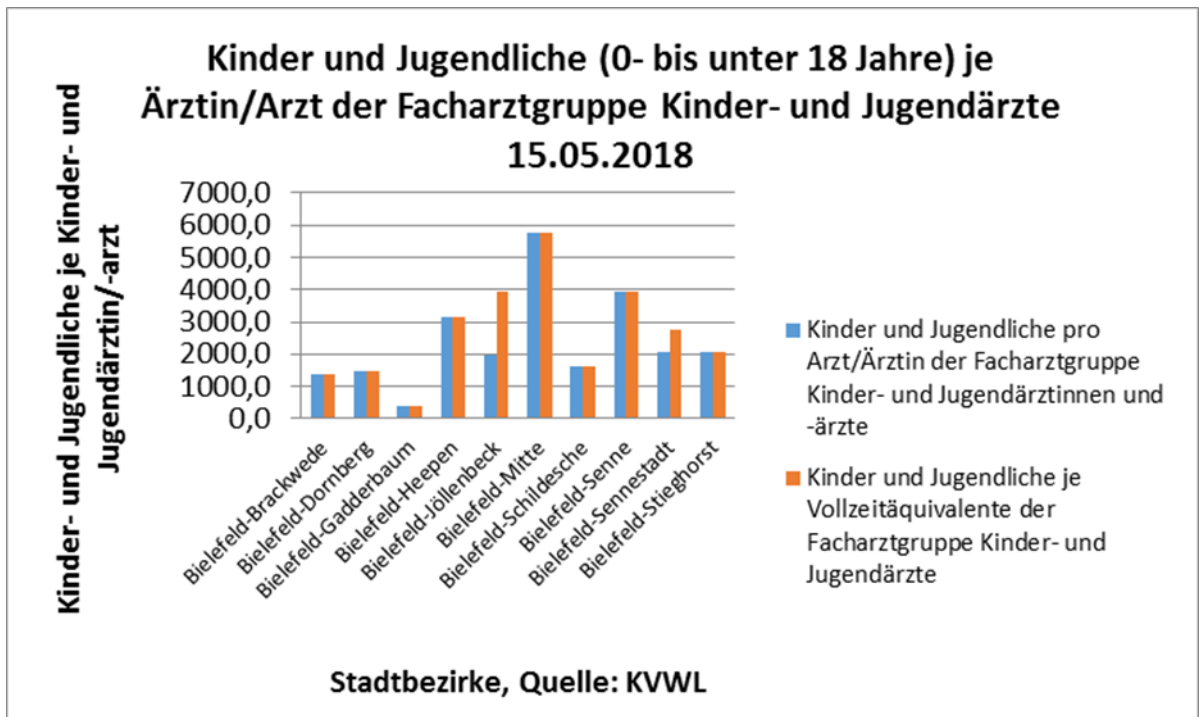
Quelle: KVWL

Kinder- und Jugendliche pro Facharzt „Kinder und Jugendliche“

Während im Stadtbezirk Mitte die Versorgungsdichte mit Hausärzt/innen sehr gut ist, ist dies bei den Kinder- und Jugendärzt/innen genau umgekehrt der Fall. Hier kommen rein rechnerisch 5.773,5 Kinder und Jugendliche auf einen entsprechenden Facharzt bzw. Fachärztin. Völlig anders ist es in Gadderbaum, wo eine große Kinder- und Jugendarztpraxis ihren Sitz hat und nur 380,0 Kinder und Jugendliche pro Facharzt bzw. Fachärztin gezählt werden. Wie dargestellt, sind dies keine tragenden Verhältniszahlen, da die Stadtbezirke keinen Planungsbezirk für diese Facharztgruppe darstellen.

¹⁰ Vortragsfolie Seite 13, Vortrag von Herrn von der Osten.

Abbildung 5



VII. Bausteine zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung

1. Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Noch in den 1990er Jahren war die Einzelpraxis die absolut vorherrschende Praxisform. Langsam etablierten sich Gemeinschaftspraxen, bevor schließlich im Jahr 2004 die Idee einer zentrenbasierten fachübergreifenden ambulanten Versorgung in Form der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Einzug in das Sozialgesetzbuch hielt¹¹ als eine mögliche Variante ärztlicher Zusammenarbeit. Zudem ist es seit 2007 den Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern möglich, Ärztinnen und Ärzte anzustellen („Vertragsärzte“, § 95 Abs. 9 SGB V)

Großen Einfluss auf die gesamte ambulante Versorgung hat die Tatsache, dass die nachfolgende Ärztegeneration eine mit anderen Berufsgruppen vergleichbare Work-Life-Balance anstrebt. Vor allem junge Ärztinnen, aber auch Ärzte schreiben dem privaten und dem Familienleben einen hohen Stellenwert zu und bevorzugen flexible Arbeitszeiten, die sich mit der klassischen Rolle des Hausarztes kaum vereinbaren lassen. Eine angestellte Tätigkeit ohne eigene betriebswirtschaftliche Verantwortung - etwa in einem MVZ – ist für diesen Personenkreis eine attraktive Alternative.

Medizinische Versorgungszentren sind als Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung inzwischen etabliert und werden nicht nur von angehenden Ärztinnen und Ärzten häufig als interessanter Arbeitgeber genannt,

¹¹ KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung „Medizinische Versorgungszentren – Ein Leitfaden für Gründer“ 2018

sondern haben sich teilweise auch als ein wichtiges Bindeglied bei der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung erwiesen.

Früher konnten MVZ zum Beispiel auch von Heil- und Hilfsmittelerbringern gegründet werden. In der Praxis führte dies dazu, dass MVZ immer häufiger von Investoren gegründet wurden, die als Kapitalgeber, zum Beispiel durch den Kauf eines Pflegedienstes, die Voraussetzungen zur Gründung eines MVZ erfüllten.

Um der Gefahr zu begegnen, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden, wurde mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz geregelt, dass zur Gründung eines MVZ nur noch Vertragsärzte, Krankenhäuser, bestimmte Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sowie bestimmte gemeinnützige Trägerorganisationen berechtigt sind (§ 95 (1a) SGB V).

Zudem wurde zum Beispiel die Gründung eines MVZ in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft ausgeschlossen. Die Leitung eines MVZ muss in der Hand einer Ärztin bzw. eines Arztes liegen, der in dem MVZ selbst tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei ist.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das am 23. Juli 2015 in Kraft getreten ist, wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Gründung eines MVZ erneut weiterentwickelt. Durch den Wegfall des früheren Tatbestandsmerkmals der fachübergreifenden ärztlichen Tätigkeit können seitdem auch arztgruppengleiche MVZ gegründet werden. Das bedeutet, dass nun auch reine Hausarzt-MVZ oder aber spezialisierte facharztgruppengleiche MVZ möglich sind. Darüber hinaus wurde auch den Kommunen die Möglichkeit eingeräumt, MVZ zu gründen und damit aktiv die Versorgung in der Region zu beeinflussen und zu verbessern.¹²

Im Zuge der Diskussion über die ärztliche Versorgung kristallisierten sich für Bielefeld einige potentielle Ansätze heraus.

1. Hausärztliches MVZ der Initiative der Bielefelder Hausärzte

Aus dem Netz der Initiative Bielefelder Hausärzte (IBH) soll über die bereits gegründete „Hausärztliche MVZ - GmbH der IBH“ in einem hausärztlich schlecht versorgten Teil Bielefelds eine Praxis als ausschl. Hausärztliches Versorgungszentrum entstehen. Angedacht ist ein Standort im Raum Jöllenbeck-Theesen-Babenhausen, da der Versorgungsgrad laut den Initiatoren hier lediglich bei 66% liegt.

Die Idee ist, dass nach Etablierung des MVZ Praxen, die Nachfolger/-innen suchen, als sog. Satellitenpraxen vom MVZ übernommen werden. Im näheren ländlichen Umfeld könnten neue Praxen als Filialen entstehen, die untereinander und mit dem MVZ vernetzt sind. Die Organisatoren gehen davon aus,

¹² <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>, letzter Zugriff 24.10.2018

dass sich das MVZ nach seiner Etablierung selbst tragen wird. Gleichwohl besteht der Wunsch nach Unterstützung für die Startphase.

Die Stadt begrüßt das Projekt ausdrücklich, weil es Strahlkraft auch über das eigentliche MVZ hinaus entwickeln und Modellcharakter haben kann. In Gesprächen zwischen IBH und Gesundheitsdezernat (auch unter Einbeziehung des Amtes für Finanzen und Beteiligungen) wurde hierfür als Unterstützung eine Bürgschaft avisiert.

Das Projekt wurde durch die IBH als Regionale 2022-Projekt angemeldet und hat zwischenzeitlich den C-Status erhalten. Allerdings stehen bislang keinerlei Fördermittel in Aussicht, da die Förderkulisse des Landes hinsichtlich der ärztlichen Versorgung wie bereits erwähnt für die großen Städte keine Unterstützung vorsieht.

2. Gründung einer Gemeinschaftspraxis/eines MVZs im Bielefelder Osten

Als Gemeinschaftspraxis wird ein wirtschaftlicher und organisatorischer Zusammenschluss von zwei oder mehr Ärztinnen/Ärzten zum Zweck der gemeinsamen Ausübung ihrer Berufstätigkeit bezeichnet.

Ein Allgemeinmediziner ist an die Stadt herangetreten mit der Bitte, eine Bürgschaft z.B. für den Mietvertrag für eine Gemeinschaftspraxis im Bielefelder Osten zu übernehmen. Die Praxis möchte er gemeinsam mit zwei ärztlichen Kollegen gründen. Alle drei Mediziner sind bereits über 60 Jahre alt und betreiben jeweils eine Einzelpraxis. Sie möchten über den Zusammenschluss zukunftsfähige Strukturen aufbauen, um für ihre Arztsitze Nachfolger/innen generieren zu können – und dies in einem Bereich, der anerkanntermaßen schlecht versorgt ist. Man ist aktuell mit zwei Immobilienbesitzern in Verhandlung. Auch dieses Konsortium ist sich sicher, eine tragfähige Lösung zu haben. Gleichwohl erbittet man, auch aufgrund der persönlichen Altersstruktur, eine Unterstützung hinsichtlich des wirtschaftlichen Risikos.

Die Verwaltung sieht auch das als einen sehr guten Ansatz an, der zudem als Anregung für andere Hausärztinnen und -ärzte dienen kann, die in den nächsten Jahren ihre (Einzel-)Praxis aufgeben werden.

3. Gründung eines MVZ in der Sennestadt

Auf Initiative der Bezirksvertretung Sennestadt bestehen vor Ort Bestrebungen ein MVZ zu gründen. Hierzu wurde durch die BV u.a. am 13.06.2018 eine Veranstaltung zum Thema „Ärztemangel in Sennestadt“ durchgeführt.

Das Klinikum Bielefeld hat in dieser Veranstaltung Interesse an der Gründung eines MVZ in Bielefeld-Sennestadt bekundet – dies in Kooperation mit den ansässigen Ärzt/innen. Dieses Angebot wurde offenbar zunächst sehr verhalten aufgenommen. Herr Ackermann hat für das Klinikum Bielefeld erklärt, man möchte keine Aktivitäten im Dissens zur vor Ort tätigen Ärzteschaft entwickeln.

Zwischenzeitlich wurden weitere Gespräch vor Ort geführt mit dem Ergebnis, dass mehrere im Stadtteil ansässige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Interesse an einer aktiven Beteiligung an einem MVZ haben. Konkrete Entscheidungen über die Gründung einer entsprechenden Trägergesellschaft gibt es aktuell noch nicht, da noch zahlreiche wirtschaftliche und organisatorische Fragen zu klären sind. Insofern sollen nun zeitnah alle Interessierten zusammengebracht werden, um auszuloten, auf welchem Wege eine schnelle und erfolversprechende Lösung erreicht werden kann.

4. Einbindung der Kliniken in die Versorgung

Neben den zuvor genannten konkreten Ansätzen sei der Vollständigkeit halber noch erwähnt, dass mit Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes Optionen für Ermächtigungen gemäß § 116a SGB V im Falle von bestehender oder drohender Unterversorgung ausgebaut und Vorsorge- und Reha-Einrichtungen sowie stationäre Pflegeeinrichtungen befähigt wurden (Voraussetzungen gemäß § 31a Ärzte-VZ), im Rahmen einer Ermächtigung die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen (§ 31 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-VZ). Ermächtigungen von Krankenhausärzten sowie Krankenhäusern sind schon länger möglich. "Die Zulassungsausschüsse können neben bereits zugelassenen Vertragsärzten weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern, Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden."¹³

2. Standortfaktor Bielefeld

Davon ausgehend, dass aufgrund der vielen freiwerdenden Arztsitze Ärztinnen und Ärzte eine große Auswahl haben, wo sie sich niederlassen möchten, wird die Entwicklung eines Standortmarketings immer wichtiger. Auch die AG ärztliche Versorgung hat dies sehr hervorgehoben mit dem Tenor, dass ein reines Bewerben der medizinischen Strukturen nicht ausreicht, um Interessierte auch überregional gewinnen zu können. Bielefeld müsse – so ein Zitat aus der Diskussion – „etwas gegen das ungerechtfertigte graue Maus-Image tun“. Dies geht nur im Zusammenspiel vieler Akteure.

Um medizinische Fach- und Führungskräfte für Bielefeld zu interessieren und zu gewinnen, soll daher Bielefeld als attraktiver Arbeits- und Lebensort besser vermarktet werden. In Kooperation mit der WEGE mbH soll das Wirtschaftsmarketing mit der Kampagne „Das kommt aus Bielefeld“ zukünftig auch auf den Fokus Medizin und Gesundheit ausgerichtet werden. Die Kampagne ist darauf ausgerichtet, die Bielefelder Wirtschaft und ihre Unternehmen für Fach- und Führungskräfte regional und überregional sichtbar zu machen.

¹³ Vgl.: <https://www.aok-bv.de/hintergrund/reformdatenbank/Reformdatenbank>, AOK Bundesverband, Zugriff November 2018

Diese Sichtbarkeit erfolgt insb. durch „storytelling“ zu überraschenden und besonderen Produkten sowie Dienstleistungen, über Fachkräfte, die von ihrer Karriere und den Vorzügen Bielefelds berichten sowie über ein Jobportal mit aktuellen Stellenausschreibungen von Partnerunternehmen. Zukünftig werden Erfolgsgeschichten und Innovationsentwicklungen auch aus dem Medizinsektor redaktionell erarbeitet und verbreitet. So werden Vorteile bestehender vernetzter Arbeitsstrukturen im Gesundheitswesen (siehe auch unter 5.2 weiter unten), Innovationsprojekte in der medizinischen Versorgung oder die Entwicklungsfortschritte der medizinischen Fakultät mit einem besonderen Ausbildungsprofil regelmäßig nach außen getragen und sollen auf Bielefeld aufmerksam machen.

Um eine Niederlassungsentscheidung im Vorfeld gegebenenfalls positiv zu beeinflussen, ist ein Service notwendig, der sehr individuell und exklusiv auf die Vorzüge einer Niederlassung bzw. Folgebesetzung ausgerichtet ist.

Hierzu gibt es bereits seit längerem die KV Börse mit Unterstützungsangeboten. Hier wird Bielefeld mit seinen Angeboten, Vorzügen und Besonderheiten vorgestellt, um die Zielgruppe der niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzte zu erreichen. Aktuell soll das Portrait Bielefelds überarbeitet und ein Hinweis auf die erweiterte Förderkulisse der KV für die Stadtbezirke Senne und Senne-Stadt aufgenommen werden.

Um diesen Service weiter zu flankieren, ist ein Zusammenspiel derjenigen Akteure notwendig, die in der Entscheidungsphase mit Mediziner/innen zusammentreffen. Dazu gehören nicht nur die KV, sondern auch z.B. die Ärztekammer und die IBH mit ihren Netzwerken. Imagebezogene Informationen über Bielefeld kann die Stadt über ihre Tochtergesellschaften Bielefeld Marketing und WEGE zur Verfügung stellen.

3. Fachtagung

In jüngster Zeit hat bereits eine Reihe von Veranstaltungen zu den Perspektiven der ärztlichen Versorgung stattgefunden. Die Verwaltung möchte daran anknüpfend für das Jahr 2019 ebenfalls einen fachlichen Austausch organisieren. Dabei sollen weniger globale Betrachtungen als vielmehr der Austausch zu Best Practice-Projekten und neue - gern auch präventive Ansätze - im Vordergrund stehen, um daraus weitere Ideen für Bielefeld abzuleiten. Diese könnten dann mit den konkreten Akteuren vor Ort in Form von z.B. Workshops vertieft werden. Erste Gespräche mit dem ZIG OWL haben hierzu stattgefunden. Auch der „Verein zur Förderung der medizinischen Ausbildung und Versorgung in OWL e.V.“ sollte nach Auffassung der Verwaltung eine treibende Rolle hierbei übernehmen.

4. Finanzielle Anreize

Kassenärztliche Vereinigung

Die Landesregierung hat das sogenannte „Hausarzt-Aktionsprogramm“ ins Leben gerufen und in den letzten Jahren zunehmend ausgeweitet. Das Land fördert die Niederlassung, Anstellung und Weiterbildung im hausärztlichen Bereich in Gemeinden mit besonders dringendem Nachbesetzungsbedarf.

Ärztinnen und Ärzte, die in einer von der KV anerkannten Förderregion in Nordrhein-Westfalen eine vertragsärztliche Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt aufnehmen, können eine finanzielle Förderung erhalten. Die finanzielle Unterstützung kann zurzeit bis zu 50.000 Euro betragen. Mit der finanziellen Förderung soll insbesondere das Arbeiten in ländlich geprägten Regionen für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner attraktiver gemacht werden. Im Förderverzeichnis war Bielefeld bisher nicht aufgeführt. Hier ist die KVWL aktiv geworden. Die Bezirke Senne und Sennestadt wurden im Juni 2018 in das Förderverzeichnis aufgenommen:

„Um drohende Lücken in der hausärztlichen Versorgung noch wirkungsvoller zu bekämpfen, fördert die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) ab sofort auch die Niederlassung in einzelnen Stadtbezirken. Bielefeld-Senne und Bielefeld-Sennestadt sollen als erste davon profitieren. Hausärzte, die in diesen Stadtbezirken eine Praxis übernehmen oder einen Kollegen anstellen, können bei der KVWL Kostenzuschüsse, Praxisdarlehen und Umsatzgarantien beantragen. „Bielefeld ist insgesamt noch ausreichend mit Hausärzten versorgt, weshalb eine Förderung im gesamten Stadtgebiet nicht angemessen wäre“, erläutert Dr. Gerhard Nordmann, 1. Vorsitzender der KVWL. „In Senne und Sennestadt sieht es hingegen nicht so gut aus. Da hausärztliche Versorgung möglichst wohnortnah erfolgen sollte, setzen wir jetzt erstmals auch einzelne Stadtbezirke auf unser Förderverzeichnis.“ (aus der Presseinformation KVWL, 13.06.2018)

Stadt

Vereinzelt werben bereits Städte und Gemeinden mit finanziellen Direktzahlungen für ansiedlungswillige Ärztinnen bzw. Ärzte. So gewährt die Stadt Verl einen einmaligen Investitionskostenzuschuss in Höhe von 50% der aufgewendeten Kosten – höchstens 35.000€ für Einrichtung, Umbau einer Praxis, Anschaffung medizinischer Geräte und Praxisausstattung.

Die Verwaltung rät dringend von einer solchen kommunalen Prämienzahlung ab, da dadurch ein Wettbewerb zwischen den Kommunen entstehen würde mit einer Schieflage zwischen „reichen“ und „armen“ Kommunen. Am Ende könnte eine Prämienzahlung durch alle Kommunen stehen, sodass der Status Quo wieder hergestellt und letztlich nichts gewonnen wäre. Nach Aussage des Zig OWL ist zudem selbst der kurzfristige Nachweis der Wirksamkeit solcher Zahlungen bislang nicht erkennbar.

Denkbar ist – auch in Abstimmung mit dem Amt für Finanzen und Beteiligungen - die Übernahme von Bürgschaften. Sinnvoll kann auch die Bereitstellung

von Mitteln z.B. für vorbereitende Planungsstudien sein (siehe hierzu Punkt VII). Ein derartiges finanzielles Engagement kann zielgerichtet für die Bereiche eingesetzt werden, wo seitens der Stadt ein besonders hohes Interesse an der Verbesserung der Versorgungsstruktur besteht.

5. Flankierende Maßnahmen

1. Kommune

Sprechstundenangebote im Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt

Grundsätzlich gibt es die rechtliche Möglichkeit, im städtischen Gesundheitsamt kinderärztliche Sprechstunden einzurichten. Ein solcher Weg wurde von verschiedenen Kommunen, insbesondere 2015 während des starken Flüchtlingszustroms, bestritten. Allerdings fehlen hierfür momentan die räumlichen und insbesondere die personellen Ressourcen. Auch die Stadtverwaltung hat große Probleme, ärztliches Fachpersonal zu gewinnen und musste in der Vergangenheit daher bereits einzelne Arztstellen mit nicht-ärztlichen Fachkräften besetzen.

Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung:

Das Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt konnte eine substantielle Förderung im Rahmen des Präventionsgesetzes erzielen für ein Modellprojekt in Baumheide „Entwicklung und Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil Baumheide - Etablierung einer gesundheitsförderlichen, politikfeldübergreifenden Kommunalentwicklung unter besonderer Berücksichtigung gesundheitlicher Chancengleichheit“. (s. Mitteilung der Verwaltung im SGA am 04.09.2018, Anlage 3)

Hiermit ist ein Projekt der Prävention und Gesundheitsförderung in Baumheide möglich, das wesentlich auf gesundheitliche Chancengleichheit und den Abbau sozialer Benachteiligung in diesem Stadtteil abzielt. In diesem Zusammenhang besteht die Hoffnung, den Stadtteil auch wieder attraktiver für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte zu gestalten.

In der AG ärztliche Versorgung der KGK wurde zudem ausdrücklich betont, dass alle Bemühungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auch einen wichtigen Beitrag leisten können, um mindestens perspektivisch die ärztlichen Versorgungssysteme zu entlasten. Insofern sollte dieses Themenfeld insb. von der KGK weiter bearbeitet werden.

Mobilität

Insbesondere für die älteren Patientinnen bzw. Patienten ist die Erreichbarkeit der Arztpraxen von zunehmender Bedeutung. Selbst wenn es gelingt, über z.B. MVZ die ärztliche Versorgung perspektivisch zu sichern, wird das gleichwohl mit längeren Wegen verbunden sein gegenüber der heutigen Pra-

xisstruktur. Diese Problematik sollte in die Mobilitätskonzepte von Stadt und moBiel aufgenommen werden.

Bereitstellung von Grundstücken / Räumlichkeiten

Im Rahmen eines Standortmarketings kann die Stadt unterstützend tätig sein, indem sie Grundstücke für neue Arztpraxen/MVZ zur Verfügung stellt. Auch wäre zu prüfen, ob bei neu geplanten städtischen Immobilien in geeigneter Lage solche Räumlichkeiten mitgebaut werden können. Hierbei geht es nicht um eine kostenlose Bereitstellung, sondern eher um eine aktive Unterstützung entsprechender Initiativen für z.B. ein MVZ. Voraussetzung ist allerdings immer, dass interessierte Ärztinnen bzw. Ärzte für ein solches Projekt auch tatsächlich vorhanden sind.

2. Ärzteschaft

Vernetzung der Medizinerinnen und Mediziner vor Ort

Die Vernetzung der Medizinerinnen und Mediziner vor Ort kann maßgeblich zur Unterstützung neu niedergelassener Ärztinnen und Ärzte beitragen und niederlassungsfördernd wirken. In Bielefeld gibt es vier Ärztenetzwerke:

Initiative der Bielefelder Hausärzte (120 Mitglieder)

Eine Vielzahl der Bielefelder Hausärzte/-innen hat sich bereits im Jahr 1999 zur 'Initiative Bielefelder Hausärzte' (IBH) zusammengeschlossen, um verbindliche Strukturen zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung zu schaffen. Sie IHB widmet sich u.a. folgenden Aufgaben:

- Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln,
- Umsetzung eines einheitlichen Qualitätsmanagements und Orientierung an medizinischen Leitlinien,
- Förderung des hausärztlichen Nachwuchses für eine hochwertige wohnortnahe hausärztliche Versorgung auch in der Zukunft,
- Entwicklung umfassender Selektivverträge, bei denen die hausärztliche Versorgung die Basis einer modernen Patientenbetreuung darstellt.¹⁴

Palliativmedizinischer Konsiliardienst (198 koordinierende Ärzte plus 9 Palliativmediziner)

Das 2008 gegründete 'Palliativnetz Bielefeld e.V.' kümmert sich in der letzten Lebensphase des Menschen um die ärztliche und pflegerische Versorgung und deren Koordination mit anderen Dienstleistungen mit u.a. folgender Zielsetzung:

- Verbesserung der Lebensqualität des kranken Menschen und seiner Begleiter (Angehörige, Freunde, etc.)
- Sicherung ständiger Erreichbarkeit durch eine 24-Stunden-Rufbereitschaft¹⁵

¹⁴ <http://www.aerztenetz-bielefeld.de/hausarztliche-versorgung.html>

¹⁵ <http://www.aerztenetz-bielefeld.de/palliativversorgung.html>

Ärztenetz Bielefeld e.V. (65 Mitglieder)

Das Ärztenetz Bielefeld e.V. wurde im Jahr 2015 durch die "Initiative Bielefelder Hausärzte" und dem Palliativnetz Bielefeld e.V. zur Etablierung themenbezogener Selektivverträge gegründet.¹⁶

medi-owl (220 Mitglieder)

Im Praxisnetz medi-owl GbR sind Ärzte und Ärztinnen aller Fachrichtungen sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten aus Bielefeld und Umgebung verbunden. Medi-owl arbeitet als größtes Praxisnetz in NRW an einer fortwährenden Verbesserung der ambulanten Versorgung.¹⁷

Case Management

Ein besonderes Projekt des Ärztenetzes ist das sog. Case Management. Es bietet eine Versorgungsverbesserung durch Entlastung der (Haus)Ärztinnen und Ärzte durch Übernahme nichtärztlicher Tätigkeiten in enger Kooperation und Delegation. So können sich Ärzt/innen entlasten und mehr Zeit für die Patientenversorgung finden.

3. Land NRW

Das Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Gleichstellung des Landes Nordrhein-Westfalen fördert im Rahmen der Förderkulisse „Altengerechte Quartiere in NRW“ u.a. ein Projekt in Krefeld Bockum: Durch die Einstellung einer mobilen Gemeindegeschwister sollen Probleme wie Pflegebedürftigkeit, Einsamkeit und dem Wunsch, in der eigenen Wohnung verbleiben zu können, gelöst werden. Die Gemeindegeschwister (oder auch: der Gemeindepfleger) sollen als Hauptakteure die Netzwerkleitung in einem nachbarschaftlich geprägten Unterstützungsnetzwerkes übernehmen und somit unterschiedliche Kooperationspartner mit den Seniorinnen und Senioren vernetzen. Sie sollen nicht nur Aufgaben im Gesundheitsbereich übernehmen, sondern beraten, koordinieren und das Leben der Seniorinnen und Senioren im Stadtteil ganzheitlich erleichtern und dazu beitragen, dass diese ein altengerechtes und ein soweit wie möglich selbstbestimmtes Leben führen können.¹⁸

Die Umsetzung und Evaluation des Projektes bleibt abzuwarten, um daraus Schlüsse ziehen zu können, ob es neben der Förderung der Lebensqualität von Senioren auch zu einer wirksamen Entlastung der Ärzte beitragen kann und die Übertragbarkeit auf andere Kommunen/Quartiere möglich und sinnvoll ist.

Verah steht für "Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis", EVA steht für „Entlastende Versorgungsassistentin“. Bei beiden handelt es sich um speziell ausgebildete medizinische Fachangestellte (MFA), die durch eine Zusatzaus-

¹⁶ <http://www.aerztenetz-bielefeld.de/wir-ueber-uns.html>

¹⁷ <https://www.medi-owl.info/medi-owl/>

¹⁸ <https://www.aq-nrw.de/quartier-erleben/projektlandkarte/projekte/bockum-krefeld/beschreibung/>

bildung auch Hausbesuche und delegierbare hausärztliche Tätigkeiten übernehmen können. Auf diese Weise wird die Hausarztpraxis als Ort der medizinischen Versorgung gestärkt, die berufliche Zufriedenheit der MFA gesteigert und der Arzt/die Ärztin entlastet. Die Kernkompetenzen einer VERAH sind Case Management, Präventionsmaßnahmen, Gesundheitsaufklärung, Technik-, Praxis- und Besuchsmanagement sowie Wundversorgung. Seit 2009 sind die ersten VERAHS im Einsatz. Mittlerweile haben mehr als 3600 MFAs die Zusatzqualifikation erworben.¹⁹

Das Konzept der Gemeindeschwester (**Verah oder EVA**) wird von der hiesigen Ärzteschaft kritisch gesehen, da zum einen die Weiterbildung teuer ist und die Abrechnungsmöglichkeiten schlecht dotiert sind und es zum anderen nur in gewissen Grenzen eine entlastende Kraft ist. Dem Ärztemangel kann damit nicht entgegen getreten werden.

VIII. Medizinische Fakultät Bielefeld

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen hat im Sommer 2017 die Gründung der Medizinischen Fakultät in Ostwestfalen-Lippe in Bielefeld nach Vorbild des „Bochumer Modells“ beschlossen. Das Ziel: „Die Mediziner Ausbildung in Ostwestfalen-Lippe (OWL) soll insbesondere darauf ausgerichtet sein, langfristig die ärztliche Versorgung auf dem Land zu verbessern. Hierzu soll bei diesem Vorhaben die Allgemeinmedizin und die Vernetzung mit akademischen Lehrkrankenhäusern und Arztpraxen auf dem Land eine besondere Bedeutung haben.“ (aus dem Koalitionsvertrag von CDU NRW und FDP NRW, 2017)

Zugleich wurde die Universität Bielefeld gebeten, im engen Austausch mit den Ministerien für Kultur und Wissenschaft sowie Arbeit, Gesundheit und Soziales ein entsprechendes Konzept zu erarbeiten.

Die Universität hat den Planungsstand für die Medizinische Fakultät am 24. September 2018 beim Wissenschaftsrat eingereicht. Dieser wird das Konzept nun begutachten und anschließend seine Empfehlungen abgeben. Der Wissenschaftsrat berät die Bundesregierung und die Regierungen der Länder in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung. Er begutachtet in diesem Rahmen auch das noch entwicklungs offene Konzept der Universität Bielefeld für die Medizinische Fakultät und gibt eine Stellungnahme ab, insbesondere zur Struktur und Leistungsfähigkeit, Entwicklung und Finanzierung. Die Ergebnisse werden die Entwicklung des Aufbauprozesses maßgeblich beeinflussen. Diese Begutachtung ist Teil eines Begutachtungsverfahrens sämtlicher universitätsmedizinischer Standorte in Nordrhein-Westfalen.

Der Studienbetrieb soll im Wintersemester 2021/2022 aufgenommen werden. Im Endausbau (ab 2025) sollen hier bis zu 300 Studierende pro Jahr ihr Studium beginnen.

¹⁹ <https://www.perspektive-hausarzt-bw.de/hausarzt-a-z/verah/>

Seit dem 1. Oktober 2018 befindet sich die medizinische Fakultät offiziell „in Gründung“. Mit der Gründungsdekanin Professorin Dr. med. Claudia Hornberg und weiteren wissenschaftlich Beschäftigten wurde das erste Personal zugeordnet.

Die Universität Bielefeld plant, einen Modellstudiengang Medizin aufzubauen. Neben der kontinuierlichen Vorbereitung auf die unterschiedlichen Anforderungen ärztlichen Arbeitens wird im neuen Modellstudiengang die Perspektive der hausärztlichen Versorgung in besonderem Maße Berücksichtigung finden. So sollen die Studierenden regelmäßigen Kontakt mit Patientinnen und Patienten in allgemeinmedizinischen Praxen haben – während des gesamten Studiums und bereits ab dem 1. Semester. Ziel ist es, die Studierenden auch für die hausärztliche Tätigkeit zu interessieren, sie mit Niederlassungsmöglichkeiten in OWL vertraut zu machen und wertvolle Kontakte für die Famulatur (Pflichtpraktikum), das Blockpraktikum, das Praktische Jahr oder die spätere fachärztliche Weiterbildung zu bieten.

Eine wichtige Säule des Medizinstudiums ist die klinische Ausbildung im Krankenhaus. Ein eigenes Universitätskrankenhaus wird die Universität Bielefeld nicht betreiben. Sie wird stattdessen mit verschiedenen Krankenhausträgern der Region kooperieren, die gemeinsam das „Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld“ bilden werden. Auf der Basis eines Vertragsentwurfs für das zukünftige Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld werden derzeit Gespräche mit drei Krankenhausträgern (Evangelisches Klinikum Bethel, Klinikum Lippe, Städtisches Klinikum Bielefeld) geführt. Die Gespräche sollen im Laufe des nächsten Jahres abgeschlossen und die nötigen vertraglichen Vereinbarungen unterzeichnet werden. Voraussichtlich ebenfalls im nächsten Jahr sollen zur Verstärkung des universitären Klinikverbunds weitere Kliniken gesucht werden. Sie sollen gemeinsam im Wintersemester 2021/22 die Studien- und Forschungsbetriebe aufnehmen.²⁰

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Papiers lagen noch keine Stellungnahme des Wissenschaftsrates und keine Ergebnisse der Kooperationsverträge zwischen Universität und Kliniken vor.

Es ist davon auszugehen, dass sich die medizinische Fakultät mit ihrer geplanten Ausrichtung **langfristig** sehr positiv auf die hausärztliche Versorgung in Bielefeld/OWL auswirken wird, da aus Erfahrungen anderer Universitätsstädte die medizinischen Fakultäten einen sog. Klebe-Effekt bewirken. D.h. Mediziner/innen lassen sich gern in der Stadt und Umgebung nieder, in der sie ihr Studium absolviert haben. Der Effekt wird allerdings frühestens in 10-12 Jahren nach Aufnahme des Studienbetriebes in 2021/22 eintreten.

Exkurs: Ruhruniversität Bochum

2014 hatte die NRW-Landesregierung eine Ausweitung der Studienkapazitäten um 10 Prozent beschlossen und die zusätzlichen klinischen Ausbildungs-

²⁰ https://ekvv.uni-bielefeld.de/blog/uniaktuell/entry/meilensteine_zur_gr%C3%BCndung_der_medizinischen

plätze (7. – 10. Semester) für Ostwestfalen-Lippe vorgesehen und zwar in Bad Oeynhausen, Herford, Lübbecke-Rahden und Minden.

Der Vertrag mit den ostwestfälischen Kliniken trat im Juli 2016 in Kraft. Mit 120 Studierenden hat der Medizin Campus OWL ab Oktober 2017 seinen Vollbetrieb aufgenommen.

Das bietet die Chance in OWL, bereits jetzt junge angehende Mediziner/-innen im Studium anzusprechen, um sie für eine Tätigkeit in der Region bzw. konkret für Bielefeld zu gewinnen. Hier sollen in Zusammenarbeit u.a. mit dem ZIG OWL und der KVWL neue Informationskanäle aufgebaut und eine gezielte Ansprache organisiert werden.

IX. Beispiele aus anderen Kommunen

Das Thema einer verbesserten haus- und kinderärztlichen Versorgung treibt inzwischen viele Kommunen um. Insofern lohnt sich ein enger Austausch, um ggf. von Ideen und Erfahrungen Anderer profitieren zu können.

Diesen Ansatz verfolgt auch die OWL GmbH im Rahmen der Regionale 2022. Wie bereits erwähnt ist ein Projekt der IBH mit dem C-Status versehen worden; ebenso ein Projekt des Kreises Lippe für ein sog. Gesundheitszentrum. Die OWL GmbH hat ausgehend von diesen beiden Ansätzen einen „Runden Tisch“ zur Verankerung des Themas im Rahmen der Regionale 2022 initiiert. Ein erstes Treffen fand am 11.10.2018 statt.

Auch die Idee einer Fachtagung resultiert daraus, konkreten Input zu erhalten, der möglicherweise noch neue Ideen für Bielefeld generiert.

Eine umfassende Recherche schon bestehender Beispiele aus anderen Kommunen war nicht leistbar. Im Folgenden seien daher lediglich exemplarisch zwei Ansätze aus anderen Kommunen genannt, die das ZIG OWL auf Nachfrage benannt hat:

Köln

Im Rahmen eines Projektes des DRK Köln in Kooperation mit der KV und der Stadt Köln ermöglicht ein ausgebauter Rettungswagen eine ärztliche Sprechstunde und medizinische Betreuung vor Ort. Das Team besteht aus einer niedergelassenen Ärztin, einem Krankenpfleger und einem Dolmetscher. Zielgruppe sind Flüchtlinge, denen ein niederschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem ermöglicht werden soll. Vergleichbares gibt es in Bielefeld bereits seit langem insbesondere für obdachlose Menschen – bekannt unter street med.

Odenwaldallianz

Die Odenwaldallianz, bestehend aus sieben Kommunen im südlichen Teil des Landkreises Miltenberg in Bayern, arbeitet an einer Entwicklungsstrategie zur Verbesserung der Lebens- und Standortqualität der Region. In 2015 hat die Odenwaldallianz verschiedene Projekte begonnen. Eines davon ist das Projekt „Campus GO“. GO meint „Gesundheitszentren Odenwaldallianz“ und be-

zeichnet gemeinsam mit dem Campus ein neues Versorgungsangebot, das als „regionales Versorgungsnetz“ an den Standorten Amorbach und Miltenberg auch die anderen Praxen der Region, die ambulante Pflege, Pflegeheime, Apotheken, Therapeuten und Zahnärzte einbezieht und digital vernetzt. Ziel ist es, die Erreichbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern sowie bessere Arbeitsbedingungen für medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Personal zu schaffen und somit eine höhere Attraktivität für den beruflichen Nachwuchs erreichen.

Hierzu investiert die Odenwaldallianz in die Organisations- und Personalentwicklung für tragfähige Versorgungsstrukturen in Form von besonderen Versorgungsverträgen und einer erweiterten Form „besonderer Praxisnetze“ (§ 87 b SGB V). Um zukünftige Hausärzt/innen in die Region zu holen, plant die Odenwaldallianz die Gründung eines eigenen Weiterbildungsverbundes der Allgemeinmedizin. Die Odenwaldallianz wird u.a. gefördert vom Amt für Ländliche Entwicklung Unterfranken und im Rahmen des Bund-Länder-Städtebauförderungsprogramms „Kleinere Städte und Gemeinden“ mit Mitteln des Bundes und des Freistaats Bayern.

X. Kosten

Auch wenn die Zahlung von „Prämien“ für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte seitens der Verwaltung nicht vorgesehen ist, ist dennoch für die Umsetzung der genannten Bausteine ein finanzielles Engagement erforderlich, z.B. für

- Gutes Standortmarketings inkl. Werbeaktivitäten
- Co-Finanzierung von Planungsstudien oder Modellprojekten
- Durchführung von Fachveranstaltungen im Sinne eines kontinuierlichen Austauschs zu ggf. auch neuen Ansätzen

Bislang stehen hierfür faktisch kaum Mittel zur Verfügung. In der weiteren Umsetzung ist daher auch zu entscheiden, in welchem Umfang zusätzliches Geld bereitgestellt wird / bereitgestellt werden kann.

Auch die Bereitstellung von Bürgschaften kann – sollten sie in Anspruch genommen werden – finanzielle Auswirkungen haben.

XI. Fazit

Wie bereits mehrfach betont, ist der Anspruch gemäß Ratsbeschluss, „ein Konzept für Bielefeld zu entwickeln, das nachhaltig sicherstellt, wie vor allem die kassenärztliche Versorgung in allen Stadtteilen gewährleistet werden kann“ sehr ehrgeizig formuliert.

Das vorliegende Papier macht einerseits deutlich, dass bundesweite Entwicklungen und die formale Zuständigkeitsregelung (Sicherstellungsauftrag der

KV) dem alleinigen kommunalen Handeln Grenzen setzen. Dies ist auch bei der Entwicklung weiterer Ideen immer zu berücksichtigen.

Bei allen Schwierigkeiten ist aber andererseits positiv zu sehen, dass Bielefeld auf gute Netzwerke und Kommunikationsstrukturen auch im Gesundheitsbereich aufsetzen kann. So sind das innovative Engagement der Initiative Bielefelder Hausärzte, aber auch die Zusammenarbeit aller Akteure im Rahmen der AG ärztliche Versorgung keinesfalls selbstverständliche Strukturen. Sie stellen eine sehr gute Basis für weitere Aktivitäten dar. Das alles muss nun genutzt werden, um insb. die schon vorhandenen Ansätze möglichst rasch in eine Umsetzung zu bringen.