metropolregion hamburg

Kreis Segeberg

# Perspektiven der HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG im Kreis Segeberg

Kreis Segeberg

# Perspektiven der HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG im Kreis Segeberg

Herausgeber:
© 2016 Kreisverwaltung Segeberg
Büro des Landrates
Hamburger Str. 30
23795 Bad Segeberg

Ansprechpartnerin:
Frau Sandra Kind
Tel.: 04551 / 951-213
sandra.kind@kreis-segeberg.de

Gefördert durch
den Förderfonds Nord HH/SH der Metropolregion Hamburg

Folien:
Gertz Gutsche Rümenapp,
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Design:
Nine Winderlich, Design & Illustration
www.winderlich-design.com

# INHALT



**1. Perspektiven der hausärztlichen Versorgung im Kreis Segeberg ..... 6**
1.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung ..... 6
1.2 Ablauf der Veranstaltung ..... 8
1.2.1 Begrüßung ..... 8
1.2.2 Hausärztliche Versorgungssituation im Kreis Segeberg ..... 9
1.2.3 Versorgung auf dem Land aus ärztlicher Sicht ..... 13
1.2.4 Handlungsmöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) ..... 16
1.2.5 Podiumsdiskussion: Sicherung der hausärztlichen Versorgung – vielversprechende Ansätze und kommunale Gestaltungsoptionen? ..... 19
1.2.6 Fragen und Diskussion ..... 22
1.2.7 Schlusswort ..... 25

**2. Eine wesentliche Grundlage: Die Bedarfsplanung ..... 26**
2.1 Bundesweiter Rahmen ..... 26
2.2 Regionale Besonderheiten für Abweichungen ..... 27
2.3 Der Bedarfsplan ..... 27
2.4 Möglichkeiten der Änderungen ..... 28
2.5 Zusammenfassung: Die Bedarfsplanung ..... 28

**3. Neuland für die Kommunen ..... 29**
3.1 Warum sollte sich eine Kommune für die gesundheitliche Versorgung interessieren? ..... 30
3.2 Welche Akteure sollten bei den Beratungen eingebunden werden? ..... 30
3.3 Welche unterstützenden Maßnahmen sind grundsätzlich für eine Kommune denkbar? ..... 32

**4. Aktuelle Ansätze zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum ..... 33**
4.1 Neue Formen der Berufsausübung ..... 34
4.2 Hausärztliche Entlastung ..... 39
4.3 Engagement der KVSH ..... 42
4.4 Engagement der Kommunen ..... 46

**5. Arbeitsgruppe Gesundheit ..... 50**

## Perspektiven der hausärztlichen Versorgung im Kreis Segeberg

**1.**

Die demografische Entwicklung wirkt sich auch im Kreis Segeberg auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung aus: Zum einen ergeben sich aus der prognostizierten Zunahme der älteren und pflegebedürftigen Personen im Kreis spezifische Anforderungen an das Versorgungsangebot. Zum anderen wird es insbesondere in den ländlichen Teilräumen immer schwieriger, Nachfolgeregelungen für Arztpraxen zu finden, deren Inhaberinnen und Inhaber ihre Tätigkeit aus Altersgründen aufgeben wollen.

***In den ländlichen Räumen wird es immer schwieriger, Nachfolgeregelungen für Arztpraxen zu finden.***

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen sind neue Ansätze gefragt, um eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sicherstellen zu können. Im Rahmen des Projektes „Kreis Segeberg 2030“ hat sich eine Arbeitsgruppe Gesundheit mit der heutigen Versorgungssituation sowie der prognostizierten Entwicklung auseinandergesetzt. Um gemeinsam über bestehende und künftige Herausforderungen sowie Lösungsansätze und Handlungsoptionen zu diskutieren, hat der Kreis Segeberg in Zusammenarbeit mit der Kreisstelle der KVSH und der Ärztekammer Schleswig-Holstein zu einer Veranstaltung am 20.01.16 eingeladen.

## Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Veranstaltung

**1.1**

| NAME | FUNKTION |
|---|---|
| Albrecht, Martin | Gertz Gutsche Rümenapp (GGR) |
| Bauer, Stefan | Gemeinde Henstedt-Ulzburg |
| Beeth, Rudolf-G. | SPD-Fraktion |
| Behring, Rainer | Seniorenbeirat Itzstedt |
| Behring, Rita | Seniorenbeirat Itzstedt |
| Boehnke, Eckart | Hausarztpraxis Norderstedt |
| Böttcher, Marianne | Behindertenbeauftrage der Stadt Bad Segeberg |
| Brandt, Bettina | Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck |
| Dautwiz, Joachim | Hausarztpraxis Stocksee |
| Eisenbeisz, Klaus | Seniorenbeirat Oering |
| Fallmeier, Hans-Burkhard | Gemeinde Hartenholm |
| Freese, Dieter, Dr. | KVSH/Kreisstelle |
| Friege, Boris, Dr. | Kreisverwaltung Segeberg |
| Hahn-Fricke, Angelika | CDU-Fraktion |
| Hamann, Knut | Amt Bornhöved |
| Hartz, Bianca | KVSH |

| NAME | FUNKTION |
|---|---|
| Hering, Andreas | AOK Nordwest |
| Irrgang, Irmgard | Seniorenbeirat Itzstedt |
| Ivert-Klinke, Sabine | Kontakt- und Infostelle für Selbsthilfegruppen |
| Jahn, Rosemarie | FDP-Fraktion |
| Jahnke, Mathias | Kreis Schleswig-Flensburg |
| Jürgens, Gretel | Amt Trave-Land/Gemeinde Weede |
| Kardorf-Metsis, Marina | Gemeinschaftspraxis Leezen |
| Kind, Sandra | Kreisverwaltung Segeberg |
| Koudmani, Toni, Dr. | Hausarztpraxis Hartenholm |
| Koudmani, Ilse | Gemeinde Hartenholm |
| Kraus, Christian | Hausarztpraxis Trappenkamp |
| Krille, Harald | Gemeinde Trappenkamp |
| Kröger, Delf | KVSH |
| Lietsch, Reiner | Amt Itzstedt |
| Löding, Marion | Seniorenbeirat Oering |
| Maurer, Thomas, Dr. | Hausärzteverband Schleswig-Holstein |
| Mildenberger, Ulrich | Pflegestützpunkt Kreis Segeberg |
| Nowottny, Eckart, Dr. | Gemeinde Henstedt-Ulzburg |
| Pade, Helga | Seniorenbeirat Rickling |
| Pawlik, Anke | Seniorenbeirat Groß Kummerfeld |
| Sayir, Cenk | Berufsausübungsgemeinschaft Bad Bramstedt |
| Santen, Margot | Seniorenbeirat Rickling |
| Schnack, Dirk | Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt |
| Schnell, Thomas | Palliativnetz Travebogen |
| Schönfeld, Dieter | Stadt Bad Segeberg |
| Schröder, Jan Peter | Kreisverwaltung Segeberg |
| Schult, Marc | Asklepios Klinik Nord |
| Schümann, Renate | Seniorenbeirat Rickling |
| Schütt, Hans-Hermann | Gemeinde Wakendorf II |
| Stender, Ursula | Seniorenbeirat Groß Kummerfeld |
| Stoltenberg, Peter | Fraktion Bündnis 90/Die Grünen |
| Stuber, Klaus | Seniorenbeirat Kaltenkirchen |
| Teschner, Christoph, Dr. | Stadt Bad Bramstedt |
| Thomann, Christian | Gemeinde Rickling |
| Vilsmeier, Frank | Pflegerat Schleswig-Holstein |
| Von der Geest, Silke | Stadt Kaltenkirchen |
| Wegner, Karl-Heinz | Gemeinde Sülfeld |
| Weihe, Holger | Fraktion DIE LINKE |
| Wersig, Jens | SPD-Fraktion |
| Wilms, Inge | Seniorenbeirat Itzstedt |
| Witte, Johannes-Christian | Hausarztpraxis Bad Segeberg |
| Wrage, Jörg | Gemeinde Groß Kummerfeld |
| Ziemann, Sebastian | Landesverbände gesetzliche Kassen/ Ersatzkassen – vdek-Landesvertretung |

## Ablauf der Veranstaltung
**1.2**

- Begrüßung durch Herrn Landrat Jan Peter Schröder
- Hausärztliche Versorgungssituation im Kreis Segeberg – Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven (Herr Martin Albrecht, GGR)
- Versorgung auf dem Land aus ärztlicher Sicht (Herr Dr. Thomas Maurer, Hausärzteverband Schleswig-Holstein)
- Handlungsmöglichkeiten der KVSH zum Erhalt der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum (Frau Bianca Hartz, KVSH)
- Podiumsdiskussion zu „Sicherung der hausärztlichen Versorgung – vielversprechende Ansätze und kommunale Gestaltungsoptionen?"
- Fragen und Diskussion
- Schlusswort von Frau Rosemarie Jahn (Vorsitzende des Ausschusses für Ordnungs-, Verkehrs- und Gesundheitswesen des Kreises)

## Begrüßung
**1.2.1**

Herr Landrat Schröder begrüßt die Gäste zur Veranstaltung „Perspektiven der hausärztlichen Versorgung im Kreis Segeberg". Zu Beginn betont er die Notwendigkeit, sich mit der medizinischen Versorgung auf dem Lande auseinanderzusetzen und somit die Belange der Menschen im Kreis Segeberg in den Mittelpunkt zu stellen. Wesentliche kommunale Aufgabe ist die Aufrechterhaltung einer angemessenen Daseinsvorsorge, um für die Menschen vor Ort eine gute Versorgung zu gewährleisten. Ein maßgeblicher Baustein ist die medizinische Versorgung, die den Kreis vor zweierlei Herausforderungen stellt: Zum einen wird die Bevölkerung immer älter und im Kreis Segeberg trotz regionaler Unterschiede nicht wesentlich weniger. Der Auftrag, die ärztliche Versorgung sicherzustellen, obliegt zwar der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH). Doch die kommunale Ebene sollte ihren Beitrag leisten, koordinieren und ihre Kompetenzen einbringen. Ziel muss es sein, kreative Lösungen partnerschaftlich zu entwickeln.

*Herr Schröder, Landrat*

**In einer gemeinsamen Kraftanstrengung muss die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum gesichert und neue Handlungsoptionen geschaffen werden.**

Auf der anderen Seite erfolgt aufgrund der Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte eine vermehrte Übergabe von Arztpraxen im ländlichen Raum, wobei eine Nachfolge bereits heute schwer zu regeln ist. Immer weniger Medizinerinnen und Mediziner sind geneigt, aufgrund der Lebens- und Arbeitsbedingungen als Hausärztin oder Hausarzt zu praktizieren, und zudem ohne Präferenz für den ländlichen Raum. Fraglich ist somit, wie die Attraktivität des ländlichen Raumes gesteigert werden kann. Immer häufiger wird die bevorzugte Life-Work-Balance mit einer geringeren Bandbreite an Freizeit- und Kulturangeboten auf dem Lande als nicht erfüllt angesehen. Umso dringender ist es, die Kompetenzen der KVSH, Ärztekammer und Kommunen zu bündeln. Dabei müssen sich

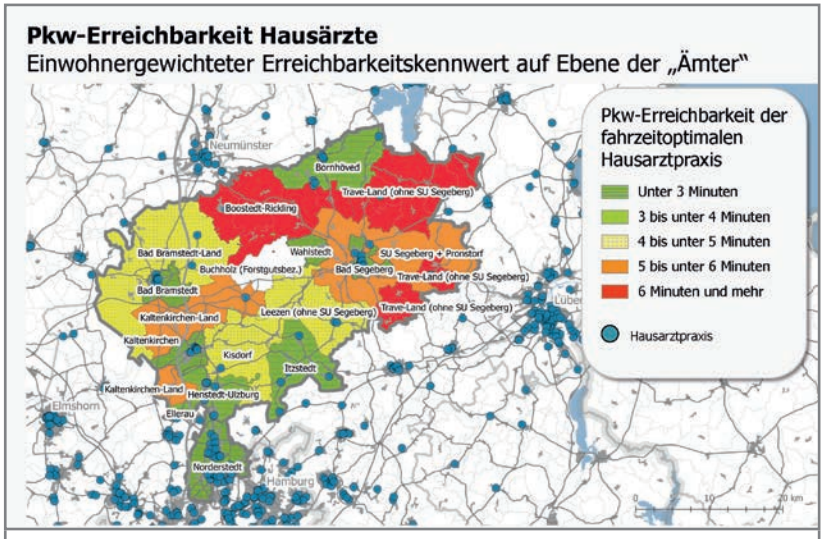
die Beteiligten in jedem Einzelfall auf die individuellen Bedürfnisse und örtlichen Begebenheiten einlassen. Ideal wäre ein konzeptionelles Ergebnis, das gleichzeitig kleinteilige Lösungen zulässt. Im Sinne der Gemeinden muss in einer gemeinsamen Kraftanstrengung die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum gesichert und neue Handlungsoptionen geschaffen werden.

## Hausärztliche Versorgungssituation im Kreis Segeberg

**1.2.2**

Anschließend erläutert Herr Albrecht die Daten der Bestandsaufnahme, Analysen und Modellrechnungen aus der Arbeitsgruppe Gesundheit. Die Frage nach der hausärztlichen Versorgung ist insbesondere im ländlichen Raum maßgeblich mit der Zugänglichkeit zu Versorgungsleistungen verknüpft. Daher hat sich die Arbeitsgruppe zu Beginn ihrer Arbeit mit den Erreichbarkeitsverhältnissen zwischen den Wohnorten der Bevölkerung und den Hausarztpraxen befasst. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Erreichbarkeit von Hausarztpraxen mit dem Pkw – insbesondere im Vergleich zu anderen ländlich geprägten Regionen in Deutschland – nahezu im gesamten Kreisgebiet binnen kurzer Fristen gegeben ist. Sofern öffentliche Verkehrsmittel für den Arztbesuch genutzt werden, ergeben sich in einzelnen Teilräumen im westlichen Kreisgebiet, jedoch vor allem im Osten des Kreises (Amt Trave-Land) Wegezeiten von zum Teil deutlich mehr als 20 Minuten pro Weg. Dies stellt jedoch nach Auffassung der Arbeitsgruppenmitglieder noch kein Problem dar, solange überhaupt ein Bus fährt. Im Amt Trave-Land haben beispielsweise mehr als 15 % der Bevölkerung zu einer relativ günstigen Zeit zwischen 8.30 Uhr und 10.30 Uhr gar keine Chance, mit Bus oder Bahn zum Arzt zu gelangen. Zu anderen Tageszeiten ist der Anteil auch in anderen Regionen zum Teil noch höher.

*Herr Albrecht, GGR*



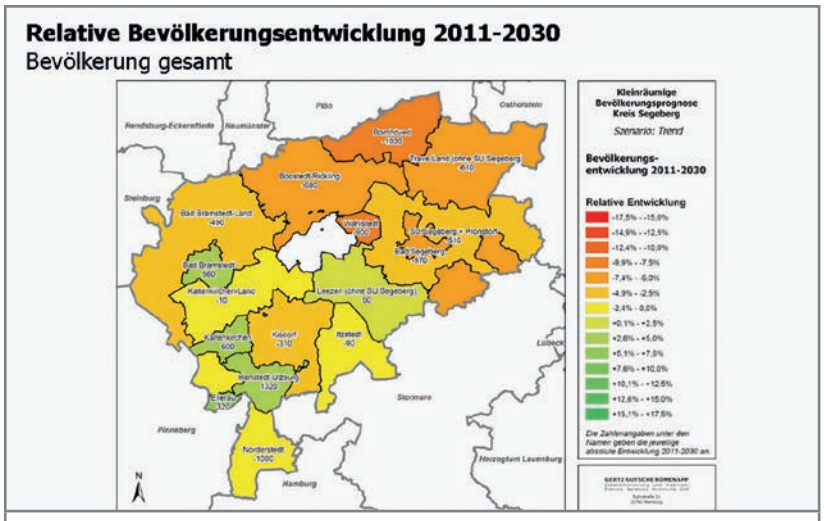

*Die Pkw-Erreichbarkeit von Hausarztpraxen ist gut. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln ergeben sich Schwierigkeiten.*

Der Blick in die Zukunft zeigt steigende Bevölkerungszahlen entlang der A7, im übrigen Kreisgebiet schrumpft die Bevölkerung. Dabei gibt es innerhalb der Gesamtbevölkerungszahl altersstrukturelle Verschiebungen. Die Zahl der 65-jährigen

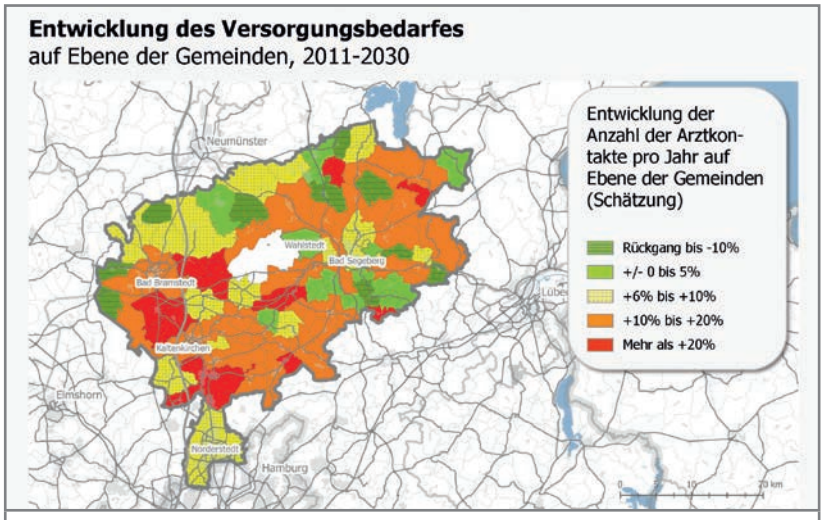
und Älteren wird im gesamten Kreisgebiet zunehmen.

Mit zunehmendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit, Hausärztinnen und Hausärzte in Anspruch zu nehmen, kurz: mehr ältere Personen erhöhen grundsätzlich den Bedarf nach hausärztlichen Versorgungsleistungen. Daher kann der Versorgungsbedarf in den einzelnen Gemeinden auch trotz Bevölkerungsrückgangs zukünftig durchaus zunehmen.

Im Kreis Segeberg gibt es überwiegend Bereiche, in denen aufgrund der altersstrukturellen Verschiebungen künftig ein höherer hausärztlicher Versorgungsbedarf auftreten wird, als es heute der Fall ist. Dieser Zuwachs könnte sogar noch deutlicher ausfallen, weil sich auch die Haushaltsstrukturen verändern werden. Immer mehr Menschen im Alter werden nämlich alleine als Single leben.




*Entlang der A 7 werden steigende Bevölkerungszahlen prognostiziert, im übrigen Kreisgebiet wird die Bevölkerung vermutlich schrumpfen.*



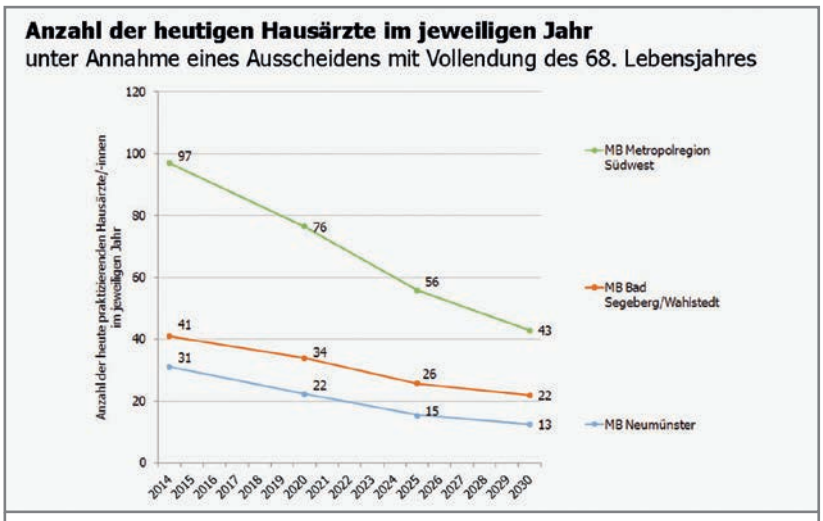

*Im Kreisgebiet wird aufgrund der altersstrukturellen Verschiebungen künftig ein höherer hausärztlicher Versorgungsbedarf vorhergesagt.*

Auf der anderen Seite stellt sich im Kreis Segeberg bei den Hausärztinnen und Hausärzten die spezifische Altersstruktur derzeit so dar, dass mehr als die Hälfte der heute praktizierenden Ärztinnen und Ärzte 55 Jahre und älter ist. Langfristig wird sich ein Wiederbesetzungsbedarf von Arztstandorten ergeben, wenn das heutige quantitative Niveau gehalten werden soll.

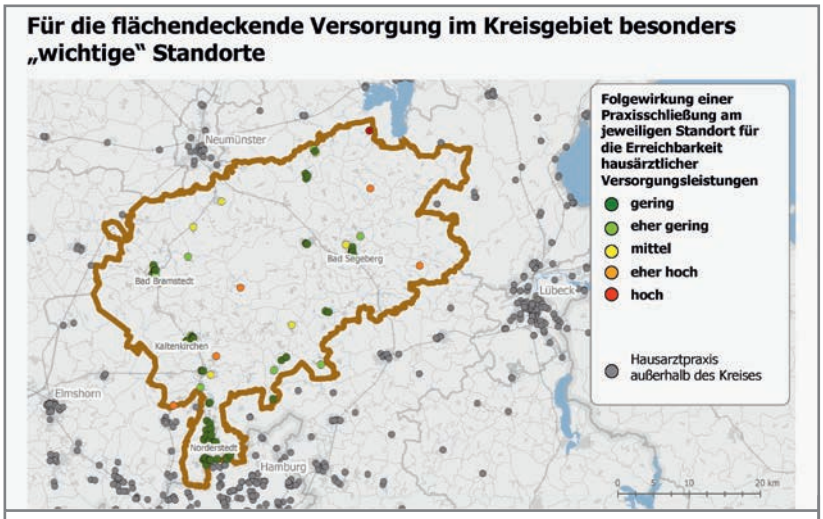
Die Überlagerung der Ergebnisse aus Erreichbarkeitsverhältnissen und Versorgungsbedarfen erlaubt eine weitere Perspektive auf

dieses komplexe Thema. Es ergaben sich sogenannte Aufmerksamkeitsräume, in denen vordringlich darüber nachgedacht werden sollte, wie eine Versorgung langfristig gesichert werden kann. Von den sechs Aufmerksamkeitsräumen gehören drei zum Amt Trave-Land, nämlich die Bereiche Nehms, Geschendorf und Neuengörs. Im Amt Kaltenkirchen-Land sind die Bereiche rund um Lentföhrden und Ellerau-Alveslohe betroffen.

Diese definierten Räume sind durch einen deutlichen Anstieg des Versorgungsbedarfs in der Zukunft gekennzeichnet. Hier sollte nach Auffassung der Arbeitsgruppe die Versorgungssicherung eher vordringlich behandelt werden.




*Aufgrund der Altersstruktur der heute praktizierenden Ärztinnen/Ärzte kann sich langfristig ein hoher Wiederbesetzungsbedarf von Arztstandorten ergeben.*

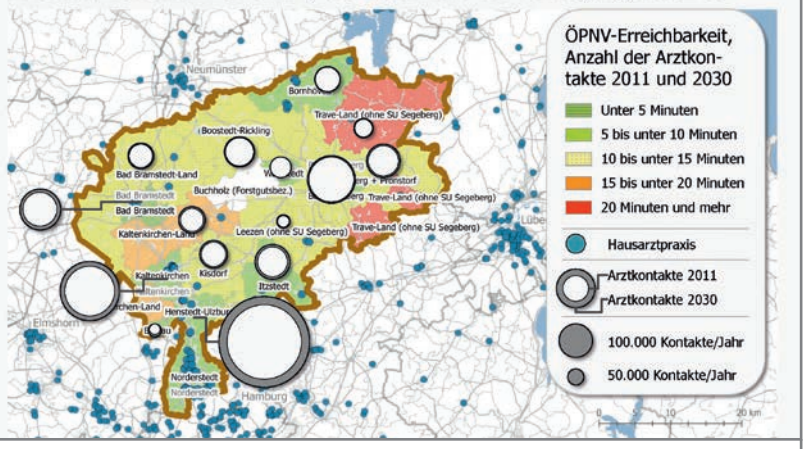



*Die Schließung von Praxisstandorten kann die Erreichbarkeit hausärztlicher Versorgung spürbar beeinflussen.*

Der Aufmerksamkeitsbedarf für den Bereich Boostedt-Rickling ergibt sich im Wesentlichen dadurch, dass es entlang der zentralen Achse zwischen Bad Segeberg und Neumünster keine Hausarztpraxis gibt und so die Wegeentfernungen aus Teilen des Amtes sowohl mit dem Pkw als auch mit Angeboten des ÖPNV zum Teil recht weit sind.
Eine andere Perspektive ermöglicht die Frage, welche Standorte für eine flächenhafte Versorgung im Kreis besonders wichtig erscheinen. Dafür wurde für jeden Standort im Kreisgebiet ermittelt, welche Folgen sich für die Erreichbarkeitsverhältnisse ergeben würden, wenn dieser als Standort einer (Zweig-) Praxis wegfallen würde. Das Ergebnis der Klassifizierung lässt erkennen, dass Praxisschließungen vor allem in den Zentren nur geringe Folgen auf die Erreichbarkeitsverhältnisse

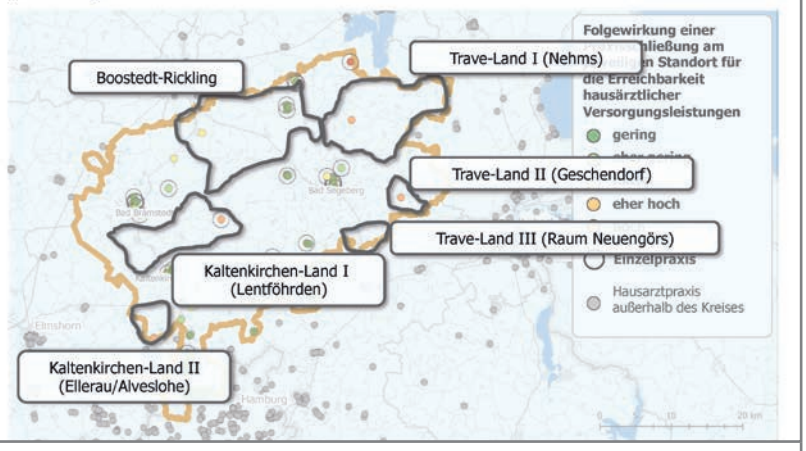
entfalten würden. Denkbar sind gleichwohl negative Folgeeffekte für Behandlungskapazitäten und Wartezeiten. Die Auswirkungen der Schließung einer Praxis in zentralen Siedlungsbereichen mit mehreren Hausarztpraxen auf die Flächenversorgung sind vergleichsweise schwach. Jedoch gibt es auch Standorte, deren Wegfall eine besondere Herausforderung für die Erreichbarkeit von Hausarztpraxen bedeuten würde und somit größere Auswirkungen auf die flächenhafte Versorgung hätte. Insbesondere wenn es sich bei diesen Standorten um Einzelpraxen handelt, ist erhöhte Aufmerksamkeit geboten, da die Wiederbesetzung einer frei werdenden Hausarztstelle häufig schwerer fällt als bei einer Mehrbehandlerpraxis.

**Wegezeit ÖPNV/zu Fuß und Anzahl der Arztkontakte**
Erreichbarkeit und Entwicklung des hausärztlichen Versorgungsbedarfes




*Eine Erreichbarkeit von Arztpraxen über einen gut ausgebauten ÖPNV hat im ländlichen Raum eine herausgehobene Bedeutung.*

**Für die flächendeckende Versorgung im Kreisgebiet besonders „wichtige" Standorte**




*Standorte, die für die flächenhafte Versorgung besonders wichtig sind, sollten in einer gemeinsamen kommunalen Strategie vordringlich berücksichtigt werden.*

Der Abgleich mit den Aufmerksamkeitsräumen zeigt, welche Bedeutung den Praxen in diesen Bereichen zukommt und dass eine Schließung des Standortes spürbare Wirkungen in dem Teilraum haben kann. Umso hilfreicher wäre es, wenn sich die betroffenen Gemeinden für einen Erhalt einsetzen würden. Trotz des Wunsches jeder Gemeinde, eine eigene Hausarztpraxis im Ort zu besitzen, ist bei regionaler Perspektive zu erkennen, dass es Standorte gibt, die für die flächenhafte Versorgung eine herausgehobene Wichtigkeit besitzen und in einer gemeinsamen Strategie vordringlicher zu berücksichtigen wären.

Abschließend fasst Herr Albrecht die wesentlichen Aussagen zusammen:

1. Sofern ein Pkw zur Verfügung steht, ist eine Hausarztpraxis aus nahezu allen Teilen des Kreises Segeberg vergleichsweise gut erreichbar.

2. In Anbetracht einer alternden Bevölkerung ist der Kreis gut beraten, bei anstehenden Entscheidungen auch die Nutzungsmöglichkeiten des ÖPNV einzubeziehen. Es gibt Teilräume, in denen es relativ lange dauert, per ÖPNV zur Ärztin oder zum Arzt zu gelangen, wenn überhaupt ein Bus fahren sollte.

3. Aufgrund der altersstrukturellen Verschiebungen ist damit zu rechnen, dass der Versorgungsbedarf trotz rückläufiger Bevölkerungszahl teilräumlich steigt.

4. Gleichzeitig ergibt sich aufgrund der Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte in den kommenden Jahren ein Wiederbesetzungsbedarf in erheblicher Größenordnung. Eine wesentliche Herausforderung wird es sein, ärztlichen Nachwuchs für den ländlichen Raum zu gewinnen. Vermutlich wird nicht jeder Standort wiederbesetzt werden können.

5. In diesem Fall ist zu überlegen, für welche Standorte es eine möglichst realistische Wiederbesetzungsoption gibt und mit welchen Maßnahmen sich eine möglichst gute Versorgung und Zugänglichkeit auch „in der Fläche" sicherstellen lässt (z.B. Zweigpraxen an für die Flächenversorgung besonders wichtigen Standorten).

6. Es gibt im Kreis Segeberg Teilräume mit vordringlichem Aufmerksamkeits- und Handlungsbedarf. Sie bedürfen der Unterstützung zur Sicherung der medizinischen Versorgung.

## Versorgung auf dem Land aus ärztlicher Sicht

**1.2.3**

Dr. Thomas Maurer stellt die Sichtweise der Ärzteschaft auf den Hausärztemangel dar. Fakt ist, es gibt zu wenig Ärztinnen und Ärzte, und der Mangel bleibt für mindestens zehn Jahre. Seit einigen Jahren bemühen sich verschiedene Akteure, die hausärztliche Tätigkeit attraktiver zu gestalten und die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Es gibt mittlerweile Lehrstühle für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein oder diverse Aktivitäten der KVSH. Als Prüfer für angehende Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin kann er zudem feststellen, dass im letzten Jahr deutlich mehr Personen geprüft worden sind als in den Vorjahren. Zahlreiche Prüflinge beabsichtigen auch, im Land zu bleiben. Er ist davon überzeugt, dass in zehn bis 15 Jahren wieder genügend Ärztinnen und Ärzte die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen.

***Es gibt zu wenig Ärztinnen und Ärzte, und der Mangel bleibt für mindestens zehn Jahre.***

Nach seiner Auffassung wünscht sich die Patientin oder der Patient eine Ärztin oder einen Arzt, die oder der rund um die Uhr zur Verfügung steht. Die Gemeinde wünscht sich zudem, dass

*Herr Dr. Maurer, Hausärzteverband Schleswig Holstein*

diese Person möglichst überregionale Strahlkraft entwickelt. Die junge Ärztin oder der junge Arzt wünscht sich aber in allererster Linie Flexibilität. Langfristig wirkende Investitionen sollen vermieden werden. Probleme mit der Nachbesetzung einer Praxis entstehen häufig gerade dadurch, dass die Nachbesetzung mit dem Verkauf der Praxisimmobilie zum Zwecke der Altersversorgung kombiniert wird.

**Es gibt kaum einen medizinischen Grund, eine Praxis zu installieren, die sich unterhalb der Wirtschaftlichkeitsschwelle bewegt und subventioniert werden müsste.**

Wenn eine junge Ärtzin oder ein junger Arzt in die Allgemeinmedizin kommt, sind bereits Jahre im Studium und in der Weiterbildung vergangen. Ohne Berufserfahrung kommt es häufig in einer Praxis zu einer Überforderung. Deshalb bevorzugt der ärztliche Nachwuchs Teamstrukturen. Sie möchten die Möglichkeit nutzen, von den Erfahrungen der älteren Kolleginnen und Kollegen zu profitieren.

In Schleswig-Holstein kommt fast jede Person innerhalb weniger Minuten zur Hausärztin oder zum Hausarzt. Die meisten Patientinnen und Patienten fahren mit dem Auto. Dabei führt der Weg nicht zur nächstgelegenen Praxis, sondern zu der Ärztin oder dem Arzt des Vertrauens. Zudem existiert ein gut ausgebauter Rettungsdienst, der Notfälle versorgen und dahin bringen kann, wo sie gut betreut werden. Daher gibt es – vielleicht abgesehen von den Halligen – kaum einen medizinischen Grund, eine Praxis zu installieren, die sich unterhalb der Wirtschaftlichkeitsschwelle bewegt und subventioniert werden müsste.

Wenn eine ärztliche Stelle finanziert werden soll, werden etwa 50.000 € im Quartal benötigt. Dies entspricht bei einem durchschnittlichen Umsatz von 50 bis 55 € pro Patient einem Bedarf von 800 bis 1.000 Personen im Quartal. Dafür wird ein Einzugsbereich von 2.000 bis 3.000 Personen benötigt, die auch mindestens jedes zweite Quartal die Praxis aufsuchen müssen. In kleinen Orten ist ein größerer Einzugsbereich nötig, weil die Menschen durch Pendlerbewegung ohnehin in größere Zentren fahren.

Als hausärztliche Versorgungsmodelle sind folgende möglich:

Die klassische Einzelpraxis und kleine Gemeinschaftspraxis ist für Individualisten. Hier besteht die Notwendigkeit eines ausreichenden Einzugsgebietes und eines fehlenden Konkurrenzdrucks, um langfristig zu bestehen. Diese Struktur ist personengebunden. Eine Gemeinde sollte einen derartigen Bestand wertschätzen und pflegen.

An die Klinik angeschlossene Versorgungsmodelle zur hausärztlichen Versorgung stellen eigentlich keine Option dar. Die Kliniken haben ohnehin kein ausreichendes Personal, um ihre ureigenen Aufgaben zu erledigen. Selbst die Klinik als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit überwiegend fachärztlichem Perso-

nal ist landesweit häufig in Schwierigkeiten. Das ambulante Arbeiten passt derzeit nicht in das Denkgefüge einer Klinik. Diese Konstruktion wird die hausärztliche Versorgung nicht verbessern. Viel wichtiger in Zusammenarbeit mit einer Klinik ist, kooperative Strukturen für Notdienstversorgung und Entlassungsmanagement in einem Kreis aufzubauen.

***Eine Vielzahl an hausärztlichen Versorgungsmodellen sind möglich.***

Bei einer mobilen Arztlösung gibt es eine kurze Sprechstunde in der Gemeinde. Die Patientenschaft muss sich anschließend mit Fragen gedulden oder an die ansässige Praxis wenden. Für die behandelten Patientinnen und Patienten besteht Anspruch auf entsprechende Vergütung. Die Arbeit nach der Sprechstunde muss jedoch die Praxis vor Ort auffangen. Dies kann für Unmut sorgen. Das gleiche gilt beim Doc-Mobil, es gibt keine ansprechbare Person vor Ort, was für eine hausärztliche Versorgung nicht denkbar sein sollte.

Als Königsweg wertet Herr Dr. Maurer eine zentrale Praxis als größere Gemeinschaftspraxis oder medizinisches hausärztliches Versorgungszentrum mit drei bis fünf Ärztinnen oder Ärzten für einen Einzugsbereich von 25 bis 30 km. Für Zweigpraxen wird zusätzliches Personal benötigt. Dies ermöglicht Patientenarbeit vor Ort und Hausbesuche bei Notfällen. Auch junges ärztliches Personal kann seine Vorstellungen in einem derartigen Zentrum verwirklichen. Zunächst ist eine Anstellung möglich, eventuell sogar eine Arbeit in Teilzeit oder die Vorbereitung auf eine Teilhaberschaft. Ebenso kann man sich nach einigen Jahren ohne finanziellen Schaden und ohne einen nötigen Immobilienverkauf verändern.

*Herr Dr. Maurer, Hausärzteverband Schleswig Holstein*

Zweigpraxen sind zwar vorteilhaft für den Ort, aber sie sind unwirtschaftlich. Eine Zweigpraxis kann nur wirtschaftlich arbeiten, wenn sie entweder eine Patientschaft versorgt, die bislang nicht versorgt worden ist, oder einen Patientenstamm übernehmen kann. Möglicherweise erfordert die Gründung einer Zweigpraxis eine kommunale Anschubfinanzierung, danach sollte sie bestenfalls selbsttragend funktionieren. Ansonsten bedarf es dauerhafter Subventionen.

Eine Einrichtung kann heute auch von ärztlichem Personal oder einer Kommune getragen werden. Bei einer Kommune als Betreiber, Beispiel Büsum, bedeutet es folgendes: Die Kommune stellt das ärztliche Personal an sowie Immobilie und Ausstattung zur Verfügung. Sie kann einen Gewinn erzielen oder muss den Verlust tragen. Risikobehaftet ist auch die Möglichkeit, dass sich eine angestellte Ärztin oder ein angestellter Arzt entschließen könnte, eine Praxis auf eigene Rechnung zu betreiben. Hinzu kommt, dass eine Kommune häufig keine fachkundige Leitung für diese Einrichtung bereitstellen kann, die sich mit Abrechnung, Verordnung oder Haftung auskennt. Hier bedarf es erfahrenen Fachpersonals, dessen Personalkosten zudem erwirtschaftet werden müssen.

Wenn eine Kommune ein Ärztehaus für vorhandene Ärztinnen und Ärzte baut,

kann die Kommune sie mit diesem Modell langfristig vor Ort binden. Eine zentrale Einheit kann diesen Ärztinnen und Ärzten eine Perspektive bieten. Unterstützend wirken auch Mietzuschüsse, vorhandene Parkplätze oder schnelles Internet. Einzelheiten sind juristisch zu klären.

Ein wichtiger zusätzlicher Aspekt ist auch der Bürgerbus. In Nordfriesland gibt es einen niederschwelligen Kleinbus, der an Altenheimen der Gegend und vor diversen Praxen hält. Zu empfehlen ist zudem der Aufbau arztunterstützender Maßnahmen. Mit einer Gemeindeschwester wird eine Ärztin oder ein Arzt entlastet. Auch der Kümmerer in der Gemeinde ist eine gute Idee.

Im Fazit prophezeit Herr Dr. Maurer, dass es keine flächendeckende Renaissance der Einzelpraxis geben wird. Größere Einheiten müssen die Versorgung sicherstellen, die häufig strukturelle Unterstützung der Gemeinden benötigen.

## Handlungsmöglichkeiten der KVSH

**1.2.4**

Frau Hartz erläutert die Unterstützungsmöglichkeiten der KVSH, um die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum sicherzustellen. Bei der KVSH handelt es sich um eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die sich ausschließlich über die Mitglieder finanziert. Das sind etwa 5.100 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In Schleswig-Holstein gibt es etwa 1.900 Hausärztinnen und Hausärzte. Dabei sind Stellen und Personen zu unterscheiden. Heutzutage wird eine Arztstelle oft auf bis zu vier Personen aufgeteilt. Schleswig-Holsteinweit ist etwa ein Drittel der Hausärzteschaft mindestens 60 Jahre alt. Einige Hausärztinnen und Hausärzte praktizieren bis 70 Jahre und weiter. Das kann mit dem Spaß an der Arbeit genauso zusammenhängen wie mit der Schwierigkeit, eine Nachfolge zu finden. Vor einigen Jahren haben die meisten Ärztinnen und Ärzte ungefähr mit 62 Jahren aufgehört, aber die Tendenz ist steigend. Seit dem Wegfall der Altersgrenze von 68 Jahren setzen zahlreiche Personen ihre Tätigkeit fort, sei es angestellt oder als Entlastungsassistenz. Diese Situation ist tendenziell bedrohlich, weil die Anzahl der Facharztanerkennungen zwar steigt, aber mit nur 60 pro Jahr der Bedarf nicht ausgeglichen werden kann. In Schleswig-Holstein gibt es schon einen gewissen Ärztemangel auf dem Lande.

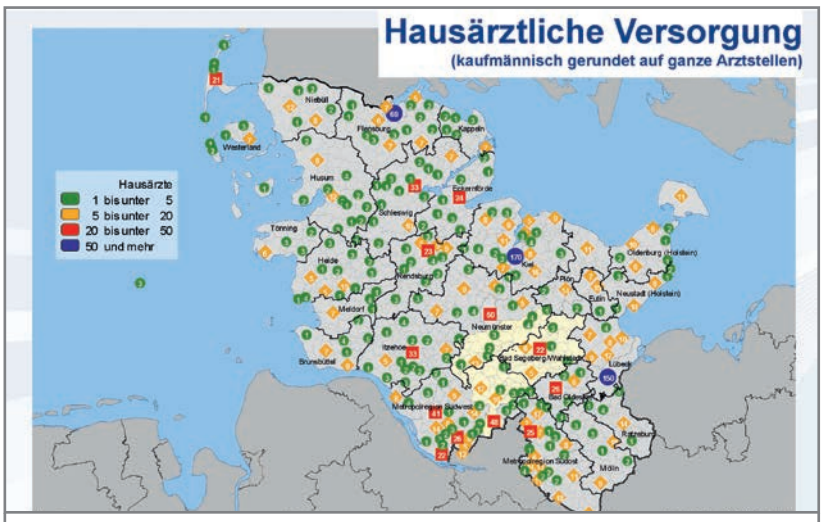
*Frau Hartz, KVSH*

***Die Anzahl der Facharztanerkennungen steigt zwar, aber der Bedarf in Schleswig-Holstein kann nicht ausgeglichen werden.***

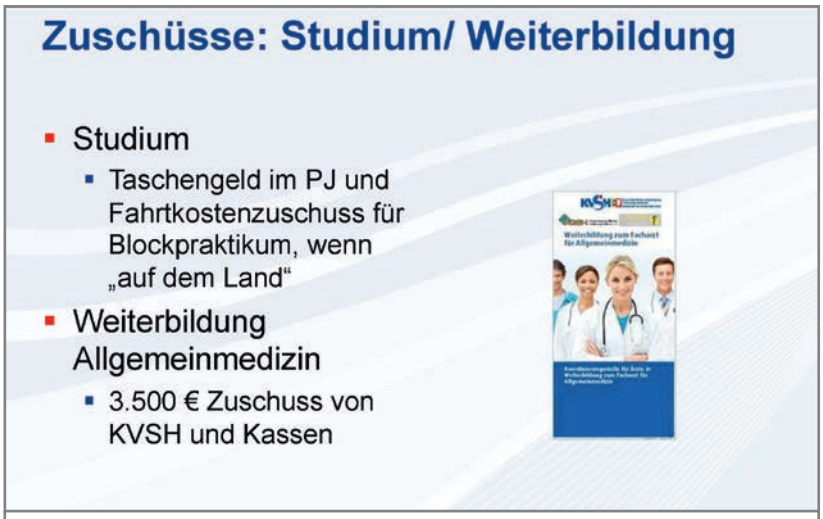
Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung werden insgesamt zu einem Einwohnerrückgang führen. Auch wenn sich mit zunehmendem Alter mehr ärztliche Kontakte ergeben, ist der Rückgang nicht zu vernachlässigen, die Herausforderungen werden dadurch wachsen.

Trotz aller Befürchtungen hat der Kreis Segeberg noch nicht so gravierende Probleme wie andere Regionen, be-

sonders Nordfriesland und entlang der Westküste. Hier ist die Nachbesetzungsfreudigkeit geringer. Im Vergleich stellt der Kreis Segeberg keinen Brennpunkt dar. Im Landesvergleich ist nämlich festzustellen, dass die Situation an der Westküste mit 33 bis 43 % an Ärztinnen und Ärzten über 60 Jahre schwieriger ist als im Kreis Segeberg mit 34 %. Dies ist ein Indiz für die Nachbesetzungsschwierigkeiten an der Westküste. In Nordfriesland gibt es bereits unbesetzte Stellen, was im Kreis Segeberg nicht der Fall ist.




*An der Westküste gibt es Nachbesetzungsschwierigkeiten und unbesetzte Stellen. Im Vergleich stellt der Kreis Segeberg keinen Brennpunkt dar.*




*Fachärztinnen und Fachärzte in Weiterbildung sollen über finanzielle Leistungen im Land gebunden werden.*

Unter Berücksichtigung der begrenzten Finanzmittel organisiert die KVSH als Maßnahme beispielsweise Werbekampagnen an den Universitäten. In einer Praxisbörse können Ärztinnen und Ärzte für eine Weiterbildungsassistenz oder eine Nachfolge inserieren. Ebenso können Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung den Bedarf nach einer Stelle einstellen. Oder Kommunen können sich präsentieren, Suchanzeigen einstellen und über ihre Unterstützungsleistungen informieren. In letzter Zeit hat die KVSH die Fachärztinnen und Fachärzte in Weiterbildung in den Mittelpunkt der Werbung gestellt, um diesen Personenkreis zu binden. Es wurde für Fortbildungsmaßnahmen beispielsweise zum Thema Praxisführung oder Rollenwechsel vom Angestellten zum Chef geworben. Damit sollen Ängste genommen, Kontakt zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten geknüpft oder über Unterstützungsmöglichkeiten der KVSH informiert werden. Ferner gibt es Zuschussmöglichkeiten während

des Studiums und in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin sowie ein Statut als Sicherstellungsfonds. Daraus werden Einzelmaßnahmen unterstützt, wenn Sicherstellungsgründe vorliegen.

Andererseits weist Frau Hartz deutlich darauf hin, dass die KVSH die Lust auf ein Landleben nicht wecken kann. Ein großes Problem stellt die Infrastruktur vor Ort dar. Der öffentliche Nahverkehr ist, bis auf die Schulbusse, ziemlich zusammengebrochen. Bürgerbusse helfen bei der Problemminderung, aber hier handelt es sich nicht um ein Thema der KVSH. Auch kann die KVSH Ärztinnen und Ärzte nicht umverteilen. Im Rahmen der Freiberuflichkeit können nur Anreize geschaffen werden.

***Trotz aller Befürchtungen hat der Kreis Segeberg noch nicht so gravierende Probleme wie andere Regionen in Schleswig-Holstein.***

Da die meisten jungen Ärztinnen und Ärzte gern in Anstellung tätig sein wollen, ist der Hinweis wichtig, dass die KVSH keine Kooperation oder Teilzeitanstellung erzwingen kann. Sie kann Gespräche führen und versuchen, Überzeugungsarbeit zu leisten. Genauso kann die KVSH kommunizieren, dass ein Landarzt einen anderen Stellenwert in der Gemeinde hat als der hausärztliche Stadtarzt, und Landärzte ihre Rolle sehr erfüllend finden. Letztlich wird sich jede angehende Ärztin und jeder angehende Arzt doch entsprechend seiner Vorlieben entscheiden.

Die KVSH muss einen Bedarfsplan erstellen. Nach der neuen Rechtslage sind Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie möglich. Daher werden die vorhandenen Strukturen nun intensiver geprüft und bei Bedarf den tatsächlichen Gegebenheiten angepasst. Ferner erfordert der Bedarfsplan das Einvernehmen der Krankenkassen. Insofern wirkt die KVSH auch mit, neue Strukturen zu schaffen. Dafür werden Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten vor Ort geführt. Das geförderte Projekt einer kommunalen Eigeneinrichtung stellt beispielsweise einen Versuch dar. Bundesweit ist es die erste kommunale Einrichtung. In Büsum scheint es mit den vielen Besonderheiten zu funktionieren.

Kieler Nachrichten

12 SCHLESWIG-HOLSTEIN | HAMBURG FREITAG, 8. JANUAR 2016

Der Bürgerbus Ladelund ist seit eineinhalb Jahren in Betrieb und hat sich schnell zum Erfolgsmodell entwickelt. Allerdings werden die Fahrzeuge so stark genutzt, dass bald neue angeschafft werden müssen. Das bringt den Verein in finanzielle Schwierigkeiten. FOTO: BJÖRN SCHALLER

Lust aufs Landleben

*Bürgerbusse helfen, Einschränkungen in der Mobilität zu mindern.*

Ziel der KVSH ist, die hausärztliche Versorgung in den ländlichen Gebieten auch in Zukunft sicherzustellen. Dies sollte über hausärztliche Zentren erfolgen, wobei die KVSH diese Zentren in Trägerschaft von Ärztinnen und Ärzten als Idealbild begrüßt. Dies schließt

eine kommunale Einrichtung wie in Büsum nicht aus. Ein Zentrum mag auch in der Trägerschaft von Krankenhäusern funktionieren. Vorstellbar ist es nicht mit Krankenhaus-MVZs, die es derzeit mehr im fachärztlichen Bereich gibt. Diese Hausarztzentren sollten zudem durch arztentlastende Strukturen oder Patientenbusse unterstützt werden.

Herr Jahnke, Kreis Schleswig-Flensburg, fragt nach, ob eine Zweigpraxis innerhalb eines Jahres errichtet werden kann. Nach Auffassung von Frau Hartz kann eine Abstimmung auch unter Zeitdruck gelingen. Dies erfordert aber einen enormen Einsatz der Beteiligten. Da die Bürgermeisterin oder der Bürgermeister die Personen und Verhältnisse vor Ort kennen wird, empfiehlt sie, sich mit den sich abzeichnenden Herausforderungen frühzeitig zu beschäftigen und eine Lösung zu suchen.

***Ein großes Problem stellt die Infrastruktur vor Ort dar. Der öffentliche Nahverkehr ist, bis auf die Schulbusse, ziemlich zusammengebrochen.***

## Podiumsdiskussion: Sicherung der hausärztlichen Versorgung – vielversprechende Ansätze und kommunale Gestaltungsoptionen?

**1.2.5**

Die Podiumsdiskussion führt Herr Dr. Freese, der seit 1976 als Hausarzt in Bad Segeberg gearbeitet hat. Ehrenamtlich ist er nun als Kreisstellenvorsitzender der KVSH tätig. Herausheben möchte er eingangs die Notfallversorgung. Im Jahr 2007 hat die KVSH eine neue Struktur des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes flächendeckend im Land eingeführt, die im Bundesgebiet einmalig ist. Kern ist die Gründung von Bereitschaftsanlaufpraxen. Im Kreis Segeberg sind sie am Krankenhaus in Bad Segeberg, an der Paracelsus-Klinik in Henstedt-Ulzburg und im Heidberg-Krankenhaus für Norderstedt positioniert. Daneben gibt es ergänzend einen ärztlichen Fahrdienst, der zu den Dienstzeiten des Bereitschaftsdienstes zur Verfügung steht. Über die bundeseinheitliche Telefonnummer 116117 wird der Notdienst erreicht. Über dieses System aus Anlaufpraxis plus ärztlichen Fahrdienst ist die vertragsärztliche Notfallversorgung gut in Schleswig-Holstein abgesichert.

*Herr Dr. Freese, KVSH / Kreisstelle*

Um die hausärztliche Situation im Kreis Segeberg zu beleuchten, wurden eine Vertreterin der Kommunen und drei niedergelassene Ärzte eingeladen. Herr Dr. Freese begrüßt zuerst Frau Jürgens, Amtsvorsteherin des Amtes Trave-Land, und bittet sie, die Hausarztversorgung aus ihrer Sicht darzustellen.

Frau Jürgens berichtet, dass die Amtsverwaltung Trave-Land 27 Gemeinden mit knapp 20.000 Einwohnerinnen und Einwohnern betreut. Anlässlich dieser Veranstaltung hat sie bei den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern nach der hausärztliche Situation vor Ort gefragt, wobei keine aktuellen Probleme offen gelegt wurden. In ihrer Gemeinde Geschendorf ist ein Hausarzt niedergelassen. Hier stand vor nicht allzu langer Zeit ein Wechsel bevor. Dies war mit

Bangen und Hoffnung verbunden. Die Gemeinde war erleichtert, als eine Person gefunden wurde.

Auch wenn es keine originäre kommunale Aufgabe darstellt, sollte sich nach Auffassung von Frau Jürgens eine Gemeinde an einen erforderlichen Such- und Entscheidungsprozess beteiligen. Bei Bedarf müssten Überlegungen in Richtung Gemeinschaftspraxis oder Ärztehaus im kleinen Stil angestellt werden. Aber im Moment ist im Amt die Ausweitung der Beförderung durch den Bürgerbus vorrangig. Den Bürgerbus gibt es derzeit in einer Gemeinde, er fährt aber auch gemeindeübergreifend. Für eine Erweiterung des Angebotes werden dringend ehrenamtlich engagierte Fahrerinnen und Fahrer gesucht. Derzeit ist es schwierig, die Nachfrage zu bedienen.

*Von links: Herr Koudmani, Herr Dautwiz, Herr Dr. Freese, Frau Jürgens, Herr Kraus*

***Derzeit ist es schwierig, die Nachfrage für eine Beförderung durch den Bürgerbus im Amt Trave-Land zu bedienen.***

*Herr Dautwiz, Hausarztpraxis Stocksee*

Anschließend begrüßt Herr Dr. Freese die drei Ärzte im Podium. Herr Dautwiz ist seit 1993 mit einer neu gegründeten Praxis in Stocksee niedergelassen. Er berichtet, dass in seiner Praxis mit zwei Mitarbeiterinnen und einer Aushilfe eine Grundversorgung erfolgt. Morgens beginnt er um 7.00 Uhr, damit er mittags Hausbesuche im Umkreis von zehn bis 15 km unternehmen kann, die bei größerer Entfernung zur Belastung werden. Dreimal die Woche gibt es eine Spätsprechstunde. Im Rahmen der Notfallversorgung beteiligt er sich im ärztlichen Fahrdienst. Mit dieser Situation ist er recht zufrieden. Er stört sich an den von der KVSH gesetzten Bedingungen. Das Budget muss auskömmlich sein, sonstige Probleme wie verspätete Überweisungen sind aufwändig und können hohe Kosten verursachen. Die Zukunft der Praxis ist gesichert, weil seine Tochter sie in einigen Jahren übernehmen kann. Aus seinem Umkreis teilt er den Eindruck, dass viele Kolleginnen und Kollegen die Altersgrenze erreicht haben und vermutlich nicht mehr lange zur Verfügung stehen. Eine Nachbesetzung stellt eine Herausforderung dar.

Nachfolgend berichtet Herr Dr. Koudmani, dass nach einer Beratung durch die KVSH seine Niederlassung 1986 in Hartenholm erfolgte. Die Gemeinde hat eine Person für Allgemeinmedizin gesucht und die alte Schule im Ort zu Praxisräumen umgebaut. Damit haben sich seine Kosten im Wesentlichen auf die Beschaffung der Geräte für eine gehobene Grundausstattung auf dem Lande beschränkt. Da Hartenholm im ländlichen Raum liegt, sind Hausbesu-

che im Umkreis bis zu 10 km verstreut. Zudem liegen im Einzugsbereich zwei Pflegeheime mit je 50 Bewohnerinnen und Bewohnern. Neben der Arbeit als Hausarzt hat er eine Betreuung in der Fachkunde der Betriebsmedizin übernommen. Bezüglich seiner Nachfolge kann auch er auf seine Tochter in drei oder vier Jahren hoffen. Am meisten stören ihn die Anfragen von Patientinnen und Patienten, die nur einen geringen Zusammenhang zum Arztberuf aufweisen.

*Von links: Herr Koudmani, Herr Dautwiz, Herr Dr. Freese*

Danach weist Herr Kraus, seit 28 Jahren als Hausarzt in Trappenkamp niedergelassen, darauf hin, dass die Regelung der Praxisnachfolge heutzutage grundsätzlich schwierig ist, wenn keine Interessenten in der Familie vorhanden sind. Insofern stellen die beiden hier dargestellten Fälle eher Ausnahmen dar. Seine Doppelpraxis gibt es seit 1979, er ist damals in die Gemeinschaft eingestiegen. Aus Mittelamerika kommend, hat er in Deutschland an diversen Orten gearbeitet. Eines Tages wurde er um eine Praxisvertretung in Trappenkamp gebeten. In dieser Praxis haben nette Kollegen gearbeitet, und die Patienten passten auch für ihn, so dass er sich zur Niederlassung entschieden hat. Inzwischen hat sich der Ort gemausert, alle notwendigen Angebote sind vorhanden. Deren Praxis betreut ca. 2.500 Patientinnen und Patienten aus Trappenkamp und Umgebung, Hausbesuche finden mit dem Praxisauto in einem Radius von ca. zehn bis 15 km statt. Sie betreuen auch Alten- und Pflegeheime in Rickling. Neben seiner Kollegin, auch Allgemeinärztin, arbeiten in der Praxis sieben Mitarbeiterinnen, zwei Vollzeit- und fünf Teilzeitkräfte. Abgesehen von den Tätigkeiten in der Praxis übernehmen die Angestellten auch die Hausbesuche, sind dabei selbständig auf Anweisung der Ärztin oder des Arztes tätig und sorgen so für Entlastung. Ein Hausbesuch wird gern gesehen, erfolgt aber für die Hausärztin oder den Hausarzt fast als Gratisleistung.

*Herr Kraus, Hausarztpraxis Trappenkamp*

Zum Thema Zweigpraxis berichtet er, dass es im Nachbarort Rickling eine kleine Praxis eines Kollegen gegeben hat, der altersbedingt aufhören wollte und keinen Nachfolger gefunden hat. Nach Abstimmung mit diesem Arzt und der KVSH konnte diese Praxis als Zweigpraxis übernommen werden. Nach fünf Jahren wurde sie wieder geschlossen, weil sie unwirtschaftlich lief. Bereits nach vier Jahren hat Herr Kraus dem Bürgermeister die Situation geschildert. Seine Kollegin und er haben ein Jahr abgewartet, ob sich die Frequentierung ändert oder sich ein Entgegenkommen der Gemeinde abzeichnet. Da keine Veränderung eintrat, wurde die Zweigpraxis aufgegeben. Im Ergebnis hält er fest, dass eine Praxis wirtschaftlich arbeiten muss. Wenn der Betrieb einer Praxis im Ort gewünscht

wird, ist eventuell auch eine Unterstützung der Kommune nötig. Von der Politik wünscht sich Herr Kraus, dass sie bürokratielastige, ressourcenvergeudende Unternehmungen vermeidet, wie die Terminservicestelle, und eine Auseinandersetzung mit den tatsächlichen Gegebenheiten erfolgt.
Herr Dr. Freese fügt hinzu, dass Rickling von Trappenkamp und Wahlstedt versorgt wird und keine großen Versorgungsdefizite infolge der Praxisschließung entstanden sind. Herr Thomann, Bürgermeister von Rickling, entgegnet, dass die alten Menschen, die nicht mehr gut zu Fuß sind, nun weite Wege in Kauf nehmen müssen.

## Fragen und Diskussion
**1.2.6**

Herr Krille, Bürgermeister von Trappenkamp, rät Gemeinden, das Gespräch mit den Ärztinnen und Ärzten vor Ort zu suchen, um sich auf Situationen in zehn, 20 Jahren vorzubereiten. Trappenkamp tauscht sich bereits rege mit Bornhöved als Partner im gemeinsamen Unterzentrum aus, um die ärztliche Versorgung vor Ort zu sichern. In diesem Zusammenhang erklärt er auch seine grundsätzliche Gesprächsbereitschaft zur Abstimmung von Unterstützungsmöglichkeiten durch die Gemeinde. Trappenkamp mit derzeit 5.200 Einwohnerinnen und Einwohnern will sich stets weiterentwickeln. Das Amt Bornhöved mit über 11.000 Einwohnerinnen und Einwohnern muss sich strategisch mit dem zusammenhängenden Themenkomplex aus ärztlicher Versorgung, Gewerbeansiedlung, Wohnbebauung oder auch Schule beschäftigen.

Herr Dr. Maurer weist auf die Wichtigkeit hin, dass bei der Konzepterstellung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung auch die umliegenden Gemeinden einbezogen werden müssen, wenn es langfristig in der Region funktionieren soll. Als weiteren Aspekt regt er an, darüber nachzudenken, wie Ärztinnen und Ärzte, die neu in einer Gemeinde anfangen, frühzeitig zu einer Nachfolgeplanung animiert werden können, damit eine Übergabe reibungslos geschehen kann.

Nach Parallelen von Gemeindeschwestern und Versorgungsassistenz fragt Herr Mildenberger, Pflegestützpunkt Kreis Segeberg. Im gesamten Gesundheits- und Pflegebereich sollen examinierte Kräfte spezialisierte hochwertige Handlungen tätigen. Für andere Aufgaben sind möglicherweise angelernte Kräfte wie Betreuungskräfte ausreichend. Auch im Bereich ärztlicher Tätigkeiten kann das Modell der Versorgungsassistenz Entlastung bringen. Ihn interessieren inhaltliche Verbindungen und deren Finanzierungsmöglichkeiten.

***Wenn der Betrieb einer Praxis im Ort gewünscht wird, ist eventuell auch eine Unterstützung der Kommune nötig.***

Daraufhin erläutert Herr Kraus den Unterschied von Substitution und Delegation. Delegation heißt, dass der Haus- oder Facharzt derjenige ist, der definiert, beauftragt und damit die Verantwortung übernimmt, was für die

Frage der Haftung ausschlaggebend ist. Substitution ist derzeit in der Politik und von nichtärztlichen, aber im medizinischen Bereich tätigen Verbänden angedacht. Dabei werden Tätigkeiten im medizinischen Sinne an Patientinnen und Patienten vorgenommen, aber an der ärztlichen Qualifikation vorbei. Eine Beauftragung ohne Einbindung einer Ärztin oder eines Arztes lässt die Frage nach der Haftung unbeantwortet. Daher spricht er sich eindeutig für die Delegation aus. Die angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekommen eine von der Ärztin oder dem Arzt bezahlte Ausbildung. Danach sind sie berechtigt, im Delegationsverfahren Leistungen zu übernehmen, die normalerweise als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter in der Praxis nicht erlaubt sind. Aber die Ausweitung des Arztmangels, der schon längst besteht, kann eingeschränkt werden, indem der Ärztin oder dem Arzt entsprechend qualifiziertes Personal an die Seite gestellt wird, das in ärztlicher Verantwortung tätig ist.

***Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit der Frage einer Praxisnachfolge ist umso wichtiger, desto schwieriger sich die Versorgung vor Ort darstellt.***

Ergänzend fügt Herr Dautwiz hinzu, dass eine VERAH (Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis) erst ab einer gewissen Praxisgröße beschäftigt werden kann. Dabei sind die zu übernehmenden Tätigkeiten begrenzt. Auch werden Tätigkeiten der früheren Gemeindeschwester heutzutage vielfach auf die Pflegedienste delegiert. Ferner unterstützt er den Wunsch, sich frühzeitig mit der Frage einer Praxisnachfolge auseinanderzu-

setzen. Dies ist umso wichtiger, desto schwieriger sich die Versorgung vor Ort darstellt.

Herr Vilsmeier, Pflegerat Schleswig-Holstein, interessiert sich für die Frage, wie sich die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft gestalten wird. Viele hochqualifizierte Pflegepersonen besuchen ein Monitoring und können besondere Leistungen erbringen. Damit ist zu klären, was hausärztlich an Unterstützungsleistungen benötigt wird, wenn sich die Möglichkeit von VERAH nicht bietet, um die Menschen versorgen zu können.

***Eine Gemeinde sollte unter Berücksichtigung der regionalen Umstände mit den umliegenden Gemeinden kooperieren und nicht auf eine eigenständige Insellösung beharren.***

Dass eine Gemeindeschwester früher im ländlichen Bereich als umfassende Ansprechpartnerin fungiert hat, erinnert Herr Dr. Freese. Auf seine Frage, wie gut die Versorgung fern vom Zentrum mit Pflegediensten eingeschätzt wird, berichtet Frau Jürgens von einem Gespräch mit dem DRK, der im ländlichen Bereich des Kreises Segeberg alle Pflegeverträge zum 01.07. letzten Jahres gekündigt hat, was eine große Unruhe ausgelöst hat. Nach ihrer Kenntnis hat die überwiegende Zahl an Betroffenen innerhalb einer kurzen Zeit neue Pflegemöglichkeiten gefunden. Dieses Vorgehen eines Dienstleisters muss kein Einzelfall bleiben. Das DRK bestreitet wirtschaftliche Beweggründe, aber die Strecken im ländlichen Raum rechnen sich nach ihrer Auffassung betriebswirtschaftlich kaum. Derartige Entwicklungen beobachten die Kommunen genau, um bei Bedarf angemessen und schnell unterstützen zu können.

Herr Thomann, Bürgermeister von Rickling, weist auf das Erfordernis einer Gemeinde hin, in Infrastruktur investieren zu müssen, obwohl die finanzielle Situation stets schlecht aussieht. Daher fragt er nach Fördermöglichkeiten, um die Ansiedlung von Arztpraxen unterstützen zu können. Hierbei handelt es sich letzten Endes auch um einen weiteren Kostenfaktor in Zeiten, in denen viele, auch neue Aufgaben von den Gemeinden getragen werden müssen.

Eine Gemeinde kann zwar gute Startbedingungen schaffen, aber die Ärztin oder der Arzt legt fest, mit welcher Qualität die Arbeit verrichtet wird. Daher geht er davon aus, dass die ärztliche Leistung an sich den Patientenzulauf wesentlich beeinflusst.

Herr Kraus empfiehlt Gemeinden wie Rickling, mit den umliegenden Gemeinden zu kooperieren und nicht auf eine eigenständige Insellösung zu beharren. Beispielsweise könnte ein Shuttlebus als Abhilfe installiert werden, damit ältere Personen zu einer Praxis gelangen. Zudem wurde bei der Schließung der Zweigpraxis dem besonders betroffenen Personenkreis das Angebot unterbreitet, sie zu Hause zu besuchen, was auch im großen Umfang genutzt wird. Er empfiehlt den Gemeinden, den Fokus auf kooperative Lösungen zu richten.

Der Bürgermeister von Groß Kummerfeld, Herr Wrage, bittet um Auskunft, wann sich eine Praxis betriebswirtschaftlich rechnet.

Frau Hartz führt aus, dass die Anzahl nachfolgender Personen nicht ausreicht, den Bedarf auszugleichen. Der vermeintliche Druck weicht manchmal den tatsächlichen Gegebenheiten. In scheinbar schwierigen Situationen kann doch immer wieder eine junge Ärztin oder ein junger Arzt mit der Absicht plötzlich erscheinen, die fragliche Praxis zu übernehmen. Es kommt immer auf den Einzelfall unter Berücksichtigung der regionalen Umstände an. In diesem Zusammenhang sieht sie durchaus auch die Ämter in einer Moderatorenrolle, zwischen Gemeinden zu vermitteln und den überregionalen Blick zu ermöglichen.

Frau Jürgens teilt diese Auffassung. Die Informationen aus dieser Veranstaltung wird sie nutzen, um über die Amtsverwaltung und den Amtsausschuss die Gemeinden für dieses Thema zu sensibilisieren.

Herr Dr. Freese zieht das Resümee, den Gedankenaustausch im Kreis fortzusetzen und an den Fragestellungen weiter zu arbeiten.

## Schlusswort

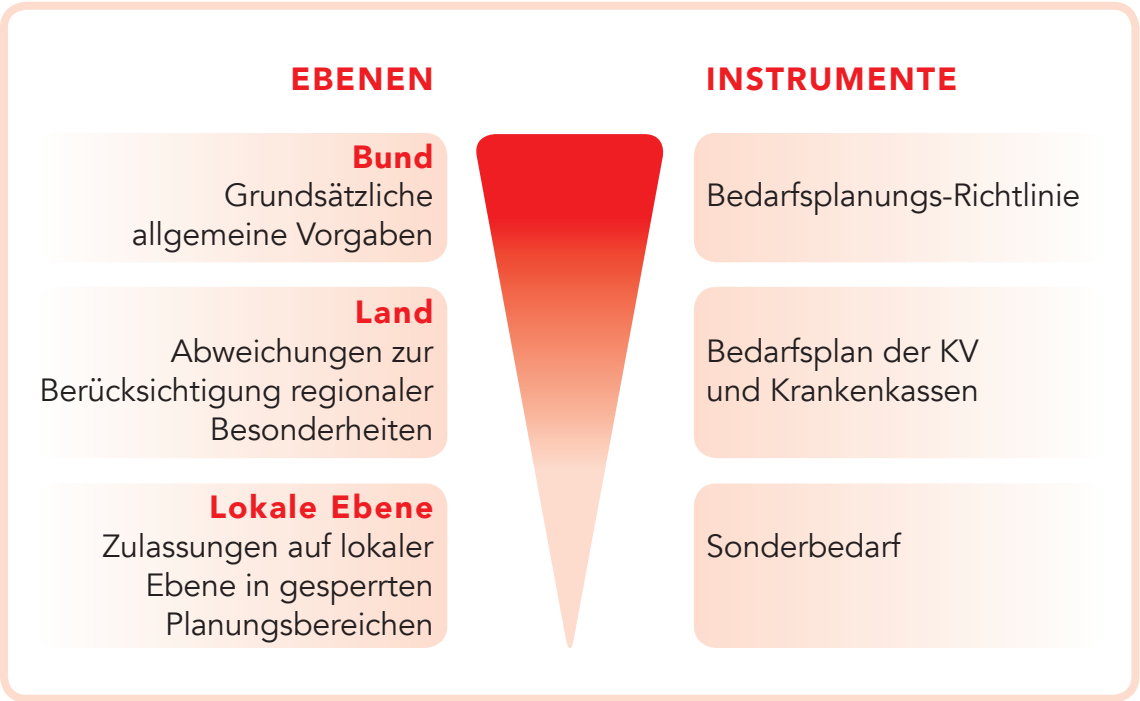
**1.2.7**

*Frau Jahn, Arbeitsgruppenleitung Gesundheit*

Frau Jahn dankt allen Vortragenden und Gästen für ihre Beteiligung an dieser Veranstaltung und den spannenden Diskussionen. Froh ist sie darüber, dass sich möglicherweise in zwei Gemeinden Nachfolgeregelungen für die Hausarztpraxen abzeichnen. Trotzdem sieht sie einen Unterstützungsbedarf für die Kommunen. Möglicherweise können die Ämter bei den anstehenden Herausforderungen eine koordinierende Funktion übernehmen und bei der Abstimmung zwischen den Kommunen behilflich sein. Die Veranstaltung hat dazu beigetragen, Möglichkeiten und Illusionen voneinander zu trennen und so nüchterner planen zu können. Daher wird die Arbeitsgruppe Gesundheit eine Handreichung mit zusammenfassenden Informationen zu dieser Veranstaltung erarbeiten.

# Eine wesentliche Grundlage: Die Bedarfsplanung*

## 2.




Am 01.01.2013 ist die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie in Kraft getreten. Sie umfasst Möglichkeiten, die lokalen Erfordernisse in der Bedarfsplanung berücksichtigen zu können. Als Ziel wird verfolgt, eine patientennahe Versorgung für alle gesetzlich Versicherten unabhängig vom Wohnort oder Einkommen gleichermaßen zugänglich zu machen. Dies zu organisieren und Fehlverteilungen vorzubeugen, ist Zweck der Bedarfsplanung.

Für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ist die Bedarfsplanung ein wesentliches Instrument, um den übertragenen Sicherstellungsauftrag erfüllen zu können.

** Quelle: „Die neue Bedarfsplanung – Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten", Kassenärztliche Bundesvereinigung, November 2013*

## Bundesweiter Rahmen

### 2.1

Die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie stellen einen bundeseinheitlichen Rahmen dar. Anerkannt ist gleichwohl, dass ein bundesweiter Regelungsrahmen nicht allen regionalen Besonderheiten der Versorgungsstruktur Rechnung tragen kann. Für viele regionale Besonderheiten können keine abstrakt-generellen Regelungen geschaffen werden, ohne dass dadurch negative Auswirkungen in anderen Regionen ausgelöst werden würden. Aus diesem Grund gibt es regional auf Ebene der KV die Möglichkeit, von den Bundesvorgaben abzuweichen und besondere Versorgungserfordernisse zu berücksichtigen. Auf lokaler Ebene besteht darüber hinaus durch das Instrument des Sonderbedarfs die Möglichkeit der lokalen Feinsteuerung im Einzelfall.

**BEISPIELE FÜR REGIONALE BESONDERHEITEN**

**Regionale Demografie**

z.B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Personen

**Regionale Morbidität**

z.B. auffällige Raten für Krankheitshäufigkeit oder Neuerkrankungen an einer Krankheit

**Sozioökonomische Faktoren**

z.B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf

**Räumliche Faktoren**

z.B. Erreichbarkeit, Entfernung, geographische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten

**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.

## Regionale Besonderheiten für Abweichungen

**2.2**

Die regionalen Abweichungsmöglichkeiten finden ihre rechtliche Grundlage in § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V.
Darin heißt es:

„Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden."

Das regionale Abweichungsrecht ist damit sehr umfassend. Um die Abweichungen rechtssicher zu gestalten, benennt die Bedarfsplanungs-Richtlinie in § 2 beispielhaft mögliche regionale Besonderheiten, die mittels regionaler Abweichungen berücksichtigt werden können.

## Der Bedarfsplan

**2.3**

Das Instrument, um die regionalen Abweichungen zu vereinbaren, ist der Bedarfsplan. Die Aufstellung des Bedarfsplans erfolgt durch die KV im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen. Abweichungen stellen somit Beratungsergebnisse oder Kompromisspositionen dar, die aus Sicht beider Parteien helfen sollen, die Bedarfsplanung und regionale Erfordernisse näher zusammenzubringen. Im Falle eines Einvernehmens zwischen Krankenkassen und KV gilt der Bedarfsplan als beschlossen. Anschließend ist den zuständigen Landesbehörden der Bedarfsplan zur Genehmigung vorzulegen.

Besteht allerdings zwischen den Kassen und der KV kein Einvernehmen, fungiert der Landesausschuss als Schiedsgremium und verabschiedet in der Folge den Bedarfsplan. Auf der Grundlage des Bedarfsplans trifft der Landesausschuss dann seine Beschlüsse, die für die zuständigen Zulassungsausschüsse vor Ort bindend sind.

## Möglichkeiten der Änderungen

**2.4**

Der Gesetzgeber hat keine Einschränkungen vorgenommen, an welchen Orten, in welchen Fällen und in welcher Art und Weise von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen werden kann. Dennoch müssen diese Abweichungen begründet sein: Es muss deutlich werden, warum gerade die vorgenommenen Abweichungen unter Berücksichtigung „[…] der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. […]" (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Insbesondere müssen die Begründungen für die regionalen Abweichungen auch einer gerichtlichen Überprüfung standhalten.

Mit Blick auf die Steuerungssystematik der Bedarfsplanung wurden in der Richtlinie unterschiedliche Punkte vorgeschlagen, an denen regionale Anpassungen ansetzen können, um die gewünschte Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zu bewirken:

**Planungsraumzuschnitte**

**Arztgruppen**

**Verhältniszahlen für das Ziel-Versorgungsniveau**

Neben diesen unterschiedlichen „Stellschrauben" können darüber hinaus zwei Formen der Anpassung unterschieden werden:

**Systematische Abweichungen,** die für die gesamte KV-Region gelten

**Individuelle Anpassungen,** die nur für einzelne spezifische Bereiche Wirkung entfalten

Zudem besteht weiterhin die Steuerungsmöglichkeit im Einzelfall für beispielsweise zusätzliche Zulassungen.

## Zusammenfassung: Die Bedarfsplanung

**2.5**

Mit der Bedarfsplanung sind umfangreiche Abweichungsmöglichkeiten auf regionaler Ebene möglich. Dadurch wird der Handlungsspielraum der KV vor Ort deutlich erweitert. Allerdings sind damit auch gesteigerte Anforderungen an die Analyse und Bewertung der Versorgungssituation verbunden, um mögliche regionale Abweichungen gerichtsfest begründen zu können.

Das Spektrum der Abweichungsmöglichkeiten ist insgesamt groß. Die Konkretisierung und Umsetzung von Maßnahmen erfordert bei Bedarf umfangreichen Verhandlungen.

Der jeweils aktuelle Bedarfsplan kann auf der Internetseite der KVSH abgerufen werden: http://www.kvsh.de/index.php?StoryID=904.

# Neuland für die Kommunen

## 3.

In der Vergangenheit sind die Kommunen wenig bei den Fragestellungen rund um die hausärztliche Versorgung einbezogen worden, es war auch nicht erforderlich. Die KVSH hat im Rahmen ihres Auftrages unter Berücksichtigung der Vorgaben auf eine ärztliche Überversorgung reagiert und gehandelt. Die Auswirkungen aus der Vielzahl an aktuellen Einflussfaktoren war für alle Beteiligten vor Jahren noch nicht spürbar.

Die demografische Entwicklung führt seit geraumer Zeit zu wesentlichen altersstrukturellen Verschiebungen. Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten werden älter. Zudem beeinflussen gesellschaftliche Trends unsere individuellen Lebenswelten. Die eigenen Vorstellungen und Vorlieben sollen sowohl im Privat- als auch im Berufsleben Erfüllung finden. Diese tatsächlichen Gegebenheiten stellen alle Akteure im Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Für die Kommunen ist daher die Auseinandereinsetzung mit dem Gesundheitssystem eher Neuland. Sie fragen nach ihrer Rolle, nach den Erwartungen, die Dritte an sie stellen, oder nach deren Möglichkeiten und Spielräumen.

***Die Auseinandersetzung mit dem Gesundheitssystem stellt ein wichtiges kommunales Handlungsfeld dar.***

Für dieses wichtige kommunale Handlungsfeld der Zukunft werden wesentliche Aspekte zusammengefasst. Sie sollen Kommunen in ihren Überlegungen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung unterstützen.

## Warum sollte sich eine Kommune für die gesundheitliche Versorgung interessieren?

**3.1**

Kommunen tragen ein hohes Maß an Verantwortung für die Bereitstellung einer bedarfsgerechten Infrastruktur und damit eine wesentliche Last bei der Gestaltung zukunftsfähiger Angebotsformen vor Ort. Dazu zählt auch, den Rahmen für gesunde Lebensbedingungen in der Kommune zu stecken. Wünschenswert ist dabei ein Angebot, das die Bürgerinnen und Bürger an ihrem Wohn- und Lebensort in ihren Bedürfnissen zufrieden stellt.

Der Bedarf, sich mit Fragen der gesundheitlichen Versorgung auseinanderzusetzen, ergibt sich häufig erst, wenn eine Praxisnachfolge vor Ort geregelt werden muss. Vielleicht signalisiert die Praxisinhaberin oder der Praxisinhaber frühzeitig den Wunsch nach Unterstützung und informiert die Kommune.

Es gibt Möglichkeiten für die Kommune, sich nicht dem Prinzip Zufall oder Glück ausgeliefert zu sehen, sondern aktiv auf eine veränderte Ausgangslage hinzuwirken.

Als Grundlage für anstehende Entscheidungen bedarf es Informationen. Es sollte der Ist-Zustand geklärt und eine Prognose des Bedarfs erstellt werden. Dieser Blick in die Zukunft ist nötig, um überhaupt langfristig planen zu können. Ziel ist es, Entwicklungen zu erkennen und eine entscheidungsfähige Beratungsgrundlage zu erstellen.

Möglicherweise kann auf vorhandenes Material zurückgegriffen werden, bevor eigene Erhebungen erfolgen. Sachdienliche Informationen können bei folgenden Stellen erfragt werden:

- Einwohnermeldeamt der Kommune
- KVSH
- Kreisverwaltung Segeberg
- Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein
- Seniorenbeirat der Kommune
- Berichte von Krankenkassen

## Welche Akteure sollten bei den Beratungen eingebunden werden?

**3.2**

Es gilt, mögliche Kooperationspartner zu identifizieren und die Zusammenarbeit mit den maßgeblichen gesundheitspolitischen Akteuren aufzunehmen. Nur dann können praxisorientierte und wirkungsvolle Lösungen erarbeitet sowie konkrete Angebote, Maßnahmen und erforderliche Infrastrukturen benannt werden. In Betracht kommen folgende Mitwirkende:

### KVSH

Die KVSH hat nach dem Sozialgesetzbuch V die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und eine entsprechende Bedarfsplanung vorzunehmen. Sie ist ein unerlässlicher Informationsträger, der darüber hinaus im begrenzten Rahmen auch Unterstützung bei anstehenden Klärungsprozessen leisten kann.

Ein Kontakt zur KVSH verschafft einen Überblick über mögliche Entwicklungen und das Erkennen von Handlungsbedarfen.

## Ärztinnen und Ärzte

Die betroffenen und praktizierenden Ärztinnen und Ärzte aus der Kommune und Umgebung sind unter allen Umständen zu beteiligen. Dies erfordert die eigene Betroffenheit infolge der anstehenden Fragestellungen zu Praxisübergabe oder Schließung eines Praxisstandortes sowie die Auswirkungen von Veränderungen. Zudem sind die Kommunen gut beraten, von den vorhandenen Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte zu profitieren.

Eigentlich sollte es ohnehin für die politischen Akteure vor Ort eine Selbstverständlichkeit darstellen, einen guten und regelmäßigen Kontakt zu diesem Personenkreis zu pflegen, um überhaupt frühzeitig auf Veränderungen reagieren zu können. Vorausschauende Informationen liefern Zeit, um sich angemessen mit der anstehenden Situation auseinandersetzen und geeignete Maßnahmen entwickeln zu können.

## Klinik

Möglicherweise ist entsprechend den regionalen Umständen auch eine Klinik zu beteiligen. Das Erfordernis steigt mit dem Umfang der ambulanten Versorgung durch die Klinik in der Region.

## Nachbargemeinden

Da nicht zu erwarten ist, dass jede Kommune ihre eigene Praxis aufrechterhalten kann, sollten auch die Kommunen im Umkreis beteiligt werden. Die nötige Abstimmung mit den umliegenden Gemeinden ergibt sich nicht nur aus der Verpflichtung einer guten Nachbarschaft. Der Einzugsbereich einer Praxis erstreckt sich insbesondere im ländlichen Raum über die Gemeindegrenzen hinaus. Zudem verlangt möglicherweise die Abstimmung eines Lösungsansatzes eine gemeinsame Kooperation.

Insbesondere bei der Option, dass der Praxisstandort aufgegeben werden muss, sollten unterstützende Alternativangebote für die Region miteinander besprochen und aufgebaut werden.

## Ehrenamt

Vielleicht erfordern die Gegebenheiten vor Ort die Einbindung von weiteren Akteuren, beispielsweise von sachkundigen Bürgerinnen und Bürgern oder Ehrenamtlichen, die unerlässlich oder hilfreich sind. Diese Entscheidung wird sich vermutlich mit einer gewissen Selbstverständlichkeit unweigerlich ergeben.

Unter allen Beteiligten ist zu klären, wer die Moderation übernimmt. Die Person muss die Sitzungen organisieren, die Beteiligte koordinieren, Inhalte dokumentieren sowie die Diskussion lösungsorientiert steuern. Damit trägt sie eine wesentliche Verantwortung für das Gelingen der Abstimmung.

## Welche unterstützenden Maßnahmen sind grundsätzlich für eine Kommune denkbar?

**3.3**

Um die Lust auf ein Landleben zu wecken und Anreize zu schaffen, dass sich eine Ärztin oder ein Arzt tatsächlich für eine Niederlassung im ländlichen Raum entscheidet, kann eine Kommunen positive Rahmenbedingungen schaffen. Dabei muss wahrgenommen werden, welche unterschiedlichen Faktoren in ihrem Zusammenwirken eine bedarfsgerechte und bestenfalls hochwertige Infrastruktur an Daseinsvorsorge bestimmen, die letztlich für die Wohn- und Lebensqualität wesentlich sind und gleichzeitig als Fundament zukunftsfähiger Standortfaktoren dient. Gerade die Wahrnehmung eines geglückten Zusammenwirkens steigert die Attraktivität der Region für Familien, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Betriebe. Dies bedeutet folgerichtig, dass ein Problem in einem Infrastrukturbereich mit großer Wahrscheinlichkeit gleichzeitig auf Probleme in anderen Bereichen hinweist. Insofern ist grundsätzlich eine umfassende Situationsanalyse zu empfehlen.

***Die Wahl kommunaler Unterstützungsangebote sollte gut überlegt sein.***

Diese Situationsanalyse erfordert Zeit, wie auch die Ableitung von Handlungsbedarfen, das Entwickeln von Ideen zur Abhilfe und die Umsetzung von Maßnahmen. Daher ist es ratsam, derartige Überlegungen und Abstimmungen langfristig und im umfassenden Zusammenhang anzustellen. Sollte ein aktuelles Problem gelöst werden müssen, ohne dass ein strategischer Handlungsfaden von der Kommune erarbeitet wurde, kann sich eine Problemlösung umso schwieriger gestalten, schlimmstenfalls bei Zeitdruck auch unmöglich werden. Die Kommune sollte sich zukünftigen Herausforderungen bewusst stellen und sich frühzeitig auf Eventualitäten vorbereiten.

Die Möglichkeit, sich als Kommune über ein regionales Marketing zu präsentieren, wächst mit der Größe der kommunalen Einheit und der Vielzahl an herauszuhebenden Standortfaktoren. Inhaltliche Schwerpunkte lassen sich aus diversen Gesprächen mit den beteiligten Akteuren ableiten. Die Darstellung sollte auf jeden Fall authentisch erfolgen, um falsche Erwartungen zu vermeiden.

Anreize im konkreten Einzelfall zu setzen, ist stets mit Kapazitäten oder Finanzmitteln aus öffentlichen Ressourcen verbunden. Die Unterstützungsangebote können einen umfassenden Ansatz verfolgen und Lebenspartner sowie Kinder einschließen. Alle Handlungsoptionen erfordern die kommunalpolitische Zustimmung, um die in der Regel ohnehin knappen öffentlichen Gelder als Anreiz für die Niederlassung einer Ärztin oder eines Arztes verwenden zu können. Dabei sollte die Nachhaltigkeit aus Sicht der Kommune ebenso wie die Bedeutung von Standorten aus Patientensicht im Blick behalten werden.

# Aktuelle Ansätze zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum

## 4.

**Neue Formen der Berufsausübung**

**Engagement der KVSH**

**Hausärztliche Entlastung**

**Engagement der Kommunen**

Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten, um im zugelassenen Rahmen und in Abstimmung mit allen Beteiligten passgenaue Ansätze zu finden, um den verschiedenen Bedürfnissen gerecht zu werden und gleichzeitig eine hausärztliche Versorgung zu sichern.

In den vorstehenden Ausführungen sind bereits an vielen Stellen die unterschiedlichen Modelle angesprochen worden. Diese denkbaren Lösungswege werden nun in Form von Steckbriefen kompakt und kurz beschrieben.

## MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM (MVZ)

### Konzept

- Ärztlich geleitete Einrichtung, die insbesondere von Vertragsärztinnen/Vertragsärzten und und Krankenhäusern, aber auch von Kommunen gegründet werden kann
- Ärztinnen/Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen können zusammenarbeiten
- Trägerschaft der in Schleswig-Holstein derzeit gut 80 existierenden MVZ: hauptsächlich Krankenhäuser, Vertragsärztinnen/Vertragsärzten, sonstige Träger wie Labore

### Vorteil

- Tätigkeit als Vertragsärztin/Vertragsarzt oder als angestellte/r Ärztin/Arzt möglich (Anteil Angestellte ca. 85 %), Teilzeitarbeit möglich
- Kein finanzielles Risiko für die dort im Angestelltenverhältnis tätigen Ärztinnen und Ärzte
- Gemeinsame Nutzung von Ressourcen wie Räumen, Geräten, Personal
- Fachlicher Austausch, fachübergreifende Zusammenarbeit
- Gemeinsame Praxisverwaltung, gemeinsames Abrechnungssystem
- Flexiblere Vertretungsregelungen, bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf

### Beispiel

*Nortorf (Rendsburg-Eckernförde)*

- Eines der ersten MVZ, die von einem Vertragsarzt (in Nortorf niedergelassener Internist) gegründet wurde
- MVZ auch als Marketinginstrument

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Eher höher
- Vernetzung der Akteure, Rahmenbedingungen schaffen, bei Suche nach geeignetem Standort unterstützen

## ZWEIGPRAXIS

### Konzept

- Möglichkeit für eine Ärztin/einen Arzt, an weiteren Orten (neben Hauptpraxissitz) „Filialen“ zu eröffnen
- Versorgung am neuen Standort verbessert sich, Versorgung am Praxissitz verschlechtert sich nicht
- In Schleswig-Holstein bereits über 200 Zweigpraxen
- Wird kein Nachfolger gefunden, Möglichkeit der Förderung einer Ärztin/eines Arztes, die/der Standort als Zweigpraxis weiterführt, durch KVSH, wenn Standort unverzichtbar für regionale Versorgung

### Vorteil

- Oft Räumlichkeiten den Bedürfnissen der Ärztinnen/Ärzte angepasst (z.B. geeignete Praxissoftware)
- Ggf. andere finanzielle Vorzüge, z.B. vergünstigte/wegfallende Miete durch Eigentum der Gemeinde
- Ggf. (finanzielle) Unterstützung der KVSH
- Junge Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner sammeln Erfahrungen in Hausarztpraxis, ohne langfristige Standortbindung und ohne wirtschaftliches Risiko, da vielfach Stellen für angestellte Ärztinnen/Ärzte entstehen

### Beispiel

*Joldelund (Kreis Nordfriesland)*

- Hausarzt fand keinen Nachfolger, suchte Dialog mit Gemeindevertretung, Bürgermeistern der fünf umliegenden Gemeinden, Bürgerinnen/Bürgern und Pastor
- Vorschlag eines Arztes aus Bredstedt: Zweigpraxis, in der er selbst tätig werden kann
- Einigung mit KVSH, Problem: unmoderne Räume
- VR-Bank kaufte ein Grundstück, Gemeinde ließ nach Wünschen des neuen Arztes bauen
- Finanzielle Unterstützung durch KVSH, Förderprogramme des Bundes (LEADER, Zukunftsprogramm Ländlicher Raum), Miete zahlt der Arzt an Gemeinde

*Maasholm (Kreis Schleswig-Flensburg)*

Zweigpraxis in alten Räumlichkeiten der örtlichen Sparkasse gemietet von der Gemeinde

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Hoch
- Akteure vernetzen, Rahmenbedingungen schaffen, Suche nach geeignetem Standort unterstützen, aktive Werbung starten

## GEMEINDEEIGENE PRAXISMODELLE MIT ANGESTELLTEN ÄRZTINNEN/ÄRZTEN

### Konzept

- Seit 2012 können Gemeinden mit Zustimmung der KVSH in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen betreiben, seit 2015 können Kommunen auch MVZ gründen
- Gemeinden als Betreiber von Arztpraxen tragen das finanzielle Risiko
- Ärztinnen/Ärzte sind bei der Gemeinde angestellt

### Vorteil

- Finanzielle Förderung durch die KVSH im Fall einer Eigeneinrichtung der Kommune (nicht MVZ) möglich (u.a. durch Fonds, der von der KVSH extra eingerichtet wurde, um Kommunen bei der Projektierung von Eigeneinrichtungen zu unterstützen)
- Vernetzung zentraler Akteure
- Angestelltenverhältnis, Teilzeitarbeit möglich
- Kein finanzielles Risiko für die praktizierenden Ärztinnen/Ärzte

### Beispiel

*Büsum (Dithmarschen)*

- Die bundesweit erste „gemeindeeigene" hausärztliche Gemeinschaftspraxis
- Medizinische Situation war besonders kritisch, da mehrere Hausarztpraxen ohne Nachfolger zu bleiben drohten
- Lösung: Gründung einer Eigeneinrichtung der Gemeinde (Ärztezentrum Büsum gGmbH), die Träger der Einrichtung und Arbeitgeber der Ärzteschaft ist
- Zentrale Akteure: Gemeinden, KVSH, Westküstenkliniken (WKK) und die Ärztegenossenschaft Nord (ÄGN)

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Sehr hoch
- Möglichkeiten: Akteure vernetzen, Rahmenbedingungen schaffen, als Betreiber volle Verantwortung der Gemeinde über das Praxismodell

## SONSTIGE KOOPERATIONSMODELLE

### Konzept

- Auf Dauer angelegte Kooperation niedergelassener Ärztinnen/Ärzte (gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen) und ggf. sonstige Dienstleistungen
- Berufsausübungsgemeinschaften („Gemeinschaftspraxen"), Praxisgemeinschaften, ärztlich getragene MVZ, Ärzte-/Gesundheitshäuser, Einzelpraxen mit zusätzlichen angestellten Ärzten
- Deutliche Zunahme der Ärztinnen/Ärzte, die in kooperativen Strukturen arbeiten, Rückgang der Zahl der klassischen Einzelpraxen

### Vorteil

- Gemeinsame Nutzung von Ressourcen wie Räumen, Geräten, Personal
- Fachlicher Austausch, fachübergreifende Zusammenarbeit
- Ggf. gemeinsame Praxisverwaltung, gemeinsames Abrechnungssystem
- Flexiblere Vertretungsregelungen, bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Mehr Möglichkeiten für Nachwuchskräfte, in ärztlichen Kooperationsmodellen in Anstellung (auch Teilzeit) tätig zu werden (ohne wirtschaftliches Risiko)
- Bündelung von Angeboten an einem Standort

### Beispiel

*Woldegk (Mecklenburgische Seenplatte)*

- Zentrales Gesundheitshaus
- Zwei Hausarztpraxen + Räume für Fachärzteschaft mit tageweisen Sprechzeiten
- Integration von anderen sozialmedizinischen Angeboten wie beispielsweise Pflegeberatung oder Pflegedienstleistungen
- Finanzierung durch Investitionsgemeinschaft (Beteiligung von Wohnungsbaugesellschaft und Stadt)

*MarktTreff in Schleswig-Holstein*

- Initiative seit 1999 des Landes Schleswig-Holstein zur Sicherung der Grundversorgung im ländlichen Raum
- Entwickelt mit Partnern aus den Regionen, Wirtschaft, Verbänden und Gesellschaft
- Bündelung zentraler Daseinsvorsorgeleistungen in einer Räumlichkeit
- Z.B. in den Räumlichkeiten des MarktTreff in Alt Duvenstedt finden regelmäßig Untersuchungen und medizinische Weiterbildungsveranstaltungen statt
  Der Alt Duvenstedter Verein „Gesundheit – Natur – Umwelt GNU e. V." kümmert sich in den gleichen Räumlichkeiten um Gesundheitsprävention
- Im Markttreff Gülzow (Hzgt. Lauenburg): Zweigpraxis eines Hausarztes

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Mittel
- Möglichkeiten: Akteure vernetzen, Rahmenbedingungen schaffen, Suche nach geeignetem Standort unterstützen

## EIGENEINRICHTUNGEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG

### Konzept

- Angestelltenverhältnis, Teilzeitarbeit möglich
- Kein finanzielles Risiko für die praktizierenden Ärztinnen/Ärzte
- Letzter Schritt eines aktiven Versorgungsmanagements der KVSH, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind
- Temporäre Lösung, kein dauerhafter Betrieb
- KVSH bemüht sich weiter um Nachfolge

### Vorteil

Sicherung der medizinische Versorgung in der Region

### Beispiel

Modell z.B. in Thüringen, Baden-Württemberg, Brandenburg und Sachsen-Anhalt, weitere Informationen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Gering
- Liegt in voller Verantwortung der KVSH

## NEUSTRUKTURIERUNG DES KASSENÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENSTES

### Konzept

- Seit 2007 Neustrukturierung durch die KVSH
- Ca. 30 Anlaufpraxen mit Angliederung an Krankenhäuser mit Regelversorgung
- Ausreichend viele freiwillig teilnehmende Ärztinnen/Ärzte

### Vorteil

- Verringerung der Arbeitslast vor allem für Ärztinnen/Ärzte im ländlichen Raum (hatten überdurchschnittlich viele Notdienste in der Nacht und an Wochenenden)
- Höhere Patientenzufriedenheit
- Höhere Attraktivität der Landarzttätigkeit
- Medizinische Vorteile der Vernetzung der Notfallversorgung Krankenhaus/vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst

### Beispiel

Landesweite Regelung

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Sehr gering
- Liegt in voller Verantwortung der KVSH

## HOCHQUALIFIZIERTE UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN IN HAUSARZTPRAXEN

### Konzept

Delegation von Versorgungsaufgaben: Weiterqualifizierung medizinischer Fachangestellter in Hausarztpraxen zur „nichtärztlichen Praxisassistentin“ (NäPa)

### Vorteil

- Entlastet Hausärztinnen/Hausärzte,
  z.B. durch Übernahme von „Routine-Hausbesuchen“
- Stärkt Hausarztstandort
- Höhere Berufszufriedenheit der medizinischen Fachangestellten
- Höhere Patientenzufriedenheit

### Beispiel

- Nach zahlreichen Modellprojekten in der Vergangenheit mittlerweile einheitliche Regelungen auf Bundesebene zu Qualifikationsanforderungen, delegierbaren Leistungen und Abrechnungsmöglichkeiten
- Bereits mehr als 150 „nichtärztliche Praxisassistentinnen“ sind in Hausarztpraxen in Schleswig-Holstein im Einsatz

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Gering
- Liegt hauptsächlich in der Verantwortung von KVSH und Hausarztpraxen
- Möglichkeiten: Rahmenbedingungen schaffen
  (Finanzierung von Transportmittel o.ä)

## TELEMEDIZIN

### Konzept

Betreuung (vor allem chronisch kranker) Patientinnen/Patienten via Telekommunikation

### Vorteil

- Keine Wege zum Arzt, Wegfall von Hausbesuchen
- Vorbeugung von Notfällen

### Beispiel

*Projekt „Mein Herz"*
- Kooperation von Segeberger Kliniken, DAK, Haus- und Fachärzteschaft
- Versorgung von Herzpatientinnen/Herzpatienten in Schleswig-Holstein
- Patientin/Patient mit Ferndiagnose zu Hause betreut: Telemedizinische Herzschrittmacherkontrolle
- Seit April 2016 ist die telemedizinische Herzschrittmacherkontrolle als erste telemedizinische Leistung in den Gebührenkatalog für Vertragsärzte aufgenommen worden

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Gering
- Liegt hauptsächlich in der Verantwortung von Land und Arztpraxen
- Möglichkeiten: Rahmenbedingungen schaffen, Organisation in Zweckverbänden, Informieren

## WERBUNG/MARKETING

### Konzept

- Kampagnen zur Aufklärung unterschiedlicher Niederlassungsmöglichkeiten
- Praxisbörsen, Gemeindesteckbriefe
- Auch finanzielle Unterstützung möglich
- Kooperation mit Gemeindetag Schleswig-Holstein

### Vorteil

- Aufklärung über Fördermöglichkeiten
- Abbau von Scheu vor Niederlassung

### Beispiel

Mehr.Arzt.Leben!: Kampagne der KVSH seit 2011

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Hoch
- Dialog mit KVSH, Abdruck in Gemeindesteckbriefen
- Eigene Werbekampagnen starten

## BERATUNG DURCH KVSH

### Konzept

- Für Ärztinnen/Ärzte mit Interesse an einer Niederlassung oder, wenn schon in eigener Praxis tätig
- Regelmäßige Seminare/Workshops zu diversen Themen für verschiedene ärztliche Zielgruppen
- Einzelberatungen möglich

### Vorteil

- Informationen zu Handlungsoptionen, z.B. mit Aufhebung der Residenzpflicht können Ärztinnen/Ärzte zwischen Wohn- und Praxisort pendeln
- Aufklärung über Fördermöglichkeiten
- Abbau von Scheu vor Niederlassung

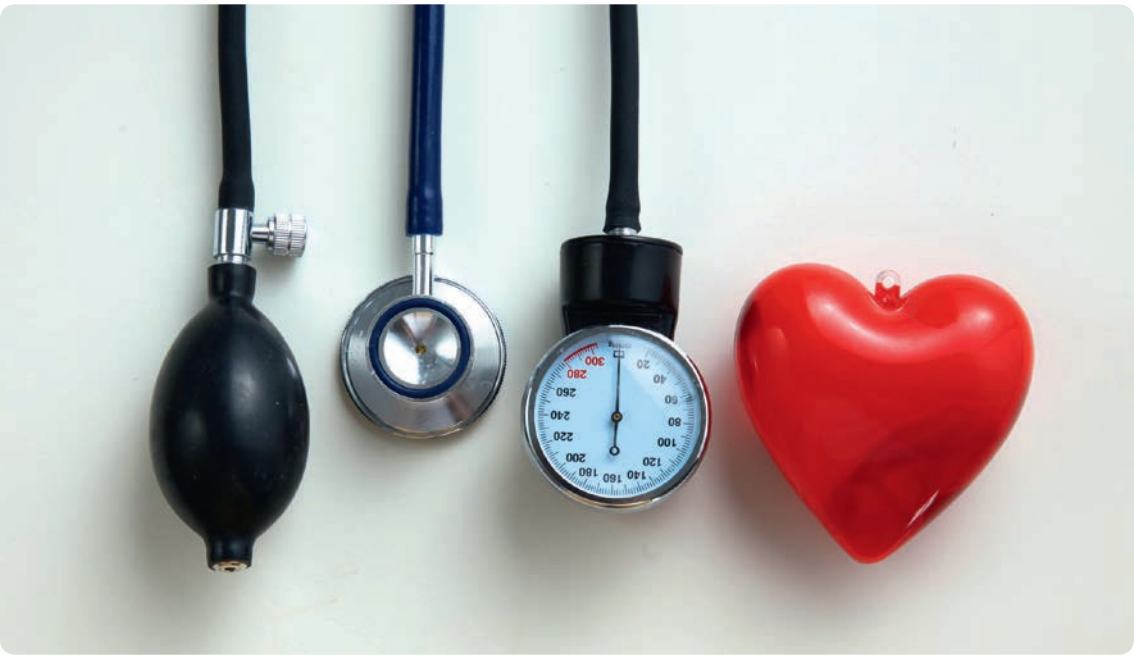
### Beispiel

- Bundes-/landesweite Regelungen
- Ärzte, die z.B. in Hamburg wohnen und im ländlichen/kleinstädtischen Bereich des südlichen Schleswig-Holsteins eine Praxis übernommen haben

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Sehr gering
- Liegt hauptsächlich in der Verantwortung der KVSH

## FÖRDERUNG VON WEITERBILDUNGSASSISTENZ



### Konzept

- Finanzielle Förderung der Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin von KVSH/Krankenkassen
- Seit 2010 Erhöhung der Förderung pro Person (Vereinbarung auf Bundesebene) für ein vergleichbares Niveau zu Krankenhaus-Entgelten

### Vorteil

Attraktivitätssteigerung der Facharztausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner

### Beispiel

Bundes-/landesweite Regelung

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Sehr gering
- Liegt hauptsächlich in der Verantwortung der KVSH und der Krankenkassen

## VERBUNDWEITERBILDUNG

### Konzept

- Von KVSH eingerichtete Koordinierungsstelle, um Übergang vom Krankenhaus in Arztpraxen für Weiterbildungsassistentinnen/-assistenten zu erleichtern
- Grundlage: Kooperationsverträge mit Krankenhäusern im Land:
  · Sana Kliniken Lübeck GmbH,
  · Asklepios Klinik GmbH Bad Oldesloe,
  · Segeberger Kliniken GmbH,
  · DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg GmbH,
  · Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH,
  · Schlei-Klinikum Schleswig MLK GmbH,
  · Sana Kliniken Ostholstein
- Weitere Kooperationsverträge im Aufbau

### Vorteil

- Entlastung der Weiterbildungsassistentinnen/Weiterbildungsassistenten
- Wegfall, einzelne Ausbildungsabschnitte selbst zu organisieren

### Beispiel

Landesweite Regelung

### Kommunale Einflussmöglichkeit

- Sehr gering
- Liegt hauptsächlich in der Verantwortung der KVSH

## KOMMUNALE STRATEGIEN ZUR SICHERUNG DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

### Konzept

- Initiative von Gemeinden oder lokalen Initiativen
- Erster Schritt i.d.R.: Vernetzung zentraler Akteure
- Allgemeine Rahmenbedingungen schaffen: verlässliche Kinderbetreuung, gute Schulanbindung, Freizeitangebot u.a.
- Konkrete Unterstützungsleistungen und Anreize zur Niederlassung anbieten: Bereitstellung von Praxisräumen, Unterstützung bei der Jobsuche für die Partnerin/den Partner, bei der Wohnungssuche, Umzugshilfe, finanzielle Unterstützung bei der Praxiseinrichtung, Vergabe von Stipendien an Studentinnen/Studenten, die sich nach dem Studium in unterversorgten Gebieten niederlassen
- Kommunale Aktionspläne zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung formulieren, Erarbeitung und Umsetzung einer regional abgestimmten Strategie zur Wiederbesetzung „besonders wichtiger" Standorte
- Aktive Werbung für den Standort

### Vorteil

- Hohe Identifikation mit dem Projekt durch bottom-up-Strategien
- Vernetzung der Gemeinde mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen

## Beispiel

*Vernetzung zentraler Akteure*
- Vom Kreis Segeberg organisierte Veranstaltung „Perspektiven der hausärztlichen Versorgung im Kreis Segeberg“
- Gesundheitsregion Nord e.V. (kreisübergreifend) – Vernetzung von Akteuren aus dem Gesundheitswesen in der Region über regelmäßige Mitgliederversammlungen und Workshops zu gesundheitsspezifische Anliegen und Problemen

*Allgemeine Rahmenbedingungen*
Bürgermeisterin/Bürgermeister wirbt mit verlässlichen Rahmenbedingungen für Ärztinnen/Ärzte

*Konkrete Unterstützungsleistungen und Anreize zur Niederlassung*
- Kostenübernahme des Baus eines neuen Praxisgebäudes und Eigentumsbildung (Joldelund)
- Kauf der Praxisräume und Kostenübernahme der Sanierung (Friedrichskoog)
- Unbürokratische Unterstützung und Mieterleichterung (Eggebek)

*Kommunale Aktionspläne zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung*
- Kreis Segeberg 2030
- Masterplan Daseinsvorsorge (Kreis Nordfriesland)
- Zukunftskonzept Daseinsvorsorge (Wilster, Glückstadt)

*Aktive Werbung für den Standort*
- Initiative stadt.land.arzt (Landkreis Harburg)
- Gemeindesteckbriefe auf der Seite der KVSH (landesweit)

## Kommunale Einflussmöglichkeit

Sehr hoch

## Gemeinsam neue Möglichkeiten schaffen und die hausärztliche Vorsorgung im Kreis Segeberg sicher stellen.

### Neue Formen der Berufsausübung

**4.1**

- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
- Zweigpraxis
- Gemeindeeigene Praxismodelle mit angestellten Ärztinnen/Ärzten
- Sonstige Kooperationsmodelle
- Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung

### Hausärztliche Entlastung

**4.2**

- Neustrukturierung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes
- Hochqualifizierte Unterstützungsleistungen in Hausarztpraxen
- Telemedizin

## Engagement der Kommunen

**4.4**

Kommunale Strategien zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung

## Engagement der KVSH

**4.3**

- Werbung/Marketing
- Beratung durch KVSH
- Förderung von Weiterbildungsassistenz
- Verbundweiterbildung

# Arbeitsgruppe Gesundheit

5.

## LEITUNG

| | |
|---|---|
| Rosemarie Jahn | Vorsitzende des Ausschusses Ordnung, Verkehr und Gesundheit (OVG), Abgeordnete, FDP |

## MITGLIEDER

| | |
|---|---|
| Martin Ahrens | Ausschussmitglied OVG, Abgeordneter, SPD |
| Rudolf G. Beeth | Vorsitzender des Sozialausschusses, Abgeordneter, SPD |
| Maren Berger | Ausschussmitglied OVG, Abgeordnete, B90/Die Grünen |
| Danny Blechschmidt | Ausschussmitglied OVG, bürgerliches Mitglied, Die LINKE |
| Aloisia Böhmer | Kreisverwaltung Segeberg, Fachdienst Gesundheit |
| Norbert Dachsel | Abgeordneter der Fraktion Die LINKE |
| Dr. Dieter Freese | KVSH, ehrenamtlicher Kreisstellenvorsitzender für Kreis Segeberg |
| Dr. Boris Friege | Kreisverwaltung Segeberg, Fachdienst Gesundheit |
| Gerd Günther | Ausschussmitglied OVG, bürgerliches Mitglied, SPD |
| Dr. Sylvia Hakimpour-Zern | Kreisverwaltung Segeberg, Fachdienstleitung Gesundheit |
| Delf Kröger | KVSH, Abteilungsleitung Gesundheitspolitik |
| Dr. Ilka Petersen-Vollmar | Ärztekammer Schleswig-Holstein, Vorsitzende des Kreisausschusses Segeberg |
| Raimund Schulz | Ausschussmitglied OVG, Abgeordneter, B90/Die Grünen |
| Nadine Sevegnani | MedComm Regionalmanagement Gesundheit Südholstein |
| Swen Staack | Kompetenzzentrum Demenz Schleswig-Holstein |
| Susanne Strehl | Ausschussmitglied OVG, Abgeordnete, CDU |
| Frank Vilsmeier | Vorsitzender des Pflegerates Schleswig-Holstein |
| Holger Weihe | Ausschussmitglied OVG, bürgerliches Mitglied, Die LINKE |
| Jens Wersig | Ausschussmitglied OVG, Abgeordneter, SPD |
| Dr. Klaus Westphal | MedComm Regionalmanagement Gesundheit Südholstein |
| Matthias Ziebuhr | Ausschussmitglied OVG, bürgerliches Mitglied, Piraten |

## MODERATION

| | |
|---|---|
| Sandra Kind | Kreisverwaltung Segeberg, Büro des Landrates |

## PLANERISCHE BEGLEITUNG

| | |
|---|---|
| Martin Albrecht | Gertz Gutsche Rümenapp, Hamburg |

metropolregion hamburg

Kreis Segeberg

Auch im Kreis Segeberg wirkt sich die demografische Entwicklung auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung aus: einerseits Zunahme der älteren und pflegebedürftigen Personen, andererseits schwierige Nachfolgeregelungen für Arztpraxen in ländlichen Teilräumen. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sind neue Ansätze gefragt.

Im Rahmen des Projektes „Kreis Segeberg 2030" hat sich eine Arbeitsgruppe mit der aktuellen Versorgungssituation und prognostizierten Entwicklung auseinandergesetzt. Die Informationen sind in dieser Broschüre zusammengefasst:

- Perspektiven der hausärztlichen Versorgung im Kreis Segeberg
- Eine wesentliche Grundlage: Die Bedarfsplanung
- Neuland für die Kommunen
- Aktuelle Ansätze zur Sicherung