



GESUNDHEIT

Die hausärztliche Versorgung im Main-Kinzig-Kreis

Status Quo und Entwicklung aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte

Stand: Mai 2022



Sorapong Chaipanya©123rf.com

IMPRESSUM

Herausgeber und Bezugsadresse:

Main-Kinzig-Kreis
Postfach 1465
63569 Gelnhausen
Telefon: 06051/85-11554
E-Mail: julia.fock@mkk.de
Internet: www.main-kinzig-kreis.de oder www.mkk.de

Für den Main-Kinzig-Kreis:
Erste Kreisbeigeordnete Susanne Simmler

Für das Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr:
Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin, Palliativmedizin, Ärztliches
Qualitätsmanagement Dr. med. Wolfgang Lenz, Amtsleiter des Amtes für Gesundheit
und Gefahrenabwehr

Informationen allgemein:

Tel: 06051/ 85-11554, Koordination für ärztliche Versorgung
E-Mail: gesundheitskoordination@mkk.de

Informationen zu den Fachthemen:

Julia Fock, Koordinatorin für ärztliche Versorgung im Main-Kinzig-Kreis
Esmanur Öztürk, Sachbearbeiterin, Koordination für ärztliche Versorgung im Main-
Kinzig-Kreis
Tel: 06051 85-11554
E-Mail: gesundheitskoordination@mkk.de

Redaktion:

Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin, Palliativmedizin, Ärztliches
Qualitätsmanagement Dr. med. Wolfgang Lenz, Amtsleiter des Amtes für Gesundheit
und Gefahrenabwehr
Günther Seitz, stellv. Amtsleiter des Amtes für Gesundheit und Gefahrenabwehr
Dr. Jasper Plath, M.Sc. Public Health
Julia Fock, Koordinatorin für ärztliche Versorgung im Main-Kinzig-Kreis
Esmanur Öztürk, Sachbearbeiterin Koordination für ärztliche Versorgung im Main-
Kinzig-Kreis

Stand:

Mai 2022

Vorwort

Sehr geehrte Ärztinnen und Ärzte,
Sehr geehrte Mitglieder aus Verwaltung und Politik,
liebe Bürgerinnen und Bürger,

“Reichtum ist viel, Zufriedenheit ist mehr, Gesundheit ist alles”, sagt man in Asien. Und jeder, der schon einmal ernsthaft krank war, kann den hohen Wert von Gesundheit ermessen. Wenn es um die eigene Gesundheit geht, ist der Hausarzt/ die Hausärztin für viele Patientinnen und Patienten der erste Ansprechpartner. Doch im kommenden Jahrzehnt wird es kritisch, denn auch unser Landkreis kann sich der bundesweiten Entwicklung nicht entziehen: Ärztemangel.

In den nächsten drei Jahren planen rund zehn Prozent unserer Hausärztinnen und Hausärzte, ihre Praxis aufzugeben, in den nächsten vier bis zehn Jahren sogar 33 Prozent. Wie lange werden wir 2030 auf einen Termin warten? Können dann ältere Menschen ohne Auto ihren Hausarzt noch erreichen? Immerhin rechnet das Statistische Bundesamt damit, dass bis 2040 knapp ein Drittel unserer Einwohner über 65 Jahre alt sein wird.

Wir haben uns entschlossen, dem Ärzteschwund nicht länger tatenlos zuzusehen: 2019 haben wir unsere Koordinatorin Julia Fock eingestellt, die sich des Themas angenommen und Kontakt zu den Stakeholdern aufgenommen hat. Erste Gespräche mit den Akteuren der ambulanten Versorgung verdeutlichten den dringenden Handlungsbedarf in der hausärztlichen Versorgung. So folgte 2020 die Ausarbeitung und Durchführung einer Umfrage unter unseren Hausärztinnen und Hausärzten. Dass über ein Jahr umfassende Projekt “Analyse der hausärztlichen Versorgung” ist nun abgeschlossen. In diesem Bericht können Sie nachlesen, wo wir in der hausärztlichen Versorgung stehen und welche weiteren Schritte auf dem Weg zu einer erfolgreichen Nachfolgersuche aus unserer Sicht wichtig sind.

Wir freuen uns außerordentlich über die rege Teilnahme aus unserer Ärzteschaft von fast 70 Prozent. Vielen Dank für Ihre Ideen! Sie werden dazu beitragen, dass wir das Thema mit individuell passenden Lösungen weiterverfolgen können. Nicht zu vergessen sind auch die unzähligen Stunden, in denen wir mit Politik, Verwaltung und unserem Projektteam erste Ansätze erarbeitet haben. Gemeinsam haben wir schon viel erreicht und dieser Bericht liefert uns die Grundlage für eine weitere erfolgreiche Zusammenarbeit.

Herzlichen Dank an alle Beteiligten!

Ihre



Susanne Simmler

Gesundheitsdezernentin

Inhaltsverzeichnis

Titelseite	
Vorwort.....	
Inhaltsverzeichnis.....	
1 Ausgangssituation und Ziel	1
2 Hintergrundinformationen zum Main-Kinzig-Kreis	2
2.1 Geographische Lage und Bevölkerungsstruktur.....	2
2.2 Bevölkerungsentwicklung.....	4
2.3 Hausärztliche Versorgung.....	5
3 Ergebnisse der Befragung	8
3.1 Vorgehen.....	8
3.2 Teilnahme an der Befragung.....	8
3.3 Alter und Geschlecht der Teilnehmer	9
3.4 Aufgabe der hausärztlichen Tätigkeit.....	10
3.5 Einschätzung der Schwierigkeit eine Nachfolge zu finden	12
3.6 Sicht auf die hausärztliche Versorgung	13
3.7 Bereitschaft der HÄ zu Veränderungen in der Versorgung	13
3.8 Nicht-Ärztliche Praxisassistenten in hausärztlichen Praxen im MKK	14
3.9 Facharztausbildung in hausärztlichen Praxen im MKK	14
3.10 Arbeitssituation der derzeit aktiven Hausärztinnen und Hausärzte.....	15
3.11 Unterstützung der HÄ bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch Landkreis oder die Kommune	16
4 Einordnung der Ergebnisse	16
5 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen	18
5.1 Fazit.....	18
5.2 Umgesetzte Initiativen und Maßnahmen während der Projektlaufzeit	20
5.3 Initiierung von Folgeprojekten in vier Handlungsfeldern.....	21
5.3.1 Nachwuchsförderung.....	22
5.3.2 Attraktive Arbeitsbedingungen für junge Ärztinnen und Ärzte	22
5.3.3 Innovative Gesundheitsstrukturen	22
5.3.4 Strategien, um dem steigenden Versorgungsaufwand zu begegnen	23
Literaturverzeichnis.....	24
Abkürzungsverzeichnis.....	26
Abbildungsverzeichnis.....	27
Tabellenverzeichnis.....	28

Hinweis:

Damit der Bericht leichter zu lesen ist, wurde bei der Personenbezeichnung meistens die männliche Form gewählt. Sofern es nicht ausdrücklich anders erwähnt ist, sind trotzdem Männer **und** Frauen gemeint.

Nachdruck (auch auszugsweise) bitte nur mit Quellenangabe.

1 Ausgangssituation und Ziel

Die hausärztliche Versorgung rückt zusehends in den Fokus der Bürgerinnen und Bürger sowie der kommunalen Akteure des Main-Kinzig-Kreises (MKK). Der Ärztemangel, besonders im ländlichen Raum, ist auf Bundesebene unumstritten. Der aktuelle und auch der zu erwartende Umfang dieses Problems auf kleinräumiger Ebene ist jedoch unklar. Dem MKK ist bislang nicht bekannt, wer unter der Vielzahl der Hausärztinnen und Hausärzte (HÄ) wann seine Tätigkeit aufgeben möchte. Selbst genaue Daten zur Altersstruktur als Indikator für eine mögliche Beendigung der Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung ist nicht im Detail verfügbar.

Um diese Fragen zu beantworten hat sich der MKK direkt an im Landkreis tätigen HÄ gewandt und eine Befragung durchgeführt. Ziel war es eine Übersicht über die hausärztliche Versorgung im Landkreis zu gewinnen und dabei auch HÄ zu identifizieren, die bereit sind innovative Versorgung umzusetzen und die zukünftige hausärztliche Versorgung aktiv mitgestalten möchten. In der Folge soll es dem MKK ermöglicht werden, sich gezielt zu engagieren und erfolgsversprechende Projektideen aus der Versorgungspraxis zu fördern.

Mit der Erhebung der hausärztlichen Perspektive auf die Versorgung und die zu erwartenden Herausforderungen werden dabei im Besonderen bestehende Strukturen, die sich aus der Praxis entwickelt haben und die persönliche Sicht auf alternative Versorgungsformen und auf aktuelle Sicherstellungsinstrumente untersucht. Mit der vorliegenden Datenlage können mögliche Versorgungsdefizite in Zukunft erkannt sowie Versorgungsengpässen entgegengewirkt werden. Es sollen bedarfsgerechte Ansätze zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung identifiziert, konkrete Handlungsvorschläge im engen Einbezug der beteiligten Akteure entwickelt und Folgeprojekte aus der Praxis zur Etablierung innovativer Versorgungsprojekte angestoßen werden.

2 Hintergrundinformationen zum Main-Kinzig-Kreis

2.1 Geographische Lage und Bevölkerungsstruktur

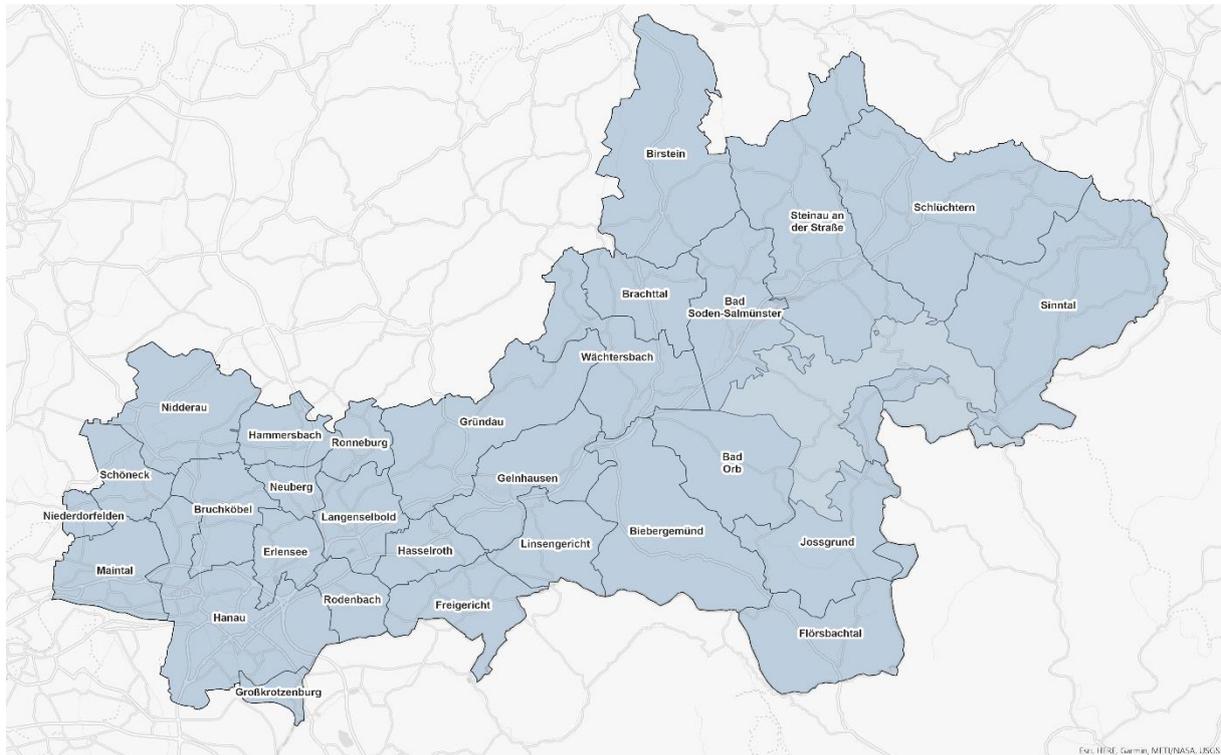
Der Main-Kinzig-Kreis ist eine der größten Landkreise in Hessen. In 29 Städten und Gemeinden leben mehr als 420.000 Bürgerinnen und Bürger.

Abbildung 1: Lage des Main-Kinzig-Kreises in Hessen



Quelle: © Esri Deutschland GmbH

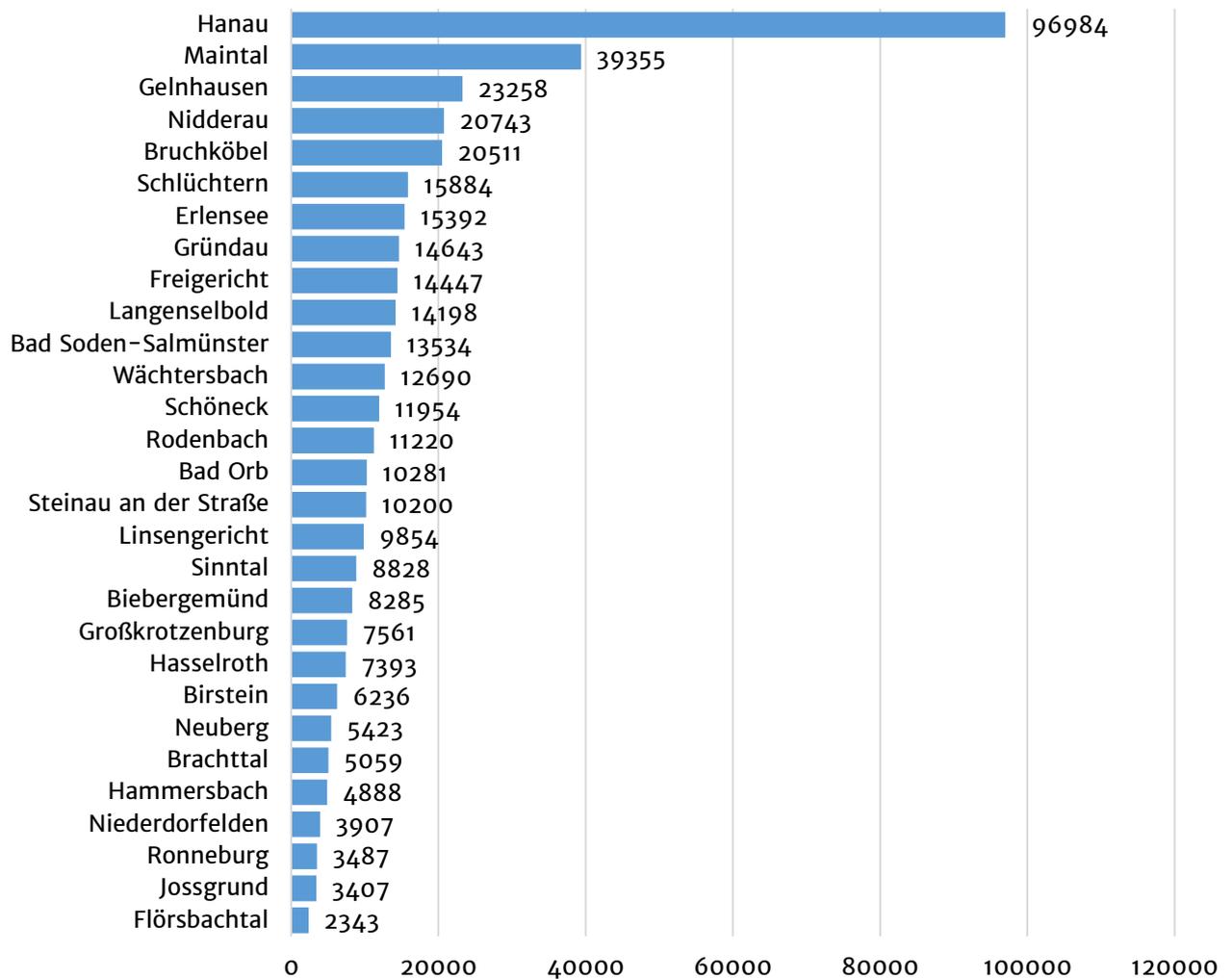
Abbildung 2: Städte und Gemeinden des Main-Kinzig-Kreises



Quelle: © Esri Deutschland GmbH

Während im Westen des Main-Kinzig-Kreises die Stadt Hanau mit etwa 97.000 Einwohnern sowie die angrenzenden Gebiete eher urbane Räume darstellen, die zur Metropolregion Rhein-Main gezählt werden können, zeigt sich im Osten des Landkreises eine eher ländlich geprägte Region. Von den insgesamt 29 Kommunen haben 24 jeweils unter 20.000 Einwohner und 13 sogar jeweils unter 10.000 Einwohner. Mit Blick auf die hausärztliche Versorgung liegt somit die Herausforderung auch in der Berücksichtigung der regionalen Struktur.

Abbildung 3: Verteilung der Bürgerinnen und Bürger über die Städte und Gemeinden des MKK

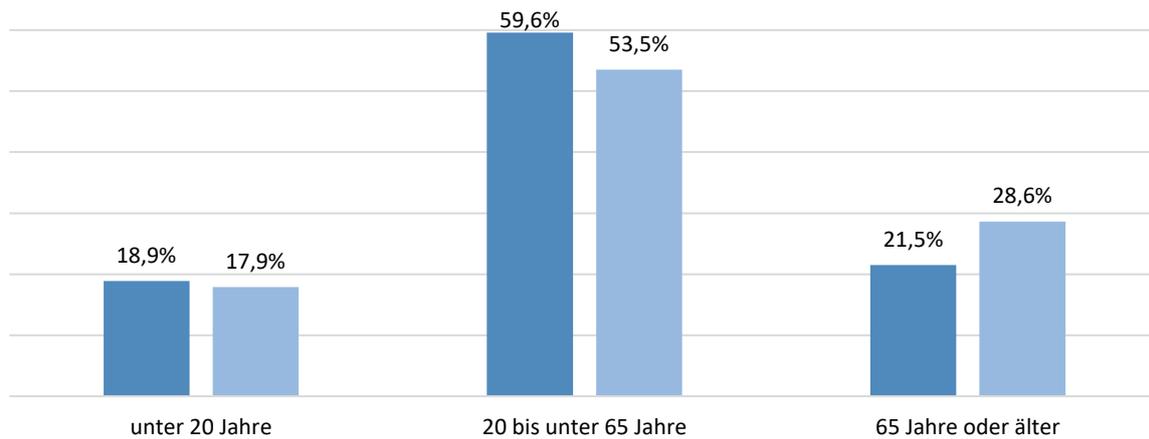


Quelle: Statistik Hessen. Bevölkerung in Hessen am 30.09.2020 nach Gemeinden.
<https://statistik.hessen.de/zahlen-fakten/bevoelkerung-gebiet-haushalte-familien/bevoelkerung/tabellen>.
 Abgerufen am 21.06.2021

2.2 Bevölkerungsentwicklung

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt in der Stadt Hanau mit etwa 42 Jahren niedriger als im Rest des Main-Kinzig-Kreises mit etwa 45 Jahren. Die Bevölkerungsvorausberechnung zeigt, dass sich zwar die absolute Zahl der Einwohner im Main-Kinzig-Kreis bis zum Jahr 2040 nur in geringem Maße ändern wird, der Anteil der Einwohner über 65 Jahre jedoch von 21,5% im Jahr 2018 auf 28,6% im Jahr 2040 steigen wird. In der Folge ist mit ebenso höherem Bedarf an hausärztlicher Versorgung zu rechnen.

Abbildung 4: Entwicklung der Altersstruktur in der Bevölkerung 2018 bis 2040

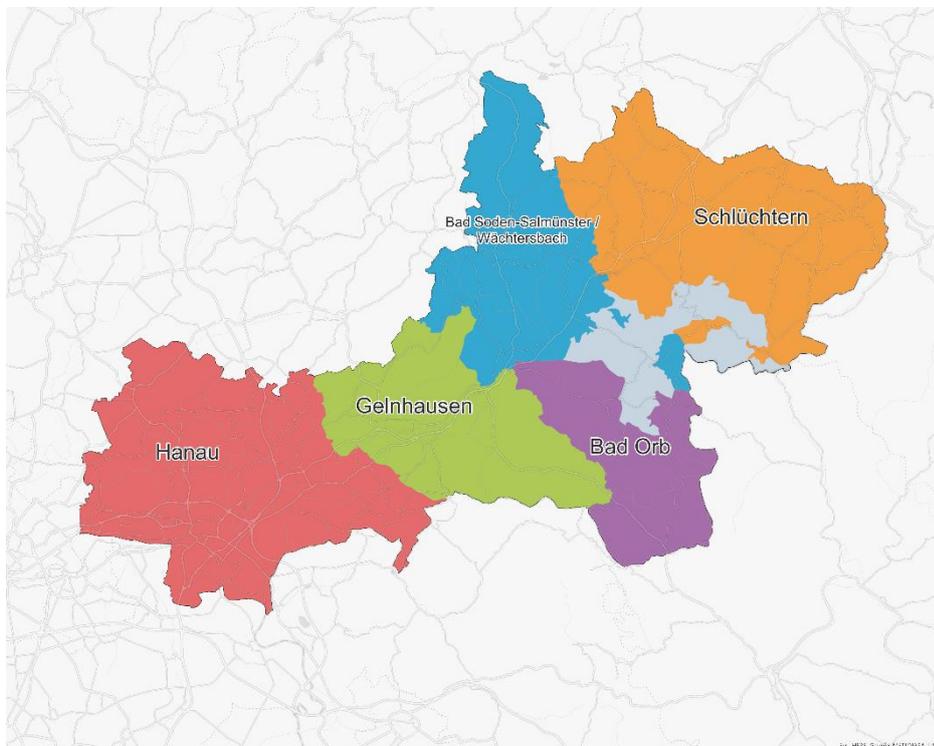


Quelle: Statistik Hessen. Bevölkerung 2018 und 2040 in den kreisfreien Städten und Landkreisen nach Altersgruppen sowie Durchschnittsalter der Bevölkerung. <https://statistik.hessen.de/zahlen-fakten/bevoelkerung-gebiet-haushalte-familien/bevoelkerung/tabellen>. Abgerufen am 21.06.2021

2.3 Hausärztliche Versorgung

Der Sicherstellungsauftrag der hausärztlichen Versorgung in Deutschland liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Die räumliche Planung erfolgt in sogenannten Mittelbereichen. Bundesweit gibt es derzeit 883 Mittelbereiche, wobei der Main-Kinzig-Kreis in fünf Mittelbereiche eingeteilt ist.

Abbildung 5: Mittelbereiche (Planungsbereiche) der hausärztlichen Versorgung



Quelle: Eigene Berechnung; KV Hessen; © Esri Deutschland GmbH

Der Umfang der Versorgung innerhalb der Mittelbereiche wird als Versorgungsgrad angegeben. Die Tabelle zeigt die hausärztlichen Versorgungsgrade sowie die Anzahl der freien Arztsitze im hausärztlichen Bereich im MKK mit Stand 29.04.2021.

Tabelle 1: Versorgungsgrade der Mittelbereiche im MKK

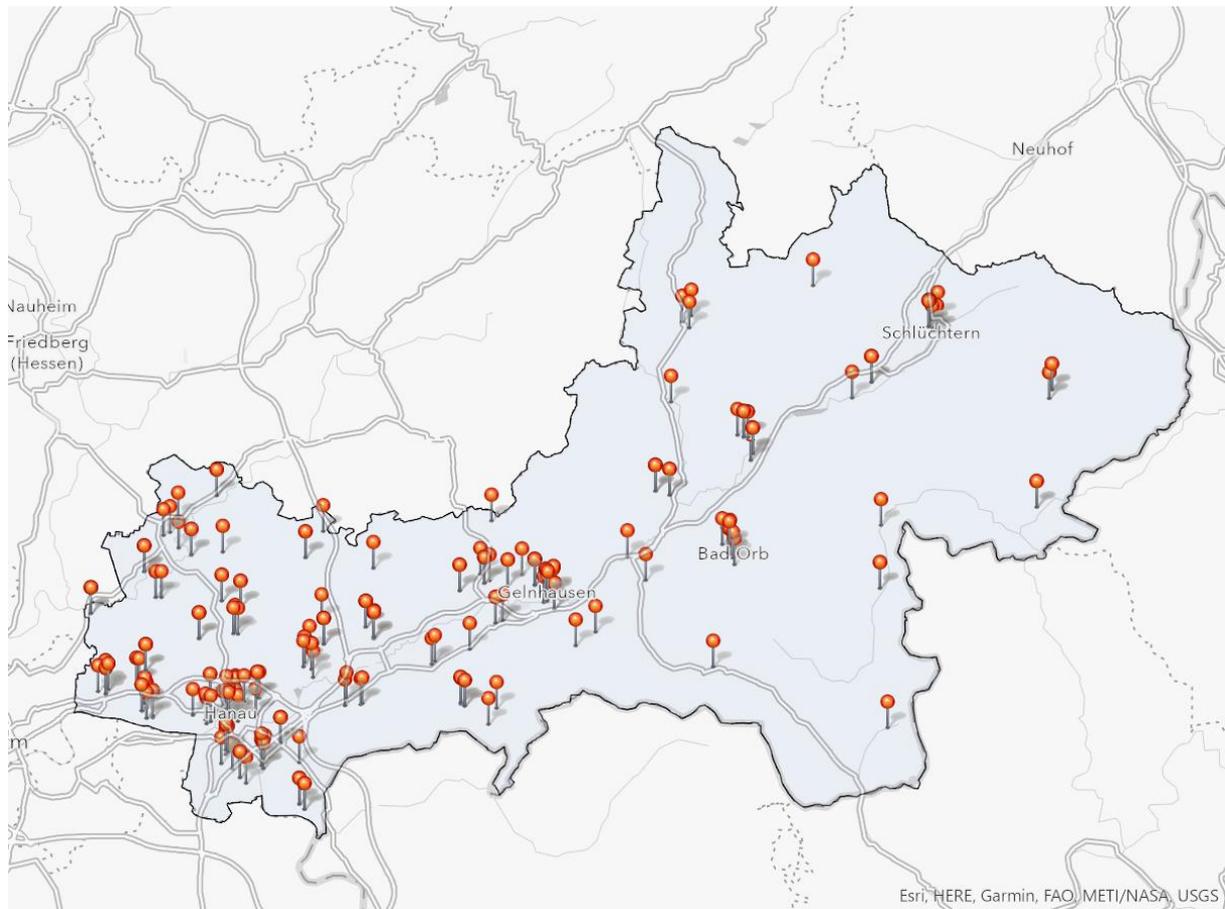
Mittelbereich	Versorgungsgrad	Anzahl freie Arztsitze
Bad Orb	113,11 %	0
Gelnhausen	110,03 %	0
Hanau	94,20 %	27,5
Schlüchtern	105,64 %	1,5
Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	87,68 %	5,5

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2021), Fokus Gesundheit, S. 10.

Der Versorgungsgrad gibt Aufschluss darüber, ob sich in einem Planungsbereich weitere Ärztinnen und Ärzte niederlassen dürfen. Bei einem Versorgungsgrad unter 110 Prozent ist eine Neuniederlassung möglich. Eine Unterversorgung wird hingegen bei einem Versorgungsgrad von unter 75 Prozent angenommen. Die Festlegung einer Über-, Unter- oder einer drohenden Unterversorgung erfolgt durch den Landesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen. Dieser legt außerdem fest, wie viele Arztsitze in einem Mittelbereich besetzt werden können.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden über die KV insgesamt 259 HÄ im MKK identifiziert. Die folgende Karte zeigt die regionale Verteilung der einzelnen Standorte. Die Praxisstandorte sind in der Fläche breit verteilt. Eine Analyse der regionalen Verteilung zeigt, dass innerhalb von zehn Minuten Fahrtzeit mit dem PKW aus nahezu jedem Bereich des MKK mindestens eine Praxis zu erreichen ist.

Abbildung 6: Verteilung der Hausärzte im Main-Kinzig-Kreis



Quelle: Eigene Berechnung; KV Hessen; © Esri Deutschland GmbH

Aufgrund der beschriebenen Veränderung der Altersstruktur zu mehr Bürgerinnen und Bürgern im Alter von 65 Jahren und älter wird sich auch der Bedarf an hausärztlicher Versorgung verändern. Analysen der Daten zu Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen, dass mit zunehmendem Lebensalter die mittlere Anzahl der Arztkontakte pro Jahr deutlich steigt. Während für Personen im Alter unter 55 Jahren unter zehn Arztkontakte im Jahr gezählt werden, sind es bei Personen im Alter ab 65 Jahre 15 Arztkontakte. Mit steigendem Lebensalter steigt innerhalb dieser Altersgruppe die Anzahl der Arztkontakte nochmals deutlich auf bis zu etwa 30 Arztkontakte im Jahr. (vgl. Riens et. al. 2012)

Projektionen zum allgemeinen medizinischen Versorgungsbedarf in Hessen erlauben eine Annäherung an die Entwicklung im MKK. Im Vergleich zum Jahr 2018 wird es im Jahr 2035 bei zeitgleicher Abnahme der Bevölkerung alleine aufgrund des höheren Lebensalters eine Zunahme des Versorgungsbedarfs um etwa 4% geben. Andere Faktoren, wie veränderte Erwartungen an den Arztberuf, verschärfen die Versorgungssituation dabei zusätzlich. (vgl. Kroll et. al. 2019: 11 f.)

3 Ergebnisse der Befragung

3.1 Vorgehen

Zur Analyse der hausärztlichen Sicht auf die Versorgung wurde im Zeitraum 09/2020 bis 04/2021 eine Befragung unter allen HÄ im Main-Kinzig-Kreis durchgeführt. Die Finanzierung erfolgte dabei zu 50 % vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration. Die Befragung erfolgte mehrheitlich persönlich oder telefonisch, da auf diesem Wege trotz der Verwendung eines Fragebogens mehr Raum für individuelle Antworten und zusätzliche Informationen möglich wurde.

Über die Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wurden 259 HÄ im Landkreis identifiziert. Alle erhielten ein Anschreiben mit der Bitte um Teilnahme. Dem Anschreiben beiliegend war ein Antwortfax zur einfachen Terminvereinbarung. Sofern innerhalb von zwei Wochen keine Rückmeldung erfolgte, wurde ein Erinnerungsschreiben versendet. Zusätzlich wurden die HÄ von Mitarbeitern des Amtes für Gesundheit und Gefahrenabwehr telefonisch kontaktiert. Sofern auch dieser Weg nicht zur Teilnahme bzw. Absage führte, erhielten die HÄ postalisch einen Kurzfragebogen mit den wichtigsten Fragen, der einfach mittels Fax zurückgesendet werden konnte.

Zur Entwicklung des Fragebogens wurde zunächst ein sogenannter Itempool generiert, eine Sammlung aus möglichen Fragen. Dazu erfolgte eine umfassende Literaturrecherche. Zusätzlich wurden sechs Interviews mit HÄ geführt. Nach Erstellung des Fragebogens wurde dieser mit vier HÄ pilotiert. Der Fragebogen enthält zu jeder Fragestellung die Möglichkeit zur Dokumentation von Anmerkungen und Hinweisen. Ziel war dabei trotz geschlossener Fragen möglichst viel Information aus den Gesprächen mitzunehmen.

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterzeichneten eine Einwilligungserklärung. Das Projekt sowie alle relevanten Unterlagen wurden vom Datenschutzbeauftragten des Main-Kinzig-Kreises geprüft. Den Teilnehmern wurde eine Vertraulichkeit während des Gesprächs zugesichert.

Bei der Darstellung der Ergebnisse in diesem Bericht beziehen sich die Verhältniszahlen auf die Anzahl der Teilnehmer. Fehlende Werte innerhalb der Gruppe der Teilnehmer sind entsprechend aufgeführt. Sofern sinnvoll, wird bei einigen Fragen auch der Bezug zu allen HÄ im Main-Kinzig-Kreis dargestellt. Dann bezieht sich die jeweilige Angabe auf alle HÄ und nicht nur auf die Teilnehmer an der Befragung. Insgesamt konnten 175 Fragebögen ausgewertet werden.

3.2 Teilnahme an der Befragung

Im Befragungszeitraum wurden alle 259 HÄ um Teilnahme an der Befragung gebeten. Insgesamt nahmen 67,7% (n=175) der HÄ teil. Es wurden somit Fragebögen von 175 Ärzten in persönlichen oder telefonischen Gesprächen ausgewertet. Auffallend ist eine regionale Ungleichheit: In der Gruppe der HÄ, deren Praxisstandort in einer Gemeinde mit unter 20.000 Einwohnern (24 von 29 Gemeinden) ist, lag die Teilnehmerate bei über 80%. Somit wurden die meisten Hausärzte in den ländlichen Regionen befragt, dies waren 105 Ärzte insgesamt.

Die Befragungen erfolgten zu 50,3% telefonisch oder per Videokonferenz. Weitere 34,9% der Teilnehmer wurden im Rahmen eines persönlichen Termins vor Ort befragt. Die Art der Befragung wurde durch die Dynamik der Corona-Pandemie beeinflusst. So war es eigentlich geplant, mit möglichst allen HÄ ein persönliches Gespräch vor Ort zu führen.

Mittels des Kurz-Fragebogens konnten weitere 14,9% erreicht werden, die nicht für ein persönliches Gespräch gewonnen werden konnten. Dieser Fragebogen enthielt lediglich fünf Fragestellungen zur Aufgabe der hausärztlichen Tätigkeit, zum Lebensalter, Bereitschaft zu Kooperationen und Wünsche gegenüber dem Landkreis. Für die persönlichen sowie telefonischen Gespräche wurde ausreichend Zeit eingeplant. Dabei lag die Gesprächsdauer im Schnitt bei ca. 20-30 Minuten. Die meisten persönlichen Gespräche fanden in den Praxen vor Ort statt.

Im Falle einer Nicht-Teilnahme wurden die Gründe dafür analysiert. Zu mehr als der Hälfte der 84 Nicht-Teilnehmer konnte trotz umfangreicher Bemühungen kein Kontakt hergestellt werden. Ein weiteres Viertel berichtete auf dem Antwortfax, kein Interesse an einer Teilnahme zu haben. Aufgrund der Corona-Situation wurden teilweise Gespräche aus Zeitmangel abgelehnt oder verschoben. Weiterhin wurden Gespräche aufgrund der Praxisaufgabe zum Ende des Jahres abgelehnt. In diesen Fällen wurde bereits ein/e Nachfolger/in gefunden. Teilweise wurden telefonische Befragungen durchgeführt, ohne dass die Teilnehmer im Nachhinein die Einwilligungserklärung unterschrieben haben. In diesen Fällen wurden die HÄ mehrfach angeschrieben und telefonisch kontaktiert und um Zusendung der Erklärung gebeten. Ohne eine vorliegende Einwilligungserklärung konnten die Befragungsergebnisse nicht gewertet werden. In wenigen Fällen wurde die Einwilligungserklärung abgelehnt.

Rund 68% der Hausärztinnen und Hausärzte im Main-Kinzig-Kreis haben sich an der Befragung beteiligt.

3.3 Alter und Geschlecht der Teilnehmer

Die teilnehmenden HÄ waren im Mittel 54 und im Median 56 Jahre alt. Die Breite der Ergebnisse reicht von Anfang 30 bis weit über 70 Jahre. Im Vergleich der Werte zwischen den Mittelbereichen zeigt sich, dass besonders im Mittelbereich Bad Orb eher HÄ in höherem Lebensalter tätig sind.

Tabelle 2: Lebensalter (Median) der HÄ in den Mittelbereichen

Mittelbereich	Lebensalter im Median
Bad Orb	61
Bad Soden-Salmünster/Wächtersbach	47
Gelnhausen	53
Hanau	56
Schlüchtern	57,5
Alle Mittelbereiche	56

Quelle: eigene Darstellung

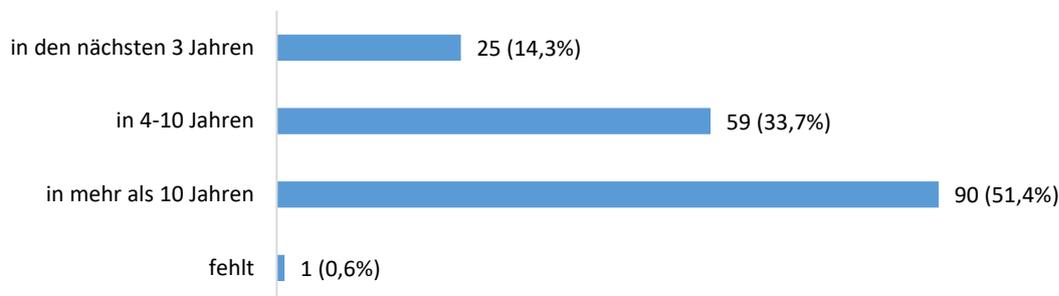
Im Vergleich mit der bundesweiten Altersstruktur der HÄ zeigen sich keine auffälligen Unterschiede. So liegt das mittlere Alter aller Hausärzte in Deutschland bei etwa 55 Jahren (vgl. KBV 2022). Hinsichtlich der Verteilung der Geschlechter zeigt sich, dass etwas mehr als die Hälfte (54,9%) der befragten HÄ im Main-Kinzig-Kreis männlich ist.

Fast 70% der befragten Hausärztinnen und Hausärzte ist 50 Jahre oder älter.

3.4 Aufgabe der hausärztlichen Tätigkeit

Als eine der primären Zielgröße der Befragung wurden alle Teilnehmer gefragt, für wann sie in etwa die Aufgabe der hausärztlichen Tätigkeit planen. Unter den 175 Befragten berichteten 25 (14,3%), dass sie innerhalb der nächsten drei Jahre aufhören wollen. Weitere 59 (33,7%) möchten innerhalb der nächsten zehn Jahre ihre hausärztliche Tätigkeit beenden.

Abbildung 7: Aufgabe der hausärztlichen Tätigkeit



Quelle: eigene Darstellung

An dieser Stelle scheint ein Bezug der Ergebnisse der Befragung auf alle HÄ im MKK sinnvoll. So kann ein konkreter Ausblick auf die Situation der kommenden Jahre ermöglicht werden.

25 (9,7%) von allen 259 Hausärztinnen und Hausärzten im Main-Kinzig-Kreis berichten, dass sie innerhalb der nächsten drei Jahre ihre Tätigkeit aufgeben werden; 84 (32,5%) innerhalb der nächsten zehn Jahre.

Bei der Betrachtung der einzelnen Mittelbereiche fällt auf, dass besonders in den Mittelbereichen Bad Orb und Schlüchtern von allen ansässigen HÄ ein großer Teil angibt, innerhalb der nächsten zehn Jahre die Tätigkeit aufzugeben. Im Mittelbereich Bad Soden Salmünster/Wächtersbach werden nach Aussagen kaum HÄ in den nächsten zehn Jahren Ihre Tätigkeit beenden.

Tabelle 3: Anzahl der HÄ in den Mittelbereichen, die in den nächsten zehn Jahren Ihre Tätigkeit aufgeben

Mittelbereich	Aufgabe der Tätigkeit innerhalb der nächsten zehn Jahre	
Bad Orb	46,2%	6
Bad Soden-Salmünster / Wächtersbach	18,2%	n zu klein
Gelnhausen	30,8%	12
Hanau	29,4%	48
Schlüchtern	63,6%	14
Alle Mittelbereiche	32,4%	84

Quelle: eigene Darstellung

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch der Stand der Nachfolgesuche.

Die folgende Tabelle zeigt, dass unter den HÄ, die innerhalb der nächsten zehn Jahre ihre Tätigkeit aufgeben möchten, nur etwa 40% auf der Suche nach einer Nachfolge ist und knapp ein Drittel überhaupt nicht nach einer Nachfolge für Ihre Praxis suchen.

Tabelle 4: Stand der Nachfolgesuche

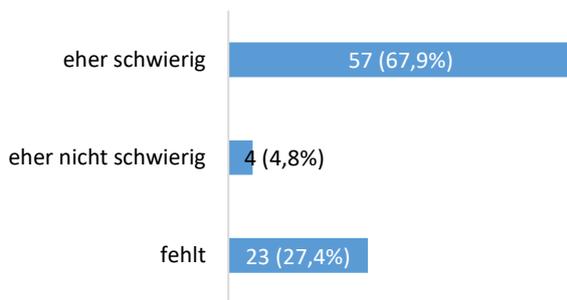
	n=	auf der Suche	bereits gefunden	nicht begonnen	fehlt
alle	175	25,1%	3,4%	49,7%	21,7%
Aufgabe Tätigkeit in nächsten 3 Jahren	25	40%	12%	16%	32%
Aufgabe Tätigkeit in 4-10 Jahren	60	42,4%	5,1%	35,6%	17%
Aufgabe Tätigkeit in mehr als 10 Jahren	90	10%	0%	68,9%	21,1%

Quelle: eigene Darstellung

3.5 Einschätzung der Schwierigkeit eine Nachfolge zu finden

Die Teilnehmer wurden gefragt, wie sie die Schwierigkeit einschätzen für Ihre Praxis eine Nachfolge zu finden. Aufgrund des zeitlichen Horizonts wurden in der Analyse jedoch nur die Antworten derjenigen Teilnehmer ausgewertet, die berichteten innerhalb der nächsten zehn Jahre ihre Tätigkeit als HA aufzugeben (n=84). Über den gesamten Landkreis gesehen, schätzen 67,9% die Nachfolgesuche als eher schwierig ein. Zu berücksichtigen ist bei diesen Daten jedoch, dass von 23 (27,4%) der Befragten keine Angaben vorliegen. Nur sehr wenige der Befragten schätzen die Nachfolgesuche für Ihre Praxis als eher nicht schwierig ein. Dabei unterscheidet sich die Einschätzung nicht zwischen HÄ, die in einer Einzelpraxis tätig sind und solchen, die bereits in einer Kooperation tätig sind. Auffällig ist jedoch, dass alle Befragten die Nachfolgesuche als „eher schwierig“ einschätzten, wenn die Praxis innerhalb eines Ortes mit unter 20.000 Einwohner liegt. In Orten mit mehr als 20.000 Einwohnern sehen es etwa drei Viertel der Befragten als „eher schwierig“ an eine Nachfolge für Ihre Praxis zu finden.

Abbildung 8: Einschätzung der HÄ zur Schwierigkeit der Nachfolgesuche



Quelle: eigene Darstellung

Im Rahmen der Befragung wurden die Teilnehmer gebeten, mögliche Hürden bei der Nachfolgesuche zu benennen. An dieser Stelle werden wieder alle Angaben berichtet, unabhängig vom Zeitpunkt der Aufgabe der hausärztlichen Tätigkeit. Aufgrund der Varianz der Antworten wurden diese in der Analyse kodiert. Die folgende Grafik ermöglicht einen exemplarischen Einblick in die Anzahl und Vielfalt der genannten Gründe, warum die Nachfolgesuche behindert wird.

Abbildung 9: Hürden bei der Nachfolgesuche

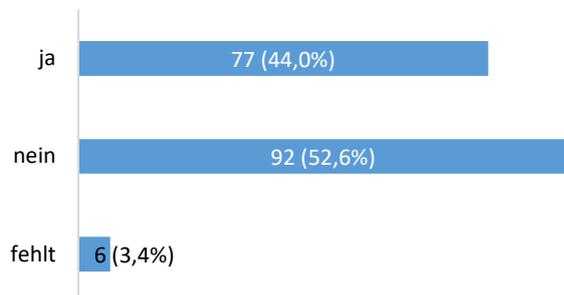


Quelle: eigene Darstellung

3.6 Sicht auf die hausärztliche Versorgung

Die 175 Teilnehmer wurden ebenfalls gefragt, ob sie die hausärztliche Versorgung in Ihrer Gemeinde als gefährdet ansehen. Es fällt auf, dass mehr als die Hälfte die hausärztliche Versorgung als nicht gefährdet einschätzt. Auffallend ist, dass etwa die Hälfte der Befragten die Versorgung als gefährdet ansieht, wenn ihre Praxis in einem Ort mit unter 20.000 Einwohnern liegt. Wenn die Praxis in einem Ort mit 20.000 Einwohnern oder mehr liegt, sehen es etwa ein Drittel der Befragten so. Interessant zeigt sich hier auch, dass von den HÄ, die bereits in einer Kooperation arbeiten, nur etwa ein Drittel die Versorgung als gefährdet ansieht. Bei Ihren Kolleginnen und Kollegen in Einzelpraxen sehen dagegen zwei Drittel die Versorgung als gefährdet.

Abbildung 10: Ist die hausärztliche Versorgung in Ihrer Gemeinde gefährdet?



Quelle: eigene Darstellung

3.7 Bereitschaft der HÄ zu Veränderungen in der Versorgung

Ein wichtiger Baustein der Befragung besteht aus Fragestellungen, ob die HÄ sich vorstellen können Maßnahmen und Projekte zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung umzusetzen.

Mehr als die Hälfte der befragten HÄ ist zu Kooperation in Form von Praxisgemeinschaften, Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren bereit. Diese Formen bieten in der Regel Entlastung in der Administration und in der wirtschaftlichen Verantwortung sowie mehr kollegialen Austausch. Zu beachten ist dabei, dass einige der Befragten bereits in Kooperationen tätig sind, sich trotzdem eine Weiterentwicklung vorstellen können. 41 % sind jedoch nicht bereit Kooperationen einzugehen.

Hier ist besonders interessant, wie die Bereitschaft zur Kooperation unter HÄ ist, die bislang in Einzelpraxen tätig sind. Von diesen 72 HÄ geben etwa die Hälfte an, nicht zu einer Tätigkeit im Rahmen einer Kooperation bereit zu sein. Etwa 45% kann sich diese Tätigkeitsform jedoch vorstellen.

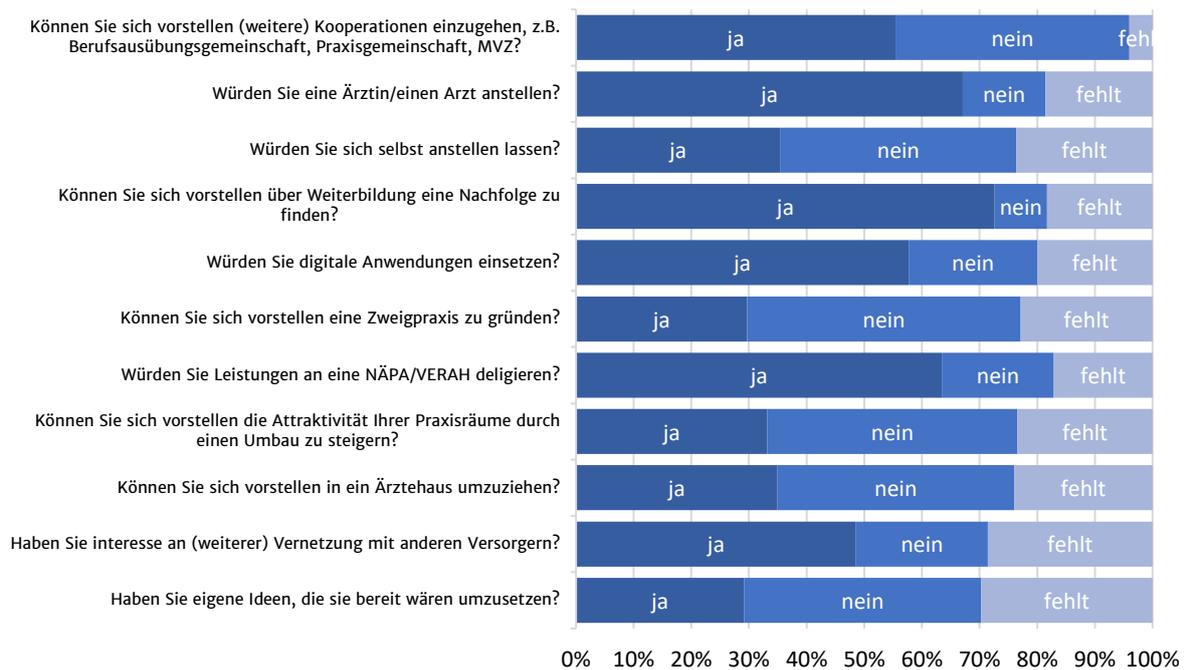
Eine deutliche Mehrheit der Befragten kann sich vorstellen eine Ärztin oder einen Arzt anzustellen. Knapp ein Drittel würde sogar selbst in ein Angestelltenverhältnis wechseln.

Herausragend zeigt sich auch die Bereitschaft zur Gründung einer Zweigpraxis. Knapp 30% der Befragten kann sich vorstellen eine Zweigpraxis zu gründen. Hier ist anzumerken, dass diese Bereitschaft sicher von vielen Faktoren wie z.B. Umfang einer Förderung und dem notwendigen Personal abhängig ist. Zu dieser Frage gab es im Rahmen der Befragung jedoch auch Schlaglichter. So gab es Beispiele in denen die Gründung einer Zweigpraxis konkret geplant ist und die Bereitschaft zur Gründung in einer Region mit hohem Bedarf gegeben ist.

In diesem Abschnitt wurde zudem recht offen nach eigenen Impulsen und Ideen für die Sicherung und Stärkung der hausärztlichen Versorgung gefragt. Knapp ein Drittel der 175 befragten HÄ berichtete von teils konkreten Vorhaben und Ideen. Diese Informationen wurden im Rahmen der Gesundheitskoordination des MKK bereits während der Projektphase aufgearbeitet und zeitnah in Beratungsgesprächen mit den Ärztinnen und Ärzten konkretisiert. Daraus haben sich teilweise Fördererprojekte identifizieren lassen. Weitere Ansätze sollen für eine enge Kooperation dienen.

Die Grafik zeigt eine vollständige Übersicht über die Antworten auf alle Fragen zur Bereitschaft zu Veränderungen in der hausärztlichen Versorgung.

Abbildung 11: Bereitschaft zu Veränderungen in der Versorgung



Quelle: eigene Darstellung

3.8 Nicht-Ärztliche Praxisassistenten in hausärztlichen Praxen im MKK

Nicht-Ärztliche Praxisassistenten (NÄPA) übernehmen ärztliche Leistungen unter Anweisung der HÄ und können so zu einer Entlastung in der Versorgung beitragen. Unter den befragten HÄ gaben nur etwa 45% an, dass ihre Praxis Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dieser Qualifikation hat. In Praxen mit NÄPAs sind zwischen ein und drei NÄPAs im Einsatz.

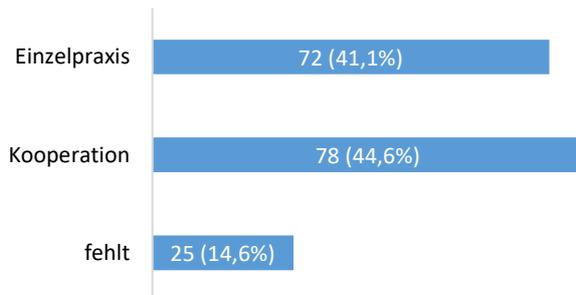
3.9 Facharztausbildung in hausärztlichen Praxen im MKK

Mehr als 70% der 175 Befragten kann sich vorstellen über ein Engagement in der Weiterbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten eine Nachfolge zu finden. Etwa die Hälfte (51,4%) der HÄ berichtet eine Weiterbildungsermächtigung im Rahmen der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu haben. Von diesen 90 HÄ berichten jedoch fast 70%, dass sie derzeit keine Weiterbildung durchführen.

3.10 Arbeitssituation der derzeit aktiven Hausärztinnen und Hausärzte

Von den befragten 175 HÄ sind etwa 41% in einer Einzelpraxis tätig. Weitere 45% arbeiten in einer Kooperation in Form von Berufsausübungsgemeinschaften, Praxisgemeinschaften oder in einem MVZ. Eine deutliche Mehrheit von über 80% arbeitet in Vollzeit und nur knapp 5% der Befragten berichtet in Teilzeit zu arbeiten.

Abbildung 12: Arbeitssituation der derzeit aktiven HÄ



Quelle: eigene Darstellung

Die befragten HÄ berichten im Mittel etwa 51,6 Stunden in der Woche zu arbeiten. HÄ in Städten und Gemeinden unter 20.000 Einwohnern arbeiten mit 52,5 Stunden im Schnitt mehr Stunden pro Woche als Ihre Kolleginnen und Kollegen in Orten mit 20.000 oder mehr Einwohnern. Diese berichten durchschnittlich 50 Stunden pro Woche zu arbeiten.

Ein Unterschied lässt sich auch in der Anzahl der Hausbesuche beobachten. Während HÄ in Städten und Gemeinden unter 20.000 Einwohnern im Mittel 15 Hausbesuche pro Woche durchführen, berichten ihre Kolleginnen und Kollegen aus Orten mit 20.000 oder mehr Einwohnern im Mittel von zehn Hausbesuchen pro Woche. Hier ist jedoch eine große Breite der Ergebnisse gegeben, was sich darin zeigt, dass einige HÄ nur sehr wenige oder gar keine Hausbesuche durchführen und andere eine sehr große Anzahl.

Im Rahmen der Befragung berichteten 40% von den 175 Teilnehmern, dass sie gerne an ihren Praxisräumen etwas verändern würden. Knapp 60% der Befragten gaben dabei an, dass Ihre Praxisräumlichkeiten nicht in Ihrem Eigentum sind.

unterstützen. Vergleichbare Analysen zeigen, dass bei einer ausschließlich postalischen Befragung diese Teilnahmerate hätte nicht erreicht werden können.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass innerhalb der nächsten zehn Jahre ein relevanter Teil der hausärztlichen Versorgung wie sie im Status Quo verfügbar ist nicht mehr vorhanden sein wird. Es ist dabei nicht zu erwarten, dass jede Praxis eine Nachfolge finden wird. Zeitgleich zeigen die Ergebnisse, dass innerhalb der Ärzteschaft ein deutliches Bewusstsein für dieses Problem vorhanden ist und dass insgesamt eine hohe Bereitschaft für Veränderungen gegeben ist.

Die Erkenntnisse aus dieser Studie stehen in enger Beziehung zu anderen Faktoren, die die hausärztliche Versorgung heute aber auch zukünftig beeinflussen.

Auf Bundesebene wird bis zum Jahr 2025 ein Ersatzbedarf von rund 20.000 HÄ geschätzt. Veränderte Ansprüche an das Berufsbild und weitere Faktoren führen dazu, dass ein ausscheidender Hausarzt nicht einfach durch einen nachrückenden Hausarzt ersetzt werden kann. Berechnungen legen nahe, dass ein ausscheidender Hausarzt künftig durch anderthalb bis zwei neue HÄ ersetzt werden muss. (vgl. Gerlach et. al. 2014; Van den Bussche 2019: 1129 ff.)

Doch was sind die Gründe für diese Veränderungen? Die Charakteristiken der nachfolgenden Generation von HÄ ist nicht mehr vergleichbar mit der der aktuellen Generation. In der Zusammenschau zeigt sich, dass die Allgemeinmedizin weiblich wird. Aktuell sind zwei Drittel der Absolventen zum Facharzt für Allgemeinmedizin Frauen. Die Ansprüche an das Berufsbild haben sich zudem geändert. Der Trend geht weg vom Unternehmertum als Praxisinhaber hin zur Anstellung. Der Anteil der Anstellungsverhältnisse im ambulanten Bereich hat sich in den letzten 20 Jahren vervierfacht. Teamarbeit, flexible Arbeitszeit und Konzentration auf die Versorgung scheinen für junge Ärztinnen und Ärzte wichtige Kriterien. Entscheidend für die Wahl der Niederlassung ist heute auch ein familienfreundliches Umfeld. Die Vorstellung hinsichtlich der Arbeitszeiten ist nicht mit der aktuellen Situation vereinbar, bei der, wie auch in den Daten für den MKK gezeigt, eine 50-Stunden-Woche nicht unüblich ist. Auch die Möglichkeit der Beschäftigung in Teilzeit ist für die nachfolgende Generation im Sinne der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein ausschlaggebendes Kriterium. (vgl. Bundesärztekammer 2019; Steinhäuser et. al. 2011: 1715 ff.; Roick et. al. 2012: 12 ff.; Van den Bussche et. al. 2018: 362 ff.; Van den Bussche et. al. 2019: 9 ff.; Van den Bussche et. al. 2019: 1129 ff.; Zwierlein et. al. 2020: 527 ff.; Schmidt et. al. 2017: 280 ff.)

Eine aktuelle Studie stützt die Erkenntnisse aus dieser Befragung. Während hier alle heute im MKK niedergelassenen HÄ betrachtet werden, wurden in einer weiteren Studie hessische Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu Ihren beruflichen Präferenzen befragt. Es zeigte sich, dass das Interesse an einer Tätigkeit in ländlichen Regionen von der Herkunft beeinflusst ist. Kurz: Wer vom Land kommt, kann sich auch vorstellen dort zu arbeiten. Darüber hinaus sind Arbeitsbelastung und die Perspektiven für die Angehörigen wichtige Einflussfaktoren. Zudem konnten folgende Motivationsfaktoren identifiziert werden: gemeinsame Niederlassung mit Mitstreitern, eine höhere Vergütung, die Unterstützung durch nicht-ärztliches Personal sowie die Möglichkeit einer schrittweisen Praxisübernahme. (vgl. Groth et. al. 2019: 510 ff.)

Diese Tendenz ist auch von bereits niedergelassenen HÄ zu beobachten. Jeder dritte HÄ aus der Befragung könnte sich vorstellen in ein Angestelltenverhältnis zu wechseln. Damit wird das Unternehmertum von bereits Niedergelassenen in Frage gestellt und stellt mit zunehmenden Alter eine denkbare Option dar.

Gleichzeitig erreichen jedoch viele niedergelassene HÄ im MKK das Ende ihrer Berufstätigkeit. Sofern eine Nachbesetzung der freien Arztsitze oder die Etablierung alternativen Formen der Versorgung nicht gelingt, ist die hausärztliche Versorgung im Landkreis gefährdet. Hier muss zwangsläufig eine Anpassung an die Präferenzen der nachfolgenden Generation von HÄ erfolgen. Die Berufstätigkeit in einer Einzelpraxis wird immer unattraktiver. Diese Entwicklung

hat auch großen Einfluss im MKK, da etwas mehr als 40 % der Ärzte in Einzelpraxen arbeiten. Gleichzeitig können sich viele derzeit in Einzelpraxen tätige HÄ nicht vorstellen in Kooperationen zu arbeiten. Verschärfend kommt hinzu, dass besonders Ärzte in Einzelpraxen zu denjenigen gehören die in ländlichen Regionen arbeiten und in den nächsten zehn Jahren in den Ruhestand gehen. Deshalb wird es besonderes für diese Ärzte schwierig werden einen Nachfolger zu finden.

Erfreulicherweise denken bereits Ärzte, die erst in den nächsten zehn Jahre in den Ruhestand gehen bereits heute an Ihre Nachfolge.

Zwei Drittel der Befragten sehen die Weiterbildung als ein wichtiges Instrument bei der Nachfolgersuche, benötigen hier allerdings Unterstützung Weiterbildungsassistenten zu finden.

Obwohl der Sicherstellungsauftrag der hausärztlichen Versorgung bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, nehmen immer mehr Gebietskörperschaften und Kommunen das Problem selbst in die Hand. Der öffentliche Druck scheint dabei im Besonderen auf die jeweiligen lokalen Akteure zu wirken. Dies führt dazu, dass Landrätinnen und Landräte sowie Bürgermeisterinnen und Bürgermeister sich der Aufgabenstellung annehmen und an der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung aktiv mitwirken möchten. (vgl. Kuhn et. al. 2018: 711 ff.; vgl. Barthen/ Gerlinger 2016: 645 ff.; Langer et. al. 2015: 11 ff.)

So ist seit dem Jahr 01.07.2019 auch im MKK eine Koordinatorin für die ärztliche Versorgung berufen worden. Der Kreis hat damit eine wichtige Anlaufstelle für Kommunen, für Ärztinnen und Ärzte, Medizinstudenten, Weiterbildungsassistenten sowie Institutionen im Gesundheitswesen wie die KV Hessen geschaffen. Hier werden Anliegen und Bedarfe gebündelt und die Akteure miteinander vernetzt. Kommunen sowie Ärzte werden zudem fachlich beraten und erhalten Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Projekten zur nachhaltigen Sicherstellung der ambulanten wohnortnahen Versorgung. Neben der finanziellen Unterstützung für Medizinstudenten sowie für Lehrarztpraxen während des Blockpraktikums fördert der Kreis zahlreiche Projekte von Ärztinnen und Ärzten seit Anfang 2019. Dazu gehören Neuniederlassungen, Gründung von Gemeinschaftspraxen oder medizinischen Versorgungszentren sowie Projekte zum Thema sektorenübergreifende Versorgung oder Telemedizin. Eine Förderrichtlinie wurde dazu entwickelt, die jährlich auf die Bedarfe und Notwendigkeit hin überprüft und angepasst wird.

5 Empfehlungen zum weiteren Vorgehen

5.1 Fazit

Die hier gewonnenen Erkenntnisse auf kleinräumiger Ebene haben gezeigt, dass Handlungsbedarf besteht, um die hausärztliche Versorgung in den nächsten Jahren aufrechtzuerhalten. Je nach Mittelbereich ist jedoch die Dringlichkeit zu handeln unterschiedlich, da das Durchschnittsalter der Hausärzte variiert. Über den gesamten MKK hinweg werden in den zehn Jahren fast 50 % der Hausärzte Ihre Tätigkeit aufgeben, die meisten davon praktizieren in den Mittelbereichen Bad Orb und Schlüchtern. Die Suche nach einem Nachfolger ist dabei schwierig, besonders wenn es sich dabei um eine Praxis in einer ländlichen Kommune mit einer Einwohnerzahl von unter 20.000 Einwohnern handelt. Mit der Identifikation der Hausärzte, die voraussichtlich in den nächsten drei Jahren in den Ruhestand gehen werden, können Anfragen zu Praxisübernahmen oder zur Weiterbildung von interessierten Ärzten gezielt zusammengebracht werden. Potenzielle Praxisabgeber und Praxisübernehmer können miteinander vernetzt werden, ebenso wie

Weiterbildungsermächtigte und interessierte Ärzte für eine Weiterbildung. Inwieweit eine kreiseigene Praxisbörse, wie sie von einigen Ärzten vorgeschlagen wurde, sinnvoll ist und umgesetzt werden kann sollte im weiteren Schritt auf Notwendigkeit und Umsetzbarkeit überprüft werden.

Insgesamt ist das Bewusstsein bei den Hausärzten vorhanden, welche Herausforderungen es zu lösen gilt, damit eine flächendeckende Versorgung gelingt. Kooperationsformen, wie man sie sich in Form von Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder medizinischen Versorgungszentrum vorstellt, werden etwa von der Hälfte der Befragten grundsätzlich befürwortet. Für die meisten Befürworter, müssen allerdings Bedingungen, die jedoch kein Bestandteil des Fragenkatalogs waren, erfüllt werden, damit eine Kooperationsform gelingt. Das Gleiche gilt für die Themen wie Anstellung, Einsatz digitaler Anwendungen oder die Gründung von Zweigpraxen. Auch hier müssen bestimmte Voraussetzungen geschaffen werden. Die Bereitschaft für Veränderungen ist da. In einem Folgeprojekt sollten deshalb die genauen Voraussetzungen analysiert werden, damit für Ärzten konkrete Angebote geschaffen werden und gezielt unterstützt werden kann.

Auffallend ist zudem die geringe Anzahl an Weiterbildungsassistenten, obwohl die meisten HÄ eine Weiterbildungsermächtigung besitzen und großes Potenzial darin sehen darüber einen Nachfolger für die Praxis zu finden. Wie es gelingen kann mehr Weiterbildungsassistenten zu gewinnen und wie der Landkreis dabei unterstützen kann sollte in einem Folgeprojekt gemeinsam mit den Ärzten untersucht und im Anschluss konkrete Maßnahmen definiert werden.

Damit Hausärzte entlastet werden, können NÄPAs im Rahmen der Delegation Aufgaben übernehmen. Fast jeder zweite Arzt berichtet davon, dass mindestens eine NÄPA in der Praxis beschäftigt ist. Obwohl der MKK die Fortbildung zur NÄPA fördert, war dies den meisten Hausärzten unbekannt. Demnach werden Ärzte im MKK zukünftig regelmäßig auf die Förderangebote des MKK aufmerksam gemacht.

Die gesammelten Informationen darüber ob und ggf. welche Hausärzte sich einen Umzug in ein Ärztehaus vorstellen können, liefern bei Bedarf eine wichtige Vernetzungsgrundlage zwischen Ärzten und den Bürgermeister, wenn es um die Planung von Bauprojekten in den Kommunen geht.

Der Unterstützungsbedarf durch den Landkreis oder durch die Kommunen bei der Versorgungssicherstellung werden vor allem im Bereich von Räumlichkeiten, Grundstücken oder bei der finanziellen Unterstützung bei Niederlassungen gesehen. Auch bei der Nachfolgersuche oder bei der Qualifikation von Personal wünschen sich Hausärzte Unterstützung. Bei Digitalisierung, Administration oder Patientenmobilität sehen Ärzte weitere Unterstützungsmöglichkeiten auf kommunaler oder auf Landkreisebene. Ideen wie eine kreiseigene Praxisbörse wurden ebenfalls genannt. Die meisten dieser Erwartungen werden bereits erfüllt, so vermitteln Kommunen Räume oder schreiben Grundstücke aus. Der Landkreis unterstützt bereits finanziell bei Niederlassungen oder vermittelt interessierte Ärzte für Praxisübernahmen an potenzielle Praxisabgeber. Auch bei der Qualifikation von medizinischem Fachpersonal erfahren die Niedergelassenen finanzielle Unterstützung. Diese Unterstützungsangebote sollten zukünftig noch bekannter werden, damit insbesondere Ärzte auf der Suche nach Nachfolgern, gezielt die Mehrwerte für potenzielle Praxisnachfolger hervorheben können.

Während der Befragungsphase wurde viele Projekte und Ideen von Hausärzten von der Koordinationsstelle des MKK aufgenommen, unterstützt und direkt umgesetzt. Das Abwarten bis zum Abschluss der Versorgungsanalyse erschien, aus Gründen der Dringlichkeit, dabei nicht als zielführend.

Im weiteren Schritt werden die Ergebnisse der Versorgungsanalyse als wichtige Ausgangsbasis zur Planung von weiteren Folgeprojekten, unter Einbindung von HÄ genutzt.

5.2 Umgesetzte Initiativen und Maßnahmen während der Projektlaufzeit

Bereits während der Projektphase ist der MKK dort tätig geworden, wo eine Unterstützung notwendig war. So wurden sieben niedergelassene Hausärzte dabei unterstützt, dass medizinische Fachangestellte zur NÄPA ausgebildet wurden. Da dieses Förderangebot zuvor den Hausärzten nicht bekannt war, konnte während der Befragung zu den Fördermöglichkeiten beraten werden und Förderanträge direkt umgesetzt werden.

Aus den Gesprächen mit Hausärzten wurde festgestellt, dass die Voraussetzungen für die Aufnahme von Medizinstudenten während des Blockpraktikums nicht immer bekannt waren. Nur wenige sind als Lehrarztpraxis tätig. Durch die Kooperation des MKK mit dem Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt, konnten den Hausärzten die Akkreditierungsbedingungen für die Teilnahme erklärt und Kontaktdaten der Ansprechpartner vermittelt werden. Zusätzlich wurden alle Hausärzte in eher ländlichen Kommunen schriftlich über das Programm der Landpartie 1.0 informiert. Insgesamt konnten dadurch fünf weitere Praxen als Lehrarztpraxis anerkannt werden und haben damit die Möglichkeit Medizinstudenten im Rahmen des Blockpraktikums Ihre Praxis vorzustellen sowie Kontakte zu knüpfen für ggf. weitere Hospitationen oder eine Weiterbildung.

Im Mittelbereich Bad Orb hat sich ein dringender Handlungsbedarf noch während der Projektlaufzeit herausgestellt. Nach Vorstellung des ersten Zwischenergebnisses sind die Bürgermeister der Gemeinden Bad Orb, Jossgrund, Flörsbachtal sowie Biebergemünd der Empfehlung des Kreises gefolgt ein interkommunales Projekt zu starten und ein gemeinsames Konzept zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu verfolgen. Es gilt Synergieeffekte zu nutzen und einzelne Schritte, Maßnahmen und Projekte so aufeinander abzustimmen, dass die Versorgung in der gesamten Region gesichert wird. Neben der Beachtung der besonderen regionalen Erfordernisse werden die Haus- und Fachärzte, wie Gynäkologen und Kinderärzte in das Projekt integriert. Eine externe Firma wurde beauftragt das Versorgungskonzept in mehreren Phasen aufzustellen und umzusetzen. Neben einer finanziellen Förderung durch den Landkreis werden die Kommunen von der Koordinierungsstelle während der Projektlaufzeit fachlich begleitet und unterstützt.

In anderen Kommunen wurden während der Befragungsphase konkrete Vorhaben, wie die Gründung von einem Gesundheitszentrum sowie einem Medizinischen Versorgungszentrum identifiziert. Hier konnten direkt Bedarfe geklärt und Unterstützung angeboten werden. Fachliche Beratung, Vernetzung, Unterstützung weitere Ideen zu implementieren sowie Beratung zu bestehenden Förderungen des Landes sowie des Landkreises wurden umgesetzt.

Ärzte auf der Suche nach Praxisräumen oder Räumen für die Gründung einer Zweigpraxis konnten sofort unterstützt werden, indem Kontakte zu Gemeinden oder zu Investoren vermittelt wurden. In diesem Zusammenhang wurden Ärzte zu aktuellen Förderungen beraten und bei der Suche nach medizinischen Personal sowie nach weiteren Ärzten zu Anstellung unterstützt.

Ärztinnen und Ärzte, die kurz vor der Abgabe Ihrer Praxis standen, wurden durch die Versorgungsanalyse identifiziert. Eine Vernetzung mit potenziellen Praxisnachfolgern oder interessierten Ärzten für eine Weiterbildung ist deshalb möglich geworden.

Die Weiterbildung von Medizinstudenten ist ein wichtiger Ansatzpunkt, der von vielen HÄ während der Befragung eingebracht wurde. Mit der geschlossenen Kooperationsvereinbarung zwischen dem allgemeinmedizinischen Weiterbildungsverbund Main Kinzig und dem MKK wird das Ziel verfolgt mehr Weiterbildungsassistenten für den Kreis zu gewinnen. Neben dem

Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit und der Unterstützung bei der Organisation der Verbundarbeit wird eine gute Vernetzung der Ärzte untereinander gefördert. Zudem können Weiterbildungsassistenten frühzeitig bei der Niederlassung oder der Suche nach einem geeigneten Arbeitgeber beraten und unterstützt werden.

Darüber hinaus wurden Hausärzte während der Befragung auf die Vorteile des Weiterbildungsverbundes aufmerksam gemacht. Mindestens zwei weitere Praxen in ländlichen Kommunen können nun in den Verbund aufgenommen werden.

Mehr als die Hälfte der HÄ ist bereit digitale Anwendungen zu nutzen. Diese Bereitschaft wurde zum Anlass genommen, um gemeinsam mit dem Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health zu überlegen, wie Hausärzten zielgerichtet unterstützt werden können. Mithilfe eines Fragebogens werden Hausärzte zum digitalen Stand Ihrer Praxis befragt. Konkrete Unterstützungsangebote können identifiziert und in einer Veranstaltung vorgestellt werden.

5.3 Initiierung von Folgeprojekten in vier Handlungsfeldern

Innovative Versorgungsmodelle sowie Projekte im Bereich der Nachwuchsförderung stoßen in der Ärzteschaft auf großen Zuspruch. Daher will der MKK Gesprächsforen initiieren, zu denen Ärztinnen und Ärzte eingeladen werden Handlungsempfehlungen bis hin zu konkreten Projekten gemeinsam mit der Koordinationsstelle des MKK zu erarbeiten und umzusetzen. Thematische Schwerpunkte sollen dabei richtungsweisend sein und Ärzten die Möglichkeit bieten sich in die Themenfelder einzubringen, welche unter der Betrachtung des regionalen Bedarfs zielführend sind die hausärztliche Versorgung zu sichern. Begleitet von einem externen Unternehmen, welches sowohl fachlich als auch konzeptionell berät, können aus Handlungsfeldern konkrete Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, die wiederum auf regionaler Ebene auf Bedarf und Realisierung im letzten Schritt überprüft, ggf. angepasst und schließlich in Folgeprojekten umgesetzt werden sollen.

Die Handlungsfelder wie „Nachwuchsförderung“, „Attraktive Arbeitsbedingungen für junge Ärztinnen und Ärzte“, „Innovative Gesundheitsstrukturen“ sowie „Strategien, um dem steigenden Versorgungsaufwand zu begegnen“ sind nach Abschluss der Gespräche mit 175 HÄ die zentralen Themen, in denen zukünftig mehr getan werden kann, um die hausärztliche Versorgung im Landkreis aufrecht zu erhalten. Diese Themenfelder konnten sowohl aus der Versorgungsanalyse als auch aus zahlreichen Gesprächen mit anderen Akteuren und auch aus internen Recherchetätigkeiten identifiziert werden. Ziel ist aus jedem Handlungsfeld gemeinsam mit Ärzten konkrete Maßnahmen abzuleiten und umzusetzen.

Zuvor werden in einem ersten Schritt konkrete Vorgehensweisen für jedes Handlungsfeld identifiziert, beschrieben und rechtzeitig bekannt gegeben. Dazu wird der MKK in einem Folgeprojekt von einem externen Unternehmen sowie unter der Begleitung wissenschaftlicher Fachexperten begleitet und unterstützt Vorgehensweisen für jedes Handlungsfeld zu entwickeln.

Damit auch zukünftig wichtige Themen im Bereich Versorgung und Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten eingebracht werden können bedarf es einer guten Vernetzung. Regelmäßige Gesprächsforen können ein dauerhaftes Austauschmedium werden, in denen rechtzeitig Bedarfe geäußert, Ideen und Projekte gemeinsam angestoßen werden können. Den Auftakt dazu können die Gesprächsforen zu den vier Handlungsfeldern liefern und dauerhaft im Landkreis etabliert werden.

5.3.1 Nachwuchsförderung

Mit einer Studien- und Weiterbildungszeit von mindestens zwölf Jahren bis zur Anerkennung der Facharztstätigkeit, gehören Initiativen für die Nachwuchsförderung zu den langfristigen Maßnahmen. Je früher Studierende einen Bezug zum MKK aufbauen, desto eher können Sie sich vorstellen für die Weiterbildung und die spätere Tätigkeit im Landkreis zu bleiben. Das Blockpraktikum, die Famulatur und das praktische Jahr sind wichtige Stationen während des Studiums, in denen die Studierenden sowohl die Arbeit als Hausarzt als auch den Landkreis kennenlernen.

Obwohl die meisten Hausärzte eine Weiterbildungsermächtigung besitzen, betreuen nur wenige einen Weiterbildungsassistenten. Ebenfalls bieten nur wenige Praxen Praktika für Medizinstudenten an. Die Chance mithilfe der Weiterbildung einen Nachfolger zu finden wird allerdings als sehr hoch eingeschätzt. In den Gesprächsforen kann gemeinsam mit den HÄ erhoben werden, welche Chancen und Möglichkeiten genutzt werden können, um den ärztlichen Nachwuchs bereits vor, während und nach Abschluss des Medizinstudiums für die Hausarztpraxen im MKK zu gewinnen. Ziel sollte sein bestehende Initiativen und Vorgehensweisen zu betrachten, zu beurteilen und ggf. Anpassungen vorzunehmen. Weitere Maßnahmen und Initiativen können darüber hinaus diskutiert und auf Ihre Umsetzbarkeit überprüft werden. Konkrete Handlungsempfehlungen mit dazugehörigen Bedingungen sollten letztendlich formuliert und bekannt gegeben werden.

5.3.2 Attraktive Arbeitsbedingungen für junge Ärztinnen und Ärzte

Aufgrund der langen Studien- u. Weiterbildungszeit für Ärzte fällt der Berufseinstieg in die Lebensjahre, in denen die Familie eine sehr wichtige Rolle einnimmt. Beruf und Familie zu vereinbaren ist deshalb jungen Ärzten während oder direkt nach der Weiterbildung ein sehr wichtiges Anliegen, sodass Teilzeitarbeit und eine Anstellung mit flexiblen Arbeitszeiten und Vertretungsmöglichkeiten entscheidende Kriterien bei der Gewinnung von Ärzten sind.

Ziel in diesem Handlungsfeld sollte sein, zu überprüfen, wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie bereits heute in den Praxen gelingt und wie diese in anderen Praxen ermöglicht oder u. U. ausgeweitet werden kann. Es gilt herauszufinden, welche Angebote notwendig sind, um junge Ärzte zu gewinnen und wie Ärzte in den Praxen durch eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie gehalten werden können.

Zudem kann diskutiert werden, ob und ggf. welche Angebote speziell für kinderbetreuende Ärzte notwendig sind, um den Wiedereinstieg in den Beruf zu ermöglichen oder Teilzeitstellen zu finden. Darüber hinaus können Modelle wie Patenschaften oder Mentoring für junge Ärzte durch erfahrenen Mediziner einen engen Austausch schaffen und Unterstützung bieten. Diese Überlegung sollte in der Diskussion aufgegriffen und bei einer Befürwortung in konkrete Handlungsempfehlungen und Vorschläge für Projekte überführt werden.

5.3.3 Innovative Gesundheitsstrukturen

Etwa die Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzte im MKK arbeiten in einer Einzelpraxis, von denen wiederum etwa die Hälfte in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen werden. In Umfragen geben junge Ärzten an, die Tätigkeit in Gemeinschaftspraxen oder medizinischen Versorgungszentren zu bevorzugen. Eine wohnortnahe Versorgung in Gemeinden aufrechtzuerhalten, in denen überwiegend Einzelpraxen vorzufinden sind, wird zukünftig eine große Herausforderung werden. Die Rolle von Einzelpraxen, (überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaften, Praxisgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren ist ein wesentlicher Diskussionsbestandteil in diesem Handlungsfeld. Die Frage nach einer möglichen Versorgungsplanung auf kleinräumiger Ebene, unter Berücksichtigung von Dezentralisierung und Zentralisierung der Versorgung sowie der Notwendigkeit Patientenwege und –mobilität zu betrachten sollten hier im Fokus stehen und zur Diskussion gestellt werden. Welche

Möglichkeiten für Kooperationen bestehen, wie die sektoren- und die fachübergreifende Versorgung verbessert werden kann sollten hier Themen sein. Auch die Rolle von Kommunen kann hier thematisiert werden.

Die Planung von Versorgung in Zukunft zentral/dezentral sowie sektoren- und/oder fachübergreifend steht im Fokus dieses Handlungsfeldes. Die Akteure sollten hier in einer Diskussion die Chancen und Risiken aufdecken und konkrete Handlungsempfehlungen sowie mögliche Folgeprojekte definieren.

5.3.4 Strategien, um dem steigenden Versorgungsaufwand zu begegnen

Der demographische Wandel und nicht zuletzt die Corona Pandemie verschärfen die Arbeitsbelastung von Ärztinnen und Ärzten in Praxen. Höhere Lebenserwartung der Patienten und die Zunahme von chronischen Krankheiten erhöhen zudem den Versorgungsaufwand. Welche Chancen und Möglichkeiten Delegation, Telemedizin oder Patientensteuerung an den Versorgungsschnittstellen bieten können sind mögliche Themen in diesem Handlungsfeld. Präventive Ansätze, wie ältere Menschen lange gesund bleiben können sollten ebenfalls ein Bestandteil des Handlungsfeldes sein. Konkrete Empfehlungen für Maßnahmen und Projekte sollten identifiziert und festgehalten werden.

Literaturverzeichnis

Barthen, L. / T. Gerlinger (2016): Die hausärztliche Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt. Wahrnehmung, Beschreibung und Bewertung lokaler Versorgungsprobleme durch die Bürgermeister, in: *Das Gesundheitswesen*, Jg. 78, Nr. 10, S. 645-650.

Bundesärztekammer Ärztestatistik (2019): Reinhardt: „Ärztinnen und Ärzte sind systemrelevant“, [online] <https://www.bundesaeztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2019/> [22.04.2022].

Gerlach, F. / W. Greiner / M. Haubitz / D. Schaeffer / P. Thürmann / G. Thüsing / E. Wille (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, [online] https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Kurzfassung2014.pdf [25.04.2022].

Groth, J. / K. Hierasimowicz / S. Bösner / E. Baum (2019): Einstellungen hessischer Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung Allgemeinmedizin auf dem Land, in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Jg. 95, Nr. 12, S. 510-514.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Gesundheitsdaten, [online] <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php> [12.05.2022].

Kroll, L. / Schulz M. / Hering R. / Czihal T. / von Stillfried D. (2019): Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland, in: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.).

Kuhn, B. / J. Steinhäuser / S. Eberhard / R. Hufenbach / V. E. Amelung (2018): Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte, in: *Das Gesundheitswesen*, Jg. 80, Nr. 08/09, S. 711-718.

Langer, A. / T. Ewert / A. Holleder / G. Geuter (2015): Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, Jg. 20, Nr. 01, S. 11-18.

Riens, B. / M. Erhart / S. Maangipane (2012): Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen, [online] [https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/ID_14_Dok3_Abstract\(deutsch\).pdf](https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/ID_14_Dok3_Abstract(deutsch).pdf) [25.04.2022].

Roick, C. / D. Heider / O. H. Günther / B. Kürstein / S. G. Riedel-Heller / H. H. König (2012): Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland, in: *Das Gesundheitswesen*, Jg. 74, Nr. 1, S. 12-20.

Schmidt, K. / O. Marten / C. Kühne / J. Zeidler / M. Frank (2017): Einflussfaktoren auf die Standortwahl von hausärztlichen Land- und Stadtärzten in Niedersachsen, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, Jg. 22, Nr. 6, S. 280-289.

Steinhäuser, J. / N. Annan / M. Roos / J. Szecsenyi / S. Joos (2011): Lösungsansätze gegen den Allgemeinarmangel auf dem Land – Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Jg. 136, Nr. 34-35, S. 1715-1719.

Van den Bussche, H. (2019): Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 62, S. 1129–1137.

Van den Bussche, H. / S. Siegert / S. Nehls / S. Boczor / R. Kocalevent / M. Scherer (2018): Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Teil 1, in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Jg. 00, Nr. 9, S. 362–366.

Van den Bussche, H. / S. Siegert / S. Nehls / S. Boczor / R. Kocalevent / M. Scherer / S. Selch (2019): Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2), in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Jg. 95, Nr. 1, S. 9–13.

Van den Bussche, H. (2019): Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 62, S. 1129–1137.

Zwierlein, R. / F. Portenhauser / K. Flägel / J. Steinhäuser (2020): Determinanten der Niederlassung als Allgemeinmediziner – eine qualitative Studie, in: *Das Gesundheitswesen*, Jg. 82, Nr. 6, S. 527–533.

Abkürzungsverzeichnis

HÄ	Hausärzte
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MKK	Main-Kinzig-Kreis
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NÄPA	Nicht-Ärztliche Praxisassistentin
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lage des Main-Kinzig-Kreises in Hessen.....	2
Abbildung 2: Städte und Gemeinden des Main-Kinzig-Kreises.....	3
Abbildung 3: Verteilung der Bürgerinnen und Bürger über die Städte und Gemeinden des MKK	4
Abbildung 4: Entwicklung der Altersstruktur in der Bevölkerung 2018 bis 2040.....	5
Abbildung 5: Mittelbereiche (Planungsbereiche) der hausärztlichen Versorgung.....	5
Abbildung 6: Verteilung der Hausärzte im Main-Kinzig-Kreis	7
Abbildung 7: Aufgabe der hausärztlichen Tätigkeit	10
Abbildung 8: Einschätzung der HÄ zur Schwierigkeit der Nachfolgesuche.....	12
Abbildung 9: Hürden bei der Nachfolgesuche.....	12
Abbildung 10: Ist die hausärztliche Versorgung in Ihrer Gemeinde gefährdet?	13
Abbildung 11: Bereitschaft zu Veränderungen in der Versorgung.....	14
Abbildung 12: Arbeitssituation der derzeit aktiven HÄ	15
Abbildung 13: Unterstützungsbedarf aus Sicht der HÄ.....	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versorgungsgrade der Mittelbereiche im MKK.....	6
Tabelle 2: Lebensalter (Median) der HÄ in den Mittelbereichen	9
Tabelle 3: Anzahl der HÄ in den Mittelbereichen, die in den nächsten zehn Jahren Ihre Tätigkeit aufgeben	11
Tabelle 4: Stand der Nachfolgesuche.....	11



Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr

Barbarossastraße 24

63571 Gelnhausen

Tel. 06051 85-11554

E-Mail: gesundheitskoordination@mkk.de

www.mkk.de