

# Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung am Beispiel der KV Niedersachsen

MARK BARJENBRUCH

Mark Barjenbruch ist Vorstandsvorsitzender der KV Niedersachsen in Hannover

**Vor über 20 Jahren gab es in Deutschland eine sogenannte Ärzteschwemme. Diese bekämpfte der Gesetzgeber mit einem Konzept zur Bedarfsplanung. Heute steuert Deutschland und speziell auch Niedersachsen in einigen Regionen auf einen Ärztemangel zu. Von den rund 11.500 niedersächsischen Vertragsärzten werden bis zum Jahr 2020 etwa 5.000 das 60. Lebensjahr erreichen. Ausreichender Nachwuchs ist im ambulanten Bereich nicht in Sicht. Besonders betroffen ist die hausärztliche Versorgung. Problematisch ist die Situation im Landkreis Gifhorn, im Landkreis Harburg, im Heidekreis und im Emsland. Was tut die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen gegen den Ärztemangel?**

Der Anteil der jungen und weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte sinkt Jahr für Jahr, obgleich die Zahl der Zulassungsmöglichkeiten so groß wie nie zuvor ist. 480 Hausärzte können sich in Niedersachsen sofort niederlassen. Dringend notwendig ist ein gemeinsamer Kraftakt aller Beteiligten im Gesundheitswesen. Ohne ihn droht eine veritable Versorgungskrise. Dann werden 2020 in Niedersachsen rund 1.000 Hausärzte fehlen.

Die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit müssen dringend verbessert werden, damit junge, gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in die Patientenversorgung gehen und dort auch bleiben. Vor allem die politischen Rahmenbedingungen wie die Budgetierung im Honorar- sowie Verordnungsbereich und die zunehmende Bürokratisierung machen die Niederlassung als Vertragsarzt für Nachwuchsmediziner

zunehmend unattraktiv. Es gibt genügend Medizinstudenten, doch nur ein kleiner Teil von ihnen entscheidet sich nach dem Abschluss der Weiterbildung auch für eine Tätigkeit im kurativen Bereich. Noch weniger sind bereit, sich niederzulassen.

Die Bezahlung spielt bei der Entscheidung von Ärzten, sich im ländlichen Raum niederzulassen zwar eine große Rolle, doch bei einer guten Infrastruktur wären die meisten auch mit weniger Geld zufrieden. Dies haben Umfragen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) ergeben. Freizeit- und Einkaufsmöglichkeiten, Kinderbetreuungsangebote und Schulen im nahen Umfeld des Wohnsitzes oder der Praxis sowie eine angemessene Entfernung zum Arbeitsplatz für den Partner sind den Medizinerinnen und Medizinerinnen demnach besonders wichtig. Nur neun Prozent der rund 1.800 Befragten

haben sich mit dem Gedanken einer Niederlassung in einer ländlichen Region Niedersachsens überhaupt beschäftigt. Diese Einstellung wird sich aufgrund einer neuen Bedarfsplanung nicht ändern, die ab 2013 greifen soll.

## 1. Neue Bedarfsplanung

Das „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (VStG) ist seit Jahresanfang 2012 in Kraft. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine Richtlinie erarbeitet, die die angestrebte Reform der Bedarfsplanung sachgerecht umsetzt.

Das VStG ist eines der wichtigsten Regelwerke der jüngsten Gesundheitspolitik. Ein Bestandteil ist die neue, flexible Bedarfsplanung. Wie diese genau umgesetzt wird, beispielsweise hinsichtlich der Neueinteilung der Planungsgruppen, der Gliederung der Planungsbereiche, der Festlegung der Verhältniszahlen sowie eine Vielzahl weiterer Detailregelungen, legt die Bedarfsplanungsrichtlinie fest. Ziel ist, durch eine neue, flexible Bedarfsplanung die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern.

Die Einigung aller Beteiligten auf ein gemeinsames Konzept war Voraussetzung dafür, dass die Richtlinie beschlos-

### *In Deutschland gibt es keine Ärzteschwemme mehr, sondern einen Ärztemangel.*

sen und umgesetzt werden kann. Nach Inkrafttreten erstellen die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen einen konkreten Bedarfsplan anhand der Richtlinie. Das VStG gibt nun erstmals den Regionen die Möglichkeit, von den Vorgaben der Bundesrichtlinie abzuweichen. Dadurch soll den besonderen Gegebenheiten vor Ort besser Rechnung getragen werden.

So kann beispielsweise die genaue Anzahl der Fachärzte für Orthopädie oder Neurologie dem tatsächlichen Bedarf vor Ort angepasst werden. Der Bedarfsplan wird anschließend den jeweiligen Landesbehörden vorgelegt, die dann auch enger in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie ist in vielen Aspekten keine Weiterentwicklung der alten, sondern eine Neufassung.

Die neue Bedarfsplanung ist unerlässlich. Die Versorgungssituation hat sich in den vergangenen 20 Jahren erheblich verändert: In Deutschland gibt es keine Ärzteschwemme mehr, sondern einen Ärztemangel. Heute muss nicht mehr Zuwachs begrenzt, sondern die Verteilung der vorhandenen Ärzte und Psychotherapeuten gerechter gesteuert werden.

Die alte Planung konnte das nicht leisten. Sie war in weiten Teilen überholt: Der Zuschnitt der Planungsräume war insbesondere für Hausärzte zu groß. Dadurch kam es selbst in Regionen, die zahlenmäßig als überversorgt gelten, zu Versorgungsproblemen. Auch die Tatsache, dass Patienten, die im Umland von Ballungsräumen leben, zwar in aller Regel am Wohnort ihren Hausarzt aufsuchen, jedoch zum Facharzt in die Stadt fahren, blieb bis dato weitgehend unberücksichtigt.

## 2. Finanzielle Förderung

Die KVN hat Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation eingeleitet und umgesetzt. Dazu gehört seit Jahren die finanzielle Förderung der Weiterbildung für Hausärzte gemeinsam mit den Krankenkassen und für Fachärzte ohne Kassenbeteiligung. Angehende Hausärzte erhalten im ambulanten Teil ihrer Weiterbildung monatlich einen Förderbetrag von 3.500 Euro aus Mitteln der Krankenkassen und der KVN. Fachärzte erhalten 1.750 Euro ausschließlich von der KVN.

Diese Förderung fängt den finanziellen Nachteil bei einem Wechsel vom stationären Weiterbildungsabschnitt im Krankenhaus zur Hausarztpraxis auf.

### 2.1 Landesförderung

Niedersachsens Landesregierung setzt ihren Förderschwerpunkt bei der Aus- und Weiterbildung der Allgemeinmediziner. Seit Herbst 2010 fördert das Land angehende Mediziner, die im Praktischen Jahr (PJ) das Fach Allgemeinmedizin wählen. Dafür stellt das Land für drei Jahre insgesamt 288.000 Euro bereit. Medizinstudierende, die sich im Rahmen ihres Praktischen Jahres für das Wahlfach Allgemeinmedizin entscheiden, erhalten für das 16-wöchige Tertial – je nach Versorgungsgrad im Planungsbezirk der Ausbildungsstelle –

insgesamt 1.600 oder 2.400 Euro. Die Förderung, die seit August 2010 bei der KVN beantragt werden kann, geht direkt an die Studierenden.

Um die Versorgung nachhaltig zu gewährleisten, stellt das Land Niedersachsen in den Jahren 2012 und 2013 zusätzlich insgesamt zwei Millionen Euro Fördermittel bereit. Mit dem Geld wird in erster Linie die hausärztliche Tätigkeit gefördert. Aber auch Fachärztinnen und -ärzte können bis zu 30 Prozent der Fördersumme beanspruchen. Maßgebliches Kriterium für die Mittelvergabe ist das Unterschreiten eines bestimmten Versorgungsgrades (Versorgungsgrad unter 90 Prozent) in der Region, in der die Ärztin oder der Arzt aktiv werden. Gefördert werden Aufwendungen für den Erwerb, die Ausstattung oder vergleichbare Ausgaben, die mit der Einrichtung und dem Betrieb einer (Zweig-)Praxis zusammenhängen. Das können beispielsweise Nebenerwerbskosten, Kosten für medizinische Gerätschaften oder Praxismobiliar sein; gefördert wird mit bis zu 50.000 Euro pro Praxis. Auch Anwerbungskosten für anzustellende Ärztinnen und Ärzte fallen darunter. Nicht förderfähig sind beispielsweise Vergütungsansprüche des Praxispersonals. Die Anträge können bei der KVN gestellt werden.

### 2.2 Umsatzgarantie

Zudem garantiert die KVN jungen Ärztinnen und Ärzten, in den ersten zwei Jahren ihrer Niederlassung in einem von Unterversorgung bedrohten Planungsbereich eine Umsatzgarantie. Die Höhe der Umsatzgarantie je Quartal wird auf Basis des Fachgruppenschmittes des entsprechenden Vorjahresquartals festgesetzt. Auf die Umsatzgarantie werden die aus vertragsärztlicher Tätigkeit erzielten Honorare angerechnet. Die Zusage der Umsatzgarantie ist mit der Auflage verbunden, dass Ärzte, die die Umsatzgarantie in Anspruch nehmen, ihre vertragsärztliche Tätigkeit im Umfang des Versorgungsauftrages ausüben. Die Umsatzgarantie ist zurückzuzahlen, sofern die vertragsärztliche Tätigkeit vor Ablauf von fünf Jahren endet.

## 3. Kontaktpflege zu Studenten

An den medizinischen Universitäten in Göttingen und ab 2013 in Hannover

sind bzw. werden KVN-Kontaktbüros für Studenten eingerichtet. Hier können Medizinstudierende Fragen rund um die ambulante vertragsärztliche Tätigkeit stellen oder sich umfangreich und individuell beraten lassen. Darüber hinaus unterstützt die KVN studentische Trainingszentren an den medizinischen Hochschulen.

### 3.1 Patenprogramm der KVN

Das Patenprogramm der KVN ermöglicht Studierenden, während des Studiums die ambulante Tätigkeit live zu erleben und von den Erfahrungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zu lernen. Die Patenschaften werden von der KVN vermittelt.

### 3.2 Praxisbörsen

Die Praxisbörse Niedersachsen im Internet ([www.kvn-praxisboerse.de](http://www.kvn-praxisboerse.de)) ist ein webbasierter Marktplatz, mit dessen Hilfe Praxisangebote und Praxisnachfragen publiziert werden können. Die KVN hat damit eine innovative Internetplattform eingeführt, um dem drohenden Ärztemangel in der Region entgegenzuwirken. Dazu liefert sie zu jeder Praxis auch Daten über die Einwohnerzahl, Schul- und Krankenhausstatistiken des entsprechenden Landkreises oder der Gemeinde.

*Steht man vor einer möglichen Niederlassung oder Praxisabgabe, werden viele Fragen aufgeworfen, die eine Praxisbörse im Internet nicht beantworten kann. Wann ist denn eigentlich der optimale Zeitpunkt für diese entscheidenden Schritte? Was muss ich beachten, damit alles nahtlos ineinander übergeht? Welche juristischen, steuerlichen und finanziellen Gesichtspunkte sind zu beachten? Für diese und andere Fragen organisiert die KVN regelmäßig Praxisbörsen an verschiedenen Orten in Niedersachsen. Diese überregionalen Veranstaltungen haben sich unter dem Titel „Ärzteforum Niedersachsen“, kurz ÄrNie, etabliert. Hier treffen sich Praxisabgeber und niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte. Sie werden durch verschiedene Vorträge und Workshops, die individuell auf Abgeber und Übernehmer angepasst sind, optimal vorbereitet. ÄrNie hat mit vielen Informationsständen unterschiedlichster Dienstleister rund um die Praxisführung aber*

noch mehr zu bieten. Es soll gleichzeitig eine Messe sein, auf der Ärzte, Referenten und Aussteller erste Kontakte knüpfen oder bereits bestehende intensivieren können. Ein flächendeckendes Netz von Praxisberatern der KVN unterstützt die Praxisabgeber und ist Ansprechpartner für junge Ärztinnen und Ärzte in allen Fragen der Praxisübernahme.

### 4. Neustrukturierung des Bereitschaftsdienstes

Die bisher hohe Bereitschaftsdienstfrequenz stellt ein nicht zu unterschätzendes Niederlassungshindernis für junge Ärztinnen und Ärzte dar. Die neue Bereitschaftsdienstordnung der KVN sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte in der Regel nur noch maximal vier Dienste pro Quartal haben. Ein Dienst darf nicht länger als 24 Stunden dauern.

Ergebnis der innerärztlichen Meinungsbildung zum neuen Bereitschaftsdienst war die Neufassung der Bereitschaftsdienstordnung zum 1. April 2007. Weitgehend abgeschlossen wurde die Umbildung im Jahr 2011. Hintergrund für die Neustrukturierung war, dass in Niedersachsen insgesamt 339 Bereitschaftsdienstbereiche existierten, in denen zwischen zwei und 1.000 Ärzte ihren Dienst verrichteten. In den vielen kleinen Bereitschaftsdienstbereichen mussten die Ärzte einmal wöchentlich oder noch öfter einen Bereitschaftsdienst neben ihrer Praxistätigkeit leisten. Dies war nicht nur eine Ungleichbehandlung der Ärzte in Niedersachsen, sie führte auch dazu, dass in ländlichen Regionen insbesondere hausärztliche Kassenarztsitze nicht wiederbesetzt werden konnten.

Die Lösung bestand darin, die Bereitschaftsdienstbereiche zusammenzuführen, um die Arztbasis zu verbreitern. Laut neuer Bereitschaftsdienstordnung muss ein Bereitschaftsdienstbereich so groß sein, dass ein Arzt nicht mehr als vier Dienste im Quartal durchführen muss. Dies ist eine deutliche Entlastung der Kassenärzte mit entsprechendem Freizeitgewinn und beseitigt ein Niederlassungshindernis gerade in ländlichen Regionen. Zurzeit gibt es knapp einhundert Bereitschaftsdienststringe in Niedersachsen.

Ergänzend zur Vergrößerung der Bereiche werden Bereitschaftsdienstpraxen

bevorzugt an Krankenhäusern eingerichtet. Dies mit dem Ziel, die Patienten zu kanalisieren und den aufsuchenden Bereitschaftsdienst zu entlasten. Mittlerweile existieren in Niedersachsen mehr als 50 Bereitschaftsdienstpraxen, von denen bereits fast 40 durch die Dienstleistungsgesellschaft niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten mbH als 100-prozentige Tochter der KVN betrieben werden.

So positiv sich diese Zeilen anhören, so schmerzhaft und schwierig war der Umsetzungsprozess. Gerade die alteingesessenen Bereitschaftsdienststringe hatten wenig Neigung in größere Strukturen überführt zu werden. Wenn der Bereitschaftsdienst in früheren Jahrzehnten vor Ort durch die Ärzte selbst geregelt wurde, hat seit 2007 die KVN die Or-

### **Die Neustrukturierung des Bereitschaftsdienstes war schmerzhaft und schwierig.**

ganisationshoheit übernommen. Dabei weckt das Thema „Bereitschaftsdienst“ mindestens genauso viele Emotionen, wie das Thema „Honorarverteilung“. Unzählige Sitzungen, Besprechungen und Versammlungen mit den zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärzten standen in den KVN-Bezirksstellen an. Manchmal gab es Rückenwind, oft aber auch eisigen Gegenwind, bis die Ärzte von den Vorteilen der Neuordnung überzeugt waren. Auch bei der Neuordnung des Bereitschaftsdienstes zeigt sich wie in vielen anderen Lebensbereichen, dass liebgewonnene Gewohnheiten und altbekannte Strukturen nur schwer aufzubrechen sind.

Nicht zu vernachlässigen ist der Widerstand aus der Bevölkerung und der Kommunalpolitik. Natürlich ist es angenehm, wenn der Hausarzt vor Ort rund um die Uhr zur Verfügung steht, aber dies kann die KVN nicht mehr gewährleisten. Die künftigen Arztgenerationen sind nicht mehr mit den Hausärzten alten Schlages zu vergleichen, die an 365 Tagen 24 Stunden für ihre Patienten da waren. Ausnahmen bestätigen zwar die Regel, aber heute ist mehr die work-life-balance gefragt. Ohne Entlastung im Bereitschaftsdienst wird es in vielen Kommunen künftig keinen Hausarzt mehr geben, auch nicht tagsüber. Die während des Diskussionsprozesses zur

Bereitschaftsdienstordnung veröffentlichte Arztlageprognose 2020 der KVN hat dies nachhaltig bestätigt und auch zu einem Umdenken in den Gemeinden und der Politik geführt. Die Neuordnung des Bereitschaftsdienstes war und ist eine Maßnahme, um die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in der Fläche zu sichern.

## 5. Niederlassen in Niedersachsen

Mit der Kampagne „Niederlassen in Niedersachsen“ (NiNi) wendet sich die KVN speziell an Ärztinnen, da der Frauenanteil unter den Medizinerinnen stetig steigt.

Zusammen mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank bietet die KVN seit 2011 eine spezielle Informationsveranstaltung für Medizinerinnen an, die sich erst einmal grundlegend über die Möglichkeiten einer Tätigkeit in der ambulanten Versorgung informieren wollen. Die Veranstaltungen finden regelmäßig an wechselnden KVN-Standorten statt. Dabei präsentieren Berater der apoBank und der KVN die wesentlichen Basisinformationen zur Niederlassung, wie zum Beispiel Zulassungsverfahren, Formen der ambulanten Tätigkeit (Gemeinschaftspraxis, Anstellung oder Jobsharing) sowie Finanzierungstipps für die eigene Praxis.

Darüber hinaus tauschen sich die Teilnehmerinnen in Workshops zu den Themen „Rund um die eigene Praxis“ und „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ aus. Im Nachgang der Veranstaltung können Beratungstermine mit den Beratern der apoBank und der KVN vereinbart werden. Das Besondere an der Veranstaltung ist sicher der Austausch mit einer niedergelassenen Ärztin, die ihre eigenen Erfahrungen schildert und den Teilnehmerinnen Einblicke in den Arbeitsalltag einer Ärztin auf dem Land gibt.

Die Informations- und Austauschende „Niederlassen in Niedersachsen“ bieten für interessierte Ärztinnen eine gute Möglichkeit, sich über die ambulante vertragsärztliche Tätigkeit zu informieren und an einem Abend unterschiedliche Experten zu befragen. Die Teilnehmer profitieren vom Wissen und den jahrelangen Erfahrungen der KVN und der apoBank, aber vor allem von den Erfahrungen einer niedergelassenen

Ärztin. Der Abend ist aber immer nur der erste Schritt. Eine individuelle Beratung sollte zu einem späteren Zeitpunkt folgen. Bei einer konkreten Niederlassungsplanung führt der Weg stets zur zuständigen KVN-Bezirksstelle.

## 6. Verbundweiterbildung

Die KVN fördert insbesondere die Verbundweiterbildung mit dem Ziel, dass junge Ärztinnen und Ärzte in Niedersachsen möglichst an einem Ort die überwiegende Zeit der Weiterbildung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich absolvieren können. Damit werden die Bindungen an die Region gestärkt. Mittlerweile gibt es zahlreiche Weiterbildungsverbände zwischen Krankenhäusern und Vertragsarztpraxen in Niedersachsen. Im Rahmen der Verbundweiterbildung schließen sich Kliniken und niedergelassene Ärzte vor Ort zu einem Weiterbildungsverbund zusammen. Dem angehenden Allgemeinmediziner wird so eine

## *Die Delegation von ärztlichen Leistungen auf Medizinische Fachangestellte funktioniert und wird von den Patienten positiv aufgenommen.*

strukturierte Facharztweiterbildung in allen notwendigen Weiterbildungsabschnitten angeboten. Damit entfällt für ihn die Suche nach Anschlussweiterbildungsstellen. Um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen, ist die Weiterbildung auch in Teilzeit möglich. Unterbrechungen aus persönlichen Gründen zwischen den einzelnen Weiterbildungsabschnitten sind möglich. Für diesen Themenkomplex gibt es eine Koordinierungsstelle bei der KVN.

## 7. Modell Niedersachsen (MoNi)

Seit 2010 testet die KVN gemeinsam mit Krankenkassen im Modellversuch Niedersachsen (MoNi) in zwei Regionen, in Vechta und Schneverdingen, den Einsatz von qualifizierten Medizinischen Fachangestellten, die vom Arzt delegierbare Tätigkeiten im Wohnumfeld der Patienten selbstständig ausführen. In jeder Modellregion nehmen vier Hausärzte mit ihren Medizinischen Fachangestell-

ten an dem Projekt teil. Bisher haben die qualifizierten Arzthelferinnen 2.543 Hausbesuche durchgeführt.

Der Modellversuch hat bisher gezeigt, dass die Delegation von ärztlichen Leistungen auf Medizinische Fachangestellte funktioniert und dies von den Patienten positiv aufgenommen wird. Die stärkere Einbeziehung qualifizierter und erfahrener nichtärztlicher Mitarbeiter durch die Delegation ärztlich verantworteter Leistungen kann eine sinnvolle Maßnahme zur Aufrechterhaltung einer guten ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen sein. Zugleich kann sich der Arzt durch Delegation von Verwaltung und Bürokratie entlasten und sich so stärker seinen Patienten widmen. Auch das erhöht die Attraktivität des Hausarztberufes und ist dringend notwendig angesichts der Nachwuchssorgen.

Eine Verlängerung des Projekts über das Jahr 2012 hinaus und die Ausdehnung auf weitere Modellpraxen in Niedersachsen ist wünschenswert. Auch sollte die Ausdehnung der Besuchstätigkeit auf Alten- und Pflegeheime geprüft werden. Leider beteiligen sich nicht alle Krankenkassen am MoNi.

Getragen wird das Projekt von der KVN, dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration sowie einer Reihe gesetzlicher Krankenkassen.

## 8. Zukunftsregionen Gesundheit

Die KVN beteiligt sich an den niedersächsischen „Zukunftsregionen Gesundheit“. In drei niedersächsischen Landkreisen – dem Landkreis Wolfenbüttel, dem Landkreis Emsland und dem Heidekreis – werden modellhaft neue Konzepte für die ambulante Versorgung, für den Abbau der Schnittstellenproblematik zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und für die Pflege entwickelt. Es geht aber auch um die Überwindung von Mobilitätsdefiziten und die bedarfsgerechte Versorgung einer alternden Bevölkerung.

Die Leistungsanbieter vor Ort wie zum Beispiel Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen sollen in dem auf drei Jahre angelegten Modellprojekt insbesondere herkömmliche Leistungsgrenzen – beispielsweise zwischen niedergelassenen Ärzten und

Krankenhäusern – überwinden. Die Landkreise als zuständige Behörde im Bereich der örtlichen Gesundheitsaufsicht haben hierbei eine zentrale Aufgabenstellung. Sie bieten ortsnahe eine Plattform, diese Vernetzungen zu initiieren und zu moderieren.

Das Land Niedersachsen übernimmt dabei die Rolle des Impulsgebers und Moderators. Außerdem wird sich das Land im Hinblick auf die Pilotfunktion der drei Gesundheitsregionen für ganz Niedersachsen an diesem Prozess durch die Übernahme der Kosten der wissenschaftlichen Evaluation beteiligen.

## 9. Dialog mit dem Städte- und Gemeindebund

Die KVN steht in einem engen Dialog mit dem Niedersächsischen Städte- und Gemeindebund mit dem Ziel, die medizinische Versorgung in Niedersachsen

## Angesichts der Verschärfung der Versorgungsprobleme sind alle Beteiligten aufgerufen, im Rahmen einer strategischen Partnerschaft zusammenzuarbeiten.

weiter zu entwickeln und neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Städten und Gemeinden auf der einen Seite sowie Ärztinnen und Ärzten auf der anderen Seite zu ermöglichen. Ziel ist es, die ambulante und stationäre Grund- und Regelversorgung auch in Regionen mit sinkenden Einwohnerzahlen zu stärken und zu verzahnen. Zu den gemeinsamen Ansätzen zählt, Informationsveranstaltungen in niedersächsischen Landkreisen anzubieten, um die jeweilige medizinische Infrastruktur zu erörtern und passgenaue Lösungen vor Ort zu finden. Wichtig ist es, vor Ort gemeinsam darauf hinzuwirken, attraktivere Bedingungen in den Regionen für ansiedlungswillige Haus- und Fachärzte zu schaffen.

## 10. Was fordert die KVN?

Die KVN setzt sich für die Reform der Vergabe von Medizinstudienplätzen ein. Nicht allein der Numerus Clausus darf das Kriterium für die Zulassung zum Medizinstudium sein. Außerdem ist der Ausbau der Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den medizinischen Hoch-

schulen erforderlich. Die Krankenhäuser müssen noch mehr Weiterbildungsstellen für Hausärzte zur Verfügung stellen. Existenzgründerprogramme der Länder könnten den Einstieg für junge Mediziner in den Beruf erleichtern. Der Erhalt des öffentlichen Nahverkehrs in den ländlichen Regionen ist für eine adäquate Patientenversorgung unerlässlich. Der Abbau der Bürokratie in der Arztpraxis und eine verlässliche Honorarsituation bietet jungen Ärztinnen und Ärzten Sicherheit für den Schritt in die Selbständigkeit.

Angesichts der Verschärfung der Versorgungsprobleme in Niedersachsen sind alle Beteiligten – Krankenkassenvertreter, Vertreter der Krankenhäuser, Vertreter der Universitäten, Politiker, Vertreter der Gemeinde und Kommunen – aufgerufen, im Rahmen einer strategischen Partnerschaft zusammenzuarbeiten. Wichtig ist es, vor Ort gemeinsam

darauf hinzuwirken, attraktivere Bedingungen in den Regionen für ansiedlungswillige Haus- und Fachärzte zu schaffen. Daneben müssen sich alle Organisationen auf Landesebene dafür einsetzen, dass die Rahmenbedin-

gungen für die ärztliche Versorgung in Niedersachsen verbessert werden.

## 11. Fazit

Nur wenn Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser und andere Gesundheitsberufe intensiver zusammenarbeiten, lässt sich die wohnortnahe Versorgung im Flächenland Niedersachsen langfristig auf hohem Niveau sicherstellen. Eine gute medizinische und pflegerische Versorgung trägt für alle Generationen zu mehr Lebensqualität bei. Sie beeinflusst auch Standortentscheidungen junger Menschen. Hier ist ein ganzheitlicher Ansatz gefragt, der den Blick nicht nur auf einzelne Bereiche wie Krankenhäuser, Ärzte oder Pflegeeinrichtungen lenkt. ■

# Handbuch Controlling



## Controlling in der Sozialwirtschaft

Handbuch

Von Bernd Halfar und Gabriele Moos

2013, ca. 300 S., brosch., ca. 34,- €

ISBN 978-3-8329-6327-9

Erscheint ca. März 2013

Das Handbuch setzt an den Besonderheiten sozialer Dienstleistungsunternehmen an und entwickelt Vorschläge für ein praxistaugliches Controlling, das über das übliche Finanzcontrolling hinausreicht.

Der Leser findet thematisch geordnete Kennzahlenlisten und Anregungen, wie das Controlling die Produktivität sozialwirtschaftlicher Unternehmen analysieren kann.

[www.nomos-shop.de/13315](http://www.nomos-shop.de/13315)



**Nomos**