

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung  
Postfach 70 61 | 24170 Kiel

An den  
Vorsitzenden des Sozialausschusses  
Herrn Peter Eichstädt, MdL  
Landeshaus  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Umdruck 18/3317

15. September 2014

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

in der Bericht- und Beschlussempfehlung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages (Drucksache 18/1153) wird die Landesregierung gebeten, mit dem gemeinsamen Landesgremium gemäß AG-GKV-VStG § 2 die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum zu beraten.

Insbesondere soll erörtert werden, welche finanziellen Unterstützungen und Anreize für die Niederlassungen von Ärzten im ländlichen Raum möglich sind. Weiterhin soll darüber beraten werden, wie die Aus- und Weiterbildung die Ansiedlung von Ärzten im ländlichen Raum befördern kann und welche weiteren möglichst unbürokratischen Unterstützungsmaßnahmen das Vorhaben voranbringen können. Dem Sozialausschuss ist über die Ergebnisse laufend zu berichten.

Mit dem anliegenden schriftlichen Bericht kommt die Landesregierung dem Beschluss des Landtages gerne nach.

Mit freundlichen Grüßen

  
Anette Langner  
Staatssekretärin

## **Bericht der Landesregierung: Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen**

### **I. Vorbemerkung:**

Die Thematik erweist sich bei allen Akteuren im Gesundheitswesen als Daueraufgabe. Beispielhaft genannt werden sollen an dieser Stelle die Kassenärztliche Vereinigung (KVSH), Ärztekammer, Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft (KGS), Kommunalvertreter und die Landesregierung.

Besonderheiten ergeben sich hierbei insbesondere aus der Rechtsstellung einzelner Akteure, die an dieser Stelle kurz erwähnt werden sollen:

1. Der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins (KVSH) obliegt nach § 75 SGB V die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Diesem Sicherstellungsauftrag kommt die KVSH mit einer Vielzahl von Instrumenten nach. Beispielhaft wird in diesem Zusammenhang auf die Statuten der KVSH über die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben und von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein (<http://www.kvsh.de/KVSH/index.php?StoryID=373>) verwiesen. Hier sind umfangreiche (finanzielle) Unterstützungsleistungen Seitens der KVSH festgehalten, die geeignet sind, niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten den Start in die freiberufliche Tätigkeit zu erleichtern.
2. Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassenen Richtlinien (sog. Bedarfsplanungsrichtlinie; [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-899/BPL-RL\\_2014-04-17.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-899/BPL-RL_2014-04-17.pdf)) hat die KVSH einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und den jeweiligen Entwicklungen anzupassen, siehe § 99 SGB V, <http://www.kvsh.de/index.php?StoryID=814>).
3. Der Bedarfsplan wird dann durch den paritätisch besetzten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 SGB V unter der Beteiligung der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f SGB V und der Stellungnahme des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V i.V.m. § 2 Abs. 2 AG-GKV-VStG verabschiedet. Der aktuelle Bedarfsplan datiert vom 03.04.2013. Gegenwärtig befindet sich eine Fortschreibung im Verfahren. Im Rahmen der Bedarfsplanung haben beispielsweise KVSH und Krankenkassen die besondere Situation der ambulanten medizinischen Versorgung an der Westküste durch entsprechende Vereinbarungen und regionale Sonderlösungen Rechnung getragen, siehe hierzu auch die textlichen Ausführungen im Bedarfsplan (<http://www.kvsh.de/index.php?StoryID=814>). Eine Bedarfsplanung schafft zwar keine neuen Ärztinnen und Ärzte – die Rahmenbedingungen für eine Niederlassung (insbesondere in der Fläche) werden aber entscheidend verändert.
4. Umgesetzt wird die Bedarfsplanung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte nach § 96 SGB V. Dieses ebenfalls paritätisch von Krankenkassen und Ärzten besetzte Gremium entscheidet über die Zulassungsanträge der Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein. Das heißt, dass nicht die KVSH,

sondern der Zulassungsausschuss entscheidet, ob sich Ärzte oder Psychotherapeuten in einer bestimmten Region des Landes niederlassen dürfen. Der Zulassungsausschuss ist auch kein Ausschuss der KVSH, sondern – wie die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 bzw. § 116b Abs. 3 i.V.m. § 90 SGB V – ein unabhängiges Gremium. Bei der KVSH ist allein die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses angesiedelt.

5. Im Erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und Krankenhäuser (vgl. § 116b Abs. 3 i.V.m. § 90 SGB V) wird darüber entschieden, welche Leistungserbringer Ambulante Spezialärztliche Versorgungsleistungen erbringen dürfen.
6. Die Landesregierung ist zum einen mitberatend im Landesausschuss und erweiterten Landesausschuss (§ 90 Abs. 4 SGB V bzw. § 116b Abs. 3 i.V.m. § 90 Abs. 4 SGB V), sowie als Mitglied des Gemeinsamen Landesgremiums (§ 90a SGB V i.V.m. § 3 AG-GKV-VStG) als auch als Aufsichtsbehörde (§ 99 Abs. 1 SGB V) in die Planungsprozesse eingebunden. Gleichzeitig obliegt dem MSGFG als für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde die Rechtsaufsicht über die KVSH und KZV SH gem. § 78 SGB V bzw. über die landesunmittelbaren Krankenkassen gem. § 90 SGB IV.

Unabhängig davon, befasst sich die Landesregierung fortlaufend und regelmäßig mit der ambulanten medizinischen Versorgung im ländlichen Raum sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene (beispielsweise im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, AOLG, Gesundheitsministerkonferenzen, GMK, bzw. im Bundesrat):

- Die Landesregierung nimmt über die Hochschulen unmittelbaren Einfluss auf die künftige ambulante medizinische Versorgung, z.B. im Hinblick auf die Bereitstellung von Medizinstudienplätzen. Besonders Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang aber auch die Etablierung der 5-jährigen Stiftungsprofessur Allgemeinmedizin sowie der 6-jährigen Stiftungsprofessur Rehabilitation in der Arbeitswelt am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck.
- Bereits vor der Verabschiedung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes und damit vor der Etablierung des Gemeinsamen Landesgremiums hat die Landesregierung das Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (IGSF) beauftragt, die Versorgungslage in Schleswig-Holstein in den Bereichen Gesundheitsversorgung und der Versorgung Pflegebedürftiger (Gesundheit und Pflege in Schleswig-Holstein) zu analysieren, Entwicklungsperspektiven aufzuzeigen und Empfehlungen zu entwickeln.

Für die Durchführung des Projekts hat das IGSF einen Beirat berufen, der mit 19 Verbänden alle Verbände umfasste, die in Schleswig-Holstein in den Bereichen Gesundheit und Pflege tätig sind: Heilberufe, Krankenkassen, Krankenhäuser, Pflegeverbände, Wohlfahrtsverbände, kommunale Landesverbände und Patientenvertretungen sowie Vertreter von Selbsthilfegruppen. Vom Beirat wurden sechs Arbeitsgruppen gebildet, in denen die wichtigsten Themen interessenübergreifend bearbeitet worden sind. Es

wurden Defizite benannt, Perspektiven entwickelt und Empfehlungen erarbeitet. Diese wurden öffentlich vorgestellt und im April 2012 veröffentlicht (IGSF Schriftenreihe, Band 122: „Gesundheit und Pflege in Schleswig-Holstein – Interessenübergreifende Analyse und Perspektive“).

- Als erstes Bundesland hat Schleswig-Holstein die gesetzlichen Grundlagen für ein Gemeinsames Landesgremium gem. § 90a SGB V i.V.m. AG-GKV-VStG geschaffen.
- Mit der Homepage ([www.hausarzt-sh.de](http://www.hausarzt-sh.de)) „Hausärztin und Hausarzt in Schleswig-Holstein ... für die Menschen im Land“ wurde eine Imagekampagne „Hausärztin/Hausarzt in Schleswig-Holstein“ gestartet. Die Homepage informiert über die Grundlagen, gesetzliche Rahmenbedingungen, Weiterbildung und beruflichen Perspektiven. Gleichzeitig sollen angehende Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit als Hausarzt motiviert und Vorurteile gegenüber dem Berufsbild beseitigt werden.
- Es wird jährlich ein Markt der Möglichkeiten rund um das Thema Hausarzt/Hausärztin in Schleswig-Holstein gemeinsam mit der Sektion Medizin der Universität zu Lübeck auf dem Campus der Universität sowie in Kooperation mit dem Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel ausgerichtet; diese Veranstaltung ist angedockt an die Informationsveranstaltung der Universität, die sich gezielt an die Medizinstudierenden kurz vor Beginn des Praktischen Jahres (PJ) richtet und jährlich stattfindet. In diesem Rahmen werden die Studierenden im PJ über den Hausarztberuf in SH informiert. Anschließend wird den Studierenden die Möglichkeit geboten, sich weitere Details an den Info-Ständen im Foyer des Hörsaales erläutern zu lassen.
- Das MSGFG ist mit der Ärztekammer, der Krankenhausgesellschaft (KGSH) und der KVSH im Gespräch, wie bisher bestehende Ressourcen an Ärztinnen und Ärzten wieder aktiviert werden können.

## **II. Beschäftigung mit der Thematik im Gemeinsamen Landesgremium**

Nach § 2 AG-GKV-VStG kann sich das Gemeinsame Landesgremium mit grundsätzlichen Fragen der Bedarfsplanung zur flächendeckenden ärztlichen Versorgung befassen und auf die Regionen bezogene Versorgungsstrukturen entwickeln. Dabei soll es Aspekte der fachspezifischen Versorgungslücken (Fragestellung: Welche Arztgruppen fehlen oder drohen wegzubrechen?) und der demografischen Entwicklung (in der Bevölkerung und der Ärzteschaft) berücksichtigen.

Dem Wunsch des Schleswig-Holsteinischen Landtages entsprechend, hat die Landesregierung, vertreten durch die Vorsitzende, Staatssekretärin Anette Langner, die Thematik „Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen“ auf die Tagesordnung der Sitzungen des Gemeinsamen Landesgremiums gesetzt.

Das Gemeinsame Landesgremium hat sich mit der Thematik mehrmals und in verschiedenen Facetten befasst und wird sich auch weiterhin regelmäßig damit auseinandersetzen.

## 1. Bedarfsplanung

Das Gemeinsame Landesgremium hat sich, vor dem Hintergrund eines 2013 vollständig neu erarbeiteten Bedarfsplans, der erstmals auch regionale Besonderheiten – insbesondere im Hinblick auf die Versorgungssituation im Bereich der Metropolregion und der Westküste – berücksichtigt, mit den Inhalten des Bedarfsplans sowie dessen Fortschreibung und den Auswirkungen auf die ambulanten Versorgungsstruktur auseinandergesetzt.

## 2. Einsetzen einer Arbeitsgruppe „Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen“

Es wurde im Gemeinsamen Landesgremium eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich derzeit mit weiteren Einzelfragen beschäftigt.

- a. So wurde zunächst eine „Ist“-Analyse hinsichtlich der bestehenden (finanziellen) Unterstützungs-, Beratungsleistungen sowie Anreize sowie Aus- und Weiterbildungsangebote zur Aktivierung personeller Ressourcen in der Ärzteschaft von Seiten der KVSH zusammengestellt und einstimmig von den Mitgliedern des Gemeinsamen Landesgremiums verabschiedet (siehe Anlage).

Sie stellt in Ergänzung zur Bedarfsplanung der ambulanten medizinischen Versorgung sowie zum Gutachten des IGSF die Basis für die weitere Auseinandersetzung mit der Thematik dar.

- b. Für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hat die Arbeitsgruppe vier Diskussionsschwerpunkte herausgearbeitet:

- *Verbundweiterbildung*

Die in Schleswig-Holstein bereits in Kooperation von KVSH und einer Vielzahl von Krankenhäusern etablierte und konzipierte Verbundweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin als Weiterbildung „aus einer Hand“ hat sich als hilfreich erwiesen. Festgestellt werden konnte zum einen eine „Klammerwirkung“ zwischen Ambulant und Stationär zum anderen ein gewisser regionaler „Klebeeffekt“. Angehende Fachärztinnen und Fachärzte orientieren sich stärker an der Region, in der sie Erfahrungen sammeln konnten. Die Einbindung in die regionalen Strukturen, sowie die bruchlose Zusammenarbeit zwischen Ambulant und Stationär, sollte deshalb weiterentwickelt werden. Insbesondere soll dafür geworben werden, alle Krankenhausstandorte in SH einzubinden.

- *Die frei unternehmerische Komponente einer ambulanten Niederlassung hat an Attraktivität verloren.*

Die Folge ist, dass zunehmend eine Kompensation durch angestellte (ggf. in Teilzeit) Tätigkeit erfolgen muss, um die ärztliche Versorgung insbesondere im ländlichen Raum gewährleisten zu können. Diese setzt neue Maßnahmen, wie bspw. die Gründung von Eigenbetrieben, voraus, um Ärztinnen und Ärzten über ein Anstellungsverhältnis für die Tätigkeit in der Fläche gewinnen zu können. Dabei wird es künftig – abhängig von den Strukturen vor Ort – ergänzend notwendig sein, die bisher noch bestehenden Einzelpraxen stärker in der Zusammenarbeit

zu vernetzten. Den Ärztenetzen kommt dabei eine große Bedeutung zu. Sie sollten deshalb auch in die Lage versetzt werden, als eigenständiger Leistungsträger agieren zu können. Im Hinblick auf die Verbundweiterbildung könnten dann auch Ärztenetze als Akteure mitwirken.

- *Transprofessionelle Zusammenarbeit, Aufgabenteilung*  
Eine Aufgabenteilung zwischen den einzelnen Berufen darf sich nicht auf unterversorgte Gebiete konzentrieren. Derzeit wird deutlich, dass bspw. eine klassische Delegation bestimmter Aufgaben zur Entlastung der Hausärztin/des Hausarztes finanziell nicht interessant ist.

Die Zusammenarbeit innerhalb der Praxen zwischen nichtärztlichen und ärztlichen Praxismitarbeiterinnen und -arbeiter muss verstärkt werden. Gleichzeitig ist die Zusammenarbeit der Praxis mit externen Dienstleistern/Anbietern/ Kooperationen im Hinblick auf die Versorgungsprozesse auszubauen (Bsp. Zusammenarbeit Hausarztpraxis bzw. Ärztenetz/Pflegedienst).

In der Arbeitsgruppe wurden auch die grundsätzliche Überlegungen – mit offenem Ergebnis – angestellt, inwieweit ein für bestimmte Aufgaben etabliertes „regionales Budget“ geschaffen werden könnte, dessen Anreizsystem die Versorgung steuert (und nicht auf Fallzahlen/Menge ausgerichtet ist).

- *Verbesserung der Kommunikation zwischen den Berufsbildern*  
Hohe Spezialisierung innerhalb der Fachärzteschaft aber auch in den nichtärztlichen Berufen bedingt höhere Anforderungen an die Zusammenarbeit. Ärztenetze oder aber auch zentrale Anlaufpunkte (wie die in Dithmarschen geplanten kommunalen Eigenbetriebe nach § 105 Abs. 5 SGB V) können hier ein notwendiges Bindeglied darstellen, um eine transprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen und zu verbessern. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine von den örtlichen Strukturen abhängige Bestandsaufnahme sinnvoll.

- c. Die Arbeitsgruppe wird eine vertiefte Diskussion zu einer regionalen Strukturanalyse unter Einbeziehung der Krankenkassen – auch auf der Basis des Gutachtens des IGSF – fortführen.

### 3. Notfallversorgung

Im Gemeinsamen Landesgremium wurde die Notfallversorgung als Schnittstelle zwischen Ambulant und Stationär und damit als ein Element der intersektoralen Versorgung vertieft behandelt. Dabei zeigen steigende Fallzahlen in der ambulanten Notfallbehandlung (sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser), dass hier Handlungsbedarf besteht. Erschwerend kommen hier rechtliche Rahmenvorgaben hinsichtlich der Vergütung und des Behandlungsumfanges der Patientinnen und Patienten hinzu. Eine Lösung dieser Schnittstellenproblematik ist ein wesentliches Teilelement zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum.



#### a. Definition Ambulant und Stationär

- Der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst oder Ärztliche Notdienst wird durch niedergelassene Ärzte fast aller Fachrichtungen gestellt. Er stellt die Vertretung der niedergelassenen Ärzte außerhalb der regulären Öffnungszeiten dar und ist Teil des Sicherstellungsauftrags der [Kassenärztlichen Vereinigung](#) nach § 75 Abs. 1 SGB V. Der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst/Ärztliche Notdienst ist Ansprechpartner in dringlichen, aber nicht akut lebensbedrohlichen Fällen. Die Versorgung erfolgt je nach Erfordernissen in den Räumlichkeiten des ärztlichen Notdienstes (in Schleswig-Holstein sind das von der KVSH betriebene Anlaufpraxen) oder als Hausbesuch. Die Anlaufpraxen sind in Schleswig-Holstein an den Krankenhausstandorten räumlich mit angesiedelt, so dass die Patientinnen und Patienten eine feste Anlaufstelle „am Krankenhaus“ vorfinden. Koordiniert wird der ärztliche Bereitschaftsdienst von der Leitstelle der KVSH in Bad Segeberg. Der Bereitschaftsdienst ist unter der bundesweiten Rufnummer 116 117 zu erreichen.
- Die Notfallaufnahme ist eine Anlaufstelle im Krankenhaus zur Akutversorgung und ist Teil der Notfallmedizin. Jedes Krankenhaus (Ausnahme: Privatkliniken, Rehabilitations-Krankenhäuser) verfügt über eine Notaufnahme, die meist rund um die Uhr geöffnet ist und in der medizinische Hilfe geleistet wird. In einer Notaufnahme werden nur Notfälle behandelt. In der Regel erfolgt dort keine gewöhnliche ambulante Betreuung.

#### b. Problemstellung

- Von Seiten der Krankenhausdirektoren wird regelmäßig eine Überlastung der am Krankenhaus bestehenden Notfallaufnahmen durch Patientinnen und Patienten beklagt, die eigentlich durch den ärztlichen Notdienst der KVSH hätten behandelt werden müssen.
- Aber auch die KVSH berichtet von einer steigenden Inanspruchnahme der an den Krankenhausstandorten angesiedelten und von der KVSH betriebenen sog. „Anlaufpraxen“ und des hausärztlichen (fahrenden) Notdienstes.
- Dabei handelt es sich in einer zunehmenden Zahl auch um Patientinnen und Patienten, die anstatt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der niedergelassenen Ärzte die Infrastruktur des Krankenhauses für nicht-akute Behandlungen nutzen wollen.
- Darüber hinaus lässt sich mittlerweile (regional unterschiedlich - insbesondere aber im städtischen Bereich) der Trend beobachten, dass Patientinnen und Patienten *auch während der Öffnungszeiten von niedergelassenen Praxen* die Notfallaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen, um sich regulär behandeln zu lassen.

- Aufgrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Nachfrage nach Fachkräften stehen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich immer weniger personelle Ressourcen zur Verfügung um höhere Belastungen ausgleichen zu können.

c. Lösungsansatz

Das Gemeinsame Landesgremium hat eine vertiefte inhaltliche Behandlung der vorhandenen Leistungsstrukturen und der damit verbundenen Schnittstellenproblematik zwischen der ambulanten Notfallversorgung durch den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst/Ärztlichen Notdienst und der Notfallaufnahmen der Krankenhäuser beschlossen.

Man geht davon aus, dass ein gebündeltes Angebot durch niedergelassene und stationäre Leistungserbringer am Krankenhausstandort – unabhängig von zeitlichen Rahmenbedingungen – als örtliche Anlaufstelle sinnvoll ist. Ein solches Angebot sollte als Option für eine regionsspezifische Regelung etabliert werden können.

Dabei sind insbesondere rechtliche Probleme identifiziert worden, die einen anderen/neuen gesetzlichen Rahmen erforderlich machen, um den Akteuren entsprechende Handlungs- und Investitionssicherheiten zu geben. Ein dreiseitiger Vertrag nach § 115 SGB V bietet hierzu aus Sicht der KVSH, der KGSH und der Krankenkassen keine ausreichende Rechtsgrundlage. Insofern sind KVSH und KGSH aufgrund der sehr fachspezifischen Fragestellungen zum Schluss gelangt, ein entsprechendes Rechtsgutachten in Auftrag zu geben. Die Landesregierung wird diesen Prozess aktiv begleiten.

Anhang:

Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zu TOP 3 der 2. Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums am 2.12.2013: „Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen. Lagebeschreibung – Perspektiven – Maßnahmen“



Stellungnahme  
der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein  
zu TOP 3 der 2. Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums am 2.12.2013

## **„Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum sicherstellen“**

Lagebeschreibung – Perspektiven – Maßnahmen

## Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum Schleswig-Holsteins

### 1.) Maßgebliche Begrifflichkeiten

Bei einer Darstellung der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in einem bestimmten Gebiet ist zunächst zu klären, welches Gebiet konkret beschrieben werden soll.

In der alten Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die bis zum 31. Dezember 2012 galt, wurde noch nach unterschiedlichen Regionstypen unterschieden. Es gab sogenannte Agglomerationsräume, verstädterte Räume und ländliche Räume. Diese Aufteilung wurde mit der neuen Richtlinie, die am 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist, aufgegeben. Planungsbereiche sind jetzt der Mittelbereich, die kreisfreie Stadt, der Landkreis, die Kreisregion oder die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung bzw. der von einer Kassenärztlichen Vereinigung umfasste Bereich.

Für die hausärztliche Versorgung sind grundsätzlich die Mittelbereiche maßgeblich. Mittelbereiche bilden nach der Definition des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung die Verflechtungsbereiche für die Versorgung mit Gütern des gehobenen Bedarfs ab und sind in der Regel einem Mittelzentrum oder einem mittelzentralen Verbund bzw. höherrangigen zentralen Ort zugeordnet. Mittelbereiche sind ein Raumbezug, welcher der Bedeutung der Mittelstädte Rechnung trägt. Sie sind besonders wichtig für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung und damit für die Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen.

Hieraus ergibt sich beispielsweise für Schleswig-Holstein, dass es flächenmäßig relativ große Mittelbereiche gibt, aber auch kleine dicht besiedelte Mittelbereiche.

Für die hausärztliche Versorgung gelten bundesweit grundsätzlich einheitliche Verhältniszahlen, von denen allerdings abgewichen werden kann. Die Verhältniszahl ist folglich nicht mehr unterschiedlich danach, ob der Mittelbereich eher ländlich oder eher städtisch ist.

Die allgemeine fachärztliche Versorgung wird kreisbezogen geplant. Die Kreise sind fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. Die Typisierung erfolgte auf der Basis des Konzeptes der Großstadtregionen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Das Konzept der Großstadtregionen beschreibt die Verflechtung zwischen Kern- und Umland. Es wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss als repräsentativ angesehen, um die ambulanten Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum adäquat abzubilden. Insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland wurde Rechnung getragen.

Danach gibt es den Typ 1 (starke Mitversorgung), Typ 2 (Dualversorgung), Typ 3 (stark mitversorgt), Typ 4 (mitversorgt) und Typ 5 (eigenversorgt). Stark mitversorgend sind die Städte Kiel und Lübeck. Die Kreise Plön, Pinneberg und Herzogtum Lauenburg sind demgegenüber stark mitversorgt, der Kreis Stormarn gehört der Dualversorgung an, d. h. er wird mitversorgt und versorgt die umliegenden Planungsbereiche mit. Eigenversorgt sind die Kreise Nordfriesland und Dithmarschen sowie der Planungsbereich Kreis Schleswig-Flensburg/Stadt Flensburg.

Diese Einteilung ist maßgeblich für die meisten sogenannten „patientennahen Fachgebiete“. Es wird berücksichtigt, ob die vorhandenen Ärzte im Wesentlichen die in dem jeweiligen Planungsbereich lebende Bevölkerung versorgen oder Patienten aus anderen Planungsbereichen mitversorgen. Maßgeblich ist somit nicht, ob es sich um ländliche Bereiche handelt oder nicht, sondern es wird die tatsächliche Inanspruchnahme der Ärzte berücksichtigt. Alle weiteren Fachgebiete werden im Übrigen in größeren Planungseinheiten geplant

und dort werden weder Mitversorgungsaspekte berücksichtigt noch, ob es sich um einen ländlichen Bereich handelt oder nicht.

Der Landesentwicklungsplan teilt das Land in ländliche Räume, Stadt- und Umlandbereiche in ländlichen Räumen sowie Ordnungsräume, d. h. Räume im Umland von Kiel, Lübeck und Hamburg, ein und gibt hierfür spezifische Entwicklungsziele vor. Der Landesentwicklungsplan Schleswig-Holstein 2010 ist am 4. Oktober 2010 in Kraft getreten.

Nach dem Landesentwicklungsplan 2010 sind fast 80 Prozent der Gesamtfläche Schleswig-Holsteins ländliche Räume. Der Landesentwicklungsplan zählt dazu alle Städte und Gemeinden außerhalb der Ordnungsräume. Ordnungsräume sind um die schleswig-holsteinischen Oberzentren Kiel und Lübeck sowie um Hamburg abgegrenzt. Sie umfassen die Verdichtungsräume mit ihren Randgebieten. Sowohl die ländlichen Räume als auch Ordnungsräume und Verdichtungsräume sind in der Hauptkarte des Landesentwicklungsplanes dargestellt.

Ein Blick auf diese Karte zeigt, dass insbesondere der westliche Teil Schleswig-Holsteins dem ländlichen Raum zugeordnet ist, während die an Hamburg, Kiel und Lübeck angrenzenden Gebiete jeweils als Ordnungsräume anzusehen sind. Stadt- und Umlandbereiche im ländlichen Raum sind die Gebiete um Flensburg, Schleswig, Eckernförde, Rendsburg, Neumünster, Heide, Husum, Itzehoe, Brunsbüttel, Bad Segeberg, Neustadt, Ratzeburg, Mölln und Plön/Eutin herum.

Der im Landesentwicklungsplan als ländlicher Raum ausgewiesene Bereich sollte folglich die Grundlage der Diskussion darstellen, wobei anzumerken ist, dass der westliche Bereich Schleswig-Holsteins weit mehr vom ländlichen Raum geprägt ist als der östliche Bereich. Dies passt zu der Typisierung in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, wonach die Kreise Nordfriesland und Dithmarschen sogenannte eigenversorgte Gebiete sind und aus diesem Grunde niedrigere Verhältniszahlen für die meisten patientennahen fachärztlichen Fachgebiete zugrunde gelegt werden. Dies hat zur Folge, dass dort mehr Vertragsärzte tätig werden können, als in anderen – mitversorgten – Planungsbereichen.

Im Folgenden wird noch ausgeführt werden, dass sich momentan die Diskussion um die ärztliche Versorgung vor allem auf die Versorgung durch Hausärzte konzentriert, weil deren Nachbesetzung sich bereits jetzt als schwierig darstellt, insbesondere in den westlichen Landesteilen Schleswig-Holsteins. Grob gesagt kann man davon ausgehen, dass die westlich von den im Landesentwicklungsplan dargestellten Landesentwicklungsachsen liegenden Bereiche von dieser Problematik betroffen sind, und zwar bis zu der um Hamburg herumführenden Landesentwicklungsachse.

## 2.) Der Bedarfsplan 2013

Das Gemeinsame Landesgremium hat in seiner Sitzung vom 16. Mai 2013 den Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zustimmend zur Kenntnis genommen. Die mit dem Bedarfsplan festgelegten Grundsätze der Bedarfsplanung wurden zunächst für drei Jahre festgelegt. Allerdings werden die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Erfahrungen aus der Anwendung des Bedarfsplans 2013 jährlich auswerten, das Ergebnis gemeinsam beraten und dann entscheiden, ob der Bedarfsplan fortentwickelt und an veränderte Gegebenheiten angepasst werden muss. Spätestens nach fünf Jahren soll einvernehmlich ein neuer Bedarfsplan beschlossen werden.

Sollte sich bei der Umsetzung des Bedarfsplans in der Zukunft herausstellen, dass einzelne Festlegungen nicht intendierte Auswirkungen auf die Versorgung haben, kann der Bedarfsplan einvernehmlich angepasst werden.

Bereits jetzt ist erkennbar, dass die aus der Anwendung der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie und der Umsetzung im Bedarfsplan 2013 der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein entstandenen freien Stellen im fachärztlichen Bereich ganz überwiegend noch im Jahr 2013 besetzt bzw. vergeben werden können. Anders stellt sich dies allerdings im hausärztlichen Bereich dar.

In diesem Zusammenhang sei zunächst angemerkt, dass im hausärztlichen Bereich die Mittelbereiche im sogenannten Hamburger Speckgürtel zu zwei größeren Planungsbereichen zusammengefasst wurden, um zu vermeiden, dass dort zusätzliche, aber aus Sicherstellungsgründen nicht notwendige freie Hausarztstellen entstehen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass gesetzlich Versicherte aus dem Hamburger Randgebiet hausärztlich zu bis zu 20 Prozent in Hamburg versorgt werden. Zusätzliche freie Hausarztstellen im Umland von Hamburg hätten zudem die Chance verringert, für Hausärzte in ländlichen Bereichen Schleswig-Holsteins Nachfolger zu finden.

Die dennoch entstandenen sechs freien Hausarztstellen in der Metropolregion Südwest im Hamburger Speckgürtel konnten unproblematisch besetzt werden. Über sie hat der Zulassungsausschuss am 9. Oktober 2013 entschieden, alle Stellen konnten vergeben werden. Zwei im Mittelbereich Eutin entstandene Stellen konnten in der gleichen Sitzung ebenfalls vergeben werden, ebenso 2 von 2,5 freien Stellen im Mittelbereich Eckernförde. Erfreulicherweise konnte auch die halbe freie Stelle für den Mittelbereich Niebüll besetzt werden.

Für die 12 freien Hausarztstellen im Mittelbereich Husum ist bislang lediglich ein Antrag eingegangen.

### 3.) Vergleich der Mittelbereiche

Die Nichtbesetzung der freien Stellen im Mittelbereich Husum allein muss noch nicht zwingend ein Sicherstellungsproblem darstellen. Allerdings wird der Mittelbereich Husum im Folgenden in unterschiedlichen Zusammenhängen erneut genannt werden, so dass bereits an dieser Stelle erwähnt sei, dass sich für die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein die Versorgungssituation momentan im hausärztlichen Bereich im Mittelbereich Husum am kritischsten darstellt.

Der Mittelbereich Husum ist der einzige Mittelbereich, der einen Versorgungsgrad von unter 100 Prozent aufweist, nämlich 84,4 Prozent. Das Vorliegen einer Unterversorgung im Sinne der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ist im hausärztlichen Bereich anzunehmen, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent unterschreitet. Diese Regelung wurde aus der früheren Bedarfsplanungs-Richtlinie übernommen. Nach § 29 Satz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie droht eine Unterversorgung, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den im Satz genannten Kriterien führen würde.

Nicht vergeben wurde im Übrigen auch die im Mittelbereich Meldorf entstandene freie Hausarztstelle. Der Mittelbereich Meldorf hat momentan einen Versorgungsgrad von 105,2 Prozent.

Sowohl der Mittelbereich Husum als auch der Mittelbereich Meldorf haben relativ hohe Durchschnittsfallzahlen im Bereich der Hausärzte. Pro Jahr haben die Hausärzte im Mittelbereich Husum durchschnittlich 5.046 Fälle und stehen damit landesweit an zweiter Stelle. An erster Stelle stehen die Hausärzte in Niebüll

mit einer durchschnittlichen Fallzahl von 5.147 Fällen pro Hausarzt. Bereits an dritter Stelle schließt sich der Mittelbereich Meldorf mit 4.660 Fällen an. Die vierte und fünfte Stelle besetzen die Mittelbereiche Neumünster (4.359 Fälle) und Rendsburg (4.306 Fälle).

#### 4.) Altersstruktur der Hausärzte in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein sind 19,6 Prozent der Hausärzte 60 bis 64 Jahre alt, 13 Prozent sind 65 Jahre und älter. In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass 380 Hausärzte 60 bis 64 Jahre alt sind und weitere 252 weitere Hausärzte mindestens 65 Jahre alt. Damit sind 632 Hausärzten in Schleswig-Holstein 60 Jahre und älter. Das höchste Durchschnittsalter haben folgende Mittelbereiche:

- Brunsbüttel (58,3 Jahre)
- Rendsburg und Neustadt (je 57,3 Jahre)
- Husum (57,2 Jahre)
- Tönning (56,8 Jahre)

Auch wenn unterstellt wird, dass nicht jede der Praxen der 632 älteren Hausärzte zwingend nachbesetzt werden muss, dürfte unstrittig davon auszugehen sein, dass eine niedrige Nachbesetzungsquote schwerwiegende Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung Schleswig-Holsteins hätte. In 2011 wurden in Schleswig-Holstein lediglich 55 Facharztanerkennungen im Fachgebiet der Allgemeinmedizin erworben und in 2012 lediglich 44. Dieser Trend scheint sich in 2013 fortzusetzen. Allein diese Zahlen deuten darauf hin, dass sich die Versorgungsstruktur im hausärztlichen Bereich in Schleswig-Holstein in den nächsten Jahren ändern wird und ändern muss.

#### 5.) Zukunftsprognose

Im Rahmen einer Zukunftsprognose haben wir das Alter der jeweils tätigen Vertragsärzte pro Mittelbereich mit dem Versorgungsgrad in drei Jahren verknüpft und die Ärzte herausgerechnet, die im Jahr 2016 mindestens 65 Jahre alt sind. Wir sind von der Annahme ausgegangen, dass diese Ärzte bis 2016 nicht nachbesetzt werden können und dennoch ihre vertragsärztliche Tätigkeit bis dahin eingestellt haben. Hierbei ergibt sich für folgende Mittelbereiche ein Versorgungsgrad von weniger als 75 Prozent:

- |                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| 1.) Mittelbereich Husum:     | 50,0 % (heute: 84,4 %)  |
| 2.) Mittelbereich Itzehoe:   | 74,0 % (heute: 111,8 %) |
| 3.) Mittelbereich Rendsburg: | 73,0 % (heute: 116,8 %) |
| 4.) Mittelbereich Meldorf:   | 71,9 % (heute: 105,2 %) |

Schon im Jahr 2021 läge bei den gleichen Berechnungen der Versorgungsgrad nur noch in folgenden Bereichen über 75 Prozent:

- Westerland 108,3 %
- Bad Segeberg/Wahlstedt 85,1 %

Alle übrigen Planungsbereiche würden unter 75 Prozent liegen.

In folgenden Mittelbereichen würde der Versorgungsgrad sogar unter 50 % liegen:

- Mittelbereich Brunsbüttel: 41,0 %
- Mittelbereich Husum: 43,6 %
- Mittelbereich Rendsburg: 47,6 %

- Mittelbereich Neustadt: 49,6 %

Dies ist zunächst eine theoretische Betrachtung, die unterstellt, dass es zu keinen Nachbesetzungen von Hausarztpraxen kommen wird. Wenngleich anzunehmen ist, dass es auch erfolgreiche Praxisübergaben geben wird, verdeutlichen diese Zahlen doch die Dimension des Problems.

## 6.) Art und Weise der Berufsausübung

Hingewiesen sei noch darauf, dass sich aus dem Beschluss des Landesausschusses bzw. dem dazugehörigen Planungsblatt für die Hausärzte weitere interessante Daten ergeben.<sup>1</sup> Der jeweilige Anteil von angestellten Hausärzten in den einzelnen Mittelbereichen sowie der Anteil der Ärzte, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind, ist dem Blatt zu entnehmen. Insgesamt lässt sich aus den Zahlen die Schlussfolgerung ziehen, dass momentan noch der größte Anteil der Hausärzte freiberuflich, d.h. als zugelassener Vertragsarzt, tätig ist, aber ein relativ großer Anteil in Berufsausübungsgemeinschaften zusammengeschlossen oder in einem MVZ tätig ist.

## 7.) Ausblick

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat bereits diverse Maßnahmen ergriffen, um auch für die Zukunft die hausärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein sicherzustellen. Die einzelnen Maßnahmen sind im Anhang beschrieben.

Dennoch ist davon auszugehen, dass nicht alle Vertragsarztsitze nachbesetzt werden können und folglich die Versorgung insgesamt künftig anders organisiert werden muss. Sinnvollerweise sollte sich die hausärztliche Versorgung in den Zentren konzentrieren, in denen auch andere Versorgungsangebote vorhanden sind. Für abgelegene und geringer besiedelte Regionen bedarf es neuer Wege, die hausärztliche Versorgung sicherzustellen und die Erreichbarkeit des Arztes, gerade auch für ältere Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, zu ermöglichen. Denkbar sind z.B. Fahrdienste, d.h. Patientenbusse oder -taxen, oder tageweise besetzte Zweigpraxen.

Zurzeit führt die KVSH mit den Hausärzten an der gesamten Westküste, nicht nur im Mittelbereich Husum, intensive Gespräche, um mit ihnen über die anstehenden Veränderungen zu sprechen und gemeinsame Lösungen zu erarbeiten. Wichtig ist stets, die Ärzte vor Ort ebenso wie die kommunalen Entscheidungsträger einzubinden und Modelle zu entwickeln, die den jeweiligen regionalen Gegebenheiten entsprechen. Diese Gespräche sind insbesondere deswegen wichtig, weil es keine Altersgrenze für die Vertragsärzte mehr gibt. Es ist daher unklar, wie lange ein konkreter Hausarzt noch für die Versorgung zur Verfügung steht. Deshalb ist es wichtig, frühzeitig das Gespräch zu suchen, um gemeinsam Perspektiven für die künftige Gestaltung der hausärztlichen Versorgung in der betreffenden Gemeinde entwickeln zu können.

Dies ist auch wichtig, um die Wünsche der neuen Generation von Ärzten berücksichtigen zu können, die die Berufsausübung möglichst flexibel und in kooperativen Strukturen gestalten wollen. Wirtschaftliche Risiken sollen vermieden und Arbeitszeiten flexibel gestaltet werden.

Unabhängig von der Problematik der Nachbesetzung einzelner Vertragsarztsitze, sollten künftig im ländlichen Raum Prioritäten gesetzt werden, wo ein Hausarztsitz bzw. ein „hausärztliches Zentrum“ angesiedelt sein soll, um am effektivsten die Versorgung der Region sicherstellen zu können. Dies auch unter dem Gesichtspunkt der Erreichbarkeit der Praxis. Sinnvoll wird es sein, mehrere Hausarztstellen an Orten zu erhal-

---

<sup>1</sup> Das aktuelle Planungsblatt für die hausärztliche Versorgung ist im Anhang beigefügt.

ten oder anzusiedeln, die einen möglichst großen Bereich abdecken können. Es ist anzustreben, dass sich die Standortwahl an den Kriterien Alter der Hausärzte, Fallzahlen, Einwohnerzahlen und Patientenströme in der betreffenden Region orientiert. Bei einer derartigen Planung ist zudem zu berücksichtigen, dass es bei jüngeren Ärzten einen Wunsch nach mehr zeitlicher Flexibilität in der Berufsausübung gibt (Teilzeit) und es neue Möglichkeiten der räumlich flexiblen Organisation der Versorgung gibt (Zweigpraxen).

Ziel ist es, auf diesem Weg unter Einbindung der noch vorhandenen Hausärzte zukunftsfähige Strukturen zu entwickeln. Unerlässlich ist es, auch die Gemeinden in die Überlegungen einzubeziehen. Deren Attraktivität hängt auch vom Vorhandensein einer hausärztlichen Versorgung ab. Deshalb besteht vielfach die Bereitschaft betroffener Kommunen, sich finanziell zu engagieren.

Es ist den Gemeinden allerdings auch zu vermitteln, dass nicht mehr jeder Hausarztsitz wird nachbesetzt werden können. Vorrangig ist, die Erreichbarkeit einer hausärztlichen Praxis für alle Einwohner Schleswig-Holsteins sicherzustellen, auch für jene in den ländlichen Gebieten. Hierum bemüht sich die Kassenärztliche Vereinigung, auch in enger Zusammenarbeit mit kommunalen und anderen Akteuren. Im Interesse des Erhalts der Versorgung ist es dabei unvermeidbar, dass es zu Zentralisierungen kommen wird und Sitze an einzelnen Standorten aufgegeben werden müssen. Unsere Erfahrungen zeigen, dass ein frühzeitiges Einbinden der kommunalen Entscheidungsträger und eine enge Zusammenarbeit mit diesen in solchen Prozessen sehr wichtig sind und in aller Regel zu einer guten und konstruktiven Zusammenarbeit führen.

Die jetzt in den Ruhestand tretenden Hausärzte, die sich vor dreißig oder vierzig Jahren niedergelassen haben, haben in der Regel eine Einzelpraxis gegründet oder fortgeführt und mit einigen wenigen Arzthelferinnen ihre vertragsärztliche Tätigkeit an ihrem Sitz ausgeübt. Die zukünftigen Hausärzte werden und wollen flexibler tätig sein und sollten deshalb die Möglichkeit haben, sämtliche technischen Hilfsmittel, die ihre Tätigkeiten erleichtern, nutzen zu können. Für die künftige Versorgung der ländlichen Regionen wird es unverzichtbar sein, dass hochqualifiziertes Praxispersonal den Arzt entlastet, damit dieser sich auf seine ärztliche Tätigkeit konzentrieren kann.

Es ist anzustreben, dass medizinische Fachangestellte mit einer besonderen Qualifikation im Hinblick auf delegierbare ärztliche Tätigkeiten arztentlastend tätig werden können und diese Leistungen auch abgerechnet werden können. Die Voraussetzungen dafür sind in Schleswig-Holstein im Ansatz vor einiger Zeit gefördert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein im Ansatz geschaffen worden. Im Jahr 2009 wurde bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein mit entsprechenden Fortbildungen (HELVET – Arzthelferin in der ambulanten Versorgung) begonnen. Allerdings ist bisher durch Bundesvorgaben vorgesehen, dass die Leistungserbringung im Rahmen von arztentlastenden Strukturen nur abgerechnet werden kann, wenn in einem Planungsbereich mindestens drohende Unterversorgung herrscht. Zudem sind die Voraussetzungen an die Abrechenbarkeit so hoch, dass die in Schleswig-Holstein fortgebildeten medizinischen Fachangestellten diese im Rahmen ihrer üblichen Ausbildung nicht erfüllen.

Festzuhalten ist, dass in der hausärztlichen Versorgung Strukturen geschaffen werden müssen, die die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in Zentren und damit in kooperativen Strukturen und auch im Rahmen von Anstellungsverhältnissen ermöglichen. Dies ist auch die Erwartungshaltung der jüngeren Ärztegeneration. Hausärztliche Medizinische Versorgungszentren sind nach der jetzigen Rechtslage nicht möglich, derartige Strukturen lassen sich aber auch in anderer Form verwirklichen. Denkbar wäre sogar, dass Gemeinden im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung einen Eigenbetrieb gründen, in dem Hausärzte angestellt werden. Diese Struktur bedarf einer Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss, eine Anstellung von Ärzten wäre ebenfalls vom Zulassungsausschuss zu genehmigen. Der Eigenbetrieb



könnte die erbrachten ärztlichen Leistungen dann mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein abrechnen. Ein professionelles Praxismanagement sollte den Arzt von nichtärztlichen Tätigkeiten weitgehend entlasten. Sinnvoll wäre zudem die Einbindung von HELVERinnen. Ergänzend könnten Patientenbusse Patienten aus entfernteren Gegenden in diese Zentren bringen

Die Erwartungshaltung der nachwachsenden Ärztegeneration geht dahin, insbesondere beim Berufseinstieg keine wirtschaftlichen Risiken einzugehen, so dass möglicherweise Kapital benötigt wird, um derartige Strukturen zu finanzieren. Dies kann eine Kassenärztliche Vereinigung voraussichtlich nicht in dem Ausmaß allein zur Verfügung stellen, wie es in der Zukunft erforderlich werden könnte.

## **8.) Aktuelle Maßnahmen der KVSH**

### **a) Drohende Unterversorgung/Eigenbetriebsgründung**

Es ist nicht auszuschließen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein für den Mittelbereich Husum beim Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein beantragen wird, eine drohende Unterversorgung festzustellen. Grundlage hierfür wären die oben dargelegten Daten und Prognosen. Das Gemeinsame Landesgremium würde in diesem Fall zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert werden.

### **b) Aktuelle Beschlüsse aus der Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein vom 13. November 2013**

Um zu vermeiden, dass niederlassungswillige Ärzte sich vorrangig in den für weitere Arztstellen gesperrten überversorgten Gebieten niederlassen, kann es sinnvoll sein, in überversorgten Planungsbereichen Arztsitze stillzulegen. Diese Möglichkeit ist auch im SGB V vorgesehen. In das Sicherstellungsstatut der KVSH wurde nunmehr eine Regelung aufgenommen, die es der KVSH erlaubt, solche Maßnahmen aus dem Sicherstellungsfonds der KVSH zu finanzieren.

Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin werden von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen bezuschusst. Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 13. November 2013 beschlossen, diesen Ärzten in Weiterbildung zusätzlich ein Fortbildungsangebot zu machen. Sie werden künftig zu drei Veranstaltungen pro Jahr von der KVSH eingeladen. Diese Veranstaltungen werden von Herrn Prof. Jens-Martin Träder, Professor für die Lehre in der Allgemeinmedizin an der Universität zu Lübeck und niedergelassener Hausarzt, moderiert. Die Ärzte in Weiterbildung müssen für die Teilnahme an den Fortbildungsveranstaltungen von ihren Weiterbildern freigestellt werden und erhalten von der KVSH einen Fahrtkostenzuschuss. Ziel der KVSH ist unter anderem, über diese Veranstaltungen die Ärzte in Weiterbildung während ihrer Weiterbildungszeit enger zu begleiten, auch um klären zu können, welche Unterstützung sie benötigen, um nach erfolgter Facharztanerkennung eine vertragsärztliche Tätigkeit aufzunehmen.

Für alle Ärzte in Weiterbildung wird zudem ein Traineeprogramm aufgelegt werden, an dem diese kostenfrei teilnehmen können. Die genaue Ausgestaltung muss noch festgelegt werden. Es wird angestrebt, die Ärzte in Weiterbildung unabhängig von ihrer fachlichen Qualifikation auf die Niederlassung vorzubereiten und insbesondere Kenntnisse im Bereich wirtschaftlicher Aspekte der Praxisgründung und -führung zu vermitteln.

## Anhang

### Fördermaßnahmen der KVSH

---

#### **Landarztkampagne „Land.Arzt.Leben!“**

Angehende Ärzte kommen mit dem Thema Niederlassung im Studium kaum in Berührung. Auch ist das Bild der Tätigkeit als niedergelassener Arzt auf dem Lande, das im Umfeld des Studiums, aber auch medial vermittelt wird, bisweilen von negativen Klischees geprägt.

Um ein anderes, facettenreicheres und positiveres Bild der ärztlichen Tätigkeit auf dem Lande zu zeichnen und Studierenden die vielfältigen Möglichkeiten, die eine Niederlassung bietet, frühzeitig näher zu bringen, hat die KVSH im April 2011 die Kampagne „Land.Arzt.Leben!“ gestartet. Ziel ist es, Aufmerksamkeit auf das Thema Niederlassung im ländlichen Raum zu lenken. Primäre Zielgruppen sind Medizinstudenten (vorrangig in Kiel und Lübeck sowie Hamburg) und Weiterbildungsassistenten.

#### Maßnahmen der Kampagne u.a.:

- Die Webseite [www.landarztleben.de](http://www.landarztleben.de) bündelt alle Informationen rund um das Thema Niederlassung in Schleswig-Holstein und benennt Ansprechpartner. Die Seite ist seit April 2011 online und wurde im Frühjahr 2013 einer umfassenden Neugestaltung unterzogen, um noch besser die Informationen und ihre Vermittlung auf die Zielgruppe abzustimmen. Lag die Zahl der Zugriffe vor dem Relaunch bei rund 900 pro Monat, stieg sie nach der Neugestaltung auf monatlich rund 1.700 Aufrufe. Die neue Möglichkeit für Studierende, über die Homepage direkt Fragen an Hausärzte zu richten, wird regelmäßig von Studierenden genutzt.
- Werbliche Mittel (bedruckte Kaffeebecher, Lesezeichen, Flyer, Aufkleber, Sattelschützer für das Fahrrad etc.) dienen dem Ziel, Medizinstudenten auf das Thema „Landarzt“ aufmerksam zu machen und auf weitere Informationsmöglichkeiten und Veranstaltungen hinzuweisen.
- Uni-Sprechstunden in Kiel und Lübeck: Landärzte berichteten über ihren Arbeitsalltag und stehen den Medizinstudenten und -studentinnen Rede und Antwort. Bisher fanden sechs Uni-Sprechstunden statt (drei je Uni), die Teilnehmerzahl lag im Schnitt bei 20 bis 50 Medizinstudierenden.
- Als Teil der Kampagne wurde Informationsmaterial erstellt, das gezielt auf die Informationsbedürfnisse der Zielgruppe eingeht (z.B. Flyer zu unterschiedlichen Formen der Berufsausübung, von Einzelpraxis über Gemeinschaftspraxis bis zur Anstellung in Vollzeit oder Teilzeit).
- Im Rahmen der Kampagne wurden „Stellenanzeigen“ geschaltet, die auf die Perspektiven einer Tätigkeit als Landarzt in Schleswig-Holstein hinwiesen: Zwei Anzeigen im Online-Stellenmarkt des Hamburger Abendblattes, eine Anzeige in der Studenten-Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes.
- Die KVSH ist regelmäßig an den Universitäten vertreten, so beim „Markt der Möglichkeiten“ für PJler (zweimal jährlich in Kiel, einmal jährlich in Lübeck). Die KVSH veranstaltet im Vorfeld der Uni-Sprechstunden eigene Informationstage (jeweils in Kiel und Lübeck), war bereits zweimal mit einem Informationstag am UKE präsent und hat bislang zweimal auf einer Karriere-Messe für angehende Ärzte in Hamburg für eine Tätigkeit als Landarzt in Schleswig-Holstein geworben. Auch war die KVSH beim Bundeskongress der Medizinstudierenden in Kiel vertreten.

## Finanzielle Förderung von Studierenden

Ein frühzeitiger Einblick in die ambulante Versorgung während des Medizinstudiums ist ein wichtiger Baustein, um mehr Angehörige der jungen Ärztegeneration für eine Tätigkeit in Landarztpraxen zu gewinnen. Deshalb hat die KVSH im November 2011 ihre Förderung ausgeweitet und unterstützt seither neben Famulanten auch Studierende finanziell, die sich im Praktischen Jahr (PJ) für einen Abschnitt in der Allgemeinmedizin entscheiden, sowie Nachwuchsmediziner, die ihr allgemeinmedizinisches Blockpraktikum in einer Landarztpraxis absolvieren.

Insgesamt förderte die KVSH in den Jahren 2011 bis 2013 (Nov.) 580 Medizinstudentinnen und -studenten.

### ***Förderung von Famulanten***

- Die KVSH bezuschusst Famulanten in den bis zu zwei Monaten, in denen der Famulus praktische Erfahrungen in der ambulanten Versorgung sammelt. Die Unterstützung beträgt monatlich 200 Euro.
- Förderung 2012: 160 Famulanten
- Förderung 2013 (*bis 11/2013*) : 167 Famulanten

### ***Wahlfach Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr***

- Förderung von Medizinstudenten, die sich im PJ für das Wahlfach Allgemeinmedizin entscheiden.
- Förderhöhe: 100 Euro pro Woche während der 16-wöchigen Dauer dieses Ausbildungsabschnitts.
- Start der Fördermaßnahme: Beschluss der AV vom November 2011.
- Förderung 2012: 31 PJler
- Förderung 2013 (*bis 11/2013*): 26 PJler

### ***Allgemeinmedizinisches Blockpraktikum: Fahrtkostenzuschuss der KVSH***

- Die KVSH fördert Medizinstudenten, die ihr allgemeinmedizinisches Blockpraktikum oder Kleingruppenseminar in einer Hausarztpraxis außerhalb der Universitätsstädte absolvieren, mit einem Fahrtkostenzuschuss. Start der Fördermaßnahme: Beschluss der AV vom November 2011.
- Die Förderung beträgt 20 Cent pro Kilometer.
- Zahl der geförderten Studenten von Beginn der Förderung bis 15.11.2013: 196 Studenten
- davon Förderung in 2013 (*bis 11/2013*): 66 Studenten

### ***Seit Juni 2013: Fahrtkostenzuschuss der KVSH auch für UKE-Studenten***

- Seit Juni 2013 (Beschluss der KVSH-Abgeordnetenversammlung) können auch Studierende, die an der Universität Hamburg Medizin studieren, einen Fahrtkostenzuschuss (20 Cent/km) beantragen, wenn sie ihr Kleingruppenseminar und Blockpraktikum im Fach Allgemeinmedizin in einer vom UKE anerkannten Lehrpraxis in Schleswig-Holstein (außerhalb Kiel, Lübeck) absolvieren.
- Es gibt mittlerweile 12 vom UKE anerkannte Lehrpraxen in Schleswig-Holstein.
- Bis zum 31.10.2013 erhielten bereits 2 Studierende aus Hamburg einen Fahrtkostenzuschuss.

## Lehrpraxen

- Die KVSH engagiert sich, um mehr Landarztpraxen als Lehrpraxen für Studierende zu gewinnen. Die KVSH hat deshalb im vergangenen Jahr in ihrem Mitgliedermagazin „Nordlicht“ eine Serie gestartet, in der Lehrpraxen vorgestellt wurden und ihre positiven Erfahrungen schilderten. Erfolg dieser Serie: Innerhalb kurzer Zeit konnten 26 neue Lehrpraxen, davon 19 auf dem Lande, gewonnen werden. Insgesamt gibt es in Schleswig-Holstein rund 180 akkreditierte Lehrpraxen.
- Als Service für die Studierenden hat die KVSH auf ihrer Homepage ein Verzeichnis aller Lehrpraxen für Allgemeinmedizin, geordnet nach Landkreisen, angelegt. Jeder Lehrpraxis wird die Gelegenheit gegeben, die Praxis und die eigenen Arbeitsschwerpunkte umfassend darzustellen. Die Adresse: <http://www.kvsh.de/index.php?StoryID=598>

## Finanzielle Unterstützung der Lehrbeauftragten an den Universitäten Kiel und Lübeck

- Die KVSH unterstützt die Lehrbeauftragten (niedergelassene Hausärzte) für die Lehre im Fach Allgemeinmedizin an den Universitäten in Kiel und Lübeck (Kiel: 10 Lehrbeauftragte, Lübeck: 3 Lehrbeauftragte)
- Förderung pro Monat und Standort: bis zu 1.200 Euro.

## Förderverein Lehrstuhl Allgemeinmedizin

- Die KVSH engagiert sich seit Jahren (auch finanziell) im Förderverein für die Schaffung von Allgemeinmedizin-Lehrstühlen an den Universitäten des Landes.

## Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

- Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin
- Paritätische Finanzierung durch die Krankenkassen und die KVSH
- Förderung pro Arzt in Weiterbildung: 3.500 Euro im Monat (in dieser Höhe seit 2010)
- Jährliches Fördervolumen KVSH: rund 2 Millionen Euro
- Zahl der paritätisch geförderten Weiterbildungsassistenten:
  - 2009: 99 Assistenten (*bis 2009: Bezuschussung von max. 152 Stellen, auf Bundesebene festgelegt*)
  - 2010: 195 Assistenten
  - 2011: 200 Assistenten
  - 2012: 230 Assistenten
  - 2013: 247 Assistenten  
(*bis 11/2013*)

## Verbundweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

- Kooperationsverträge KVSH - Krankenhäuser: Weiterbildung „aus einer Hand“.
- Abkommen mit 13 Krankenhäusern im Land.
- Zusammenarbeit mit weiteren Krankenhäusern im Land ohne formales Abkommen.
- Verlässlicher Rotationsplan für Krankenhaus- (3 Jahre) und ambulante Weiterbildungsphase (2 J.).
- KVSH-Koordinierungsstelle organisiert, dass ambulanter Teil bei Vertragsarzt in Kliniknähe absolviert werden kann.

## KVSH-eigenes Programm "Strukturierte Weiterbildung" (2008 bis 2013)

- Ziele:
  - Zusatzförderung der hausärztlichen Weiterbildung in Landarztpraxen
  - Förderung der Weiterbildung in fachärztlichen Fachgebieten mit besonderen Nachwuchsproblemen
- Start der Fördermaßnahme: Beschluss der AV vom November 2011 (mit zweijähriger Laufzeit).

### I. Strukturierte Weiterbildung: Allgemeinmedizin im ländlichen Raum

- Zur paritätischen finanzierten Förderung aus KVSH-Mitteln zusätzlich 700 Euro pro Monat wenn:
  - der weiterbildenden Arzt mindestens 58 Jahre alt ist,
  - die Praxis nicht in Kiel, Lübeck, Neumünster oder Flensburg liegt.

### II. Strukturierte Weiterbildung: Förderung der fachärztlichen Weiterbildung

- Förderung von Weiterbildungsassistenten in fachärztlichen Fachgebieten mit überdurchschnittlich hohem Anteil älterer Praxisinhaber:
  - Neurologie: 3.500 Euro pro Monat
  - konservativ tätige Augenärzte: 2.000 Euro pro Monat
  - Frauenärzte: 2.000 Euro pro Monat
- *Das Programm „strukturierte Weiterbildung“ ist ausgelaufen und wurde durch neue Fördermaßnahmen, beschlossen von der Abgeordnetenversammlung der KVSH am 13. November 2013, ersetzt. Diese sind auf Seite 8 dieser Stellungnahme beschrieben (Punkte 8a und 8b).*

## Strukturfonds für landärztliche Versorgung<sup>1</sup>

- Ziel: Stützung von Versorgerpraxen im ländlichen Raum mit überdurchschnittlich vielen Patienten durch Aussetzung der „Abstaffelung“
- Grundlage: Vereinbarung der Krankenkassen in Schleswig-Holstein und der KVSH
- Ländlicher Raum: Definition des LEP
- Paritätische Finanzierung KVSH / Krankenkassen
- Zunächst für die Jahre 2011 und 2012 vereinbart, mit der Honorarvereinbarung 2013 verlängert.
- Es profitieren pro Quartal rund 40 bis 50 Ärzte vom Strukturfonds.
- Unterstützung aus dem Strukturfonds bei Vorliegen der Voraussetzungen „automatisch“ (ohne Antrag)
- Eine Verlängerung für 2014 ist angestrebt und Gegenstand der Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen.

## Zweigpraxen-Förderung

Ziel: Förderung der Fortführung von sicherstellungsrelevanten Praxen als Zweigpraxen, wenn sich kein Nachfolger gefunden hat. Die finanzielle Förderung erfolgt durch einen einmaligen Zuschuss.

- KVSH verfolgt aktiv Ausschreibungen und prüft, wenn sich kein Nachfolger findet, die Bedeutung des Standorts für die Sicherstellung.
- Ist die Praxis aus Sicherstellungsgründen erforderlich, erfolgt eine gesonderte Ausschreibung der Übernahmemöglichkeit als Zweigpraxis mit Hinweis auf finanzielle Fördermöglichkeit.
- Darüber hinaus wird diese Option von der KVSH aktiv kommuniziert (z.B. durch Hinweise an die Ärzte in der jeweiligen Region).

Darüber hinaus sind Zweigpraxen insgesamt ein Erfolgsmodell:

- Mittlerweile rund 190 haus- und fachärztliche Zweigpraxen in Schleswig-Holstein leisten einen wesentlichen Beitrag, eine dezentrale und patientennahe ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein zu erhalten.

## Enge Zusammenarbeit mit den Kommunen

- Die KVSH bietet Gemeinden, die einen Arzt suchen, an, sich auf den Seiten der KVSH im Internet vorzustellen: <http://www.kvsh.de/index.php?StoryID=599>
- Hierzu hat die KVSH einen standardisierten Steckbrief entwickelt, in den Gemeinden Angaben zur Bevölkerungszahl und Lage, zu Schulen und Kindergärten, zu Kulturangeboten und Sportvereinen und viele Angaben mehr sowie einen Ansprechpartner eintragen können.
- Die KVSH ist regelmäßig mit Kreisen, Gemeinden und weiteren kommunalen Akteuren zu allgemeinen und besonderen örtlichen Fragen der ambulanten Versorgung im Gespräch.

---

<sup>1</sup> Trotz der Namensgleichheit nicht zu verwechseln mit dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V

## Reform des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

- Bereits 2007 hat die KVSH eine moderne Struktur geschaffen, die auf eine Kooperation mit den Kliniken setzt, und einen Beitrag leistet, Landärzte zu entlasten.
- Das zuvor existierende Netz von 150 regionalen Notdienststringen wurde durch eine Struktur abgelöst, in deren Mittelpunkt rund 30 an Krankenhäusern angesiedelte Anlaufpraxen stehen, ergänzt um einen fahrenden Dienst. Koordiniert wird der Bereitschaftsdienst durch eine zentrale, KVSH-eigene Leitstelle.
- Die neue Struktur des Bereitschaftsdienstes ist so angelegt, dass die Zahl der freiwillig teilnehmenden Ärzte derzeit ausreichend ist, d.h. die Dienstbelastung gerade für Ärzte im ländlichen Raum konnte deutlich gemindert werden. Insbesondere kommt die neue Struktur jüngeren Ärzten mit Familie entgegen, da derzeit kein Gebrauch von der Verpflichtung zur Teilnahme gemacht werden muss.

## Weitere Maßnahmen

Ergänzt werden die genannten Maßnahmen durch eine Vielzahl weiterer Angebote der KVSH, z.B.

- jährlich durchgeführte Veranstaltung, die abgebende Ärzte und Niederlassungsinteressenten zusammenführt (gemeinsam mit der Ärztekammer und der ApoBank),
- Praxisbörse auf kvsh.de,
- individuellen Beratungsangebote der KVSH für Niederlassungsinteressierte und Neuniedergelassene,
- „offene Sprechstunde“ der Zulassung/Praxisberatung,
- „Infomarkt der KVSH“ für Ärzte, mehrmals im Jahr,
- u.v.m.



KV-Gebiet	Schleswig-Holstein					Hausärzte												
	Einwohner - Stand 31.12.2011					Kriterien für die Zuordnung zu dieser Arztgruppe: Facharztanerkennung in Verbindung mit den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie												
Datum	03.06.2013																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Planungsbereich <sup>1)</sup>	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich <sup>1)</sup>	EW im Planungsbereich	im Planungsbereich <sup>1)</sup> Verhältniszahl	angepasste Verhältniszahl <sup>2)</sup>	Zahl der Vertragsärzte im Planungsbereich	Zahl der angestellten Ärzte im Planungsbereich	Zahl der ernaehrten Ärzte im Planungsbereich, die in der Bedarfsplanung zahlen	Gesamtzahl Ärzte (Sp. 6 + 7 + 8)	darunter: Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften <sup>5)</sup>	Versorgungsgrad <sup>3)</sup> in Prozent	Versorgungsgrad im Vorjahr <sup>1)</sup>	Planungsbereich gesperrt <sup>1)</sup>	Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze	Unterversorgung <sup>1)</sup>	drohende Unterversorgung <sup>1)</sup>	Anzahl Behandlungsfälle <sup>4)</sup> auf ein Jahr je Arzt	
Kiel		401.979	1.671	1.674	258,30	20,75		279,05	149,00	116,2	ja	ja		14,5	nein	nein	3.614	
Lübeck		291.986	1.671	1.611	188,75	14,50		203,25	103,00	112,1	ja	ja		3,5	nein	nein	3.861	
Flensburg		175.359	1.671	1.676	111,50	9,00		120,50	77,00	115,1	ja	ja		5,0	nein	nein	3.927	
Neumünster		185.637	1.671	1.671	120,30	5,00		125,30	73,50	112,8	ja	ja		3,0	nein	nein	4.359	
Kappeln		23.519	1.671	1.573	14,15	3,00		17,15	7,00	114,7	ja	ja		0,5	nein	nein	3.955	
Schleswig		87.837	1.671	1.649	63,00	8,00		71,00	29,00	133,3	ja	ja		12,0	nein	nein	3.680	
Eckernförde		55.045	1.671	1.644	34,00	0,75		34,75	17,00	103,8	nein	nein	2,5		nein	nein	3.680	
Rendsburg		88.095	1.671	1.660	60,00	2,00		62,00	33,00	116,8	ja	ja		3,5	nein	nein	4.306	
Husum		76.945	1.671	1.655	38,00	1,25		39,25	12,00	84,4	nein	nein	12,0		nein	nein	5.046	
Niebuüll		38.981	1.671	1.664	22,50	3,00		25,50	12,00	108,9	nein	nein	0,5		nein	nein	5.147	
Westerland		32.907	1.671	1.598	36,45	2,00		38,45	10,00	186,8	ja	ja		15,5	nein	nein	2.885	
Tönning		16.225	1.671	1.565	14,00	0,00		14,00	8,00	135,0	ja	ja		2,5	nein	nein	3.481	
Brunsbüttel		43.580	1.671	1.624	31,00	1,50		32,50	11,00	121,1	ja	ja		2,5	nein	nein	4.220	
Heide		68.086	1.671	1.605	41,00	6,50		47,50	21,00	112,0	ja	ja		0,5	nein	nein	4.185	
Meldorf		23.533	1.671	1.650	15,00	0,00		15,00	11,00	105,2	nein	nein	1,0		nein	nein	4.660	
Itzehoe		105.107	1.671	1.656	61,00	10,00		71,00	28,00	111,8	ja	ja		1,0	nein	nein	4.036	
Eutin		33.154	1.671	1.591	16,00	5,00		21,00	6,00	100,7	nein	nein	2,0		nein	nein	3.889	
Plön		41.285	1.671	1.653	25,00	4,00		29,00	7,00	116,1	ja	ja		1,5	nein	nein	3.331	
Neustadt (Holstein)		35.429	1.671	1.527	28,50	0,50		29,00	15,00	125,0	ja	ja		3,0	nein	nein	3.782	
Oldenburg (Holstein)		50.404	1.671	1.581	34,00	3,00		37,00	17,00	116,0	ja	ja		1,5	nein	nein	4.316	
Bad Segeberg/Wahlstedt		53.289	1.671	1.679	35,00	5,00		40,00	26,00	126,0	ja	ja		5,0	nein	nein	4.067	
Mölln		53.101	1.671	1.661	33,00	2,50		35,50	22,00	111,0	ja	ja		0,0	nein	nein	3.899	
Ratzeburg		34.793	1.671	1.622	22,80	1,00		23,80	12,00	111,0	ja	ja		0,0	nein	nein	3.264	
Bad Oldesloe		54.100	1.671	1.710	37,15	1,00		38,15	20,50	120,6	ja	ja		3,0	nein	nein	3.809	
Metropolregion Südwest		497.090	1.872	1.858	255,80	33,00		288,80	126,00	107,9	nein	nein	6,0		nein	nein	4.252	
Metropolregion Südost		270.175	1.872	1.830	143,80	19,00		162,80	69,50	110,3	ja	ja		0,0	nein	nein	3.861	

<sup>1)</sup> Erläuterungen siehe Bedarfsplan

<sup>2)</sup> Hier wird die kumulierte Wirkung aller bundeseinheitlichen sowie der regionalen Anpassungsfaktoren (z.B. Demografiefaktor gem. § 9 etc.) zusammengefasst und in ihrer Auswirkung auf die Verhältniszahl dargestellt. Die sich daraus ergebende angepasste Verhältniszahl wird hier abgebildet.

<sup>3)</sup> Hier wird mathematisch auf eine Stelle nach dem Komma gerundet.

<sup>4)</sup> Wird jährlich zum 1. Januar für die letzten vier verfügbaren Quartale aktualisiert. Ärzte mit Zulassung/Anstellung in zwei Fachgebieten sind nur dann berücksichtigt, wenn die Fälle eindeutig einem Fachgebiet zugeordnet werden können. Die durchschnittliche Fallzahl wird aus Gründen des Datenschutzes nur ausgewiesen, wenn mindestens 10 Ärzte der Fachgruppe in der Planungsregion tätig sind.

<sup>5)</sup> Zugelassene Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren entsprechend ihres Tätigkeitsumfangs.