dostal
Kompetenz im Gesundheitsmarkt
beratung . marktforschung . training

Handlungskonzept zur Sicherstellung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung in der Gemeinde Schmitten

Vilsbiburg/Köln, 10. Januar 2025 *(finale Fassung vom 16.02.2026)*

dostal & partner
management-beratung gmbh
E-mail: info@dostal-partner.de
www.dostal-partner.de

84137 Vilsbiburg
Bahnhofstraße 5
Tel.: +49 (0)8741/967890
Fax: +49 (0)8741/9678929

90461 Nürnberg
Frankenstraße 152
Tel.: +49 (0)911/2379305
Fax: +49 (0)911/2379299

50672 Köln
Hohenzollernring 57
Tel.: +49 (0)221/16025205
Fax: +49 (0)221/1602529

10117 Berlin
Friedrichstr. 171

70173 Stuttgart
Königstraße 27

dostal & partner management-beratung gmbh – Sitz Vilsbiburg – Amtsgericht Landshut – Reg. Nr. HRB4980 – USt-IdNr. DE 129 330 086
Geschäftsführer: Tristan Dostal

Agenda

1. Einleitung
2. Bestands- und Bedarfsanalyse
3. Gesprächsergebnisse
4. Mögliche Lösungsansätze – Best Practices
5. Kommunales MVZ einschl. Standortermittlung
6. Chancen & Risiken, Stärken & Schwächen
7. Delegation & Mobiler Einsatz
8. Finanzplanung & Finanzierung
9. Integration anderer Kernthemen der IKEK
10. Handlungsempfehlungen

Executive Summary – medizinische Versorgung Schmitten

Schmitten hat ein spürbares ambulantes Versorgungsproblem: Die hausärztliche Versorgung ist ausgedünnt, die Praxisstrukturen sind stark belastet und die Nachbesetzung einzelner Kassensitze wird in den nächsten Jahren schwieriger, eine 1-zu-1 Nachbesetzung erscheint mit Blick auf den bundesweiten Ärztemangel als ausgeschlossen. Gleichzeitig zeigen Rückmeldungen aus der Praxis, dass Wartezeiten und Engpässe nicht nur Hausärztinnen und Hausärzte betreffen, sondern sich auch in einzelnen Fachrichtungen und bei Therapeuten bemerkbar machen. Für die Gemeinde Schmitten bedeutet dies: Ohne aktive Strukturentscheidung steigt das Risiko, dass die wohnortnahe Versorgung weiter wegbrechen oder nur noch „reaktiv" über Einzelmaßnahmen stabilisiert werden kann.

Kernempfehlung

Die tragfähigste Lösung ist ein kommunales MVZ als organisatorischer Rahmen zur nachhaltigen Absicherung der hausärztlichen Grundversorgung. Der zentrale Mehrwert liegt in der Schaffung attraktiver Anstellungsbedingungen für Ärzte – einschließlich Teilzeitmodellen – während administrative und organisatorische Aufgaben überwiegend durch eine qualifizierte kaufmännische Leitung übernommen werden. Für die Kommune entsteht dadurch eine verlässlich steuerbare und langfristig planbare Versorgungsstruktur, die die Abhängigkeit von Einzelpraxen und deren Nachbesetzungsrisiken deutlich reduziert. Angestelltenmodelle entsprechen zunehmend den Präferenzen des ärztlichen Arbeitsmarkts; Teamstrukturen ermöglichen Vertretungen und standardisierte Abläufe mit geringeren Ausfallrisiken; klare Verantwortlichkeiten und ein belastbares Controlling erhöhen die Steuerbarkeit; und das Versorgungsmodell bleibt flexibel, da ein schlanker Start möglich ist und Erweiterungen bedarfsorientiert und schrittweise erfolgen können.

Finanzen

Für die Startphase ist ein klar definiertes Startkapital erforderlich (ca. 500.000 €), um Praxisübernahmen bzw. Anlaufkosten (u.a. Ausstattung, IT, Umbau, Einrichtung, Personalaufbau) sowie die anfängliche Liquidität abzusichern. Hintergrund ist, dass Einnahmen insbesondere aus der kassenärztlichen Abrechnung, zeitversetzt zufließen.

Gründungsvoraussetzungen

Für die MVZ-Gründung sind die Festlegung der Rechtsform und die gesellschaftsrechtliche Organisation (Gesellschafter, Geschäftsführung, kaufmännische Leitung) sowie die Benennung einer ärztlichen Leitung erforderlich. Zulassungsrechtlich setzt ein MVZ grundsätzlich den Betrieb mit

mindestens zwei Ärzten voraus; die Zulassung und die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgen über die zuständigen Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung.

Umsetzung in drei Schritten

Stufe 1: Sicherung der hausärztlichen Versorgung

- Gründung eines MVZ (regelmäßig in der Rechtsform einer GmbH; alternativ gGmbH, sofern Förderfähigkeit und Gemeinwohlorientierung im Vordergrund stehen).
- Start mit einem definierten Mindestbetrieb: mindestens zwei Ärzte.
- Aufbau eines professionellen Praxis- und Terminmanagements ab dem ersten Betriebstag, um ärztliche Ressourcen konsequent für die Patientenversorgung zu nutzen und organisatorische Reibungsverluste zu vermeiden.

Stufe 2: Kapazitätssteigerung durch Entlastung

Ziel ist die kurzfristige Erweiterung der Versorgungskapazität, ohne unmittelbar zusätzliche ärztliche Stellen voraussetzen zu müssen.

- Systematische Nutzung von Delegationsmöglichkeiten (z.B. nicht-ärztliche Praxisassistenz), insbesondere für Hausbesuche sowie die Betreuung chronisch erkrankter Patienten.
- Ergänzender Einsatz digitaler Sprechstunden zur Verbesserung der Erreichbarkeit und zur Entzerrung des Praxisbetriebs; diese dienen als Ergänzung, nicht als Ersatz der Präsenzversorgung.

Stufe 3: Bedarfsorientierte Weiterentwicklung

Erweiterungen erfolgen erst nach Stabilisierung des Kernbetriebs und auf Grundlage klar nachgewiesener Bedarfe. Schrittweise Ergänzung durch Kooperationen und zusätzliche Angebote (z.B. therapeutische Leistungen), sofern Nachfrage, Wirtschaftlichkeit und Umsetzbarkeit belastbar belegt sind.

Entscheidungsbedarf der Kommune

Für die zeitnahe Umsetzung sind folgende Grundsatzentscheidungen erforderlich:

- Beschluss zur Einrichtung eines MVZ als kommunaler Strukturrahmen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung.

- Festlegung von Trägerschaft und Rechtsform (Zuständigkeiten, Entscheidungswege, Berichtswesen und Steuerung).
- Klärung der Standortfrage (geeignete, zeitnah realisierbare Immobilie mit tragfähiger Lage und Entwicklungsperspektive).
- Sicherstellung der Anschubfinanzierung und Sicherheitsleistung gegenüber der KV (Praxisübernahme/Anlaufkosten sowie ausreichende Liquidität für die Startphase).

Kernaussage

Die Stabilisierung der Versorgung sollte als gestuftes Vorhaben umgesetzt werden: zunächst ein schlanker MVZ-Start zur Sicherung der hausärztlichen Grundversorgung; Erweiterungen erfolgen anschließend ausschließlich bedarfsorientiert und nach erfolgreicher Stabilisierung des Kernbetriebs.

1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einem tiefgreifenden Transformationsprozess. Die zunehmende Ökonomisierung der vergangenen zwei Jahrzehnte, die außergewöhnlichen Belastungen infolge der Corona-Pandemie sowie der anhaltende Fachkräftemangel in nahezu allen Bereichen des Gesundheitswesens stellen die tragenden Strukturen der medizinischen Versorgung zunehmend in Frage. Als Reaktion hierauf schaffen Bund und Länder – im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten und unter Einbindung sozialer und gesundheitspolitischer Fachgremien – neue rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen. Von diesen Entwicklungen ist insbesondere die ambulante medizinische Versorgung in besonderem Maße betroffen.

Die Gemeinde Schmitten im Taunus liegt mitten im Naturpark Taunus und gehört zum Hochtaunuskreis. Die Gemeinde Schmitten setzt sich aus den neun Ortsteilen Arnoldshain, Brombach, Dorfweil, Hunoldstal, Niederreifenberg, Oberreifenberg, Schmitten, Seelenberg und Treisberg zusammen.

Die Gemeinde Schmitten im Taunus liegt zusammen mit den Kommunen Grävenwiesbach, Neu-Anspach, Usingen, Wehrheim und Weilrod im hausärztlichen Planungsbereich (Mittelbereich) Usingen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH). Der Mittelbereich (rd. 52.000 Einwohner) ist mit einem Versorgungsgrad von 110,38 Prozent für hausärztliche Neuzulassungen zwar gesperrt, der ortsbezogene Versorgungsgrad von Schmitten mit 9.563 Einwohnern (Stand 2022) liegt aktuell jedoch bei nur 73,89 Prozent (örtliche Unterversorgung). Die ortsbezogenen Versorgungsgrade der anderen fünf Kommunen liegen zwischen 166,41 Prozent (Weilrod) und 85,41 Prozent (Usingen).

Damit werden in Schmitten statistisch betrachtet je Arzt 2.732 Einwohner versorgt. In Weilrod beträgt das Verhältnis je Arzt hingegen 1.109 Einwohner. Ausfließender Patientenverkehr bringt neben Verlusten bei weichen Standortfaktoren auch wirtschaftliche Verluste mit sich (Apotheke, Vollsortimenter, Gewerbe, Einzelhandel) schlagen negativ zu Buche.

Mit Bescheid vom 31.08.2021 wurde die Gemeinde Schmitten im Taunus für eine Laufzeit von 2021 bis 2028 als Förderschwerpunkt der Dorfentwicklung Hessen anerkannt. Im Rahmen der Erstellung des Integrierten Kommunalen Entwicklungskonzeptes (IKEK) wurden Bürgerbefragungen und Bürgerforen hinsichtlich der Schwerpunktthemen als Ziel des IKEK durchgeführt. Als herausragendes Handlungsziel wurde die medizinische Versorgung in Schmitten festgestellt und in das IKEK aufgenommen. So heißt es auszugsweise im Leitfaden zur Dorfentwicklung in Hessen:

„Der demographische Wandel zeigt insbesondere Auswirkungen in den verschiedenen Bereichen der öffentlichen Daseinsvorsorge. Vor dem Hintergrund einer Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in den ländlichen Räumen sind die Entwicklungen der sozialen Infrastruktur und Daseinsvorsorge eine wesentliche Aufgabe von Politik und öffentlicher Hand. Städte und Gemeinden müssen Anpassungsstrategien zur Sicherstellung der Daseinsgrundfunktionen gemeinsam mit allen beteiligten Akteuren entwickeln." Und weiter:

„Die medizinische Versorgung im ländlichen Raum steht vor großen Herausforderungen hinsichtlich Quantität und Qualität der Angebote. Bedingt durch den demografischen Wandel werden die Menschen zwar weniger, der Anteil älterer Menschen, die im Allgemeinen höhere Ansprüche an die medizinische Versorgung stellen, nimmt jedoch zu. Gleichzeitig ist die Wiederbesetzung von Hausarztpraxen häufig schwierig. Somit wird die Erreichbarkeit der noch vorhandenen Angebote immer wichtiger. Mit der nachhaltigen Dorfentwicklung können u.a. auch attraktive Standortbedingungen für die medizinische Versorgung geschaffen werden."

Aufgrund des heraufziehenden Ärztemangels sind bereits frühzeitig Überlegungen anzustellen, inwiefern dem Wegfall einer ärztlichen Primärversorgung im ländlichen Raum vorzubeugen ist. Gleichzeitig sind für die Gemeinde Schmitten Lösungswege aufzuzeigen, wie eine bedarfsgerechte Infrastruktur und adäquate medizinische Nahversorgung sowie Pflegeversorgung langfristig zu gewährleisten sind. Vor diesem Hintergrund werden vom Auftragnehmer folgende Leistungsbausteine erwartet:

a) Bestandsanalyse der ärztlichen Versorgungssituation in der Gesamtgemeinde Schmitten,
b) Bedarfsanalyse unter Berücksichtigung der lokalen und regionalen Versorgungssituation- und Strukturen,
c) Einbezug und ggf. Integration der anderen Kernthemen des IKEK,
d) Workshop mit allen Akteuren vor Ort,
e) Erarbeitung von Vorschlägen/Strategien zur Standortssicherung und Weiterentwicklung der Kassenärztlichen Zulassungen,
f) Standortermittlung für ein mögliches Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ),
g) Vorstellung eines Handlungskonzepts in den gemeindlichen Gremien.

Dabei sind erfahrungsgemäß die anderen Kernthemen des IKEK in unterschiedlichem Umfang zu integrieren. Hier sind vor allem die Kernthemen Mobilität, Information / Kommunikation, Koordination und Prävention / Gesundheitsförderung interessant.

Der vorliegende Abschlussbericht soll dabei mögliche Handlungsoptionen insbesondere vor dem Hintergrund der in der Dorfentwicklung skizzierten Leitidee aufzeigen.

2. Bestands- und Bedarfsanalyse

2.1. Hausärztliche Versorgung in Hessen

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen veröffentlicht im Abstand von mehreren Jahren sogenannte Versorgungsberichte zu Demografie, Anstellungsquoten und Praxisstrukturen im Bereich der ambulanten Versorgung. Darüber hinaus werden quartalsweise die Versorgungsgrade der einzelnen Mittelbereiche aktualisiert. Wir werfen im Folgenden einen Blick auf die aktuelle Versorgungssituation in Hessen und werden uns dabei insbesondere auf die hausärztliche Versorgung sowie die dort stattfindende Transformation konzentrieren.

Laut letztem Versorgungsbericht aus dem Jahr 2022, waren in Hessen zum Stichtag 01.03.2022 insgesamt 13.581 Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten tätig, die entsprechend ihrem jeweiligen Versorgungsauftrag (Kassensitz) – mit insgesamt 11.003,76 Sitzen in der Bedarfsplanung – gezählt wurden. Im Vergleich zum Bedarfsplan 2019 waren in Hessen somit 787 zusätzliche Ärzte/Psychotherapeuten vertragsärztlich tätig, während sich die Anzahl der Arztsitze im gleichen Zeitraum um 232,36 erhöht hat. Dies zeigt, dass ein großer Anteil der nachrückenden Mediziner eine Tätigkeit in Anstellung (und ggf. Teilzeit) ausübt. Bezogen auf die allgemeinmedizinische Versorgung waren 4.183 Hausärztinnen und Hausärzte auf 3.939,18 Kassensitzen tätig.

Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung

Insgesamt kann innerhalb der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung sowohl ein Trend von der Freiberuflichkeit hin zur Anstellung als auch eine Entwicklung von der Voll- in die Teilzeittätigkeit festgestellt werden. So hat sich die Anzahl der Anstellungen von 657 im Jahr 2009 auf 3.479 im Jahr 2021 mehr als verfünffacht. Im Vergleich hierzu ist die Anzahl der zugelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten im gleichen Zeitraum nahezu unverändert geblieben (Abb. 1 und 2).

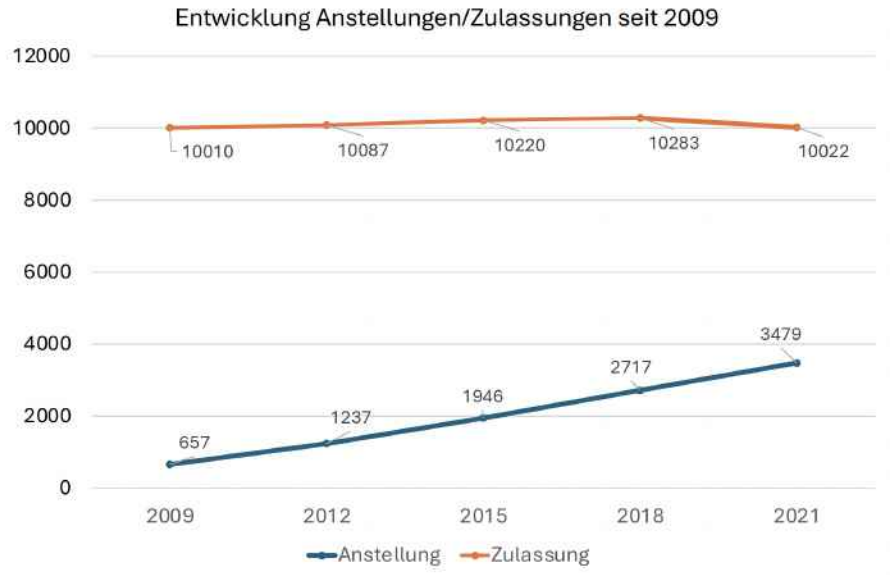


Abbildung 1 Entwicklung der Anstellungen bzw. Zulassungen im Bereich der KVH, KV Hessen 2022



Abbildung 2 Entwicklung der Anstellungen bzw. Zulassungen im Bereich der KVH, KV Hessen 2022

Betrachtet man darüber hinaus den Umfang der an der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie Psychotherapeuten, so kann eine Zunahme der Teilzeitbeschäftigung festgestellt werden. Die nachfolgende Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der Teilzeitbeschäftigung in prozentualen Angaben. Darüber hinaus kann festgestellt werden, dass die Teilzeitbeschäftigung seit 2007 auch innerhalb aller Praxisformen angestiegen ist. Während die Teilzeitbeschäftigung in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Einzelpraxen im Jahr 2007 noch unter einem Prozent lag, stieg dieser Anteil bis zum Jahr 2021 stetig auf 13 bzw.

25% an. Den höchsten Anteil an Teilzeitbeschäftigungen ist allerdings nach wie vor in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wiederzufinden: Hier stieg der Anteil der Teilzeitbeschäftigungen im Zeitraum 2007-2021 von 14 auf 41%.

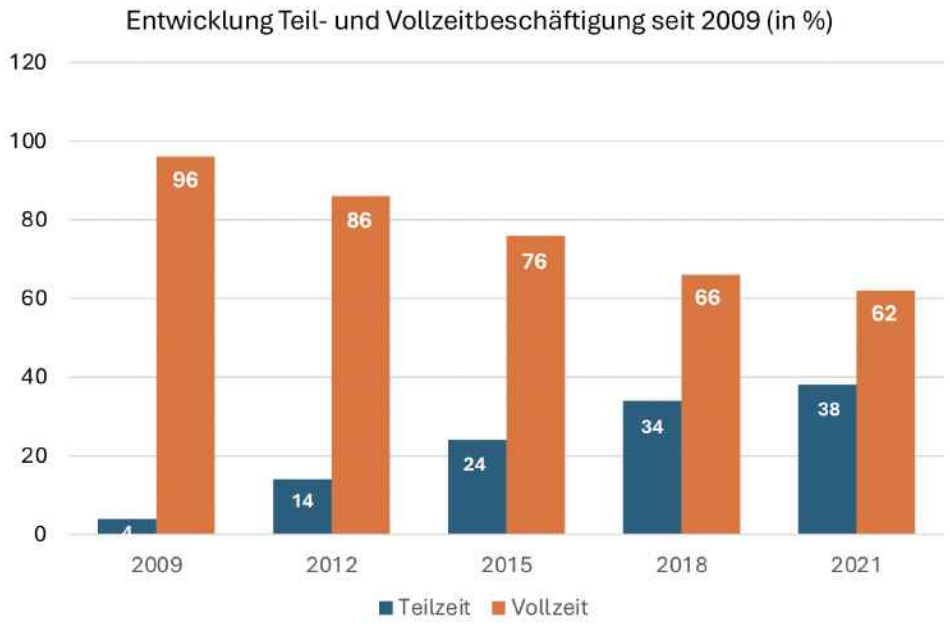


Abbildung 3 Entwicklung Teil- und Vollzeitbeschäftigung seit 2009, KV Hessen 2022

Anstellung vs. Niederlassung

Es ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklungen fortsetzen werden. Im „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2022“ gaben fast 93 % der befragten Studierenden hinsichtlich ihrer Erwartungen an die spätere Berufstätigkeit an, dass es ihnen sehr wichtig oder wichtig sei, Familie und Beruf gut vereinbaren zu können. Etwa 83 % der Befragten sind geregelte Arbeitszeiten und etwa 81 % die Möglichkeit, die Arbeitszeiten flexibel zu gestalten, sehr wichtig oder wichtig. (KBV 2022).

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass die Niederlassung als freiberuflich tätiger Arzt immer unbeliebter wird. Im aktuellen Praxis-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) „wird die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit je Inhaber einer hausärztlichen Praxis für das Jahr 2017 mit 52 Wochenstunden ausgewiesen. (Zi 2019) Nimmt man einen vollen Versorgungsumfang für diese Ärzte an, so bedeutet dies ein Arbeitsvolumen, welches bspw. eine 40-stündige Arbeitswoche um mehr als 25% übersteigt.“ Dies erklärt deutlich, warum eine freiberufliche Niederlassung immer unattraktiver wird (Stichwort: Work-Life-Balance) und jüngere Ärztinnen und Ärzte in die Anstellung drängen.

Eine gewisse Kompensation ergibt sich daraus, dass angestellte Ärzte einen im Vergleich zu Praxisinhabern geringeren Teil ihrer Arbeitszeit für Aufgaben des Praxismanagements aufwenden müssen und ihnen somit ein etwas höherer Anteil ihrer Arbeitszeit für die ärztliche Tätigkeit

zur Verfügung steht. Bei den Inhabern einer hausärztlichen Praxis entfallen rund 20% der Arbeitszeit auf Dokumentation und Praxismanagement. Zunehmend übernehmen auch Versorgungsassistenten/-innen in der Hausarztpraxis (VeraH oder NäPa) die ärztlichen Heim- und Hausbesuche, und Medical Physicians oder Physical Assistants entlasten den Arzt bei geräteabhängigen Diagnosen oder Behandlungen. Diese sind jedoch ausschließlich in größeren Praxiseinheiten betriebswirtschaftlich tragbar.

Praxisformen

Eine Untersuchung der gewählten Praxisformen – unabhängig vom Beschäftigungsumfang – innerhalb der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung in Hessen zeigt zudem einen Trend zur Kooperation (Abbildung 4). Der Anteil der Einzelpraxen hat zwischen 2007 und 2021 um 10 Prozentpunkte abgenommen, wohingegen die Anteile der MVZ um neun Prozentpunkte und die der Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) um einen Prozentpunkt angestiegen sind. Dieser Trend hat auch in den letzten drei Jahren angehalten, sodass im Vergleich zum letzten Bedarfsplan die Anteile von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften um 3 Prozentpunkte zugunsten der Medizinischen Versorgungszentren abgenommen haben.

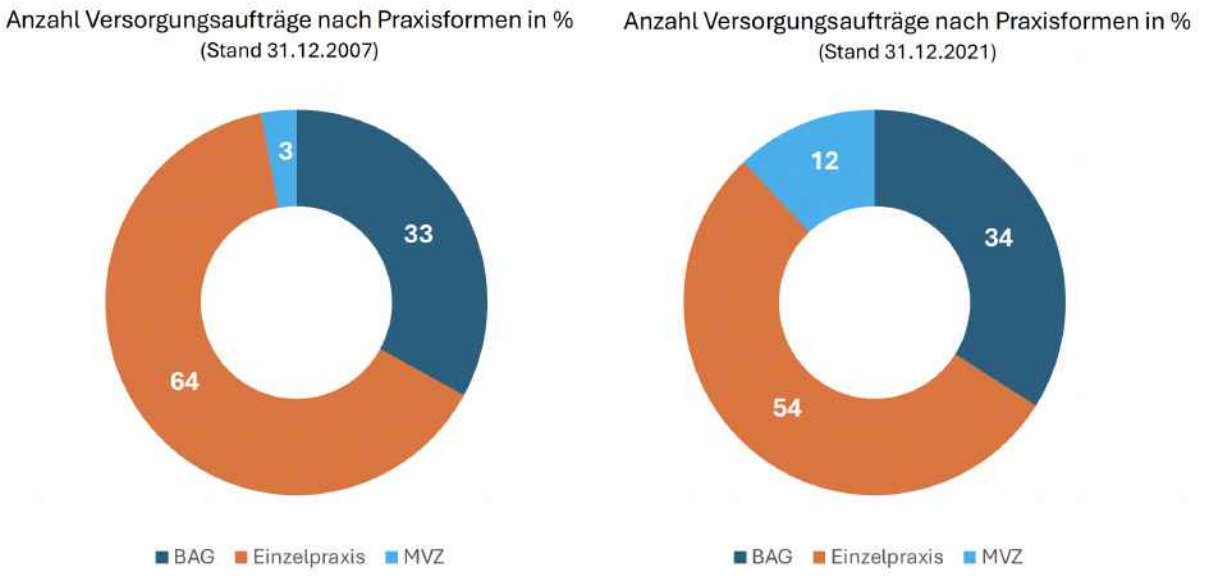


Abbildung 4 Anzahl Versorgungsaufträge nach Praxisformen in % (alle Ärzte), KV Hessen

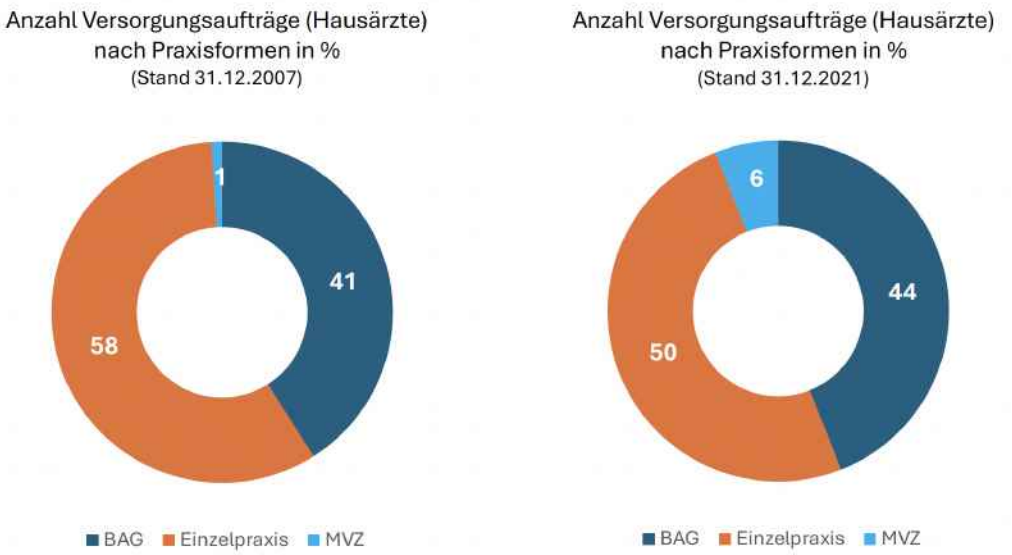


Abbildung 5 Anzahl Versorgungsaufträge nach Praxisformen in % (Hausärzte), KV Hessen

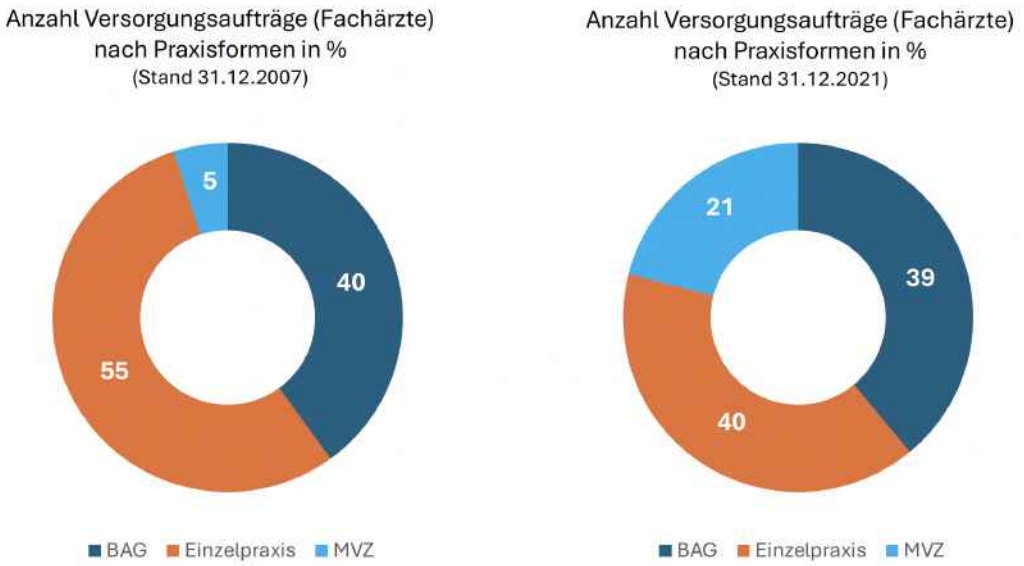


Abbildung 6 Anzahl Versorgungsaufträge nach Praxisformen in % (Fachärzte), KV Hessen

Trotz dieses Rückgangs zwischen den Jahren 2007 und 2021 ist die Einzelpraxis jedoch immer noch die dominierende Praxisform. Allerdings üben nur noch 50% der Hausärztinnen und Hausärzte bzw. 40% der Fachärztinnen und Fachärzte ihr ärztliche Tätigkeit in einer Ein-Personen-Praxis aus (Abbildungen 5 und 6). Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wurde darüber hinaus vornehmlich im fachärztlichen Bereich gegründet, darunter fallen u.a. die aktuell in Rede stehenden Investoren-MVZ der spezialisierten Facharztgruppen.

Neben der Form sowie des Umfanges der Teilnahme an der vertragsärztlichen sowie psychotherapeutischen Versorgung als auch der Praxisform, hat sich in den letzten Jahren auch das Geschlechterverhältnis für zugelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeu-

tinnen und Psychotherapeuten in Hessen verändert. Es zeigt sich, dass der Anteil weiblicher Ärzte bzw. Psychotherapeuten stetig ansteigt. Während im Jahr 2009 der Anteil weiblicher Ärzte bzw. Psychotherapeuten noch bei 40,46% lag, ist dieser bis zum Jahr 2021 auf 52,28% und damit in diesem Zeitraum um über 10 Prozentpunkte gestiegen (Abbildung 7).

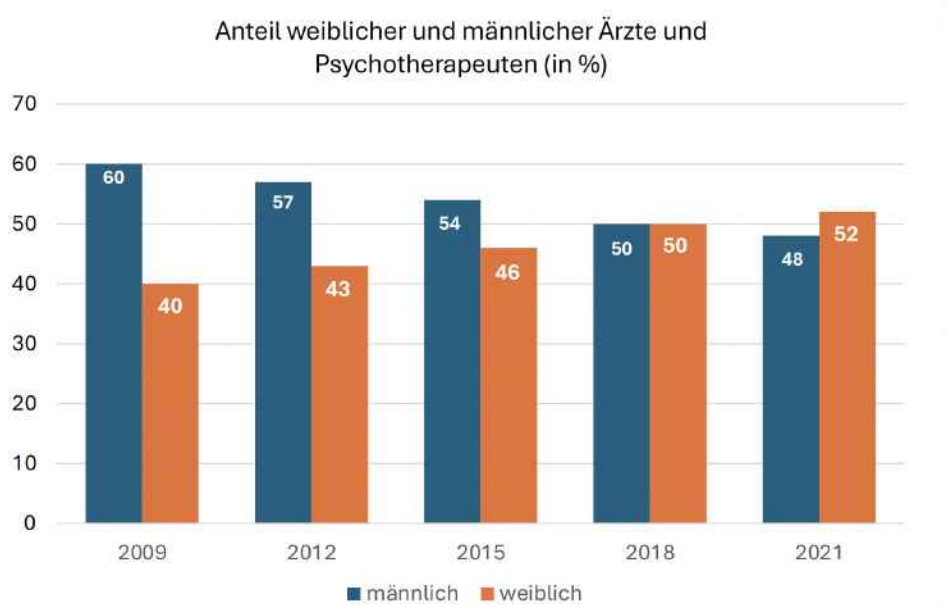


Abbildung 7 Anteil weiblicher und männlicher Ärzte und Psychotherapeuten, KV Hessen

Altersstruktur der hessischen Ärzte und Psychotherapeuten

Nachfolgend wird die Altersstruktur der hessischen Hausärztinnen und Hausärzte abgebildet (Abbildung 8). Die Zahlen verdeutlichen, dass der Anteil der über 60-jährigen hoch ist. Da die hausärztliche Versorgung im deutschen Gesundheitssystem die gesundheitliche Primärversorgung übernimmt, stellt dies, auch vor dem Hintergrund der Nachbesetzungsproblematik und der immer älter werdenden Bevölkerung, eine wesentliche Herausforderung dar. Dies gilt mit Verzögerung ebenfalls für die weiteren Versorgungsebenen, der Sekundärversorgung.

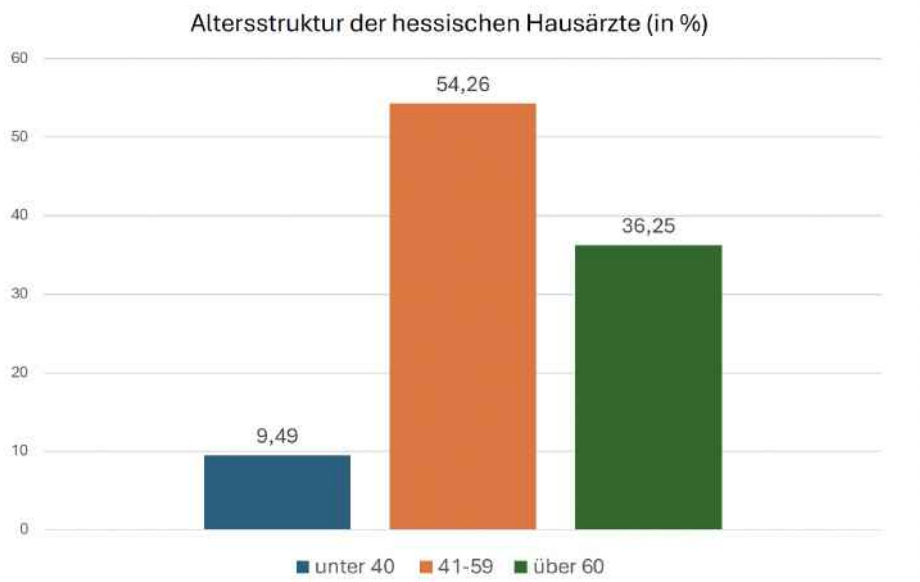


Abbildung 8 Altersstruktur der hessischen Hausärzte (in %), Quelle: KV Hessen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die ambulante Versorgung aufgrund der zunehmend älter werdenden Ärztinnen und Ärzte als auch der sich ändernden Vorstellungen von ihrem Beruf, wie z.B. die Work-Life-Balance, vor enormen Herausforderungen steht.

Versorgungsform MVZ in Hessen

Die Anzahl der MVZ in Hessen und damit auch deren Anteil an der ambulanten Versorgung hat in den letzten Jahren stetig zugenommen, sodass im Jahr 2022 über 300 MVZ-Hauptbetriebsstätten gezählt werden konnten. Aufgrund der aktuellen Entwicklung rund um die bevorstehende Regulierung sogenannter Investoren-MVZ, dürfte sich diese Zahl mittlerweile bei rd. 350 bewegen.

Viel interessanter ist dabei, dass auch räumlich deutliche Unterschiede bei der Verteilung der MVZ-Praxisstandorte festzustellen waren und sind. MVZ sind überwiegend in Mittel- und Oberzentren und in den städtisch geprägten Regionen angesiedelt. Die nachfolgende Karte (Abbildung 9) der KV Hessen zeigt alle MVZ-Praxisstandorte zum Stand 01.05.2022 in Hessen.

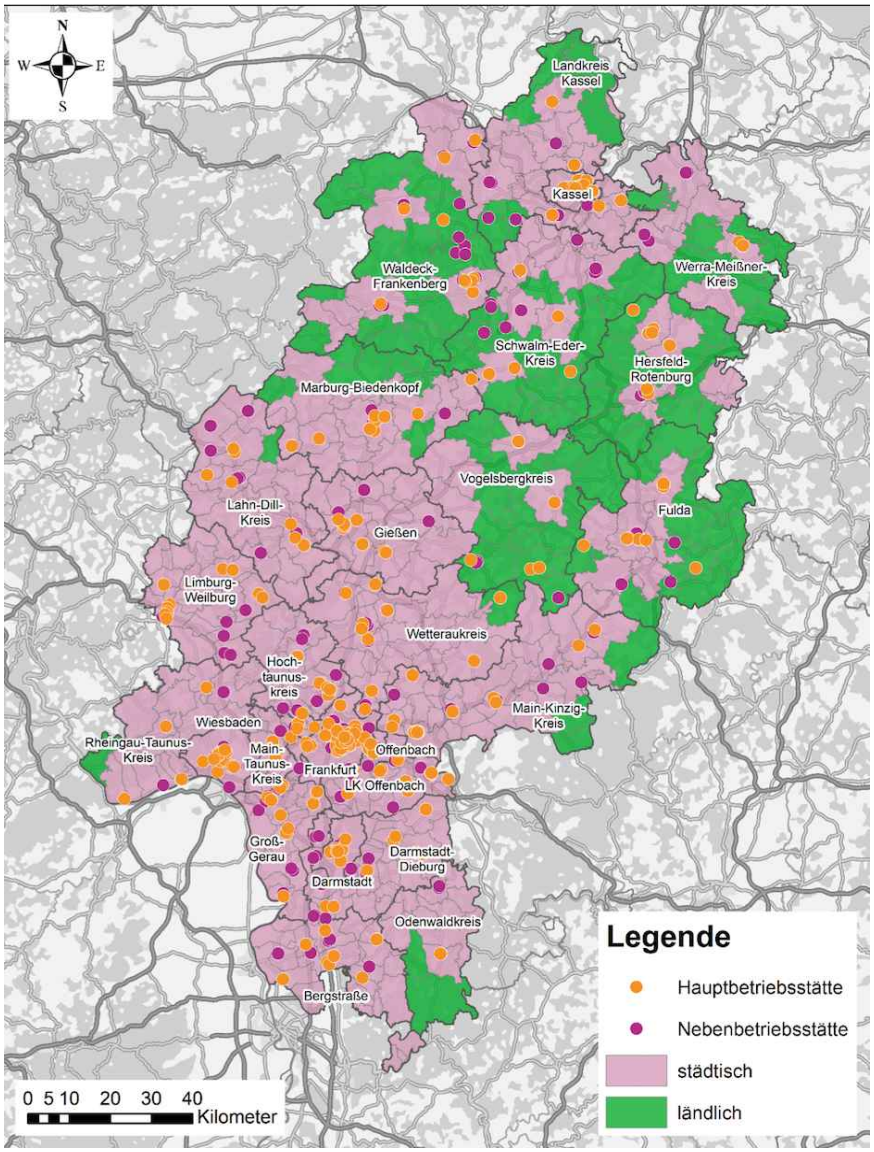


Abbildung 9 Verteilung von MVZ in Hessen, KV Hessen

Versorgungsanteile von MVZ in den Planungsbereichen der hausärztlichen Versorgungsebene (Stand: 01.06.2022)					
Planungsbereich	Haus-ärzte	Planungsbereich	Haus-ärzte	Planungsbereich	Haus-ärzte
Allendorf (Eder)/…	0,0%	Gelnhausen	0,0%	Lauterbach	14,9%
Alsfeld	0,0%	Giessen	0,4%	Lich/Hungen/Reiskirchen	10,1%
Bad Arolsen	0,0%	Gladenbach	5,6%	Limburg	6,6%
Bad Hersfeld	0,0%	Groß-Gerau	10,4%	Marburg	3,4%
Bad Homburg/…	5,5%	Grünberg/Laubach	3,2%	Melsungen	0,0%
Bad Orb	0,0%	Haiger/Dillenburg	14,3%	Michelstadt	0,0%
Bad Schwalbach	0,0%	Hanau	8,5%	Neu-Isenburg/Drei-eich/…	5,9%
Bad Wildungen	36,0%	Hattersheim/Hofheim/…	6,4%	Nidda	0,0%
Bebra/Rotenburg	23,5%	Herborn	21,7%	Offenbach	11,9%
Bensheim/Heppenheim	14,8%	Heringen (Werra)	0,0%	Rüdesheim/Geisenheim	0,0%
Biedenkopf	0,0%	Hessisch Lichtenau	0,0%	Rüsselsheim	12,8%
Borken (Hessen)	10,5%	Heusenstamm/Rödermark/…	7,7%	Schlüchtern	20,5%
Büdingen	1,4%	Hochheim/Flörsheim	0,0%	Schwalmstadt	8,2%
Butzbach	10,2%	Hofgeismar	0,0%	Seligenstadt	13,0%
Darmstadt	9,9%	Homberg (Efze)	0,0%	Sontra	0,0%
Dieburg/Groß-Umstadt	4,1%	Hünfeld	8,9%	Stadtallendorf	0,0%
Eltville	15,5%	Idstein	7,6%	Taunusstein	0,0%
Erbach	0,0%	Kassel-Nord	0,0%	Usingen	0,0%
Eschwege	0,0%	Kassel-Stadt	9,2%	Wächtersbach/…	0,0%
Frankenberg (Eder)	0,0%	Kassel-Süd	0,0%	Weilburg	21,6%
Frankfurt	9,2%	Kirchhain	0,0%	Wetzlar	0,0%
Friedberg/Bad Nauheim	1,0%	Königstein/Kronberg/…	1,7%	Wiesbaden	2,8%
Fritzlar	0,0%	Korbach	16,7%	Witzenhausen	0,0%
Fulda	13,6%	Lampertheim/Viernheim	5,0%	Wolfhagen	13,2%
Hessen					6,7%

Abbildung 10 Versorgungsanteile von MVZ in den hausärztlichen Planungsbereichen, KV Hessen

Schlussfolgerungen

Die obenstehende Abb. 10 zeigt den Versorgungsanteil hausärztlicher MVZ in den damals noch 72 (heute 73) hausärztlichen Mittelbereichen in Hessen. Wie die Abbildungen 5 und 6 zeigen ist der Anteil hausärztlicher MVZ an der Gesamtzahl aller hessischen MVZ relativ gering, da v.a. fachärztliche MVZ mit hoher Spezialisierung und damit deutlich höheren Gewinnen für Investoren besonders attraktiv sind. Dazu gehören u.a. folgende Fachbereiche: Transfusionsmedizin, Labormedizin, Strahlentherapie, Humangenetiker, Augenheilkunde und Radiologie. Wie Abb. 9 verdeutlicht, sind diese v.a. in Ballungsgebieten (z.B. Frankfurt am Main, Wiesbaden, Kassel, Darmstadt) vorzufinden. Ähnlich verhält es sich mit den wenigen existierenden hausärztlichen MVZ. So sind in den meisten Mittelbereichen keine oder nur vereinzelt hausärztliche MVZ vorzufinden (Abb. 10). Dabei handelt es sich erfahrungsgemäß um Arztgetragene-MVZ und keine Investoren-MVZ.

Wie die Abbildungen 1-8 zeigen, schreitet der Umbruch im Bereich der ambulanten Versorgung unaufhaltsam voran. Die bisher dominierende Berufsausübungsform der Einzelpraxis kann dabei den Anforderungen jüngerer Medizinerinnen und Mediziner nicht mehr gerecht werden. Die Einzelpraxis ist jedoch die im ländlichen Raum vorherrschende Berufsausübungsform. Investoren außerhalb des Gesundheitsmarktes fokussieren sich auf den Aufbau fachärztlicher MVZ in großstädtischen Ballungsgebieten und Schaffen damit die geforderten Anstellungsmöglichkeiten für Nachwuchsmediziner. Im ländlichen Raum hingegen sind diese Initiativen spärlich gesät, hier fehlt es bundesweit an Akteuren, welche die Transformation der Praxislandschaft aktiv mitgestalten. Der Gesetzgeber hat diese Entwicklung bereits erkannt und erleichtert seit 2015 – und aktuell mit dem Entwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG Teil 1) – Kommunen bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherstellung einer wohnortnahen ärztlichen Primärversorgung. Kommunen sollen dabei die dringend benötigten Initiativen anstoßen und das vorhandene ärztliche Engagement in diese Richtung unterstützen und fördern. Damit sollen auch fern der Ballungsgebiete hausärztliche MVZ-Strukturen aufgebaut werden, welche die so dringend benötigten Anstellungsmöglichkeiten für jüngere Ärztinnen und Ärzte bereitstellen. Die im Zuge dieses Beitrages aufgezeigten Entwicklungen lassen dies vielerorts alternativlos erscheinen, will man nach wie vor eine bedarfsgerechte und wohnortnahe ärztliche Versorgung für die Bevölkerung gewährleisten.

Hausärztliche Mittelbereiche im Überblick

Stimmt die Relation von Ärzten und Patienten in einer Region mit der gesetzlichen Vorgabe überein, so beträgt der Versorgungsgrad genau 110 Prozent. Unter einem Versorgungsgrad von 75 Prozent (hausärztliche Versorgung) besteht i.d.R. eine Unterversorgung. Eine Überversorgung wird im Allgemeinen ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ausgewiesen. Der Planungsbereich wird dann für Neuzulassungen gesperrt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mit Stand 1.1.2024:

- ein hausärztlicher Mittelbereich (Sontra) in der Unterversorgung liegt (1,4%), wobei auch die Mittelbereiche Allendorf (78,33%), Borken (76,94%), Homberg (77,66%), Haiger/Dillenburg (81,91%) und Witzenhausen (78,91%) sich nahe der Grenze zur Unterversorgung befinden und somit als „drohend unterversorgt“ zu bezeichnen sind,
- 25 der 73 Mittelbereiche unterhalb der Regelversorgung liegen (34 %),
- 30 der 73 Mittelbereiche innerhalb der Regelversorgung liegen (41 %)
- nurmehr 17 von 73 hausärztlichen Mittelbereichen (23 %) vollversorgt sind,
- in Hessen mit Stand 1.1.2024 insgesamt 245,5 Hausarztsitze unbesetzt sind.

2.2. Hausärztliche Versorgung in Schmitten

Der Hochtaunuskreis gehört zum Regierungsbezirk Darmstadt und liegt in der Metropolregion Frankfurt/Rhein-Main. Der Landkreis wies für das Jahr 2022 den zweithöchsten Kaufkraftindex aller deutschen Land- und Stadtkreise auf. Kreisstadt und zugleich größte Stadt ist Bad Homburg vor der Höhe.

Im Hochtaunuskreis leben insgesamt 239.488 Einwohner (Stand: 31.12.2022). Prognosen des Statistischen Landesamtes Hessen zeigen, dass sich die Einwohnerzahl bis ins Jahr 2030 auf 240.913 Einwohner erhöhen soll.

Auf hausärztlicher Ebene teilt sich der Hochtaunuskreis in die Mittelbereiche Usingen (110,87%), Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf (109,02%) und Königstein/Kronberg/Schwalbach (102,15 %), wobei zum Mittelbereich Königstein/Kronberg/Schwalbach ebenfalls die im Main-Taunus-Kreis gelegenen Orte Bad Soden, Sulzbach, Schwalbach und Eschborn zählen. In Klammern ist der aktuell gültige Versorgungsgrad (VG) des entsprechenden Mittelbereichs gemäß Beschluss des Landesausschusses vom 25.04.2024 dargestellt. Zwei der drei Mittelbereiche gelten demnach mit einem Versorgungsgrad von unter 110% als partiell geöffnet. Innerhalb der hausärztlichen Versorgung weist der Mittelbereich Königstein/Kronberg/Schwalbach/Bad Soden/Eschborn den geringsten Versorgungsgrad auf. In der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung ist der höchste Versorgungsgrad mit mehr als 230,04% für die Fachgruppe der Psychotherapeuten festzustellen, der geringste Versorgungsgrad mit 113,81% in der Kinderheilkunde.

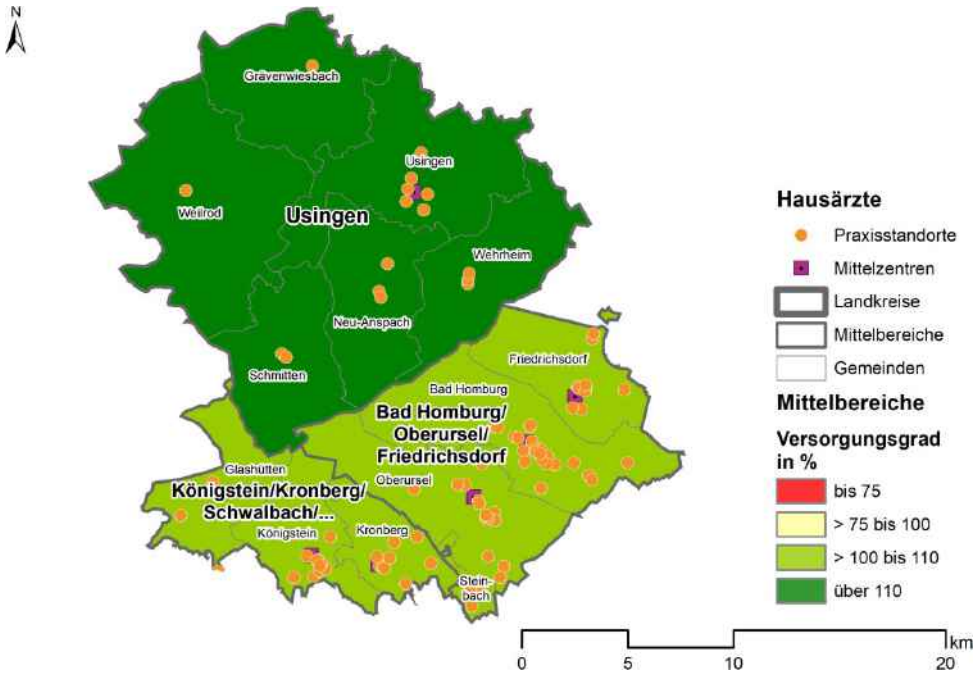


Abbildung 11 Die hausärztlichen Mittelbereiche des Hochtaunuskreises

Insgesamt zeigt sich sowohl in der haus- als auch in der fachärztlichen Versorgung, dass es zunehmend schwieriger wird, den Status Quo der ärztlichen Versorgung in der Fläche zu erhalten. Durchschnittlich könnten bis zum Jahr 2030 39,03% der allgemeinen Fachärzte im Hochtaunuskreis altersbedingt ausscheiden.

Bei der Arztgruppe der HNO-Ärzte liegt der Nachbesetzungsbedarf mit 72,73% am höchsten. Eine Herausforderung wird darin bestehen, Nachwuchskräfte für eine Niederlassung im Landkreis zu gewinnen. Ein weiteres Augenmerk ist auf die Verteilung der hausärztlichen Sitze in der Fläche zu richten. Sowohl für Haus- als auch für Fachärzte bietet die Region jedoch attraktive Rahmenbedingungen, die es leichter machen, niederlassungsinteressierte Ärzte zu gewinnen.

Eine Betrachtung der freien Hausarztsitze im Hochtaunuskreis zeigt, dass aktuell mehrere partielle Öffnungen bestehen.

Planungsbereich	Arztsitze[1]	Versorgungsgrad gem. LA vom...			Freie Sitze gem. LA vom...		
	01.03.2023	28.04.2022	27.04.2023	25.04.2024	28.04.2022	27.04.2023	25.04.2024
Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf	80,00	110,20%	109,03%	109,02%	0,0	1,0	1,0
Königstein/Kronberg/Schwalbach/...[2]	59,15	109,39%	103,98%	102,15%	0,5	3,5	5,0
Usingen	34,25	110,73%	111,08%	110,87%	0,0	0,0	0,0

[1] Arztsitze nach Zählung der Bedarfsplanungs-Richtlinie; ohne ermächtigte Ärzte

[2] Planungsbereich befindet sich nur anteilig im Hochtaunuskreis

Abbildung 12 hausärztliche Planungsbereiche des Hochtaunuskreises

Ort	Einwohner[1]	Arztsitze[2]	Kopfzahl
	31.12.2022	01.07.2024	01.07.2024
Bad Homburg	54.996	34,25	40
Friedrichsdorf	25.662	12,50	13
Glashütten	5.437	2,50	3
Grävenwiesbach	5.352	3,50	4
Königstein im Taunus	16.744	11,00	12
Kronberg im Taunus	18.416	10,65	14
Neu-Anspach	14.512	8,50	9
Oberursel (Taunus)	47.042	28,50	34
Schmitten	9.563	3,00	3
Steinbach (Taunus)	10.846	4,00	4
Usingen	14.926	6,50	7
Wehrheim	9.340	5,25	6
Weilrod	6.652	6,00	6
Hochtaunuskreis	**239.488**	**136,15**	**155**

[1] Datenquelle: Statistisches Landesamt Hessen

[2] Arztsitze nach Zählung der Bedarfsplanungs-Richtlinie; ohne ermächtigte Ärzte und Übernahmepraxen

In der Karte sind die Praxisstandorte der niedergelassenen Hausärzte gekennzeichnet. Es wird deutlich, dass sich die hausärztlichen Niedergelassenen in den strukturstärkeren Gebieten befinden. Eine Konzentration von Hausärzten ist besonders auf den süd- östlichen Bereich des Hochtaunuskreises, der an Frankfurt und den Main-Taunus-Kreis angrenzt, zu erkennen. Städte und Gemeinden mit einer guten Infrastruktur und die sich in der Nähe eines Mittel- oder Oberzentrums befinden, sind naturgemäß attraktiver für eine Niederlassung als ländlichere Regionen. Mittelzentren im Kreis sind Usingen, Friedrichsdorf, Bad Homburg v.d.H., Oberursel (Taunus), Königstein im Taunus und Kronberg im Taunus.

Der Tabelle sind darüber hinaus die Summen der aktiven Arztsitze je Stadt/Gemeinde zu entnehmen.

Der fiktive Versorgungsgrad drückt aus, wie hoch der Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgungsebene wäre, wenn die Planung auf Gemeindeebene anstatt auf Mittelbereichsebene

stattfinden würde. Im Rahmen der Berechnung werden unter anderem die angepasste Verhältniszahl des maßgeblichen Mittelbereiches sowie die gemeindebezogenen Einwohner- und Arztzahlen berücksichtigt. In der folgenden Karte ist die fiktive Versorgungslage in den einzelnen Städten und Gemeinden Hessens dargestellt. Anhand der rot eingefärbten Flächen ist erkennbar, dass in einigen Städten und Gemeinden eine Eigenversorgung nicht stattfinden kann. Es ist davon auszugehen, dass die angrenzenden Städte und Gemeinden eine Mitversorgung übernehmen. Dieser Effekt der Mitversorgung wird sich langfristig verstärken. Die Tabelle beinhaltet die detaillierten Angaben zum fiktiven Versorgungsgrad für die Städte und Gemeinden im Hochtaunuskreis.

So liegt der fiktive hausärztliche Versorgungsgrad der Gemeinde Schmitten lediglich bei 63,33%.

Ort	Einwohner[1] 31.12.2022	Arztsitze[2] 01.07.2024	Kopfzahl 01.07.2024	Verhältnis Einwohner/Arzt	Angepasste Verhältniszahl[3]	Fiktiver Versorgungsgrad in %
Bad Homburg	54.996	34,25	40	1.606	1.874	116,73%
Friedrichsdorf	25.662	12,50	13	2.053	1.841	89,69%
Glashütten	5.437	2,50	3	2.175	1.888	86,79%
Grävenwiesbach	5.352	3,50	4	1.529	1.946	127,24%
Königstein im Taunus	16.744	11,00	12	1.522	2.016	132,46%
Kronberg im Taunus	18.416	10,65	14	1.729	1.758	101,64%
Neu-Anspach	14.512	8,50	9	1.707	1.963	114,99%
Oberursel (Taunus)	47.042	28,50	34	1.651	1.926	116,71%
Schmitten	9.563	3,00	3	3.188	2.019	63,33%
Steinbach (Taunus)	10.846	4,00	4	2.712	1.916	70,66%
Usingen	14.926	6,50	7	2.296	1.961	85,41%
Wehrheim	9.340	5,25	6	1.779	1.947	109,44%
Weilrod	6.652	6,00	6	1.109	1.845	166,41%
Hochtaunuskreis	**239.488**	**136,15**	**155**	**1.759**	**1.904**	**108,26%**

[1] Datenquelle: Statistisches Landesamt Hessen

[2] Arztsitze nach Zählung der Bedarfsplanungs-Richtlinie; ohne ermächtigte Ärzte und Übernahmepraxen

3 Ausgehend von der allgemeinen Verhältniszahl von 1.616 Einwohnern je Versorgungsauftrag ergibt sich bei Multiplikation mit dem regionalen Morbiditätsfaktor die dargestellte angepasste Verhältniszahl (=Soll-Verhältniszahl); nach dem Bedarfsplan 2019 wird die Verhältniszahl für Hausärzte im Hochtaunuskreis um 15% angeboben

Abbildung 13 Fiktive Versorgungsgrade der Gemeinden im Hochtaunuskreis

Die folgende Grafik beschäftigt sich mit dem Nachfolgebedarf für die Hausärzte im Landkreis im Vergleich zu Hessen. In diesem Zusammenhang wird der Bedarf erneut unter der Annahme einer Praxisabgabe im Alter von 65 Jahren, in fünf Jahres-Schritten bis zum Jahr 2040 ausgewiesen.

Gemäß Prognosen der KV Hessen scheiden somit 2 von 3 Hausärztinnen und -ärzten bis 2035 aus der Versorgung aus.

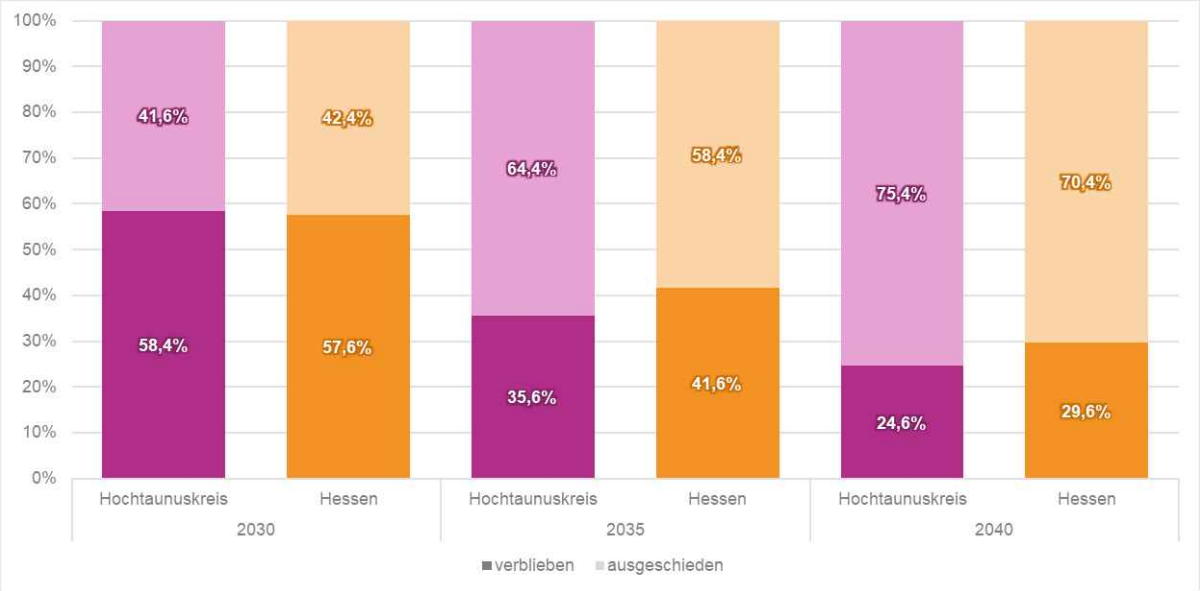


Abbildung 14 Nachbesetzungsbedarf bis 2040 im Hochtaunuskreis

2.3. Fachärztliche Versorgung in Schmitten

Zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung zählen die folgenden Arztgruppen: Augenärzte, Chirurgen & Orthopäden, Frauenärzte, HNO- Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Urologen. Für diese Versorgungsebene gelten die Kreise bzw. kreisfreien Städte als räumlicher Planungsmaßstab.

Arztgruppe	Arztsitze[1]	Versorgungsgrad gem. LA vom...			Freie Sitze gem. LA vom...		
	01.03.2024	28.04.2022	27.04.2023	25.04.2024	28.04.2022	27.04.2023	25.04.2024
Augenärzte	14,50	116,93%	116,96%	116,91%	0,0	0,0	0,0
Chirurgen und Orthopäden	28,00	172,71%	172,99%	171,56%	0,0	0,0	0,0
Frauenärzte	31,50	163,73%	161,38%	154,13%	0,0	0,0	0,0
Hautärzte	11,50	173,35%	173,53%	172,35%	0,0	0,0	0,0
HNO-Ärzte	11,00	127,52%	127,70%	126,71%	0,0	0,0	0,0
Kinder- und Jugendärzte	17,00	112,45%	112,14%	113,81%	0,0	0,0	0,0
Nervenärzte	14,00	122,55%	129,20%	128,33%	0,0	0,0	0,0
Psychotherapeuten	97,35	235,15%	230,76%	230,04%	0,0	0,0	0,0
Urologen	9,00	164,60%	164,83%	164,61%	0,0	0,0	0,0

[1] Arztsitze nach Zählung der Bedarfsplanungs-Richtlinie; ohne ermächtigte Ärzte

Abbildung 15 Allgemeinde fachärztliche Versorgung im Hochtaunuskreis

Die untenstehende Abbildung verdeutlicht die räumliche Konzentration der Praxen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in den Ballungsgebieten des Hochtaunuskreises.

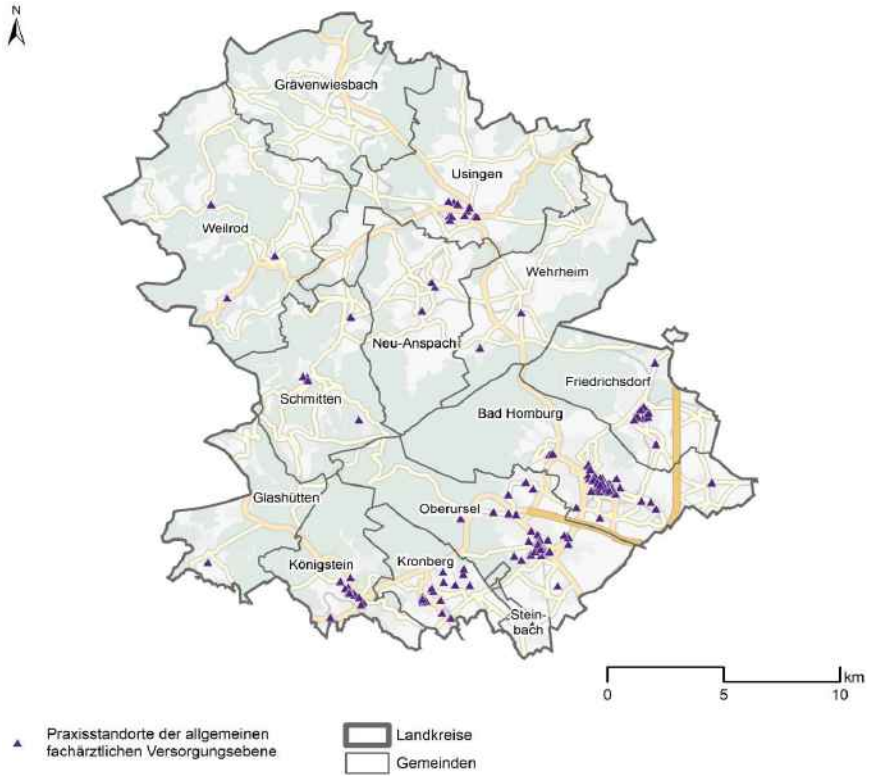


Abbildung 16 Verteilung der Praxen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Hochtaunuskreis

2.4. Darstellung der zukünftigen lokalen und regionalen Bedarfe

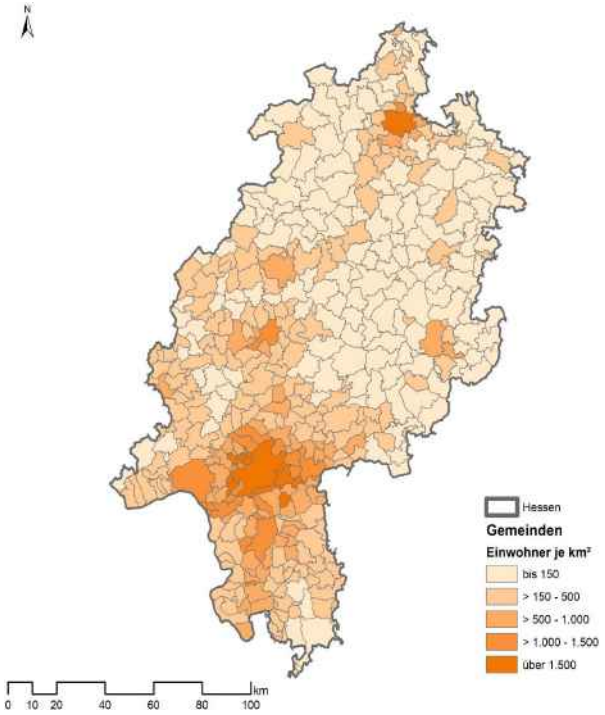


Abbildung 17 Bevölkerungsdichte in Hessen 2022

Die folgende Tabelle beinhaltet den Bevölkerungsstand der Städte und Gemeinden im Hochtaunuskreis vom 31.12.2022. Mit 54.996 Einwohnern ist Bad Homburg die bevölkerungsreichste Stadt des Kreises, die geringste Einwohnerzahl liegt bei 5.352 Einwohnern in Grävenwiesbach. **Eine Betrachtung der Entwicklung der Bevölkerungszahlen seit dem Jahr 2012 zeigt, dass Schmitten mit 8,58% einen starken Zuwachs zu verzeichnen hatte**. Darüber hinaus sind die Anteile der unter 18-Jährigen und über 65-Jährigen in der Tabelle dargestellt. Der höchste Anteil der unter 18-Jährigen liegt bei 20,33% in Königstein im Taunus während in Kronberg im Taunus mit 27,02% der stärkste Anteil der über 65-Jährigen konstatiert werden kann. **Die Bevölkerungsvorausberechnung rechnet bis 2050 mit einem weiteren Bevölkerungswachstum im Hochtaunuskreis von 8,3%.**

Parallel dazu eröffnete vor wenigen Jahren das Seniorenzentrum AGO in Schmitten mit rd. 90 Bewohnern, welche durch Heimbesuche zu versorgen sind.

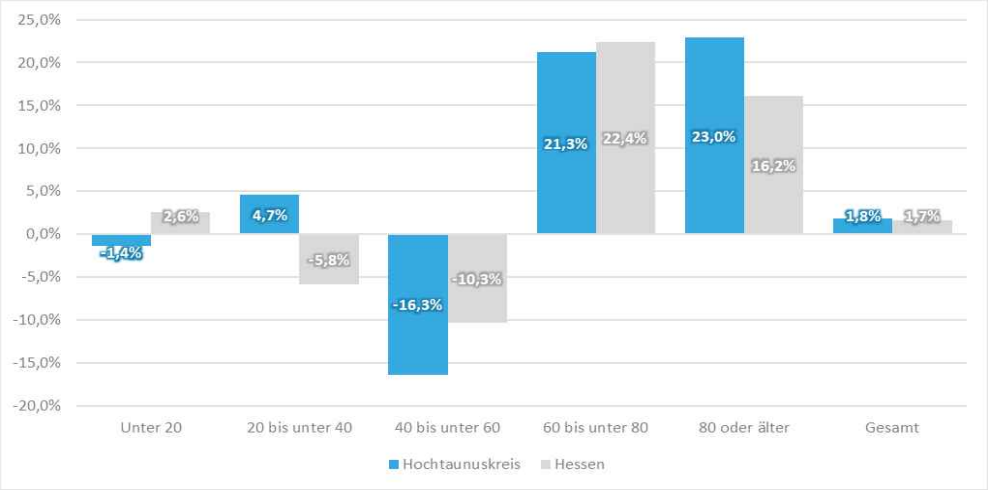


Abbildung 18 Altersstruktur im Hochtaunuskreis

Ort / Landkreis	Gesamt	Trend seit 2012	Anteil von unter 18-Jährigen	Anteil von über 65-Jährigen
Bad Homburg	54.996	5,54%	18,38%	23,45%
Friedrichsdorf	25.662	4,44%	17,63%	24,62%
Glashütten	5.437	3,68%	18,59%	23,89%
Grävenwiesbach	5.352	2,33%	18,16%	21,24%
Königstein im Taunus	16.744	4,60%	20,33%	21,62%
Kronberg im Taunus	18.416	2,84%	17,89%	27,02%
Neu-Anspach	14.512	-0,89%	17,41%	22,21%
Oberursel (Taunus)	47.042	5,71%	18,18%	21,63%
Schmitten	9.563	8,58%	18,76%	19,71%
Steinbach (Taunus)	10.846	6,48%	19,12%	22,28%
Usingen	14.926	10,86%	18,90%	22,71%
Wehrheim	9.340	1,31%	16,86%	23,36%
Weilrod	6.652	7,07%	17,03%	22,87%
Hochtaunuskreis	**239.488**	**4,99%**	**18,28%**	**22,98%**
Hessen	**6.391.360**	**6,23%**	**17,21%**	**21,12%**

Abbildung 19 Bevölkerungsentwicklung Hochtaunuskreis

Ein Blick auf den Gesundheitsatlas zeigt für den Hochtaunuskreis im Vergleich zum Land Hessen eine durchgehende geringere Prävalenz der unten aufgeführten Diagnosen.

Erkrankung	Anteil Bevölkerung Bund	Anteil Bevölkerung Hessen	Anteil Hochtaunuskreis
Asthma	4,36%	4,27%	3,65%
COPD	7,01%	6,63%	5,29%
Untere Atemwegsinfekte	9100 je 100Tsd	8900 je 100Tsd	7500 je 100Tsd
Bluthochdruck	30,00%	28,11%	25,98%
Herzinfarkt	320 je 100Tsd	300 je 100Tsd	240 je 100Tsd
Herzinsuffizienz	4,98%	4,16%	3,81%
Koronare Herzkrankheit	8,08%	7,41%	6,42%
Schlaganfall	1,82%	1,72%	1,56%
Demenz	3,07%	2,81%	2,41%
Morbus Parkinson	0,65%	0,62%	0,58%
Brustkrebs	2,74%	2,61%	2,54%
Darmkrebs	0,82%	0,76%	0,69%
Heller Hautkrebs	2,97%	2,68%	2,49%
Lungenkrebs	0,32%	0,30%	0,24%
Prostatakrebs	2,89%	2,63%	2,30%
Schwarzer Hautkrebs	0,49%	0,46%	0,42%
Hüftgelenksarthrose	3,87%	3,61%	3,05%
Kniegelenksarthrose	7,37%	7,08%	6,30%
Rheumatoide Arthritis	1,23%	1,16%	0,93%
Rückenschmerzen	32,63%	31,38%	27,29%
Angststörungen	4,74%	4,66%	3,87%
Depression	12,51%	13,43%	10,42%
Adipositas (Fettleibigkeit)	10,92%	10,52%	8,25%
Typ-2-Diabetes	11,09%	11,04%	8,89%

Krankheitsbilder nach ICD-10

EU-weit dient die Verschlüsselung der Erkrankungen nach ICD10-Nummern (auf Basis der an dieser Krankheit Verstorbenen) als Statistik zur Identifizierung und zum Vergleich des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (Quelle: Landesamt für Statistik Hessen, 2023). Gleichzeitig liefert die, unglücklicherweise Todesursachsenstatistik genannte Statistik, auch Anhaltspunkte zum vorzuhaltenden ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Bedarf.

Für acht Krankheitsgruppen wurden strukturierte Versorgungsprogramme erarbeitet, die den Erfolg der Behandlung positiv beeinflussen und eine Wiedererkrankung unwahrscheinlicher machen. Dies erfordert aber eine hohe Compliance des Patienten, d.h. die Patienten müssen sich an die Behandlungsschritte halten, die Arzneimittel wie verschrieben einnehmen und auch die verschriebenen Heil- und Hilfsmittel entsprechend der Verschreibung nutzen. Die Unterstützung erfolgt über eine laufende persönliche Kontaktaufnahme zum Patienten (Casemanagement). Hierfür schließen die Krankenkassen eigene Verträge, sogn. Selektivverträge mit entsprechenden Leistungsanbietern ab, da die Einhaltung der Behandlungspläne auch zu deutlich weniger Leistungskosten führt. Zu den Leistungsanbietern zählen neben ausgewählten Ärzten und Regionalen Versorgungszentren / Primärversorgungszentren z.B. auch die Gesundheitskioske.

Hessen / Hochtaunuskreis **Ausgewählte Todesursachen (ICD-10-Kapitel, ICD-10-Gruppen, ICD-10-Codes) 1)**	
A00-U49 Insgesamt	2.734
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	41
C00-D48 Neubildungen	634
darunter C00-C97 bösartige Neubildungen	619
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	100
darunter E10-E14 Diabetes mellitus	66
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	180
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	123
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	972
darunter I21 akuter Myokardinfarkt	76
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	202
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	110
darunter K70-K77 Krankheiten der Leber	42
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	84
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	38
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte anderer Folgen äußerer Ursachen	132
U07.1, U07.2 Covid-19 mit und ohne Laborbefund 2)	71

Es zeigt sich im Vergleich zum Land Hessen eine stets geringere bzw. identische Prävalenz bei den o.g. ICD-10 Gruppen. Die orange hervorgehobenen ICD-10 Todesursachen könnten konzeptionell durch die zukünftige Versorgungsstruktur aufgegriffen werden, indem z.B. Facharzt-MVZ aus Nachbarlandkreis telemedizinische Sprechstunden in Schmitten anbieten. Hier ist zu denken an Kardiologen und Lungenfachärzte. Die Diagnostik vor Ort könnte dabei durch eine Community Health Nurse (CHN) bzw. eine nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) durchgeführt werden.

Ausgehend von den Zielsetzungen des „Integrierten kommunalen Entwicklungskonzepts (IKEK)“ sich die Gemeinde Schmitten in Abstimmung mit der projektbegleitenden Steuerungsgruppe dazu entschlossen, eine Bürgerbefragung durchzuführen. Die Ergebnisse der mit über 1.000 Antworten äußerst repräsentativen Umfrage verdeutlichen die wahrgenommene Unterversorgung im Gemeindegebiet.

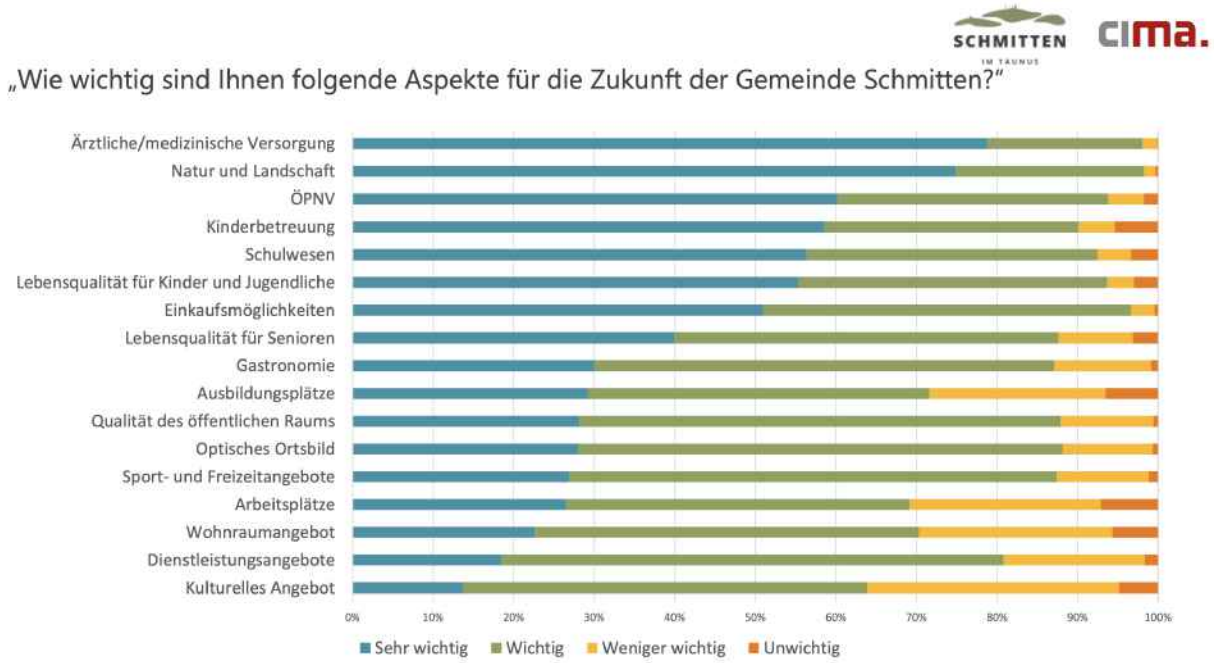


Abbildung 20 Ergebnisse der Befragung der Schmittener Bevölkerung I



Abbildung 21 Ergebnisse der Befragung der Schmittener Bevölkerung II



Abbildung 22 Ergebnisse der Befragung der Schmittener Bevölkerung III

Wie Abbildung 21 und 22 zeigen, wird auch der Wunsch geäußert die Dorfmitte durch verschiedene Aktionen zu beleben. Insgesamt ist das Bedürfnis nach gemeinschaftlichen Veranstaltungen, insbesondere für Kinder und Jugendliche, offensichtlich. Das künftige medizinische Versorgungsmodell kann durch die Weiterentwicklung, z.B. hin zu einem Regionalen Versorgungszentrum, hier die entsprechende Brücke schlagen und die gewünschten Themen integrieren.

3. Gesprächsergebnisse

Für die Ausarbeitung eines Handlungskonzepts wurden Gespräche mit lokalen Akteurinnen und Akteuren aus den Bereichen Gesundheit, Pflege und Therapie geführt. Folgende Leistungserbringer wurden hierfür angeschrieben:

Apotheke
Taunus VitalApotheke
Ärzte für Allgemeinmedizin
Dr. med. Heike Goy, Dr. med. Sabine Mieseler
Dr. med. Thomas Lattke
Dr. Marlene Johanna Kneifel-Flügel
Hebammen
Hebammenpraxis Runde Sache
Katrin Gröger

Heilpraktiker
Elke Grein-Laloi
Gabrielle Kriessler, Akupunktur, TCM
Eva- Bettina Jacobs
Andrea Ballmann
Stefanie Moos
Julia Klein, LifeCoach & Heilpraktikerin
Tierarzt
Dr. S. Knof, Dorfweil
Psychotherapie/Psychologen
Nora Keim, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie
Dr. Beate Lotz
Andrea Dietz-Kretzschmar
Dr. med. Barbara Günther-Haug
Stefanie Wangard
Lyra Turnbull, Kommunikationspsychologin (MSc., CPC, HP Psych.)
Zahnärzte
Zahnarztpraxis Budianu
Dr. Wolfgang Pitzner
Dr. med. dent. Dunja Schnell, Niederreifenberg
Pflegedienste
Ambulanter Pflegedienst Glashütten und Schmitten
Ambulanter Pflegeteam Sandra Lederer GmbH
Seniorenzentrum AGO Schmitten (77 Bewohner)
Physiotherapie
Therapiezentrum Schmitten GmbH
Physiotherapie Hain

Von den oben aufgeführten 27 Akteurinnen und Akteuren konnten 23 für ein Gespräch gewonnen werden.

Die Gemeinde Schmitten steht insgesamt vor erheblichen Herausforderungen, um eine wohnortnahe und bedarfsgerechte medizinische Versorgung sicherzustellen. Demografische Entwicklungen, Fachkräftemangel und die zunehmende Arbeitsbelastung bestehender Gesundheitsakteure haben die Situation in den letzten Jahren deutlich verschärft. Die Gespräche mit verschiedenen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich haben hierzu wertvolle Erkenntnisse geliefert. Ein zentraler Diskussionspunkt war die mögliche Einführung eines kommunalen Medizinischen Versor-

gungszentrums (MVZ), das von zahlreichen Akteuren als zukunftsweisendes Modell betrachtet wird. Nachfolgend wurden die Ergebnisse der Einzelgespräche zusammengefasst und den wichtigsten Themenbereichen zugeordnet.

3.1. Hausärztliche Versorgung

Die hausärztliche Versorgung in Schmitten steht unter Druck. Obwohl derzeit drei hausärztliche Praxen für rund 9.000 Einwohner zur Verfügung stehen, reicht diese Kapazität nicht aus, um den Bedarf zu decken. Die befragten Ärzte berichteten von hoher Arbeitsbelastung, administrativer Bürokratie und einer begrenzten Zahl an Kassensitzen, ein Umstand, der es schwierig macht, weitere Ärzte oder Assistenzärzte einzustellen. Insbesondere der Mangel an zusätzlichen Kassensitzen wurde als Hindernis für eine Verbesserung der Versorgungslage identifiziert.

3.2. Fachärztliche Versorgung

Die Situation bei den Fachärzten ist besorgniserregend. Lange Wartezeiten von bis zu sechs Monaten, insbesondere bei Kinderärzten, HNO-Spezialisten und Dermatologen, zeigen den akuten Bedarf an zusätzlichen Fachärzten. Einige Akteure betonten, dass die Ansiedlung weiterer Fachärzte, insbesondere in einem kommunalen MVZ, eine sinnvolle Ergänzung wäre. Moderne, barrierefreie Räumlichkeiten könnten dabei helfen, die Attraktivität für Fachärzte zu erhöhen. Ein Fokus sollte auch darauf liegen, Spezialisten wie Kinderärzte, Kardiologen oder Hautärzte anzusiedeln.

3.3. Psychotherapeutische Versorgung

Die psychotherapeutische Versorgung weist deutliche Defizite auf. Es gibt zu wenige approbierte Psychotherapeuten, und die Wartezeiten sind lang. Einige Therapeuten äußerten Bedenken hinsichtlich der Qualität und Motivation angestellter Ärzte in einem MVZ-Modell. Dennoch sehen sie Vorteile in einer besseren Vernetzung der Akteure und der Schaffung zentraler Anlaufstellen. Ein MVZ könnte hier durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Einbindung moderner Arbeitsmodelle Abhilfe schaffen.

3.4. Physiotherapie und Gesundheitsberufe

Auch in der Physiotherapie und anderen Gesundheitsberufen wie Ergotherapie und Logopädie bestehen erhebliche Defizite. Die bestehenden Praxen sind überlastet, und die Patienten berichten von langen Wartezeiten. Ein MVZ, welches diese Berufsgruppen integriert, könnte die Versorgung verbessern und die Effizienz steigern. Einige Akteure sehen zudem in der Integration weiterer Gesundheitsberufe wie Heilpraktikern und Akupunkteuren eine Möglichkeit, ein ganzheitliches Versorgungsmodell zu schaffen.

3.5. Zahnärztliche Versorgung

Die zahnärztliche Versorgung wurde überwiegend als ausreichend bewertet. Allerdings äußerten die Zahnärzte Bedenken gegenüber einem zahnärztlichen MVZ, das sie als Konkurrenz zu ihren Praxen betrachten. Ein allgemeinmedizinisches MVZ wird jedoch von einigen als sinnvoll erachtet, insbesondere wenn es zur Verbesserung der Infrastruktur für ältere Bürger beiträgt.

3.6. Digitalisierung und Telemedizin

Die Digitalisierung und Telemedizin wurden als wichtige Zukunftsthemen identifiziert. Insbesondere die Telemedizin könnte präventive Maßnahmen und die Betreuung von Schwangeren unterstützen. Gleichzeitig wurde jedoch betont, dass der Ausbau der digitalen Infrastruktur, insbesondere der Glasfaseranbindung, entscheidend ist, um solche Angebote effektiv umzusetzen.

3.7. Kommunikation und Einbindung

Die Gespräche mit den lokalen Leistungserbringern zeigen, dass eine bessere Kommunikation und Einbindung der Akteure entscheidend sind. Einige Ärzte kritisierten, dass sie von den Plänen der Gemeinde erst aus der Presse erfahren haben. Direkte und transparente Kommunikation ist notwendig, um Vertrauen zu schaffen und die Akzeptanz für ein MVZ-Modell zu erhöhen. Die Vorteile eines kommunalen MVZ, wie geregelte Arbeitszeiten, weniger Bürokratie und die Möglichkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit, sollten stärker hervorgehoben werden.

3.8. Gesamtbetrachtung Ärztetreffen vom 07.05. und 25.06.2025

Die nachfolgenden Einschätzungen und Positionierungen wurden im Rahmen der gemeinsamen Gesprächsrunden mit den örtlichen Hausärztinnen und Hausärzten am 07.05.2025 und 25.06.2025 sowie in den darauffolgenden Einzelgesprächen geäußert.

Insgesamt zeigte sich eine überwiegend positive Grundhaltung gegenüber dem vorgestellten Versorgungskonzept. Die bestehenden hausärztlichen Praxen beabsichtigen, ihre Tätigkeit vorerst unverändert fortzuführen; konkrete Planungen hinsichtlich Ruhestand oder Praxisübergaben bestehen derzeit nicht. Perspektivisch wird in einzelnen Fällen eine Weiterführung aus dem familiären Umfeld als mögliche Option gesehen.

Der Erhalt der bestehenden Praxisstandorte wird einheitlich als wichtig erachtet. Langfristig wird die Möglichkeit einer personellen Verstärkung im hausärztlichen Bereich grundsätzlich als sinnvoll angesehen. Eine kurzfristige Umsetzung ist jedoch aufgrund begrenzter personeller und organisatorischer Kapazitäten der Praxisteams aktuell nicht realistisch.

Mehrere Gesprächspartnerinnen signalisierten Offenheit für eine langfristige Weiterentwicklung der bestehenden Versorgungsstrukturen, insbesondere in Richtung eines Medizinischen Versorgungszentrums. Dabei besteht keine klare Präferenz für ein kommunales oder privates Träger-

modell. Die Einbindung eines externen Investors für den Betrieb eines MVZ wird als grundsätzlich interessant bewertet. Kurzfristige Änderungen an Standorten oder Räumlichkeiten sind derzeit nicht vorgesehen.

Auch seitens der lokalen Apotheke wurde das Versorgungskonzept ausdrücklich begrüßt. Aus apothekerlicher Sicht besteht ein dringender Handlungsbedarf, die ärztliche Versorgung vor Ort langfristig zu sichern und perspektivisch auszubauen.

3.9. Fazit und Ausblick

Ein kommunales MVZ bietet eine vielversprechende Möglichkeit, die medizinische Versorgung in Schmitten langfristig zu sichern. Die Gespräche haben jedoch gezeigt, dass noch Kommunikationsbedarf besteht, um Vorbehalte abzubauen und alle Akteure einzubinden. Neben der Schaffung moderner Räumlichkeiten und der Integration digitaler Lösungen sollte die Gemeinde verstärkt auf transparente Kommunikation und Zusammenarbeit setzen. Darüber hinaus eignet sich das MVZ nicht nur zur Verbesserung der ärztlichen Primärversorgung, sondern sollte auch Leistungen weiterer Gesundheitsberufe „andocken“. Insgesamt kann durch das Vorhaben auch die Attraktivität des Standorts Schmitten selbst nachhaltig erhöhen.

4. Mögliche Lösungsansätze – Best Practices

Folgende Beispiele aus dem Markt und gängige Versorgungsmodelle kommen für die Gemeinde Schmitten zur kurz- bis langfristigen Behebung des Ärztemangels in Frage:

a) Sonderbedarfszulassung KVH, Kapitel 4.1
b) Ärztegenossenschaft, Kapitel 4.2
c) Weiterbildungsverbund, Kapitel 4.3
d) Förderrichtlinien, Kapitel 4.4
e) Regionales Versorgungszentrum (als Erweiterung eines hausärztlichen MVZ), Kapitel 4.5
f) PORT-Zentrum einschl. Lotsung und Case Management, Kapitel 4.6
g) (privatwirtschaftliches / kommunales) Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), Kapitel 4.7

4.1. Sonderbedarfszulassung

Nach intensiven Gesprächen mit der KV Hessen wurde deutlich, dass ein Antrag auf Sonderbedarf zwar gestellt werden kann, jedoch alle im Planungsbereich niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte diesem zustimmen müssen. Die KV Hessen sieht hierbei erfahrungsgemäß nur äußerst geringe Erfolgsaussichten. Ein Sonderbedarf ohne die Einbindung niedergelassener Hausärzte ist nicht möglich. Die KVH empfiehlt laufenden Kontakt zur Ärzte- und Ausschreibungsbörse um zu erwartende Praxisabgaben frühzeitig in Erfahrung zu bringen.

Nach erneuter Kontaktaufnahme mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hinsichtlich weiterer möglicher Arztsitze in Schmitten im Juni 2025 wurde auf telefonische Nachfrage ein weiterer Kassensitz im Gemeindegebiet Schmitten im Falle einer Praxiserweiterung in Aussicht gestellt.

4.2. Ärztegenossenschaft im Überblick

Als freiwilliger Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten dient eine Genossenschaft üblicherweise dem Austausch von Wissen, Kostensenkungen beim gemeinsamen Einkauf, interner Austausch bei fachlichen und IT-Problemen/Herausforderungen.

4.2.1. Ärztegenossenschaft – Organisationsstruktur

Ärztegenossenschaften unterliegen dem Genossenschaftsrecht. Dies definiert die folgenden Rollen:

1. **Vorstandsvorsitzender:** Er leitet die Vorstandssitzungen und repräsentiert die Genossenschaft nach außen. Er trägt allein oder gemeinsam mit anderen Vorstandsmitgliedern die strategische Verantwortung und hat Rechtsbefugnisse.
2. **Vorstand**: Der Vorstand besteht aus mehreren Fachärzten, die die strategische Leitung der Genossenschaft übernehmen.
3. **Geschäftsführung**: Die Geschäftsführung ist für die operative Leitung und die Umsetzung der strategischen Entscheidungen des Vorstands verantwortlich.
4. **Aufsichtsrat**: Der Aufsichtsrat überwacht die Arbeit des Vorstands und der Geschäftsführung. Er besteht aus mehreren Fachärzten, darunter der Aufsichtsratsvorsitzende.
5. **Verwaltung und Stabstellen**: Diese Abteilungen unterstützen die Genossenschaft in administrativen und technischen Belangen. Dazu gehören üblicherweise Sekretariat, Buchhaltung und EDV & Technik.

4.2.2. Ärztegenossenschaft – Vorteile / Mehrwert

a) Förderung von Zusammenarbeit und Austausch zwischen den Mitgliedern
b) Kosteneinsparung durch gemeinsame Einkäufe und Rahmenabkommen
c) Bürokratische Entlastung durch die Übernahme von administrativen Aufgaben
d) Stärken der Verhandlungsbasis gegenüber Krankenkassen, politischen Institutionen usw.
e) Möglichkeit von ISO-Zertifizierungen, welche einzelne Praxen überfordern würden

Problem der bestehenden Genossenschaften ist, dass die jeweiligen Ärzte in ihren Einzelpraxen beziehungsweise Bestandspraxen verbleiben. Mögliche Effizienz- und Skaleneffekte durch grö-

ßere Praxiseinheiten, die auch die Anstellung von weiteren Teilzeitärzten erleichtern, werden hierdurch nicht ausgeschöpft. Zur Lösung eines in ländlichen Regionen auftretenden Ärztemangels sind Ärztegenossenschaften daher grundsätzlich nicht zu empfehlen. (siehe Rechtsformvergleich, Kapitel 8)

4.3. Weiterbildungsverbünde

Weiterbildungsverbünde bestehen aus mehreren medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Praxen und anderen Gesundheitseinrichtungen, die zusammenarbeiten, um eine umfassende ärztliche Weiterbildung zu gewährleisten. Eine zentrale Geschäftsstelle koordiniert die Aktivitäten der Verbünde, unterstützt die Planung und Organisation der Weiterbildungsmaßnahmen und dient als Ansprechpartner für die Teilnehmer.

Weiterbildungsverbünde sind für die langfristige Sicherung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen eine notwendige Grundvoraussetzung. Die Übernahmewahrscheinlichkeit einer Praxis durch einen Weiterbildungsassistenten nach der Facharztprüfung ist deutlich überdurchschnittlich.

Weiterbildungsverbünde können jedoch den kurzfristigen Arztmangel nicht beheben, sie verändern nicht die regionale Praxisstruktur und sind somit notwendiges Begleitinstrumentarium.

4.4. Förderrichtlinien

Letztere Aussage trifft auch für Förderrichtlinien zu. Diese sind geeignete Instrumentarien, um eine Ansiedlung oder Anstellung zusätzlicher Ärztinnen und Ärzte zu erleichtern. Allerdings treten hier immer häufiger Kommunen in Wettbewerb zueinander. Übliche Fördermöglichkeiten sind:

a) Finanzielle Anreize: Zuschüsse für die Niederlassung, Übernahme von Praxis- und Wohnraumkosten sowie finanzielle Unterstützung für den Praxisaufbau.
b) Stipendienprogramme: Stipendien für Medizinstudierende, die sich verpflichten, nach ihrem Studium in unterversorgten Regionen zu arbeiten.
c) Unterstützung bei der Kinderbetreuung: Bereitstellung von Betreuungsplätzen oder finanzielle Unterstützung für die Kinderbetreuung, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erleichtern.
d) Arbeitsplatz für den Lebenspartner: Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche für den Lebenspartner, um die Attraktivität der Region für die gesamte Familie zu erhöhen.
e) Mentoring und Weiterbildung: Angebote für Mentoring-Programme und kontinuierliche Weiterbildung, um die berufliche Entwicklung zu fördern.

4.5. Regionales Versorgungszentrum als Ergänzung eines hausärztlichen MVZ

4.5.1. RVZ im Überblick

Regionale Versorgungszentren (RVZ) sind Einrichtungen in ländlichen Regionen, welche die ärztliche Versorgung mit pflegerischen, gesundheitsbezogenen Leistungen und Angeboten der sozialen Daseinsvorsorge kombinieren. Die Zentren bündeln an einem Ort, der zentral und gut erreichbar ist, die entsprechenden Angebote. Die Angebote werden dabei an die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Gemeinde und ihres Einzugsbereichs angepasst.

Vorreiter beim Bereich Regionale Versorgungszentren ist das Bundesland Niedersachsen, welches in fünf Modellprojekten die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit von Regionalen Versorgungszentren erprobte. Die Versorgungszentren haben langfristig dazu beigetragen den Hausärztemangel zu bekämpfen und die generelle Infrastruktur in ländlichen Regionen zu verbessern. Das Förderprojekt wurde aufgrund der positiven Wirkungen in den Regionen verlängert.



Gemeindenahe Gesundheitszentren, die von der Prävention bis zur Sozialarbeit möglichst viele Angebote rund um das Gesundbleiben und Gesundwerden im gewohnten Lebensumfeld bereithalten, gibt es in Deutschland in der Regel nicht. Genau solche Zentren könnten aber eine bessere Versorgung chronisch kranker Menschen aus einer Hand ermöglichen.

In den RVZ sollen Dienstleistungen zur Daseinsvorsorge an gut erreichbaren Orten gebündelt werden.

Die Basis der RVZ bildet ein kombiniertes Angebot aus hausärztlicher Versorgung – über ein kommunales MVZ – und unterschiedlichsten Angeboten aus dem Bereich der Daseinsvorsorge.

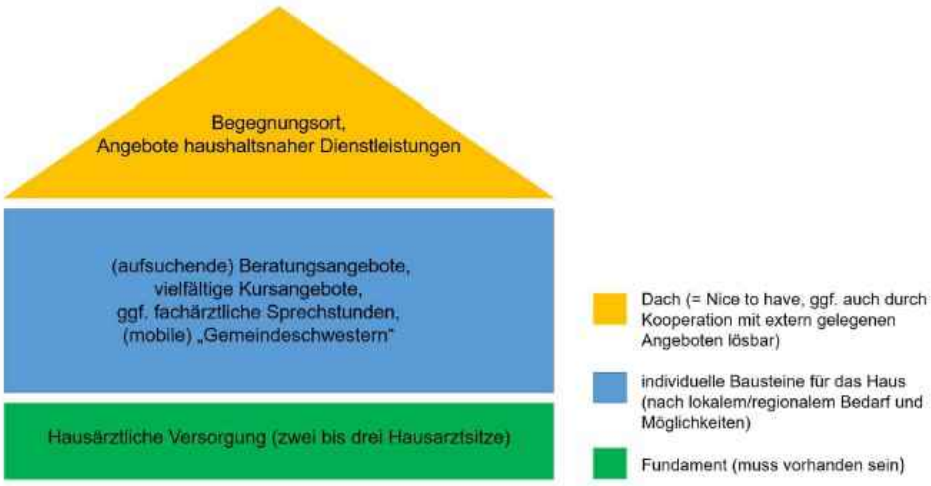
Das können beispielsweise Tagespflege und Beratungsangebote sein – von der Familien- über die Senioren-, Pflege- bis hin zur Suchtberatung, Hebammendienste oder Präventionskurse, Ergo-, Logo- oder Physiotherapie, haushaltsnahe Dienstleistungen oder auch ein Café als Treffpunkt zum Austausch, Multifunktionsräume z.B. für Nachbarschaftsinitiativen oder Fahrdienste. Was genau am jeweiligen Standort benötigt wird, legen die Akteure vor Ort fest.

Abbildung 23 Kurzüberblick Regionales Versorgungszentrum

4.5.2. Struktur des Versorgungsmodells RVZ

Grundlage für ein RVZ ist jeweils ein haus- und/oder fachärztliches MVZ in kommunaler Trägerschaft. Darauf aufbauend entstehen unterschiedliche – auf den regionalen Bedarfen und Anbieterstrukturen basierende – Angebote. Diese können dauerhaft, periodisch oder punktuell erfolgen und binden privatwirtschaftliche und kommunale Angebote von Gemeinde/Stadt und Kreis ein. Als Dach ist jeweils eine Begegnungsstätte konzipiert. Zwei unterschiedliche Beispiele aus dem Evaluationsbericht der ersten Förderperiode in Niedersachsen verdeutlichen das Modell:

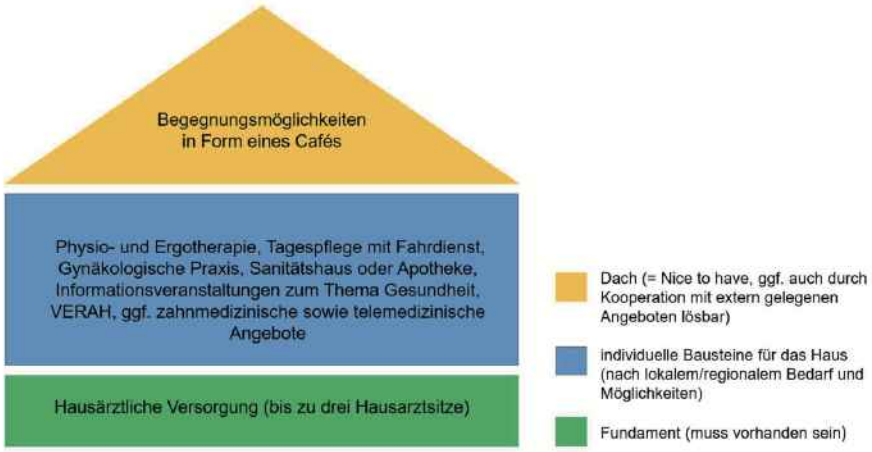
Abbildung 25: Aufbau RVZ Baddeckenstedt



Quelle: Eigene Darstellung, März 2022

Abbildung 24 Aufbau des RVZ Baddeckenstedt (Niedersachsen)

Abbildung 9: Aufbau RVZ Wurster Nordseeküste



Quelle: Eigene Darstellung, Stand März 2022

Abbildung 25 Aufbau RVZ Wurster Nordseeküste

4.6. PORT-Zentrum einschl. Lotsung und Case Management

Ein PORT-Zentrum (Patientenorientiertes Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung) ist ein innovatives Versorgungsmodell, das die ganzheitliche und patientenzentrierte Betreuung in den Mittelpunkt stellt. Es wurde von der Robert Bosch Stiftung entwickelt und orientiert sich an internationalen Vorbildern wie den „Community Health Centers" in den USA. Ziel eines PORT-

Zentrums ist es, die medizinische Versorgung mit sozialen, pflegerischen und präventiven Angeboten zu verknüpfen, um insbesondere chronisch kranken, multimorbiden oder pflegebedürftigen Menschen eine umfassende Betreuung zu ermöglichen.

Ein zentrales Merkmal eines PORT-Zentrums ist der interdisziplinäre Ansatz. Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychologen und therapeutische Berufe arbeiten Hand in Hand, um den Patienten eine umfassende und individuell abgestimmte Versorgung zu bieten. Durch die Koordination der verschiedenen Akteure wird eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet, die Versorgungslücken schließt und die Eigenständigkeit der Patienten fördert. Digitale Technologien, wie Telemedizin und Monitoring-Tools, unterstützen dabei die Effizienz und Zugänglichkeit der Leistungen.

Neben der medizinischen Versorgung bietet ein PORT-Zentrum auch präventive Maßnahmen, Schulungen und Beratungen an, die auf die langfristige Gesundheitsförderung abzielen. Ein besonderer Fokus liegt auf der Unterstützung im Alltag, der Entlastung von Angehörigen sowie der Bereitstellung psychosozialer Dienste, etwa bei Pflegebedürftigkeit oder seelischen Belastungen.

PORT-Zentren bieten somit eine zentrale Anlaufstelle, in der medizinische, pflegerische und soziale Leistungen gebündelt werden. Sie schaffen eine strukturierte, patientenorientierte Versorgung, die sowohl individuelle Bedürfnisse als auch gesellschaftliche Herausforderungen wie den demografischen Wandel adressiert. Dieses Modell bietet nicht nur Vorteile für die Patienten, sondern stärkt auch das lokale Gesundheitswesen durch eine effizientere Nutzung der Ressourcen und die Förderung von Prävention.

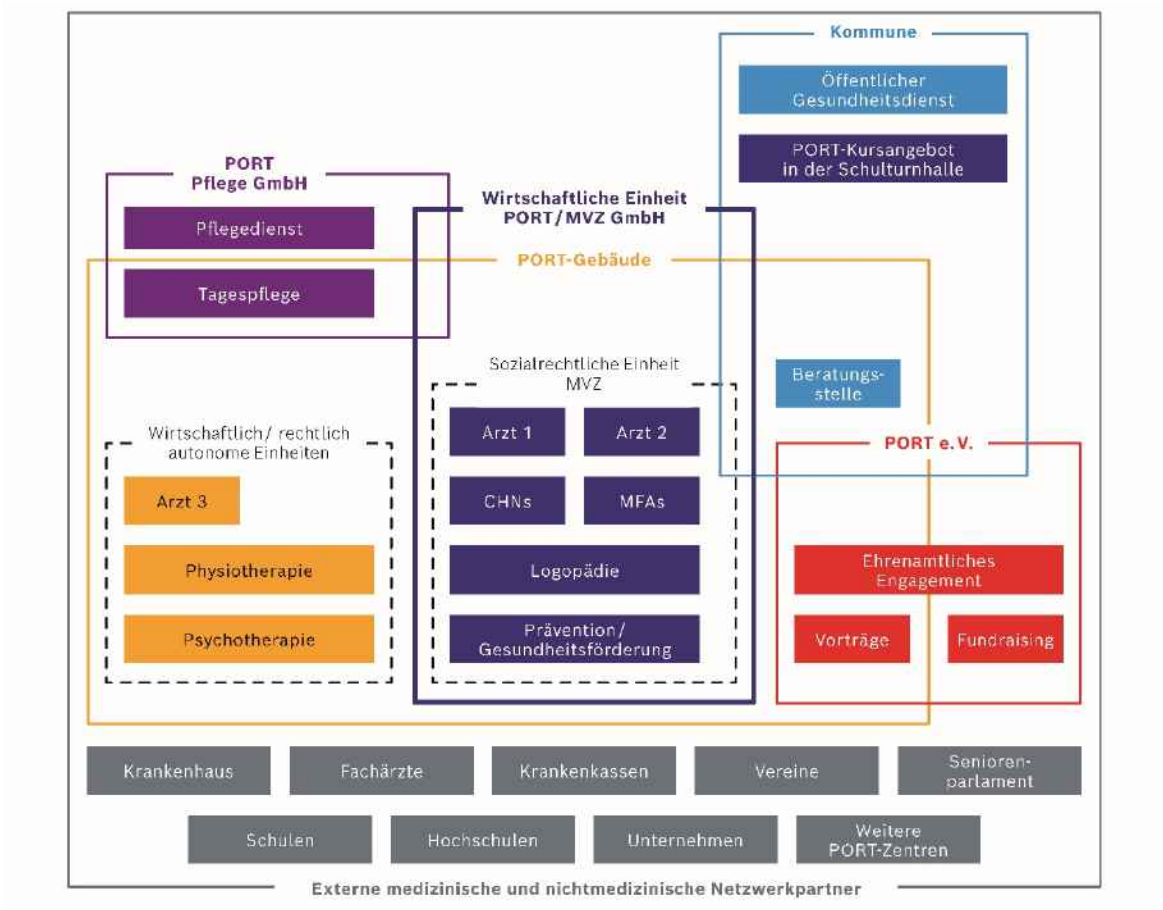


Abbildung 26 Aufbau eines PORT-Zentrums

5. Kommunales Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Obgleich Regionales Versorgungszentrum oder PORT-Zentrum, ein hausärztliches Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ist in jedem Fall zunächst als Nukleus aufzubauen.

5.1. Gründung und Zulassung

Die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland ist hierbei im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) „Gesetzliche Krankenversicherung“ geregelt. Diese Aufgabenstellung wurde der Kassenärztlichen Vereinigung, welche in jedem Bundesland vertreten ist, als Körperschaft des öffentlichen Rechts zur Umsetzung und Erfüllung übergeben. Im Jahr 2015 hat man dennoch aufgrund des zunehmenden Ärztemangels im ambulanten medizinischen Versorgungsbereich, in einer Gesetzes-Novellierung des SGB V (Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung/GKV-Versorgungsstärkungsgesetz), den Kommunen die Mithilfe bei der Sicherstellung eingeräumt. Mit dem aktuell vorliegenden Kabinettsentwurf

zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) wird dies nochmals erweitert und die Möglichkeiten der Kommunen bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erweitert und erleichtert.

Auf Grundlage der gesetzlichen Neuregelung des SGB V, plant die Gemeinde Schmitten eine Gesellschaft zu gründen, um die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Gemeindegebiet nachhaltig zu gewährleisten.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können gegründet werden durch:

- Vertragsärzte / Psychotherapeuten
- Krankenhäuser
- Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen
- Gemeinnützige Träger mit Versorgungsauftrag
- **Kommunen.**

Folgende Rahmenbedingungen sind zu beachten:

- Für die Gründung sind mindestens zwei hälftige Arztsitze und zwei Vertragsärzte notwendig.
- MVZ benötigen eine Zulassung durch den örtlich zuständigen Zulassungsausschuss, hier des Zulassungsausschusses Köln.
- Die Tätigkeit von Ärzten im MVZ unterliegt der Bedarfsplanung.
- MVZ können facharztgleich oder -übergreifend geführt werden.
- Die Gründung eines MVZ mit zwei oder mehr Standorten ist generell möglich, allerdings muss zu diesem Zeitpunkt sichergestellt sein, dass mehr als die Hälfte der ärztlichen Leistungen in der Zentrale erfolgen.

Die Kommunen sind nach §95 Abs. 1a SGB V mögliche Gründer eines MVZ. Sie werden dadurch zu Leistungserbringern i. S. d. Krankenversicherungsrechts, fungieren also insoweit nicht als Sozialleistungsträger wie etwa im Bereich der kommunalen Grundsicherung und der Jugendhilfe (vgl. §§ 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB II, 78 SGB VIII).

Kommunen i. S. v. § 95 Abs. 1a SGB V sind alle kommunalen Gebietskörperschaften, d. h. die Landkreise, die Städte und die kreisangehörigen Gemeinden.

Es muss sich aber, anders als nach früherer Rechtslage, nicht mehr um eine fachübergreifende Einrichtung handeln. Daraus folgt, dass nunmehr auch arztgruppengleiche MVZ gegründet wer-

den können, also etwa auch reine Hausärzte-MVZ. Damit sollte namentlich auch den Kommunen die Gründung von MVZ erleichtert werden. Konstitutive Voraussetzung für eine Einrichtung ist es daher, dass zumindest zwei Ärzte im MVZ tätig sind.

Das MVZ bedarf nach § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V zudem eines ärztlichen Leiters. Damit sind nicht die rechtlichen Leitungsbefugnisse gemeint, sondern die ärztlichen Entscheidungsbefugnisse. Die Notwendigkeit einer „ärztlichen Leitung" stellt also sicher, dass ärztliche Entscheidungen nicht von Nicht-Ärzten beeinflusst werden (vgl. auch § 95 Abs. 1 S. 3 Hs. 2 SGB V: „er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei").

Der ärztliche Leiter muss nach § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V selbst im MVZ tätig sein. Denn „nur ein ärztlicher Leiter, der in die Organisations- und Versorgungsstrukturen des medizinischen Versorgungszentrums eingebunden ist, hat tatsächlich Einwirkungsmöglichkeiten auf die dortigen Abläufe." Das erfordert „zwar keine fachliche Verantwortung für jede einzelne Behandlungsmaßnahme, wohl aber die Verantwortung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und eine Gesamtverantwortung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung." Der Ärztliche Leiter hat also aus vertragsarztrechtlicher Sicht eine Schlüsselstellung im MVZ, weil er insbesondere im Verhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung dafür einzustehen hat, dass die Ärzte im MVZ die vertragsärztlichen Pflichten erfüllen.

Diese Anforderungen haben Auswirkungen auch auf die Anwesenheitspflichten des ärztlichen Leiters. Dieser muss in dem MVZ selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein. Ein Vertragsarzt muss aber die vertragsärztliche Tätigkeit nach § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV28 grundsätzlich vollzeitig ausüben; das dürfte sich gerade in der Gründungsphase auch empfehlen. Er kann sie aber durch Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss auf die Hälfte des Versorgungsauftrages beschränken (§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV). Zwar reicht nach dem zum 1.3.2017 neu gefassten § 77 Abs. 3 S. 2 SGB V nunmehr schon ein Beschäftigungsumfang von 10 Wochenstunden für die Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung aus. Doch würde eine Übertragung auf § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V der in der zitierten Gesetzesbegründung profilierten Schlüsselstellung des ärztlichen Leiters nicht gerecht. Es ist kaum vorstellbar, dass ein Arzt, der nur wenige Stunden am Tag im MVZ tätig ist „und damit die Versorgungsstrukturen nur ‚von außen' kennt, ärztliche Leitungsfunktionen gegenüber angestellten Ärzten und Vertragsärzten ausüben kann." Hierzu formuliert die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) stellvertretend für alle anderen KV: „Der Ärztliche Leiter muss im MVZ selbst als Vertragsarzt (mit vollem oder hälftigen Versorgungsauftrag) oder als angestellter Arzt (in einem Anstellungsumfang von mindestens 20 Wochenstunden) tätig sein." Er kann, muss aber nicht in der Geschäftsführung des MVZ tätig sein.

5.2. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Teil I des GVSG behandelt vorrangig die Stärkung der Kommunen in der Gesundheitsversorgung. So heißt es im Kabinettsentwurf hierzu auszugsweise:

„Darüber hinaus zielt der Gesetzentwurf darauf ab, die Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch Kommunen zu erleichtern und diese damit noch besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen".

Und ferner: „Die Gründung von MVZ durch Kommunen wird erleichtert. Der Gesetzentwurf sieht hierfür für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) die Möglichkeit vor, die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs abhängt."

Der Gesetzgeber macht damit deutlich, dass er die im ambulanten und stationären Gesundheitswesen stattfindende Transformation in seiner vollen Bedeutung für die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung erkannt hat. Nach der gesetzlichen Neuerung im Jahr 2015, seit der Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) auftreten dürfen, sollen nunmehr die Möglichkeiten von Kommunen ausgeweitet werden sich an der Versorgung zu beteiligen.

5.3. Rechtsformvergleich und -auswahl

5.3.1. Mögliche Rechtsformen

Es ist zunächst zu prüfen in welcher Rechtsform eine MVZ-Trägergesellschaft grundsätzlich gegründet werden kann. Folgende Rechtsformen kommen für die Gründung und den Betrieb eines kommunalen MVZ in Frage:

- Regie- und Eigenbetriebe
- Anstalt des öffentlichen Rechts
- Körperschaften des öffentlichen Rechts
- Genossenschaften
- **GmbH**
- gemeinnützige GmbH (gGmbH)

Die Rechtspersönlichkeit der (g)GmbH ist bei den Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland die dominierende Unternehmensform. Von den derzeit 46 in Deutschland existierenden

kommunalen MVZ wurden 33 in der Rechtform der (g)GmbH gegründet, gefolgt von der Anstalt des öffentlichen Rechts (5) und den Eigenbetrieben (4).

Mögliche Rechtsformen und deren Kurz-Bewertung im Überblick:

- **Regie- und Eigenbetriebe** sind durch die fehlende eigene Rechtspersönlichkeit kaum für den Betrieb Medizinischer Versorgungszentren geeignet. Die Beteiligung weiterer privater Träger oder anderer Kommunen ist ausgeschlossen.

- Die **Anstalt des öffentlichen Rechts** ist kaum entwicklungsfähig, da sie nur Kunden und keine Mitglieder hat. So kann z.B. keine weitere Kommune mit angeschlossen werden, ohne dass die AöR geschlossen und neu gegründet wird.

<table>
<tr><th></th><th>Regiebetrieb</th><th>Eigenbetrieb</th></tr>
<tr><td>Positiv</td><td>• Einfache Gründung, gemeindlicher Organisationsakt
• Keine KV-Sicherheitsleistung notwendig</td><td>• Wirtschl. Unternehmen nach § 114 GO,
• daher Sondervermögen
• Keine KV-Sicherheitsleistung notwendig</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Negativ</td><td colspan="2">• Keine eigene Rechtspersönlichkeit
• Organisatorische und inhaltliche Überforderung
• Keine Unternehmensversicherungen möglich</td></tr>
<tr><td>Kein eigenes Vermögen</td><td>Stammkapital üblicherweise 30-40% des Geschäftsvolumens</td></tr>
<tr><td>Gesamt</td><td>nicht zu empfehlen</td><td>nur in wirklichen Ausnahmefällen zu empfehlen</td></tr>
</table>

- **Körperschaften des öffentlichen Rechts** sind durchaus mögliche und marktadäquate. Sie begrenzen zwar die Art der Träger, sind jedoch wachstumsfähig, da sie den Kreis der Träger auf Kommunen begrenzen.

Wir werden also im Folgenden insbesondere die Rechtsformen der (g)GmbH und der Genossenschaft beleuchten.

5.3.2. Vergleich (g)GmbH und Genossenschaft

Beteiligung Dritter (neben der Kommune als Gründerin) an der (g)GmbH und Genossenschaft

Grundsätzlich können neben Kommunen dritte Parteien sowohl an einer Genossenschaft als auch an einer GmbH oder (g)GmbH beteiligt werden. Bei einem MVZ ist aber zu beachten, dass der Kreis der beteiligungsfähigen Personen (Gründer) gesetzlich beschränkt ist auf die oben bezeichneten Ärzte, Krankenhäuser und Erbringer nicht ärztlicher Dialyse-Leistungen et cetera. (§ 95 Abs. 1 a, S. 1 SGB V). Eine GmbH (oder (g)GmbH) kann als Ein-Person-Gesellschaft einer z. B. Kommune als Alleingesellschafterin gegründet werden.

Bei einer Genossenschaft stellt sich die Frage, ob die Gründung nicht notwendigerweise nicht nur unter Beteiligung Dritter überhaupt möglich ist, denn gemäß § 4 Genossenschaftsgesetz muss die Zahl der Mitglieder einer Genossenschaft mindestens drei betragen. Eine Genossenschaft als Trägerin eines MVZ käme für die Kommunen daher nur in Betracht, wenn sich mehrere Kommunen oder eine Kommune und weitere nach § 95 Abs. 1a SGB V mögliche Gründer zu ihrer Gründung zusammenschließen.

Nachteil der Formenstrenge des Genossenschaftsrechts

Bei der Abwägung der Wahl der zivilrechtlichen Rechtsform spricht für die GmbH (oder (g)GmbH) die Möglichkeit der Flexibilität der Ausgestaltung der Satzung, da im GmbH-Recht das Prinzip der Satzungsfreiheit besteht (§ 45 GmbH-Gesetz), das heißt die internen Gesellschaftsorganisationsformen können abweichend vom Gesetz geregelt werden. Das ist insbesondere bei Beteiligung Dritter neben der Kommune einer GmbH ein erheblicher Vorteil und bietet Gestaltungsmöglichkeiten.

	AöR	KdöR
Positiv	• Gründung nach der Kommunalunternehmensverordnung sowie § 114a Abs. 2 GO. • Umgründung in Kommunalunternehmen möglich • Stammkapital durch Träger (30-40% Geschäftsvolumen) • Eigenes Vermögen	• Gründung als Betrieb gewerblicher Art in Form einer Körperschaft durch einen öffentlich-rechtlichen Gründungsakt • Hat Mitglieder, die gem. der Statuten wechseln können • Gründungskapital durch Mitglieder
Negativ	• Keine Mitglieder, nur Nutzer • Begrenzte und aufwendige Umgründung • Haftet mit gesamten Vermögen, da keine hoheitliche Aufgabe, keine übergeleitete Haftung auf die öffentliche Hand	• Haftet mit gesamten Vermögen, da keine hoheitliche Aufgabe, keine übergeleitete Haftung auf die öffentliche Hand
Gesamt	Für einen dynamischen Markt im Wandel zu starr	klar definierte Geschäftsbasis eingeschränkte Weiterentwicklung

Bei der Genossenschaft gilt dagegen das Prinzip der Satzungsstrenge (§ 18 S. 2 Genossenschaftsgesetz). Von den Bestimmungen des Genossenschaftsgesetzes darf in der Satzung also nur insoweit abgewichen werden, als dies im Gesetz ausdrücklich auch zugelassen ist.

Gerade bei der Zusammenarbeit der Kommunen mit Ärzten im Rahmen eines MVZ dürfte die Formenstrenge des Genossenschaftsgesetzes ein erheblicher Gestaltungsnachteil im Verhältnis zur GmbH sein.

Beispielsweise gäbe es bei der GmbH die Möglichkeit der Abdingbarkeit des Kopfstimmrechtes von der auch in der Praxis erheblicher Gebrauch gemacht wird und die Abstimmung nach Anteil an Nominalkapital übliche Regelung ist. Bei der Genossenschaft dagegen hat jedes Mitglied ohne Rücksicht auf die Zahl seine Geschäftsanteile oder die Höhe des Geschäftsguthabens grundsätzlich nur eine Stimme und Mehrstimmenrechte sind nur in geringem Umfang und nur bis zu drei Stimmen zulässig (§ 43 Abs. 3 Genossenschaftsgesetz).

Eingeschränkte Steuerungsmöglichkeiten bei der Genossenschaft

Ein wesentlicher Unterschied und Nachteil der Genossenschaft im Verhältnis zur GmbH ergibt sich bei den Steuerungsmöglichkeiten der Gesellschafter und speziell der beteiligten Kommunen.

Bei der Rechtsform der GmbH kann die Kommune als Gesellschafter unmittelbar unter Ausübung ihres Stimmrechtes Weisungen der Gesellschafterversammlung an die Geschäftsführung steuern. Bei der Genossenschaft ist der Vorstand der Genossenschaft ähnlich dem Vorstand einer Aktiengesellschaft nicht an Einzelweisungen gebunden. Die Steuerungsfähigkeit durch die Kommunen ist damit erheblich eingeschränkt.

5.3.3. Ergebnis Rechtsformvergleich (g)GmbH und Genossenschaft

Im Ergebnis sind wir der Auffassung, dass die Nachteile der Rechtsform der Genossenschaft hinsichtlich insbesondere eingeschränkter Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen und auch hinsichtlich eingeschränkter Gewinnmaximierung der Beteiligten (zumindest bei beteiligten Ärzten und MVZ als relevanter Gesichtspunkt) die Vorteile der Genossenschaft, die u.a. in der Begünstigung als Träger als MVZ und dem Verzicht auf die Erteilung von spezifischen Bürgschaften liegen mögen, überwiegen (ebenso zum Beispiel auch vertreten von Cansun-Labenski, in: Anwaltshandbuch, Medizinrecht, 3. Auflage 2019, § 10 Rn. 46 ff. für Medizinische Versorgungszentren).

	(g)GmbH	(g) e.G.
Positiv	• Ein Gründer genügt • Geschäftseinfluss (üblicherweise) abhängig von Gesellschaftsanteilen • Stammkapital min. 25.000 €, Sacheinlagen (Arztsitz) möglich • Eigenes Vermögen • Nachschusspflicht nach Ges.-Vertrag • Kurze Entscheidungswege und Gesamtzuständigkeiten GF	• Drei Gründer notwendig • Eigenes Vermögen, Sacheinlagen (Arztsitz) möglich • Nachschusspflicht nach Satzung • (noch) keine Sicherheitsleistung für KV
Negativ	• Sicherheitsleistung für KV, aber Bankbürgschaft nach § 232 BGB möglich	• Genossen unabhängig von ihren Anteilen gleichberechtigt (Gewinnverteilung) • Leichter Ein- und Ausstieg möglich, Risiko Untergang bei weniger als drei Genossen • Kein festes Kapital • Formenstrenge des Genossenschafts-rechts, Anpassung an MVZ kaum möglich
Gesamt	klar definierte Geschäftsbasis, zukunftsfähig	Struktur und Interessen ggf. volatil

Das gilt sowohl für den Fall der Alleingründung durch eine Kommune als auch für den Fall der Gründung gemeinsam mit weiteren – auch privaten – Trägern. Auch eine ggf. später angestrebte Veräußerung an Vertragsärzte wäre damit nicht ausgeschlossen.

Bei der Abwägung zwischen der Gründung in der Rechtsform einer GmbH im Verhältnis zur Gründung in der Rechtsform eines Eigenbetriebes ist zu bedenken, dass die spätere Beteiligung Dritter an einem von der Kommune allein gegründeten MVZ bei einem Eigenbetrieb ausgeschlossen ist. Die Zukunftsfähigkeit mit eventuell späterer Einbeziehung Dritter wäre also nur bei der Rechtsform der GmbH (oder andere zivilrechtliche Rechtsformen) gewährleistet. Nur wenn eine Kommune auf Dauer keine Dritten beteiligen will, kommt also ein Eigenbetrieb in Frage.

Aus den Rechtsformen der Anstalt öffentlichen Rechts, der (g)GmbH und der Genossenschaft empfehlen wir für die Gründung eines kommunalen MVZ die Rechtsform der GmbH.

Die Trägerschaft in der Rechtsform einer GmbH als gemeinnützige (g)GmbH kommt grundsätzlich in Betracht. Für das MVZ dürfte Gemeinnützigkeit allenfalls bei Alleinträgerschaft durch eine Kommune in Frage kommen, da private Dritte als Träger Dividenden erhalten wollen und eine gemeinnützige Körperschaft Dividenden nicht ausschüttet.

Die GmbH ist als unternehmerisch geeignetste Rechtsform eindeutig zu empfehlen. Volle Handlungsfähigkeit der Gesellschafter und die absolute Flexibilität der Gesellschafterzusammensetzung – natürlich im Kreis der befugten Träger – erleichtert den sukzessiven Aufbau der geplanten Strukturen. Der bislang notwendige Weg über eine Bankbürgschaft nach §232 BGB wird – folgt

man dem geplanten Kabinettsentwurf – im Jahresverlauf 2025 fallen. Damit dürfte der Weg über eine gedeckelte und von der Höhe her deutlich reduzierte Sicherheitsleistung durch die Kommunen offen sein.

Die Gründung einer **gemeinnützigen GmbH (gGmbH)** wird nicht empfohlen. Möglich wäre allerdings die Umwandlung der GmbH nach vollendetem Aufbau. Als Vorteile sind hier grundsätzlich die (deutliche) Steuerersparnis und das positive Image zu nennen. Jedoch ist die Mittelverwendung an vorab zu definierende Rahmenbedingungen gebunden. Die Aufnahme weiterer Gesellschafter (z.B. Ärzte) ist erschwert. Schlussendlich muss eine gemeinnützige GmbH nach notarieller Gründung umgehend den Betrieb aufnehmen.

5.3.4. Organe einer GmbH

Die Organe einer GmbH sind grundsätzlich die Geschäftsführung (kaufm. Leiter) sowie die Gesellschafterversammlung. Ein Aufsichtsrat oder Beirat kann additiv im Gesellschaftsvertrag aufgenommen werden, eine Verpflichtung hierzu besteht jedoch nicht, Die Gesellschafterversammlung besteht bei einem kommunalen MVZ mit einem Gesellschafter i.d.R. aus drei Mitgliedern. Dies können sein u.a. der (Ober-)Bürgermeister, Kämmerer, Geschäftsleiter, Wirtschaftsförderer etc. Bei einer interkommunalen Gründung können die Geschäftsanteile sich z.B. an der Einwohnerzahl bemessen oder am Umfang der ärztlichen Leistungserbringung am jeweiligen Standort orientieren.

Das Zusammenwirken der Organe der GmbH wird näher im Gesellschaftsvertrag, in Beteiligungsrichtlinien oder in der Geschäftsordnung geregelt. Das sog. Tagesgeschäft obliegt dabei der Geschäftsführung. Alle Angelegenheiten, die über den normalen Geschäftsgang hinausgehen, sind der Gesellschafterversammlung vorzulegen. Eine halbjährliche Berichtspflicht seitens der Geschäftsführung der Gesellschafterversammlung gegenüber, sichert die fortlaufende Transparenz und ermöglicht eine fundierte steuernde und kontrollierende Funktion der Gesellschafterversammlung.

5.4. Bürgschaft

5.4.1. Allgemeines

Kommunalrecht ist Ländersache. Dies hat die Konsequenz, dass den in § 95 SGB V einheitlich festgelegten MVZ-Gründungsvoraussetzungen in unterschiedlichen Bundesländern unterschiedliche kommunalrechtliche Vorbehalte entgegenstehen. Potenziert werden die hieraus resultierenden regionalen Besonderheiten dadurch, dass die in den einzelnen Bundesländern für die Zulassung Medizinischer Versorgungszentren zuständigen Zulassungsgremien ebenfalls sehr indivi-

duell und ohne Abstimmung mit den Gremien anderer Bundesländer entscheiden und Rechtsauffassungen entwickeln.

Neben den erwähnten bundeslandspezifischen Besonderheiten im Kommunalrecht und der unterschiedlichen Spruchpraxis der Zulassungsgremien ist die gesetzliche Regelung zur Sicherheitsleistung in § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V für Kommunen schwer umsetzbar. Zwar wurde extra für Kommunen die Möglichkeit geschaffen eine sog. „andere Sicherheitsleistung nach § 232 BGB“ zu leisten. Aktuell verbleibt nur die Möglichkeit sich in Vorabgesprächen mit den Zulassungsgremien auf die Stellung anderer, gleichwertiger Sicherheiten zu verständigen. Eine solche Verständigung ist rechtlich unproblematisch möglich, von der Kommune aber nicht einseitig durchsetzbar.

Die Gründung eines kommunalen MVZ in der Rechtsform einer GmbH hat für Kommunen neben vielen Vorteilen allerdings auch eine Gründungsschwäche. Die Kommune muss eine selbstschuldnerische Bürgschaft abgeben. Diese Hürde hat der Bundesgesetzgeber erkannt und daher im SGB V § 95 Absatz 2 Satz 6 formuliert:

> „Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.“

Kommunalrechtlich ist es den Kommunen nur mit Zustimmung der jeweiligen Rechtsaufsicht erlaubt, eine selbstschuldnerische Bürgschaft abzugeben. Da der Bundesgesetzgeber ausdrücklich eine Beteiligung der Kommunen bei der wohnortnahen, d.h. hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung möchte, hat er hier in Satz 6 die Inanspruchnahme einer anderen Sicherheitsleistung nach § 232 BGB eingefügt. § 232 BGB definiert gleichzeitig auch die „Arten“ der Sicherheitsleistung. Leider noch in der Ursprungsform aus dem Jahr 1941.

5.4.2. Arten nach BGB § 232:

(1) Wer Sicherheit zu leisten hat, kann dies bewirken

a) durch Hinterlegung von Geld oder Wertpapieren,

b) durch Verpfändung von Forderungen, die in das Bundesschuldbuch oder in das Landesschuldbuch eines Landes eingetragen sind,

c) durch Verpfändung beweglicher Sachen,

d) durch Bestellung von Schiffshypotheken an Schiffen oder Schiffsbauwerken, die in einem deutschen Schiffsregister oder Schiffsbauregister eingetragen sind,

e) durch Bestellung von Hypotheken an inländischen Grundstücken,

f) durch Verpfändung von Forderungen, für die eine Hypothek an einem inländischen Grundstück besteht,

g) oder durch Verpfändung von Grundschulden oder Rentenschulden an inländischen Grundstücken.

(2) Kann die Sicherheit nicht in dieser Weise geleistet werden, so ist die Stellung eines tauglichen Bürgen zulässig.

Da gründungswillige Kommunen keine der benannten Sicherheitsleistungen hinterlegen können, ist der Rückgriff auf einen „tauglichen" Bürgen, d.h. auf eine Bankbürgschaft in bestimmter Höhe notwendig.

5.4.3. Umsetzung bei der Abgabe einer Sicherheitsleistung nach §232 BGB

Die KVen haben sich bislang noch auf kein einheitliches Vorgehen in diesen Fällen geeinigt. Einheitlich wird dabei von den KVen auf die Form einer Bankbürgschaft zurückgegriffen, allerdings mit unterschiedlichen „Deckelungen". Um diese regionale Ungleichbehandlung von privatwirtschaftlichen und kommunalen Gründungswilligen zu beenden, wird im Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) dieser Aspekt wie folgt aufgegriffen:

(Auszug aus dem Kabinettsbeschluss zum GVSG)

Zu Nummer 11 / zu Buchstabe a

Die Änderung zielt auf eine Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ in der Rechtsform der GmbH insbesondere für Kommunen ab.

„Nach § 95 Absatz 2 Satz 6 ist ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH nur zulassungsfähig, wenn die Gesellschafter der GmbH für etwaige Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen Sicherheit leisten. Dies kann dadurch erfolgen,

dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgeben oder die in § 232 BGB vorgesehenen Sicherheitsleistungen erbringen. Für den Fall der Abgabe einer Bürgschaftserklärung durch die Gesellschafter ist bislang eine betragsmäßige Beschränkung der Bürgschaft in § 95 Absatz 2 nicht gesetzlich vorgesehen. Darüber hinaus wird aus der Kommunalpraxis berichtet, dass die Kommunen aus kommunalrechtlichen Gründen keine betragsmäßig unbeschränkten Bürgschaftserklärungen abgeben dürfen und deshalb auf kostenpflichtige Bankbürgschaften angewiesen sind. Zwar können die Kommunen MVZ auch in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform gründen, deren Zulassung gerade nicht von einer Sicherheitsleistung abhängt. Seitens der Kommunen besteht jedoch ein gesteigertes Interesse, ein MVZ nicht in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform, sondern in der Rechtsform einer GmbH zu gründen. Schließlich sind auch die alternativ zu erbringenden Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB typischerweise auf eine bestimmte Höhe beschränkt.

Mit vorliegender Änderung wird geregelt, dass für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH als Sicherheitsleistung auch die Abgabe einer Höchstbetragsbürgschaft durch den Gesellschafter zulässig ist. Die konkrete Höhe der zu übernehmenden Bürgschaft kann damit an die Umstände des Einzelfalls beziehungsweise am jeweiligen Sicherungsbedürfnis der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen ausgerichtet werden. Hierbei können etwa die Anzahl der Arztstellen, die vorliegenden Facharztausrichtungen und die durchschnittlichen Regressbeträge der vertretenen Fachgruppen, der Honorarumsatz des MVZ sowie der Umsatz an verordneten Arznei- und Heilmitteln berücksichtigt werden. Die Regelung gilt auch für die Sicherheitsleistungen der Gesellschafter nichtkommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH.

An die Höhe der nach § 232 BGB abgegebenen Sicherungsleistungen werden in der gegenwärtigen Zulassungspraxis teilweise unterschiedliche Anforderungen gestellt (etwa je Arztstelle zweifacher durchschnittlicher Jahresumsatz der im MVZ vertretenen Fachgruppe oder fünffacher Umsatz des MVZ). Zur Vermeidung ungleicher Zulassungsvoraussetzungen werden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der GKV-Spitzenverband beauftragt, mit Wirkung zum ersten Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats jeweils differenzierte Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der zu erbringenden Sicherheitsleistungen einschließlich der Gesellschafterbürgschaften festzulegen, an denen sich die Zulassungsausschüsse zu orientieren haben. Hierdurch soll die Zulassungspraxis vereinheitlicht und ein angemessenes Verhältnis der Sicherungsleistungen zum Sicherungsinteresse der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls

hergestellt werden. Die Festlegungen der Vereinbarungspartner zur Höhe der Sicherheitsleistungen gelten sowohl für die Bürgschaftserklärungen der Gesellschafter als auch für die anderen Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB. Vorgesehen ist, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung einerseits und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung andererseits getrennte Verträge mit dem GKV-Spitzenverband schließen, um etwaigen Besonderheiten im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich Rechnung tragen zu können.

Das Recht der Gesellschafter zur Begrenzung ihrer Sicherheitsleistungen besteht bereits im Zeitraum bis zum Inkrafttreten der Rahmenvereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem GKV-Spitzenverband. Bis zu diesem Zeitpunkt ist davon auszugehen, dass die Zulassungsausschüsse ihre bisherigen Orientierungswerte zur Festlegung der Höhe der Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB auch für die Bürgschaften der Gesellschafter zur Anwendung bringen."

Im vorliegenden Fall könnte die Bürgschaft durch einen Avalkredit (Bankbürgschaft) bereitgestellt werden. Avalkreditnehmer wäre hier die GmbH. Eine etwaige – von der Rechtsaufsicht genehmigte – (Teil-)Rückbürgschaft der Gemeinde, würde die jährliche Avalprovision auf bis zu 0,25 % reduzieren.

5.4.4. Für was wird gebürgt?

Einig sind sich jedoch alle Kassenärztlichen Vereinigungen, dass „durch die selbstschuldnerische Bürgschaft Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen abgesichert werden sollen, die bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch noch nach Auflösung des MVZ geltend gemacht werden könnten. Dazu zählen unter anderem falsche und nicht plausible Abrechnungen, sachlich-rechnerische Berichtigungen aus sonstigem Schaden (§ 106 d SGB V) und aus Verordnungsfehlverhalten (unwirtschaftliche Verordnung, Überschreitung in der Durchschnittswerteprüfung) durch die im MVZ tätigen Ärzte sowie Regresse im Zusammenhang mit der falschen Verordnung von Sprechstundenbedarf. Hierbei handelt es sich um keine Besonderheiten für MVZ, sondern um Vorgaben, die für alle Arztpraxen gelten."

Die Bürgschaft erfasst thematisch also lediglich Honorarthemen gegenüber der KV und den Kassen, Behandlungsfehler sind keine Grundlage für Bürgschaftsfälle. Patienten, die der Auffassung sind durch einen Behandlungsfehler im MVZ Schäden erlitten zu haben, können nicht auf die Bürgschaft zugreifen. Hinzu tritt, dass solche Themen ohnehin separat durch eine Berufshaftpflichtversicherung versichert werden.

Die Gefahr aus der Bürgschaft im Umfang von sechs oder siebenstelligen Beträgen zu haften, besteht nur bei nachgewiesener fortwährender Falschabrechnung (meist sogar in Form eines gewerbsmäßigen Betruges). Bei ordnungsgemäßer Führung eines MVZ durch einen kundigen und vorsichtigen ärztlichen Leiter ist dies kein realistisches Szenario.

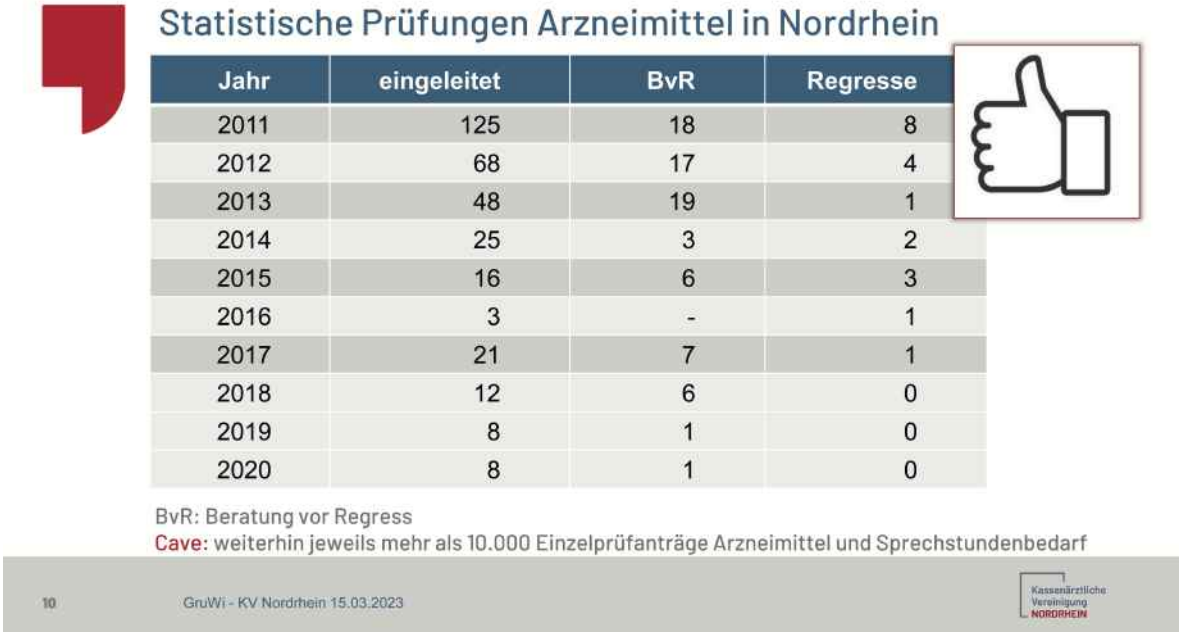


Abbildung 27 Anzahl Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse am Beispiel der KVNO

Hinweis: Es wird empfohlen ein externes Abrechnungscontrolling in Anspruch nehmen, um die Qualitätsstandards bzgl. der Abrechnungsregularien fortlaufend einzuhalten. Darüber hinaus kann durch ein externes Controlling die Abrechnungsmöglichkeiten voll ausgeschöpft werden.

Der derzeitige GVSG-Entwurf sieht hier ebenfalls eine Anhebung der Bagatellgrenze von 50 EUR auf 300 EUR vor. Dadurch sollen laut Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums rd. 70 Prozent der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse entfallen.

5.5. Standort

Die Gemeinde Schmitten möchte bei dem geplanten Vorhaben auf einen lokalen Immobilieninvestor und -entwickler zurückgreifen. Dieser verfügt über ein zentral gelegenes Grundstück an der Seelenberger Straße im Herzen von Schmitten. Derzeit ist das Areal mit einem Bäcker und einem Rewe-Getränkemarkt bebaut. Für den Rewe-Markt besteht die Möglichkeit einer Aufstockung, wodurch rund 1.000 Quadratmeter zusätzliche Fläche geschaffen werden könnten. Diese

Fläche ließe sich in vier bis sechs Einheiten aufteilen, wobei ein Außenaufzug für einen barrierefreien Zugang sorgen würde. Der private Immobilienentwickler zeigt großes Interesse an der Vermietung dieser neuentstehenden gewerblichen Räumlichkeiten an ein MVZ. Die Planungen könnten kurzfristig beginnen, allerdings ist die Dauer des Verfahrens zur notwendigen Nutzungsänderung derzeit schwer abzuschätzen. Sobald die Nutzungsänderung genehmigt ist, könnte der Bau zügig starten, mit einem geplanten Bezug der neuen Räumlichkeiten bis Ende 2026.

Beispielhafte Praxisausstattung mit medizinisch-technischen Geräten/Möbeln

Die nachfolgende Planung ist beispielhaft und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es wurden zwei Hausärzte/-ärztinnen auf 2,0 Kassensitzen unterstellt. Die veranschlagten Kosten für die Erstausstattung belaufen sich auf gesamt 152.000 EUR (brutto). Alternativ sind im Bereich Möbel und Geräte auch Leasingmodelle vorstellbar. Die monatlichen Leasinggebühren liegen bei einer Laufzeit von sechs Jahren bei rd. 1.300-2.000 EUR inkl. MwSt.

a) Medizinisch-technische Ausstattung

Internistisch-Kardiologische Ausstattung (sofern Genehmigungen vorhanden):

- CS-104 SW, ExecExp. Komm.Lizenz, PC, TFT 23,8", X4, FT-1, DT-80T, Sanabike 1000, SEMA3 Office 2 User inkl. Option Befundtextvorlagen und Worklist, Trenntrafo und Ablageboden
- Netzwerkisolator
- Gewicht für Patientenkabel T zu DT-80T
- Adapterkabel für Sauganlage/Patientenkabel

Langzeit-Blutdruck:

- BR-102+ oszillometrisch und auskultatorisch

Spirometrie:

- Spiroscout SP+ komplett
- Einmal-Atemrohr (50 Stück)

Langzeit-EKG:

- medilogAR DARWIN2 "OFFICE" Paket (SPM Lizenz)

Ultraschall-Gerät:

- E-30 inkl. 2 Sonden
- Netzwerkisolator

INR-Messgerät:

- microINR KIT
- microINR Testchips (25 Stück)
- INR (PT) Control Kit (low/high) 2 x 1 ml

Audiometer:

- PC-Screening Audiometer

Weitere Ausstattungsgegenstände:

- Personenwaage mit Stativ und Messstab inkl. Netzgerät
- Finger-Pulsoximeter Premium (3 Stück)
- Notfalltasche Groß (52 x 32 x 32 cm, ohne Füllung)
- Supraglottische Atemwegshilfen Größen 0-5 (7 Stück)
- Sauerstoff-Flasche (2 Liter, Empfehlung: Miete/Linde)
- Druckminderer
- Untersuchungsleuchte (Deckenmodell, 70.000 Lux/1 m, 19 LEDs, fokussierend)
- Naht-Set (Einmal, 15 Sets)
- Fadenzieh-Set (Einmal, 15 Sets)
- Ohrspülgerät
- Einweg-Ohrtips (100 Stück)
- Patienten- und Massageliege (65 cm, 5 Stück)
- Nacken-Knierolle (2 Stück)
- Infusionsständer, höhenverstellbar
- Blutentnahmestuhl mit Komfortpolsterung
- Medikamentenkühlschrank mit Glastüre und Ordnungssystem
- Clinicus II mit Co-med Logo, Klettmanschette (2 Stück)
- Elektrisches Blutdruckmessgerät mit Manschette (22–32 cm, 2 Stück)
- ABI-System mit PWV
- Littmann Classic III (3 Stück)
- Otoskop mit Ladestation
- LED-Dermatoskop zu mini3000 Batteriegriff
- Varioflex Kombinationshammer Fassbender mit Metallgriff (2 Stück)
- Basic Seifen- und Desinfektionsmittelspender (12 Stück)
- Handtuchspender (315 x 390 x 157 mm, Kunststoff weiß, 6 Stück)
- Nasswischwagen Aqua (2 x 17 l, komplett mit Presse VK 3, Presseinlage, gelb, 1 Stück)
- Startpaket Bodenpflege

Gesamtsumme: **rd. 70.000,00 € brutto.**

Hinweis: Die genannten Preise beinhalten keine Dienstleistungen wie Anfahrten, Arbeitszeiten vor Ort oder EDV-Installationen.

b) Büromöbel und Einrichtung:

1. **Tische und Schreibtische:**
    - Tisch Pop Meeting, 220 x 125 x 74 cm, weiß
    - Schreibtisch POP SQUARE, 160 x 80 x 74 cm, weiß, mit Kabeldurchlass
    - Schreibtisch POP SQUARE, 200 x 80 x 74 cm, weiß, mit Kabeldurchlass
    - Schreibtisch POP SQUARE, 120 x 60 x 74 cm, weiß, mit Kabeldurchlass
2. **Stühle und Sitzmöbel:**
    - Stühle ohne Armlehne YO, RAL 9010 weiß
    - Stühle mit Armlehne YO, RAL 9010 weiß
    - Bürostühle Classe 5, EM 59 Evo, höhenverstellbar (98-111 cm), FABRIC D
    - Bürostuhl Classe 2, EM 201, höhenverstellbar (98-106 cm), Aluminium poliert
3. **Sofas und Poufs:**
    - POUF Tisch, Large, Ø 95 cm, H 38 cm, FABRIC D
    - POUF Tisch, Medium, Ø 70 cm, H 48 cm, FABRIC D
    - ALPLUS 2-Sitzer Sofa ohne Armlehne, mit Tisch, 180 x 60 cm (HxT)
4. **Schränke und Rollcontainer:**
    - Rollcontainer Pedestals, weiß, 3 Schübe, 40 x 59 x 55 cm
    - Sideboard mit Schiebetüren, 125 x 42 x 114 cm, weiß
    - Schrank Passepartout, 90 x 46 x 233 cm, mit Kleiderstange, weiß, inkl. 3 Böden
    - Garderobenschrank mit 2 Fächern, H 1800 x B 1200 x T 500 mm

Zusätzliche Ausstattung:

- **Garderobe aus Edelstahl**
- **Installations- und Montageleistungen**, inkl. Einweisung

Gesamtsumme: **rd. 32.000,00 € brutto.**

c) EDZ und IT

Die Anschaffungen im Bereich EDV und IT (u.a. PVS einschl. Computer, Lizenzen, Server, Drucker etc.) belaufen sich auf rd. **50.000 EUR brutto**.

5.6. Organisation

Die Organisationsstruktur wird in der nachfolgenden Grafik dargestellt. Voraussetzung für den Betrieb eines MVZ ist die Einbindung einer Ärztlichen Leitung, welche die medizinische Qualitätssicherung sowie die quartalsweise Leistungsabrechnung kontrolliert. Die Ärztliche Leitung ist keine Solitärstelle, sondern kann aus dem Praxisbetrieb heraus wahrgenommen werden. Die gesamte Verwaltungs-, Abrechnungs- und Organisationstätigkeit wird durch die MVZ-Verwaltung (Kaufmännische Leistung) wahrgenommen. Das Hygiene- und Materialmanagement wird durch das medizinisches Fachpersonal organisiert.

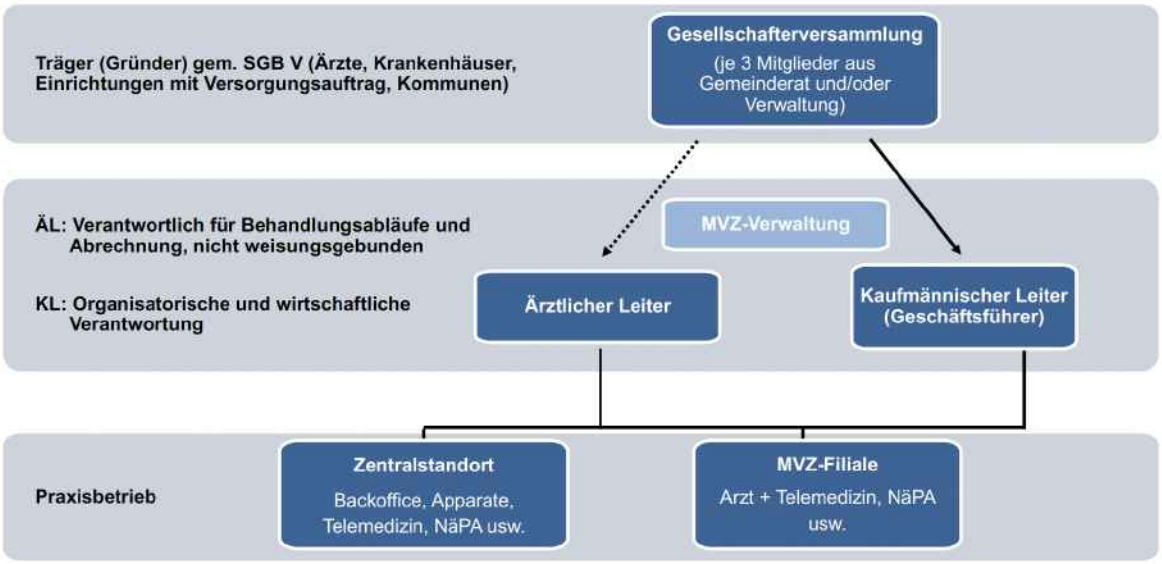


Abbildung 28 Beispielhaftes Organigramm kommunales MVZ

Ärztliche Leitung	Kaufmännische Leitung
die sachlich und rechnerisch korrekte Abrechnung	betriebswirtschaftliche Verwaltung, operative Steuerung, strategische Weiterentwicklung zusammen mit dem ÄL
Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei der ärztlichen Behandlung	Kosten- und Leistungsabrechnung, Budgetplanung, Wirtschafts- und Investitionsplanung, Jahresabschlüsse und Steuererklärungen
Prüfung der vertragsärztlichen Verpflichtungen (z.B. Abrechnungsgenehmigungen)	Kommunikation mit KV, mit Steuerberatern, Versicherungen und sonstigen externen Partnern / Dienstleistern
Vertretung von abwesenden Ärzten	operative Steuerung in Zusammenarbeit mit dem PM
Teilnahme des MVZ am Notdienst	Personalwesen
Einhaltung von Qualitätssicherungs-, Hygiene- und weiteren Vorschriften	Einhaltung aller Qualitätsanforderungen, Überwachung des Bestellwesens
Sicherstellung der Nichteinflussnahme Dritter in die ärztliche Behandlung	Leistungsabrechnung (GKV und PKV) zus. mit PM, Überwachung des Rechnungswesens und vorbereitende Buchhaltung

Abbildung 29 Aufgaben Ärztliche Leitung / Kaufmännische Leitung

Kommunales MVZ – Verantwortungen Leitungsebene / Geschäftsführung

Die Ärztliche Leitung ist zulassungsrelevant, die Kaufmännische Leitung nicht. Gerade in der Trennung dieser beiden Funktionen liegt die Stärke eines MVZ. Durch die strikte Trennung von ärztlichen und kaufmännischen Aufgaben werden die Ärzte – soweit wie möglich – von den Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben entlastet.

Dies kommt den oben bereits geschilderten Markttendenzen (mehr angestellte Ärzte mit weniger Arbeitsstunden, Teilzeit usw.) entgegen. Gleichzeitig kann durch die größere Praxiseinheit die höhere Anzahl an Praxismitarbeitern durch den Aufbau breiterer Kompetenzen den Arzt auch bei delegierbaren nicht-ärztlichen Tätigkeiten entlasten.

Die jeweilige Ausgestaltung kann dabei teils stark variieren. So kann die kaufmännische Leitung (Geschäftsführung) in dem Sinne begrenzt werden, dass die Gesellschafterversammlung bei Entscheidungen (Personal, Investitionen, Ausrichtung) früher eingebunden werden. Dies ist im Gesellschaftsvertrag bzw. im Geschäftsführervertrag näher zu regeln.

In der Regel obliegen der Kaufmännischen Leitung folgende Aufgaben:

a) Budgetverantwortung, Aufstellung des Wirtschaftsplans, Controlling- und Berichtswesen, Jahresabschluss und steuerliche Erklärungspflichten,

b) Neueinstellungen, Entlassungen, Beförderungen, Gehaltsverhandlungen,

c) Halbjährlicher Bericht an die Gesellschaftsversammlung über die wirtschaftliche Entwicklung des MVZ (Lageberichte und Liquiditätsplanungen),

d) Planung von Ersatz- oder Neuinvestitionen sowie deren Durchführung bis zu einer im Gesellschaftsvertrag festzulegenden EUR-Grenze,

e) Die korrekte Abrechnung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung obliegt der zuständigen Praxismanagerin. Die Kaufmännische Leitung hat dafür Sorge zu tragen, dass die Abrechnungen fristgerecht und fachlich korrekt erfolgen,

f) Sämtliche das Tagesgeschäft betreffende Tätigkeiten

Dem Ärztlichen Leiter obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

Zum Umfang der ärztlichen Leitungsbefugnis enthält das Gesetz keine Aussagen. Aus dem Kontext ergibt sich jedoch, dass ein Ärztlicher Leiter in die Organisations- und Versorgungsstrukturen des MVZ einzubinden ist, um Einwirkungsmöglichkeiten auf die dortigen Abläufe haben zu können und um sicherzustellen, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden können. Soweit möglich, hat der Ärztliche Leiter die nachgeordneten Ärzte vor der Einflussnahme nichtärztlicher Dritter bei der Behandlungstätigkeit zu schützen. Ob und inwieweit er in die Leitungsfragen im Übrigen eingebunden ist, bleibt im Einzelfall vertraglich zu regeln. In sämtlichen nichtärztlichen Fragen ist die Geschäftsführung des MVZ Dienstvorgesetzter des Ärztlichen Leiters. Die Aufgaben des Ärztlichen Leiters im Überblick:

a) ordnungsgemäßer Ablauf/Durchführung vertragsärztlicher Versorgung im MVZ

b) Koordinierung der medizinischen Versorgung und Planung des Leistungsangebotes

c) persönliche Leistungserbringung

d) Steuerung der ärztlichen Betriebsabläufe

e) Schutz aller Ärzte vor Einflussnahme von Nichtärzten bei medizinischen Entscheidungen

f) Überwachung der Einhaltung vertragsärztlicher Vorgaben durch alle Ärzte

Die Bildung von größeren Praxiseinheiten führt generell zu einer besseren Verteilung der Fixkosten. Durch die Trennung von medizinischen und wirtschaftlichen Aufgaben können sich die jeweiligen Experten auf ihr Fachgebiet konzentrieren, was im Normalfall zu einer Effizienzsteigerung innerhalb der Arbeitsabläufe und damit zu einer höheren Wirtschaftlichkeit führt. Der Zusammenschluss führt weiterhin zu Synergieeffekten, welche durch die größere Praxiseinheit gewonnen werden können, hierzu zählt u.a. die Spezialisierung des nicht-ärztlichen Praxispersonals:

- Abrechnungscontrolling und Benchmarking mit Vergleichsgruppe, dadurch Identifizieren von Chancen,

- Weiterbildung zu nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und somit Ausweitung der abrechenbaren Leistungen des MVZ,
- Nutzung telemedizinischer Angebote aufgrund personeller und finanzieller Ressourcen nunmehr möglich,
- Gemeinsames Front-Office (ggf. digitale Terminvereinbarung)

→ Durch größere Praxiseinheiten können sich das nicht-ärztliche Praxispersonal spezialisieren was die Implementierung moderner Patientenflusssysteme, telemedizinischer Angebote sowie die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht ärztliche Mitarbeiter erst möglich macht. Insgesamt können dadurch Chancen genutzt werden, welche in einer klassischen Ein-Personen-Praxis nicht nutzbar gemacht werden könnten.

6. Chancen & Risiken / Stärken & Schwächen

Um das Unternehmensrisiko so gering wie möglich zu halten, ist eine Betrachtung der Chancen und Risiken sowie der Stärken und Schwächen unerlässlich. Die nachfolgende Darstellung soll diese von allen Seiten betrachten. Dabei zeigen die Stärken und Schwächen den internen Unternehmensbereich auf und die Chancen sowie Risiken das Unternehmensumfeld. Diese Betrachtung ermöglich die Risiken zu minimieren und die Chancen auszubauen sowie die Stärken zu nutzen, um die Schwächen abzubauen.

Kommunale MVZ erzielen - wie ihre privatwirtschaftlichen Pendants – regelmäßige Überschüsse. Die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland beläuft sich mittlerweile auf rd. 4.800, jährlich kommt es zu zwei bis fünf Insolvenzen (0,04-0,1%). Die bloße kommunale Trägerschaft hat keinen Einfluss auf Erlös- oder Kostenstruktur und somit auf das Betriebsergebnis. Die rund 100.000 ärztlichen „Betriebe“ in Deutschland sind der beste Beleg für die wirtschaftliche Tragfähigkeit.

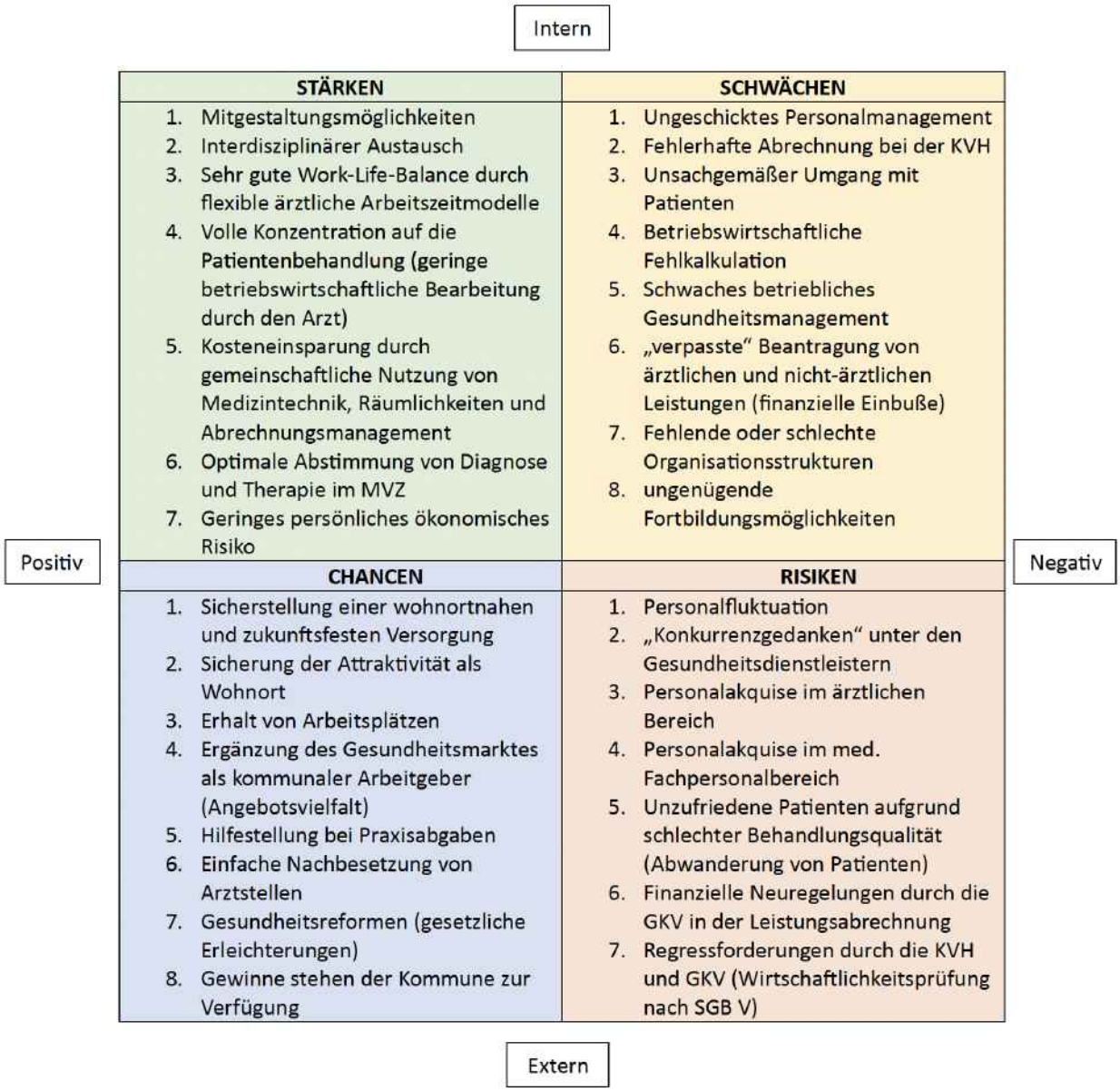


Abbildung 30 SSCR-Analyse kommunales MVZ

STÄRKEN	SCHWÄCHEN
Strategie „Ausbauen“ 1. Organisierte Kommunikations- und Austauschkultur 2. Einbindung der Beschäftigten in die strategische Entwicklung 3. Ausbau der Angebotsvielfalt bei den Arbeitszeitmodellen 4. Abbau der Verwaltungsstruktur im Praxisbereich 5. Nutzung von praxisübergreifenden Synergieeffekten 6. Optimierung der fachübergreifenden Abstimmung 7. Verbesserter Zugang zu Ärzten durch Lehr- und Weiterbildungspraxis	Strategie „Aufholen“ 1. Abrechnungscontrolling durch Nutzung der Quartalsbilanzen KVH und einer externen Fachberatung 2. Einführung eines QM inkl. Beschwerdemanagement 3. Intensiver Austausch mit anderen kommunalen MVZ 4. Implementierung Betriebliches Gesundheitsmanagement / Arbeitsschutz 5. Vertrauensvoller Austausch mit Ansprechpartnern der KVH 6. Regelmäßige Evaluation der Organisationsstruktur 7. Jahresmitarbeitergespräche = Entwicklungsmöglichkeiten
CHANCEN	**RISIKEN**
Strategie „Nutzen“ 1. Fortlaufende Beobachtung des Marktgeschehens im regionalen Kontext und ggf. fachliche Erweiterung des MVZ bei „Marktversagen“ 2. Intensiver Austausch mit der Gesellschafterversammlung 3. Zeitnahe Umsetzung von gesetzlichen Anforderungen 4. Med. Qualitätssicherung durch die ärztliche Leitung 5. Regemäßiges betriebliches Controlling 6. Fortbildungsmaßnahmen Beschäftigte	Strategie „Vermeiden“ 1. Offene Unternehmenskultur 2. Vermeidung von „Fachkräfte-Kannibalismus“ 3. Anstreben von Kooperationsvereinbarungen 4. Vermeidung von Fehlentscheidungen durch sparsame und wirtschaftliche Betriebsführung 5. Vermeidung von Wissensdefiziten durch regelmäßigen internen sowie externen Austausch (Erfahrungen, gesetzliche Neuregelungen u.v.m.) 6. Vermeidung von Abrechnungsfehlern durch externes Controlling sowie Fortbildungsmaßnahmen

Abbildung 31 Strategien bez. auf SSCR-Analyse kommunales MVZ

7. Delegation & Mobiler Einsatz

7.1. Delegationsmodelle in der hausärztlichen Versorgung

In Deutschland existieren für den hausärztlichen Bereich inzwischen einige Delegationsmodelle, die sich dadurch auszeichnen, dass besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte (MFA) hausärztlich angeordnete, spezifische Leistungen vor Ort bei den Patienten erbringen. Den An-

fang bildete dabei 2007 das von der Universität Greifswald entwickelte Qualifikationsmodell zur AGnES (Arztentlastende, gemeindenahe, e-Health-gestützte, systemische Intervention), in welchem nach dem Vorbild der Gemeindeschwestern in der ehemaligen DDR, die Übernahme von Hausbesuchen durch fortgebildete nicht-ärztliche Fachkräfte (AGnES) im Fokus standen. Es folgte 2008 das entwickelte Konzept der VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) und das 2009 von den Ärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe initiierte Modell der EVA (Entlastende Versorgungsassistentin), dessen Konzept im Jahr 2010 zur NäPA (nichtärztlichen Praxisassistentin) umbenannt wurde. Auch die AGnES-Fachkraft wurde damit zur NäPA.

Über 15.400 Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis (VERAHs) gibt es in Deutschland bereits, und rund 12.000 Nichtärztliche Praxisassistentinnen (NäPAs, EVAs). Die Fortbildung zur VERAH wurde vom Deutschen Hausärzteverband initiiert und richtet sich speziell an MFAs in Hausarztpraxen. Das Curriculum für NäPAs (EVAs) stammt von der Bundesärztekammer und richtet sich auch an MFAs anderer Facharztrichtungen.

7.2. Der Einsatz von VERAHs und Arztbussen: Neue Lösungen für die ambulante Versorgung

Die medizinische Versorgung steht vor großen Herausforderungen, insbesondere in ländlichen Regionen und bei der Betreuung älterer und chronisch kranker Patienten. Der Einsatz von VERAHs (Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis) sowie Arztbussen bietet innovative und zukunftsweisende Lösungen, um den steigenden Bedarf einer älter werdenden Bevölkerung gerade in ländlichen Regionen oder in Regionen mit hohem Hausärztemangel teilweise aufzufangen. Diese Konzepte ermöglichen somit eine wohnortnahe Versorgung, entlasten Haus- und Fachärzte und tragen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen bei.

7.3. VERAHs: Entlastung der Ärzte bei Haus- und Heimbesuchen

VERAHs übernehmen zunehmend Aufgaben, die traditionell Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, wie z.B. Haus- und Heimbesuche bei älteren oder chronisch kranken Patienten. Dabei fungieren sie als Bindeglied zwischen Arzt und Patient, indem sie regelmäßige Kontrollbesuche durchführen, die Medikation überwachen und frühzeitig gesundheitliche Veränderungen erkennen. Sie erbringen vor Ort Aufgaben der Wundversorgung, des geriatrischen Assessments, führen Demenztests durch und legen Langzeit-EKG und Langzeit-RR an und überwachen diese. Durch den möglichen telemedizinischen Einsatz können Auffälligkeiten bzw. Fragen, welche die Kompetenz der VERAHs übersteigen direkt mit dem Arzt besprochen werden. So helfen sie,

Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und ermöglichen es den Ärzten, sich auf akute und komplexere Fälle zu konzentrieren.

Besonders in ländlichen Regionen, wo der Zugang zu medizinischen Dienstleistungen oft eingeschränkt ist, sind VERAHs von unschätzbarem Wert. Durch ihren Einsatz können Hausbesuche zeitlich und personell effizienter gestaltet werden, was insbesondere für ältere Menschen und Menschen mit Mobilitätseinschränkungen von Vorteil ist. Dies stärkt die Kontinuität der Versorgung und erhöht die Versorgungsqualität.

7.4. Arztbusse: Mobile Versorgung älterer und multimorbider Patienten

Parallel zum Einsatz von VERAHs sind Arztbusse eine weitere Möglichkeit, die medizinische Versorgung in strukturschwachen Regionen sicherzustellen. Diese mobilen Praxen sind voll ausgestattet und können Ärzte sowie VERAHs in ländliche Gegenden bringen, um dort die Versorgung aufrechtzuerhalten. Dies ist besonders wertvoll in Gebieten, in denen keine festen Arztpraxen mehr existieren oder der Weg zur nächsten Praxis für die Patienten zu lang und beschwerlich ist.

Arztbusse bieten eine flexible Lösung, die je nach Bedarf angepasst werden kann. Sie decken nicht nur Grundversorgungen ab, sondern können auch präventive Untersuchungen, Impfungen oder spezifische Facharzttermine anbieten. Durch die Kombination von VERAHs, die Hausbesuche durchführen, und Arztbussen, die gezielt Patienten in abgelegenen Gebieten versorgen, kann eine umfassende, ortsnahe Gesundheitsversorgung auch in dünn besiedelten Regionen sichergestellt werden.

7.5. Warum MVZ ideal für den Einsatz von VERAHs sind

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind besonders gut aufgestellt, um den Einsatz von VERAHs zu koordinieren und zu finanzieren. Als Zusammenschluss mehrerer Ärzte oder medizinischer Fachdisziplinen unter einem Dach haben MVZ den organisatorischen und finanziellen Spielraum, um innovative Versorgungskonzepte zu integrieren. So liegt der Anteil von VERAHs in MVZ und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) zwischen 15-20%, wohingegen er in der Einzelpraxis bei mageren 5% liegt. Dies liegt auch daran, dass es noch bis vor kurzem eine Untergrenze von 750 Heim- und Hausbesuchen im Quartal für den Einsatz einer VERAH gab. Diese Zahl konnte meist nur in größeren Praxen erreicht werden. Aktuell ist diese Grenze gesunken, zudem können z.B. im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) VERAHs ohne Mengenvorgaben eingesetzt werden. Folgende Vorteile größerer Praxen bzgl. des Einsatzes von VERAHs sind hervorzuheben:

1. Kostenstruktur und Ressourcenverteilung: MVZ verfügen über größere finanzielle Ressourcen und eine breitere Kostenverteilung als Einzelpraxen, was den Einsatz von VERAHs wirtschaftlich tragbar macht. Die Kosten für Schulung und Einsatz von VERAHs werden auf mehrere Ärzte verteilt, was die Investition in solche Assistenzsysteme erleichtert.

2. Effiziente Prozessorganisation: MVZ können den Einsatz von VERAHs und deren Hausbesuche optimal in ihre Praxisabläufe integrieren. Dank ihrer interdisziplinären Strukturen können sie multidisziplinäre Teams aufbauen, bei denen VERAHs als wichtiger Bestandteil der Patientenversorgung agieren. So können sie gezielt präventive Maßnahmen und Routinekontrollen übernehmen, während die Ärzte ihre Zeit für komplexere Behandlungsfälle nutzen.

3. Langfristige Entlastung der Ärzte: Durch den Einsatz von VERAHs in einem MVZ wird nicht nur die Arbeitsbelastung der Ärzte reduziert, sondern auch die Versorgungseffizienz gesteigert. Dies ist besonders bei Fachärzten relevant, die sich so auf spezialisierte Behandlungen konzentrieren können.

7.6. Lösungsbeitrag für sinkendes Leistungsvolumen trotz steigender Arztzahlen

Eine Herausforderung bei der zunehmenden Teilzeit- und Anstellungstätigkeit von Ärzten ist das sinkende ärztliche Leistungsvolumen. Trotz steigender Arztzahlen pro Kopf nimmt die tatsächlich verfügbare Arztzeit pro Patient bundesweit kontinuierlich ab. Dies führt zu längeren Wartezeiten und Engpässen in der medizinischen Versorgung, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Laut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist der Trend zu Teilzeitarbeit und Anstellung ungebrochen, was die Versorgungssituation weiter verschärfen wird. VERAHs stellen hier eine sinnvolle Erweiterung ärztlicher Kapazitäten dar, indem traditionell ärztliche Leistungen nunmehr auch von dieser weiterqualifizierten Fachkraft durchgeführt werden können.

Der kombinierte Einsatz von VERAHs und Arztbussen, insbesondere in bzw. durch MVZ, bietet innovative und effiziente Lösungen für die Herausforderungen der ambulanten Versorgung. Während VERAHs die ärztliche Versorgung im häuslichen Umfeld verbessern und Ärzte entlasten, bieten Arztbusse eine mobile Option, um den Zugang zur medizinischen Versorgung in abgelegenen Gebieten zu sichern. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden und multimorbiden Gesellschaft von größer werdender Relevanz. Gerade MVZ sind aufgrund ihrer strukturellen und finanziellen Möglichkeiten prädestiniert, solche Modelle zu integrieren und so die Versorgung zu stabilisieren. Dennoch bleibt die Herausforderung, das sinkende Leistungsvolumen zu kompensieren, auch in Zukunft eine zentrale Aufgabe.

8. Finanzplanung & Finanzierung

8.1. Einleitung Finanzplan

Die Finanzplanung stellt in der Erarbeitung des Businessplanes eine zentrale Rolle dar. Dahingehend stützt sich die Gründung eines Unternehmens nicht nur auf die allgemeinen Ausführungen im Businessplan, sondern vielmehr im Schwerpunkt auf die Darstellungen im Finanzplan.

Die Finanzplanung des kommunalen MVZ Schmitten wurde auf eine fünfjährige Betrachtung gebracht. Der Betriebsstart wurde für die Studie auf den 01. Januar 2026 gelegt. Hierbei gilt es vorab festzustellen, dass mindestens zwei Ärzte/Ärztinnen für die Zulassung notwendig sind, welche gleichfalls durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Hessen (KVH) in Ihrer Tätigkeit für das kommunale MVZ die diesbezügliche Zulassung erhalten müssen. Zu diesem frühen Zeitpunkt ist jedoch noch unklar, wann der Antrag auf Zulassung der MVZ Schmitten GmbH gestellt werden kann. Die Bearbeitungszeit im Zulassungsausschuss der KVH beträgt 6 bis max. 12 Wochen in Ausnahmefällen.

8.2. Gewinn-und-Verlustrechnung (GuV)

Die Umsatzplanung wurde aus den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erstellt. Hierbei wurden die durchschnittlichen Umsatzzahlen nach dem Vorsichtsprinzip genutzt und kalkulatorisch reduziert zur Anwendung gebracht. Für die Erstellung des Kostenplanes wurde darüber hinaus auf Erfahrungswerte in Bezug auf Medizinische Versorgungszentren vergleichbarer Größenordnung zurückgegriffen.

Es wurde unterstellt, dass zwei hausärztliche Bestandspraxen zu Betriebsbeginn durch das MVZ übernommen werden können. Dies entspricht gängigen Markterfahrungen. Die Kaufpreise beider Praxen wurden pauschal mit je 100.000 EUR veranschlagt. Die Abschreibung des Kaufpreises erfolgt innerhalb von drei bis fünf Jahren (hier: fünf Jahre).

Erträge	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Umsatzerlöse GKV-Leistungen	590.000,00 €	790.000,00 €	840.000,00 €	990.000,00 €	1.040.000,00 €	1.120.000,00 €
Umsatzerlöse Privatleistungen	40.000,00 €	60.000,00 €	65.000,00 €	67.000,00 €	69.000,00 €	70.000,00 €
Sonstige	5.000,00 €	7.000,00 €	9.000,00 €	10.000,00 €	10.000,00 €	10.000,00 €
Erträge gesamt	635.000,00 €	857.000,00 €	914.000,00 €	1.067.000,00 €	1.119.000,00 €	1.200.000,00 €
Aufwendungen						
Personalaufwand	- 490.000,00 €	- 630.000,00 €	- 650.000,00 €	- 720.000,00 €	- 730.000,00 €	- 740.000,00 €
Sonstige Abschreibungen	- 10.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €	- 5.000,00 €
Abschreibungen Kauf Arztsitze (5 J.)	- 40.000,00 €	- 40.000,00 €	- 40.000,00 €	- 40.000,00 €	- 40.000,00 €	- €
kaufmännische Leitung einschl. Reisekosten	- 40.000,00 €	- 40.000,00 €	- 40.000,00 €	- 45.000,00 €	- 45.000,00 €	- 45.000,00 €
Raum- & Energiekosten	- 39.000,00 €	- 39.500,00 €	- 40.000,00 €	- 40.500,00 €	- 41.000,00 €	- 41.500,00 €
Versicherungen, Beiträge, Abgaben	- 8.000,00 €	- 8.000,00 €	- 8.000,00 €	- 8.000,00 €	- 8.000,00 €	- 8.000,00 €
Reparaturen & Instandhaltungen	- 6.000,00 €	- 5.000,00 €	- 4.000,00 €	- 3.000,00 €	- 2.000,00 €	- 2.000,00 €
Leasingsgebühr Praxisausstattung	- €	- 9.000,00 €	- 12.000,00 €	- 15.000,00 €	- 15.000,00 €	- 15.000,00 €
externes Abrechnungscontrolling	- 9.000,00 €	- 12.000,00 €	- 12.000,00 €	- 12.000,00 €	- 12.000,00 €	- 12.000,00 €
Bürgschaftsprovision	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €	- 10.000,00 €
Werbe-, Reise- und Fortbildungskosten	- 5.000,00 €	- 3.000,00 €	- 3.000,00 €	- 3.000,00 €	- 3.000,00 €	- 3.000,00 €
Finanz- und Lohnbuchhaltung / Abschlusspr.	- 7.000,00 €	- 13.000,00 €	- 14.000,00 €	- 14.500,00 €	- 15.000,00 €	- 15.500,00 €
Praxis- & Laborbedarf einschl. Fremdleist.	- 5.000,00 €	- 6.000,00 €	- 7.000,00 €	- 8.000,00 €	- 9.000,00 €	- 10.000,00 €
verschiedene betriebl. Aufwendungen	- 20.000,00 €	- 25.000,00 €	- 26.000,00 €	- 27.000,00 €	- 28.000,00 €	- 29.000,00 €
Homepage/Webdesign/Hosting/Logo	- 5.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €	- 1.000,00 €
Zinsen Anschubfinanzierung 400 TEUR (4% / 10 J.)	- 15.400,00 €	- 14.000,00 €	- 12.600,00 €	- 11.200,00 €	- 9.600,00 €	- 8.100,00 €
Betriebsaufwendungen gesamt	- 709.400,00 €	- 860.500,00 €	- 884.600,00 €	- 963.200,00 €	- 973.600,00 €	- 945.100,00 €
Einkünfte aus Betrieb	**- 74.400,00 €**	**- 3.500,00 €**	**29.400,00 €**	**103.800,00 €**	**145.400,00 €**	**254.900,00 €**
Steuern vom Ertrag (pauschal 30%)	Verlust	Verlust	Verlustvortrag	- 16.590,00 €	- 43.620,00 €	- 76.470,00 €
Jahresüberschuss/-fehlbetrag	- 74.400,00 €	- 3.500,00 €	29.400,00 €	87.210,00 €	101.780,00 €	178.430,00 €
kumuliert	- 74.400,00 €	- 77.900,00 €	- 48.500,00 €	38.710,00 €	140.490,00 €	318.920,00 €
Anzahl Ärzte jeweils zum 31.12.	2	3	3	3,5	3,5	3,5
Umsatz je Arzt	317.500,00 €	285.666,67 €	304.666,67 €	304.857,14 €	319.714,29 €	342.857,14 €

Abbildung 32 Beispielhafte Gewinn-und-Verlustrechnung eines möglichen MVZ Schmitten

8.3. Investitionen und Kapitalbedarf

Die Anschaffung der Ausstattung erfolgt durch Leasing. Ein Vergleichsangebot aus einem ähnlichen Projekt liegt vor. Die Leasinglaufzeit der Büroausstattungen, EDV und medizinischen Geräten beträgt i.d.R. 6 Jahre.

Erfahrungsgemäß ist eine Anschubfinanzierung für das kommunale MVZ erforderlich. Die Anschubfinanzierung wird notwendig, um die Kaufpreiszahlungen für die zu übernehmenden Bestandspraxen zu finanzieren. Des weiteren sind die zeitlich versetzten Abschlagzahlungen der KVH liquiditätsseitig abzufedern. Aufgrund der folgenden Liquiditätsplanung wird mit einer Anschubfinanzierung i.H.v. 400.000 EUR gerechnet. Die Laufzeit beträgt 10 Jahre. Es wird unterstellt, dass die Anschubfinanzierung zu einem effektiven jährlichen Zinssatz von 4,0 % dem kommunalen MVZ zur Verfügung gestellt wird.

- die Bestandspraxen zu erwerben
- sowie verzögerte Abschlagzahlungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung liquiditätsseitig abfedern zu können.
- Ggf. die Herrichtung für den beginnenden Praxisbetrieb zu garantieren (Ersatzinvestitionen in Geräte und EDV)

8.4. Liquiditätsplan

Die o.g. Prognosedaten finden nunmehr im untenstehenden Liquiditätsplan Eingang.

Liquiditätsplan	Jahr					
Finanzposition	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Stammkapital	**100.000,00**	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Kreditlinie	**400.000,00**	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
KV-Honorarvolumen (75%-Abschläge)	442.500,00	592.500,00	630.000,00	742.500,00	780.000,00	840.000,00
KV-Restzahlungen (25%) *Hinweis: 1 Jahr versetzt*	0,00	147.500,00	197.500,00	210.000,00	247.500,00	260.000,00
Privat / Sonst. / IGeL	40.000,00	60.000,00	65.000,00	67.000,00	69.000,00	70.000,00
Sonstige Einzahlungen	5.000,00	7.000,00	9.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
Summe Mittelzufluss	987.500,00	807.000,00	901.500,00	1.029.500,00	1.106.500,00	1.180.000,00
Summe Mittelzufluss kumuliert	987.500,00	1.794.500,00	2.696.000,00	3.725.500,00	4.832.000,00	6.012.000,00
Raum- und Energiekosten	39.000,00	39.500,00	40.000,00	40.500,00	41.000,00	41.500,00
Personalaufwendungen	490.000,00	630.000,00	650.000,00	720.000,00	730.000,00	740.000,00
kaufmännische Leitung	40.000,00	40.000,00	40.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00
Versicherungen, Beiträge & Abgaben	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00
Werbe-, Reise und Fortbildungskosten	5.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00
Finanz- und Lohnbuchhaltung / Abschlussprüfer	7.000,00	13.000,00	14.000,00	14.500,00	15.000,00	15.500,00
Instandhaltungskosten	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	2.000,00	2.000,00
Leasinggebühr Praxisausstattung	0,00	9.000,00	12.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00
externes Abrechnungscontrolling	9.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Praxis- und Laborbedarf	5.000,00	6.000,00	7.000,00	8.000,00	9.000,00	10.000,00
verschiedene betriebl. Aufwendungen	20.000,00	25.000,00	26.000,00	27.000,00	28.000,00	29.000,00
Kauf Arztpraxen	200.000,00					
Investitionen in Büro- und Praxisausstattung	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00	2.500,00
Investitionen in EDV/IT	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
Investitionen in med. Geräte und Apparate	5.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bürgschaftsprovision	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
Homepage/Webdesign/Hosting/Logo	5.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Tilgung & Zinsen 400 TEUR, 4% p.a., 10J.	48.600,00	48.600,00	48.600,00	48.600,00	48.600,00	48.600,00
Steuern	0,00	0,00	0,00	0,00	16.590,00	43.620,00
Summe Mittelabfluss	905.100,00	858.600,00	885.100,00	966.100,00	991.690,00	1.031.720,00
Summe Mittelabfluss kumuliert	905.100,00	1.763.700,00	2.648.800,00	3.614.900,00	4.606.590,00	5.638.310,00
Liquiditätssaldo	82.400,00	-51.600,00	16.400,00	63.400,00	114.810,00	148.280,00
Liquiditätssaldo kumuliert	**82.400,00**	**30.800,00**	**47.200,00**	**110.600,00**	**225.410,00**	**373.690,00**

Abbildung 33 Beispielhafter Liquiditätsplan eines möglichen MVZ Schmitten

Im Prognosezeitraum erhöht sich das kumulierte Liquiditätssaldo auf rd. 373.000 EUR im Jahr 2031. Dieser Betrag kann in den Folgejahren u.a. für Eigeninvestitionen und den weiteren Ausbau eines interdisziplinären Gesundheitszentrums herangezogen werden. Gewinnausschüttungen an die Gemeinde sowie Steuervorauszahlungen blieben unberücksichtigt.

8.5. Umsatzsteuerbefreiung

Das Umsatzsteuergesetz (UStG) sieht in § 4 Nr. 14 Umsatzsteuergesetz (UstG) eine Steuerbefreiung für Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin vor. Hierdurch soll eine Belastung der Sozialversicherungsträger und der privaten Krankenversicherungen mit Umsatzsteuer vermieden werden.

9. Integration anderer Themen des IKEK

„Wie wollen wir in Schmitten zukünftig leben und wie wollen wir unsere Heimat bis in das Jahr 2028 und darüber hinaus entwickeln?“ Das Integrierte kommunale Entwicklungskonzept (IKEK) gibt darauf antworten und zeigt spezifische Handlungsfelder und Projektideen auf. Unter dem

Leitbild „Schmitten. Gemeinsam Hoch hinaus!“ haben Bürgerinnen und Bürger, das Leitbild und das Entwicklungskonzept in einem transparenten Prozess erarbeitet. Für die im IKEK erarbeiteten Handlungsfelder und kommunalen Projekte stehen bis einschließlich 2028 im Förderprogramm Dorfentwicklung gut 1,5 Mio. Euro Fördermittel für die Umsetzung bereit.

Das Entwicklungskonzept führt hierzu aus:

> *„Vor dem Hintergrund tiefgreifender gesellschaftlicher Veränderungen demografischer, sozialer und ökonomischer Natur sowie Handlungserfordernissen in ökologischer und klimatischer Hinsicht, stehen kleine, mittlere und große Kommunen vor der Herausforderung die Transformation aktiv zu steuern. Die Gemeinde Schmitten ergreift mit dem Eintritt in die Dorfentwicklung eben diese Chance. Mit dem Dorfentwicklungsprogramm unterstützt das Land Hessen die Kommunen bei der Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Maßnahmen zur proaktiven Anpassung an die Zukunftsherausforderungen. Zu den zentralen Zielsetzungen des Programmes zählt dabei vor allem die Förderung der Innenentwicklung, die Stärkung der Daseinsvorsorge und die Stärkung des sozialen und kulturellen Miteinanders.“*



Abbildung 34 Die Handlungsfelder des IKEK

Die Abbildung gibt einen Überblick über die verschiedenen Handlungsfelder des Entwicklungskonzepts, hierbei können folgende Schnittmengen zum vorliegenden Konzept hinsichtlich der „Sicherstellung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung“ festgestellt werden:

- **Lebendige Ortskerne**

Zielsetzung:

„Die Gemeinde Schmitten strebt eine Stärkung seiner Mitte an. Die Umnutzung bestehender Gebäudestrukturen wird als Lösungsansatz für unter anderem die Gewinnung bezahlbaren Wohnraums, der Optimierung von Mobilitätsbeziehungen, der Sicherstellung und bedarfsgerechtem Ausbau von Kinderbetreuungseinrichtungen sowie einer attraktiven Gestaltung des öffentlichen Raums gesehen. Vorhandene Potenzialflächen sowie Leerstände werden aktiviert und mit belebenden Funktionen ausgestattet. Mit dem Ziel einer neuen, gemeinsamen Mitte der Großgemeinde sollen neuansiedelnde Einrichtungen konzentriert in die Ortsmitte Schmitten gelenkt werden. Die Dorfgemeinschaftshäuser und Mehrzweckhallen sowie weitere Versammlungsstätten werden in ihren Funktionen bestärkt und, im Sinne des Zusammenwachsens der Ortsteile, bedarfsgerecht miteinander verknüpft."

Schnittmengen:

Durch die Ansiedelung eines MVZ im Ortskern Schmitten kann das übergeordnete Ziel einer lebendigen Ortsmitte gestärkt werden. Das Integrierte kommunale Entwicklungskonzept führt hier als Projektvorhaben im Ortsteil Schmitten die „Einrichtung eines Dorfhauses mit CoWorking, Seniorentreff, öffentlichen Einrichtungen" an. Dieses Projektvorhaben sollte vor dem Hintergrund einer Weiterentwicklung hin zu einem Regionalen Versorgungszentrum mit Generationen-Café mit entsprechenden Gruppensitzungen und Aktivitäten unbedingt integriert werden.

- **Wirtschaft**

Zielsetzung:

„Die Sicherstellung und der Ausbau von Arbeitsplätzen in Schmitten werden von der Gemeinde Schmitten großgeschrieben. Lokale Betriebe werden bei individuellen Neuaufstellungen, Erweiterungen, Nachfolgesuchen oder der Vernetzung untereinander aktiv unterstützt. In Kooperation mit lokalen Partnern wird das touristische Potenzial neu herausgestellt und langfristig nutzbar gemacht. Private Initiativen aus der Bürgerschaft zur Förderung der Thematik werden unterstützt. Der Tourismussektor wirkt neben den wirtschaftlichen Kapazitäten auch auf die Sicherung bestehender Infrastrukturen (Nahversorgung, Gastronomie, …) für die Schmittener Bevölkerung und wird als solche Chance identifiziert."

Schnittmengen:

Durch den Aufbau zukunftsweisender medizinischer Strukturen einschl. der Bereiche Pflege, Therapie und soziale Daseinsvorsorge können zahlreiche Arbeitsplätze in der Gemeinde geschaffen werden, dazu zählen neben Ärztinnen und Ärzte, Medizinische Fachangestellte, nicht-

ärztliche Praxisassistenten/-innen sowie weitere Anbieter aus den bereits oben skizzierten Bereichen. Durch die Weiterentwicklung der Strukturen hin zu einem Leuchtturmprojekt, welches über die Gemeindegrenzen hinweg als solches wahrgenommen wird, erhöht sich die Attraktivität Schmittens als Wohn- und Arbeitsort beträchtlich. Gleichzeitig nutzen Patienten auch andere lokale Geschäfte und Dienstleistungen wie Apotheken, Supermärkte und Restaurants. Das Vorhandensein einer attraktiven ärztlichen und gesundheitsbezogenen Versorgung bzw. eines Regionalen Versorgungszentrums steigert also nicht nur den weichen Standortfaktor einer Gemeinde, sondern führt auch zu konkreten positiven wirtschaftlichen Effekten. Dies strahlt auch in andere Wirtschaftszweige hinsichtlich der Nachwuchsgewinnung aus.

- **Vernetztes Schmitten**

Zielsetzung:

„Die neun Schmittener Ortsteile entwickeln sich weiter, nähern sich sozial aneinander an und denken kulturell und funktionell ortsteilübergreifend, behalten aber ihren eigenständigen Charakter. Das aktive und generationenübergreifende Miteinander und Mitwirken der Bürgerschaft auf gesamtgemeindlicher Ebene steht im Zentrum des „sozialen Zusammenrückens". Lokale Vereine übernehmen hierbei eine zentrale Rolle als Treffpunkt für unter anderem die Jugendarbeit sowie vielseitiger sozialer Strukturen und werden daher entsprechend in der Bewältigung ihrer individuellen Herausforderungen gestärkt. Es werden Anreize geschaffen, damit die Bürgerinnen und Bürger von Schmitten sich zum Wohl der dörflichen Gemeinschaft einbringen."

Schnittmengen:

Das Schmittener Vereinsleben kann durch den Aufbau eines Regionalen Versorgungszentrums spürbar belebt und unterstützt werden. Das Einbetten entsprechender Angebote in die angestrebte RVZ-Struktur kann diese Leistungen einem breiteren Publikum zugänglich machen. Die „dörfliche Gemeinschaft" als Zielsetzung aus dem IKEK wird dadurch positiv beeinflusst. Gerade das geplante „Generationencafé" führt in vergleichbaren Fällen zu einem regen Austausch, der in Schmitten nochmals integrative Wirkung bezogen auf die Ortsteile haben wird. Dies kann durch Themenveranstaltungen verstärkt werden.

- **Schmitten 2.0**

Zielsetzung:

„Schmitten bleibt modern, reagiert auf technologisch-gesellschaftliche Trends und weiß diese für sich – unter anderem im Wettbewerb mit umliegenden Ballungsräumen und Kommunen – für sich zu nutzen. Bestehende Rahmenbedingungen wie eine gute Verkehrsanbindung nach Frankfurt, Wiesbaden und darüber hinaus sowie positive „weiche Standortfaktoren" (u.a. Bil-

dungsangebot, Nahversorgung, Umweltqualität) werden mit einer modernen, aktiven Gewerbe- und Wirtschaftsstruktur nutzbar gemacht. Neue Arbeitsformen, die dem Verständnis von „New Work“ gerecht werden, wirken dem negativen Pendlersaldo entgegen und werden in der Gemeinde etabliert.“

Schnittmengen:

Die Integration umfassender telemedizinischer Angebote und die Einrichtung einer Avatar-Praxis kann diesem im IKEK formulierten Anspruch gerecht werden. Konkret bedeutet dies auch ein unkomplizierter Zugang zu Fachärzten, zumindest bei der Diagnoseerstellung (z.B. Derma Docs).

10. Handlungsempfehlungen

Basierend auf den Gesprächsergebnissen, der lokalen Bedarfsanalyse und den zentralen IKEK-Bereichen ergeben sich die folgenden Empfehlungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung in der Gemeinde Schmitten:

1. **Entwicklung eines integrierten MVZ-Konzepts:**
    - Schaffung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) als Nukleus für die lokale Versorgung.
    - Einbindung zusätzlicher Versorgungsangebote wie Physiotherapie, Ergotherapie, Podologie und Präventionsprogramme, um eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Weiterführende Erläuterung: Das kommunale Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) soll als organisatorischer und räumlicher Kern („Nukleus“) der medizinischen Versorgung in Schmitten etabliert werden. Ziel ist es, die hausärztliche Primärversorgung langfristig zu sichern und zugleich schrittweise weitere gesundheitsnahe Leistungen anzubinden. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der steigenden Teilzeitquote bei Ärzten sowie der sinkenden Attraktivität der Einzelpraxis bietet ein MVZ die notwendige Struktur für Anstellung, Arbeitsteilung und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die Einbindung ergänzender Angebote wie Physiotherapie, Ergotherapie, Podologie sowie präventiver und gesundheitsfördernder Leistungen verfolgt einen ganzheitlichen Versorgungsansatz. Dadurch können Behandlungsprozesse besser koordiniert, Wege für Patientinnen und Patienten verkürzt und insbesondere ältere sowie chronisch erkrankte Menschen umfassender betreut werden. Perspektivisch kann das MVZ zu einem erweiterten Regionalen Versorgungszentrum weiterentwickelt werden.

Aufgaben und Handlungsschritte der Gemeinde aus Handlungsempfehlung 1:

- Festlegung des inhaltlichen Zielbilds des MVZ (Start mit hausärztlicher Versorgung, perspektivische Erweiterung).
- Klärung des räumlichen Konzepts (Zentralstandort, Barrierefreiheit, Erweiterungsoptionen).
- Strukturierte Einbindung lokaler Akteure (bestehende Hausärzte, Therapeuten, Apotheke, Pflege).
- Definition, welche ergänzenden Leistungen von Beginn an integriert und welche mittel- bis langfristig „angedockt" werden sollen.
- Abstimmung des Konzepts mit den Zielen des IKEK (Daseinsvorsorge, Belebung der Ortsmitte, Prävention).

2. **Stärkung der hausärztlichen Versorgung:**
    - Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), um frühzeitig über abgabewillige Hausärzte informiert zu werden.
    - Förderung der Ansiedlung neuer Hausärzte durch finanzielle Anreize (z.B. Übernahme von Praxisgründungskosten, Mietzuschüsse).

3. **Verbesserung der fachärztlichen Versorgung:**
    - Fokus auf den Ausbau der dermatologischen, kinderärztlichen und orthopädisch/chirurgischen Versorgung durch Ansiedlung von Fachärzten im MVZ.
    - Nutzung digitaler Lösungen wie Telemedizin zur Unterstützung schwer erreichbarer Fachgruppen.

4. **Integration in die IKEK-Strategie:**
    - Mobilität: Verbesserung der Anbindung des MVZ an den öffentlichen Nahverkehr, um die Erreichbarkeit für alle Ortsteile zu gewährleisten. Ggf. Aufbau eines Bürgerbusses.
    - Prävention und Gesundheitsförderung: Aufbau eines Präventionsnetzwerks mit Angeboten zur Gesundheitsbildung, z. B. Vorträge, Präventionskurse und individuelle Beratungen.
    - Koordination und Information: Implementierung eines digitalen Patientenlotsensystems, das Termine koordiniert und Patienten zu den passenden Gesundheitsangeboten weiterleitet.

5. **Einbindung lokaler Akteure und Förderung der Zusammenarbeit:**
    - Regelmäßige Workshops mit Ärzten, Therapeuten und Pflegeeinrichtungen zur Abstimmung von Bedarfen und Aufgabenverteilung.
    - Schaffung eines regionalen Gesundheitsgremiums, das als Steuerungsplattform für alle Beteiligten dient.

6. **Förderung des Fachkräftenachwuchses:**
    - Aufbau eines Weiterbildungsverbundes mit benachbarten Gemeinden und Kliniken, um Medizinstudierende und junge Ärzte gezielt für die Region zu gewinnen.
    - Kooperation mit Hochschulen und Fachschulen zur Bereitstellung von Praktikumsplätzen und langfristiger Fachkräftebindung.

7. **Finanzierung und Rechtsform:**
    - Gründung des MVZ in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH (gGmbH), um Fördermittel optimal nutzen zu können und eine flexible Organisationsstruktur zu schaffen.
    - Prüfung von Zuschüssen aus staatlichen und kommunalen Förderprogrammen sowie Einbindung privater Investoren.

Weiterführende Erläuterung: Die Gründung des MVZ in der Rechtsform einer (gemeinnützigen) GmbH bietet der Gemeinde Schmitten eine hohe organisatorische und wirtschaftliche Flexibilität bei gleichzeitig klaren Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten. Insbesondere die GmbH-Struktur hat sich bundesweit als Standard für kommunale MVZ etabliert. Die Gemeinnützigkeit kann – insbesondere bei alleiniger kommunaler Trägerschaft – Vorteile im Hinblick auf Förderfähigkeit, steuerliche Entlastung und öffentliche Akzeptanz bieten, erfordert jedoch eine klare Zweckbindung der Mittelverwendung.

Die Finanzierung des MVZ sollte auf mehreren Säulen beruhen. Neben Eigenmitteln der Gemeinde kommen Zuschüsse aus Landes-, Bundes- und Förderprogrammen (z. B. Dorfentwicklung, Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum) in Betracht. Ergänzend kann – je nach Ausgestaltung – auch die Beteiligung externer Partner oder Investoren geprüft werden, etwa für Gebäude, Ausstattung oder den operativen Betrieb, sofern dies mit den Zielen der Kommune vereinbar ist.

Aufgaben und Handlungsschritte der Gemeinde aus Handlungsempfehlung 7:

- Grundsatzentscheidung zur Trägerschaft und Rechtsform (GmbH vs. gGmbH).

- Prüfung der Förderfähigkeit des Vorhabens im Rahmen bestehender Programme (Land Hessen, Bund, KVH).
- Entwicklung eines tragfähigen Finanzierungsmodells (Investitions- und Anlaufkosten, laufender Betrieb).
- Klärung kommunalrechtlicher Anforderungen (z. B. Bürgschaften, Genehmigungen der Rechtsaufsicht).
- Festlegung der Governance-Struktur (Gesellschafterversammlung, Geschäftsführung, Aufsichtsrat, Ärztliche Leitung).
- Bewertung, ob und zu welchem Zeitpunkt eine Beteiligung Dritter sinnvoll oder erforderlich ist.

8. **Langfristige Perspektive:**
    - Regelmäßige Evaluation des Versorgungsangebots und Anpassung an demografische und gesundheitliche Entwicklungen.
    - Ausbau des MVZ zu einem Regionalen Versorgungszentrum (RVZ), das neben der medizinischen Versorgung auch soziale und pflegerische Dienstleistungen integriert.

Die dargestellten Handlungsempfehlungen bieten eine tragfähige und realistische Grundlage, um die medizinische Versorgung in der Gemeinde Schmitten langfristig zu sichern und schrittweise an die absehbaren demografischen, strukturellen und fachlichen Herausforderungen anzupassen. Durch eine konsequente und abgestimmte Umsetzung können nicht nur bestehende Versorgungslücken geschlossen, sondern auch zukunftsfähige Strukturen geschaffen werden, die den veränderten Anforderungen von Patientinnen und Patienten sowie von Leistungserbringern Rechnung tragen. Gleichzeitig leistet die Stärkung der medizinischen Infrastruktur einen wichtigen Beitrag zur Attraktivität Schmittens als Wohn-, Lebens- und Arbeitsort und unterstützt damit die Ziele der integrierten kommunalen Entwicklung nachhaltig.