



**Adrian W.T. Dostal**

**Gabriele Dostal**

**Tristan E.W. Dostal**

# Ärztemangel auf dem Land: Effizienzsteigerung durch Mehrbe- handler-Praxen

Handlungsanleitung für Bürgermeister, kommunale Entscheider, Akteure des  
Gesundheitsmarktes und Investoren

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.d-nb.de> abrufbar.

ISBN-Nummer 978-3-9816272-7-5

Herausgegeben vom Xundland-Verlag®

der Marke für Gesundheitsmarkt-Publikationen der

dostal & partner management-beratung gmbh

Bahnhofstraße 5

D - 84137 Vilsbiburg

Email: [publikationen@dostal-partner.de](mailto:publikationen@dostal-partner.de)

[www.dostal-partner.de](http://www.dostal-partner.de)

Alle Rechte vorbehalten.

Die vorliegende Publikation einschließlich all ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht erlaubt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Schutzgebühr der CD-ROM beträgt € 189,00 € inkl. MWSt. im Inland.

# Inhalt

Vorwort	7	
1	Aktueller Impuls und Chance	11
2	Strukturwandel und Transformationsbedarf im Hausärztemarkt	16
2.1	Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen	16
2.2	Markttrends und bedingte Datenbasis	21
2.3	Qualitative Situationsbeschreibung als Ergänzung	34
2.4	Praxiseinblicke und Lösungsansätze	39
2.5	Innovative Musterpraxen als Leuchtturmprojekte der Transformation	53
3	Kommunale Zuständigkeiten im Rahmen der Daseinsvorsorge	62
3.1	Allgemeine Entwicklungen in ländlichen Kommunen	62
3.2	Kommunen in der Pflicht (7. Altenbericht der Bundesregierung)	68
3.3	Vermeidung „Schwarzer Peter-Spiele“ und kommunales Gemeinwohl	72
3.4	Erweiterung Akteurskreis und neuer Eigentümermix als Zukunftschance	79
4	Typisierung von Kommunen zur eigenen Standortbestimmung	84
4.1	Bürgerperspektive und mögliche Kriterien zur Typisierung	84
4.2	Kommunen mit eher geringer bis eingeschränkter Handlungsperspektive (Typen „Risiko-“ und „Sandwich-Kommune“)	90
4.3	Kommunen mit deutlichen Handlungsperspektiven (Typen „Diaspora-“ und „Speckgürtel-Kommune“)	94
4.4	Kommunen mit eindeutigen Gestaltungsperspektiven (Typen „Selbstläufer-“ und „Ambitionierte Kommune“)	96
5	Kommunale Nutzung der Chancen und mögliches Vorgehen	100
5.1	Neutraler Blick von Außen und Kern der Transformation	100
5.2	Bestandsaufnahme des Gesundheitsclusters: Top-down vs. Bottom-up	105

5.3	Anpassungsmöglichkeiten Bedarfsplanung und Versorgungsgrade	111
5.4	Verbraucher und Positionierungsmöglichkeiten für ein kommunales Gesundheitszentrum	120
5.5	Steuerung und Moderation der notwendigen Transformation	126
6	Fazit und Ausblick	131

## Anhang

1	Abkürzungsverzeichnis	141
2	Glossar	144
3	Literaturverzeichnis	154
4	Abbildungsverzeichnis	164
5	Tabellenverzeichnis	168
6	Veröffentlichungen zum Themenfeld Gesundheitsmarkt	170

Anmerkung: Der in der Publikation verwendete Begriff Arzt wird geschlechtsneutral verstanden und schließt selbstverständlich auch Ärztinnen mit ein, die übrigens in den meisten Bereichen heute bereits die Mehrheit stellen. Durch die singuläre Verwendung der jeweils männlichen Begriffe auch für die Therapeuten usw. soll die Leserlichkeit erhöht werden.

*Pandarus: „... Wer einen Kuchen von Weizenmehl haben will, muß warten, bis der Weizen gemahlen ist.“*

*Troilus: „Und hab’ ich nicht gewartet?“*

*Pandarus: „Freilich, auf das Mahlen; du mußt aber auch das Sieden abwarten.“*

*Troilus: „Und hab’ ich nicht gewartet?“*

*Pandarus: „Ja, auf das Sieden, aber du mußt auch das Säuern abwarten.“*

*Troilus: „Ich habe stets gewartet!“*

*Pandarus: „Ja, bis zum Säuern. Dann kommt aber noch mit dem Wort: hernach, das Kneten, das Formen des Kuchens, das Heizen des Ofens, und das Backen. Ja, auch das Abkühlen mußt du abwarten, wenn du dir nicht etwa die Lippen verbrennen willst.“*

*William Shakespeare, Troilus und Cressida, 1. Akt*

## **Vorwort**

Der Ärztemangel zeichnet sich schon seit über zehn Jahren ab. In den letzten Jahren ging es vorrangig darum das Problem des Ärztemangels auf dem Lande mit „innovativen Konzepten“ lösen zu wollen. Es schien, als könnten durch umfangreiche wissenschaftliche Untersuchungen „in alten Bahnen“ das Problem für die Zukunft gelöst werden. Dabei wurden mehr oder weniger unausgesprochen bisherige tradierte Mechanismen und Organisationsformen mit den bekannten Akteuren fortgeschrieben.

Frappierend ist dabei das Weiterbestehen eines unausgesprochenen Aberglaubens, dass sich solche isoliert entwickelten (wissenschaftlichen) Modelle als neue Versorgungsformen komplett auf die Fläche übertragen lassen, z.B. mittels einer Umsetzung im Rahmen des *Innovationsfonds* via eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen.<sup>1</sup> Derweil zeichnet sich seit Jahrzehnten ab, dass das eben nicht bzw. niemals der Fall sein wird (können).

---

<sup>11</sup> Innovationsfonds (2017): „Unter neuen Versorgungsformen im Sinne des Innovationsfonds versteht man Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden Modelle, welche die sektorenübergreifende Versorgung weiterentwickeln und Ansätze enthalten, die Trennung der Sektoren zu überwinden, sowie solche, die innersektorale Schnittstellen optimieren. Voraussetzung für eine Förderung ist ein tragfähiges Evaluationskonzept. Die Evaluation der geförderten neuen Versorgungsformen soll Erkenntnisse liefern, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in seine Richtlinien zur Gestaltung der Versorgung übernommen werden können oder dem Gesetzgeber als Grundlage für strukturelle Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen können.“

Dazu sind die aktuellen und erkennbaren konkreten Gegebenheiten, Bedingungen und die gewachsenen Historien in den betroffenen Kommunen, Landkreisen und wie auch immer definierten Regionen viel zu unterschiedlich. Tatsache ist: In den nächsten acht bis zehn Jahren dürften etwa 50 Prozent der Hausärzte ihre Praxis aufgeben bzw. sich zur Ruhe setzen. Unklarheit besteht lediglich dahingehend, dass nicht vorhersehbar ist wie viele Ärzte noch mit 67, 70 oder auch über 72 Jahren (teilweise) beruflich tätig sein werden. Wie also die fehlende allgemeinärztliche Kapazität (auf dem Lande) konkret in den nächsten Jahren vor Ort ersetzen?

Der meistens von Medizinwissenschaftlern, Standesvertretern, Gesundheitspolitikern und ihnen folgenden Begleitern und Verwaltern des Gesundheitswesens in Ministerien und Behörden auf Bundes-, Länder- und Regionalebene produzierte „Versorgungsmodelle-Nebel“ verzicht sich dabei mittlerweile. Auch wurde das Problem „Bekanntmachender attraktiven Seiten des Landarzt-Berufes“ durch zahlreiche Initiativen gelöst (Dostal 2016, S. 65ff).

Auch der Anteil derjenigen, welche das Kernproblem „Mehr Effizienz bei weniger Ärzten schaffen“, aus den unterschiedlichen Perspektiven und Motivlagen heraus nicht erkennen können bzw. manchmal aus Opportunitätsgründen nicht erkennen wollen, schwindet langsam. Damit wird deutlich, dass es darum geht, das längst überholte Modell einer „Ein-Arztpraxis auf dem Lande“ im Rahmen eines umfangreichen Transformationsprozesses durch deutlich produktivere größere Einheiten – wir nennen sie bewusst Mehrbehandler-Praxen – abzulösen, ohne dabei gleich das Schreckgespenst eines anonymen krankenhausgeführten und im Wettbewerb zu den niedergelassenen Ärzten stehenden MVZ an die Wand zu malen.

Dieser Transformationsprozess in Richtung mehr Effizienz ist unabdingbar, da die bisherigen kaum durchschaubaren und komplexen Ausbildungs- und Nachbesetzungssysteme nicht in der Lage sind, die gleiche Anzahl an „jüngeren“ Ärzten zur Verfügung zu stellen. Zumal diese weiterhin mit rund 67 Prozent ihrer Arbeitszeit mehr oder weniger ärztliche Tätigkeiten für Dokumentation, Verwaltungsaufwand und regelmäßig nicht-ärztlichen Betreuungsaufwand usw. ausführen sollten. Es sind also entsprechend der jeweiligen Situation vor Ort, interne Praxisstrukturen mit systematisierten und damit delegierbaren Prozessen relativ kurzfristig ebenso auf den Weg zu bringen wie Konzepte die ältere Patientengruppe effizienter zu betreuen. Weniger Hausärzte müssen also mehr Medizinerarbeit leisten können.

Hier kann man durchaus das übliche Konzept aus zahlreichen Dienstleistungsbetrieben mit einem unterstützenden „Backoffice“ und einem ärztlich tätigen „Frontoffice“ adaptieren. Das geschieht regelmäßig bereits heute in Mehrbehandler-Praxen in größeren Kommunen. Dabei sind gleichzeitig Übergangsmöglichkeiten für sich zur Ruhe setzende Ärzte zu finden und diese Abge-

ber-Ärzte als Erfahrungsanker (Paten) für junge niedergelassene Ärzte (Generation Y) auf Zeit zu integrieren.

Aus verständlichen und nachvollziehbaren Gründen unklar ist allerdings, wer für diesen notwendigen Transformationsprozess vor Ort in den betroffenen Kommunen – der Impuls des Erkennens liegt in der seit Jahrzehnten absehbaren demographischen Entwicklung auch bei der Ärzteschaft – zuständig ist bzw. sein müsste. Um hier das Ganze für den knappen zur Verfügung stehenden Reaktionszeitraum zu verkürzen, formulieren wir vor dem Hintergrund des 7. Altenberichts vom November 2016 mit dem Postulat einer „Verörtlichung der Sozialpolitik“ ganz offen: Dieser anstehende Transformationsprozess ist für die Kommunen eine Mega-Chance sich z.B. im Standort-Wettbewerb als attraktiver Gesundheitsversorgungs-, Lebens- und Arbeitsraum nachhaltig zu positionieren. Dieses kommunale Einbringen dient zudem schlichtweg dem Gemeinwohl, es ist legitimiert.

Nur wenige, der in den Kommunen Verantwortung tragenden Akteure haben dazu das notwendige Wissen von den Niederlassungs- und Praxisregularien aber auch des Projektmanagements für die jeweils anstehende Transformation (Stichwort: Troilus). Das auch heute noch zu vernehmende Postulat einer Nicht-Zuständigkeit von Kommunen im Umfeld der „Schwarzer Peter-Spiele“ ist dafür nicht unwesentlich verantwortlich. Aus diesem Grund haben wir mit der vorliegenden Publikation versucht, das – aus unserer durchaus subjektiven Sicht – Wichtigste für Bürgermeister, kommunale Entscheider, Akteure des Gesundheitsmarktes und Investoren zusammenzutragen und in den jeweils notwendigen Kontext zu stellen.

Gleichzeitig spreizen sich das Wissen und der Zugang zur Lösung der nachhaltigen Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande bei den Akteuren vor Ort zunehmend. Es gibt zudem kaum eine fundierte und praxistaugliche Literatur dazu. Aus zahlreichen Quellen wird deshalb in dieser Handlungsanleitung versucht das Wichtigste hier zusammenzutragen. Des Weiteren spielen die jeweils individuellen Einstellungen der potentiell Agierenden eine große Rolle: Geht es die einen z.B. kraft Alters bereits (scheinbar) nichts mehr an, entspricht es für andere weder ihren Neigungen noch ihrer praktizierten Berufs- oder Amtsauffassung. Andere wollen diese „heiße Kartoffel“ lieber nicht anrühren oder sehen „die Politik“ in der Pflicht: Zuviel Unfinanzierbares „landet“ bereits heute in den Rathhäusern.

Dass aber andererseits Vieles rasch aufgenommen und adaptiert werden kann und wird, das haben zahlreiche Gespräche der Autoren mit Kommunalverantwortlichen und relevanten Gesundheitsakteuren vor Ort in den letzten zwei Jahren gezeigt. Dies ist nicht zuletzt der Professionalität beim Managen anderer lokaler und regionaler Projekte z.B. im Rahmen der Dorf-

/Stadtentwicklung und der sonstigen Daseinsvorsorge vor Ort geschuldet. Hunderte, vielleicht auch Tausende unterschiedliche Leuchtturmprojekte – selbstverständlich auch initiiert und realisiert u.a. von und mit Unternehmerärzten, -apothekern und anderen (kommunalen) Investoren – sind ein Beleg dafür.

Die vorliegende Publikation versucht in mehreren Schritten der recht unterschiedlichen und sich laufend weiterentwickelnden Situation gerecht zu werden. Sie ist nicht zuletzt auch eine deutliche Weiterentwicklung unserer früheren Schrift „Innovative Versorgungskonzepte für die gesundheitliche Versorgung auf dem Lande. Chancen für Akteure aus Gesundheitswesen und Zweitem Gesundheitsmarkt“. (Dostal 2016)

Nach einer Verdeutlichung der Chance den Ärztemangel auf dem Lande für die eigene Kommune zu nutzen (Kapitel 1), werden der Transformationsbedarf im Ärztemarkt und die Anforderungen der Generation Y transparent gemacht und miteinander verwoben (Kapitel 2). Der Ärztemangel auf dem Lande wird dann in den Kontext mit anderen Kommunalentwicklungen auf dem Lande gestellt und das Thema der lokalen Daseinsvorsorge als legitime Aufgabe den Kommunen zugewiesen (Kapitel 3). Die folgenden zwei Abschnitte dienen dazu den Verantwortlichen vor Ort den Einstieg und den trittfesten Zugang zur Realisierung von Effizienzsteigerungen durch das „Schaffen“ – in welcher kommunalen Rolle auch immer – von Mehrbehandler-Praxen zu ebnen.

Orientierungshilfen bieten insbesondere die Zuordnungsmöglichkeit der eignen Kommune zu einem Typ und die daraus sich ergebenden unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten (Kapitel 4). Die Umsetzung selbst – die Aspekte durchziehen die gesamte Handlungsanleitung – ist, deshalb auch das Eingangszitat, recht unterschiedlich und kann – wer das als Bürgermeister schon hinter sich hat, weiß das – einer Sisyphusarbeit nicht unähnlich erscheinen. Nichts ist vergleichbar, es bedarf häufig einer externen neutralen Begleitung und manchmal auch Steuerung (Kapitel 5). Ein Fazit und Ausblick fassen die Ergebnisse der vorliegenden Studie zusammen und geben auch einen Wink zur flächendeckenden Beschleunigung zur Hebung der Effizienzreserven der ärztlichen Versorgung vor Ort.

Vilsbiburg, im Januar 2018

*Adrian W.T. Dostal*

*Gabriele Dostal*

*Tristan E.W. Dostal*

#### 4. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Entwicklung nicht besetzter Haus- und Facharztsitze (ambulant und stationär) bis 2030	11
Abbildung 1.2:	Hausärztliche Nachwuchsverfügbarkeit	12
Abbildung 2.1:	Ärztstruktur und Alter in Schleswig-Holstein (KV SH)	23
Abbildung 2.2:	Anzahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte	25
Abbildung 2.3:	Zahl der angestellten Ärzte und Psychotherapeuten nach Versorgungsbereichen in Schleswig-Holstein 2010 – 2017	27
Abbildung 2.4:	Zahl der Zugelassenen und angestellten Ärzte nach Versorgungsbereichen in Schleswig-Holstein 2017	28
Abbildung 2.5:	Versorgungsformen der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Schleswig-Holstein	28
Abbildung 2.6:	Anteil der Ärztinnen und Psychotherapeutinnen 1980 - 2017 in Schleswig-Holstein	32
Abbildung 2.7:	Typische Facharztversorgung einer Kommune mit 6.000 Einwohnern in Bayern	33
Abbildung 2.8:	Beispielhafte Markttrends und Schlussfolgerungen zur hausärztlichen Versorgung auf dem Lande	34
Abbildung 2.9:	Entscheidungsebenen bei der Standortwahl von Gesundheitsbetrieben	41
Abbildung 2.10:	Standortfaktoren „Innenstadt“ und „Außenbezirke“ am Beispiel einer Apotheke	42
Abbildung 2.11:	Einnahmen, Aufwendungen und Reinertrag bei Arztpraxen 2003 bis 2011 in Prozent	43
Abbildung 2.12:	Grundprinzip Produktivitätssteigerung Einzelpraxis vs. Mehrbehandlerpraxis	45
Abbildung 2.13:	Überschlägiges Arztentlastungspotential bei 1.000 Patienten mit tradierter Mischarbeit Heilkunde und Verwaltung	46
Abbildung 2.14:	Neues Rollenverständnis der Heilberufler in 2030	47
Abbildung 2.15:	Digitalisierung im Gesundheitsmarkt aus Sicht von Heilberuflern 2030	49
Abbildung 2.16:	Digitaler Standard und das Ende der Zettelwirtschaft 2030 aus Sicht von Heilberuflern	49

Abbildung 2.17:	Spezialisierung und Kapitalisierung des Heilberufler-Marktes 2030	54
Abbildung 2.18:	Präferierte Berufsausübungsmodelle von Heilberuflern 2030 nach Geschlechtern	55
Abbildung 2.19:	Präferierte Arbeitszeitmodelle von Heilberuflern 2030 nach Geschlechtern	56
Abbildung 2.20:	Systemmodell einer kommunalen „Eigeneinrichtung“	60
Abbildung 3.1:	Landarztproblem und Unattraktivität des Lebens auf dem Lande	62
Abbildung 3.2:	Anzahl der Lebensmittelbetriebe nach Betriebsformen 1990 – 2010	64
Abbildung 3.3:	Entwicklung Apothekenmarkt 2015/2016	65
Abbildung 3.3:	Verkehrsmittelnutzung beim Hauptzweck Einkaufen in Groß-, Mittel- und Kleinstädten sowie ländlichen Gemeinden 2008	67
Abbildung 3.4:	Räumliche Planungs- und Regulierungsebenen für das Gesundheitswesen	73
Abbildung 3.5:	Wirklichkeit und Offenheit als Ausgangspunkt der KV Schleswig-Holstein I	75
Abbildung 3.6:	Wirklichkeit und Offenheit als Ausgangspunkt der KV Schleswig-Holstein II	76
Abbildung 3.7:	KV Schleswig-Holstein unterstützt Ärzte mit Versorgungsverantwortung	76
Abbildung 3.8:	Vorausschauende Sicherstellung bei der KV Schleswig-Holstein	77
Abbildung 3.9:	Krankenhäuser und ambulante Versorgung auf dem Lande aus Sicht der GKV	77
Abbildung 3.10a:	Finanzielle Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der KVB	78
Abbildung 3.10b:	Finanzielle Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der KVB	78
Abbildung 3.10c:	Finanzielle Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der KVB	79
Abbildung 3.11:	Zunehmende Verzahnung von Gesundheitswesen, Zweiter Gesundheitsmarkt und relevanter B2B-Bereiche im deutschen Gesundheitsmarkt	81
Abbildung 3.12:	Integrationsmodell mit Akteuren aus Gesundheitswesen und Zweitem Gesundheitsmarkt (Symbolbild)	83

Abbildung 4.1:	Probleme der Verbraucher einen geeigneten Haus- bzw. Facharzt in der Nähe zu finden 2017	84
Abbildung 4.2:	Transport-/Verkehrsmittel zur Arztpraxis nach Ortsgröße 2017	85
Abbildung 4.3:	Wegezeiten zur Arztpraxis 2017	86
Abbildung 4.4:	Adressaten notwendiger ärztlicher Hilfe 2017	87
Abbildung 4.5:	Wohlstandsregionen auf Basis der Kaufkraft in Deutschland	88
Abbildung 4.6:	Beispielhafte Konstellationen und Typen von Kommunen	90
Abbildung 4.7:	Chancen einer Kommune in „Sandwich-Lage“ mit über 10.000 Einwohnern	92
Abbildung 4.8:	Chancen einer Kommune in der „Diaspora“	94
Abbildung 4.9:	Rolle der Kommunen und unterschiedliche Stufen des Engagements	96
Abbildung 5.1:	Fragen über Fragen die neutral und objektiv zu klären sind	102
Abbildung 5.2:	Beispielhafte Struktur einer Übergangspraxis mit Abgebern und Nachwuchsärzten mit zentraler Verwaltung	103
Abbildung 5.3:	Beispiel Bottom-up-Projekt „Sicherung der hausärztlichen Versorgung“	110
Abbildung 5.4:	Ebenen und Instrumente der Bedarfsplanung	113
Abbildung 5.5:	Planungsbereiche der Hausärztlichen Versorgung in Bayern	113
Abbildung 5.6:	Mittelbereiche in Südostbayern nach (altem) Planungsstand 2013	115
Abbildung 5.7:	Mittelbereiche in Südostbayern nach (neuem) Planungsstand 2015	116
Abbildung 5.8:	Anpassung der Verhältniszahl an die Demographie	116
Abbildung 5.9.:	KV-Bedarfsplanung-Planungsblatt mit 18 Spalten (Beispiel)	118
Abbildung 5.10:	Zunehmende Bereitschaft sich von Arzthelferinnen versorgen zu lassen 2017 zu 2015	120
Abbildung 5.11:	Ablehnung der Versorgung durch Arzthelferinnen bei kleinen/chronischen Erkrankungen nach Altersgruppen 2017	121
Abbildung 5.12:	Erkannte Vorteile der Versicherten der Behandlung/Versorgung durch eine Arzthelferin 2017	
Abbildung 5.13:	Anforderungen und Erwartungen der Versicherten an die Versorgung durch eine Arzthelferin 2017	122
Abbildung 5.14:	Positionierungsmöglichkeiten für ein Gesundheitszentrum	124

Abbildung 5.15:	Beispiel für Einstieg in ein Bottom-up-Projekt „Nachhaltige Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande“	127
Abbildung 5.16:	Beispiel Schaffen einer fundierten Basis für ein Bottom-up-Projekt „Nachhaltige Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande“	128
Abbildung 5.17:	Beispiel Konzepterarbeitung und Umsetzung für ein Bottom-up-Projekt „Nachhaltige Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande“	128
Abbildung 5.18:	Beispiel Einbinden Akteure, Bürger und Öffentlichkeit bei einem Bottom-up-Projekt „Nachhaltige Sicherung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande“	129
Abbildung 6.1:	Markttrends für eine strukturelle Transformation der ärztlichen Versorgung auf dem Lande im Überblick	132
Abbildung 6.2:	Unterschiedliche Akteure und ihre Rollen bei der Transformation der ärztlichen Versorgung auf dem Lande im Überblick	133
Abbildung 6.3:	dostal-Faustformel Lösungsbereiche vor Ort und im „Großen“ zur Sicherung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung auf dem Lande	136

## 5. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte und Praktische Ärzte (Hausärzte)	11
Tabelle 1.2:	Altersbedingt ausscheidende Hausärzte: Prognostizierte Bruttoabgänge 2013 – 2021	12
Tabelle 2.1:	Altersstruktur niedergelassener Allgemeinärzte (Stand: 1. Juli 2016)	22
Tabelle 2.2:	Altersstruktur der saarländischen Vertragsärzte (Stand: 1. Juli 2016)	23
Tabelle 2.3:	Alter in Jahren der 203 Hausärzte in drei ausgewählten Landkreisen in Baden-Württemberg	24
Tabelle 2.4:	Nachfolgebedarf für Hausärzte nach Kopfzahl und Versorgungsaufträgen im Landkreis Kassel (Stand: 1.3.2016)	24
Tabelle 2.5:	Hausärzte in kooperativen Strukturen 2015 und 2016	26
Tabelle 2.6:	Bundesweite Entwicklung selbständiger und angestellter Ärzte in ambulanten Praxen	27
Tabelle 2.7:	Teilzeit in der ambulanten Versorgung von Schleswig-Holstein 2017	29
Tabelle 2.8:	Größe der 203 Hausarztpraxen in drei Landkreisen in Baden-Württemberg	30
Tabelle 2.9:	Gewünschte Arbeitsform von Medizinstudierenden (n = 164)	30
Tabelle 2.10:	Frauenanteil an der vertragsärztlichen Versorgung 2007 – 2016	31
Tabelle 2.11:	Wichtige Kennziffern ausgewählter Facharztgruppen in Bayern	32
Tabelle 2.12:	„Harte“ Standortfaktoren von Gesundheitsbetrieben	41
Tabelle 2.13:	Anzahl Ärzte und sonstige Praxismitarbeiter im Vergleich Einzel- und Gemeinschaftspraxis bei ausgewählten Arztdisziplinen 2007	44
Tabelle 2.14:	Einschätzung der Nachfolgesituation (n = 21 von 67)	52
Tabelle 2.15:	Hemmende Faktoren bei Nachfolgesuche aus Sicht niedergelassener Hausärzte (n = 203)	53
Tabelle 3.1:	Ausgewählte Beschäftigte/Tätige (inkl. Teilzeit) im Zweiten Gesundheitsmarkt	82
Tabelle 5.1:	Unterschätzte Herausforderung der zu moderierenden Akteure bei einer mittelgroßen Kommune	101
Tabelle 5.2:	Kennzahlen und Altersverteilung Fachärzte Stadt und Landkreis Regensburg als Top-Down-Ansatz	106

Tabelle 5.3:	„Alte“ und „neue“ Mittelbereiche in Südostbayern	115
Tabelle 5.4	Verhältniszahlen der kassenärztlichen Bedarfsplanung	117

## 6. Veröffentlichungen zum Themenfeld Gesundheitsmarkt

Dostal, A., Dostal, T.: Controlling von Gesundheitsnetzen – Ergebnisse einer Pilotuntersuchung zur Erfolgsmessung, in: Pfannstiel, M. et al. (Hrsg.), Management von Gesundheitsregionen Band IV – Gesundheitsnetzwerke, Wiesbaden, 2018 (in Druck).

Dostal, A., Dostal, G., Dostal, T.: Ärztemangel auf dem Lande: Effizienzsteigerung durch Mehrbehandler-Praxen. Handlungsanleitung für kommunale Entscheider, Akteure des Gesundheitsmarktes und Investoren, Vilsbiburg, 2018.

Dostal, A., Dostal, G.: Gesundheitsregion Xundland® Vils-Rott-Inn - Ein Beitrag zur Lösung der demographischen Herausforderung, in: Pfannstiel, M. et al. (Hrsg.), Management von Gesundheitsregionen Band III – Gesundheitsnetzwerke zur Optimierung der Krankenversorgung durch Kooperation und Vernetzung, Wiesbaden, 2017, S. 85-98.

Dostal, T., Dostal, A.: Controlling in Gesundheitsnetzen. Ergebnisse einer Umfrage zur Anwendbarkeit von betriebswirtschaftlichen Erfolgskennzahlen und Schritte zu deren Umsetzung, Bd. 4 Reihe Xundland*basics*, BoD, Norderstedt, 2017.

Dostal, A., Dostal, G.: Handbuch Gesundheitsmarkt in Deutschland. Gesundheitswesen und Zweiter Gesundheitsmarkt: Zahlen – Daten – Fakten, vollk. überarb. 4. Aufl., Vilsbiburg, 2017.

Dostal, A.: Netzwerke und Kooperationen im Gesundheitsmarkt, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Integrierte Versorgung, 50. Aktualisierung, Heidelberg, 2016.

Dostal, T., Erfolg von horizontalen Unternehmensakquisitionen im Verlauf des Branchenlebenszyklus in der Pharmaindustrie in den Vereinigten Staaten seit Ende des 19. Jahrhunderts, Grin Publishing, 1. Aufl., München, 2016.

Dostal, A. (Hrsg.): Xundland®-Tag: Open Campus – Gesund bleiben!, Veranstaltungsdokumentation, Bd. 3 Reihe, BoD, Norderstedt, 2016.

Dostal, A., Dostal, G.: Innovative Versorgungskonzepte für die gesundheitliche Versorgung auf dem Lande. Chancen für Akteure aus Gesundheitswesen und Zweitem Gesundheitsmarkt Zweitem Markt, Vilsbiburg, 2016.

Dostal, G., Dostal, R.: Ärztliche Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg. Aktuelle Situation, Prognosen und Handlungsempfehlungen, Hrsg. Industrie- und Handelskammer Schwarzwald-Baar-Heuberg, Villingen-Schwenningen, 2016.

Dostal, A. (Hrsg.): Spannungsbogen Demographie – Pflicht – Chance. Gesundheit im Betrieb: Impulsvorträge – Lösungen – Diskussion, Veranstaltungsdokumentation mit Pfarrkirchner Erklärung vom 24. November 2015, Bd. 2 Reihe Xundland*basics*, BoD, Norderstedt, 2016.

Dostal, A., Dostal, G.: Deutscher Gesundheitsmarkt bis 2020: Innovationen, Herausforderungen, Trends und Potentiale für die Akteure. Ergebnisse einer Online-Umfrage vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarktes, Vilsbiburg 2016.

Dostal, A.: Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädte, in: Hellmann, Handbuch Integrierte Versorgung, 49. Aktualisierung 12/2015, 9.1.1, Heidelberg, 2015, S. 1-88.

Dostal, A.: Gesundheit im Betrieb. Mehr als eine Pflichtleistung „BGF“ und die freiwillige klassische Leistung „BGM“, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Integrierte Versorgung, 49. Aktualisierung 12/2015, 5.7.3.4, Heidelberg, 2015, S. 1-47.

Dostal, A., Dostal, G.: Produktivitätsfaktor Gesundheit: Märkte, Trends und Potentiale für Prävention, individuelle und betriebliche Gesundheitsförderung. Marktspezifika und Ergebnisse einer Online-Umfrage in der zunehmend vernetzt agierenden Gesundheitswirtschaft in Deutschland, Vilsbiburg, 2015.

Dostal, A., Dostal, G.: Gesundheit im Betrieb: Handlungsanleitung für die Chefs von kleinen und mittleren Unternehmen, Bd. 1 Reihe Xundland*basics*, BoD, Norderstedt, 2015.

Dostal, A., Dostal, G.: Entwickeln von Gesundheitsregionen in Deutschland. Marktbedingungen und Rahmenfakten, Konzept und rollierender Umsetzungsplanung dargestellt am Generalplan für die Gesundheitsregion Xundland® Vils-Rott-Inn - Entschleunigen und relaxen im schönen Niederbayern, Vilsbiburg, 2013. (vergriffen)

Dostal, A., Dostal, G.: Gesundheitsregionen und -städte - Netzwerke und Kooperationen mit Potential. Ergebnisse einer empirischen Befragung von Entscheidern des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes im Spannungsdreieck von Daseinsvorsorge, Gesundheitstourismus und Wirtschaftsförderung, Vilsbiburg 2013.

Dostal, A.: Sektorübergreifende Zusammenarbeit von Leistungs- und Serviceerbringern führt zur Produktivitätssteigerung des Faktors Gesundheit, in: Hellmann, W. (Hrsg.), Handbuch Integrierte Versorgung, 39. Aktualisierung 1/2013, 5.7.3.4, S. 1-7.

Dostal, A., Dostal, G.: Gesundheitswirtschaft in Deutschland: Mit dem 6. Kondratieff zu einem nachhaltigen Wirtschaftsaufschwung. Handbuch zum Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt mit Angebotsstrukturen, Marktregularien, -volumen und Marktstrukturen sowie Marktentwicklungen mit Treiberfaktoren in 20 Teilmärkten für Krankenversicherer, (medizinische) Leistungsanbieter, Hersteller, Dienstleister, IT-Partner, Handel, B2B-Unternehmen, Cross-Selling-Partner, Verbände, Hochschulen, Forscher, Berater, PR- und Werbeagenturen, 3. Aufl. Handbuch, Vilsbiburg, 2012.

Dostal, A., Dostal, G.: Potentiale im Zweiten Gesundheitsmarkt: Wellness, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsreisen. Ergebnisse einer Umfrage für Entscheider und Dienstleister im Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt, Vilsbiburg, 2011.

Dostal, G., Dostal, R.: Entwicklungen und Chancen durch das Zusammenwachsen des 1. und 2. Gesundheitsmarktes in Deutschland, Ergebnisse Expertenbefragung von healthpanel.de im Frühjahr 2011, Vilsbiburg, 2011.

Dostal, G., Dostal, R.: Marken und Slogans im deutschen Gesundheitsmarkt. Ergebnisse aktueller empirischer Untersuchungen, Vilsbiburg, 2011.

Dostal, A., Dostal, G.: Verbraucher, Krankenversicherungen und Unternehmen in der Markenwelt der Gesundheitswirtschaft: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, Vilsbiburg, 2010.

Dostal, A., Dostal, G.: Gesundheitswirtschaft in Deutschland: Aufbruch ins Markenzeitalter. Handbuch mit Marktregularien, -volumen und -strukturen, Marktentwicklungen mit Treiberfaktoren sowie Produktlinien- und Markenpotentialen in 17 Teilmärkten für Krankenversi-

cherer, Leistungsanbieter, Dienstleister, Handel, Hersteller, Cross-Selling-Partner, Verbände, Institute, Berater sowie PR- und Werbeagenturen, 2. Aufl. Handbuch, Vilsbiburg, 2009.

Dostal, G.: Vom Desinteresse zur Unterscheidbarkeit - Informationsverhalten und Wahrnehmung der Verbraucher zum Thema Gesetzliche Krankenkassen, Vilsbiburg, 2009.

Dostal, G.: Effizientes Kassenmarketing, Bekanntheit und Verbraucher 2009. Zehn Thesen untersucht in acht Großregionen, Vilsbiburg, 2009.

Dostal, A., Dostal, G.: Perspektive für ein Produktmanagement im Gesundheitsmarkt - Produktmanagement und Vertragspartner in 23 Partnermärkten, 1. Aufl. Handbuch, Neufraunhofen, 2008.

Dostal, G. et al.: Bekanntheit gesetzlicher Krankenkassen. Acht Thesen zum Marktauftritt und Verbraucherbewusstsein - untersucht in acht Großregionen, Neufraunhofen, 2008.

Dostal, A., Dostal, G.: Erkennbare Entwicklungen für Krankenkassen durch die Gesundheitsreform 2006, Neufraunhofen, 2006. (vergriffen)

Dostal, G., Welzhofer, C.: Dental-Markt in Deutschland. Zahnärzte, Zahntechniker, Labore, Industrie und EU-Umfeld, Neufraunhofen, 2005. (vergriffen)

Dostal, G. et al.: Entwicklung GKV- und PKV-Markt 2000 - 2005 im Kontext der EU-Wettbewerbsbedingungen und des GMG, Neufraunhofen, 2005. (vergriffen)

Dostal, A.: Controlling nur ein Modewort oder ein effektiver Beitrag zum Unternehmenserfolg. Ergebnisse einer Umfrage bei Betriebskrankenkassen, Neufraunhofen, 2000. (vergriffen)