

Versorgungsplanung für den Landkreis Waldshut

Abschlussbericht (Kurzversion)

17.12.2017

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
TÜBINGEN

Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung,
Universitätsklinikum Tübingen¹



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
STIFTUNGSUNIVERSITÄT
SEIT 2015

UK
SH
UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Institut für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus
Lübeck²



HCL
THE HEALTH CARE LAB

Karlsruhe Service Research Institute, Karlsruher
Institut für Technologie³

erstellt von:

¹Teresa Hermann M.A.

¹Dr. med. Heidrun Sturm, MPH, Ph.D.

¹Prof. Dr. med. Stefanie Joos

²Kristina Flägel

²Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser

³Melanie Reuter-Oppermann

Mit herzlichem Dank für die tatkräftige Unterstützung durch Frau cand. med. Fidan Tekin-Kaya¹, Frau Lisa Schröder², Herr David Häckeler M. Sc.¹, Herr Marc Isele (Landratsamt Waldshut)

Zur leichteren Lesbarkeit verwenden wir im vorliegenden Bericht personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der im Deutschen üblichen männlichen Form, also z.B. "Teilnehmer" statt "TeilnehmerInnen" oder "Teilnehmerinnen und Teilnehmer". Dies soll jedoch keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

Im Bericht wird für fachärztliche Spezialisten (die häufig als „Fachärzte“ im Gegensatz zu „Hausärzten“ bezeichnet werden) der Begriff „Spezialisten“ verwendet, da Hausärzte entweder Fachärzte für Allgemeinmedizin oder hausärztlich tätige Internisten sind und somit ebenfalls eine mindestens 5-jährige fachärztliche Weiterbildung absolviert haben.

Inhaltsverzeichnis

I	Hintergrund und Ziele der Studie.....	5
II	Ärzte- und Bürgerbefragung zum Versorgungsangebot.....	6
1.	Methoden und Studienpopulation.....	6
2.	Ergebnisse	6
2.1.	Bevölkerung	6
2.2.	Struktur der ärztlichen und weiteren medizinischen Versorgung	7
2.3.	Die Praxisstrukturen im Landkreis	11
2.4.	Organisation der ärztlichen Versorgung.....	13
2.5.	Weitere medizinische Versorgungsstrukturen und Angebote	16
2.6.	Bewertung der sozialen und medizinischen Angebote aus Bürgersicht	20
III	Quantitative Bürgerbefragung zur zukünftigen ärztlichen Versorgung.....	24
1.	Methodik	24
2.	Ergebnisse	25
IV	Entwicklung von ergänzenden Modellen zur Mobilität der Bevölkerung.....	28
1.	Methodik	28
2.	Ergebnisse (Mobilitätsmodelle)	28
2.1.	Ergebnisse der Interviews	28
2.2.	Ergebnisse der Fragebogenerhebung	30
V	Standortplanung von Hausärzten im Landkreis Waldshut.....	33
1.	Methodik	33
2.	Ergebnisse	34
VI	Lösungs-/ Handlungsansätze	36
1.	Methodik für die Entwicklung der Handlungsansätze.....	36
2.	Ergebnisse der Diskussionsrunden	36
2.1.	Kooperation und Zusammenarbeit (Tübingen)	36
2.2.	Nachwuchssicherung (Tübingen)	37
2.3.	Erreichbarkeit ärztlicher Leistungen (Lübeck).....	37
2.4.	Robuste Standorte (Karlsruhe).....	38
3.	Handlungsempfehlungen	40
3.1.	Zielgruppe: Kommunalpolitik / Verwaltung.....	40
3.2.	Zielgruppe: Lokale Ärzteschaft	42
3.3.	Zielgruppe Selbstverwaltung, Politik	44

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hausarztliche Dichte.....	8
Abbildung 2: Alter aller Hausärzte im Landkreis.....	8
Abbildung 3: Alter aller Spezialisten im Landkreis.....	9
Abbildung 4: Pläne zur Praxisaufgabe von Hausärzten innerhalb der nächsten sechs Jahre.....	10
Abbildung 5: Praxisabgaben innerhalb der nächsten sechs Jahre auf Facharztbene.....	10
Abbildung 7: Praxisformen der befragten Spezialisten.....	11
Abbildung 8: Praxisformen der Hausärzte.....	11
Abbildung 9: Alle Haus- und Facharztpraxen mit Anzahl der Ärzte und über 60-jährige Bürger	12
Abbildung 10: Veränderung des Patientenstamms in den letzten drei Jahren.....	13
Abbildung 11: Einschätzung der Hausärzte zur Akzeptanz von Telemedizin und neuen Medien	14
Abbildung 12: Anzahl der Sonographiegeräte nach Städten und Gemeinden.....	14
Abbildung 13: Wie bewerten Sie die aktuelle Versorgungslage in Ihrer Region in Hinblick auf...	17
Abbildung 14: Bedenken und Hoffnungen zur zukünftigen medizinischen Versorgung.....	18
Abbildung 14: Zufriedenheit mit der sozialen Infrastruktur im Landkreis.....	20
Abbildung 15: Bewertung der medizinischen Versorgung im Landkreis.....	22
Abbildung 17: Versorgungsbedarfe aus Bevölkerungsperspektive.....	23
Abbildung 18: Einstiegsszenario innerhalb des Discrete-Choice-Experiments zur Bewertung durch die Bürgerinnen und Bürger.....	24
Abbildung 19: Mittelwerte der Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der hausärztlichen Versorgung im Vergleich zur Gesamteinschätzung in der Versorgung.....	26
Abbildung 20: geplante Praxisabgaben in den nächsten Jahren (aus Hausarztumfrage).....	33
Abbildung 21: Alternative Standortmodelle für eine Erreichbarkeit innerhalb 15 Minuten.....	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografische Angaben zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des.....	25
Tabelle 2: Soziodemografische Angaben zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern.....	31
Tabelle 3: Ergebnisse Kooperation und Zusammenarbeit.....	36
Tabelle 4: Ergebnisse Nachwuchssicherung.....	37
Tabelle 5: Ergebnisse Erreichbarkeit.....	37
Tabelle 6: Hypothesen und Ergebnisse Karlsruhe.....	39
Tabelle 7: Zusammenfassung der Lösungs- und Handlungsansätze.....	45

I Hintergrund und Ziele der Studie

Der zukünftige medizinische Versorgungsbedarf einer bestimmten Region kann neben der Bevölkerungsstruktur nur unter Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen (z.B. Kliniken, Pflegedienste, Therapeuten, Apotheken etc.) ermittelt werden. Hierbei spielt die aktuelle Struktur der Ärzteschaft eine zentrale Rolle, da die Entwicklung der Ärztezahlen sowie deren Verteilung einen maßgeblichen Einfluss auf das zukünftige (ambulante) Versorgungsangebot hat. Das bundesweit seit langem steigende Alter der Vertragsärzte führt dazu, dass viele Praxen in den kommenden Jahren aus Altersgründen abgegeben werden und ein Nachfolger gesucht werden muss. Parallel zu dieser Entwicklung zeigt sich der Trend zu Teilzeitbeschäftigung unter den Ärzten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) geht deshalb von einer Abnahme von über 10.000 (arbeitszeitkorrigierten) Hausärzten bis zum Jahr 2030 aus, und das bei demographisch bedingtem zunehmendem Versorgungsbedarf¹.

Im Auftrag des Landratsamtes Waldshut führten das Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck eine Analyse und Bedarfserhebung zur medizinischen Versorgungssituation im Landkreis Waldshut durch. Ein besonderer Fokus lag dabei auf der Versorgung durch lokal niedergelassene grundversorgende Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin). Des Weiteren wurde die Versorgung durch andere niedergelassene Fachärzte, im Folgenden als Spezialisten bezeichnet, analysiert. Darüber hinaus wurden weitere Versorgungsangebote u.a. durch Pflege und Apotheken erhoben.

Ziel der Versorgungsanalyse war vor allem das aktuelle medizinische Versorgungsangebot mit dem Schwerpunkt auf der hausärztlichen Grundversorgung zu beschreiben. Hierfür wurden neben dem Alter, der Praxislage und -struktur auch Präferenzen und Pläne der Ärzte in den einzelnen Städten und Gemeinden des Landkreises erfragt. Ergänzt wurden die Befragungsdaten durch Strukturdaten, um auf die regionalen Besonderheiten im Landkreis Waldshut eingehen zu können.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt war die Erhebung der Bedürfnisse von Bürgerinnen und Bürgern in der ambulanten medizinischen Versorgung sowie die Untersuchung von Mobilitätsmodellen der Bürgerinnen und Bürger zur ärztlichen Versorgung. In Kooperation mit dem Karlsruhe Service Research Institute am Karlsruher Institut für Technologie (KIT) wurden mithilfe mathematischer Modelle auf Grundlage der Daten aus der Erhebung der aktuellen Versorgungslage geeignete Standorte für zukünftige medizinische Versorgungszentren identifiziert, mit dem Ziel, für die Bürgerinnen und Bürger auch zukünftig eine Erreichbarkeit der Standorte innerhalb von 15 min Fahrtzeit zu gewährleisten.

Die Erhebungen können die Grundlage für zukunftsfähige, innovative Versorgungskonzepte an neuen Standorten bilden, um eine umfassende wohnortnahe Grundversorgung der Bevölkerung in der Region und gleichzeitig attraktive Arbeitsplätze für den medizinischen Nachwuchs zu sichern. Ebenso kann die Versorgungsanalyse ein sinnvolles Instrument der Planung sein, um auf bestehende Strukturen aufzubauen und diese zu optimieren.

¹ KBV: Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztlzahlentwicklung in Deutschland, Pressekonferenz 5.Okt. 2016 (www.kbv.de)

II Ärzte- und Bürgerbefragung zum Versorgungsangebot

1. Methoden und Studienpopulation

Um die **ärztliche Versorgung** zu analysieren, wurden zwei korrespondierende Fragebögen (für Hausärzte und Spezialisten) entwickelt. Der Fragebogen bestand aus fünf thematischen Schwerpunkten: Allgemeine Angaben zur Praxisstruktur und Niederlassung, Aktuelle Versorgungssituation und Kooperationen, Nachwuchs, Pläne und Wissenschaft, Zukunftspläne, Angaben zur Person, Textfeld für Kommentare und Anmerkungen.

Es wurden alle niedergelassenen Hausärzte (n=108) und Spezialisten (n=130)² des Landkreises Waldshut schriftlich angeschrieben (Ärzte mit mehreren Tätigkeitsorten wurden ggf. mehrfach angeschrieben, deshalb sprechen wir von „ärztlichen Tätigkeiten“.)³

Zusätzlich wurden **Interviews** mit acht Hausärzten und zwei Spezialisten aus dem Landkreis geführt, die aus verschiedenen Regionen des Landkreises kamen und in der Landespolitik oder der Versorgungsplanung im Landkreis aktiv (gewesen) sind.

Die **Bürgerbefragung** des Universitätsklinikums Tübingen zur allgemeinen Beurteilung der Versorgungssituation wurde gemeinsam mit der Befragung durch die Universität Lübeck durchgeführt. Hierzu wurde ein Fragebogen an eine repräsentative Stichprobe von 1.000 Bürgern im Landkreis angeschrieben (s.u.) Dieser besteht aus neun Fragen zur medizinischen Versorgung, den sozialen und infrastrukturellen Angeboten in der Stadt/Gemeinde, dem Gesundheitsverhalten, dem ehrenamtlichem Engagement sowie aus soziodemografischen Aspekten. Ziel war es, die Zufriedenheit, Wünschen und Erwartungen an die örtliche Gesundheitsversorgung und die damit in Verbindung stehenden sozialen Infrastruktur zu erfragen.

2. Ergebnisse

2.1. Bevölkerung

Im Landkreis Waldshut ist die Bevölkerungsdichte mit 146,1 Einwohner/km² ca. deutlich niedriger als in Baden-Württemberg mit 298 Einwohner/km². 15 Gemeinden im Landkreis haben sogar eine Bevölkerungsdichte von weniger als 100 Einwohnern/ km².

Das durchschnittliche Alter der Bevölkerung in Waldshut liegt derzeit bei 43,3 Jahren, in Baden-Württemberg liegt es bei 43,7 Jahren, wobei der Anteil der unter 18 Jährigen mit 18,1 % etwas höher als in Baden-Württemberg (17,1 %) und der Anteil der über 65 Jährigen und Hochbetagten etwa dem des Landes Baden-Württemberg entspricht (19,8 %).⁴ Wie in Deutschland insgesamt ist jedoch eine deutliche Zunahme der Älteren und Hochbetagten zu erwarten (Abb. 4). Der Ausländeranteil liegt mit 11,5 % geringfügig unter dem Anteil in Baden-

² Die Anzahl 108 entspricht den hausärztlichen Tätigkeiten, nicht den Personen. Basis: online Auflistung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg Stand Nov. 2016

³ Bei den Hausärzten waren 18 Fragebögen an weitere Standorte adressiert. Daher wurde von 90 Personen (108 ärztlichen Tätigkeiten -18) ausgegangen. Diese arbeiten in insgesamt 71 Hausarztpraxen. Bei den Spezialisten gehen wir hier von 115 Personen (130-2-13) und 77 Praxen aus. Wo unseren Auswertungen Daten des Landkreises (Erhebung 2016) zu Grunde liegen, wurde mit der Grundgesamtheit von 134 Spezialisten gerechnet.

⁴ Quelle: Statistisches Landesamt (2016)

Württemberg (11,9 %), die Arbeitslosenquote liegt ebenfalls mit ca. 3 % deutlich unter der Quote von Baden-Württemberg mit zuletzt 3,5 %.⁵

Eine Besonderheit des Landkreises Waldshut ist die geographische Nähe zur Schweiz. Relevant für die medizinische Versorgung im Landkreis Waldshut ist diese Tatsache in zweifacher Hinsicht. Die Arbeitsimmigration in die Schweiz scheint für Ärzte (ebenso wie Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte und therapeutische Berufe) in mehrfacher Hinsicht attraktiv. Andererseits gibt es zunehmend schweizer Patienten, die Versorgungsleistungen im Landkreis in Anspruch nehmen.

2.2. Struktur der ärztlichen und weiteren medizinischen Versorgung

Ausgehend von 90 Hausärzten betrug die Rücklaufquote 79 % (71 von 90). Das Alter lag für 83 der 90 Hausärzte vor. Die Rücklaufquote für Spezialisten lag bei 42,6 %, das Alter lag für 57 der 115 Spezialisten vor.

2.2.1. Geographische Verteilung von Arztpraxen

In Baden-Württemberg variiert die Hausärztedichte zwischen 1.795 und 1.000 Einwohner je Arzt.⁶ Waldshut mit 1.721 Einwohner/Hausarzt im Durchschnitt rangiert hier eindeutig am unteren Ende der Versorgungsdichte.

Sowohl 61 % der 60 Hausärzte als auch 55 % der Spezialisten (als auch die Bevölkerung) gaben an, dass Spezialisten am meisten in ihrer Region fehlen würden, gefolgt von Therapeuten (22 % bzw. 13 %).

Abbildung 1 macht deutlich, dass fünf Gemeinden mit Ärztedichten von mehr als 3.000 EW / Arzt deutlich unterversorgt sind. Fünf weitere Gemeinden haben gar keinen Hausarzt. Dies spiegelt sich im Versorgungsgrad der formalen Bedarfsplanung (Stand 7/2017) von aktuell 89,2 % (Mittelbereich Waldshut-Tiengen) bzw. 100,3 % (Mittelbereich Bad-Säckingen) und der damit einhergehenden hohen Anzahl an unbesetzten Hausarztsitzen (14 von 59 bzw. 3,5 von 34 Sitze respektive).⁷ Es gibt einzelne Gemeinden im Landkreis, wie Dachsberg, Dettighofen, Häusern, Ibach und Lottstetten, in denen sich keine Hausarztpraxis befindet.

Von den befragten Hausärzten kommen 21 % ursprünglich aus dem Landkreis Waldshut und haben dort bereits vor ihrem Studium gelebt. Familienfreundlichkeit und regionale Verbundenheit waren die häufigsten Gründe für die Wahl des Praxisstandortes.

Der Planungsbereich für die Versorgungsebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ist nach der gesetzlichen Bedarfsplanung durch die Kassenärztliche Vereinigung die kreisfreie Stadt bzw. der Landkreis. Hier ist die Versorgungslage im Landkreis gemischt: Es gibt aktuell (Bedarfsplanung Stand 7/2017)⁸ offene Sitze für die Gynäkologie (2,5 von 9 Sitzen), Dermatologie (1 von 4), Orthopädie (1 von 7) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (0,5 von 6 Sitzen). Der freie HNO-Sitz wurde offensichtlich inzwischen bereits besetzt⁹.

Sowohl 61 % der 60 Hausärzte als auch 55 % der Spezialisten (als auch die Bevölkerung) gaben an, dass Spezialisten am meisten in ihrer Region fehlen würden, gefolgt von Therapeuten (22 % bzw. 13 %).

⁵ Regional Atlas 2015, statistisches Bundesamt

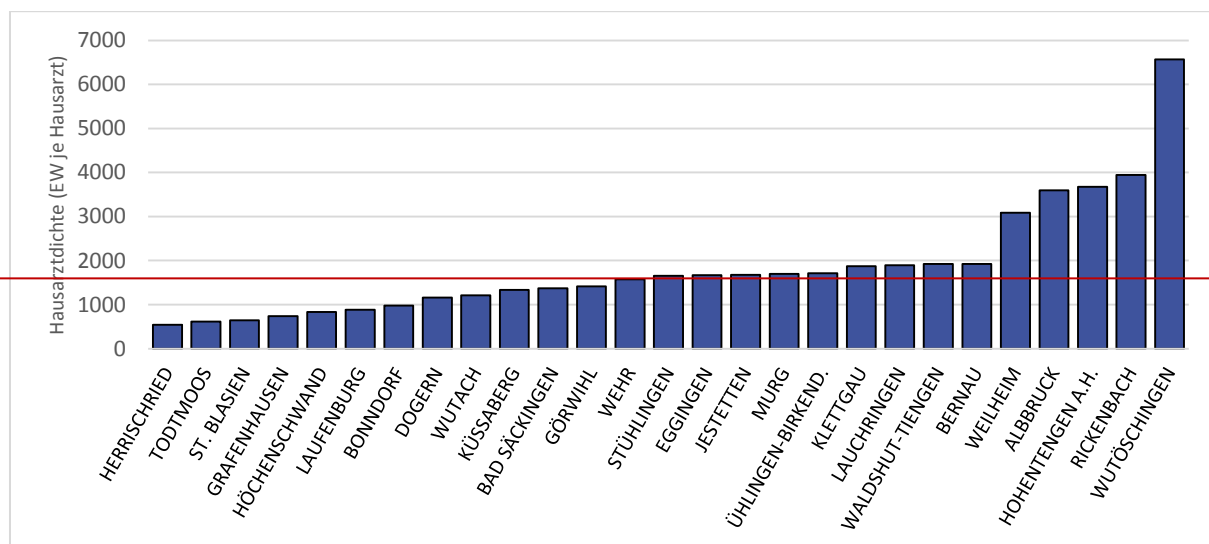
⁶ Quelle: Kasseneärztliche Bundesvereinigung, Stand 10/2016

⁷ Quelle: KV-Baden-Württemberg, Stand 7/2017

⁸ Quelle: KV-Baden-Württemberg, Stand 7/2017

⁹ persönliche Kommunikation

Abbildung 1: Hausarztichte



Legende: Einwohner je hausärztliche Tätigkeit je Gemeinde. Gemeinden ohne Hausarzt sind nicht dargestellt.
Datenbasis: n=108 ärztliche Tätigkeiten (KV-Ba.Wü.) Bevölkerungsdaten: Waldshut Statistik 2016, (Landratsamt).

Insbesondere in den Städten Waldshut-Tiengen und Bad Säckingen gibt es, äquivalent zur Größe der Städte, die meisten ambulant tätigen Spezialisten.

2.2.2. Alter der Hausärzte und Spezialisten

Fast die Hälfte (41 %) der Hausärzte ist bereits über 60 Jahre alt, knapp ein Drittel (27 %) bereits über 65 Jahre und lediglich 1 % sind unter 40 Jahre alt (Abbildung 2)

Das Durchschnittsalter variiert in den einzelnen Städten und Gemeinden zwischen 49 und 69 Jahren, in Baden-Württemberg lag es zuletzt bei 56 Jahren¹⁰ das im Landkreis Waldshut in nur 3 Gemeinden unterschritten wird.

Auch bei den niedergelassenen Spezialisten zeigt sich, dass insgesamt mehr als die Hälfte (54 %) bereits über 55 Jahre alt sind, 34 % sind sogar über 60 Jahre alt. Dennoch sind die niedergelassenen Spezialisten tendenziell jünger als die niedergelassenen Hausärzte.

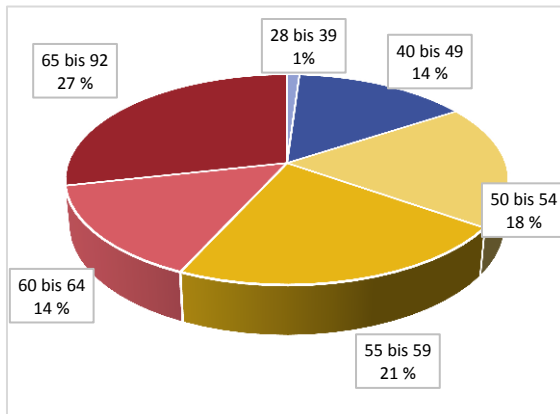
Auffallend bzw. bei der Interpretation der Studie zu beachten ist die Überrepräsentation älterer Haus- und Fachärzte im Rücklauf (Abbildung 2).

Die Altersverteilung variiert innerhalb der einzelnen Facharztgruppen. Der Anteil der über 60 jährigen Spezialisten ist bei den Psychotherapeuten mit fast der Hälfte (48 %) am höchsten (vgl.

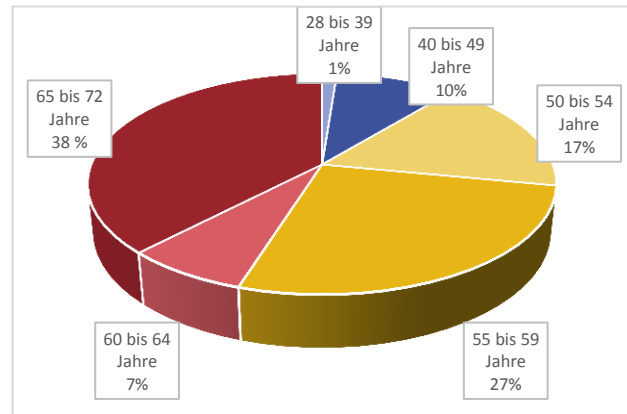
Darauf folgen die Orthopäden und Frauenärzte. Am jüngsten scheinen demnach die Augenärzte (22 %) und fachärztlichen Internisten (20 %).

Abbildung 2: Alter aller Hausärzte im Landkreis

¹⁰ Quelle: KV-Baden-Württemberg

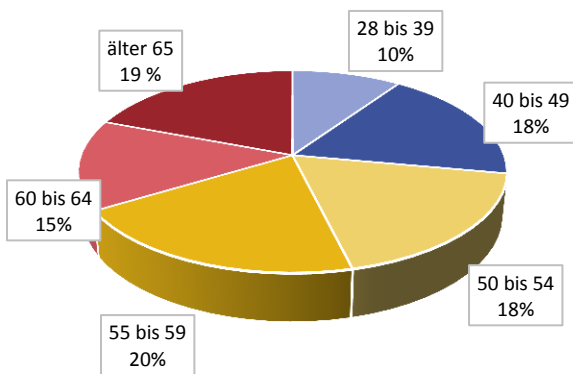


Datenbasis: KV-Versorgungsbericht 2016 (n=95)

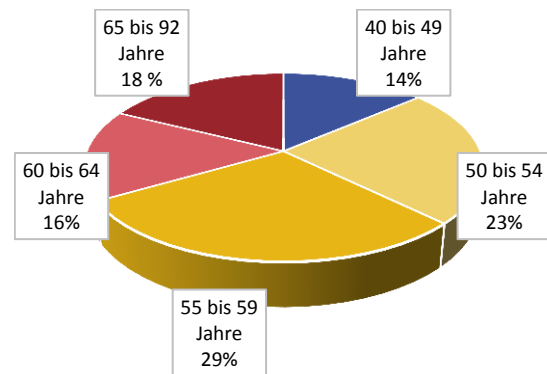


Datenbasis aus Befragung: n= 66

Abbildung 3: Alter aller Spezialisten im Landkreis



Legende: alle Spezialisten, Datenbasis: Waldshut Statistik 2016, (Landratsamt) (n=134).

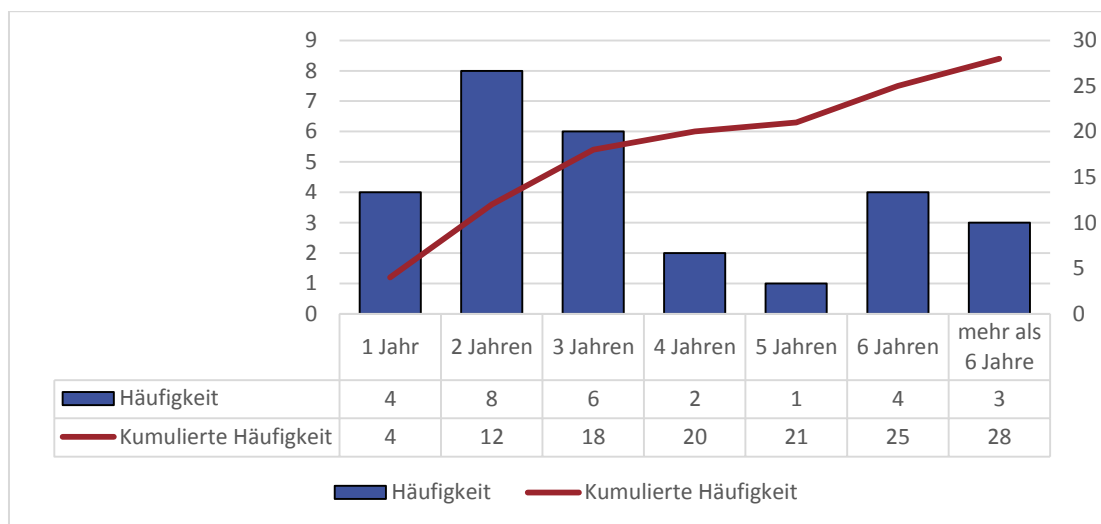


Datenbasis aus Befragung (n= 56)

2.2.3. Praxisabgabe und Nachfolge

Von den befragten 71 Hausärzten gaben 28 an, in den nächsten sechs Jahren die Praxis aufgeben zu wollen. Ihr mittleres Alter bei Abgabe wird voraussichtlich 66,9 Jahre sein (vgl. Abbildung 4), wobei eine beträchtliche Altersspanne besteht (von 46 bis 75 Jahren). Die meisten Praxisaufgabe-Pläne sind innerhalb der nächsten drei Jahre zu verzeichnen (n= 18).

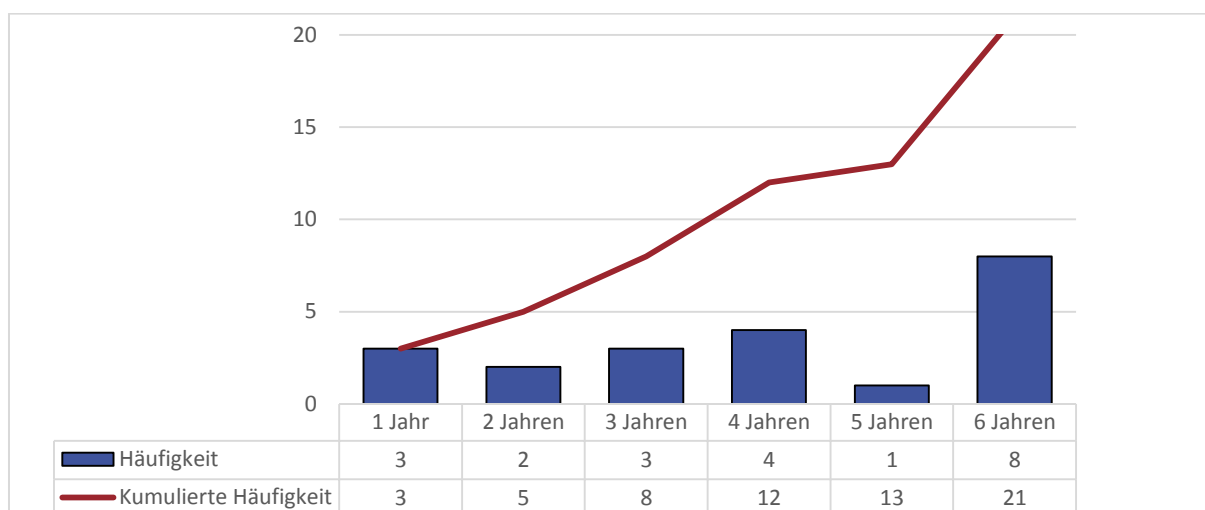
Abbildung 4: Pläne zur Praxisaufgabe von Hausärzten innerhalb der nächsten sechs Jahre



Datengrundlage: Anteil der befragten Hausärzte, die angegeben haben, in den nächsten Jahren ihre Praxis aufgeben zu wollen (n= 28)

Von den befragten Spezialisten gaben 21 an, ihre Praxis innerhalb der nächsten sechs Jahre aufgeben zu wollen. (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Praxisabgaben innerhalb der nächsten sechs Jahre auf Facharzzebene



Datengrundlage: Anteil der befragten Spezialisten, die angegeben haben, in den nächsten Jahren ihre Praxis aufgeben zu wollen (n=21). Rote Linie: kumulierte Häufigkeit.

Insbesondere in der Psychotherapie / Psychosomatik (n=3) und Neurologie (n=1) stehen bald Wechsel an. Im Fachbereich Orthopädie (n=5) stehen innerhalb der nächsten 6 Jahre fünf Wechsel an, ein Chirurg will sehr zeitnah abgeben. Auch in der Kinder- und Jugendmedizin (n=3) sind Pläne zur Praxisaufgaben innerhalb der nächsten sechs Jahre zu erwarten.

Nur sechs der 28 abgebenden Hausärzte haben bereits aktiv nach einem Nachfolger gesucht. Vier der 28 ausscheidenden Hausärzte haben bereits einen Nachfolger. Von den Spezialisten, die ihre Praxis innerhalb der nächsten sechs Jahre aufzugeben planen, gab die Hälfte an, sie hätten noch keinen Nachfolger gesucht, obwohl 12 der 21 Praxen die Abgabe innerhalb der nächsten 4 Jahre anstreben. Lediglich ein Spezialist (5 %) gab an, bereits einen Nachfolger zu haben.

Im Kontext von Praxisabgabe ist es eine Möglichkeit, seine Selbständigkeit graduell abzugeben und umzuwandeln. Danach befragt, gaben drei Prozent der Antwortenden an, in den nächsten Jahren in ein Angestelltenverhältnis wechseln zu wollen. Immerhin 6 % der befragten Hausärzte gaben an, in den nächsten zehn Jahren in eine Gemeinschaftspraxis oder in ein MVZ wechseln zu wollen.

2.3. Die Praxisstrukturen im Landkreis

2.3.1. Praxisformen

In Abbildung 6 und Abbildung 7 werden anteilmäßig die einzelnen Praxisstrukturen der befragten Hausärzte im Landkreis dargestellt. Am häufigsten arbeiten die befragten Ärzte in einer Einzelpraxis.

Abbildung 6: Praxisformen der befragten Spezialisten

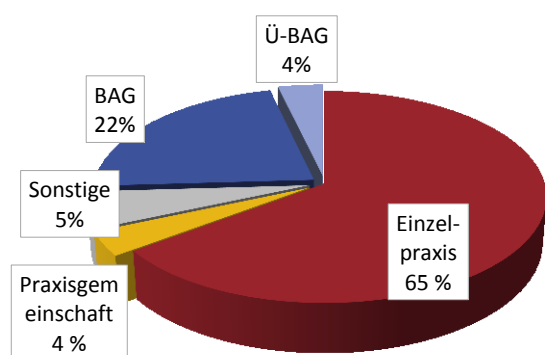
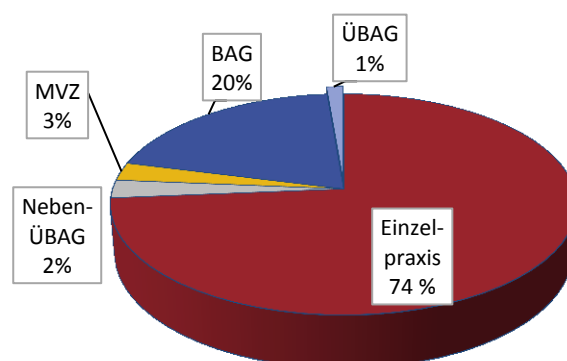


Abbildung 7: Praxisformen der Hausärzte



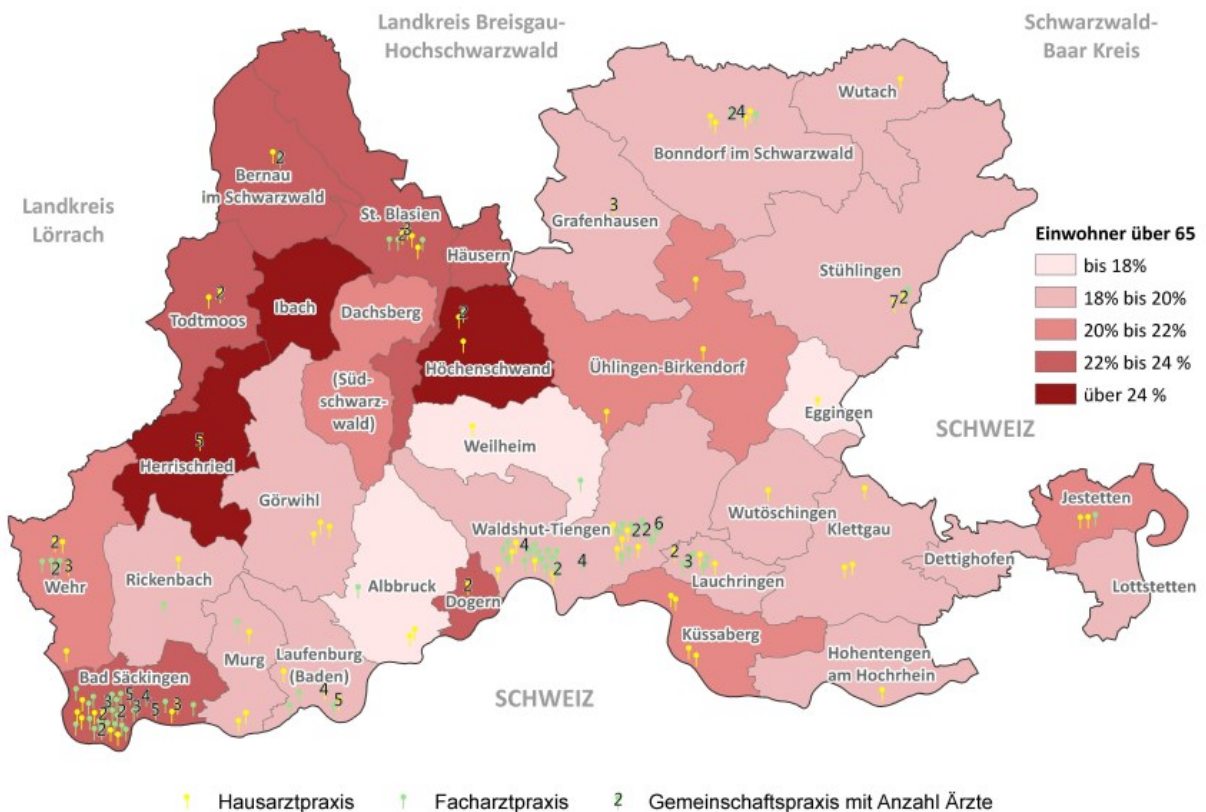
Datengrundlage: Rücklauf der Befragung (n=54)

Datengrundlage: Rücklauf der Befragung (n=76).

(Ü)-BAG: (überörtliche) Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ: medizinisches Versorgungszentrum.

Knapp dreiviertel der befragten Hausärzte und 65 % der Spezialisten arbeiten in einer Einzelpraxis. Entsprechend arbeiten Spezialisten deutlich häufiger in Kooperationen (21 % in (Ü)BAGs). In Abbildung 8 werden die Arztpraxen in Bezug zum Alter der Bevölkerung dargestellt.

Abbildung 8: Alle Haus- und Facharztpraxen mit Anzahl der Ärzte und über 60-jährige Bürger



Datenbasis: Erhebung des Landkreises 2016 und Ergebnisse der Befragungen

2.3.2. Praxisgröße und deren Veränderungen

Die größten hausärztlichen Praxen in Bezug auf die Scheinzahl gibt es in Bad Säckingen und Laufenburg. Weitere große Praxen befinden sich in Wehr, Lauchringen, Bonndorf, St. Blasien, Küssaberg, Jestetten und Stühlingen.

Bei 72% der Hausarztpraxen habe sich der Patientenstamm in den letzten drei Jahren vergrößert (vgl.

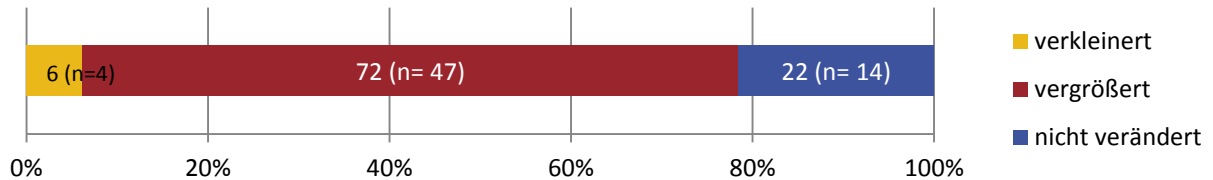
Abbildung 9). Als Gründe für die Veränderung wurden überwiegend Praxisschließungen angegeben. Wenn Praxen eine Verkleinerung oder gleichbleibende Patientenzahlen angaben, scheint das am ehesten an der Praxis selbst zu liegen, da im selben Ort gleichzeitig eine Vergrößerung anderer Praxen angegeben wurde. Während sich analog zur Erweiterung des Patientenstamms in den meisten Kommunen auch das Einzugsgebiet der Hausärzte vergrößert hat, gilt für wenige Städte und Gemeinden, wie z.B. Wehr, dass dort die Versorgungssituation offensichtlich konstant blieb. Insgesamt hat sich bei 51 % der praktizierenden Hausärzte im Landkreis das Einzugsgebiet in den letzten drei Jahren vergrößert und bei 49 % ist es gleich geblieben. Das Einzugsgebiet wurde nirgends kleiner.

Anders als in der hausärztlichen Versorgung, gaben 63 % der befragten Spezialisten an, das Einzugsgebiet habe sich in den letzten 5 Jahren nicht verändert. Bei allen übrigen (bis auf eine Praxis) hat sich das Einzugsgebiet ebenfalls vergrößert. Der Patientenstamm hat sich sogar bei 61

% der befragten Spezialisten, genauso wie bei den Hausärzten, in den letzten 3 Jahren vergrößert. Knapp ein Drittel (30 %) der Spezialisten geben an, der Patientenstamm habe sich nicht verändert.

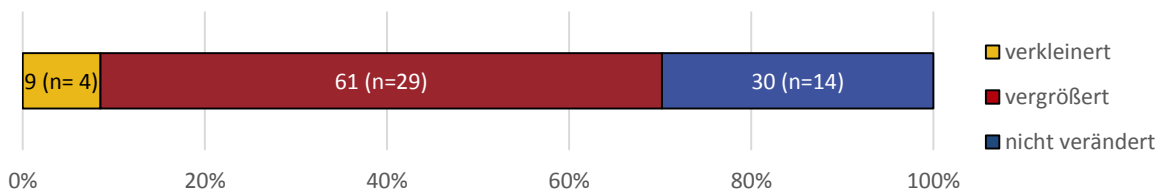
Abbildung 9: Veränderung des Patientenstamms in den letzten drei Jahren

Abb.: 10a Hausärzte



Datengrundlage: Rücklauf der Befragung (n=65).

Abb. 10b: Spezialisten



Datengrundlage: Rücklauf der Befragung (n=47).

2.4. Organisation der ärztlichen Versorgung

Als zeitintensivste Patienten werden von 65 % der befragten Hausärzte im Landkreis die älteren und damit häufig mehrfach morbiditen Patienten beschrieben. Auf Platz zwei wurden mit 17 % Patienten mit psychischen Problemen genannt, gefolgt von Patienten mit schweren Erkrankungen (9 %). Sprachprobleme wurden nur selten genannt (2 % der Angaben).

2.4.1. Hausbesuche und Delegation

Der Anteil der für Haus- und Pflegeheimbesuche aufgewandten Zeit variiert zwischen den einzelnen Befragten stark (zwischen 5 und 30% der Arbeitszeit). Im Mittel werden 15 % der Arbeitszeit für Hausbesuche aufgewandt. 17 Hausärzte delegieren Hausbesuche an MFAs.

65 % (n=48) der befragten Hausärzte delegieren ärztliche Tätigkeiten an MFAs oder Pflegefachkräfte, wovon 24 Ärzte hierzu MFAs mit Zusatzqualifikation beschäftigen (VERAH oder NÄPA). Delegiert wird insbesondere bei der Behandlung von DMP-Patienten (90 %), Impfen (80 %), Wundmanagement (73 %), Diabeteschulungen (47 %) bzw. Hausbesuche (38 %).

Die Akzeptanz der Delegation bei Patienten wird überwiegend sehr positiv eingeschätzt.

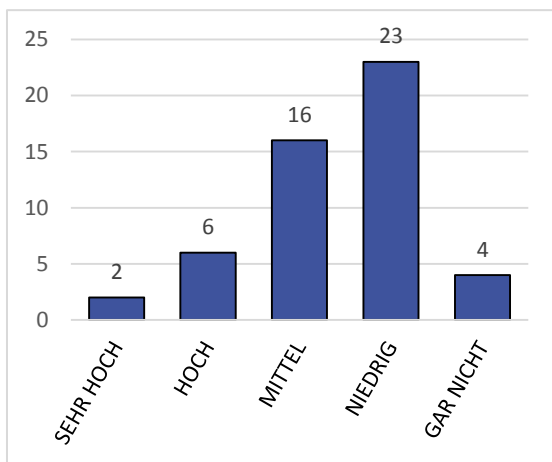
Bei den Spezialisten gaben 29 (64 %) der antwortenden Ärzte an, regelmäßig Aufgaben zu delegieren.

2.4.2. Elektronische Medien, Telemedizin und Internet

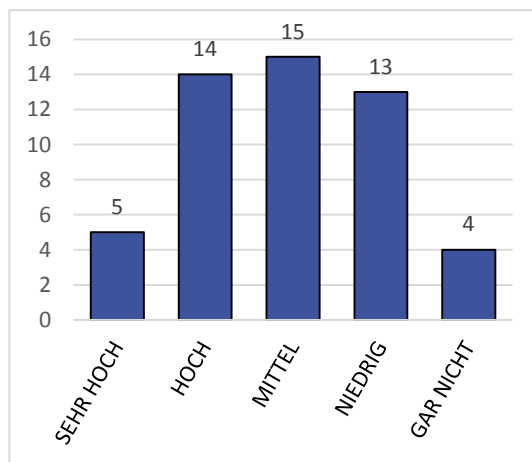
Die Akzeptanz von Telemedizin bei Patienten wird von Ärzten relativ kritisch gesehen, die Akzeptanz beim medizinischen Personal dagegen deutlich besser. Dies stimmt mit der Einschätzung der Bürger überein (s.u.). Entsprechend kommunizieren bislang auch nur 16% der Hausärzte mittels elektronischen Medien mit ihren Patienten. Ein Arzt gab an, telemedizinische Überwachung zu nutzen. Rund ein Drittel der Hausärzte führen ihre Patientenakte rein elektronisch, 16 Hausärzte kommunizieren mit Kollegen über elektronische Medien. Über Breitbandinternet verfügen 49 % der befragten Hausärzte (n= 54).

Abbildung 10: Einschätzung der Hausärzte zur Akzeptanz von Telemedizin und neuen Medien

...ihrer Patienten



... ihres Personals

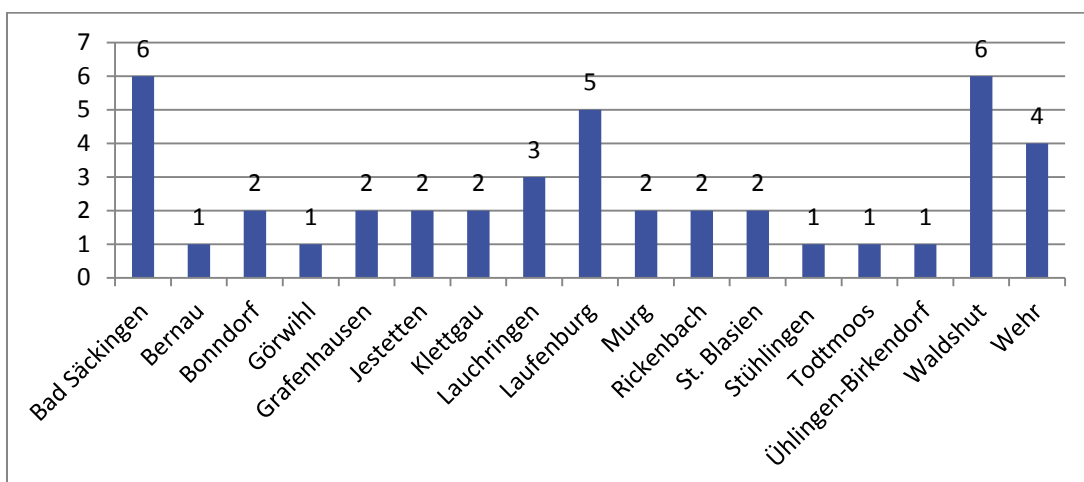


Datenbasis: Befragung (n gesamt= 51).

2.4.3. Geräteausstattung

Die meisten hausärztlichen Praxen halten EKGs und Spirometrie vor, Sonographie verteilt sich wie folgt auf die befragten Hausärzte im Landkreis (Abbildung 11). Zwei Hausärzte geben an, sich bestimmte medizinische Geräte mit anderen Praxen und Kollegen zu teilen.

Abbildung 11: Anzahl der Sonographiegeräte nach Städten und Gemeinden



Legende: Nicht alle Angaben zu Sonographiegeräten waren mit Ortsbezug. Datengrundlage: Rücklauf der Befragung (n= 43).

2.4.4. Kooperation, Aus- Fort- und Weiterbildung sowie Forschung

Lediglich 31 % der befragten Hausärzte gaben an, an der Hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen (im Baden-Württembergischen Durchschnitt sind es ca. 49 %).¹¹ Weitere Selektivverträge und Strukturverträge scheinen wenig implementiert.

Viele Ärzte wünschen sich mehr Kooperation: 27 % der antwortenden Hausärzte wünschen sich eine bessere Kooperation mit Spezialisten/Psychotherapeuten, umgekehrt wünschen sich 39 % der Spezialisten eine bessere Kooperation mit Hausärzten. Ein gutes Drittel der Niedergelassenen würden sich über mehr Kooperation mit Kliniken freuen (Hausärzte: 39 %, Spezialisten 33 %).

47 % der befragten Hausärzte verfügen über eine **Weiterbildungsbefugnis**. Nur 24 % haben aktuell einen Arzt in Weiterbildungen in der Praxis. In den letzten 3 Jahren haben 21 % der Hausärzte einen Arzt/Ärztin in Weiterbildung (AiW) beschäftigt und 27 % gaben an, dass sie auf der Suche nach einem Arzt in Weiterbildung sind. **Akademische Lehrpraxis** sind 14 % der Hausarztpraxen. Die Frage, ob sie Interesse an Forschung in ihrer Praxis haben, bejahten 23 % der befragten Hausärzte.

2.4.5. Zusammenfassung der Interviews

Die **hausärztliche Versorgung** für Patienten wird überwiegend noch als gewährleistet wahrgenommen, Wartezeiten könnten mittels praxisindividueller Steuerung meist vermieden werden. Allerdings wurde die Belastung der Ärzte selbst je nach Standort sehr unterschiedlich eingeschätzt. Insbesondere der Südwesten sei demnach hausärztlich bereits jetzt problematisch.

Insgesamt wird das hohe **Alter der Ärzteschaft** als sehr problematisch gesehen und es wird befürchtet, dass in naher Zukunft die Versorgung durch die verbleibenden Ärzte nicht in dieser Qualität aufrechterhalten werden kann. Die Einzugsgebiete haben sich durch geschlossene Praxen bereits jetzt vergrößert, die Patientenzahlen wachsen spürbar (das gilt auch für die Spezialisten). Der Landkreis Waldshut habe die zweitälteste Ärzteschaft in Baden-Württemberg. Zwei Drittel der Ärzte werden innerhalb der nächsten 8 Jahre das Rentenalter erreichen.

Als besonders prekär im **spezialistischen** Bereich wird die Situation der Gynäkologie bewertet, wo insbesondere die örtliche Verteilung und die Altersstruktur der Ärzte als ein Problem benannt werden. Auch die chirurgisch-orthopädische Versorgung sei schwierig, mit langen Wartezeiten für orthopädische Probleme. In der Chirurgie seien einige Ärzte bereits im Rentenalter, was bei fehlender Nachfolge eine weitere Verschlechterung der Versorgung erwarten lasse.

Strukturelle Engpässe:

Schweizer Patienten und **Privatpatienten** würden bevorzugt, was zu Engpässen für die anderen Patienten führt. [...]

Nicht alle besetzten Kassensitze tragen auch 100 % zur Versorgung bei.

Die Ärzte haben sich individuell **informelle Netze mit Kollegen** aufgebaut. Insgesamt wird deutlich, dass es wenig formale Abstimmung über die Patientenversorgung zwischen den Kollegen eines Faches und mit anderen Spezialisten gibt. Die patientenindividuelle **Abstimmung zwischen Hausärzten und Spezialisten** und auch zwischen Ärzten und Therapeuten sei sehr

¹¹ HÄV, persönliche Kommunikation

individuell geregelt. In manchen Fällen scheint allerdings der Zugang z.B. zu kardiologischer Notfallversorgung schwierig, sodass ggf. Patienten über den Notarzt in die stationäre Versorgung gelenkt werden müssten. Ebenso wird die Versorgung psychiatrischer Notfälle teilweise als problematisch eingestuft. Auch die **Kommunikation mit den Kliniken** wird stark durch informelle Kontakte geprägt, wobei die Wechsel der Abteilungsleitungen teilweise diese bestehenden Strukturen zum Schlechteren verändert hätten.

Insgesamt sind die Spezialisten und weitere Gesundheitsberufe örtlich konzentriert, für den geographisch mittleren Landkreis und im Norden bedeutet das teilweise lange Anfahrten.

2.5. Weitere medizinische Versorgungsstrukturen und Angebote

2.5.1. Apotheken

In Deutschland sinkt die Zahl der Apotheken seit 2006 kontinuierlich. Allein von 2008 bis 2016 hat sich die Zahl der Apotheken in Baden-Württemberg um 200 auf 2.578 Betriebsstätten reduziert. Dies ist u.a. auch eine Folge von Praxisschließungen, da Apotheken v.a. in ländlichen Kommunen stark von den dort bestehenden Praxen abhängen.

Im Landkreis Waldshut gibt es 43 Apotheken, dies entspricht einer Apothekendichte von 0,4 Apotheken/ km², bzw. 3.842 Einwohner/ Apotheke. In Baden-Württemberg hingegen liegt die Zahl der Apotheken/ km² mit 0,7 fast doppelt so hoch bei 4.108 Einwohner/ Apotheke.¹²

2.5.2. Pflege

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Im Landkreis Waldshut gelten ca. 2,4 % (2009) (im Landesvergleich sind es 3,0 %) der Gesamtbevölkerung als pflegebedürftig, 0,8 % der Gesamtbevölkerung leben in vollstationärer Dauerpflege. Prognosen zufolge ist im Landkreis Waldshut eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit von 2009 bis zum Jahr 2030 von 47 % zu erwarten.¹³

Ambulante Pflege und Pflegestützpunkt

Im Landkreis Waldshut gibt es 12 ambulante Pflegedienste. Diese befinden sich in Bad Säckingen (n=2), Dachsberg, Görwihl, Jestetten, Klettgau, Küssaberg, Lauffenburg (n=2), St. Blasien, Stühlingen, Waldshut-Tiengen und in Wutöschingen. Des Weiteren gibt es im Landkreis Waldshut einen Pflegestützpunkt, der sich im Landratsamt Waldshut befindet und der gesamten Bevölkerung für alle Fragen der Pflege zur Verfügung steht.¹⁴

Stationäre Pflege

Insgesamt gibt es 27 stationäre Pflegeheime mit 1.795 Pflegeheimplätzen. Die Pflegeheime verteilen sich über den Landkreis und sind insbesondere in Bad Säckingen (n=4), Herrischried (n=4) und Waldshut (n=4) vorzufinden. Die Auslastung der Pflegeheime liegt über den Landkreis hinweg bei 86 %, ¹⁵ im Land Baden-Württemberg lag dieser im Jahr 2013 bei 88,7 %.¹⁶

¹² Quelle: Apothekenliste des Landkreises, Stand 2015

¹³ Quelle: Atlas Medicus, Rebmann Research (2016)

¹⁴ Quelle: 65 plus- Seniorenwegweiser 2017 des Landkreises Waldshut

¹⁵ Quelle: 65 plus- Seniorenwegweiser 2017 des Landkreises Waldshut / Landkreis - Pflegestatistik 2011

¹⁶ Quelle: Statistisches Landesamt (2015). URL: <https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/20150603>

Organisierte Nachbarschaftshilfe

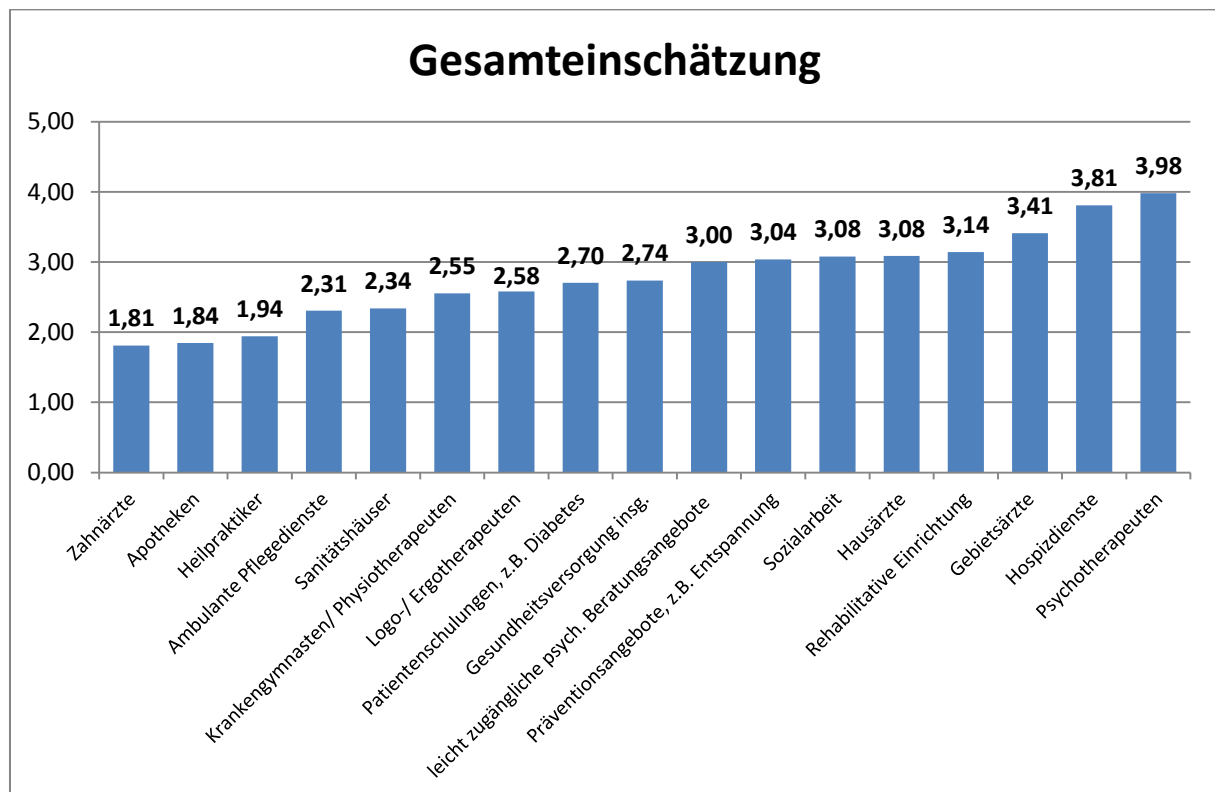
Es wurden folgende organisierte Nachbarschaftshilfen im Landkreis identifiziert¹⁷:

- Pflegeunterstützer in Bad Säckingen „Hand in Hand“
- Nachbarn für Nachbarn in Bads Säckingen-Wallbach
- Verein Bürger für Bürger in Dachsberg
- Nachbarschaftshilfe in Dogern
- Nachbarschaftshilfe „Innovatives Dorfleben“ in Klettgau

2.5.3. Einschätzung der Versorgung durch die befragten Ärzte

Die befragten Ärzte hatten ebenfalls die Gelegenheit, die Versorgungssituation aus Ihrer Sicht zu bewerten. Es wird deutlich, dass die Versorgung durch Psychotherapeuten, Spezialisten und Hausärzte schlecht eingeschätzt wird. Auffällig ist ebenfalls die sehr schlechte Bewertung der Versorgung durch Hospize.

Abbildung 12: Wie bewerten Sie die aktuelle Versorgungslage in Ihrer Region in Hinblick auf...?



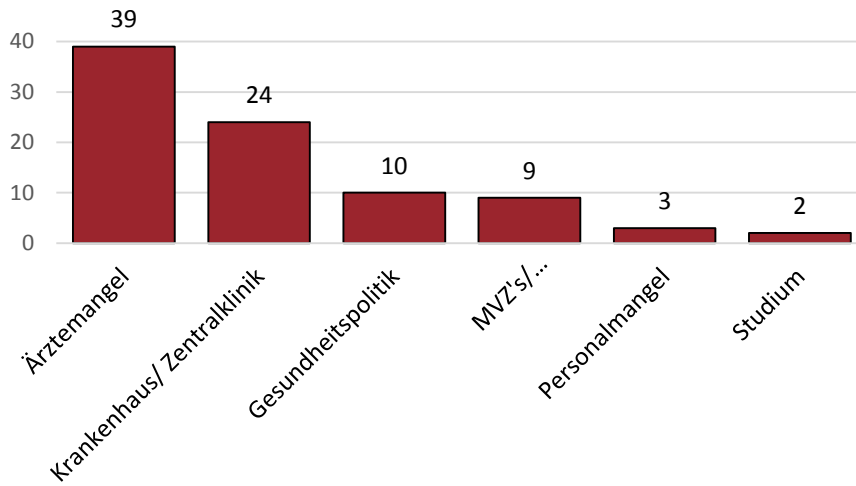
Die Einstufung erfolgte auch einer Skala von 1=sehr gut bis 5= sehr schlecht. Zahl oben: Mittelwert

Die Antworten der 52 Hausärzte und 38 Spezialisten in den möglichen Freitextfeldern wurden in sechs verschiedene Themenbereiche gruppiert. Spezialisten und Hausärzte haben sehr einheitlich geantwortet (Abbildung 13 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

¹⁷ Quelle: total-lokal (URL: http://www.total-lokal.de/city/waldshut-tiengen/data/79761_57_05_16/index.html#42/z). 17.3.2017

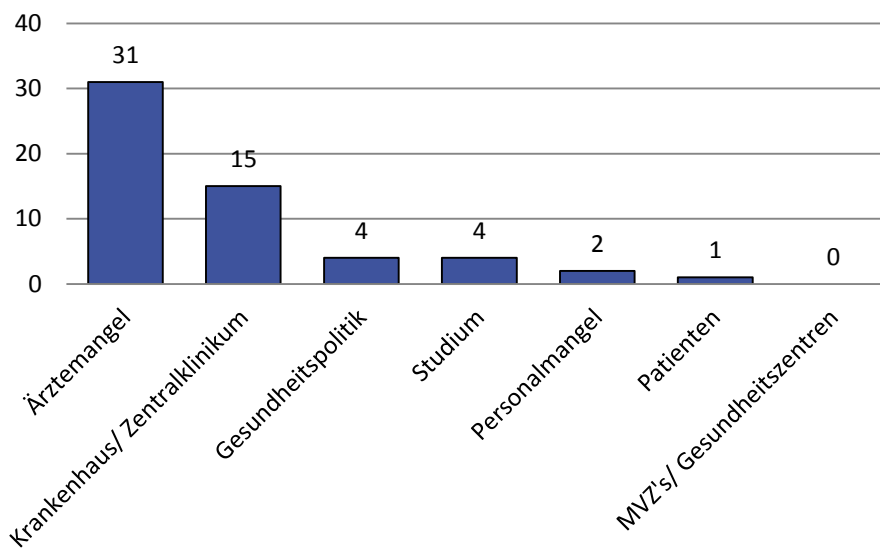
Abbildung 13: Bedenken und Hoffnungen zur zukünftigen medizinischen Versorgung

Hausärzte



Datengrundlage: Rücklauf der Befragung (n=52).

Spezialisten



Datengrundlage: Rücklauf der Befragung (n=38)

Fazit

Besonderheiten im Landkreis Waldshut:

- Sehr geringe Bevölkerungsdichte
- Geographisch bedingt teils schwere Erreichbarkeit von medizinischen Versorgungseinrichtungen, Grenzgebiet / Nähe zur Schweiz.
- Steigender Anteil an Pflegebedürftigen (Prognose: 47 %-iger Anstieg von 2011 bis 2030)

Für die ärztliche Versorgung gilt:

- Sehr geringe Versorgungsdichte im Vergleich zu Baden-Württemberg.
- Regional schwankende Versorgungsdichte: Spezialisten konzentrieren sich an der Rheinschiene sowie (etwas weniger) an den Randbezirken des Landkreises. Insbesondere im nordwestlichen Landkreis trifft eine geringe Ärztedichte mit hohem Altersdurchschnitt auf eine alte Bevölkerung bei niedriger Bevölkerungsdichte.
- Aus Ärzte- und Bürgerperspektive gibt es einen subjektiv Mangel an Spezialisten, insbesondere bei Gynäkologie, Dermatologie, Orthopädie, Chirurgie, Psychotherapie, teilweise Kardiologie. Offene kassenärztliche Sitze gab es außer für die ersten drei o.g. Fachgruppen für Hausärzte und Kinder-/Jugendpsychiatrie
- Der hohe ärztliche Altersdurchschnitt (bei Hausärzten, Psychotherapeuten, Orthopäden und Gynäkologen) birgt Nachfolgeprobleme. In fünf Jahren könnten viele Gemeinden ohne Hausarzt sein (insbesondere abseits der Rheinschiene).

Weitere Versorgungsstrukturen:

- Die Apothekendichte nimmt allgemein seit einigen Jahren ab und ist im Landkreis nur knapp halb so hoch wie in Baden-Württemberg insgesamt.
- Die Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen liegt momentan bei 86 %, Gleichzeitig wird ein Anstieg des Anteils an Pflegebedürftigen prognostiziert.
- Es gibt einen Pflegestützpunkt für den gesamten Landkreis.
- Die Versorgungslage durch Hospize wird schlecht beurteilt.

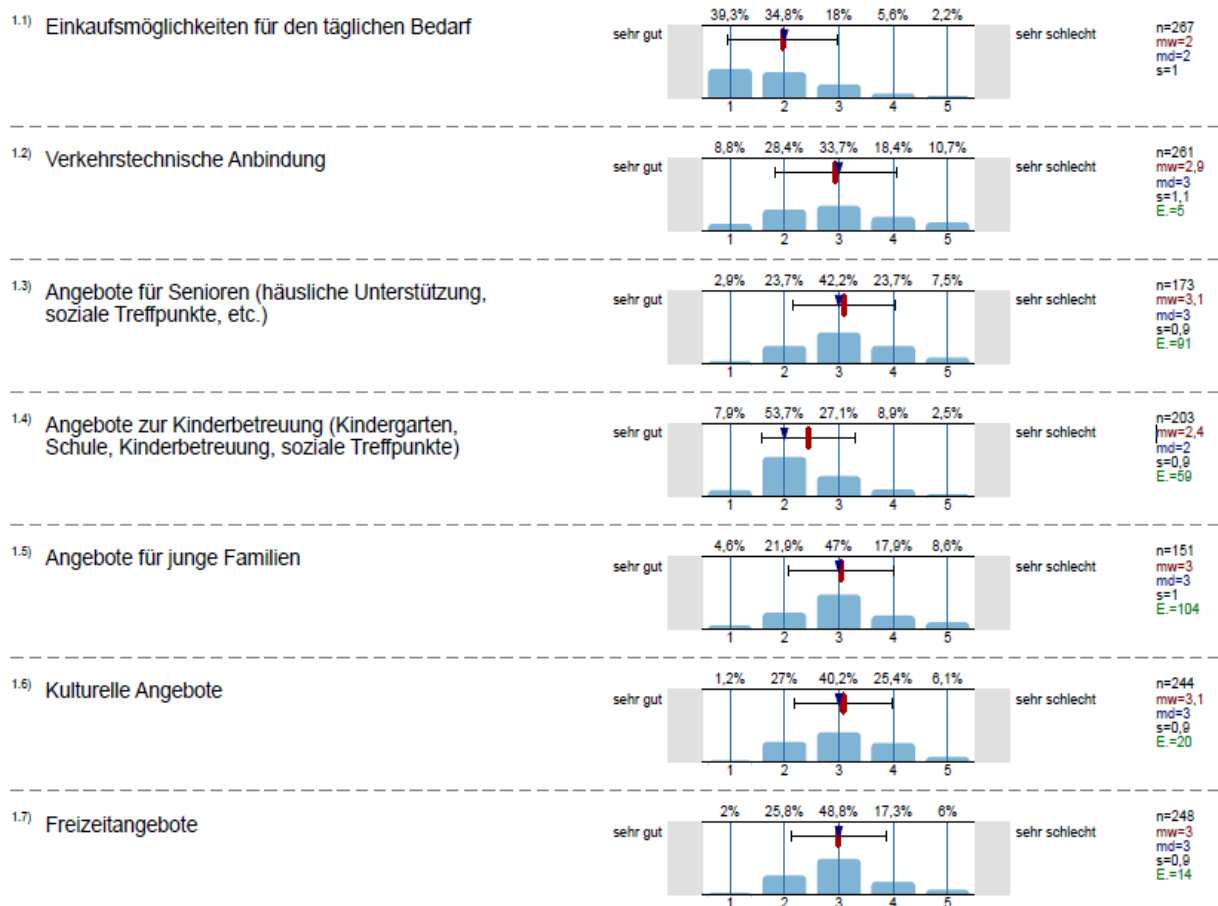
Für die ärztlichen Versorgungsstrukturen gilt:

- Einzelpraxen überwiegen in der Versorgung durch Hausärzte und Spezialisten.
- Bei den meisten Praxen hat sich der Patientenstamm sowie das Einzugsgebiet vergrößert, d.h. die Arbeitsbelastung hat zugenommen.
- Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in den hausärztlichen Praxen ist relativ gering.
- Die frühe Bindung von Ärzten in Weiterbildung und/oder Studierende an den Landkreis ist ausbaufähig.
- Telemedizinische Ansätze spielen aktuell eine geringe Rolle: nur 15 % der Hausärzte kommunizieren elektronisch; die Akzeptanz von Telemedizin bei Patienten wird von den Ärzten als niedrig eingeschätzt
- Familienfreundlichkeit und regionale Verbundenheit waren die häufigsten Gründe für die Wahl des Praxisstandortes.

2.6. Bewertung der sozialen und medizinischen Angebote aus Bürgersicht

Die sozialen Angebote und die soziale Infrastruktur innerhalb des Landkreises werden von den befragten Bürgern insgesamt als mittelmäßig bewertet. (Abbildung 14) Insbesondere Angebote für Senioren, junge Familien, Freizeitangebote und kulturelle Angebote schnitten nur mittelmäßig ab (MW: 3,0-3,1). (Vergleiche auch Tabelle 1)

Abbildung 14: Zufriedenheit mit der sozialen Infrastruktur im Landkreis



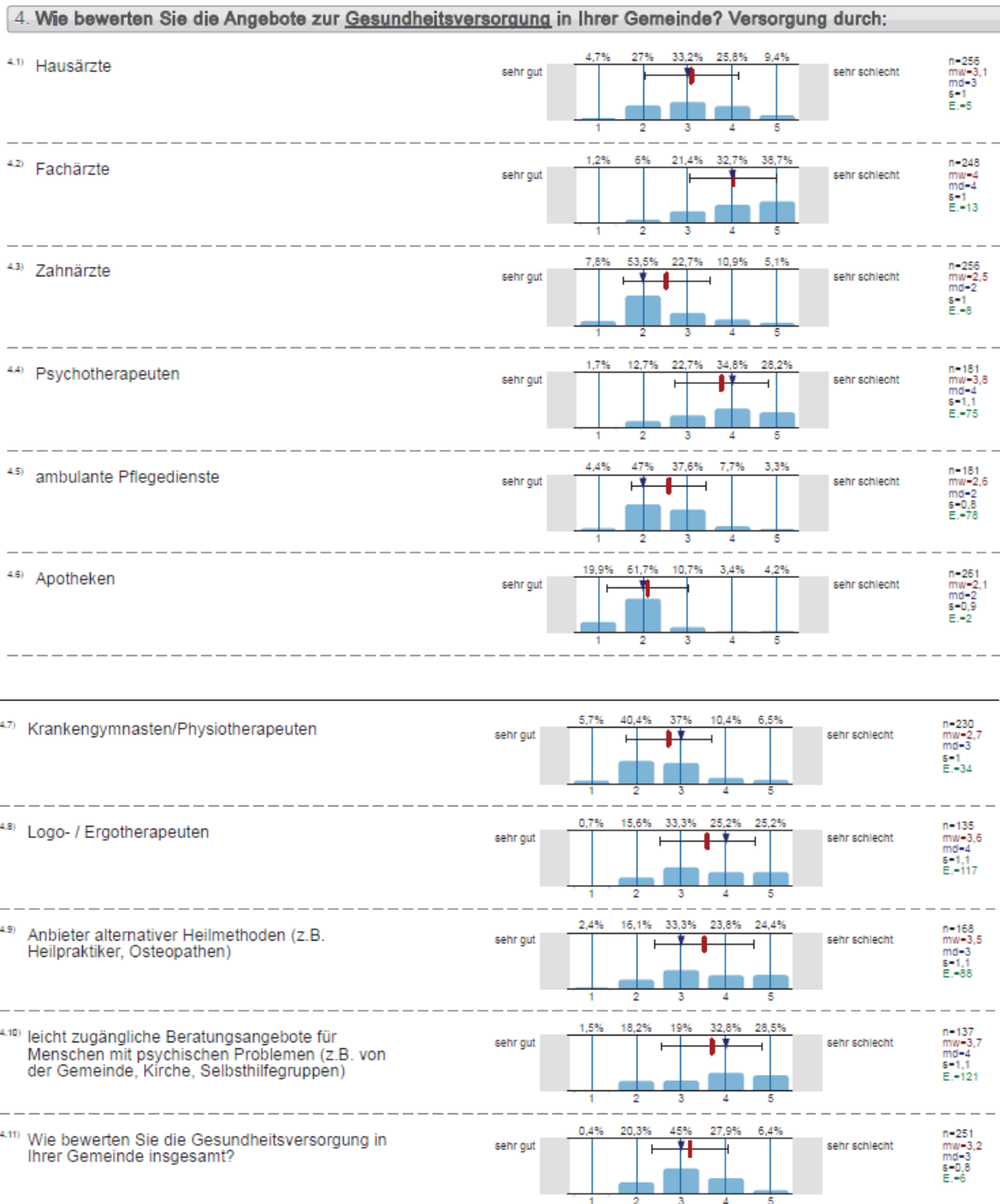
Legende: Aufgetragen sind die prozentualen Häufigkeiten der Antworten je Antwortkategorie mit Mittelwert (rot) und Median (blau). Datengrundlage: Rücklauf der Bürgerbefragung

Medizinische Versorgung:

Insgesamt wird die medizinische Versorgung im Landkreis mittel bis schlecht bewertet (vgl.

Abbildung 15). Im Gegensatz zur hausärztlichen wird die spezialisierte **fachärztliche sowie die psychotherapeutische** Versorgung schlecht bewertet (MW: 4,0 bzw MW=3,8). Dagegen wird die zahnärztliche Versorgung und ambulante Pflege deutlich besser bewertet (MW: 2,5 bzw 2,6).

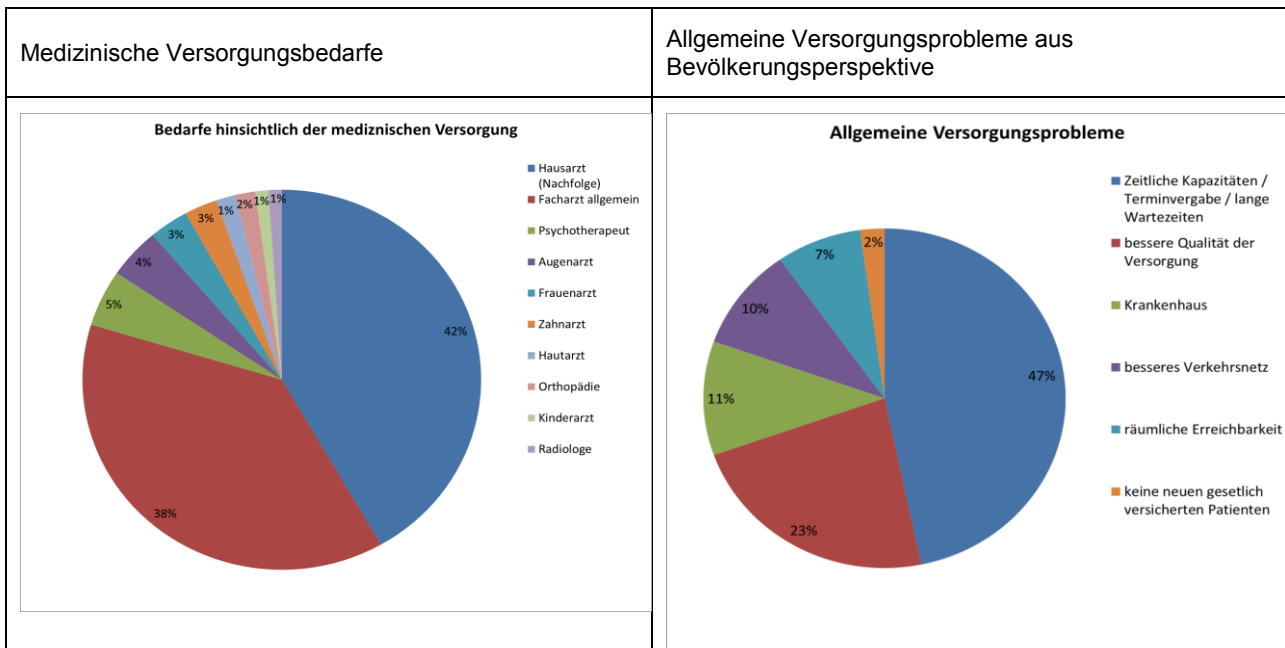
Abbildung 15: Bewertung der medizinischen Versorgung im Landkreis



Legende: Aufgetragen sind die prozentualen Häufigkeiten der Antworten je Antwortkategorie mit Mittelwert (rot) und Median (blau). Datengrundlage: Rücklauf der Bürgerbefragung

Aus den Antworten der offenen Fragen ergibt sich insbesondere eine Angst vor künftigen Versorgungslücken bei der hausärztlichen Versorgung aufgrund des hohen Alters (vgl. Abbildung 16). Verbesserungsbedarf wird auch hinsichtlich der Qualität, Terminvergabe, den zeitlichen Kapazitäten der ärztlichen Versorgung als häufigsten Aspekte vermerkt. 86,1 % der Befragten waren in den letzten 24 Monaten beim Hausarzt.

Abbildung 16: Versorgungsbedarfe aus Bevölkerungsperspektive



Die schlechte Einschätzung der spezialisierten fachärztlichen Versorgung konnte weiter spezifiziert werden: Fehlende Ärzte, schlechte Erreichbarkeit (Verkehrsnetz), geringe zeitliche Kapazitäten.

FAZIT

Für die Einschätzung der Bürger gilt:

- Insbesondere die Versorgung durch Spezialisten und Psychotherapeuten wird nicht gut bewertet.
- Die zahnärztliche Versorgung wird sowie die Versorgung durch ambulante Pflegedienste gut bis mittelmäßig bewertet.
- Bei den therapeutischen Gesundheitsberufen wird die Versorgungslage durch Physiotherapeuten gut bis mittelmäßig eingeschätzt; die Bewertung der ergotherapeutischen und logopädischen Versorgungslage fällt jedoch deutlich schlechter aus.
- Hausärztliche und spezialistische Versorgungsbedarfe wurden in Freitextangaben etwa gleich häufig genannt.
- Inhaltlich war es v.a. die zeitliche Verfügbarkeit, die (gefolgt von der Versorgungsqualität) aus Bürgersicht das größte Problem darstellen.

III Quantitative Bürgerbefragung zur zukünftigen ärztlichen Versorgung

1. Methodik













Die Befragung der Bürgerinnen und Bürger Waldshuts zur zukünftigen ärztlichen Versorgung erfolgte einmalig mit einem Fragebogen.

Der Fragebogen umfasste die Themenbereiche der aktuellen hausärztlichen Inanspruchnahme und Versorgung, die Einschätzung der Wichtigkeit einzelner Aspekte in der hausärztlichen Versorgung, der Zufriedenheit mit und der Einschätzung der zukünftigen Änderung dieser Aspekte. Die Versorgung durch ärztliche Spezialisten wurde innerhalb von Wartezeiten auf einen Termin und Wegzeiten sowie der Wichtigkeit einzelner Aspekte in der spezialärztlichen Versorgung untersucht.

Neben persönlichen Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (z.B. Alter, Geschlecht) wurden die Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger in der hausärztlichen Versorgung erfragt (Discrete-Choice-Experiment). Abbildung 17 gibt das Einstiegsszenario des Discrete-Choice-Experiments wieder. Für jede der beiden Fragebogenversionen folgten acht weitere Szenarien, die bewertet werden sollten.

Abbildung 17: Einstiegsszenario innerhalb des Discrete-Choice-Experiments zur Bewertung durch die Bürgerinnen und Bürger

Welche der beiden Situationen der hausärztlichen Versorgung ([Situation 1](#) oder [Situation 2](#)) ist Ihrer Meinung nach die bessere? Bitte kreuzen Sie an:

Merkmal	Situation 1	Situation 2
Hausbesuche	 Es werden Hausbesuche gemacht	 Es werden <u>keine</u> Hausbesuche gemacht
Entfernung zur Praxis	 15 Minuten	 45 Minuten
Versorgung durch...	 ... <u>einen</u> Arzt	 ... <u>mehrere wechselnde</u> Ärzte
Öffnungszeiten der Praxis	 Praxis hat an <u>fünf Tagen</u> in der Woche geöffnet	 Praxis hat an <u>drei Tagen</u> in der Woche geöffnet
Übertragung von Aufgaben	 Versorgung ausschließlich durch den Arzt	 Einige Aufgaben werden an Medizinische Fachangestellte mit <u>Zusatzausbildung</u> übertragen
Ausstattung der Praxis	 Umfangreiche Ausstattung der Praxis	 Eingeschränkte Ausstattung der Praxis
Ich entscheide mich für...	Situation 1 <input type="checkbox"/>	Situation 2 <input type="checkbox"/>

Die Rekrutierung erfolgte über eine durch die Kommunale Informationsverarbeitung Baden-Franken (KIVBF) bereit gestellte Gesamtstichprobe von 3000 Adressen von Bürgerinnen und Bürgern des Landkreises Waldshut, aufgeteilt auf 3 Portionen à 1000 Adressen. Jeweils 1000 Bürgerinnen und Bürger erhielten eine von den zwei verschiedenen Versionen des Fragebogens, sodass 2000 Adressen für diese Befragung genutzt wurden. Die Bereitstellung der Daten erfolgte auf Anfrage entgeltlich. Der Auftrag an das KIVBF sah die Ziehung der Gesamtstichprobe gemäß folgender Vorgaben vor: 49 % volljährige Männer und 51 % volljährige Frauen sowie mindestens 20 % der Bürgerinnen und Bürger mit einem Alter ab 65 Jahren gemäß den Einwohnerdaten des Landkreises.

Die Bürgerinnen und Bürger wurden mit einem beiliegenden Anschreiben, welches die Hintergründe der Befragung erläuterte, und dem Fragebogen postalisch angeschrieben mit der Bitte um Teilnahme. Befragungszeitraum war November bis Dezember 2016. Alle bis zum 28.02.2017 eingetroffenen und gültigen Fragebögen wurden in die Analyse aufgenommen.

Ein positives Ethikvotum zur Durchführung der Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität zu Lübeck am 20. Mai 2016 erteilt (Aktenzeichen 16-103).

2. Ergebnisse

Der Gesamtrücklauf betrug 31 % (N=625). 558 ausgefüllte Fragebögen (28 %) konnten in die Analyse eingeschlossen werden. Deren Ergebnisse werden im Folgenden berichtet.

Die teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger des Landkreises an dieser Befragung waren durchschnittlich 52 Jahre alt und in der Mehrheit (53 %) weiblich. 421 der Teilnehmenden (75 %) gaben die Gemeinde an, in der sie zum Zeitpunkt der Befragung lebten. Neben den nicht rekrutierten Gemeinden Jestetten und Bonndorf war die Gemeinde Ibach nicht unter den angegebenen vertreten. Weitere Angaben zur Soziodemografie der Teilnehmenden sind in Tabelle 1 dargestellt.

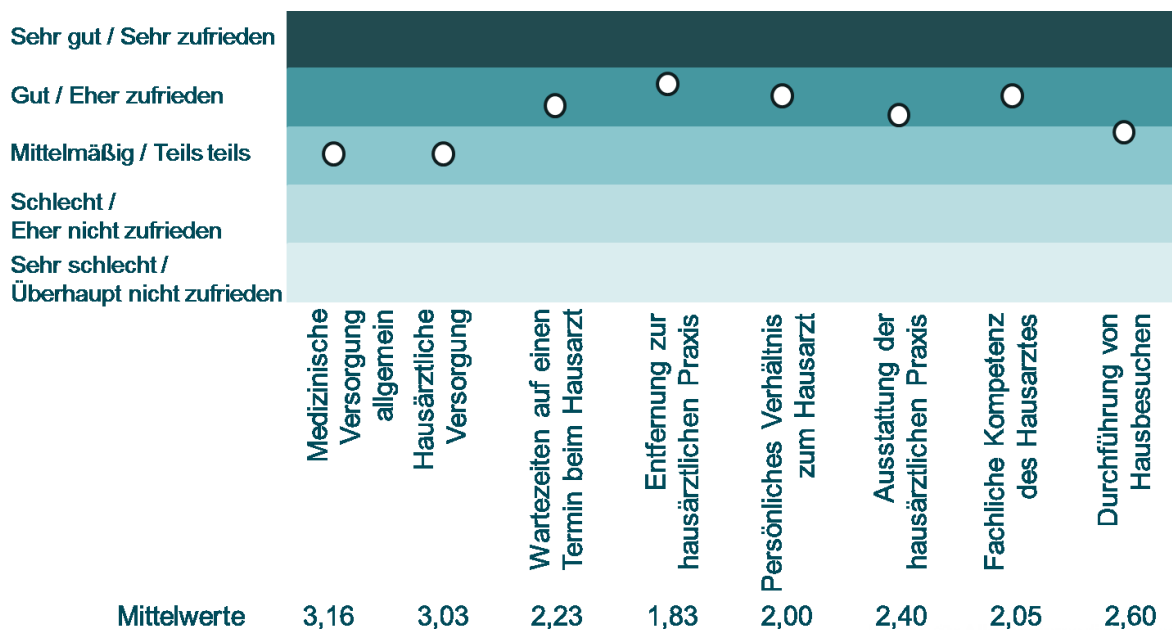
Tabelle 1: Soziodemografische Angaben zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Fragebogens zur zukünftigen ärztlichen Versorgung (N=588)

		MW (Min. / Max.; SD)
Alter in Jahren		51,7 (18 / 94; 17,7)
Personen im Haushalt		3,1 (1 / 72; 3,5)
Kinder unter 18 Jahren im Haushalt		1,0 (0 / 6; 1,1)
		n (%)
Geschlecht	Weiblich	297 (53,2)
	Männlich	226 (40,5)
Herkunft	Ursprünglich aus dem Landkreis Waldshut	349 (62,5)
	Ursprünglich <u>nicht</u> aus dem Landkreis Waldshut	175 (31,4)
Erwerbssituation	Erwerbstätig	322 (57,7)
	Nicht erwerbstätig	197 (35,3)
Krankenversicherung	In einer gesetzlichen Versicherung	424 (76,0)
	Ausschließlich privat/in der Beihilfe versichert	96 (17,2)

Die medizinische Versorgung vor Ort wird wie die hausärztliche Versorgung hauptsächlich als „mittelmäßig“ beurteilt.

Mit einzelnen Aspekten in der hausärztlichen Versorgung zeigte sich allerdings die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zufrieden (Entfernung zur Praxis (79 %), fachliche Kompetenz (68 %), persönliches Verhältnis zum Arzt (68 %), Wartezeit auf einen Termin (63 %), umfangreiche technische Ausstattung (50 %)). Einzig der Aspekt Hausbesuche wurde in der Mehrheit mit „Kann ich nicht beurteilen“ angegeben (45 %). Der Mittelwertvergleich der Angaben in Beziehung zu der Gesamteinschätzung der Versorgung ist Abbildung 18 zu entnehmen.

Abbildung 18: Mittelwerte der Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der hausärztlichen Versorgung im Vergleich zur Gesamteinschätzung in der Versorgung



Während 7 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer keinen Hausarzt hatten, waren 39 % bereits über 10 Jahre in Behandlung bei ihrem Hausarzt.

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ging ein bis drei Mal in den letzten zwölf Monaten zu ihrem Hausarzt (52 %) bzw. zu einem anderen Arzt als ihrem Hausarzt (56 %). 5 % der Bürgerinnen und Bürger gingen über zehn Mal zu ihrem Hausarzt in den letzten zwölf Monaten bzw. zu einem anderen Arzt als ihrem Hausarzt.

62 % der Bürgerinnen und Bürger konnten im Bedarfsfall am selben Tag in die Hausarztpraxis, für andere niedergelassene Fachärzte (im Fragebogen als „Spezialisten“ bezeichnet) war dies bei 3 % der Fall. Länger als einen Monat warteten dagegen 64 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf einen Termin beim Spezialisten.

Die Wegzeit zur Hausarztpraxis wurde mit durchschnittlich 14 Minuten angegeben, zum am häufigsten aufgesuchten Spezialisten mit 37 Minuten.

Als sehr wichtig wurde in der hausärztlichen Versorgung am häufigsten die fachliche Kompetenz angegeben mit 87 % der Bürgerinnen und Bürger, die dies angaben. Mit 62 % als sehr wichtig

angegeben folgt die kurze Wartezeit auf einen Termin, mit 52 % das persönliche Verhältnis. 24 % schätzten Hausbesuche als sehr wichtig ein. In der Versorgung durch einen Spezialisten wurde die fachliche Kompetenz (91 %), die kurze Wartezeit auf einen Termin (63 %) und die umfangreiche technische Ausstattung (60 %) als sehr wichtig erachtet. Hausbesuche wurden hier von 7 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als sehr wichtig eingeschätzt.

In der Einschätzung der Änderung verschiedener Aspekte der hausärztlichen Versorgung in den nächsten fünf Jahren würden sich vor allem die kurze Wartezeit auf einen Termin (58 %), Hausbesuche (36 %) und die geringe Entfernung zur Praxis (34 %) verschlechtern. Die umfangreiche technische Ausstattung und die fachliche Kompetenz zeigten eine positive Tendenz mit 18 bzw. 12 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Verbesserung in den nächsten fünf Jahren in diesen Bereichen erwarteten. Insgesamt erwarteten 2 % der Bürgerinnen und Bürger eine Verbesserung in der hausärztlichen Versorgung in den nächsten fünf Jahren, 69 % hingegen eine Verschlechterung. Insgesamt gaben 4 % an, dass sie bestimmt aus der Region wegziehen würden bei unzureichender hausärztlicher Versorgung, 32 % würden diese Option nicht ausschließen.

Im Discrete-Choice-Experiment (DCE) zeigte sich, dass die Entscheidung für eine bessere hausärztliche Versorgung signifikant von der Durchführung von Hausbesuchen, der Entfernung zur Praxis, der Versorgung durch einen Arzt, der Öffnungszeiten und der Ausstattung der Praxis abhängt. Ob eine Versorgung ausschließlich durch den Arzt oder eine Delegation einiger Aufgaben an eine MFA stattfindet, hing nicht signifikant mit der Entscheidung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusammen, ob eine hausärztliche Versorgung als besser eingeschätzt wurde. Hier zeigte sich demzufolge keine Präferenz. Fünftägige Öffnungszeiten erhöhen die Wahrscheinlichkeit dreifach, dass eine Versorgungssituation als besser eingeschätzt wurde (OR=3,3). Die Durchführung von Hausbesuchen erhöht die Wahrscheinlichkeit zweifach (OR=2,2) genauso wie viertägige Öffnungszeiten und eine umfangreiche technische Ausstattung (jeweils OR=1,9). Ist die Versorgung durch einen Arzt anstatt durch mehrere wechselnde Ärzte im hausärztlichen Bereich gewährleistet, dann war die Wahrscheinlichkeit anderthalbfach größer, dass eine Versorgung als besser eingeschätzt wurde. Mit einer höheren Entfernung zur Praxis war die Chance 0,95-mal so groß, diese als besser einzuschätzen. Eine kürzere Entfernung zur Praxis wurde dementsprechend signifikant bevorzugt.

Fazit

- Die Einzelaspekte in der hausärztlichen Versorgung werden besser bewertet als der Gesamteindruck.
- Die Wartezeiten auf einen Termin sind nach der fachlichen Kompetenz zweitwichtigster Aspekt.
- Präferenzen für eine gute hausärztliche Versorgung liegen v.a. in weit gefassten Öffnungszeiten und der Durchführung von Hausbesuchen.
- Präferenzen in der Versorgung durch den Arzt oder eine zusatzqualifizierte MFA bestehen nicht. Delegation erscheint daher als Potential in der Versorgung.

IV Entwicklung von ergänzenden Modellen zur Mobilität der Bevölkerung

1. Methodik

Die Entwicklung von ergänzenden Modellen erfolgte mittels Gruppen- und Einzelinterviews mit anschließender Erhebung mittels einem Fragebogen.

Alle Interviews folgten einem Interviewleitfaden und wurden moderiert durch ein Mitglied des Projektteams. Der Leitfaden umfasste die Themenbereiche der optimalen ärztlichen Versorgung, der aktuellen Mobilität zur ärztlichen Versorgung im Landkreis Waldshut und zukünftige Mobilitätskonzepte.

Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte mit Hilfe des Landratsamts Waldshut. Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren solche, die sich beruflich mit Mobilität im Landkreis beschäftigen bzw. sich mobil durch den Landkreis bewegen, um Menschen gesundheitlich zu versorgen.

Die Entwicklung des Fragebogens schloss sich der Auswertung der Interviews an und basierte auf deren Ergebnissen. Inhalte des Fragebogens waren ideale Öffnungszeiten, Wegzeiten zu und Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen, aktuelle und zukünftige Mobilitätskonzepte, Barrieren des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) und Barrierefreiheit der Hausarztpraxis.

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte über 1000 postalische Anschreiben mit der Bitte um Teilnahme, die im Anhang den Fragebogen enthielten. Die Adressen wurden durch das KIVBF gemäß der Befragung zur zukünftigen ärztlichen Versorgung (siehe Kapitel III 1.) bereitgestellt.

Ein positives Ethikvotum zur Durchführung der Studie wurde durch die Ethikkommission der Universität zu Lübeck am 20. Mai 2016 erteilt (Aktenzeichen 16-103).

2. Ergebnisse (Mobilitätsmodelle)

2.7. Ergebnisse der Interviews

In vier Fokusgruppen mit jeweils drei bis sechs Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie einem Einzeltelefoninterview wurden insgesamt 20 Personen, die sich berufsbedingt mit Mobilität im Landkreis auseinandersetzen, befragt.

Die 6 Teilnehmerinnen und 14 Teilnehmer der Interviews waren durchschnittlich 51 Jahre alt und waren in der Mobilität, im Gesundheitswesen oder der Verwaltung beschäftigt.

Die geführten Interviews thematisierten die Vorstellungen von optimaler ärztlicher Versorgung, die aktuelle Versorgungsrealität, aktuelle Mobilitätsmodelle zur ärztlichen Versorgung, Versorgungswünsche- und -ideen sowie Grenzen und Barrieren in der Umsetzung von Versorgungs- und Mobilitätskonzepten.

Im Folgenden sind die Inhalte, welche die subjektiven Meinungen und Vorstellungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zusammenfassen, tabellarisch wiedergegeben. Eine ausführliche Beschreibung ist in der langen Version des Berichts einsehbar.

Optimale ärztliche Versorgung

gute, problemlose Erreichbarkeit, zentraler Standort, verkehrstechnisch günstige Lage, 10-15 min zu Fuß oder mit dem Auto, Parkplätze vorhanden, ÖPNV-Erreichbarkeit, Barrierefreiheit

schnelle Terminvergabe, schnelles Behandeln nach möglichst kurzer Wartezeit in der Praxis

Aktuelle Versorgungsrealität

Barrierefreiheit nicht immer gegeben (z.B. Bahnhof Waldshut)

ausgesprochen gut ausgebautes Nahverkehrssystem, aber Möglichkeiten den Bürgerinnen und Bürgern zu wenig bekannt

Verknüpfungen zwischen ÖPNV-Haltestellen und Arztpraxen würden fehlen

geographische Besonderheiten würden Umsetzung von 10-15 min zum Arzt schwierig machen, Bevölkerung akzeptiere dies

rege Nutzung des Bürgerbusses, geplante Anbindung an Arztzentrum Lauchringen und Übernahme in offiziellen Fahrplan

erlebter Arztmangel (haus- und spezialärztlich), Wartezeiten bis zu mehreren Monaten, Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in anderen Landkreisen (z.B. Singen, Konstanz)

Arztabwanderung in die Schweiz als Ursache für den Arztmangel

nicht abgestimmte Urlaubszeiten zwischen Ärzten, Erreichbarkeit freitagnachmittags/an Wochenenden erschwert (z.B. Hausärzte, Apotheken, Pädiater)

frühzeitige und schlecht geplante Entlassungen aus den Krankenhäusern

vorhandene Konzepte: VERAHmobil, Nachbarschaftshilfen, private Initiativen und Bürgervereine, die ehrenamtlich Mitnahme ermöglichen bzw. koordinieren, Mitnahmebänke in einigen Orten

Aktuelle Mobilitätskonzepte zur ärztlichen Versorgung

v.a. eigenes Auto, seltener ÖPNV/Zug, Krankenwagen (missbraucht als schneller und sicherer Weg), Familie, Nachbarn, Bekannte, der Bürgerbus, ein ärztlicher Fahrdienst zum Patienten, Taxis (v.a. ältere Bevölkerung, die keine andere Möglichkeit sehen), Nachbarschaftshilfe (v.a. im ländlichen Bereich), im Notfall alles vorstellbar

nur sehr vereinzelt Hausbesuche durch Ärztinnen und Ärzte

Versorgungswünsche und -ideen

Zentralisierung des Arztangebots

Unterstützung Niederlassungswilliger auf allen Ebenen

Gewinn ärztlichen Nachwuchses z.B. durch verpflichtendes Landpraktikum und Erhöhung der allgemeinmedizinischen Reputation im Studium

Erhöhung der Anreize für Hausbesuche (z.B. entsprechende Vergütung)

stete Erreichbarkeit (z.B. mobile Praxen, telefonische Arztberatung, Konzept Dorfschwester/Ersteinschätzung durch MFA (Entbürokratisierung Delegation))

Absprache von Praxisöffnungszeiten, auch um benötigte Beförderungsdienste zeitlich zu entzerren

grenzenlose Barrierefreiheit und Anbindung zum Hausarzt und Spezialisten

bessere Kommunikation der Möglichkeiten, die ÖPNV bietet, am ehesten auf Gemeindeebene

Betreuungs- und Begleitpersonen für ältere Menschen, die den ganzen Arztbesuch begleiten (z.B. Nachbarschaftshilfe, Sozialarbeiter)

zentrale Anlaufstellen innerhalb der Gemeinden für Hilfebedürftige

Bedeutung von Präventionskursen bereits im Kindesalter

synergistisches Arbeiten der vorhandenen Strukturen, interkommunales Denken

Umsetzbarkeit und Grenzen

finanzielle Hindernisse in vielen Bereichen (z.B. Barrierefreiheit Zug/ÖPNV)

ehrenamtliches Engagement erschöpfbar

Diskrepanz Verteilerschlüssel der KV und erlebter Arztmangel, Niederlassungshürden, Unattraktivität des Landkreises für junge Leute

Anspruchhaltung in ärztlicher Inanspruchnahme und Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen sehr hoch

sehr unflexibles Gesundheitssystem

Konkurrenzgedanke

gute Absprachen stationär/ambulant aufgrund kurzer Krankenhausverweildauer gar nicht mehr möglich

entgeltliche Mitfahrgelegenheiten müssten transparent sein, in Akutsituationen schwer nutzbar, ältere Personen (ab 70 Jahre) bräuchten Einstieg ins Internet oder zentrale Koordinierungsstelle

starker Rückzug v.a. der älteren Bevölkerung, sodass Initiativen nicht die erreichen, die den Bedarf hätten

Arzttermine schwer mit ÖPNV zu vereinbaren, da kaum noch Freiheit in Terminwahl beim Arzt herrsche

Kombiverkehre logistisch und rechtlich schwer umsetzbar

Telemedizin in Akutsituationen nur als erster Schritt, gute Zusammenarbeit der Beteiligten als Voraussetzung, Abrechnung müsse koordiniert sein, fehlende persönliche und körperliche Komponente als Hindernis in flächendeckender Nutzung

2.8. Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Der Rücklauf der Fragebogenerhebung zur Mobilität und zukünftigen ärztlichen Versorgung betrug 30 % (N=298). 277 Fragebögen (28 %) konnten in die Analyse aufgenommen werden.

Die 277 teilnehmenden Bürger und Bürgerinnen waren durchschnittlich 51 Jahre alt und in der Mehrheit weiblich (58 %). 89 % der Teilnehmenden (n=245) nutzten die Möglichkeit, die Gemeinde anzugeben, in der sie zum Zeitpunkt der Befragung lebten. Neben den nicht rekrutierten Gemeinden Jestetten und Bonndorf waren Bürgerinnen und Bürger aus Eggingen

und Ibach nicht unter diesen 245 Teilnehmenden. Weitere Angaben können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Soziodemografische Angaben zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Fragebogens zu Mobilität und zukünftiger ärztlicher Versorgung (N=277)

		MW (Min. / Max.; SD)
Alter in Jahren		51,3 (18 / 95; 18,5)
Personen im Haushalt		2,7 (1 / 18; 1,7)
Kinder unter 18 Jahren im Haushalt		0,7 (0 / 5; 1,0)
		n (%)
Geschlecht	Weiblich	160 (57,8)
	Männlich	117 (42,2)
Herkunft	Ursprünglich aus dem Landkreis Waldshut	187 (67,5)
	Ursprünglich <u>nicht</u> aus dem Landkreis Waldshut	89 (32,1)
Erwerbssituation	Erwerbstätig	174 (62,8)
	Nicht erwerbstätig	100 (36,1)
Krankenversicherung	In einer gesetzlichen Versicherung	223 (80,5)
	Ausschließlich privat/in der Beihilfe versichert	51 (18,4)

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer stimmten den Aussagen, dass genügend Hausärzte bzw. Spezialisten in der Gemeinde vorhanden sind, nicht zu (69 bzw. 79 %). Bei nicht verfügbarem Hausarzt wurde von 25 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Weg ins Krankenhaus als Alternative in den letzten zwölf Monaten gewählt. Von 28 % wurde ein anderer Landkreis für eine schnellere ärztliche Versorgung in Anspruch genommen, 8 % nahmen ärztliche Leistungen in der Schweiz in Anspruch in den letzten zwölf Monaten. Diejenigen, die medizinische Versorgung in der Schweiz in Anspruch nahmen, gaben vor allem die bessere medizinische Versorgung als Ursache an (81 %), gefolgt von besserer Erreichbarkeit und kürzeren Wartezeiten mit jeweils 48 %.

60 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer möchten ihren Hausarzt innerhalb von 15 Minuten erreichen können unabhängig vom Transportmodus. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer würde für den Weg zu einem ärztlichen Spezialisten 31 bis 60 Minuten auf sich nehmen (41 %). Für den Besuch im Krankenhaus, bei Physio- und Ergotherapie sowie Zahnarzt, Logopädie und Podologie würde die Mehrheit der teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger 16 bis 30 Minuten Weg investieren. Eine Apotheke sollte für 77 % innerhalb von 15 Minuten erreichbar sein.

Haupttransportmodus zur Hausarztpraxis war das selbstgefahrenes Auto für 69 % der teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger. 27 % nutzten den Fußweg, 20 % ließen sich von Verwandten mit dem Auto fahren. Mehrfachantworten waren bei dieser Frage möglich.

Als Informationsquelle für die Fahrtzeiten des ÖPNV dienten vor allem das Internet (56 %) und Aushänge an der Haltestelle selbst (45 %). Über die Fahrtzeiten des Bürgerbusses informierten vor allem das Mitteilungsblatt, Aushänge an der Haltestelle (jeweils 9 %) und das Internet (8 %).

35 % gaben an, dass Barrieren in der Nutzung des ÖPNV zur Hausarztpraxis bestünden. Dabei wurden vor allem eine fehlende Barrierefreiheit (21 %), die fehlende Abstimmung von Arztterminen und Fahrtzeiten sowie eine zu weite Entfernung von Haltestellen und Praxis genannt (jeweils 16 %). Eine Barrierefreiheit der Hausarztpraxis wurde von 29 % der teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger verneint.

Bei der Abfrage nach verschiedenen Angeboten in der Gemeinde gaben 26 % an, dass es Gesundheits- und Präventionskurse in der Gemeinde gäbe, 13 % nutzten diese Kurse zumindest teilweise. 21 % gaben an, dass ein Bürgerbus in der Gemeinde fahren würde, genutzt wurde dieser von 5 % zumindest teilweise. Ähnlich verhielt es sich mit dem Kreissenorenrat, der von 19 % als in der Gemeinde vorhanden angegeben wurde. Oftmals konnten die Angebote nicht sicher als in der Gemeinde vorhanden oder nicht vorhanden angegeben werden (Antwortoption „weiß nicht“ von 19 bis 50 % gewählt). Die Nutzung der einzelnen Angebote rangiert zwischen 2 und 13 %, zukünftig vorstellen konnten es sich weitere 13 bis 24 % je nach Angebot. Für Arztbesuche nutzen nur zwei Bürgerinnen und Bürger in der Befragung den Bürgerbus (1 %). Einen Arzttermin wurde für 6 % durch die organisierte Nachbarschaftshilfe organisiert, der Transport zum Arzt durch die organisierte Nachbarschaftshilfe für 6 %, die Begleitung zum Arzt für 2 % und keine Nutzung der organisierten Nachbarschaftshilfe für Arztbesuche wurde von 1 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angegeben.

Mobilitätskonzepte betreffende Fragen zeigten, dass Kombiverkehre mit Paket- und Apothekendienst sehr unterschiedlich bewertet wurden. Die entgeltliche Mitnahme von Vertrauten bzw. das kostenpflichtige Mitfahren bei Vertrauten konnten sich die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorstellen, bei Fremden traf dies nicht zu. Als angemessener Beitrag pro Kilometer wurden durchschnittlich 36 Cent angegeben. Während sich die Mehrheit der teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger sich eher oder gar nicht vorstellen konnte, ihren Hausarzt per Telemedizin zu konsultieren, noch weniger unter Hinzunahme einer geschulten Hilfsperson, war die Konsultation eines Spezialisten unter Hinzunahme des Hausarztes am ehesten vorstellbar (45 % gaben an, sich dies vorstellen bzw. zumindest eher vorstellen zu können). Zugang zum Internet bestand für 81 % der teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger.

Fazit

- Hauptverkehrsmittel zur ärztlichen Versorgung ist aktuell der PKW, ÖPNV spielt eine untergeordnete Rolle.
- Mobilitätskonzepte zu Mitfahrgelegenheiten unterliegen einem Vertrauensaspekt, der gewährleistet sein muss.
- Viele Initiativen, v.a. ehrenamtlich, bestehen, diese müssen jedoch besser kommuniziert werden, da sie nicht flächendeckend bekannt sind.
- Der Einsatz von Telemedizin kann im Besonderen die Konsultation von anderen niedergelassenen Fachärzten mit dem Hausarzt gemeinsam ermöglichen.

V Standortplanung von Hausärzten im Landkreis Waldshut

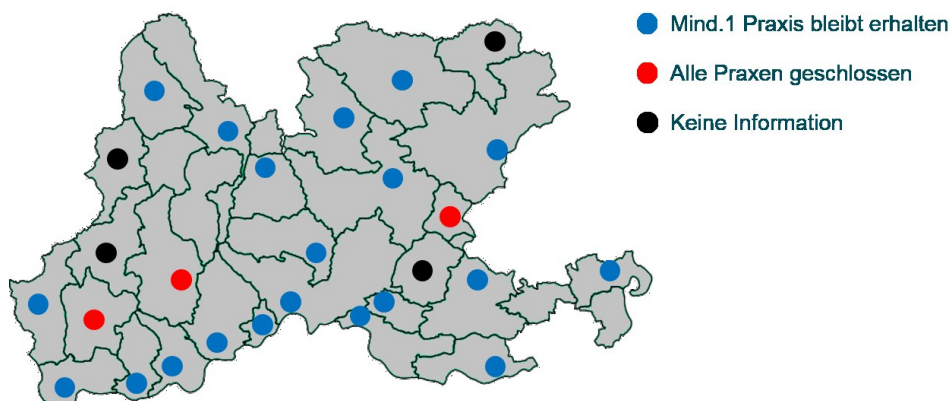
1. Methodik

Für die Planung der Standorte werden mathematische Modelle des Operations Research verwendet. Diese Modelle können mithilfe eines Computerprogramms gelöst werden und geben die optimalen (d. h. bestmöglichen) Lösungen für das zugrunde liegende Problem.

Als Input werden für diese Studie die einzelnen Gemeinden als Bedarfsknoten dargestellt. Geographisch werden die Knoten in den jeweiligen Zentren der Gemeinden verortet. Auch die Standorte der Hausarztpraxen werden als Knoten modelliert. Ein weiterer wichtiger Input, mit dem die sogenannte Abdeckung eines eröffneten Standorts ermittelt wird, ist die maximale Fahrzeit. Für die Studie wird im Standardfall eine Fahrzeit von 15 Minuten mit dem Auto angenommen, da dies für eine Mehrheit der befragten Patienten als noch akzeptable Entfernung zum Hausarzt angesehen wird. Die Entfernungen wurden mit Hilfe der Google Maps API bestimmt und stellen somit realistische Fahrzeiten dar, berücksichtigen aktuell aber keine potentiellen Staus oder Baustellen.

Im Ausgangsmodell werden nur die Gemeinden betrachtet, in denen bereits eine Praxis existiert. Ziel ist es, die mindestens notwendigen Standorte zu finden, um eine Grundsicherung der hausärztlichen Versorgung für alle Gemeinden im Landkreis Waldshut innerhalb einer gewissen Entfernung zu sichern. In einer Erweiterung wird berücksichtigt, dass in den drei Zentren des Landkreises (Waldshut-Tiengen, Wehr und Bad Säckingen) auf jeden Fall Praxen bestehen bleiben und diese entsprechend im Modell als gesetzt einbezogen werden sollen. In einer zweiten Erweiterung werden Standorte vorab in den Gemeinden positioniert, in denen in den nächsten Jahren voraussichtlich noch mindestens eine Hausarztpraxis bestehen bleibt. In den blauen Gemeinden in Abbildung 19 hat mindestens ein Hausarzt angegeben, dass keine Praxisaufgabe geplant ist. In den Gemeinden Rickenbach und Eggingen und voraussichtlich auch in Görwihl werden in den nächsten Jahren alle Praxen aufgegeben werden (roter Punkt). Zu den Praxen in Herrischried, Todtmoss, Wutach und Wutöschingen wurden keine Angaben gemacht (schwarzer Punkt). In der Auswertung wird die pessimistische Annahme gemacht, dass auch diese Praxen geschlossen werden sollen.

Abbildung 19: geplante Praxisabgaben in den nächsten Jahren (aus Hausarztumfrage)

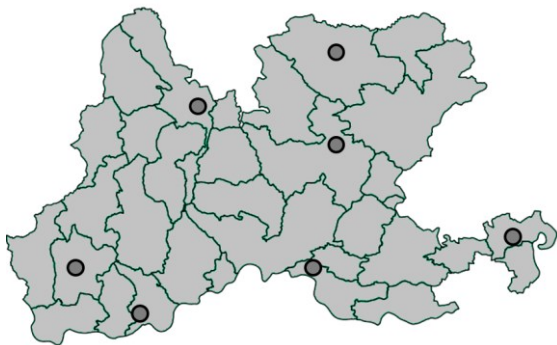


2. Ergebnisse

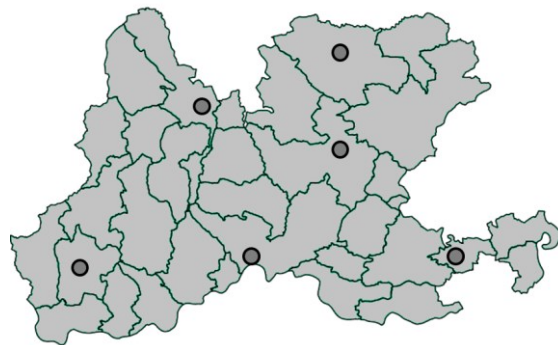
Abbildung 20 zeigt verschiedene Standortmodelle für eine Erreichbarkeit innerhalb von 15 Minuten. Szenario 1 präsentiert die optimale Lösung für das Ausgangsproblem mit einer maximalen Fahrzeit von 15 Minuten, wenn Standorte nur in Gemeinden mit derzeit existierenden Praxen eröffnet werden können. Zur vollständigen Abdeckung des Landkreises sind dann 7 Standorte notwendig. Diese sieben Standorte sind Bonndorf im Schwarzwald, Jestetten, Küssaberg, Laufenburg (oder Albrück), Rickenbach, St. Blasien und Ühlingen-Birkendorf. Nur 6 Standorte (Bonndorf im Schwarzwald, Dettighofen, Rickenbach, St. Blasien, Ühlingen-Birkendorf, Waldshut-Tiengen) werden benötigt, wenn in allen beliebigen Gemeinden des Landkreises Praxen eröffnet werden können, unabhängig davon, ob aktuell ein Sitz vorhanden ist, und 15 min Fahrtzeit zugrunde gelegt werden (Szenario 2).

Abbildung 20: Alternative Standortmodelle für eine Erreichbarkeit innerhalb 15 Minuten

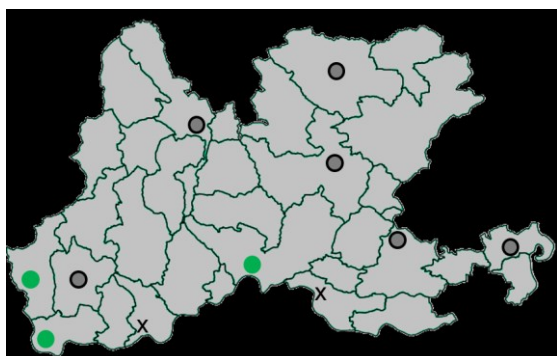
Szenario 1: Sieben Standorte sind für eine Abdeckung in 15 Minuten notwendig



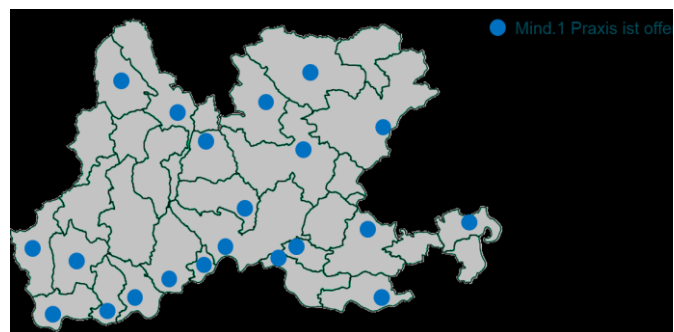
Szenario 2: Sind alle Gemeinden zulässig, werden 6 Standorte für eine Abdeckung in 15 Minuten benötigt



Szenario 3: Abdeckung in 15 Minuten mit vorgegebenen Standorten in den Zentren



Szenario 4: Optimale Lösung für eine Abdeckung in 15 Minuten mit Annahme der verbleibenden Praxen



Wenn Waldshut, Wehr und Bad-Säckingen auf jeden Fall als Standorte erhalten bleiben sollen (Szenario 3), kommen für 15 min Fahrtzeit die weiteren Standorte in den Gemeinden Bonndorf im Schwarzwald, Jestetten, Klettgau, Rickenbach, St. Blasien, Ühlingen-Birkendorf hinzu.

In den Diskussionsrunden hat sich herausgestellt, dass auch der Standort Rickenbach als sicher angenommen werden kann. Daraus ergibt sich, dass eine Abdeckung des Landkreises in 15 Minuten mit Praxen in den verbleibenden 21 Gemeinden knapp möglich ist (Szenario 4). Ein Standort in Görwihl würde aber eine zusätzliche Absicherung bedeuten und die notwendigen Fahrzeiten für Patienten in den westlichen Gemeinden des Landkreises reduzieren.

In Waldshut in Bahnhofsnähe kann eine Praxis für alle Gemeinden in maximal 41 Minuten erreicht werden. Dies könnte damit als „zentraler“ Standort für den Landkreis angesehen werden, zumal er auch für die Mehrheit der Einwohner des Landkreises in deutlich kürzerer Fahrzeit erreichbar ist. Allerdings sind 41 Minuten deutlich über den eigentlich gewünschten 15 Minuten und daher sollten zusätzliche Standorte definiert werden, um die hausärztliche Versorgung langfristig zu sichern.

Bei den dargestellten Analysen ist zu bedenken, dass die Kapazitäten der Praxen und die entsprechende Anzahl an benötigten Ärzten nicht miteinbezogen wurden. Dies ist ein wichtiger nächster Schritt, um über zukünftige Praxisstandorte zu entscheiden.

In den Diskussionsrunden hat sich gezeigt, dass für die Planung und Umsetzung in der Praxis zusätzlich zu den rein logistischen Betrachtungspunkten weitere Aspekte wie z. B. die Infrastruktur oder bereits bestehende Gebäude miteinzubeziehen sind. Das zugrunde liegende mathematische Modell könnte z. B. um Kostenaspekte, verschiedene Anbindungsmöglichkeiten und Attraktivität der Standorte erweitert werden. So wäre zudem auch die Entwicklung einer Simulation denkbar, die die erwartete Inanspruchnahme neuer Praxisstandorte analysiert.

Fazit

- Minimal werden 6 Standorte zur Abdeckung der gesamten Region in 15 Minuten Fahrtzeit benötigt.
- Werden die 3 Zentren als sicher angenommen, so werden 6 zusätzliche Standorte benötigt.
- Praxen in den voraussichtlich „sicheren“ 21 Gemeinden können eine Abdeckung in 15 Minuten gewährleisten.
- Eine erneute Analyse bei sich ändernden Bedingungen bzw. eine tiefere Analyse bezüglich der benötigten Anzahl und Verteilung an Ärzten ist zu empfehlen.

VI Lösungs-/ Handlungsansätze

1. Methodik für die Entwicklung der Handlungsansätze

Aus den Ergebnissen (Ärzte- sowie Bürgerbefragungen und Standortberechnungen) wurden Thesen abgeleitet, die die Basis für die Diskussionsrunden mit 16 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und 20 Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern des Landkreises Waldshut (am 11. bzw. 12. Oktober 2017) bildeten, mit dem Ziel, konkrete Handlungsoptionen zu entwickeln. Die Themenbereiche waren „Kooperationen“, „Nachwuchs“, „Delegation/Telemedizin“ sowie „Standort/Erreichbarkeit“.

2. Ergebnisse der Diskussionsrunden

2.9. Kooperation und Zusammenarbeit (Tübingen)

Als Diskussionsgrundlage wurden folgende Thesen angeboten: „inhaltliche Synergien und vorhandene Ressourcen gemeinsam nutzen“, „Patientenpfade durch das regionale Gesundheitssystem entwickeln“, „Zusammenarbeit durch bessere Kommunikation stärken“.

Tabelle 3: Ergebnisse Kooperation und Zusammenarbeit

Aspekt	Diskussionspunkte Ärzteschaft	Diskussionspunkte Bürgermeister
Kooperation	<p>Gemeinde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialarbeiter in die Versorgung integrieren (3 Punkte) • Fahrdienst durch die Gemeinde (3 Punkte) • Bürgermeister kooperieren • Familienfreundlichkeit • Regionale Moderation • Gemeindeübergreifende Planung (4 Punkte) • Kommunale gemeindebezogene Verantwortung <p>Ärzte/Politik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsiliarsprechstunden • Notfallambulanz durch Allgemeinmedizin /Triage (1 Punkt) • Kooperation von ambulanten und stationären Bereich (2 Punkte) • Jetzt muss gehnadelt/kooperiert werden, nicht erst in fünf Jahren. 	<p>Gemeinde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regionale Moderation (Verantwortung beim Landrat) (5 Punkte) • Genossenschaften / Kooperation / rechtlicher Rahmen klar • Informationen für die Gemeinden/Bürgermeister (3 Punkte) • Vereinbarte Verwaltungsgemeinschaften (3 Punkte) • Enger Dialog / Plattform bieten • Als Kristallisationspunkt fungieren • Günstige Bauplätze / Familienfreundlichkeit • Kleinräumige Gesundheitskonferenzen • Finanzielle Zuschüsse durch die Gemeinden <p>Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Digitale Patientenakte • Notfallpraxis durch Ärzte in Weiterbildung am Krankenhaus • Ärzte müssen kooperieren (9 Punkte) <p>Politik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offene Sitze an das Krankenhaus • Kliniken schaffen Strukturen • Anschließen • Notfallpraxis am Krankenhaus • Ohne KV geht nichts

2.10. Nachwuchssicherung (Tübingen)

Vorgegebene Thesen zur weiteren Diskussion waren „Schaffung von attraktiven Arbeitsplätzen für Nachfolger“, sowie „verlässliche Rahmenbedingungen“ und eine „strukturierte Weiterbildung“

Tabelle 4: Ergebnisse Nachwuchssicherung

Aspekt	Diskussionspunkte Ärzteschaft	Diskussionspunkte Bürgermeister
Nachwuchssicherung	<p>Universität / Kooperation</p> <ul style="list-style-type: none"> • „LandPLUS“-Studentenförderung (Projekt der Universität Tübingen) • Frühe Bindung (2 Punkte) • Mentoren <ul style="list-style-type: none"> - Über das Gesamtstudium - KV-Förderung • WB-Verbund / regional (3 Punkte) • Motivation zur aktiven Suche steigern • Kontakt zu Ärzten in Weiterbildung in der Klinik suchen • Teilzeit-Ärzte in Weiterbildung zum Übergang (3 Punkte) • Trägerschaft für Kooperationsmodelle finden (1 Punkt) • Logistik / Wohnraumunterstützung / Stellensuche / Praxisräume (1 Punkt) <p>Politik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gehalt für angestellte Ärzte verbindlich (tariflich) regeln (1 Punkt) • Regresse abschaffen (2 Punkte) • Arbeitsplätze statt Arztstühle (2 Punkte) 	<p>Gemeinde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsam mit Praxen suchen (2 Punkte) • „Dual Career“ nutzen • Finanzieller Zuschuss • „Controlling“- Kooperation • Schnupperkurse / Webpage • Fertige Infrastruktur bieten <p>Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermittlungsagenturen • Kooperation / auch intersektoral • Weiterbildungsbefugnis beantragen bzw. Qualifikation als Lehrpraxis • Mentoren für Ärzte / Studenten / BoGY (2 Punkte) • Schülerkontakt / Kompetenzstelle Studienplatz • Inhaltlicher Weiterbildungskanon • Bessere Vernetzung mit Kollegen • Ärztetammtische <p>Politik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufwertung Allgemeinmedizin (1 Punkt) • Masterplan 2020

2.11. Erreichbarkeit ärztlicher Leistungen (Lübeck)

In den Diskussionsrunden wurden die Aspekte „Mehr ärztliche Leistungen delegieren“, „Notfallapotheke an Notfallpraxis“, „Telemedizin“, „Rollende Praxis“, „Onlinebasierte lokale Mitfahrzentrale“ dargestellt und als Diskussionsgrundlage angeboten.

Tabelle 5: Ergebnisse Erreichbarkeit

Aspekt	Diskussionspunkte Ärzteschaft	Diskussionspunkte Bürgermeister
Notfallapotheke an Notfallpraxis	<ul style="list-style-type: none"> • Portalpraxis + Apotheke sinnvoll • Gebietsweises Angleichen der Dienstpläne (Apotheken und Praxen) bezüglich der Öffnungszeiten - kürzere Wege 	
Rollende Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Thema für den Kreis • Besser: Räume, die durch die Gemeinde gestellt werden als Zweigpraxis 	

Mehr ärztliche Leistungen delegieren	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitaufwand NÄPA u.ä. zu qualifizieren • Gutes Personal zu finden ist schwierig <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eigenes Budget für Physiotherapeuten, nicht Arzt – sodass Physiotherapeuten entscheiden können, wie sie Patienten behandeln wollen/müssen ▪ AU ab 2. Woche (erste Woche kann sich Patient selbst krankschreiben) • Teampraxis „Ambulatorium“ • Geld, Qualität, Kompetenz (großes Plus) 	
Telemedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr großer Stellenwert • Online-Terminvergabe bereits möglich • Investitionskosten • Wünschenswert: MFA, die mit der Praxis Videotelefonie durchführen kann (z.B. bei Fragen zu einer chronischen Wunde) • Einheitliche sektorenübergreifende Patientenakte wäre wünschenswert 	Regional erst in 4 Jahren möglich (Internetleitung)
Online-basierte lokale Mitfahrzentrale	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, in der Zukunft möglich • Gemeinde-Aufgabe • Für Fahrten z.B. nach Freiburg 	<ul style="list-style-type: none"> • Insbesondere für GKV Versicherte ein Thema • Kommunen können Input-(Impuls) Geber für Mitfahrzentrale sein • Rechtliche Regelungen sind ggf. Barrieren (Grauzonen)
In der Diskussion entstandene	Bürokratie abbauen Notfallversorgung/NEF (positiv und negative Aspekte, von war gut bis hin zu Tätigkeit ist ein zusätzlicher Stressor)	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktpflege mit Studenten • Kontaktaufbau mit der KOSTA (Koordinierungsstelle für die Weiterbildung zum Facharzt in der Allgemeinmedizin) der KVBW • Ärzte aus Drittstaaten <ul style="list-style-type: none"> ○ Zusätzliche Aufgaben für Bürgermeister werden mehr?

Bürgermeisterinnen und Bürgermeister erachten die Kontaktpflege mit Studenten als am wichtigsten, gefolgt von einer (im Zweifelsfall auch onlinebasierten) lokalen Mitfahrzentrale und zuletzt die Punkte Notfallapotheke an Notfallpraxis, eine bereits mögliche Online-Terminvergabe, einen begleitenden Bürger- und Rufbus und die Beachtung der Investitionskosten innerhalb der Telemedizin.

Die teilnehmenden Ärzte favorisierten ebenfalls die (ggf. onlinebasierte) lokale Mitfahrzentrale, gefolgt vom Konzept eine MFA mit telemedizinischer Unterstützung delegieren zu können, um zum Beispiel chronische Wunden versorgen zu können, eine Portalpraxis mit anliegender Apotheke sowie das gebietsweise Angleichen der Dienstpläne von Apotheken und Arztpraxen, der Delegation von ärztlichen Leistungen und dem Abbau von Bürokratie im Allgemeinen.

2.12. Robuste Standorte (Karlsruhe)

Diskussionsrunden im Landkreis

In den Diskussionsrunden wurden die Aspekte „Erreichbarkeit des Hausarztes“ und „Standorte“ dargestellt und als Diskussionsgrundlage angeboten.

Tabelle 6: Hypothesen und Ergebnisse Karlsruhe

Aspekt	Diskussionspunkte Ärzteschaft	Diskussionspunkte Bürgermeister
Standortplanung	<p>Ärztehaus/MVZ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ermöglicht Ärzten Arbeit ohne Betriebswirtschaft, ohne Raumprobleme und ohne die Notwendigkeit, dass der Arzt auch Unternehmer sein muss ▪ Träger des MVZ-Gebäudes sollte Landkreis oder Kommune sein <p>ggf. Filialpraxis einer Praxis der „Rheinschiene“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doppelbelastung der Ärzte (Praxisausstattung muss vorhanden sein) ▪ Filialpraxis bzw. Praxisräumlichkeiten für den Übergang in den Ruhestand attraktiv <p>Standorte für aktuelle oder mögliche Ärztezentren, die aufgrund vorhandener Infrastruktur und Dinge des täglichen Bedarfs vorstellbar sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lauchringen ▪ Bad Säckingen ▪ Waldshut-Tiengen ▪ Grafenhansen ▪ Stühlingen ▪ Todtmoos ▪ Wehr <p>Görwihl als sinnvoller Zentralstandort</p>	<p>Standort für ein denkbares Ärztezentrum, welches den Landkreis für ärztlichen Nachwuchs attraktiv macht</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zentralspitalstandort, um Synergien zu schaffen ▪ Görwihl ▪ St. Blasien ▪ Hochrheinschiene attraktiv ▪ Unterzentren der Regionalplanung

Die der Prioritätenabfrage am Ende der Diskussionsrunden ergab: Bürgermeisterinnen und Bürgermeister erachteten innerhalb der Standortplanung den Zentralspitalstandort als wichtigsten Standort, um Synergien zu schaffen, gefolgt vom Standort Görwihl und dann den Standorten St. Blasien, Hochrheinschiene und den Unterzentren der Regionalplanung.

Die Ärzteschaft sah als wichtigsten Punkt den Übergang in den Ruhestand an, der möglicherweise auch in einer kommunal oder vom Landkreis getragenen Praxis stattfinden kann. Hier müssen aber gute Übergänge geschaffen werden. Unterstützungsbedarf in der Nachfolge einer Praxis ist groß. Der Standort Jestetten ist als wichtig erachtet worden, dass dieser gehalten wird. Bei geplantem MVZ sollte Landkreis oder Kommune Träger sein, eigenverantwortliches, betriebswirtschaftliches Risiko sei hier weniger attraktiv.

3. Handlungsempfehlungen

In Zusammenschau der Ergebnisse, wissenschaftlicher Literatur und den Diskussionsrunden im Landkreis werden folgende Maßnahmen empfohlen, die sich jeweils an bestimmte Akteure wenden. Diese werden zur besseren Übersicht nachfolgend in die Akteure „Kommunen“, „Ärzte“ und „Politik“ unterteilt. Handlungsempfehlungen dienen v.a. Diskussionsgrundlage für weitere Planungen, wobei ihre Umsetzung immer an die örtlichen und zeitlichen Gegebenheiten angepasst werden muss.

3.1. Zielgruppe: Kommunalpolitik / Verwaltung

3.1.1. Regionale Moderation, Planung und Unterstützung

Regionale Initiativen für lokale Planungen zur Vernetzung und Zentrenbildung sollten durch die Kommunalpolitik (mit) ins Leben gerufen werden, damit eine gemeindeübergreifende Planung realisiert werden kann. Dabei sollte es einen **kommunalen Ansprechpartner** für Ärzte geben, um die logistische Unterstützung bei Planung und Koordination der Nachwuchssuche zu gewährleisten. Die Kommune kann somit Kristallisationspunkt werden und die **Koordinationsfunktion** für die regionale Gesundheitsversorgung übernehmen. Die Planungen sollen **kommunenübergreifend** stattfinden.¹⁸ **Kleinräumigere „Gesundheitskonferenzen“** könnten dabei eine kommunale Gesundheitsplanung unterstützen. Bürgermeister sollten ggf. durch den Landkreis in diesem Themenbereich unterstützt werden z.B. durch fachliche Inhalte und ggf. durch personelle Unterstützung.

Für die Wahl des Standorts sollten „robuste“ Standorte, die gemeinsam definierten Kriterien folgen, bevorzugt berücksichtigt werden. Auch dafür ist ein überregionaler Ansatz zentral. Als Kriterien für Rechenmodelle können die Erreichbarkeit ebenso berücksichtigt werden wie vorhandene Strukturen oder die Anzahl der regional gewünschten Standorte.

3.1.2. Optimierte Versorgungsstrukturen unter kommunaler Verantwortung

Die Förderung eines kommunalen (ggf. onlinebasierten) **Fahrdienstes bzw. Mitfahrzentrale**, der insbesondere immobile Bürgerinnen und Bürger des Landkreises zum Arzt bringt, zeigt sich als empfehlenswert. Diese Mitfahrzentrale sollte öffentlich kommuniziert werden, sowohl in Gemeindezeitungen und Mitteilungsblättern als auch in medizinischen Versorgungseinrichtungen.

Zudem könnte die kommunale Einbindung eines **Sozialarbeiters** sowie weitere unterstützende Beratungsdienste die Versorgung verbessern. Diese können durch Klärung versicherungsrechtlicher und organisatorischer Belange, durch psychosoziale Betreuung und Lebensstilberatung bis hin zur Patientensteuerung (z.B. „Lotse“) die regionale Ärzteschaft insgesamt entlasten. Finanziert werden könnte diese z.B. durch kommunale Aufstockung von Stellen für Pflegestützpunkte oder z.B. gemeinschaftlich durch die lokale Ärzteschaft, die dadurch entlastet wird, oder initial auch durch Drittmittel im Rahmen von Pilotprojekten.

Alternative

Des Weiteren gibt es die Möglichkeit bei Bedarf die ärztliche Versorgung durch Vermittlung und ggf. Übernahme einer **Trägerschaft** eines MVZs zu unterstützen. Eine **finanzielle**

¹⁸ Hier wurde vorgeschlagen, dass als vereinbarte Verwaltungsgemeinschaft sich die Gemeinschaft der Wasserversorgung anbieten würde.

Unterstützung bzw. Anschubfinanzierung (z.B. für Controlling/IT-Infrastruktur) kann die Bereitschaft zu Kooperationen und die dafür notwendigen Investitionen bei Ärzten fördern.

3.1.3. Ärzteschaft bei der Nachwuchs-Suche regional und kleinräumig unterstützen

Es empfiehlt sich die **Unterstützung der frühen Kontaktpflege mit den Studierenden**. Da im Landkreis selbst keine medizinische Fakultät angesiedelt ist, verlassen junge Bürgerinnen und Bürger des Landkreises den Landkreis, um Humanmedizin zu studieren. Die frühe Kontaktpflege mit den Studierenden, die ursprünglich aus dem Landkreis kommen, sowie mit den Studierenden, die Blockpraktika, Famulaturen oder das Praktische Jahr im Landkreis absolvieren, kann den Bezug zum Landkreis erhalten bzw. herstellen und die Wahrscheinlichkeit für die spätere ärztliche Tätigkeit im Landkreis erhöhen.¹⁹ Durch **Stipendienprogramme** für Studierende (wie z.B. im Landkreis Calw) wird versucht, Studierende früh an den Landkreis zu binden. Durch Kooperationen mit Universitäten z.B. im Rahmen einer **Bezuschussung des Blockpraktikums** Allgemeinmedizin (300 Euro je Student für Fahrkosten oder Übernachtungen; s. Programm Landplus²⁰) können vermehrt Studierende in den Landkreis angezogen werden, die in hausärztlichen Praxen ihr 2-wöchiges allgemeinmedizinisches Blockpraktikum absolvieren.

Die Ärzteschaft braucht für alle Fragen rund um die Sicherstellung der lokalen Versorgung einen **konkreten Ansprechpartner bei der Gemeinde** (s.o.), z.B. zur Abstimmung von Möglichkeiten, interessierte Ärzte an den Standort zu binden.

Weitere Initiativen, um den Nachwuchs in die Region zu holen, könnten sein: allgemeine Schüler/Studenten-Kontakte nutzen (z.B. das Praktikum BOGY (Berufsorientierung Gymnasium) oder Treffen für Medizinstudierende. Der o.g. Ansprechpartner könnte auch für Studierende eine Anlaufstelle bilden.

3.1.4. Attraktivität der Region bewerben und optimieren (Willkommenskultur)

Gemeinden können Anreize für neue Ärzte in der Region schaffen, indem z.B. eine „Infrastruktur“ für Neuankömmlinge bereitgestellt wird. Dabei kann die Gemeinde als **Ansprechpartner** für alle wichtigen Belange wie Wohnraum und Praxis fungieren (Hilfe und Finanzierung bei der Immobiliensuche, günstige Bauplätze, günstige Mieten, Darlehen, Kinderbetreuung / Schulkind-Betreuung, Dual Career etc.). Des Weiteren sollten **regionale Marketing-Initiativen und Werbung** aktiv und landkreisweit umgesetzt werden, z.B. „Landtage“ für Ärzte in Weiterbildung, Gesundheitsmessen.

¹⁹ Vgl. Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Götz K. Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? Z Allg Med 2013; 89: 10-15; Portenhauser F, Steinhäuser J. Allgemeinmedizinische Weiterbildung: Die meisten bleiben im Ländle. Dtsch Arztebl 2015; 112(16): A-709 / B-602 / C-582

²⁰<https://www.medicin.uni-tuebingen.de/Zuweiser/Institute/Allgemeinmedizin/Lehre/Lehrveranstaltungen+/Blockpraktikum+Allgemeinmedizin.html>

3.2. Zielgruppe: Lokale Ärzteschaft

3.2.1. Nachwuchs finden durch Kooperation mit Universitäten und dem stationären Sektor

Der vorhandene allgemeinmedizinische **Weiterbündungsverbund** aus Klinik und hausärztlichen Praxen sollte ausgebaut bzw. mit Leben gefüllt werden (www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de). Dadurch kann man Ärzten in Weiterbildung ermöglichen, planbar die gesamte Weiterbildungszeit von fünf Jahren am Ort zu verbringen. Dies macht den Standort auch für Familien attraktiver. Für Ärzte ist auch die Einbindung in die universitär angebotenen Fortbildungstage und Kontakt zu Kollegen von anderen Standorten attraktiv. Außerdem wird durch ein festes Netz an Weiterbildungspraxen, inklusive der eingebundenen stationären Weiterbildung, die regionale Verankerung der Ärzte in Weiterbildung verbessert. Überdies können so Ärzte in Weiterbildung im Krankenhaus für die Möglichkeiten der ambulanten Arbeit sensibilisiert werden.

Die **Akkreditierung von Praxen als Lehrpraxen** und/oder **PJ-Praxen** (Universitäten Freiburg und Tübingen) empfiehlt sich außerdem, damit eine frühe Bindung des Nachwuchses im Rahmen von Famulaturen / PJ erfolgen kann. Der universitäre Anschluss bietet außerdem die für Jungärzte attraktive Möglichkeit zur wissenschaftlichen Vernetzung (etwa als Forschungspraxen an universitären Projekten mitwirken). Ein **Lehrarzt des Landkreises** könnte als Vertreter der Ärzteschaft im Landkreis für die Kooperation mit den Universitäten fungieren.

Niedergelassene Ärzte könnten als **Mentoren für Studierende** diese über die gesamte Studienzeit begleiten. Dies könnte ggf. durch KV-Förderung und formale „Titel“ durch die Universität unterstützt werden. Auch für niederlassungswillige Ärzte in Weiterbildung aus Kliniken wäre eine **Patenschaft** hilfreich, um den Arbeitsalltag erfahrbar zu machen und konkrete Fragen zu beantworten.

3.2.2. Nachwuchs finden durch die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen

Insgesamt geht es darum, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die den Bedürfnissen des Nachwuchses entsprechen. Hierzu gehören **Teamarbeit, flexible Arbeitszeiten, weniger finanzielle und administrative Belastung, Fortbildungsmöglichkeiten** etc. All diese Aspekte können in größere Praxisstrukturen bzw. Kooperationen besser realisiert werden als in Einzelpraxen, weshalb hierauf bei der Planung von Maßnahmen ein Schwerpunkt gelegt werden sollte. Für die Wahl des Standortes wiederum können „robuste Standorte“ eine Hilfestellung bieten, denen objektive Kriterien zugrunde gelegt wurden.

3.2.3. Gemeinsam agieren (Strukturen, Zusammenarbeit, Ressourcen)

Ideen gemeinsam, frühzeitig und offen entwickeln: Die Ärzte im Landkreis sollten Kooperationen und Kontakte mit Kollegen und weiteren Gesundheitsleistungserbringern stärken (mit z.B. Kollegen, Politik, lokale Arbeitgeber, Berater). Dabei können **Ärztstammtische** oder Ähnliches genutzt werden (Qualitätszirkel, CME). Für konkrete Standortfragen oder Belange sollte eine neutrale bzw. kommunale Moderation die Vernetzungsaktivitäten unterstützen.

Durch kontinuierliche Kontakte können Synergien erkannt werden: Die gemeinsame Nutzung von Ressourcen (z.B. gemeinsames Personal und Praxismanagement, Gerätesharing) kann

Investitions- und Betriebskosten senken. Gemeinsam (auch professionenübergreifend) entwickelte Patientenpfade können helfen, die Aufgabenverteilung interprofessionell und regional zu klären und damit die Versorgung effizienter und verlässlicher zu gestalten. Genannt wurden hierbei insbesondere Abstimmungen zwischen Hausärzten und z.B. Pädiatrie, Psychotherapie, Gynäkologie, Dermatologie sowie stationären Versorgungsstrukturen (z.B. Notfallpraxis durch Ärzte in Weiterbildung am Krankenhaus verbessern).

3.2.4. Effizientere Versorgungskonzepte gemeinde- und strukturübergreifend entwickeln

Die vorhandenen Versorgungsressourcen können effizienter genutzt werden, wenn Arbeitsabläufe und Zuständigkeiten gut definiert und geplant sind. Hierzu sind neben verschiedenen individuell zu planenden Kooperationsformen u.a. folgende Konzepte sinnvoll:

Ausbau von Delegation im Landkreis. Durch Delegation von Aufgaben (z.B. von Hausbesuchen) an entsprechend weiterqualifizierte Medizinische Fachangestellte kann die Anzahl an Patienten, die innerhalb einer Praxis versorgt werden können, erhöht werden.²¹ Hierzu gibt es in Baden-Württemberg bereits vielfältige Unterstützungsangebote, um Delegation attraktiv zu machen.

Auch die Nutzung **telemedizinischer Konzepte** (wie z.B. Videosprechstunden oder Telekonsile, elektronische Patientenakte) kann zur Entlastung der Ärzteschaft beitragen und sollte z.B. im Rahmen von Forschungsprojekten schrittweise implementiert werden. Aufgrund der regional noch unterschiedlich leistungsfähigen Internetverbindungen, sind telemedizinische Aktivitäten momentan nur bedingt umsetzbar.

Zur weiteren Vernetzung und effizienten Versorgung sollten **stationärer und ambulanter Sektor** gemeinsam geplant werden. Hierbei können Portalpraxen oder belegärztliche Tätigkeiten Modelle darstellen.

Um Wege in Bedarfssituationen für die Bürgerinnen und Bürger möglichst kurz zu halten, wurde angeregt einen möglichen **Dienstplanabgleich der Notfallapotheken und Notfallpraxen** zu prüfen.

Die Zusammenführung von ärztlichen Tätigkeiten in **Gesundheitszentren** mit über rein ärztliche Versorgung hinausgehenden Angeboten böte Vorteile für Versorger und Patienten: Teilzeitmodelle, Arbeit im Team, interprofessionelle Abstimmungen, die Integration von Weiterbildung und Forschung sowie die gemeinsame Nutzung von Ressourcen sind einfacher zu ermöglichen. Als mögliches „Leuchtturmprojekt“ könnte ein solches Gesundheitszentrum nachrückende Ärzte attrahieren. Für Patienten ist ein Zentrum hilfreich, da mehrere Angebote zentralisiert angeboten werden können und Fahrdienste einfacher zu organisieren sind.

Wichtig ist es bei der Planung bereits eine vernetzte ganzheitliche Versorgungsorganisation mit zu denken. Orientieren kann man sich dabei an Best-Practice-Beispielen wie z. B. PORT-Gesundheitszentren.²²

²¹ van den Berg N, Heymann R, Meinke C, Baumeister S, Fleßa S, Hoffmann W. Effect of the delegation of GP-home visits on the development of the number of patients in an ambulatory healthcare centre in Germany. BMC Health Services Research 2012, 12:355.

²² <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/59803.asp>

3.3. Zielgruppe Selbstverwaltung, Politik

3.3.1. Nachfolge sichern und Sicherstellungsauftrag wahrnehmen

Die gesetzliche Bedarfsplanung könnte ergänzt werden durch regionale, kleinschaligere Analysen (u.a. robuste Standorte), um Standortfragen dem lokalen Bedarf möglichst gut anzupassen. Alle Beteiligten sollten gemeinsam vor Ort – regional und kleinräumig - Ärzten bei der Suche von Nachfolgern helfen.

Die Ärzteschaft könnte bei der Anstellung von Ärzten in Weiterbildung unterstützt werden. Die Erlangung/Erhaltung der Weiterbildungsbefugnisse sollten den ländlichen Raum besonders berücksichtigen im Sinne förderlicher Ausnahmeregelungen.

3.3.2. Rahmenbedingungen für Praxisgründer und Inhaber optimieren und attraktiv gestalten

Hierbei ist es wichtig, verlässliche finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen für Ärzte zu schaffen, um damit Gestaltungsspielraum zu schaffen: finanzielle Anreize sollten Kooperationen belohnen, Regresse gerade in ländlichen, unterversorgten Regionen müssen vermieden werden und dies auch so kommuniziert werden, um hier eine Entängstigung nachrückender Ärzte zu schaffen.

3.3.3. Marketing / Positive Vision für den Hausarztberuf entwickeln und etablieren

Das Image der Allgemeinmedizin sollte auch seitens der Politik gefördert werden. Die zentrale Rolle des Hausarztes sollte auch bei Fachkollegen kommuniziert werden, die Vorteile des Berufs (z.B. Familienfreundlichkeit) sollten betont werden. Eine weitere Aufwertung der Allgemeinmedizin wird durch die Umsetzung des Masterplans 2020 erwartet, in dessen Rahmen auch die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum in den Fokus genommen wird.

3.3.4. Rahmenbedingungen für verbessertes Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz der Patienten schaffen

Das Selbstmanagement und die „Health Literacy“ von Patienten sollten aktiv gefördert und verbessert werden (z.B. Volkshochschulkurse und Angebote im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung). Patienten sollten über Versorgungsstrukturen und die Notwendigkeit bzw. Nicht-Notwendigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen informiert werden ("primärer Ansprechpartner für alle Gesundheitsprobleme ist der Hausarzt (bzw. wo vorhanden der Kinderarzt bei Kindern); nicht mit Schnupfen zum HNO, keine Notwendigkeit eines MRT bei unspezifischen Rückenschmerzen"). Präventionsangebote und -konzepte sollten weiterentwickelt und gefördert werden und ehrenamtliche Angebote in die Versorgung weiter integriert und gestärkt werden.

Tabelle 7: Zusammenfassung der Lösungs- und Handlungsansätze

	Nachwuchs	Versorgungskapazitäten	Standort
Kommunen	<p>Ärzte unterstützen</p> <ul style="list-style-type: none"> • gemeinsames, bedarfsangepasstes Vorgehen bei Akquise von neuen Ärzten <p>Kontakte zu Studierenden fördern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finanzieller Zuschuss Blockpraktikum, Stipendienprogramm • Kleinere Initiativen <p>Attraktivität der Region (Willkommenskultur):</p> <ul style="list-style-type: none"> • landkreisweit bewerben • Ansprechpartner für Interessenten • Angebote für z.B. Kinderbetreuung etc. optimieren 	<p>regionale Moderation</p> <ul style="list-style-type: none"> • regionaler Ansprechpartner für lokale Ärzteschaft • Überregionale Planung, regionale Gesundheitskonferenzen <p>Versorgungsstrukturen unter kommunaler Verantwortung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fahrdienst, • ggf. MVZ Trägerschaft und finanzielle Unterstützung 	<p>Umsetzung eines innovativen Gesundheitszentrums an einem robusten Standort</p>
Ärzte	<p>Regionaler Weiterbildungsverbund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperation Praxen mit Krankenhaus • Weiterbildungsbefugnis beantragen • Ärzte in WB aktiv suchen/ anstellen <p>Kooperation mit Universitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation Lehr-/Forschungspraxis • ärztlicher Vertreter des Landkreises 	<p>Gemeinsam agieren</p> <ul style="list-style-type: none"> • gemeinsames Personal, Geräte • Patientenpfade <p>Effiziente Strukturen schaffen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innovative Strukturen und Konzepte etablieren • Delegation ausbauen • Telemedizinische Modelle • Vernetzung ambulant-stationär 	
Selbstverwaltung / Bundes- und Landespolitik		<ul style="list-style-type: none"> • Kleinräumigere Analysen zur Unterstützung der Bedarfsplanung • Patientenorientierung im System fördern • Rahmenbedingungen für verbessertes Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz der Patienten unterstützen 	