

Projektstudie Versorgungsplanung für den Landkreis Waldshut Zusammenfassung

Hintergrund

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 und dem Karlsruhe Service Research Institute am Karlsruher Institut für Technologie (KIT) eine Analyse und Bedarfserhebung zur medizinischen Versorgungssituation im Landkreis Waldshut durch.

Ziel der Versorgungsanalyse war es, das aktuelle medizinische Versorgungsangebot mit dem Schwerpunkt auf der hausärztlichen Versorgung zu erfassen.

Hierfür wurden alle niedergelassenen Ärzte in den einzelnen Städten und Gemeinden des Landkreises zu Alter, Praxislage und -struktur sowie Zukunftsplänen befragt. Ergänzt wurde diese Befragung durch Strukturdaten zur Beschreibung regionaler Besonderheiten des Landkreises.

Darüber hinaus wurden die Bürger des Landkreises zu ihren Einschätzungen und Bedürfnissen bezüglich der ambulanten medizinischen Versorgung befragt. In Kooperation mit dem KIT sollten mithilfe mathematischer Modelle optimale Standorte für die Etablierung zukünftiger medizinischer Versorgungszentren identifiziert werden mit dem Ziel einer bestmöglichen Erreichbarkeit für die Bürger des Landkreises.

Ergebnisse

Ergebnisse der Ärztebefragungen

Struktur der medizinischen Versorgung

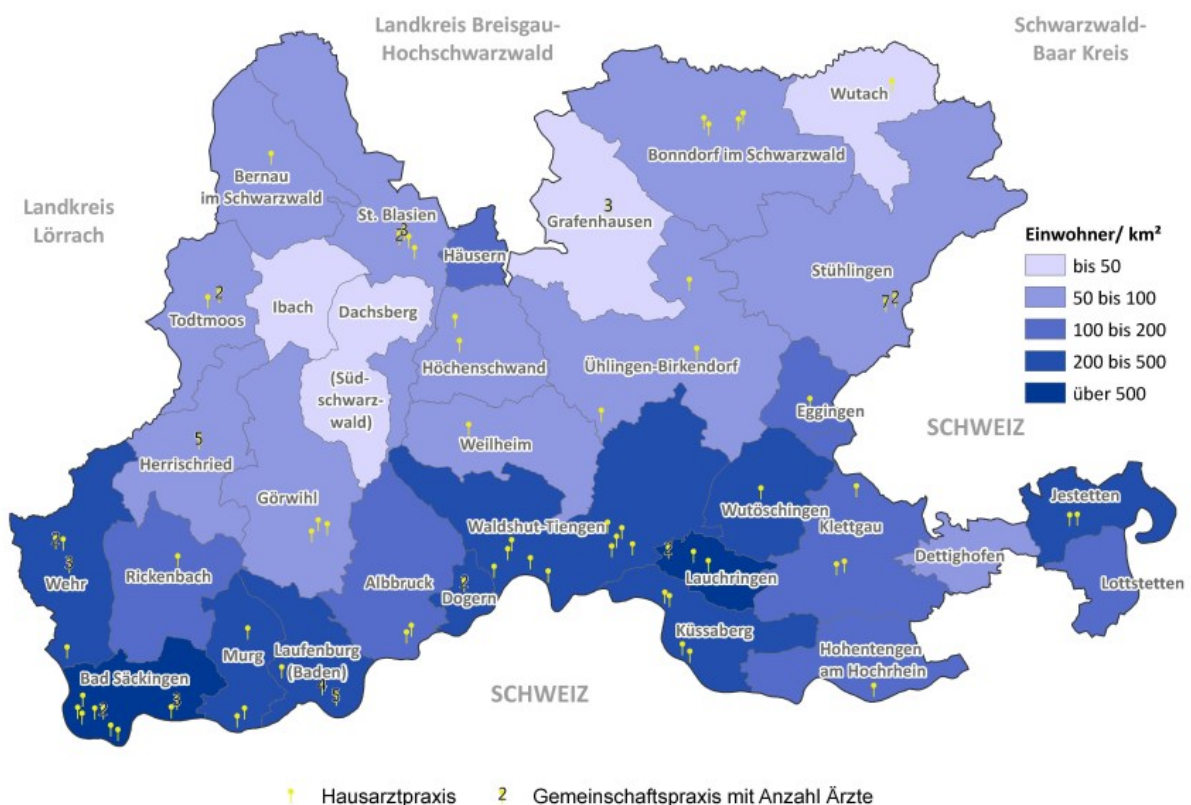
Im Landkreis überwiegen Einzelpraxen in der ambulanten Versorgung. Insbesondere im nordwestlichen Landkreis zeigt sich eine geringere Ärztedichte bei gleichzeitig hohem Altersdurchschnitt der Bevölkerung. Bei einem Großteil der Praxen haben sich der Patientenstamm sowie das Einzugsgebiet in den letzten fünf Jahren vergrößert. Das ist unter anderem auf Praxisschließungen zurückzuführen und weist auf eine angestiegene Arbeitsbelastung für die Ärzte hin. Als wichtigste Gründe für die Wahl des Praxisstandortes gelten Familienfreundlichkeit und regionale Verbundenheit.

Hausärztliche Versorgung

Der Landkreis ist gekennzeichnet durch eine sehr niedrige Versorgungsdichte von aktuell 1.721 Einwohner je Arzt (Landkreise in Baden-Württemberg rangieren zwischen 1.795 und 1.000), was sich bei der formalen Bedarfsplanung an offenen Planungsbereichen zeigt. Das hohe Durchschnittsalter der Ärzteschaft sorgt für einen zusätzlichen Ärztebedarf in den kommenden Jahren. Ein Großteil der an der Befragung teilgenommenen Ärzte mit Praxisaufgabeplänen hat bislang keinen absehbaren Nachfolger (24 Praxen von 28). Ärzte in Weiterbildung, die häufig für eine Praxisübernahme in Frage kommen, werden aktuell nur von 24 % der teilnehmenden Ärzte in ihrer Praxis weitergebildet.

Neue und innovative Versorgungsformen (wie Ärztenetze, MVZ, integrierte Versorgungsverträge (§140 SGB)) sind im Landkreis ausbaufähig. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) ist mit 31 % im Vergleich zu Baden-Württemberg (49 %) relativ gering. Von den teilnehmenden Hausärzten delegieren bisher lediglich 31 % Aufgaben (wie Hausbesuche) an weiterqualifizierte medizinische Fachangestellte. Auch telemedizinische Ansätze spielen aktuell noch eine untergeordnete Rolle: Nur 15 % der Hausärzte nutzen Telemedizin, die Akzeptanz bei Patienten wird von den Ärzten allerdings als niedrig eingeschätzt.

Abbildung 1: Anzahl Hausärzte je Praxis nach Stadt und Gemeinde



Datenbasis: Erhebung des Landkreises 2016 und Ergebnisse der Befragungen

Versorgung durch Spezialisten

Die Versorgung durch Spezialisten konzentriert sich an der Rheinschiene sowie an den Randbezirken des Landkreises. Laut der formalen Bedarfsplanung gibt es aktuell offene kassenärztliche Sitze in den Fachbereichen Gynäkologie, Dermatologie, Orthopädie und Kinder-/Jugendpsychiatrie. Dies spiegelt sich im wahrgenommenen ungedeckten Bedarf aus Sicht der teilnehmenden Ärzte als auch der teilnehmenden Bürger wider, die zusätzlich die Fachgruppen Chirurgie, Psychotherapie und Kardiologie nannten. Der hohe Altersdurchschnitt, v.a. in den Fachdisziplinen Psychotherapeuten, Orthopäden und Gynäkologen, erhöht dort perspektivisch das Risiko einer Unterversorgung weiter.

Weitere Versorgungsstrukturen:

Die Apothekendichte im Landkreis ist nur knapp halb so hoch wie im Baden-Württembergischen Durchschnitt. Die Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen liegt momentan bei 86 %, mit gleichzeitig prognostiziertem Anstieg des Anteils an Pflegebedürftigen. Es gibt nur einen Pflegestützpunkt für den gesamten Landkreis. Die Versorgung durch Hospize wird von den befragten Ärzten als eher schlecht eingeschätzt.

Ergebnisse der Bürgerbefragungen

Einschätzung der Versorgungssituation aus Sicht der Bürger

Von den befragten Bürgern wird insbesondere die Versorgungssituation durch Spezialisten und Psychotherapeuten kritisch eingeschätzt, wogegen die zahnärztliche Versorgung ebenso wie die Versorgung durch ambulante Pflegedienste und Physiotherapeuten für gut befunden wird. Die Versorgungslage durch Ergotherapeuten und Logopäden wird hingegen deutlich schlechter bewertet. Konkret wurden dabei hauptsächlich die geringen zeitlichen Kapazitäten genannt.

Präferenzen der Bürger

Nach der fachlichen Kompetenz der Ärzte sind den teilnehmenden Bürgerinnen und Bürgern kurze Wartezeiten auf einen Termin der zweitwichtigste Aspekt in hausärztlicher wie auch spezialärztlicher Versorgung. Im hausärztlichen Bereich liegen die genannten Präferenzen vor allem in weit gefassten Öffnungszeiten und der Durchführung von Hausbesuchen. Präferenzen hinsichtlich der Versorgung durch einen Arzt oder eine Zusatzqualifizierte medizinische Fachangestellte bestehen nicht, sodass die Delegation ärztlicher Tätigkeiten als Potential in der Versorgung erscheint.

Befragung zur Mobilität und zukünftigen ärztlichen Versorgung

Das Hauptverkehrsmittel zur ärztlichen Versorgung ist aktuell der PKW, der ÖPNV spielt eine untergeordnete Rolle. Mobilitätskonzepte zu Mitfahrgelegenheiten unterliegen einem Vertrauensaspekt, der gewährleistet sein muss. Viele Initiativen, v.a. ehrenamtlich, bestehen (z.B. Gesundheits- und Präventionskurse, Bürgerbus, Seniorenbuschule). Da sich in den Befragungen zeigte, dass diese nicht flächendeckend bekannt sind, müssen sie jedoch besser kommuniziert werden. Der Einsatz von Telekommunikation kann aus Sicht der teilnehmenden Bürgerinnen und Bürger im Besonderen eine Konsultation von anderen niedergelassenen Fachärzten mit dem Hausarzt gemeinsam ermöglichen.

Standortplanung von Hausarztpraxen für den Landkreis Waldshut

Sollen nur bereits existierende Standorte gewählt werden, so zeigt die optimale Lösung eines mathematischen Modells, dass sieben Standorte (Bonndorf im Schwarzwald, Jestetten, Küssaberg, Laufenburg (oder Albruck), Rickenbach, St. Blasien und Ühlingen-Birkendorf) notwendig sind, damit Bürgerinnen und Bürger innerhalb von 15 min Fahrtzeit einen dieser Standorte erreichen können. Sind alle Gemeinden zulässig, so werden insgesamt nur sechs Standorte benötigt (Bonndorf im Schwarzwald, Dettighofen, Rickenbach, St. Blasien, Ühlingen-Birkendorf, Waldshut-Tiengen).

Werden drei bestehende Zentren (Waldshut, Wehr und Bad-Säckingen) als gegeben angenommen, so werden sechs zusätzliche Standorte benötigt. Praxen in den voraussichtlich zukünftig verbleibenden 21 Standorten können eine Abdeckung in 15 min gewährleisten. Eine erneute Analyse bei sich ändernden Bedingungen bzw. eine tiefere Analyse bezüglich der benötigten Anzahl und Verteilung an Ärzten ist zu empfehlen.

Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse und Analysen (Ärzte- sowie Bürgerbefragungen und Standortberechnungen) wurden in zwei Diskussionsrunden mit niedergelassenen Ärzten und Bürgermeistern des Landkreises Waldshut diskutiert mit dem Ziel, konkrete Handlungsansätze bzw. -empfehlungen abzuleiten.

Folgende Handlungsempfehlungen wurden abgeleitet:

Planungen sollten **kommunenübergreifend** stattfinden. **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.

Regionale Initiativen 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.

Gemeinden können die Region für neue Ärzte attraktiver machen, indem z.B. eine **„Infrastruktur“ für Neuankömmlinge** bereitgestellt wird. Auch hierbei kann die Gemeinde als **Ansprechpartner** für alle wichtigen Belange für Praxis und Leben fungieren (Hilfe und Finanzierung bei der Immobiliensuche, günstige Bauplätze, günstige Mieten, Darlehen, Kinderbetreuung / Schulkind-Betreuung, Dual Career etc.).

Die Kommune kann somit Kristallisationspunkt werden und die **Koordinationsfunktion** für die regionale Gesundheitsversorgung übernehmen.

Des Weiteren gibt es die Möglichkeit bei Bedarf die ärztliche Versorgung durch Vermittlung und ggf. Übernahme einer **kommunalen Trägerschaft eines MVZs** zu unterstützen. Eine finanzielle Unterstützung bzw. Anschubfinanzierung (z.B. für Controlling/IT-Infrastruktur) kann die Bereitschaft zu Kooperationen und die dafür notwendigen Investitionen bei Ärzten fördern.

Die Förderung eines kommunalen (ggf. onlinebasierten) **Fahrdienstes oder einer Mitfahrzentrale**, der/die insbesondere immobile Bürgerinnen und Bürger des Landkreises zum Arzt bringt, ist ebenfalls empfehlenswert. Diese Mitfahrzentrale sollte öffentlich kommuniziert werden, sowohl in Gemeindezeitungen und Mitteilungsblättern als auch in medizinischen Versorgungseinrichtungen. Die Umsetzung kann in den kleinräumigeren Gesundheitskonferenzen diskutiert werden.

Es empfiehlt sich die **Unterstützung der frühen Kontaktpflege mit Medizinstudierenden**. Die frühe Kontaktpflege mit den Studierenden, die ursprünglich aus dem Landkreis kommen, sowie mit den Studierenden, die (Block-)Praktika, 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. Dabei ist die Kooperation mit Universitäten sinnvoll, z.B. über die **Bezuschussung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin** (300 Euro je Student für Fahrkosten oder Übernachtungen; s. Programm Landplus©), um Studierende hierfür in hausärztlichen Praxen in den Landkreis zu holen. Auch **Stipendienprogramme** für Medizinstudierende (wie z.B. im Landkreis Calw) können eine Bindung an den Landkreis begünstigen.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt sich für Praxen die **Akkreditierung als Lehrpraxis** und/oder **PJ-Praxis** an den Universitäten Freiburg oder Tübingen. Der universitäre Anschluss bietet außerdem für Nachwuchsärzte die attraktive Möglichkeit zur wissenschaftlichen Vernetzung (etwa als Forschungspraxis). Ein nominierter **Lehrarzt des Landkreises** könnte als Vertreter der Ärzteschaft des Landkreises an der Universität fungieren. Niedergelassene Ärzte im Landkreis können als **Mentoren für Studierende** über die gesamte Studienzeit begleiten. Auch wäre eine **Patenschaft für niederlassungswillige Ärzte in Weiterbildung aus Kliniken** hilfreich, um den Arbeitsalltag erfahrbar zu machen und konkrete Fragen zu beantworten.

Der vorhandene **allgemeinmedizinische Weiterbildungsverbund** aus Klinik und hausärztlichen Praxen sollte ausgebaut bzw. mit Leben gefüllt werden (www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de). Dadurch ist für Ärzte in Weiterbildung die gesamte Weiterbildungszeit von fünf Jahren im Landkreis planbar, was den Standort auch für Familien attraktiver macht. Das strukturierte Programm ist überdies durch die universitäre Anbindung und den Kontakt zu anderen Ärzten in Weiterbildung attraktiv. Regional werden durch die feste Weiterbildungsstruktur die Kontakte zwischen den weiterbildenden Praxen und mit der Klinik gestärkt, was für künftige Kooperationen förderlich ist.

Um attraktive Arbeitsbedingungen für nachfolgende Ärzte zu schaffen und den wachsenden Bedarf künftig zu decken, müssen neue **kooperative Arbeitsformen** geschaffen werden. Hierzu sollten Kontakte mit Kollegen und anderen Gesundheitsberufen und Akteuren gestärkt werden. Konkrete Planungsansätze sollten durch externe (kommunale) Moderation unterstützt werden.

Synergien können z.B. entstehen durch:

- Die gemeinsame Nutzung von Ressourcen (z.B. gemeinsames Personal und Praxismanagement, Gerätesharing), um Investitions- und Betriebskosten zu senken.
- Gemeinsam (auch professionenübergreifend) entwickelte regionale Patientenfunde, um die Aufgabenverteilung interprofessionell und regional zu klären (z.B. zwischen

Hausärzten und Pädiatrie, Psychotherapie, Gynäkologie, Dermatologie sowie stationären Versorgungsstrukturen)

Weitere Ansätze, um die Versorgungskapazitäten und -Strukturen zu verbessern wären: **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/Region versorgt werden können, erhöht werden. Hierzu gibt es in Baden-Württemberg bereits vielfältige Unterstützungsangebote, um Delegation attraktiv zu machen. Hier sind Gespräche zwischen Ärzteschaft, kommunaler Ebene und KVBW sinnvoll, um eine intensivere, ggf. praxisübergreifende Umsetzung zu diskutieren.

Telemedizinische Konzepte (wie z.B. Videosprechstunden oder Telekonsile, elektronische Patientenakte) können zur Entlastung der Ärzteschaft beitragen und können z.B. im Rahmen von Forschungsprojekten implementiert werden. Aufgrund der regional noch unterschiedlich leistungsfähigen Internetverbindungen, sind telemedizinische Aktivitäten momentan nur bedingt umsetzbar.

Stationärer und ambulanter Sektor sollten künftig zunehmend gemeinsam geplant werden. Hierbei können Portalpraxen oder belegärztliche Tätigkeiten angedacht werden.

Perspektivisch können **interprofessionelle Gesundheitszentren** (auch mit mehreren Standorten) angedacht werden: Neben attraktiven Arbeitsplätzen (Teilzeitmodelle, Arbeit im Team, Integration von Weiterbildung und Forschung) und effizienter Nutzung von Ressourcen ist es insbesondere für die Patientenversorgung sinnvoll. Angebote unterschiedlicher Behandler werden zentralisiert und möglichst abgestimmt angeboten, zusätzliche Unterstützungsangebote wie Patientenlotsen können leichter eingesetzt (und finanziert) werden, Fahrdienste sind einfacher zu organisieren. Hier kann auch die notwendige Stärkung des **Selbstmanagement und die „Health Literacy“ von Patienten** leichter umgesetzt werden sowie Präventionsangebote und ehrenamtliche Angebote in die Versorgung weiter integriert und gestärkt werden.

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

Die gesetzliche Bedarfsplanung sollte ergänzt werden durch **regionale, kleinschaligere Analysen** (u.a. robuste Standorte), um Standortfragen dem lokalen Bedarf möglichst gut an zu passen.