

Modellprojekt zur ambulanten Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg

Abschlussbericht

Projektnummer: 2015035
Bonn, August 2018

Ansprechpartner:
Dr. med. Antje Erler (Universität Frankfurt/Main)
Bernhard Faller, Jan Bendler, Antje Gühlen (Quaestio)

**Unterstützt durch das Ministerium für Soziales und Integration aus Mitteln des Landes
Baden-Württemberg**



Theodor-Stern-Kai 7 . D - 60590 Frankfurt
Fon: +49 (0) 69 6301 84483
Fax: + 49 (0) 69 6301 6428
erler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de



Friesenstraße 17 . D - 53175 Bonn
Fon: +49 (0)228 266 888 - 0
Fax: +49 (0)228 55547271
office@quaestio-fb.de
www.quaestio-fb.de

Teil A: Bericht über den finalen Arbeitsstand	1
1. Einführung	1
2. Ergebnisse der Dialogverfahren	1
2.1. Lenkungsgruppe	1
2.2. Bürgerdialog	2
2.2.1. Projekthomepage	2
2.2.2. Pressearbeit	2
2.2.3. Auftaktveranstaltungen	3
2.2.4. Abschlussveranstaltungen	3
3. Ergebnisse der vorbereitenden Analysen	4
3.1. Analyse der ambulanten Versorgungssituation	4
3.1.1. Entwicklung von Bevölkerung und Behandlungsbedarf	4
3.1.2. Struktur der ambulanten Versorgung	6
3.1.3. Alter der praktizierenden HausärztInnen	9
3.1.4. Patientenmobilität	10
3.1.5. Infrastrukturdichte	12
3.2. Befragung der Ärzteschaft	14
3.2.1. Methodik	15
3.2.2. Rücklauf der quantitativen Befragung	15
3.2.3. Ärzteschaft im Untersuchungsgebiet	17
3.2.3.1. Strukturmerkmale der Ärzteschaft	17
3.2.3.2. Gründe für die Niederlassung am Praxisstandort	19
3.2.4. Situation der Praxen	20
3.2.4.1. Strukturmerkmale der Praxen	20
3.2.4.2. Beschäftigungsstruktur	21
3.2.5. Praxisentwicklung und Praxisabgabe	22
3.2.5.1. Einschätzung der Möglichkeiten zur Praxisabgabe	22
3.2.5.2. Abgabeverhalten und Zeitpunkt der NachfolgerInnensuche	26
3.2.5.3. Praxisentwicklung und Praxisabgabe nach Stand der NachfolgerInnensuche	27

3.2.6.	Veränderungsbereitschaft	28
3.2.6.1.	Personelle Veränderungen	28
3.2.6.2.	Fachliche Ausrichtung	29
3.2.6.3.	Optionen zur NachfolgerInnensuche und Bereitschaft für alternative Modelle	29
3.3.	Zwischenfazit	32
3.4.	Auswahl von vier Fokusräumen	33
4.	Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	35
4.1.	Fokusraum Furtwangen	35
4.1.1.	Ausgangssituation im Fokusraum	35
4.1.2.	Prozess und Ergebnisse	36
4.1.3.	Empfehlung zum weiteren Vorgehen	38
4.2.	Fokusraum Donaueschingen	39
4.2.1.	Ausgangssituation im Fokusraum	39
4.2.2.	Prozess und Ergebnisse	40
4.2.3.	Empfehlung zum weiteren Vorgehen	42
4.3.	Tuttlingen Nordkreis; Landkreis Tuttlingen	43
4.3.1.	Ausgangssituation im Fokusraum	43
4.3.2.	Prozess und Ergebnisse	45
4.3.2.1.	Zukunftswerkstatt Tuttlingen Nordkreis	45
4.3.2.2.	Fachgespräche Landkreis Tuttlingen	45
4.3.3.	Empfehlung zum weiteren Vorgehen	47
4.4.	Fokusraum Oberndorf / Sulz am Neckar; Stadt Rottweil	48
4.4.1.	Ausgangssituation im Fokusraum	48
4.4.2.	Prozess und Ergebnisse	49
4.4.2.1.	Zukunftswerkstatt Oberndorf / Sulz	49
4.4.2.2.	Zukunftswerkstatt Rottweil	49
4.4.3.	Empfehlung zum weiteren Vorgehen	50
4.5.	Überprüfung der Bedarfsplanung im Schwarzwald-Baar-Kreis	52
4.5.1.	Herleitung von Raumeinheiten für eine kleinräumige Bedarfsplanung	54
4.5.1.1.	Kriterium 1: Fahrzeitkriterium	54
4.5.1.2.	Kriterium 2: Größenkriterium	54

4.5.1.3.	Zwischenergebnis nach Fahrzeit- und Größenkriterium	55
4.5.1.4.	Kriterium 3: Bestehende Versorgungsstrukturen	56
4.5.2.	Überprüfung der Auslösekriterien	58
5.	Fazit und Handlungsempfehlungen	59
5.1.	Verantwortlichkeiten schaffen	61
5.2.	Unterstützung zur Selbsthilfe leisten	62
5.3.	Regionale Versorgungsplanung entwickeln	62
5.4.	Nachwuchsförderung und Weiterbildung	63
5.5.	Initiativen zum Aufbau Lokaler Gesundheitszentren	63
Teil B: Ausgewählte Ergebnisse aus den Fokusräumen		65
1.	Eckpunkte für ein Nachwuchsförderungskonzept Allgemeinmedizin im Landkreis Tuttlingen	65
1.1.	Einleitung	65
1.2.	Nachwuchsförderungskonzept	66
1.2.1.	Aufbau eines Weiterbildungsverbunds	66
1.2.1.1.	Schritt 1: Initiativgruppe aus beteiligten Partnern gründen und Kooperationspartner finden	66
1.2.1.2.	Schritt 2: Grobkonzept erstellen und Koordinierungsgremium gründen	67
1.2.1.3.	Schritt 3: Rotationsplan erarbeiten	68
1.2.1.4.	Schritt 4: Profil des Weiterbildungsverbunds erstellen	69
1.2.2.	Nachwuchsakquise	70
1.2.3.	Regionalmarketing	71
1.2.4.	Vorbilder für junge Ärztinnen schaffen	72
1.2.5.	Einrichtung einer Servicestelle für ÄrztInnen in Weiterbildung	72
2.	Kommunale Handlungsempfehlungen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung	74
2.1.	Hintergrund und Aufgabenstellung	74
2.2.	Hausärztemangel aus lokaler Perspektive	74

2.2.1.	Das Grundproblem: Zu wenig hausärztlicher Nachwuchs	74
2.2.2.	Veränderte Präferenzen des ärztlichen Nachwuchses	76
2.2.3.	Von der Landarztpraxis zum lokalen Gesundheitszentrum	78
2.2.4.	Sicherung der ärztlichen Versorgung: Ein kommunales Aufgabenfeld?	79
2.3.	Handlungsfelder: Was Kommunen tun können?	80
2.3.1.	Interkommunale Kooperation in der Versorgungsplanung	80
2.3.2.	Im Gespräch mit der Ärzteschaft bleiben	81
2.3.3.	Organisatorische Unterstützung für die Selbstorganisation der lokalen Ärzeschaft	81
2.3.4.	Kontakte zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten aufbauen / Beratung finanzieren	81
2.3.5.	Unterstützung bei der Anwerbung und Integration ausländischer Fachkräfte	82
2.3.6.	Kommunales Engagement für die Aus- und Weiterbildung	82
2.3.7.	Kommunales Engagement für die Sicherung der dezentralen Versorgung	83
2.3.8.	Grundstücke, Immobilien und Investoren	83
2.3.9.	Aufbau und Trägerschaft von Gesundheitszentren	83
2.3.10.	Unterstützung bei der Ansiedlung von jungen ÄrztInnen	84
3.	Konzeptionelle Überlegungen zu Lokalen Gesundheitszentren	85
3.1.	Räumliche Konzepte	85
3.1.1.	Fokusraum Furtwangen	85
3.1.2.	Fokusraum Donaueschingen	90
3.2.	Betriebswirtschaftliche Grundüberlegungen	94
3.2.1.	Umsatz	95
3.2.2.	Aufwendungen	95
3.2.2.1.	Personalkosten	96
3.2.2.2.	Immobilienkosten	97
3.2.2.3.	Weitere Kosten	98
3.2.2.4.	Kapitaldienst	99
3.2.3.	Szenarien	100
3.2.3.1.	Furtwangen	100
3.2.3.2.	Donaueschingen	102

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung 2014 bis 2035 in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg.	5
Abbildung 2:	Verteilung der Hausarztpraxen und Anzahl der darin niedergelassenen Ärzte	6
Abbildung 3:	Anteil der über 60-jährigen HausärztInnen in der Modellregion	10
Abbildung 4:	Anteil der Leistungserbringung in der eigenen Gemeinde	11
Abbildung 5:	Anteil der Arzt-Patienten-Kontakte im 3. Quartal 2016 in den Landkreisen und in der Modellregion	12
Abbildung 6:	Infrastrukturdichte der Gemeinden in der Modellregion	14
Abbildung 7:	Hemmende Faktoren für die NachfolgerInnensuche	23
Abbildung 8:	Einschätzung der Schwierigkeit einer Praxisabgabe	24
Abbildung 9:	Einschätzung der Infrastruktur am Praxisstandort	25
Abbildung 10:	Zeitraum für Aufgabe der Praxis und Status der NachfolgerInnensuche	26
Abbildung 11:	Status der NachfolgerInnensuche nach Altersgruppen	27
Abbildung 12:	Alternativen für die NachfolgerInnensuche	29
Abbildung 13:	Fokusräume zur Sicherung der ambulanten Versorgung (erste Reihe von Zukunftswerkstätten)	34
Abbildung 14:	Drei Planungsbereiche nach Größenkriterium	56
Abbildung 15:	Vier Planungsbereiche nach raumordnerischen Gesichtspunkten	57
Abbildung 16:	Bundesweite Altersstruktur der HausärztInnen (2017)	75
Abbildung 17:	Größenstruktur der Hausarztpraxen in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg	78
Abbildung 18:	Standortstruktur des Gesundheitszentrums	86

Abbildung 19:	PKW-Erreichbarkeit der Standorte Schonach und Furtwangen	88
Abbildung 20:	ÖPNV-Erreichbarkeit der Standorte Furtwangen und Schonach	89
Abbildung 21:	Standortstruktur des Gesundheitszentrums	91
Abbildung 22:	PKW-Erreichbarkeit der Standorte Schonach und Furtwangen	92
Abbildung 23:	ÖPNV-Erreichbarkeit der Standorte Furtwangen und Schonach	93

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Gemeinden mit der höchsten Anzahl an HausärztInnen in der Modellregion 7	
Tabelle 2:	Größe der Hausarztpraxen und Anzahl der darin tätigen Ärzte	7
Tabelle 3:	Verteilung der betrachteten Facharztgruppen in der Modellregion	8
Tabelle 4:	Altersgruppen der für die Modellregion betrachteten Facharztgruppen	9
Tabelle 5:	Ausstattungs- und Lagekriterien des Infrastrukturindex	13
Tabelle 6:	Rücklauf der Ärztebefragung	16
Tabelle 7:	Strukturmerkmale der Ärzteschaft	17
Tabelle 8:	Teilnahme der befragten Haus- und FachärztInnen an hausarztzentrierter- (HZV) und ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV)	18
Tabelle 9:	Strukturmerkmale der Arztpraxen	20
Tabelle 10:	Beschäftigungsstrukturen	21
Tabelle 11:	Stand der NachfolgerInnensuche in den Landkreisen	27
Tabelle 12:	Einwohnerzahlen und maximale Fahrzeit der Planungsbereiche	55
Tabelle 13:	Anteil der Behandlungen im Planungsbereich	58

Tabelle 14:	Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu den möglichen Standortkonstellationen im PKW-Verkehr sowie im ÖPNV	87
Tabelle 15:	Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu den Standorten Blumberg und Donaueschingen im PKW-Verkehr sowie im ÖPNV	92
Tabelle 16:	Kostenstruktur in hausärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen	96

TEIL A: BERICHT ÜBER DEN FINALEN ARBEITSSTAND

1. Einführung

Der Schwarzwald-Baar-Kreis, der Landkreis Rottweil und der Landkreis Tuttlingen haben sich im Juni 2015 als Region Schwarzwald-Baar-Heuberg beim Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg für ein Modellprojekt zum Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen beworben. Auf dieser Basis hat das Ministerium für die Region Schwarzwald-Baar-Heuberg ein Modellvorhaben vorgeschlagen, das sich im Kern mit der Sicherung der ambulanten Versorgung beschäftigt, und hierfür die entsprechenden Mittel bewilligt. Die Auftragsvergabe an Quaestio Forschung & Beratung und das Institut für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt am Main (im Folgenden Quaestio/IfA) erfolgte am 16. August 2016.

Nach Zwischenberichten im Juni 2017 und Dezember 2017 wird mit dem vorliegenden Dokument der Abschlussbericht des Modellprojekts vorgelegt. Dieser fasst die Kerninhalte des Gesamtprojekts zusammen, dokumentiert den letzten Arbeitsstand in den Fokusräumen und gibt Handlungsempfehlungen für weiteres Engagement zur Sicherung der ambulanten Versorgung in den Teilregionen.

2. Ergebnisse der Dialogverfahren

2.1. Lenkungsgruppe

Die zum Projektbeginn eingerichtete Lenkungsgruppe unter Beteiligung von Politik und Verwaltung der Landkreise, der lokalen Ärzteschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), der Krankenkassen und des Ministeriums für Soziales und Integration trat als Steuerinstanz im Projekt auf. Zentrale Fragen zur Projektsteuerung wurden in das nach Bedarf etwa vierteljährlich tagende Gremium eingebracht und entschieden. Die Lenkungsgruppe kam an folgenden sechs Terminen zusammen:

- 15. September 2016: Auftaktsitzung
- 14. Dezember 2016: Bericht zur Datensituation, Bericht aus ähnlich gelagerten Projekten (Telemedizinische Projekte der Firma Philips, Erfahrungen aus vorangegangenen Projekten der Universität Frankfurt, Erfahrungen bei der Umsetzung von Zukunftswerkstätten in Rheinland-Pfalz)

- 5. Juli 2017 (nach Verschiebung der ursprünglich im März 2017 geplanten Sitzung): Vorstellung von Kernergebnissen aus den Analysen von Versorgungsdaten der KVBW und der Ärztebefragung, Planung der Auftaktveranstaltungen und der ersten Zukunftswerkstätten
- 17. November 2017: Bericht aus den ersten Zukunftswerkstätten, Abstimmung des weiteren Vorgehens in der Vertiefungsphase
- 4. Mai 2018: Vorstellung der Ergebnisse aus der Vertiefungsphase, Abstimmung des Vorgehens für die zweite Werkstattphase, Vorstellung der räumlichen Zuschnitte für die kleinräumige Bedarfsplanung im Schwarzwald-Baar-Kreis
- 20. Juli 2018: Vorstellung der Ergebnisse der letzten Werkstattphase, Zusammenfassung der Projektergebnisse, Ausblick auf die anstehenden Aufgaben im Anschluss an das Modellprojekt.

2.2. Bürgerdialog

Zur Information und zum Austausch mit den BürgerInnen der am Projekt beteiligten Landkreise waren Projektmodule zur Öffentlichkeitsarbeit vorgesehen. Für die Bekanntmachung von Projekthaltungen wurden Pressearbeit geleistet und Veranstaltungen durchgeführt; eine Projekthomepage gab die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu den Projektverantwortlichen.

2.2.1. Projekthomepage

Um den BürgerInnen der Region die Möglichkeit zu geben, den Prozess konsultativ zu begleiten, bestand die Möglichkeit eines Online-Feedbacks, das auf einer Webseite bevorzugt per Email erfolgen konnte. Auf der Seite konnten darüber hinaus Kernergebnisse der öffentlichen Arbeitsschritte des Projekts (z.B. Auftaktveranstaltungen in den Landkreisen) sowie Hintergrundinformationen zum Themenkomplex „ambulante Versorgung“ abgerufen werden. Trotz Kommunikation der Projekthomepage in Einladungen, auf Veranstaltungen und durch die Pressearbeit wurde die Möglichkeit der Kontaktaufnahme von BürgerInnen über die Homepage nicht genutzt.

2.2.2. Pressearbeit

Zu den wesentlichen Prozessschritten 1) Projektstart, 2) Auftaktveranstaltungen mit Vorstellung von Analyseergebnissen und weiterem Vorgehen, 3) erste Zukunftswerkstätten und 4) Ergebnispräsentation nach den zweiten Zukunftswerkstätten war jeweils eine Bürgerinformation vorgesehen. Diese erfolgte vorwiegend durch Pressemitteilungen in der Lokalpresse und Bekanntmachungen auf der Projekthomepage. Aufgrund des verzögerten Anlaufens der Projekt-

arbeit durch langsame Datenbereitstellung (vgl. Kapitel 3.1) wurde auf die Pressearbeit zum Projektstart verzichtet. Die erste Pressemitteilung wurde somit anlässlich der Auftaktveranstaltungen in den drei Landkreisen verfasst und im Juli 2017 in den lokal relevanten Zeitungen platziert. Eine weitere Pressemitteilung erfolgte im Dezember 2017, um über die Zwischenergebnisse aus den ersten Zukunftswerkstätten in den vier Fokusräumen zu informieren. Nach Projektabschluss findet voraussichtlich am 19. September 2018 im Rahmen eines Zusatzangebots im Schwarzwald-Baar-Kreis eine Pressekonferenz zu den Projektergebnissen und einem Ausblick auf das weitere Engagement zur Sicherung der medizinischen Versorgung statt.

Außerdem wurde in einem Hörfunkbeitrag des Südwestdeutschen Rundfunks zum Thema „Ansätze gegen den Landarztmangel“ über das Projekt berichtet.

2.2.3. Auftaktveranstaltungen

Für einen öffentlichkeitswirksamen Start der Arbeit in den Fokusräumen wurden Auftaktveranstaltungen in den drei Landkreisen durchgeführt, die sich an Politik und lokale Gesundheitsakteure wandten und Ergebnisse und Zielsetzung des Modellprojekts kommunizierten. Die Auftaktveranstaltungen fanden am 25. Juli 2017 im Landkreis Tuttlingen sowie am 26. Juli 2017 im Landkreis Rottweil und im Schwarzwald-Baar-Kreis statt. Nach einem einführenden Vortrag zu den Herausforderungen und möglichen Lösungsansätzen für eine Sicherung der Versorgung im ländlichen Raum wurden die Kernergebnisse der Analyse zur Versorgungslage und der Ärztebefragung vorgestellt sowie die weitere Projektplanung aufgezeigt. Im Anschluss wurden die präsentierten Inhalte auf der Projekthomepage öffentlich zugänglich gemacht.

2.2.4. Abschlussveranstaltungen

Zum Abschluss des Modellprojekts findet voraussichtlich am 4. November 2018 eine Abschlussveranstaltung im Rahmen des „Forum Gesundheit“ statt. Im Rahmen eines ergänzenden Angebots wird der vorliegende Abschlussbericht zusätzlich in einer Sitzung des zuständigen Ausschusses im Kreistag des Schwarzwald-Baar-Kreises durch Quaestio vorgestellt. Im Landkreis Tuttlingen werden Herr Landrat Bär und Herr Dezernent Mager die Ergebnisse vorstellen.

3. Ergebnisse der vorbereitenden Analysen

3.1. Analyse der ambulanten Versorgungssituation

Eine wichtige Grundlage für die Arbeit im Projekt war die Analyse der bestehenden ambulanten und insbesondere der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung. Nach (vom Auftragnehmer nicht zu verantwortenden) Verzögerungen in der Datenbeschaffung von der KVBW wurden die Ergebnisse der Analyse gemeinsam mit den Befragungsergebnissen am 5. Juli 2017 der Lenkungsgruppe vorgestellt. Die Ergebnisse boten vertiefte Informationen über die Projektregion und zeigten die derzeitige Versorgungssituation sowie ihre kurz- und mittelfristige Entwicklung als Grundlage zur Vorbereitung der Zukunftswerkstätten. Auf ihrer Basis wurden die Fokusräume für die weitere Projektbearbeitung festgelegt. Die Kernergebnisse werden im Folgenden vorgestellt.

3.1.1. Entwicklung von Bevölkerung und Behandlungsbedarf

Die Region Schwarzwald-Baar-Heuberg gliedert sich in die Landkreise Rottweil, Tuttlingen und Schwarzwald-Baar-Kreis. In den 76 Gemeinden der Region lebten zum 31. Dezember 2015 insgesamt 484.040 Menschen, die Mehrheit davon (43,3%) im Schwarzwald-Baar-Kreis. Die Kreisstadt Villingen-Schwenningen war mit 84.701 EinwohnerInnen (17% der Bevölkerung der Region) die größte Stadt der Region. In den Kreisstädten Rottweil und Tuttlingen lebten 5,1% bzw. 7,1% der Bevölkerung der Region. Der Altenquotient¹ der Bevölkerung lag in den Landkreisen durchschnittlich bei 35,0 und damit leicht über dem bundesweiten Durchschnitt von 32,0².

Ausgehend vom Jahr 2015 zeigt die Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamts ein minimales Bevölkerungswachstum um 0,3% bis 2035. In der kleinräumigen Betrachtung wird deutlich, dass vorwiegend die städtischen Zentren wachsen, während ländliche Bereiche eher schrumpfen werden. Dabei wird die Altersgruppe der über 65-Jährigen im gleichen Betrachtungszeitraum laut Prognose um 35,6% wachsen. Der Landkreis Tuttlingen wäre hiervon mit einer Zunahme dieser Altersgruppe um 42% am stärksten betroffen. Abbildung 1 zeigt die Ver-

¹ Der Altenquotient stellt das Verhältnis der älteren Personen (Personen ab 65 Jahren) zu den Personen im erwerbsfähigen Alter (Personen mit 20 bis 64 Jahren) dar

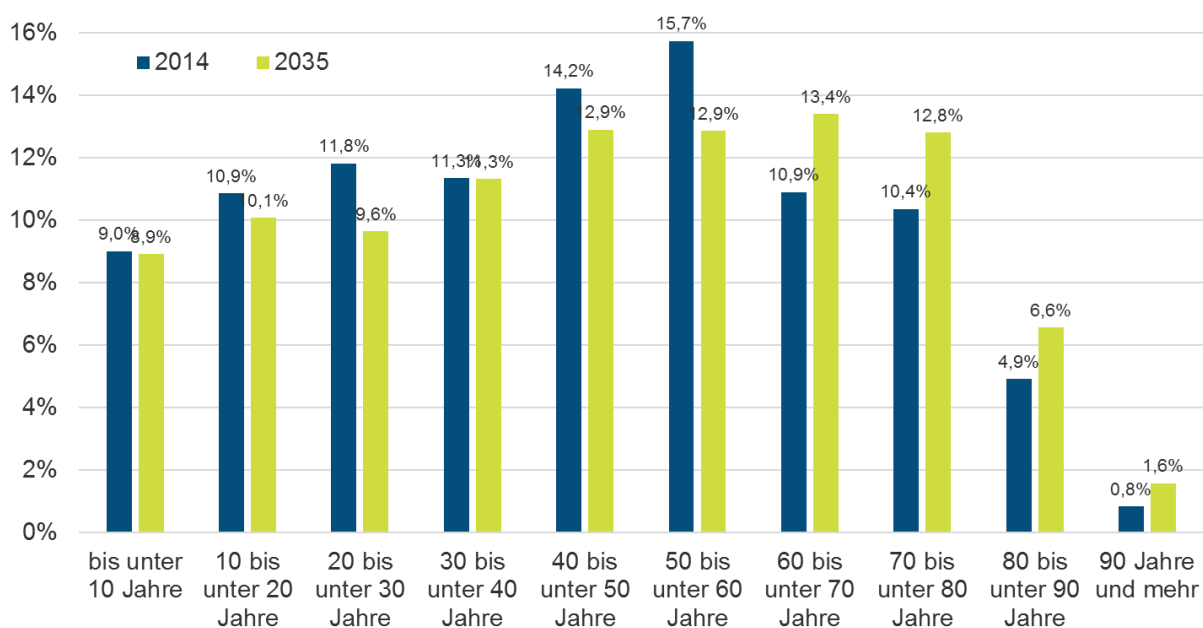
² Stat. LA BW (2017): Bevölkerungsdaten und -prognosen. Abrufbar unter: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/> (letzter Aufruf: 05.02.2018)

schiebung der Altersstruktur für die Region Schwarzwald-Baar-Heuberg. Deutlich wird das Wachstum der Altersgruppen ab 60 Jahre; der Anteil der Hochaltrigen über 90 Jahre verdoppelt sich sogar.

Auf Gemeindeebene betrachtet wächst in diesem Zeitraum die Bevölkerung in der Gemeinde Bubsheim am stärksten (> 10%). Gleichzeitig kommt es in 39 Gemeinden zu einem Rückgang der Einwohnerzahl. Hiervon am stärksten betroffen sind die Gemeinden Schonach im Schwarzwald, Dornhan und Schenkenzell mit mehr als 10% Bevölkerungsabnahme. Die stärkste Zunahme der Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahre ist mit mehr als 70% in Balgheim, Gunningen und Bubsheim zu erwarten.

Die Alterung der Bevölkerung hat deutliche Auswirkungen auf den zukünftigen Behandlungsbedarf. Aufgrund betreuungsintensiver chronischer Erkrankungen und Multimorbidität weisen ältere Menschen einen erhöhten Behandlungsbedarf und eine geringere Mobilität auf, wodurch insbesondere für HausärztInnen die Zahl der Konsultationen bzw. der notwendigen Hausbesuche steigt. Ausgehend von der Annahme, dass die Zahl der Arztbesuche für die spezifischen Altersgruppen konstant bleibt, kann ein Anstieg des hausärztlichen Behandlungsbedarfs in der Modellregion um ca. 8% bis 2035 prognostiziert werden.

Abbildung 1: Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung 2014 bis 2035 in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg.

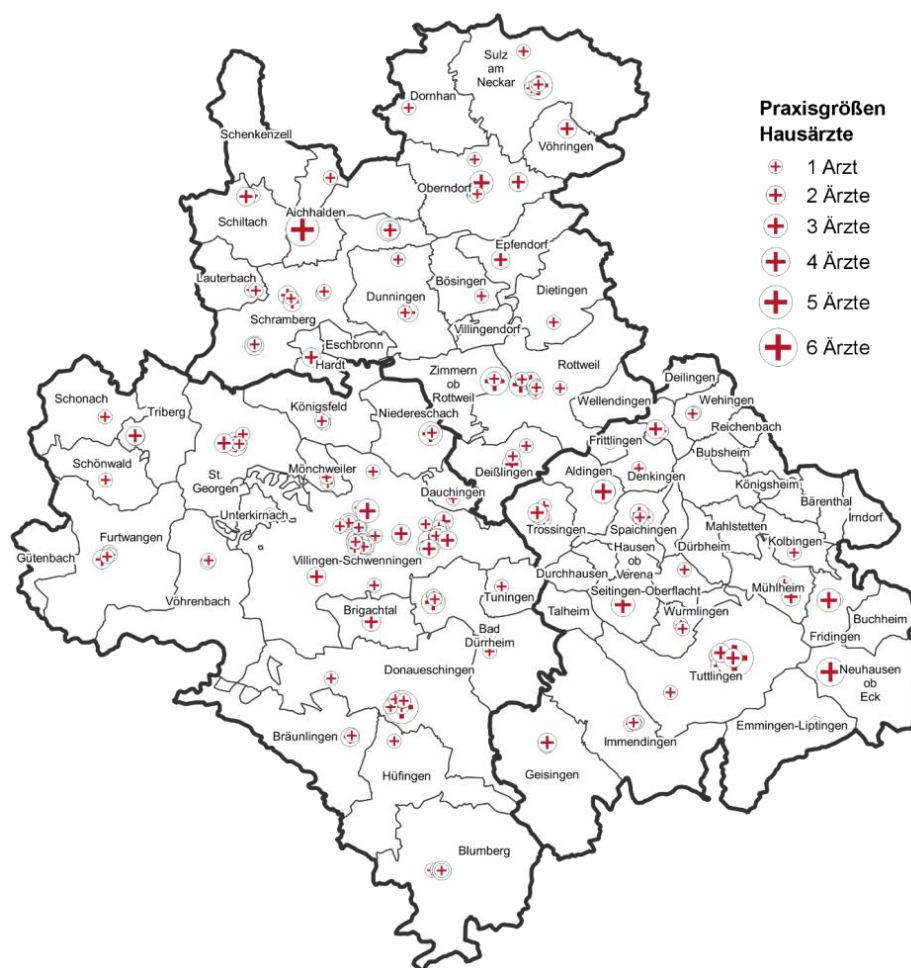


Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Stand: 31.12.2014).

3.1.2. Struktur der ambulanten Versorgung

Trotz der aktuell noch bedarfsgerechten Versorgung in den Mittelbereichen der Region gibt es kleinräumige Unterschiede in der Versorgungssituation. In der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg waren zum Erhebungszeitpunkt im März 2017 insgesamt 295 HausärztInnen an 203 Standorten niedergelassen (siehe Abbildung 2). In der überwiegenden Anzahl der Gemeinden war mindestens ein/e Hausarzt/Ärztin tätig. Dennoch bestanden Zentralisierungstendenzen. In 23 Gemeinden war kein/e Hausarzt/Ärztin niedergelassen. Diese Gemeinden befanden sich überwiegend im Nord-Osten des Mittelbereichs Tuttlingen. Gleichzeitig waren 58,1% der ÄrztInnen in nur zehn Städten ansässig (siehe Tabelle 1). Die Gemeinde Villingen-Schwenningen dominierte die hausärztliche Versorgung mit einem Anteil von 21,6% aller Ärzte; Rottweil, Tuttlingen und Schramberg bilden im Status Quo noch die weiteren größere Zentren in der Region.

Abbildung 2: Verteilung der Hausarztpraxen und Anzahl der darin niedergelassenen Ärzte



Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: KVBW (Stand: 20.3.2017). Kartengrundlage: openstreetmap.

Tabelle 1: Gemeinden mit der höchsten Anzahl an HausärztInnen in der Modellregion

Stadt / Gemeinde	ÄrztInnen	Anteil
Villingen-Schwenningen	64	21,3%
Tuttlingen	19	6,3%
Rottweil	16	5,3%
Schramberg	16	5,3%
Oberndorf am Neckar	11	3,7%
Donaueschingen	11	3,7%
Trossingen	10	3,3%
St. Georgen im Schwarzwald	10	3,3%
Spaichingen	9	3,0%
Sulz am Neckar	9	3,0%
Gesamt	175	58,1%

Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: KVBW (Stand: 20.3.2017).

Die Struktur der hausärztlichen Praxen ist durch Einzel- und kleine Gemeinschaftspraxen dominiert: 91,2% der Praxen werden von einem oder zwei ÄrztInnen betrieben (siehe Tabelle 2). Die Möglichkeit einer Arbeitsentlastung durch die Anstellung mehrerer ÄrztInnen, die umfangreiche Delegation ärztlicher Aufgaben (z.B. Hausbesuche und das Monitoring chronisch kranker PatientInnen) an VersorgungsassistentInnen in der Hausarztpraxis (VERAHs) / Nichtärztliche PraxisassistentInnen (NäPas) sowie die Übernahme administrativer Aufgaben z.B. durch ein Praxismanagement ist normalerweise erst ab einer bestimmten Praxisgröße wirtschaftlich sinnvoll. Für kleine Praxen, wie sie in der Region vorzufinden sind, ist dies häufig nicht rentabel umsetzbar.

Tabelle 2: Größe der Hausarztpraxen und Anzahl der darin tätigen Ärzte

Praxisgröße	Anzahl Praxen	Anteil Praxen	Anzahl ÄrztInnen	Anteil ÄrztInnen
1 Arzt	139	68,5%	139	47,1%
2 Ärzte	46	22,7%	92	31,2%
3 Ärzte	12	5,9%	36	12,2%
4 Ärzte	3	1,5%	12	4,1%
5 Ärzte	2	1,0%	10	3,4%
6 Ärzte	1	0,5%	6	2,0%
Gesamt	203		295	

Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: KVBW (Stand: 20.3.2017).

Die hausärztlichen Versorgungsstrukturen in den Mittelbereichen werden durch weitere medizinische Versorgungsangebote ergänzt. In den Mittelbereichen waren 170 ÄrztInnen der betrachteten Facharztgruppen der allgemeinen Grundversorgung ambulant tätig. Die FachärztInnen (ohne PsychotherapeutInnen) waren in 17 der insgesamt 76 Gemeinden angesiedelt. Die wichtigsten Versorgungsstandorte waren in absteigender Reihenfolge die Gemeinden Villingen-Schwenningen, Tuttlingen, Rottweil, Donaueschingen und Schramberg. Hier waren 75% der FachärztInnen (ohne PsychotherapeutInnen) niedergelassen. Tabelle 3 zeigt die Verteilung der betrachteten Facharztgruppen in der Modellregion. Die 103 PsychotherapeutInnen in der Region waren weniger stark zentralisiert und in insgesamt 30 Gemeinden niedergelassen.

Tabelle 3: Verteilung der betrachteten Facharztgruppen in der Modellregion

	Augen- ärztInnen	Frauen- ärztInnen	Internist Innen	Kinder- ärztInnen	Orthopä- dinnen	Gesamt
Villingen-Schwenningen	8	11	14	8	9	50
Tuttlingen		9	7	5	5	26
Rottweil	3	7	5	4	5	24
Donaueschingen	5	3	2	4	4	18
Schramberg	3	3	1	1	2	10
Trossingen	1	4		3	1	9
Oberndorf am Neckar	2	1	1	1	1	6
Spaichingen		1	2	1	1	5
St. Georgen	1	1		1	2	5
Sulz am Neckar		2		1	2	5
Furtwangen		1		3		4
Bad Dürkheim		1			1	2
Mönchweiler		2				2
Blumberg		1				1
Geisingen		1				1
Tuningen		1				1
Zimmern ob Rottweil				1		1
Gesamt	23	49	32	33	33	170

Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: KVBW (Stand: 20.3.2017).

Die allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung wird von der KVBW auf Kreisebene beplant. In den Landkreisen der Modellregion herrscht für nahezu alle auf dieser Ebene beplanten Facharztgruppen eine Überversorgung: Der Versorgungsgrad lag über 110% und die Kreise waren damit für die Niederlassung gesperrt. Ausnahmen bildeten die Facharztgruppen der FrauenärztInnen im Landkreis Rottweil (Versorgungsgrad 103%), der HNO-ÄrztInnen im Schwarzwald-Baar-Kreis (Versorgungsgrad 106%) sowie der ChirurgInnen (Versorgungsgrad

87%) und PsychotherapeutInnen (Versorgungsgrad 109%)³ im Landkreis Tuttlingen. Hinsichtlich des kurzfristigen Nachbesetzungsbedarfs stachen bei den betrachteten Facharztgruppen insbesondere die fachärztlich tätigen InternistInnen hervor: Mit 13 von 32 ÄrztInnen waren 41% über 60 Jahre alt. Die restlichen Gruppen zeigten eine ausgewogenere Altersstruktur (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Altersgruppen der für die Modellregion betrachteten Facharztgruppen

	Altersgruppe 29-49 Jahre	Altersgruppe 50-59 Jahre	Altersgruppe 60-92 Jahre	Summe	Anteil über 60 Jahre
AugenärztInnen	11	6	6	23	26%
FrauenärztInnen	16	19	14	49	29%
InternistInnen (FÄ)	7	12	13	32	41%
KinderärztInnen	10	12	11	33	33%
OrthopädInnen	17	12	4	33	12%
PsychotherapeutInnen	24	43	36	103	35%

Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: KVBW (Stand: 20.3.2017).

3.1.3. Alter der praktizierenden HausärztInnen

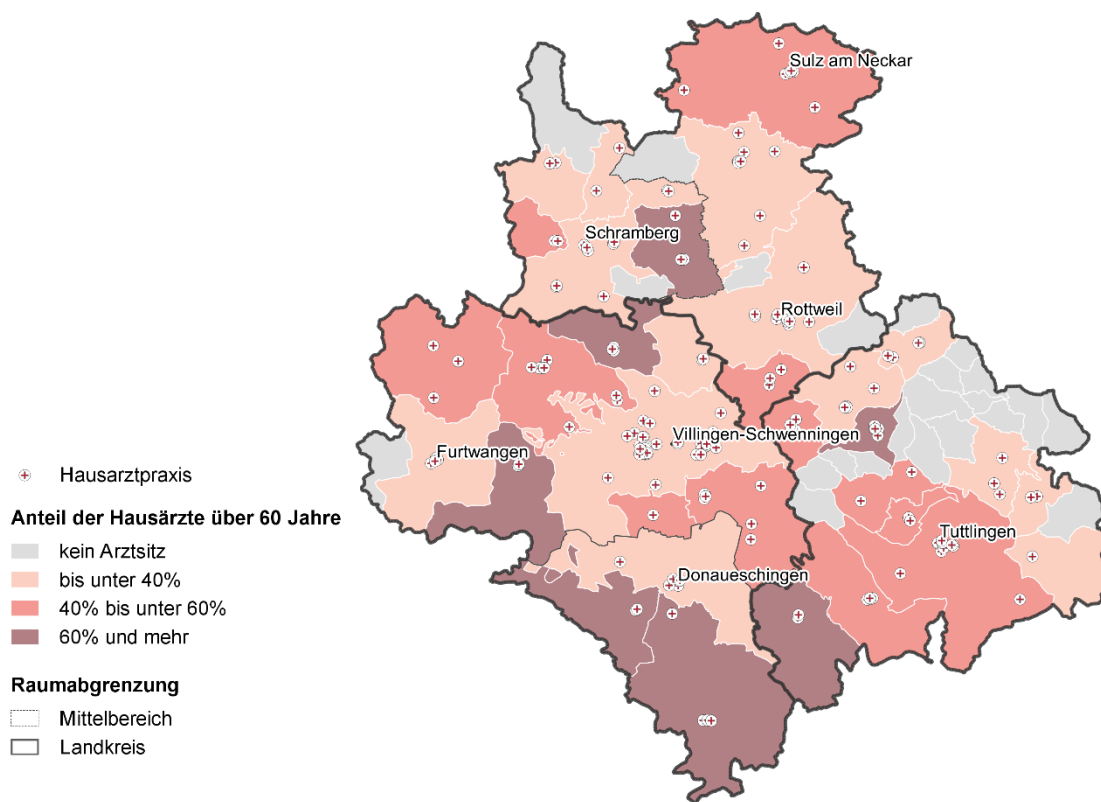
Die von der KVBW bereitgestellten Daten erlaubten eine Betrachtung der Altersstruktur der HausärztInnen auf Städte- und Gemeindeebene.

Das durchschnittliche Alter für die Praxisabgabe liegt bei HausärztInnen im Bundesdurchschnitt bei 63 Jahren. Spätestens im üblichen Alter für den Renteneintritt von 65 Jahren kann daher davon ausgegangen werden, dass eine Praxisabgabe ansteht. Da sich die NachfolgerInnensuche im ländlichen Raum aller Erfahrung nach schwierig und langwierig gestaltet, sollten in jedem Fall ÄrztInnen ab einem Alter von 60 Jahren betrachtet werden.

Abbildung 3 zeigt die Verteilung der über 60-jährigen HausärztInnen in der Region. Diese finden sich sowohl in einzelnen ländlichen Gemeinden, in denen wenige ÄrztInnen niedergelassen sind, als auch in größeren Gemeinden. Beispielsweise wiesen Oberndorf a. N. und Trossingen einen Anteil von über 40% bis 60% und Blumberg und Spaichingen einen Anteil von 60% bis 80% über 60-jähriger ÄrztInnen auf. Hier stand ein hoher Nachfolgebedarf an, der bei ausbleibenden Nachbesetzungen unmittelbare Auswirkungen auf die Versorgung der umliegenden Gemeinden haben kann.

³ KVBW (2017): Stand der Bedarfsplanung (24. Oktober 2017). Abrufbar unter: <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/>

Abbildung 3: Anteil der über 60-jährigen HausärztInnen in der Modellregion



Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: KVBW (Stand: 20.3.2017). Kartengrundlage: openstreetmap. Zur Wahrung des Datenschutzes wurden Gemeinden mit nur einem/r Arzt/Ärztin mit Nachbargemeinden zusammengelegt, so dass keine eindeutige Zuordnung von individuellen Personen möglich ist.

3.1.4. Patientenmobilität

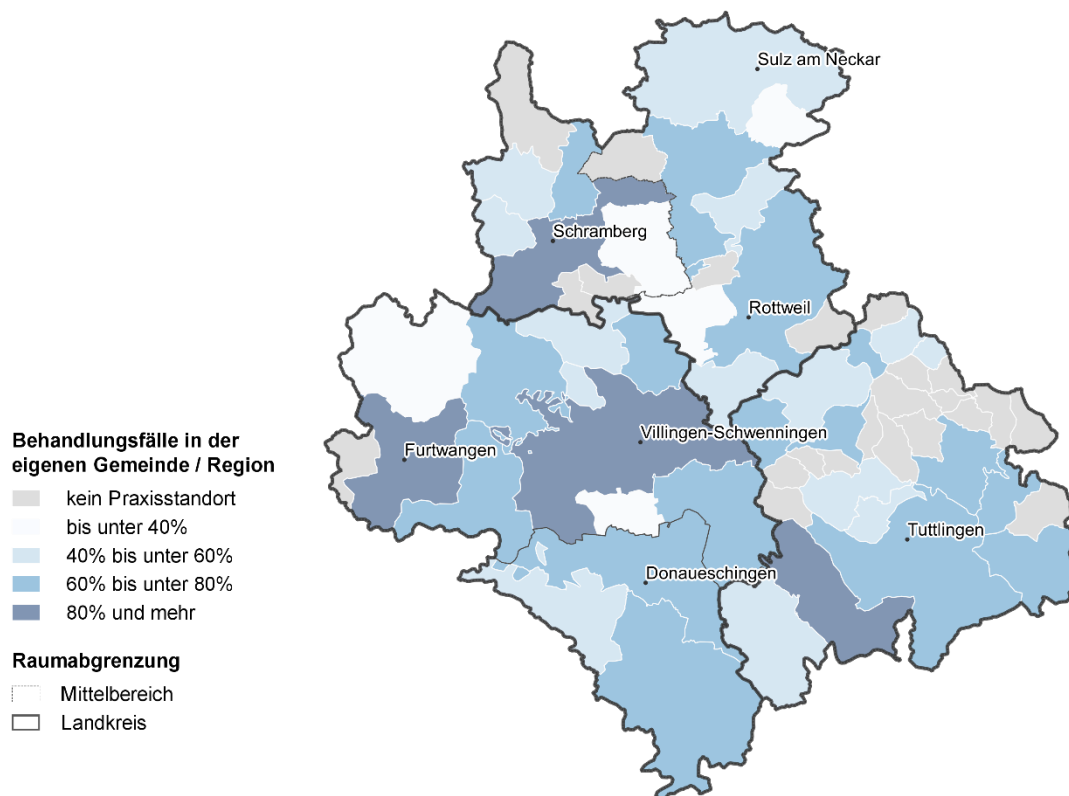
Die Betrachtung der Patientenmobilität erlaubt einen Einblick in die Versorgungsrealität im Status Quo. Wird der Anteil der Arzt-Patienten-Kontakte betrachtet, die jeweils am Wohnort der PatientInnen stattfinden, kann die derzeitige Leistungsfähigkeit der Versorgungsangebote eingeschätzt werden. Einerseits basieren räumliche Versorgungsverflechtungen auf persönlichen Präferenzen: PatientInnen gehen nicht unbedingt zur nächstgelegenen Praxis an ihrem Wohnort, sondern evtl. zu einer Praxis an ihrem Arbeitsort oder aber auch zu einer, in der sie sich besser aufgehoben fühlen als in den in unmittelbarer räumlicher Nähe liegenden Praxen. Hierdurch entsteht insbesondere in kleinteiligen Strukturen bereits bei theoretisch ausreichenden Kapazitäten der Praxen Patientenmobilität. Andererseits können geringe Anteile an Vor-Ort-Versorgung darauf hinweisen, dass die Kapazitäten nicht ausreichen und PatientInnen in besser versorgte Regionen abwandern.

Datengrundlage für die Analyse der Patientenmobilität war ein Datensatz der KVBW. Darin sind alle Arzt-Patienten-Kontakte im 3. Quartal 2016 dargestellt, bei denen abrechenbare Leistungen

erbracht wurden. In dem Datensatz enthalten sind die Herkunft der individuellen PatientInnen, der Ort der Leistungserbringung durch den/die Arzt/Ärztin sowie die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte im Quartal. Aufgrund der starken Pauschalierung von Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Hausärzte (EBM) führt jedoch nicht jeder Arzt-Patienten-Kontakt zur Abrechnung einer Leistung; die Gesamtzahl der Kontakte wird demnach unterschätzt. Darüber hinaus sind Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung nicht abgebildet, da diese über Selektivverträge abgerechnet werden. Dementsprechend ist der Datensatz nicht geeignet, den tatsächlichen Aufwand der hausärztlichen Versorgung abzubilden. Für die Analyse der räumlichen Versorgungsbeziehungen spielt dies jedoch keine Rolle, da man davon ausgehen kann, dass die abrechnungsfähigen Leistungen für eine/n PatientIn am gleichen Ort erbracht werden wie die nicht abrechnungsfähigen.

Auf dieser Basis wurden die Anteile der PatientInnen errechnet, die sich im 3. Quartal 2016 vor Ort in ihrer Gemeinde bzw. in ihrem Landkreis ärztlich versorgen ließen.

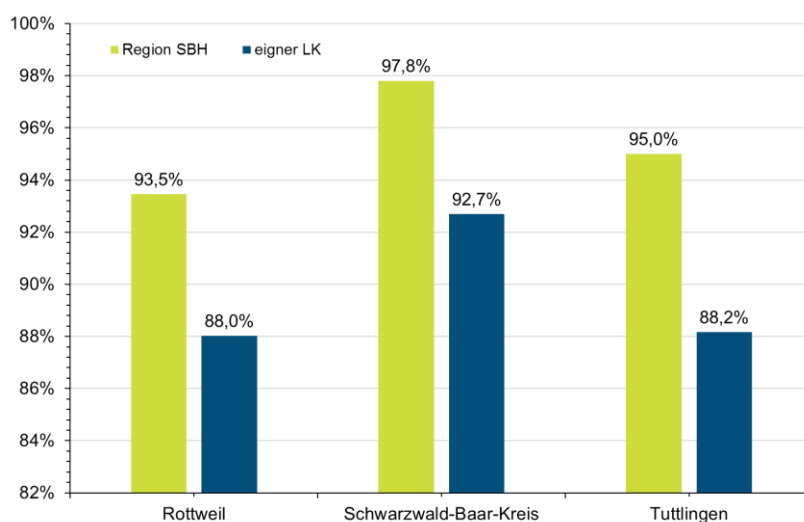
Abbildung 4: Anteil der Leistungserbringung in der eigenen Gemeinde



Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: KVBW (Stand: 20.3.2017). Kartengrundlage: openstreetmap. Zur Wahrung des Datenschutzes wurden Gemeinden mit nur einem/r Arzt/Ärztin mit Nachbargemeinden zusammengelegt, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne ÄrztInnen möglich sind.

Abbildung 4 zeigt die Anteile der in der eigenen Gemeinde stattfindenden Arzt-Patienten-Kontakte. In den städtisch geprägten Zentren mit einem vergleichsweise großen Angebot an medizinischer Versorgung wurden 60% bis über 80% der Arzt-Patienten-Kontakte erbracht. Weitaus geringer fielen die Anteile der Vor-Ort-Versorgung in den ländlichen und den Umlandgemeinden der Zentren aus. Insgesamt ließen sich in diesem Zeitraum 94% bis 98% der EinwohnerInnen in der Modellregion und 88% bis 93% im eigenen Landkreis ärztlich behandeln, so dass Patientenverknüpfungen zu Nachbarkreisen außerhalb der Region in der weiteren Betrachtung vernachlässigt werden konnten (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Anteil der Arzt-Patienten-Kontakte im 3. Quartal 2016 in den Landkreisen und in der Modellregion



Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: KVBW (Stand: 20.3.2017).

3.1.5. Infrastrukturdichte

Weiterhin wurde die Infrastrukturdichte in den Gemeinden betrachtet. Die Präferenzen junger ÄrztInnen, die für eine potenzielle Praxisnachfolge in Frage kommen, haben sich im Vergleich zu früheren Generationen verändert: Die Mehrheit ist nicht mehr dazu bereit, in ländlich gelegenen Klein- und Einzelpraxen tätig zu sein und hat Ansprüche an Beruf und Lebensstil, die eher in größeren, zentraler gelegenen Orten erfüllt werden können. Hierzu zählen die Arbeit in größeren Teams und die Möglichkeit einer Angestelltentätigkeit, eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Arbeitsmöglichkeiten für die/den PartnerIn und die Verfügbarkeit weiterführender Schulen. Eine Voraussetzung für die Erfüllung solcher Ansprüche ist eine entsprechende Infrastruktur. Es ist also zu erwarten, dass ein gut ausgestatteter Ort für die Nachbesetzung freiwerdender Arztsitze eine größere Attraktivität aufweist als eine ländliche Gemeinde.

Vor diesem Hintergrund wurde ein Infrastrukturindex erstellt, der auf Ergebnissen der Raumbewertung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Regionalforschung (BBSR) sowie eigenen Erhebungen basiert. Er umfasst folgende Ausstattungs- und Lagekriterien:

Tabelle 5: Ausstattungs- und Lagekriterien des Infrastrukturindex

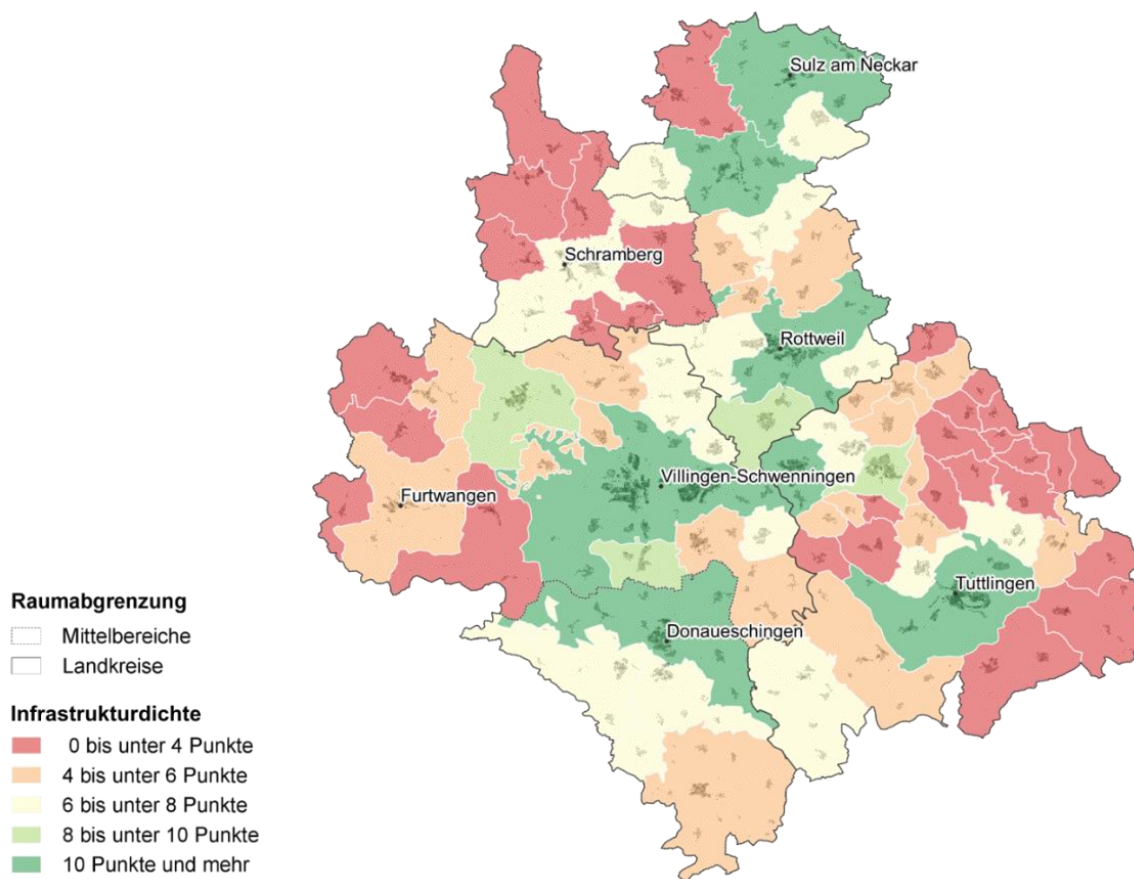
Indikator		Ausprägung	Wertung	Anzahl Gemeinden
Raum- und Gemeindestruktur	Zentralörtliche Funktion (zweifache Gewichtung)	Oberzentrum	0,35	1
		Mittelzentrum	0,3	4
		Unterzentrum	0,25	14
		Kleinzentrum	0,1	9
		keine Zentrumsfunktion	0,0	48
	Gemeindetyp (einfache Gewichtung)	Größere Mittelstadt	0,35	7
		Kleinere Mittelstadt	0,3	18
		Größere Kleinstadt	0,2	20
		Kleine Kleinstadt	0,15	9
		Landgemeinde	0,0	22
	Struktur (zweifache Gewichtung)	überwiegend städtisch	0,6	17
		teilweise städtisch	0,4	15
		ländlich	0,0	44
	Lage (zweifache Gewichtung)	zentral	1,0	28
		peripher	0,0	48
	Wachstum (zweifache Gewichtung)	überdurchschnittlich wachsend	0,4	7
		wachsend	0,35	44
		keine eindeutige Entwicklungsrichtung	0,25	12
		schrumpfend	0,0	13

Indikator		Ausprägung	Wertung	Anzahl Gemeinden
Infrastruktur medizinisches Versorgungsangebot	Grundschule (einfache Gewichtung)	ja	1,0	53
		nein	0,0	23
	Gymnasium (zweifache Gewichtung)	ja	1,0	13
		nein	0,0	63
	Nahverkehrsanbindung Zug (einfache Gewichtung)	ja	1,0	27
		nein	0,0	49
	Fernverkehrsanbindung Zug (einfache Gewichtung)	ja	1,0	2
		nein	0,0	74
	Erreichbarkeit Krankenhaus in 10 Fahrminuten (ohne psychiatrische Kliniken) (einfache Gewichtung)	ja	1,0	47
		nein	0,0	29
	Facharzt (einfache Gewichtung)	10 und mehr	0,4	5
		5 bis unter 10	0,35	5
		bis unter 5	0,25	7
		keine	0,0	59
	Einwohner-Hausarzt-Verhältnis in 10 Minuten Einzugsgebiet (dreifache Gewichtung)	VZ sehr hoch	0,0	12
		VZ hoch	0,3	15
		VZ bedarfsgerecht	0,4	39
		VZ gering	0,3	6
		VZ sehr gering	0,0	4

Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: BBSR, KVBW, Deutsches Krankenhausverzeichnis, Deutsche Bahn, Kultusministerium Baden-Württemberg (Stand: 4.6.2017)

Abbildung 6 zeigt die Infrastrukturdichte für die Städte und Gemeinden der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg. Erwartungsgemäß treten die Städte als lokale und regionale Zentren hervor. Donaueschingen, Oberndorf a. N., Rottweil, Sulz a. N., Trossingen, Tuttlingen und Villingen-Schwenningen erreichen die höchsten Punktzahlen im Infrastrukturindex. Geringe Werte erzielen die ländlichen Gemeinden im südlichen und insbesondere im westlichen Schwarzwald-Baar-Kreis um Furtwangen, in der Heubergregion, in den südöstlich Richtung Bodensee orientierten Gemeinden des Landkreises Tuttlingen sowie im Nordwesten des Landkreises Rottweil in den Gemeinden rund um die Stadt Schramberg.

Abbildung 6: Infrastrukturdichte der Gemeinden in der Modellregion



Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: BBSR, KVBW, Deutsches Krankenhausverzeichnis, Deutsche Bahn, Kultusministerium Baden-Württemberg (Stand: 4.6.2017). Kartengrundlage: openstreetmap.

3.2. Befragung der Ärzteschaft

Um die Akzeptanz und das Interesse für innovative Versorgungslösungen sowie den Stand von Praxisentwicklung und NachfolgerInnensuche bei den ÄrztInnen in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg zu erfassen, wurde die örtliche Ärzteschaft (HausärztInnen und FachärztInnen

der Grundversorgung) im Rahmen des Modellprojekts schriftlich mittels eines Fragebogens befragt. Die Ergebnisse wurden durch 25 leitfadengestützte Interviews ergänzt. Neben der inhaltlichen Vertiefung der Analyse trug die Befragung dazu bei, die Bekanntheit des Projekts in den beteiligten Landkreisen zu steigern und für Engagement in den anschließenden Zukunftswerkstätten zu werben.

3.2.1. Methodik

Für die Befragung zum Stand der Praxisentwicklung und Praxisabgabe wurden ein Fragebogen für ÄrztInnen und ein Praxisfragebogen entwickelt. Der Praxisfragebogen erhob die Strukturdaten der Praxis hinsichtlich Angebot, Lage, personeller und materieller Ausstattung der Praxis sowie der Infrastruktur des Umfelds. Der Arztfragebogen enthielt Fragen zu demographischen Daten sowie zu den Plänen für Praxisabgabe und NachfolgerInnensuche sowie zu diesbezüglichen Barrieren und möglichen Optionen für zukünftige Kooperationen. Außerdem wurde die Bereitschaft zu einem vertiefenden Telefoninterview erfragt.

Die Befragung wurde durch ein Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung angekündigt, das über einen Informationsverteiler der KVBW an die Praxen versandt wurde. Eine Woche darauf wurden die Fragebögen mit einem gemeinsamen Anschreiben der Landkreise an alle 200 Haus- und 104 Facharztpraxen der Grundversorgung in den drei Landkreisen verschickt.

Im Anschluss an die schriftliche Befragung wurden 25 KollegInnen noch einmal telefonisch kontaktiert, um in einem persönlichen Gespräch Pläne der Praxisausrichtung und der NachfolgerInnensuche vertiefend zu besprechen. Hierzu wurden Haus- und FachärztInnen unterschiedlichen Alters aus allen drei Landkreisen kontaktiert. Die Interviews folgten zielgruppenspezifischen Leitfragen. ÄrztInnen, die noch mehr als 10 Jahre praktizieren werden, wurden nach den Motiven für die Niederlassung am Ort, dem Praxisaufbau, Weiterbildungsmöglichkeiten und möglichen Veränderungen sowohl fachlicher als auch personeller Art in den kommenden Jahren befragt. ÄrztInnen, die in den kommenden Jahren ihre Praxis abgeben wollen, wurden zu ihren Erfahrungen mit der NachfolgerInnensuche befragt: Wie sie ihre Chancen einschätzen, was sie bereits unternommen haben oder ob sie die Praxisübergabe evtl. schon regeln konnten.

3.2.2. Rücklauf der quantitativen Befragung

Insgesamt gingen 140 Antworten ein, was einer hohen Rücklaufquote von 46% entspricht. 66 ÄrztInnen waren bereit, an einem vertiefenden telefonischen Interview teilzunehmen. Tabelle 6 zeigt die Rücklaufquoten in den Landkreisen sowie eine Aufschlüsselung der Antworten nach

Haus- und FachärztInnen. Hieraus geht hervor, dass die TeilnehmerInnen strukturell nicht signifikant von der Grundgesamtheit der Ärzteschaft in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg abwichen. Auch die anteilige Verteilung des Rücklaufs auf die Landkreise entsprach der tatsächlichen Verteilung der Praxisstandorte, wodurch der mit der höchsten Arztlzahl ausgestattete Schwarzwald-Baar-Kreis auch in der Befragung am stärksten repräsentiert war. Aus den Ergebnissen geht jedoch hervor, dass in nahezu allen Punkten über die Landkreisgrenzen hinweg eine weitgehend homogene Einschätzung der Situation vorlag.

Von Praxen mit mehreren ÄrztInnen wurde leider häufig nur ein Ärztefragebogen zurückgesandt. Dies könnte in dem Mehraufwand für die Vervielfältigung des einzelnen gefaxten Ärztefragebogens für alle in einer Praxis tätigen ÄrztInnen begründet liegen und/oder auch darin, dass nicht alle ÄrztInnen in der jeweiligen Praxis zur Teilnahme bereit waren. Dennoch liegt ein ausreichend hoher Rücklauf vor, um einen differenzierten Einblick in die Einschätzungen zur Praxisentwicklung und -abgabe zu erlangen.

Tabelle 6: Rücklauf der Ärztebefragung

Rücklauf insgesamt			
	Gesamt	Rücklauf	Quote
	304	140	46,1%
Rücklauf Landkreise			
	Gesamt	Rücklauf	Quote
Tuttlingen	77	35	45,5%
Rottweil	85	39	45,9%
Schwarzwald-Baar-Kreis	142	66	46,5%
Rücklauf HausärztInnen			
	Gesamt	Rücklauf	Quote
	200	96	48,0%
Rücklauf FachärztInnen			
	Gesamt	Rücklauf	Quote
	104	43	41,3%
Rücklauf Landkreise nach Haus- und FachärztInnen			
	HausarztIn	FacharztIn	Gesamt
Tuttlingen	23	12	35
Rottweil	27	12	39
Schwarzwald-Baar-Kreis	46	19	65
Summe	96	43	139

Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

3.2.3. Ärzteschaft im Untersuchungsgebiet

3.2.3.1. Strukturmerkmale der Ärzteschaft

Bis auf eine Überrepräsentation von selbstständigen gegenüber angestellten ÄrztInnen wurden die Strukturmerkmale der gesamten Ärzteschaft (Tabelle 7) durch die Teilnehmenden der Befragung abgebildet. In Praxen mit angestellten ÄrztInnen wurde wie in Kapitel 3.2.2 beschrieben häufig nur ein Arztfragebogen durch die/den PraxisinhaberIn ausgefüllt. Die geringe Repräsentation der angestellten ÄrztInnen änderte die Kernaussagen der Untersuchung jedoch nicht, da Fragen der Praxisnachfolge und Abgabe in erster Linie die selbstständigen PraxisinhaberInnen betrafen.

Tabelle 7: Strukturmerkmale der Ärzteschaft

Beschäftigungsverhältnis			
	HausarztIn	FacharztIn	Summe
Angestellt	2,8%	9,5%	5,3%
Selbstständig	94,3%	90,5%	92,9%
Keine Angaben	2,8%	0,0%	1,8%
n	106	63	169

Alter			
	HausarztIn	FacharztIn	Summe
30-40	2,8%	6,3%	4,1%
40-50	13,2%	22,2%	16,6%
50-60	35,8%	39,7%	36,7%
60-65	17,0%	17,5%	17,8%
65+	28,3%	14,3%	23,1%
Keine Angaben	2,8%	0,0%	1,8%
n	106	63	169

Weiterbildungsermächtigung			
	HausarztIn	FacharztIn	Summe
Ja	40,6%	33,3%	37,9%
Nein	57,5%	66,7%	60,9%
Keine Angaben	1,9%	0,0%	1,2%
n	106	63	169

Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Die Altersstruktur insbesondere der Hausärzteschaft zeigte eine große Zahl über 65-jähriger HausärztInnen, die nahezu 1/3 des Antwortvolumens dieser Fachgruppe ausmachten. Dies entsprach jedoch in etwa der Altersverteilung in der Region: 39% der niedergelassenen HausärztInnen in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg waren zum Zeitpunkt der Befragung über 60 Jahre alt, 45% der Arztfragebögen wurden von über 60-jährigen HausärztInnen zurückge-

sandt. Leicht unterrepräsentiert waren dagegen die unter 50-jährigen HausärztInnen, was insofern verständlich ist, als Praxisabgabe und NachfolgerInnensuche eher für ältere ÄrztInnen relevante Themen sind.

Weiterbildungsermächtigungen waren bei 40,6% der HausärztInnen vorhanden. Sie können unter anderem als Ressource für die Nachwuchsgewinnung betrachtet werden, die die Suche nach NachfolgerInnen erleichtern kann. Wie allerdings aus Kapitel 3.2.4.2 hervorgeht, lässt sich diese Ressource nur in ausreichend ausgestatteten und personell besetzten Praxisstrukturen effektiv nutzen.

Ca. 70% der befragten Hausarztpraxen nahmen an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teil. Damit lag die Beteiligung über dem Durchschnitt für Baden-Württemberg von ca. 60%. 17% der befragten FachärztInnen nahmen an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) teil (vgl. Tabelle 8). Da die Voraussetzungen für die Teilnahme an dieser Versorgungsform deutlich höher liegen, ist sie deutschlandweit bisher nicht so verbreitet.

Tabelle 8: Teilnahme der befragten Haus- und FachärztInnen an hausarztzentrierter- (HZV) und ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung (ASV)

Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV)		
	Absolut	Prozent
Ja	67	69,79%
Nein	29	30,21%

n=96

Teilnahme an der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung		
	Absolut	Prozent
Ja	7	16,67%
Nein	35	83,33%

n=42

Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

3.2.3.2. Gründe für die Niederlassung am Praxisstandort

Die in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg tätigen ÄrztInnen absolvierten ihr Studium mehrheitlich in Baden-Württemberg. 30% der Befragten gaben die westlich der Region gelegene Stadt Freiburg als Studienort an, weitere 11% studierten in Tübingen. 41% der ÄrztInnen hatten somit an den der Region am nächsten gelegenen Universitäten studiert. Weitere 6% hatten in Heidelberg studiert, je 5% in Ulm und Würzburg, dem am stärksten vertretenen Studienort außerhalb von Baden-Württemberg.

Im Rahmen der telefonischen Interviews wurden die individuellen Gründe für eine Niederlassung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg abgefragt. Bei den über 60-jährigen ÄrztInnen stellte sich die Situation wesentlich anders dar als heute. Es gab nur ein geringes Angebot an freien Arztsitzen, so dass ein Drittel der Befragten rein zufällig bzw. über ein Zeitungsinserat in die Gegend kam. Zwei Drittel der befragten ÄrztInnen hatten in Freiburg studiert und kamen gebürtig aus Baden-Württemberg. Ca. die Hälfte berichtete von persönlichen Kontakten zur/m VorgängerIn (z.B. gemeinsame Tätigkeit in der örtlichen Klinik, Übernahme der väterlichen Praxis) oder von einem persönlichen Bezug der/s EhepartnerIn zum Kreis. Ein weiterer Faktor bei der Standortsuche war die örtliche Infrastruktur (z.B. Schulen, Bauplatz). Alle älteren ÄrztInnen praktizierten entweder in einer Einzelpraxis oder gemeinsam mit der/m EhepartnerIn.

ÄrztInnen mit einer geplanten Praxisabgabe in mehr als 10 Jahren hatten überwiegend einen persönlichen Bezug zu dem Ort, an dem sie ihre Praxis eröffneten. Die Hälfte der Befragten stammte aus der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg, ein weiteres Viertel aus Baden-Württemberg. Lediglich eine Befragte hatte keinerlei Bezug zum Kreis. Neben Einzelpraxen waren jüngere ÄrztInnen auch in Berufsausübungsgemeinschaften mit selbständigen und angestellten ÄrztInnen organisiert.

Die Hälfte der ÄrztInnen hatte im Vorfeld bereits einen persönlichen Kontakt zur/m VorgängerIn, sei es durch Praxisvertretungen, Famulaturen oder durch die Tätigkeit als WeiterbildungsassistentIn. Dieser Kontakt konnte auch aus der Arbeit an der örtlichen Klinik hervorgegangen sein oder durch persönliche Kontakte der/s EhepartnerIn und der Familie zum Vorgänger. Nur in einem Fall hatte ein Inserat zur Praxisübernahme geführt.

Die Interviews verdeutlichten, dass erfolgreiche Praxisübergaben in erster Linie durch persönliche Kontakte zustande gekommen waren. Wenn es zu Kontakten mit PraxisinhaberInnen vor Ort über Weiterbildung, Vertretungen oder auch im Rahmen von Famulaturen kam, stiegen die Chancen auf eine spätere Übergabe der Praxis.

3.2.4. Situation der Praxen

3.2.4.1. Strukturmerkmale der Praxen

Tabelle 9 zeigt grundlegende Strukturmerkmale der befragten Praxen. Bei zwei Dritteln der Hausarztpraxen, aber auch bei der Hälfte der Facharztpraxen handelte es sich vorwiegend um traditionelle Einzelpraxen. Ca. ein Viertel der ÄrztInnen war in zumeist kleinen Gemeinschaftspraxen bzw. Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) organisiert. Bei FachärztInnen wurde in 16% der Fälle das Modell der Praxisgemeinschaft gewählt.

Die Mehrheit der Praxen befand sich in gemieteten Immobilien; FachärztInnen waren dabei stärker als HausärztInnen in gemieteten Immobilien verortet und ebenfalls stärker in zentral gelegenen Ärztehäusern vertreten als ihre hausärztlichen KollegInnen. Ca. ein Viertel der Hausarztpraxen befanden sich in Eigentum und davon 15% in den Wohnhäusern ihrer InhaberrInnen, was die Abgabe erfahrungsgemäß zusätzlich erschwert.

Tabelle 9: Strukturmerkmale der Arztpraxen

Praxistyp			
	HausarztIn	FacharztIn	Gesamt
Einzelpraxis	66%	51%	61%
Praxisgemeinschaft	7%	16%	10%
überörtliche BAG	1%	5%	2%
MVZ	0%	2%	1%
Gemeinschaftspraxis/BAG	26%	23%	25%
Keine Angaben	0%	2%	1%
n	96	43	139
Besitzverhältnisse Praxisräume			
Gekauft	26%	9%	21%
Gemietet	73%	84%	76%
Keine Angaben	1%	7%	3%
n	96	43	139
Praxisraumlage			
im Wohnhaus der/s PraxisinhaberIn	15%	5%	12%
in einem Ärztehaus	24%	40%	29%
in einer anderen Immobilie	60%	56%	59%
Keine Angaben	1%	0%	1%
n	96	43	139

1 Bogen nicht als Haus- oder Facharzt/Ärztin zuzuordnen. Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

3.2.4.2. Beschäftigungsstruktur

Tabelle 10 zeigt die in den befragten Praxen tätigen medizinischen Berufsgruppen. Weitere Analysen zeigten einen Zusammenhang zwischen Praxisgröße und der Anzahl an angestellten ÄrztInnen und WeiterbildungsassistentInnen sowie nichtärztlichen MitarbeiterInnen. Während bei allen Praxisgrößen drei Medizinische Fachangestellte (MFA) auf eine/n selbstständige/n Arzt/Ärztin kamen, fanden sich erweiterte Strukturen mit angestellten ÄrztInnen, VersorgungsassistentInnen in der Hausarztpraxis oder Nichtärztlichen PraxisassistentInnen häufiger in Praxen mit drei selbstständigen ÄrztInnen. Die Beschäftigung von WeiterbildungsassistentInnen war bei dieser Praxisgröße ebenfalls häufiger. Möglicherweise sind Einzelpraxen durch den notwendigen Zeitaufwand und die Praxisausstattung bedingt in ihren Weiterbildungsmöglichkeiten limitiert.

Tabelle 10: Beschäftigungsstrukturen

Anzahl der Beschäftigten Personen	
Selbständige ÄrztInnen	191
Angestellte ÄrztInnen	43
WeiterbildungsassistentInnen	11
MFA/ArzthelferIn	571
NÄPA/VERAH	79
sonstige med. Berufe	33

Andere Berufsgruppen in Abhängigkeit von der Praxisgröße			
	Praxis mit 1 selbst. Arzt/Ärztin	Praxis mit 2 selbst. ÄrztInnen	Praxis mit 3 selbst. ÄrztInnen
Angestellte ÄrztInnen	0,18	0,32	1,41
WeiterbildungsassistentInnen	0,02	0,14	0,39
MFA/ArzthelferIn	3,08	5,74	9,21
NÄPA/VERAH	0,42	0,76	1,59
sonstige med. Berufe	0,22	0,3	0,21

Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Einsatz von VERAHs / NÄPas

Von den neun in den vertiefenden Interviews befragten jüngeren ÄrztInnen beschäftigten vier eine bzw. zwei oder sogar vier VERAHs in ihrer Praxis, die Hausbesuche übernahmen, Disease Management Programme (DMP) vorbereiteten und auch Altersheime besuchten.

Barrieren bei der Beschäftigung eines/r VERAH/NäPa stellten rechtliche und wirtschaftliche Gründe dar, wie z.B. eine zu geringe Honorierung. Diejenigen AllgemeinmedizinerInnen, die nicht-ärztliches Personal zur persönlichen Entlastung für Hausbesuche (z.B. Routinebesuche bei den chronisch kranken PatientInnen (z.B. bei Diabetes) einsetzten, waren jedoch mit deren Arbeit sehr zufrieden.

Weiterbildungsermächtigung und Ausbildung

Nur vier der jüngeren ÄrztInnen hatten eine/n WeiterbildungsassistentInnen in der Praxis beschäftigt. Diese ÄrztInnen waren in größeren Praxisstrukturen tätig. Dies entsprach dem Ergebnis der schriftlichen Befragung, wonach die Aus- und Weiterbildung vermehrt in Praxen mit drei oder mehr praktizierenden ÄrztInnen erfolgte. Die Förderprogramme der KVBW wurden als hilfreicher Faktor bewertet; bürokratische Hürden stellten jedoch ein Hemmnis dar, das in mehreren Fällen die Beschäftigung von WeiterbildungsassistentInnen verhinderte. ÄrztInnen in kleinen Praxisräumen wurden vom zusätzlichen Platzbedarf von der eigentlich beabsichtigten Anstellung einer/s WeiterbildungsassistentIn abgehalten.

Von den 15 älteren ÄrztInnen, die sich mit der NachfolgerInnensuche beschäftigten, hatten neun eine/n WeiterbildungsassistentIn. Zwei möchten in Zukunft in ihrer Praxis ausbilden und haben auch die Ermächtigung dazu. Vier der Befragten bildeten nicht aus, da sie die damit verbundene Bürokratie scheuten oder ihnen die Ermächtigung fehlte. Der überwiegende Teil der älteren PraxisinhaberInnen sah in der Ausbildung von jungen KollegInnen eine Chance, die Praxis weitergeben zu können. Der Kontakt zu ehemaligen WeiterbildungsassistentInnen wurde aus diesem Grund gepflegt.

3.2.5. Praxisentwicklung und Praxisabgabe

3.2.5.1. *Einschätzung der Möglichkeiten zur Praxisabgabe*

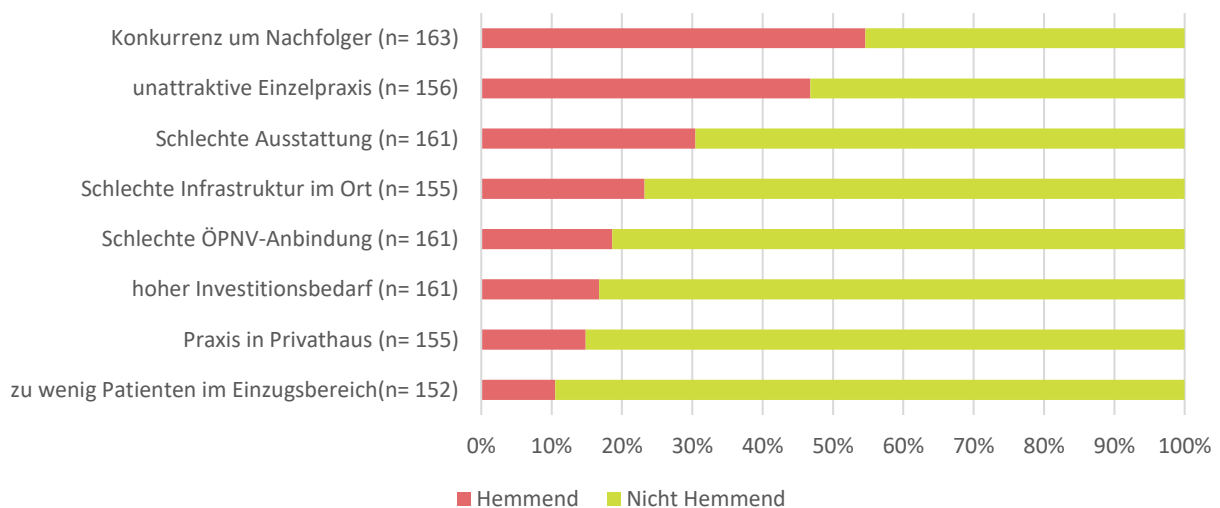
Die Chancen, eine NachfolgerInnensuche mit anschließender Abgabe der Praxis erfolgreich abzuschließen, wurden durch die ÄrztInnen in der Region aus ihrer derzeitigen Situation heraus

als gering eingeschätzt. Die folgenden Kapitel skizzieren die NachfolgerInnensuche aus Sicht der befragten ÄrztInnen.

Hemmende Faktoren der NachfolgerInnensuche

Als hemmender Faktor wird am häufigsten die Konkurrenzsituation genannt, die durch Abgaben mehrerer ÄrztInnen in einem kurzen Zeitraum entsteht (vgl. Abbildung 7). Die Nachfrage nach Arztsitzen in der Region wurde demnach als gering eingeschätzt, während die Anzahl abgabewilliger ÄrztInnen als hoch angesehen wurde. Eine solche Einschätzung spiegelt sich in der Altersstruktur der Ärzteschaft wieder; in der Tat besteht eine solche Konkurrenzsituation. Ebenfalls wurde die Praxisform der Einzelpraxis als Hemmnis bezeichnet. Die geringere Bereitschaft des ärztlichen Nachwuchses, in ländlichen Einzelpraxen tätig zu sein, wurde also auch von den ÄrztInnen vor Ort wahrgenommen. Auch die Praxisausstattung stellte aus Sicht der Befragten ein Hemmnis dar. Ausgehend von diesen Einschätzungen erscheint es naheliegend, jungen ÄrztInnen in neuen Kooperationsmodellen mit modernen Praxisräumen attraktive Strukturen zu bieten. So könnten die wichtigsten Hemmnisse ausgeräumt und gleichzeitig gute Bedingungen für die letzten Berufsjahre der abgebenden ÄrztInnen geschaffen werden.

Abbildung 7: Hemmende Faktoren für die NachfolgerInnensuche

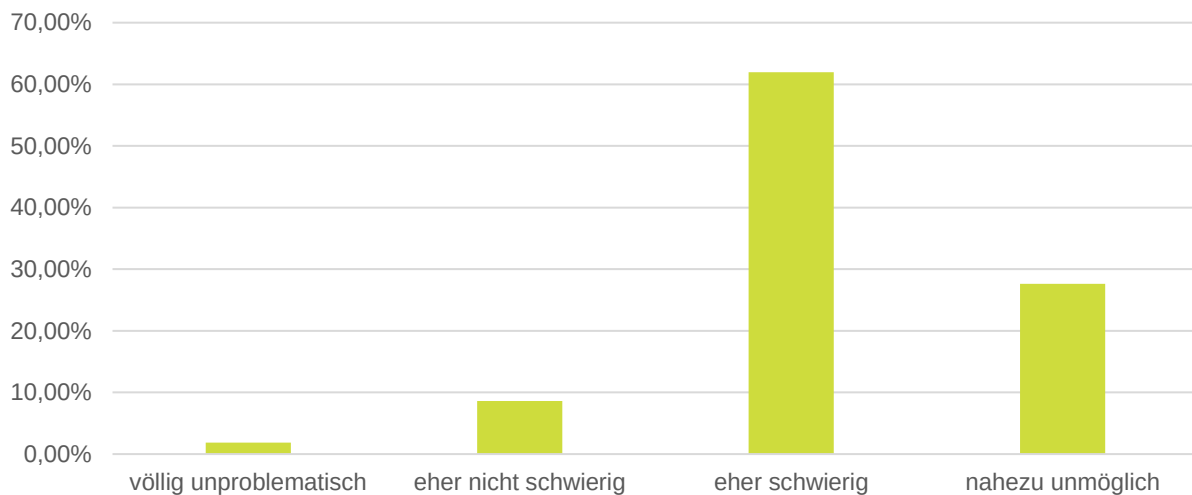


Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Die Suche nach einer/m NachfolgerIn wurde durchweg als „eher schwierig“ bis „nahezu unmöglich“ eingeschätzt. Nur 9% der befragten ÄrztInnen bezeichneten die Suche als „eher nicht schwierig“. Von denjenigen, die bereits eine/n NachfolgerIn gefunden hatten, schätzten 27% eine erfolgreiche Suche als „nahezu unmöglich“ ein, 36% bezeichneten sie als „eher schwierig“.

Besonders pessimistisch waren diejenigen, die sich gerade auf NachfolgerInnensuche befanden. 62% fanden die Suche „eher schwierig“, 28% hielten sie für „nahezu unmöglich“ (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Einschätzung der Schwierigkeit einer Praxisabgabe



n = 165

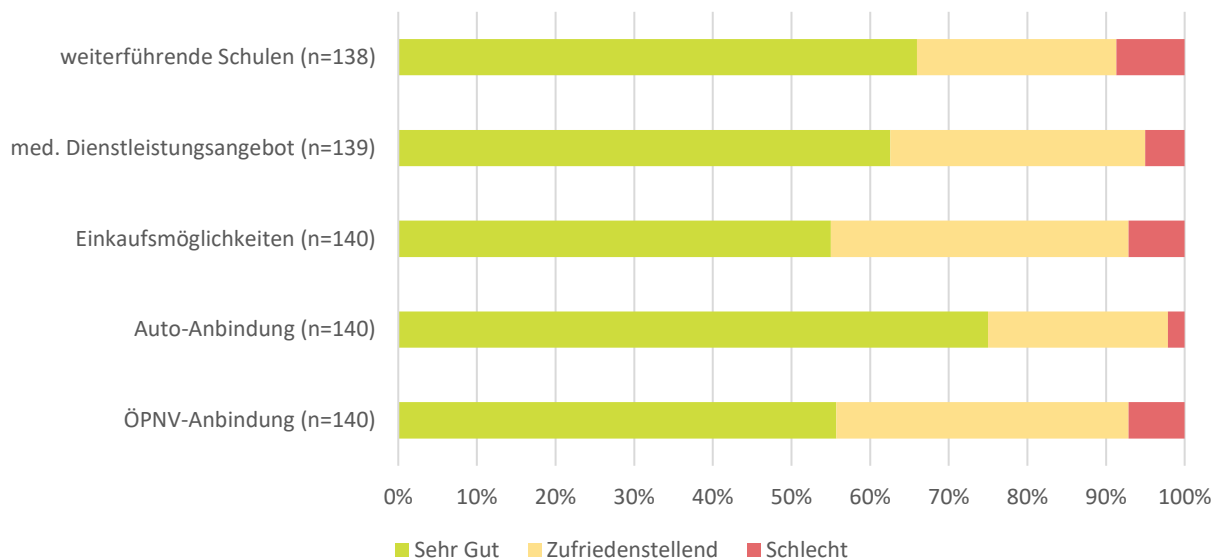
	Völlig unproblematisch	eher nicht schwierig	eher schwierig	nahezu unmöglich
Landkreis Tuttlingen (n=45)	2,2%	11,1%	57,8%	28,9%
Landkreis Rottweil (n=37)	2,7%	5,4%	75,7%	16,2%
Schwarzwald-Baar-Kreis (n=78)	1,3%	9,0%	59,0%	30,8%

Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Infrastruktur des Praxisortes

Die infrastrukturelle Ausstattung der Praxisstandorte wurde in allen abgefragten Punkten in über 90% als gut oder sehr gut beurteilt; dies könnte auch darin begründet liegen, dass der Großteil der antwortenden ÄrztInnen in städtischen Regionen praktizierte. Auf Landkreisebene betrachtet war die Bewertung der Infrastruktur differenzierter: 15% der Antworten aus Rottweil bezeichneten den ÖPNV als „schlecht“ und 10% bemängelten die medizinischen Dienstleistungsangebote im Umfeld, während 17% der Tuttlinger Praxen die Einkaufsmöglichkeiten und 11% das Schulangebot kritisierten (vgl. Abbildung 9). Eine Einschränkung der NachfolgerInnensuche durch die infrastrukturelle Ausstattung der Standorte wurde durch die Mehrheit der befragten ÄrztInnen nicht gesehen.

Abbildung 9: Einschätzung der Infrastruktur am Praxisstandort



Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

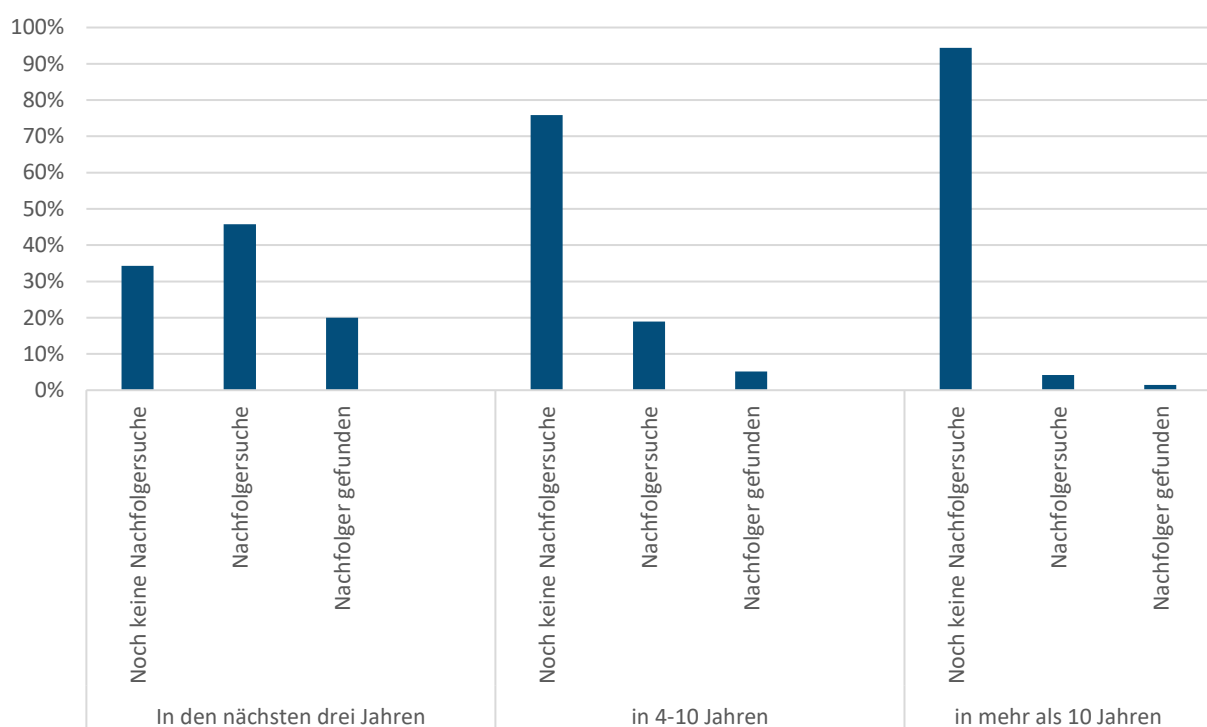
Praxisabgaben im Umfeld

Alle telefonisch befragten ÄrztInnen berichteten von Praxisabgaben im Umfeld, die schwierig verlaufen waren bzw. ohne Erfolg abgebrochen wurden. Dies betraf vor allem Praxen in kleineren Ortschaften, weniger in Städten. Es wurde berichtet, dass FachärztInnen vorrangig in den Städten Tuttlingen, Rottweil und Villingen-Schwenningen angesiedelt seien, einige davon in Ärztehäusern, was ihre Chancen auf eine erfolgreiche Praxisabgabe deutlich erhöhe. Die HausärztInnen – Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige InternistInnen – finde man vermehrt in den kleineren umliegenden Ortschaften. Hier sei es besonders problematisch, wenn Praxen nicht nachbesetzt würden, da dann die Versorgung ganzer Ortschaften nicht mehr gewährleistet sei, bzw. die/der verbleibende Hausarzt/Ärztin mit einer enormen Belastung zu kämpfen habe. Solche Praxen, die zu viele PatientInnen versorgen müssten, seien dann auch nicht attraktiv für NachfolgerInnen. Die Einschätzung zur räumlichen Verteilung der Praxen entspricht der realen Situation: In der Tat sind FachärztInnen zumeist in größeren Städten und häufiger in Ärztehäusern verortet als ihre hausärztlich tätigen KollegInnen (vgl. Kapitel 3.2.4.1). In der Einschätzung zu den Chancen bei der NachfolgerInnensuche wiesen HausärztInnen jedoch unabhängig von ihrem Standort Pessimismus auf.

3.2.5.2. Abgabeverhalten und Zeitpunkt der NachfolgerInnensuche

Die Suche nach einer/m NachfolgerIn wurde eher kurzfristig angegangen. Wie aus Abbildung 10 hervorgeht, hatten sich ca. 66% der innerhalb von drei Jahren abgabewilligen ÄrztInnen mit dem Thema befasst; davon waren 20% bereits erfolgreich. Ca. 34% hatten mit der NachfolgerInnensuche noch nicht begonnen. ÄrztInnen mit Abgabeplänen in über vier Jahren hatten in 76% der Fälle noch nicht mit der Suche angefangen.

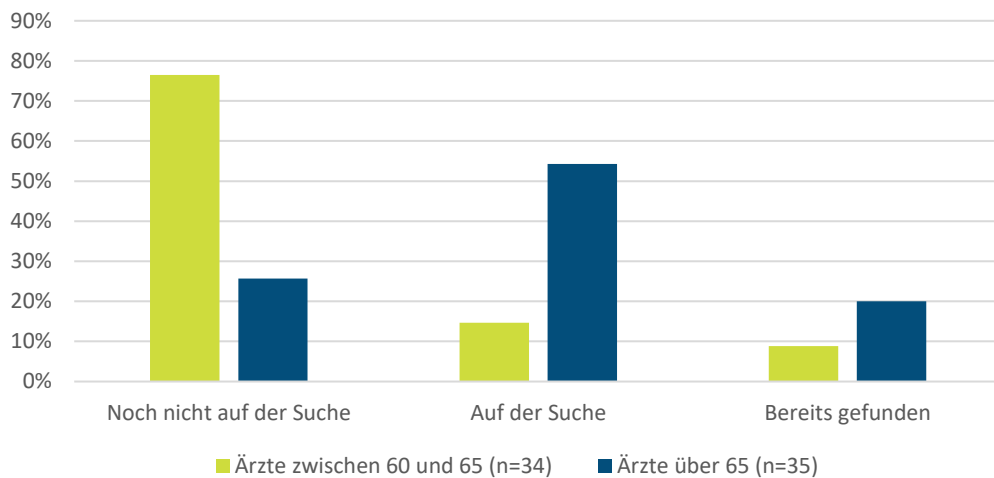
Abbildung 10: Zeitraum für Aufgabe der Praxis und Status der NachfolgerInnensuche



Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Bei einer Betrachtung des Verhaltens der ÄrztInnen nach Altersgruppen (Abbildung 11) zeigte sich, dass sich 76% der ÄrztInnen zwischen 60 und 65 nicht auf der Suche nach Nachfolgern befanden. In den darunterliegenden Altersgruppen war diese Zahl noch deutlich höher. Erst in der Altersgruppe der über 65-jährigen hatten 54% der ÄrztInnen dieser Altersgruppe die Suche begonnen, 20% waren diesbezüglich auch erfolgreich.

Abbildung 11: Status der NachfolgerInnensuche nach Altersgruppen



Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Der Nachbesetzungsdruck war bei den ÄrztInnen im Schwarzwald-Baar-Kreis am stärksten. Lediglich 5% der 40 dort befragten ÄrztInnen über 60 Jahre gaben an, bereits NachfolgerInnen gefunden zu haben; gleichzeitig befanden sich 43% auf NachfolgerInnensuche, während sich über die Hälfte noch nicht aktiv um NachfolgerInnen bemüht hatte. Für Tuttlingen und Rottweil lagen zu dieser Altersgruppe zu wenig Fälle vor, um eine derartige Aussage treffen zu können; wurde jedoch der Stand der NachfolgerInnensuche in allen Altersklassen betrachtet, zeigte sich in Tuttlingen (8% „NachfolgerIn gefunden“) und Rottweil (9% „NachfolgerIn gefunden“) ein etwas positiveres Bild (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Stand der NachfolgerInnensuche in den Landkreisen

	Noch nicht mit der Suche begonnen	Auf der Suche	Bereits Gefunden
Landkreis Tuttlingen (n=59)	75%	10%	8%
Landkreis Rottweil (n=56)	82%	5%	9%
Schwarzwald-Baar-Kreis (n=93)	72%	23%	2%

Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

3.2.5.3. *Praxisentwicklung und Praxisabgabe nach Stand der NachfolgerInnensuche*

15 der 25 telefonisch interviewten ÄrztInnen wollten ihre Praxis in den nächsten 10 Jahren abgeben. Aus dieser Gruppe hatten sieben ÄrztInnen noch nicht mit der NachfolgerInnensuche begonnen. Zwei ÄrztInnen wollten in 3-5 Jahren, die übrigen in 4-10 Jahren in den Ruhestand gehen. Fünf weitere hielten die Suche nach Nachfolgern für eher unproblematisch. Sie waren in

größeren Praxisstrukturen organisiert. Drei von ihnen gaben an, dass sie in ihrer Praxis auch WeiterbildungsassistentInnen ausbildeten. Sie hätten auf diese Weise gute Voraussetzungen für die Übergabe ihres Kassensitzes bzw. der ganzen Praxis geschaffen, so dass sie die Suche recht kurzfristig betreiben könnten. Zwei in Einzelpraxen tätige ÄrztInnen sahen einen Erfolg eher pessimistisch. Ihre Einschätzungen deckten sich mit den in Abbildung 7 beschriebenen Barrieren.

Vier in Einzelpraxen tätige AllgemeinmedizinerInnen suchten bisher erfolglos. Zunächst erfolgversprechende KandidatInnen konnten die Nachfolge aus unterschiedlichen, teils privaten Gründen am Ende doch nicht antreten. Versuche wurden durch Kontakte zur Lokalpolitik und zum Hausärzteverband unternommen; ferner sprachen einige ÄrztInnen das örtliche Krankenhaus an. Inserate wurden zumeist nicht als zielführend betrachtet, Abgaben seinen durch persönliche Kontakte besser zu erzielen.

Vier weitere in Einzelpraxen tätige AllgemeinmedizinerInnen sowie ein Arzt aus einer Doppelpraxis hatten bereits NachfolgerInnen gefunden. Diese erfolgreiche NachfolgerInnensuche kam durch langfristige private Kontakte und/oder Abgaben innerhalb der Familie zustande. Im Fall der privaten Kontakte waren oftmals mehrere Anläufe nötig, bis die Praxis tatsächlich übernommen wurde. Auch über die Initiative DonauDoc erfolgte eine erfolgreiche Vermittlung.

3.2.6. Veränderungsbereitschaft

Da erfahrungsgemäß in den letzten Jahren vor Abgabe einer Praxis von den ÄrztInnen keine grundlegenden Veränderungen mehr vorgenommen werden, wurden zum Thema möglicher Veränderungen in der eigenen Praxis in den Telefoninterviews nur jüngere ÄrztInnen befragt, die noch länger als 10 Jahre praktizieren (n=9).

3.2.6.1. Personelle Veränderungen

Von den neun interviewten ÄrztInnen berichteten drei, dass sie keine personellen Veränderungen in ihrer Praxis geplant haben. Zwei planten, eine/n WeiterbildungsassistentIn in die Praxis zu nehmen und waren diesbezüglich in Verhandlungen mit der KVBW bzw. auf der Suche nach einer/m geeigneten Arzt/Ärztin in Weiterbildung. Weitere zwei der Befragten berichteten von baulichen Maßnahmen, um ein weiteres Sprechzimmer für eine/n vierten Arzt/Ärztin einzurichten. Eine Ärztin stand in engem Austausch mit einer Studentin im Praktischen Jahr, die sie für die Praxis gewinnen möchte. Eine weitere Ärztin aus einer ÜBAG plante, in Kooperation mit der Dualen Hochschule Karlsruhe „Physician Assistants“ auszubilden, die später zur Entlastung von

ÄrztInnen eingesetzt werden sollen. Außerdem waren in ihrer Praxis die Ausbildung einer/s zweiten WeiterbildungsassistentIn sowie die Gründung eines MVZ in einem Ärztehaus im Nachbarort geplant.

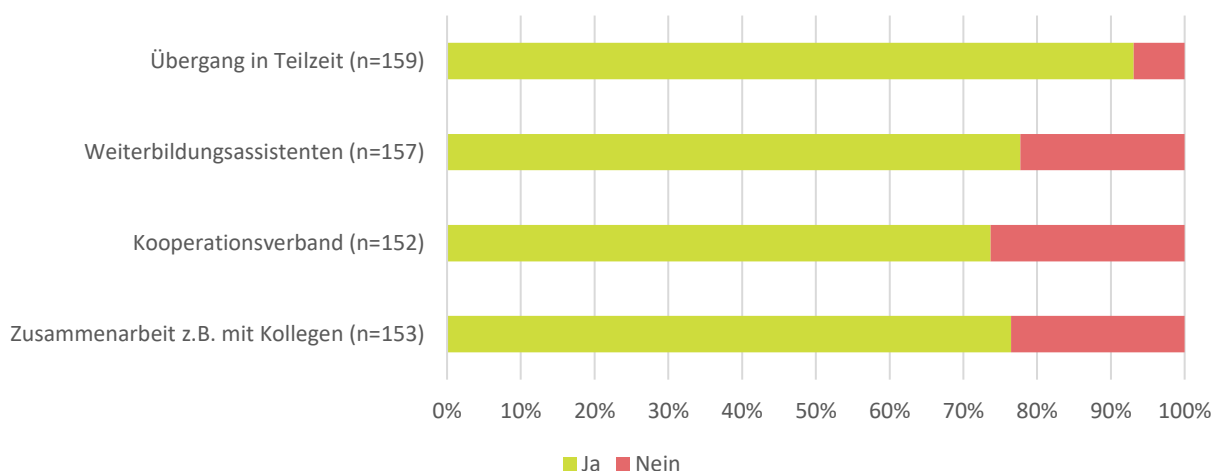
3.2.6.2. *Fachliche Ausrichtung*

Drei ÄrztInnen berichteten von neuen fachlichen Ausrichtungen in ihrer Praxis, z.B. der Behandlung von Kindern, da es keine Pädiater mehr vor Ort gäbe, oder Spezialisierungen im Bereich Betriebs- und Palliativmedizin. Insbesondere BetriebsmedizinerInnen seien in der Region sehr gesucht, da es viele Firmen gebe, die für ihre Zertifizierung eine betriebsmedizinische Betreuung brauchen.

3.2.6.3. *Optionen zur NachfolgerInnensuche und Bereitschaft für alternative Modelle*

Die per Fragebogen befragten ÄrztInnen standen alternativen Optionen zur NachfolgerInnensuche weitgehend offen gegenüber (vgl. Abbildung 12). In den Telefoninterviews gaben die ÄrztInnen an, dass Inserate, z.B. im Deutschen Ärzteblatt oder anderen Fachzeitschriften, wenig erfolgreich seien und darauf heute weitgehend verzichtet würde. Bevorzugt wurden die Abgeberforen von KVBW und Hausärzteverband. Früher sei es üblich gewesen, AssistentInnen am Krankenhaus für die ortsansässige Praxis zu gewinnen. Auch dem Krankenhaus sei hieran gelegen gewesen, da es sich um zuverlässige ZuweiserInnen für das Haus handelte. Heutzutage fänden jedoch auch die Krankenhäuser kein Personal, so dass sie ihre AssistenzärztInnen auch über die Facharztprüfung hinaus selbst behalten wollten.

Abbildung 12: Alternativen für die NachfolgerInnensuche



Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Übergang in Teilzeit

Von den Alternativen der NachfolgerInnensuche kam für die mittels Fragebogen befragten ÄrztInnen mit 93% am häufigsten die Praxisübergabe mit einer Übergangszeit in Frage, in der gemeinsam mit NachfolgerInnen in Teilzeit gearbeitet wird (z.B. Jobsharing). Diese Variante ist ein häufig praktizierter Modus der Abgabe, der allerdings in seiner klassischen Form voraussetzt, dass bereits ein/e NachfolgerIn gefunden wurde. Das Ergebnis bedeutet jedoch auch, dass eine große Mehrheit der ÄrztInnen für schrittweise aufgebaute Übergangsregelungen empfänglich ist. Diese Bereitschaft ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass Übergabemodelle z.B. in Lokalen Gesundheitszentren funktionieren können.

Weiterbildungsassistenten

Die ebenfalls recht übliche Suche nach einer/m NachfolgerIn durch Beschäftigung von WeiterbildungsassistentInnen kam für 78% der Befragten in Frage. Damit verbunden ist ein größerer Aufwand, da eine Weiterbildungsermächtigung beantragt werden muss und die Weiterbildung zusätzlich Zeit in Anspruch nimmt. Die Quote derer, die ausbilden, war bei den ÄrztInnen besonders hoch, die in 4-10 Jahren ihre Praxis abgeben möchten. Die Weiterbildung in den Praxisverbänden war bei den telefonisch befragten ÄrztInnen etwas stärker vertreten als in den Einzelpraxen. Auch die Ausbildung von Studierenden als Famulanten bzw. Blockpraktika AbsolventInnen wurde als Chance wahrgenommen, um persönliche Kontakte zu knüpfen und Werbung für die Arbeit in der Praxis zu machen. Dabei schienen den ÄrztInnen persönliche Kontakte am aussichtsreichsten, um potentielle NachfolgerInnen zu finden. Dies bestätigten Ergebnisse aus den Telefoninterviews: Bei zwei der vier ÄrztInnen, die bereits eine/n NachfolgerIn gefunden hatten, kam der Kontakt über Bekannte zustande. Ein Nachfolger wurde als Weiterbildungsassistent in der Praxis ausgebildet und einmal wurde die Praxisübergabe innerhalb der Familie geregelt.

Kooperation mit KollegInnen oder Kommunen

Die Bereitschaft, mit KollegInnen, den Kommunen und anderen Akteuren gemeinsam um NachfolgerInnen zu werben, war mit 76% insgesamt hoch.

Kooperationsverband / Lokale Gesundheitszentren

Drei Viertel der per Fragebogen befragten ÄrztInnen zeigten die Bereitschaft zu einer gemeinsamen Lösung in Form eines Kooperationsverbands mit Möglichkeiten für Teamarbeit, flexible

Arbeitszeit, Entlastung von administrativen Aufgaben und engem kollegialen Austausch. Der Sachverständigenrat Gesundheit empfiehlt für den ländlichen Raum den Aufbau sogenannter Lokaler Gesundheitszentren (LGZ). Das sind größere Praxen mit ca. 6 HausärztInnen, die z.B. durch einen Zusammenschluss von Einzelpraxen entstehen. Aufgrund ihrer Größe können sie z.B. ÄrztInnen anstellen, Teilzeit- und Teamarbeit anbieten, MFAs zu VersorgungsassistentInnen ausbilden, die die ÄrztInnen von Routinetätigkeiten und Hausbesuchen entlasten. Solche Modelle entsprechen eher den Vorstellungen junger ÄrztInnen über ihre Arbeitsbedingungen als selbstständigen Einzelpraxen.

In den Telefoninterviews wurden alle ÄrztInnen zu ihrer Einstellung bezüglich solcher Kooperationsformen befragt (n=25). Acht der Befragten wollten ihre Praxis nicht in ein Gesundheitszentrum integrieren und sahen diese Art der Patientenversorgung skeptisch. Ihnen fehlte der persönliche Kontakt zu den PatientInnen und ihren Familien vor Ort. Sie befürchteten zudem einen zu weiten Anfahrtsweg für die älter werdende Patientenklientel.

17 ÄrztInnen standen einem Gesundheitszentrum positiv gegenüber und konnten sich vorstellen, ihre Praxis in ein solches Modell zu integrieren. Es wurde berichtet, dass in der Modellregion bereits einige Ansätze existieren, beispielsweise das Ärztehaus in der Neuhauserstrasse in Tuttlingen, in dem es eine intensive Zusammenarbeit von Labor und Praxen gibt. Eine geplante gemeinsame Anmeldung scheiterte jedoch an den unterschiedlichen Vorstellungen der beteiligten ÄrztInnen. In Villingen-Schwenningen gab es ein Arztnetz, das jedoch am Thema der Einführung eines E-Arztbriefes scheiterte. Ebenfalls in Villingen-Schwenningen wurde das Dienstleistungszentrum Goldenbühl initiiert, in dem verschiedene Einzelpraxen unter einem Dach vereint sind. Die Zusammenarbeit untereinander könnte nach Meinung der Befragten noch vertieft werden. In der Region Schonach/Triberg/Schönwald gab es Bestrebungen für einen Zusammenschluss einzelner ÄrztInnen. In St. Georgen wurde ein Ärztehaus von einem Arzt gemeinsam mit einem privaten Bauherrn realisiert. In Schramberg und Umgebung würden die „regio-docs“ an den vier Standorten Hardt, Aichhalden, Eschbronn und Sulgen praktizieren. Demnächst solle noch ein weiterer Standort in Form eines MVZ in Schramberg entstehen. Das Modell der „regio-docs“ umfasst insgesamt 9 ÄrztInnen der Fachrichtungen Allgemeinmedizin (7), Gynäkologie (1) und Innere Medizin (1), die flexibel an den vier Standorten tätig sind. Die PatientInnen können ortsnahe an einem Standort versorgt werden, oder sie reisen „ihrer/m“ Arzt/Ärztin maximal 15 km hinterher. Die befragten ÄrztInnen berichteten, dass sich die Umsetzung derartiger Modelle generell aber eher schwierig gestalten. Diejenigen PraxisinhaberInnen, die kurzfristig in den kommenden drei Jahren ihre Praxis abgeben wollten, würden die eigene Praxis gerne in einem bereits bestehenden Gesundheitszentrum integrieren, ohne jedoch selbst

Aufbauarbeit leisten zu müssen. Diese wichtigen Punkte wurden für eine Diskussion in den Zukunftswerkstätten aufgenommen.

3.3. Zwischenfazit

Das Modellprojekt wurde einer Region durchgeführt, in der absehbar der Versorgungsbedarf steigt: Die Bevölkerungszahl bleibt bis 2035 weitgehend konstant, während der Anteil hochaltriger BewohnerInnen mit hohem individuellen Behandlungsbedarf steigt. Gleichsam muss damit gerechnet werden, dass die (Mittel-)Zentren weiter wachsen, während die ländlich geprägte Peripherie EinwohnerInnen verliert.

Die Versorgung war zum Zeitpunkt der Erhebung im Modellprojekt noch weitgehend gesichert. Die Altersstruktur der Ärzteschaft zeigte jedoch, dass eine große Zahl von Praxisabgaben durch den Eintritt älterer ÄrztInnen in den Ruhestand unmittelbar bevorsteht. Es gilt, die in diesen Praxen erfüllten Versorgungsaufträge in der Region durch Nachbesetzung mit jüngeren NachfolgerInnen zu erhalten.

Die Ärzteschaft in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg ist sich durchaus bewusst, dass es schwierig ist, den ärztlichen Nachwuchs für die Selbständigkeit in eigener Praxis zu gewinnen. Das zeigt die hohe Teilnahmequote an der schriftlichen Befragung von 46% und die Bereitschaft, für ein Telefoninterview zur Verfügung zu stehen. Die Versorgung ist dominant in Einzel- und Kleinpraxen organisiert. Dieser Umstand erschwert die NachfolgerInnensuche, da die jüngere Ärztegeneration weniger Bereitschaft zeigt, in traditionellen Strukturen zu arbeiten. Die junge Generation bevorzugt vielfach flexible Arbeit im Angestelltenverhältnis mit Möglichkeit der Teilzeitarbeit und der Arbeitsteilung im Team. Diese Dichotomie von Anspruchshaltung und Strukturen in der Region wird durch die Ärzteschaft vor Ort erkannt: Die Befragungen haben gezeigt, dass der überwiegende Teil der praktizierenden Ärzteschaft das Modell der Kooperationen mit der Möglichkeit in Teilzeit und im Team zu arbeiten als zukunftsträchtig ansieht. Eine erfolgreiche NachfolgerInnensuche in derzeit vorherrschenden, kleinteiligen Strukturen wird als schwer bis unmöglich betrachtet; neben einzelnen Berichten zu aus intensivem Engagement entstandenen Erfolgen herrscht insbesondere bei den HausärztInnen Pessimismus vor. Dieser mag durchaus ein Ausdruck von Resignation sein – wie in den Telefoninterviews deutlich wurde, erwarten viele ältere ÄrztInnen, dass sie ihre Praxis ohnehin nicht mehr abgeben können.

Dennoch ist die Zahl derer, die sich aktiv auf der Suche nach NachfolgerInnen befinden, bei den unmittelbar abgabewilligen und den über-65-Jährigen bei Weitem am höchsten. Die Praxisabgabe bleibt damit ein Thema, das trotz bekannter Schwierigkeiten erst kurzfristig betrach-

tet wird. Das Überangebot an abzugebenden Praxen wird als Hemmfaktor in der Nachbesetzung ebenso erkannt wie die Praxisgröße (Einzel- und Kleinpraxis) und die Praxisausstattung. Dasselbe gilt für den Bedarf nach neuen, attraktiven Praxisstrukturen. Grundsätzlich zeigte die Befragung eine große Veränderungsbereitschaft und eine potenziell große Akzeptanz für alternative Modelle.

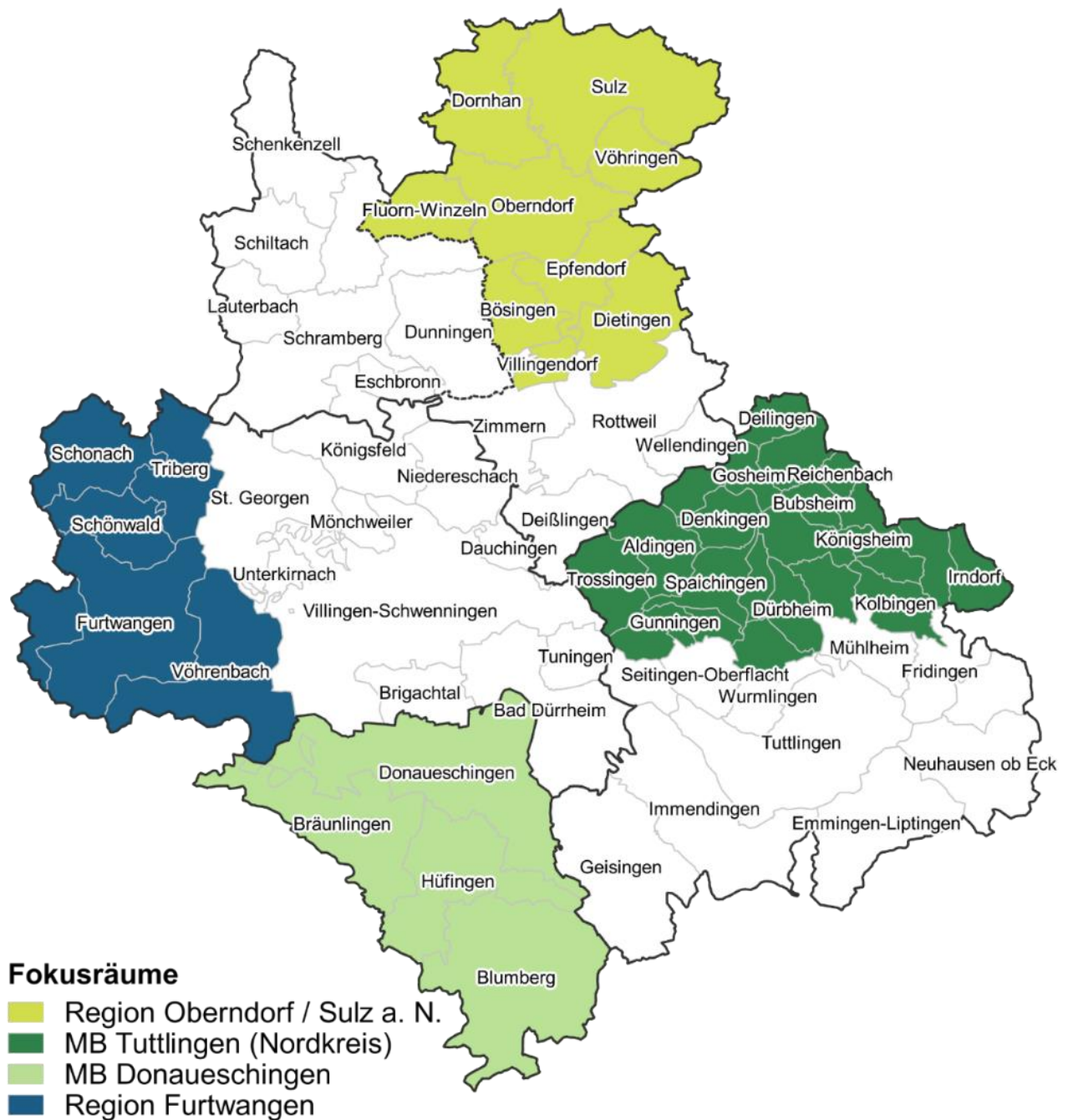
3.4. Auswahl von vier Fokusräumen

Abbildung 13 zeigt die in Abstimmung mit der Lenkungsgruppe festgelegten Fokusräume, auf die die weitere Projektarbeit ausgerichtet wurde. In einem Abgleich von drei als ausschlaggebend für die Versorgungslage bestimmten Kriterien wurden vier Fokusräume festgelegt, in denen kurz- und mittelfristig der größte Handlungsbedarf in der Sicherung der ambulanten Versorgung vermutet wurde und die den räumlichen Bezug für die weitere Arbeit im Projekt bieten sollten.

Hierzu wurden die Gemeinden bestimmt, die im hausärztlichen Bereich den größten kurzfristigen Nachfolgerbedarf haben, bereits im Status Quo eine große Patientenmobilität und Verknüpfungen mit Zentren der Versorgung aufweisen und über eine geringe Infrastrukturdichte verfügen. In Abgleich mit den bestehenden Mittelbereichen als Bezugsraum für die hausärztliche Bedarfsplanung sowie den dort geltenden Versorgungsgraden wurden Regionen definiert, die ein oder mehrere Zentren mit in der Versorgung auf diese ausgerichteten Umlandgemeinden beinhalten und eine akute oder absehbare Bedarfslage aufweisen. Hierbei wurden neben der Datenlage auch die strukturellen Gegebenheiten berücksichtigt. So wurden die Mittelbereiche nicht überschritten und nur Räume definiert, die nicht in gesperrten Mittelbereichen liegen, um im weiteren Verlauf zu begründende Kooperationen nicht von vornherein vor zulassungstechnische Hürden zu stellen.

Die Ergebnisse wurden anschließend der Lenkungsgruppe vorgelegt und anhand ihrer vertieften Kenntnisse über die Situation vor Ort entsprechend qualifiziert und festgelegt. Auf Basis dieser Festlegung wurde die in den folgenden Kapiteln beschriebene regionale Arbeit im Modellprojekt organisiert.

Abbildung 13: Fokusräume zur Sicherung der ambulanten Versorgung (erste Reihe von Zukunftswerkstätten)



Darstellung: Quaestio/IfA. Kartengrundlage: openstreetmap.

4. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

4.1. Fokusraum Furtwangen

Kernergebnisse

- Eine Initiativgruppe zum Aufbau eines LGZ wurde gegründet
- Kommunale Beteiligung an der Trägerschaft wird durch die Ärzteschaft abgelehnt
- Ärzteschaft beharrt auf ärztlicher Selbstbestimmung
- Rolle der Kommunen auf Unterstützung beschränkt (in Gründungs- und Betriebsphase)
- Dezentrale Versorgungsstrukturen werden befürwortet: Zwei Hauptstandorte
- Die Initiativgruppe baut Kontakt zu bestehenden guten Beispielen auf, die KVBW bietet zusätzliche Vor-Ort-Beratung für niedergelassene ÄrztInnen an

Kurzempfehlungen

- Umsetzungskonzept durch Initiativgruppe ausarbeiten
- Prozess von kommunaler Seite aktiv vorantreiben und unterstützen (z.B. organisatorisch)
- Kooperationsangebot der Kommunen aufrechterhalten (inkl. Trägerschaftsoption)
- Gemeinsam mit neu vernetzten Ärzten aktiv potenziell an Kooperation interessierte auswärtige ÄrztInnen ansprechen
- „Public Health-Perspektive“ und Kerngedanken des LGZ gegenüber reinen Betriebsvergrößerungen beibehalten

4.1.1. Ausgangssituation im Fokusraum

Der Fokusraum umfasst die Städte Furtwangen, Triberg und Vöhrenbach sowie die Gemeinden Schönwald und Schonach im Westen des Schwarzwald-Baar-Kreises. Die Bevölkerungszahl lag 2015 bei 25.259 Personen; bis 2035 wird diese Zahl um 6,1% schrumpfen, die Zahl der über 65-jährigen steigt um 20,8%. Der Behandlungsbedarf geht damit voraussichtlich leicht um ca. 1,6% zurück.

In der Region herrscht eine Praxisstruktur aus Einzelpraxen und kleinen Gemeinschaftspraxen mit zwei ÄrztInnen vor. Mit sechs ÄrztInnen ist Furtwangen der stärkste Standort, gefolgt von Triberg und Vöhrenbach mit vier bzw. drei ÄrztInnen. Schönwald und Schonach verfügen lediglich über je eine/n Hausarzt/Ärztin, während in Gütenbach kein/e Arzt/Ärztin niedergelassen ist. Die ÄrztInnen in Furtwangen sind größtenteils jünger als 60 Jahre, während Schönwald, Scho-

nach und Vöhrenbach altersbedingt unmittelbaren Nachbesetzungsbedarf aufweisen. 80% der PatientInnen aus Furtwangen werden vor Ort versorgt, während die hausärztliche Leistungserbringung vor Ort in Vöhrenbach unter 80%, in Triberg und Schonach unter 60% und in Schönwald unter 40% liegt. Der Versorgungsgrad lag am 24. Oktober 2017 bei 107; der Fokusraum Furtwangen gehört jedoch zum Mittelbereich Villingen-Schwenningen, dessen Versorgung stark auf die Doppelstadt ausgerichtet ist. Die Versorgungsdichte im Fokusraum ist damit deutlich geringer.

Die Ärzteschaft in der Region Furtwangen schätzt die Chancen einer erfolgreichen NachfolgerInnensuche als sehr gering ein. Dieser Pessimismus basiert vorwiegend auf der Einschätzung, dass die nachzubesetzenden kleinen, eher schlecht ausgestatteten Einzelpraxen schwer abzugeben sind. Ebenfalls erkennen die ÄrztInnen die Konkurrenzsituation, in der sie bei der gleichzeitigen NachfolgerInnensuche stehen. Die Bereitschaft, mit Kollegen vor Ort, per Jobsharing und/oder durch die Beschäftigung von WeiterbildungsassistentInnen zu kooperieren ist ausgeprägt; die Möglichkeit einer größer angelegten Kooperation bspw. mit den Kommunen wird ebenfalls gesehen. Angesichts der geringen Infrastrukturdichte im Fokusraum ist die Region für potenzielle PraxisnachfolgerInnen nur als eingeschränkt attraktiv einzuschätzen.

4.1.2. Prozess und Ergebnisse

Im Fokusraum Furtwangen war die Resonanz der HausärztInnen und der Kommunen erfreulich groß. Von der Ärzteschaft wurde auf der ersten Zukunftswerkstatt am 24. Oktober 2017 geäußert, dass in den kommenden Jahren weitere Schließungen von Arztpraxen drohen und sich somit die Lage weiter verschlechtern wird. Es wurden Sicherungsbedarfe sowohl in den Teilgemeinden des Fokusraums als auch für den gesamten Fokusraum gültige Versorgungsrisiken formuliert. Das Interesse am Aufbau von LGZ war zunächst hoch.

Dementsprechend wurde in der Vertiefungsphase ein Kooperationskonzept für die interessierte Ärzteschaft entwickelt. In einer an die Ärzteschaft im Fokusraum gerichteten telefonischen Umfrageaktion wurden potenzielle ärztliche PartnerInnen identifiziert, ein dezentral organisiertes räumliches Strukturkonzept erarbeitet, eine wirtschaftliche Modellrechnung durchgeführt und mögliche Rechts- und Gesellschaftsformen geprüft. Besonderes Augenmerk wurde auf die Kooperationspotenziale mit den Kommunen gelegt. Auf Initiative des Bürgermeisters Wörpel der Gemeinde Schönwald im Schwarzwald wurde für den 13. April 2018 ein Abstimmungsgespräch der Bürgermeister im Fokusraum einberufen. Hierbei wurde ein gemeinsames Bekenntnis zur aktiven Sicherung der Versorgung formuliert: Sofern andere Akteure (KVBW, Ärzteschaft) nicht

aktiv werden, würden die Kommunen die Gründung eines kommunalen MVZ in Eigenregie anstreben. Dazu würden eine interkommunale Kooperation und ein gemeinsames Überwinden von „Kirchturmdenken“ notwendig: Ein Verständnis als Region müsse vorherrschen, nachdem nicht jede Kommune einen eigenen Praxisstandort fordere, sondern in Kategorien von Erreichbarkeit gemeinsamer Praxisstandorte für die eigene Bevölkerung gedacht und agiert wird.

In einer zweiten Zukunftswerkstatt am 14. Mai 2018 zeichneten sich weitere gemeinsame Positionen von Ärzteschaft und Kommunen ab. Der Vorschlag einer dezentralen räumlichen Struktur mit Hauptstandorten in Furtwangen sowie in der Region Schonach / Schönwald / Triberg wurde unterstützt. Die Möglichkeit einer gemeinsamen Trägerschaft in Kooperation von niedergelassener Ärzteschaft und Kommunen wurde positiv aufgenommen. Die zuvor intern formulierte Zusage zu einer interkommunalen Kooperation wurde erneuert, sodass die Kernfrage der wirtschaftlichen und juristischen Verantwortungsübernahme in der Trägerschaft zunächst geklärt schien. Besondere fachliche Potenziale einer kommunalen Beteiligung wurden in flankierenden Leistungen, wie z.B. dem Betrieb von Immobilien und ergänzenden Mobilitätsangeboten für Patienten, gesehen. Eine Initiativgruppe aus neun ÄrztInnen und den sechs Kommunen der Fokusregion wurde gegründet mit dem Ziel, den Aufbau eines LGZ in der Region voranzutreiben.

In einer außerhalb des Modellprojekts durch den Schwarzwald-Baar-Kreis beauftragten dritten Werkstattveranstaltung am 19. Juli 2018 wurde die Auftaktsitzung der Initiativgruppe durchgeführt. Erstes Ziel hierbei war es, die zentrale Frage der wirtschaftlichen und juristischen Trägerschaft zu klären. Im Gegensatz zum Ergebnis der vorangegangenen Zukunftswerkstatt wurde eine kommunale Beteiligung an der Trägerschaft eines zu gründenden LGZ abgelehnt und auf die Bedeutung ärztlicher Selbstbestimmung für den Gründungsprozess eines LGZ sowie für die ärztliche Tätigkeit und das damit verbundene Selbstverständnis der niedergelassenen Ärzteschaft verwiesen. Somit wird nach derzeitigem Stand die Rolle der Kommunen geringer ausfallen als zunächst impliziert; eine kommunale oder gemeinsame Trägerschaft erscheint damit zum Berichtszeitpunkt unwahrscheinlich. Gleichzeitig gab es aus der Ärzteschaft keine explizite Bereitschaft, die Trägerrolle für ein LGZ mit Fokus auf die nachhaltige Sicherung der Versorgung durch Steigerung der Attraktivität der Region für junge ÄrztInnen zu übernehmen. Vielmehr standen in der Diskussion die Weiterführung des durch das Modellprojekt entstandenen Dialogs und die behutsame Erweiterung der eigenen Praxisstrukturen im Mittelpunkt. Ob in diesem Rahmen von einzelnen TeilnehmerInnen potenziell ein engerer wirtschaftlicher Zusammenschluss im Sinne von LGZ gewünscht ist, konnte noch nicht geklärt werden.

In den nächsten Schritten wird die Initiativgruppe ein Umsetzungskonzept zur Etablierung von ärztlich geführten LGZ ausarbeiten. Um in den Austausch mit in der Region vorhandenen guten Beispielen zu treten, wird durch die Kommunen eine Besichtigung der Regiopraxis Baiersbronn organisiert. Weiterhin wird die KVBW einen Vor-Ort-Beratungstermin anbieten.

4.1.3. Empfehlung zum weiteren Vorgehen

Im Fokusraum Furtwangen bieten sich zunächst gute Voraussetzungen, die Arbeit der Initiativgruppe in einer durch ÄrztInnen und Kommunen getriebenen Kooperation voranzutreiben. Als unmittelbare nächste Schritte sollten die in der konstituierenden Sitzung beschlossenen Termine zum Austausch mit der Regiopraxis Baiersbronn und der Beratungsstelle der KVBW wahrgenommen werden.

Die Ärzteschaft hat sich klar gegen eine nichtärztliche Trägerschaft ausgesprochen und damit impliziert, dass für sie nur eine ärztlich getragene Kooperation in Frage kommt. Die Kommunen sollten sich jedoch keinesfalls aus den Verantwortungspositionen innerhalb der Initiativgruppe sowie im Handlungsfeld der Versorgungssicherung verabschieden. Vielmehr wird es ihre Aufgabe sein, den Ausarbeitungsprozess organisatorisch durch Einladungen zu Sitzungen der Initiativgruppe sowie Moderation und Dokumentation der Sitzungen zu unterstützen und so auf die Ausarbeitung eines Umsetzungskonzepts durch die Initiativgruppe hinzuwirken. Auch können sie Kontakte, z.B. zur Regiopraxis Baiersbronn, herstellen. Wenngleich das Engagement der Kommunen als Träger in der derzeitigen Konstellation nicht erwünscht scheint, sollten die Möglichkeiten zur Unterstützung durch die Kommunen weiter betont und offen gehalten werden. Hierzu kann die Vermittlung von Immobilien genauso zählen wie die Bereitstellung von Mobilitätsangeboten. Auch das Angebot einer Beteiligung an der Trägerschaft sollte unbedingt offen bleiben.

Weiterhin wird es Aufgabe der Kommunen sein, den angestoßenen Prozess kritisch zu betrachten. Risiko eines alleine durch die Ärzteschaft getragenen Prozesses ist es, dass das erklärte Ziel einer Verbesserung der Versorgungslage sowie der Attraktivität der Region für den ärztlichen Nachwuchs zugunsten der eigenen, kleinteiligen Praxisentwicklung aus den Augen verloren wird. Somit wird es auch Aufgabe der Kommunen sein, die Ausrichtung des Prozesses im Auge zu behalten, bei Bedarf nachsteuernd einzugreifen und notfalls Konsequenzen aus Fehlentwicklungen zu ziehen (vgl. Kapitel 5.5).

In der Initiativgruppe deutete sich an, dass neben jungen ÄrztInnen an den Universitäten auch an Krankenhäusern wechselwillige ÄrztInnen zu finden sind, die unter bestimmten Bedingungen

die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner auf sich nehmen und in die Niederlassung gehen würden. Möglicherweise lassen sich auf diesem Weg bereits potenzielle WeiterbildungsassistentInnen und/oder Angestellte für ein LGZ rekrutieren. Ergänzend zur Arbeit in der Initiativegruppe sollten die Kommunen somit versuchen, Kontakt zu solchen potenziellen KandidatInnen aufzubauen. Hierzu müssen wechselwillige ÄrztInnen identifiziert und die Pläne der Initiativegruppe offensiv an diese Zielgruppe herangetragen werden.

4.2. Fokusraum Donaueschingen

Kernergebnisse

- Eine Initiativegruppe zum Aufbau eines LGZ wurde gegründet
- Die Kommunen sehen eigenes Engagement als Ultima Ratio
- Die KVBW betont Streben nach Lösungen unter Bewahrung ärztlicher Freiberuflichkeit
- Die Praxis Dr. Grohmann soll vergrößert werden; hierzu legt Dr. Grohmann ein Konzept vor
- Die KVBW wird eine Vernetzungsveranstaltung ausrichten, um zusätzliche ärztliche Akteure zu mobilisieren

Kurzepfehlungen

- Planungen aus der Ärzteschaft flankierend unterstützen
- Potenziellen Beitrag unterstützter Projekte zur Versorgungssicherung evaluieren
- Möglichkeit der gemeinsamen Trägerschaft durch Kommunen und KVBW insbesondere bei weiterer Verschlechterung der Versorgungslage weiter beleuchten

4.2.1. Ausgangssituation im Fokusraum

Der Fokusraum umfasst die Gemeinden Blumberg, Bräunlingen, Donaueschingen und Hüfingen, die einen gemeinsamen Mittelbereich bilden und dem Schwarzwald-Baar-Kreis angehören. In den Gemeinden lebten 2015 45.056 Personen. Wie in allen Fokusräumen wird für den Fokusraum Donaueschingen durch das Statistische Landesamt Baden-Württemberg bis 2035 ein leichter Bevölkerungsrückgang prognostiziert. Damit einher geht eine Zunahme der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre um 44,3%. Als Konsequenz ist für die Zukunft mit einem Wachstum des altersbedingten Behandlungsbedarfs um ca. 8% zu rechnen.

Die Praxisstruktur in der Region ist geprägt von Einzelpraxen (n=13) und zwei kleinen Gemeinschaftspraxen mit je zwei ÄrztInnen. Außerdem existiert eine größere Praxisgemeinschaft mit

fünf ÄrztInnen am Standort Donaueschingen. Die stärksten Versorgungsstandorte sind Donaueschingen und Blumberg mit elf bzw. sieben niedergelassenen HausärztInnen. Drei HausärztInnen sind außerdem in Bräunlingen und einer in Hüfingen niedergelassen. Während die hausärztliche Altersstruktur in Donaueschingen mit 36,4% noch einen geringen Anteil über 60-jähriger ÄrztInnen aufweist, liegt der Altersdurchschnitt in Blumberg und Bräunlingen mit 71,4% bzw. 66,7% deutlich höher. Die Versorgung dieser Gemeinden findet überwiegend im Fokusraum statt. 11% der PatientInnen aus Donaueschingen nutzen Arztstandorte in Villingen-Schwenningen; 24% der PatientInnen aus Hüfingen suchen Praxen in Löffingen auf, weitere 9% in Villingen-Schwenningen.

Zum 24. Oktober 2017 betrug der Versorgungsgrad im Mittelbereich Donaueschingen 82,7%. Die Hälfte der ÄrztInnen wird in den kommenden fünf Jahren das Rentenalter erreichen. In der Ärztebefragung wurde die Möglichkeit, NachfolgerInnen zu finden, von allen Befragten im Fokusraum aber als „eher schwierig“ bis „nahezu unmöglich“ eingeschätzt. Gleichzeitig haben fünf dieser neun Befragten die Suche noch nicht begonnen. Diese Einschätzungen waren pessimistischer als die der Befragten im restlichen Schwarzwald-Baar-Kreis. Begründet wurden die Sorgen einerseits durch die Konkurrenzsituation, die durch die gleichzeitige NachfolgerInnensuche mehrerer ÄrztInnen in der Region entsteht. Außerdem wurde als Problem erkannt, dass Einzelpraxen mit z.T. veralteter Ausstattung für den Nachwuchs vermutlich nicht sehr attraktiv sind. Unter den befragten ÄrztInnen besteht die Bereitschaft zur Kooperation und ggf. zum Zusammenschluss mit anderen KollegInnen. Auch Jobsharing wurde als mögliche Übergangslösung bei Praxisabgabe befürwortet. Zwei Drittel der Befragten wären bereit, Weiterbildungsassistenten auszubilden. Kooperationen mit der Kommune wurden ebenso überwiegend befürwortet. Die Infrastrukturdichte im Fokusraum ist in Blumberg am geringsten, was sich hemmend auf die dort anstehenden Nachbesetzungen auswirken könnte.

4.2.2. Prozess und Ergebnisse

Der Prozess im Fokusraum Donaueschingen war bereits in der ersten Zukunftswerkstatt durch geringe Teilnahmebereitschaft aus der lokalen Hausärzteschaft geprägt. Auf der ersten Werkstatt am 9. November 2017 war noch eine größere Zahl von FachärztInnen vertreten. In diesem Kontext wurde Interesse an fachgruppenübergreifenden Ärzte-Kooperationen geäußert. Hierbei musste festgestellt werden, dass Versorgungsrisiken insbesondere im defizitären hausärztlichen Bereich bestehen. Hier wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Praxen ohne NachfolgerIn geschlossen, wodurch bereits jetzt eine starke Belastung auf die noch bestehenden Praxen ausgelöst wird. In größeren Strukturen operiert derzeit die überregional agierende

Praxis Dr. Grohmann, die mit einem Standort im Fokusraum vertreten ist. Ein weiterer Wunsch der (Fach-)Ärzeschaft war die Etablierung einer Plattform oder eines Forums für den Austausch zwischen ÄrztInnen und Kommune.

Im weiteren Vorgehen wurden die Grundzüge eines Kooperationskonzepts mit hausärztlichem Kern für die Ärzteschaft entwickelt. Analog zum Vorgehen im Fokusraum Furtwangen sollten zunächst in einer Telefonaktion potenzielle Partner unter den ÄrztInnen identifiziert werden. Dabei wurde deutlich, dass insbesondere in der Hausärzteschaft kaum Interesse an Kooperationen und innovativen Modellen besteht. Unter diesen Voraussetzungen werden aus der niedergelassenen Ärzteschaft getragene Zentren im Fokusraum Donaueschingen nur schwer umsetzbar sein. Die potenziellen Träger beschränken sich somit auf Kommunen, Schwarzwald-Baar-Klinikum und KVBW. KVBW und Klinikum hatten bereits signalisiert, dass keine Bereitschaft zum Aufbau eines Eigenbetriebs besteht. Entsprechend wurden mögliche Rechts- und Gesellschaftsformen für ein kommunal betriebenes LGZ herausgearbeitet, ein räumliches Strukturkonzept entwickelt und eine wirtschaftliche Modellrechnung durchgeführt.

Die geringe Teilnahmebereitschaft aus der Ärzteschaft setzte sich in der zweiten Zukunftswerkstatt am 16. Mai 2018 fort. Im Ergebnis wurde mangels ärztlicher Handlungsbereitschaft eine kommunale Initiativgruppe zur Umsetzung von LGZ unter Beteiligung der vier Städte und Gemeinden des Fokusraums sowie der KVBW gegründet. Durch die Kommunen wurde die Option einer gemeinsamen Trägerschaft mit der KVBW in die Diskussion gebracht; diese Möglichkeit wird insbesondere vor dem Hintergrund einer drohenden Unterversorgung und den damit einhergehenden Handlungsmöglichkeiten der KVBW (u.a. Eigenbetriebe) zu prüfen sein. Eine Beteiligung der niedergelassenen ÄrztInnen bleibt weiterhin ausdrücklich erwünscht, auch in Form der späteren Übernahme eines aufgebauten LGZ, bleibt jedoch mangels Teilnahmebereitschaft hypothetisch.

Analog zum Vorgehen im Fokusraum Furtwangen fand am 17. Juli 2018 eine vom Schwarzwald-Baar-Kreis zusätzlich beauftragte erste Sitzung der Initiativgruppe statt. Auf dieser Sitzung wurde entgegen dem Tenor der zweiten Zukunftswerkstatt durch Kommunen und KVBW ein klares Bekenntnis zu freiberuflichen Lösungen ohne kommunale Beteiligung formuliert. Die Kommunen wollen demnach nur als Ultima Ratio aktiv werden, wenn die Ansätze sämtlicher anderer Akteure versagen. Damit wird weiterhin auf Initiative der Ärzteschaft gehofft. Diese Hoffnung speist sich auch aus den Bestrebungen einer einzelnen Praxis zur Betriebsvergrößerung. Diese wurde als potenzieller Nukleus für die Gründung von LGZ interpretiert und wird im Rahmen ihrer geplanten Praxisentwicklung ein Konzept zur Weiterentwicklung der bisherigen

Ideen vorlegen. Die KVBW plant zusätzlich eine weitere Mobilisierungsveranstaltung im Fokusraum Donaueschingen, um weitere ärztliche Kooperationspartner für freiberuflich getragene Versorgungslösungen zu identifizieren.

4.2.3. Empfehlung zum weiteren Vorgehen

Der präferierte Ansatz zum Abschluss des Teilprojekts im Fokusraum Donaueschingen liegt darin, dass eine einzelne Praxis umfangreiche innovative Strukturen mit überregionaler Wirkung im Sinne eines Lokalen Gesundheitszentrums etabliert und dadurch die Versorgungslage entlastet. Dieses Vorgehen entspricht in den Grundzügen dem Idealbild einer ärztlich-freiberuflichen Versorgungsstruktur. Im bisherigen Prozess wurde jedoch nicht abschließend deutlich, ob die aus eigenen betriebswirtschaftlichen Überlegungen heraus angestrebte Betriebsentwicklung der im Fokusraum agierenden Praxis dem Anspruch einer umfassenden Sicherung der hausärztlichen Versorgung gerecht werden will und kann. Der Praxisbetreiber hat angekündigt, ein Konzept für die Praxiserweiterung vorzulegen und damit eine Grundlage für die weitere mögliche Zusammenarbeit zu präsentieren. Hiervon ausgehend werden Entscheidungen über das weitere Vorgehen zu treffen sein.

Die Städte und Gemeinden im Fokusraum werden sich jedoch unabhängig von dem Inhalt des Konzepts weiter mit dem Thema befassen müssen. In jedem Fall wird es zunächst ihre Aufgabe sein, den in der Initiativgruppe angestoßenen Prozess der Konzeptentwicklung und Kooperation am Leben zu erhalten. Hierzu muss enger Kontakt mit der Praxis gehalten werden, in dem auch auf eine zeitnahe Vorlage des Konzepts zu beharren ist. Sowie das Konzept vorliegt, ist es kritisch auf sein Potenzial zur Verbesserung der Versorgung und zur Erhöhung der Attraktivität der Region zu prüfen (vgl. Kapitel 5.5). Sofern es als realistisch umsetzbarer und in seinem Maßstab ausreichend wirksamer Beitrag zur Versorgungssicherung beurteilt wird, werden mögliche kommunale Beiträge zur Unterstützung zu prüfen und im Dialog mit der Praxis zu entwickeln sein.

Auch wenn im Rahmen der Betriebsentwicklung eine Erweiterung der einen aktiven Praxis im Fokusraum erfolgt, bleibt es fraglich, ob der Umfang der Erweiterung ausreicht, um das sich zuspitzende Versorgungsdefizit abzufedern. Um einen nennenswerten Beitrag zur Abkehr des Versorgungsdefizits zu erzielen, wäre eine Erweiterung in den Fokusraum hinein nötig, die die derzeitige Gesamtgröße der Praxis übertrifft. Eine Kooperation mit weiteren bereits vor Ort niedergelassenen HausärztInnen würde – wenn sie durch die derzeit aktive Praxis mitgetragen würde – eine Chance bieten, die notwendige Größe im Fokusraum zu erreichen. Die Mobilisie-

rungsveranstaltung der KVBW stellt einen Versuch dar, weitere HausärztInnen aus der Region für eine Kooperation zu gewinnen. Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt zeigen jedoch, dass die niedergelassenen HausärztInnen im Fokusraum Donaueschingen bisher nicht zu mobilisieren waren. Daher bleibt es aus unserer Sicht unwahrscheinlich, dass die im Fokusraum verfolgten Ansätze zu einer umfassenden ärztlichen Initiative führen.

Das im Prozess bereits zur Sprache gebrachte Potenzial einer gemeinsamen Trägerschaft eines LGZ durch Kommunen und KVBW sollte vor diesem Hintergrund erneut beleuchtet werden. Die vier Städte und Gemeinden im Fokusraum sollten unabhängig von den oben skizzierten Entwicklungen erneut in den direkten Kontakt mit der KVBW treten und gemeinsam prüfen, ob eine solche Kooperation zum Aufbau und Betrieb eines LGZ möglich ist. Sofern die KVBW jegliche Form von Eigenbetrieb ablehnt, sollte das bereits andiskutierte Konzept eines kommunalen MVZ konkretisiert und zur Umsetzung geführt werden. Die im Modellprojekt angestellten Überlegungen zu Standortverteilung und -größe können für beide Konstellationen einbezogen werden.

4.3. Tuttlingen Nordkreis; Landkreis Tuttlingen

Kernergebnisse

- Ein Eckpunktekonzert zur Nachwuchsförderung wurde erarbeitet
- Der Gründungsprozess für einen Weiterbildungsverbund konnte angestoßen werden
- Eine Servicestelle soll die Nachwuchsförderung im Landkreis verstetigen
- Eine Handreichung zur Versorgungssicherung wurde erarbeitet

Kurzempfehlungen

- Arbeit der Initiativgruppe zur Gründung eines Weiterbildungsverbunds verstetigen
- Den Weiterbildungsverbund umsetzen und eine Servicestelle einrichten
- Bereitschaft für lokale Dialogprozesse klar signalisieren, Kontakt zu Ärzten aufnehmen

4.3.1. Ausgangssituation im Fokusraum

Mit 25 Städten und Gemeinden ist der Fokusraum Tuttlingen Nordkreis der größte Teilraum im Projekt. Er umfasst die Gemeinden von den Kleinstädten Spaichingen und Trossingen im Westen bis zu den östlich gelegenen, kleinteilig gegliederten dörflichen Gemeinden auf dem Heuberg. Der Fokusraum hatte 2015 66.261 EinwohnerInnen und wird bis 2035 leicht wachsen.

Durch eine deutliche Zunahme der über 65-jährigen Bevölkerung von 43,6% ist mit einem Anstieg des Behandlungsbedarfs um ca. 12,1% zu rechnen.

Die Praxisstruktur in der Region ist stark von Einzelpraxen und kleinen Gemeinschaftspraxen mit zwei ÄrztInnen geprägt. Die stärksten Versorgungsstandorte sind die Städte Trossingen und Spaichingen mit zehn bzw. neun niedergelassenen HausärztInnen. Aldingen verfügt über sechs niedergelassene ÄrztInnen, Gosheim über drei und Wehingen über zwei. Jeweils ein/e Hausarzt/Ärztin ist in Denkingen, Frittlingen, Kolbingen und Rietheim-Weilheim tätig. In den 16 weiteren Gemeinden des Fokusraums sind keine HausärztInnen niedergelassen. Bei diesen Gemeinden handelt es sich um sehr kleinteilige und relativ gering besiedelte Gemeinden auf dem Heuberg. PatientInnen aus diesen Gemeinden werden vorwiegend innerhalb des Fokusraums versorgt. Eine besondere Rolle spielen dabei die Gemeinden Gosheim und Wehingen sowie die Stadt Spaichingen. Für die Versorgung des Fokusraums relevante, aber außerhalb des Fokusraums gelegene Gemeinden sind Seitingen-Oberflacht, Fridingen a. d. D. und Mühlheim a. d. D.. Denkingen, Rietheim-Weilheim und das für die Versorgung wichtige Spaichingen weisen aufgrund der Altersstruktur der Ärzteschaft einen besonders ausgeprägten Nachbesetzungsbedarf auf. Die Altersstruktur in den Praxen auf dem Heuberg ist hingegen vergleichsweise jung. Der Versorgungsgrad in Tuttlingen liegt bei 90,4% (Stand: 24.10.2017).

Die Chancen der NachfolgerInnensuche wurden von elf der zwölf in der Region schriftlich befragten ÄrztInnen als „eher schwierig“ bis „nahezu unmöglich“ eingeschätzt. Gleichzeitig hatten zehn dieser ÄrztInnen die Suche noch nicht begonnen. Diese Ergebnisse decken sich mit den Befragungsergebnissen im Landkreis Tuttlingen. Begründet wurden die Sorgen vorwiegend durch die Konkurrenzsituation, die durch die gleichzeitige NachfolgerInnensuche mehrerer ÄrztInnen in der Region entsteht. Unter den befragten ÄrztInnen besteht die Bereitschaft zur Kooperation und ggf. zum Zusammenschluss mit anderen KollegInnen. Jobsharing als mögliche Übergangslösung bei Praxisabgabe wurde befürwortet. Die Hälfte der Befragten wäre bereit, Weiterbildungsassistenten auszubilden und auf eine Kooperation mit der Kommune einzugehen.

Die Dichte des medizinischen Versorgungsnetzes weist eine klare Differenzierung auf: In der Region um die Kleinstädte ist die Versorgungsdichte vergleichsweise hoch; in der Heubergregion verfügt hingegen die Mehrzahl der Gemeinden nicht über eigene Versorgungsstrukturen. Aus dieser spezifischen Situation folgt ein vergleichsmäßig hoher Wegeaufwand in den Heuberggemeinden.

4.3.2. Prozess und Ergebnisse

4.3.2.1. Zukunftswerkstatt Tuttlingen Nordkreis

Die erste Zukunftswerkstatt für den Fokusraum Tuttlingen Nordkreis am 6. November 2017 war von ärztlicher und kommunaler Seite aus gut besucht. Unter den einzelnen Akteuren stellten sich die Ansichten hinsichtlich der Thematik als sehr unterschiedlich heraus. Aus Sicht einzelner ÄrztInnen, die auf dem Heuberg praktizieren, stünden die Nachbesetzungschancen von Einzelpraxen im Fokusraum eher gut; dieser Optimismus wurde jedoch von vielen FachkollegInnen nicht geteilt. Von ärztlicher Seite bestand der Wunsch einer Kooperation mit der Kommune. Der Landkreis hingegen wünschte eine Klärung der kommunalen Verantwortung für die Versorgungssicherung. Ziel sollte hier zunächst sein, die unterschiedlichen Akteure „an einen Tisch“ zu bekommen. Zunächst angestrebte Bemühungen, durch LGZ eine Verbesserung der derzeitigen Versorgungssituation herbeizuführen, wurden nicht weiter unterstützt.

4.3.2.2. Fachgespräche Landkreis Tuttlingen

Nach der ersten Zukunftswerkstatt wurde aus Politik und Verwaltung die Position vertreten, dass eine weitere Zukunftswerkstatt im identifizierten Fokusraum nicht zielführend sei. Der Aktionsraum wurde daher auf den gesamten Landkreis Tuttlingen ausgedehnt. Zunächst wurde die Entwicklung eines Konzeptvorschlags für einen landesweiten Gesundheitsdialog zur Herstellung eines dauerhaften Austauschs zwischen Landkreis und Ärzteschaft vereinbart. Ziel dabei sollte es sein, eine Plattform bereitzustellen, auf der die Bedürfnisse von Landkreis (z.B. Sicherung der Versorgung in der Fläche) und Ärzteschaft diskutiert und Kooperationen zur Entwicklung von Lösungen angestoßen werden können.

Nach der Vorlage eines Konzeptvorschlags für einen landkreisweiten Gesundheitsdialog wurden bei einem Fachgespräch am 15. Mai 2018 durch den Landkreis drei Handlungsfelder benannt, die in der Restlaufzeit des Projekts bearbeitet werden sollten:

- Erarbeitung eines Eckpunktekonzepts zur Nachwuchsförderung mit Handlungsempfehlungen zum Aufbau eines Weiterbildungsverbunds
- Handreichung zur Versorgungssicherung für Kommunen mit Hinweisen zu interkommunaler Kooperation, innovativen Modellen und Zeitrahmen für Interventionen
- Lokale Dialogprozesse auf Anregung durch die Ärzteschaft, kein umfassender und institutionalisierter Gesundheitsdialog

Ein Eckpunktekonzzept zur Nachwuchsförderung wurde entwickelt und in einem zweiten Fachgespräch zu diesem Thema am 18. Juli 2018 vorgestellt. Es beschreibt die Schritte zur Gründung eines Weiterbildungsverbands, die Einrichtung einer Servicestelle und Maßnahmen für eine systematische Nachwuchsakquise durch gezieltes Regionalmarketing und einer Ausweitung des Projekts „DonauDoc“. Das den Anmerkungen auf der Veranstaltung entsprechend überarbeitete Eckpunktekonzzept ist dem vorliegenden Bericht beigelegt. Zusätzlich wurden die Unterstützungsangebote des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin, der Koordinierungsstelle der KVBW (KOSTA) und der Betriebsärztekammer Südbaden vorgestellt.

Vorgesehen ist, dass sich aus den Anwesenden eine Initiativgruppe bildet, die den Prozess und die im Eckpunktekonzzept beschriebenen Schritte zur Gründung eines Weiterbildungsverbands vorantreibt. Als weitere TeilnehmerInnen dieser Initiativgruppe sollen die KlinikchefärztInnen sowie niedergelassene FachärztInnen anderer Disziplinen angesprochen und zur Mitarbeit eingeladen werden. Im nächsten Schritt muss geklärt werden, wer Ansprechpartner bei den niedergelassenen Praxen sein wird. Dieser sollte dann im Verlauf auch die Rolle des Koordinators für die Praxen im WBV übernehmen. Der Landkreis übernimmt die Verantwortung für die weitere Organisation des Prozesses und lädt die Initiativgruppe zu den nächsten Sitzungen ein. Im nächsten Schritt sollte eine Klärung erfolgen, wo die Servicestelle angesiedelt werden soll und welcher Stellenumfang notwendig ist. Aus Sicht des Landkreises erscheint es sinnvoll, die „Marke“ Verbundweiterbildung plus zu nutzen, dies sollte von der Initiativgruppe entschieden werden. Ferner erscheine die Durchführung einer Auftaktveranstaltung erst dann sinnvoll, wenn diese Punkte geklärt sind und das Konzept inhaltlich und organisatorisch unter den Beteiligten abgestimmt ist. In der Veranstaltung sollte das Konzept dann vorgestellt werden. Von Seiten des Landkreises ist zunächst eine Vorstellung des Konzepts und der Idee der Servicestelle ca. Mitte September 2018 im Kreistag geplant.

Die Handreichung zur Versorgungssicherung zeigt Handlungsanreize für Kommunen und kommunale Handlungsnotwendigkeit auf. Diese soll einen Anreiz schaffen, auf Ebene der Städte und Gemeinden Initiativen zu gründen und vor Ort kleinräumig angepasste Lösungen zu entwickeln. Es werden weiterhin konkrete Ansätze zur Weiterarbeit bereitgestellt. Die in der Handreichung aufgeführten Ansätze sind grundsätzlich auf die gesamte Region Schwarzwald-Baar-Heuberg übertragbar.

Zum Thema Gesundheitsdialog wurde entschieden, dass der Landkreis Tuttlingen kleinräumig nach Bedarf mit der Ärzteschaft in Kontakt treten und Interventionsmöglichkeiten prüfen wird, sofern eine konkrete Handlungsintention aus der Ärzteschaft signalisiert wird. Ein großräumig

angelegter institutionalisierter Dialog über mögliche Beiträge von Landkreis, Städten und Gemeinden in der Sicherung der ärztlichen Versorgung und zur frühzeitigen Motivation und Unterstützung ärztlicher Initiativen wird jedoch nicht eingerichtet. Die Dialoge werden durch den Landkreis initiiert und geführt. Zur Identifikation kleinräumiger Bedarfslagen sollte zunächst eine Sonderauswertung der im Rahmen des Modellprojekts erhobenen Versorgungsdaten herangezogen werden. Da diese Versorgungsdaten jedoch keinen ausreichenden Einblick in die aktuelle Lage in den einzelnen Gemeinden des Landkreises Tuttlingen bieten können, sollten darüber hinaus Gespräche mit Vertretern der lokalen Ärzteschaft (z.B. über Kreisärzteschaft, Ärztestammtische) gesucht werden.

4.3.3. Empfehlung zum weiteren Vorgehen

Zur Aufnahme aktiver Nachwuchsrekrutierungsaktivitäten durch Gründung eines Weiterbildungsverbands und einer Servicestelle sowie zum Aufbau eines auf Nachwuchsakquise ausgerichteten Regionalmarketings werden im Papier „Eckpunkte für ein Nachwuchsförderungskonzept Allgemeinmedizin im Landkreis Tuttlingen“ (siehe Teil B, Kapitel 1) umfassende Empfehlungen ausgesprochen. Diese Empfehlungen gilt es nun in die Tat umzusetzen. Als ersten Schritt wird die Gründung einer Initiativgruppe vorgeschlagen. Den Grundstock hierfür kann die für die Fachgespräche herangezogene Gruppe bilden, die um weitere relevante Akteure (s.o.) zu erweitern sein wird.

Das an die Städte und Gemeinden gerichtete Empfehlungspapier mit kommunalen Handlungsansätzen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung (siehe Teil B, Kapitel 2) sollte an die Kommunen herangetragen werden. Dabei sollte ein Kontext gewählt werden, in dem die Kerngedanken zum Bedarf kleinräumiger kommunaler Initiativen in Projekten der Versorgungssicherung noch einmal pointiert an die Adressaten des Papiers herangetragen werden können. Denkbar wäre eine Vorstellung des Papiers im Rahmen eines eigenen Tagesordnungspunkts im Kreistag.

Zur Etablierung kleinräumiger Dialoge zur Versorgungslage sollte den potenziell kooperationsbereiten ÄrztInnen die Gesprächsbereitschaft des Landkreises offensiv kommuniziert werden. Dabei sollten insbesondere in den kleineren Städten und Gemeinden die BürgermeisterInnen befragt und in die Pflicht genommen werden, in den persönlichen Austausch mit der Ärzteschaft in ihren Städten und Gemeinden sowie mit ihren Nachbarkommunen zu treten. So ist ein kleinräumiges Bild über Potenziale und mögliche Handlungsbereitschaften aus der niedergelassenen Ärzteschaft zu bekommen. Ausgehend davon müssen in individuellen Gesprächsprozessen

die Intentionen und Bedürfnisse der jeweiligen ÄrztInnen abgeklärt und mögliche Hilfestellungen von den Kommunen entwickelt werden.

4.4. Fokusraum Oberndorf / Sulz am Neckar; Stadt Rottweil

Kernergebnisse

- Die Versorgungslage im Fokusraum Oberndorf / Sulz am Neckar hat sich seit der Datenerhebung zum Projektstart entspannt
- In der Stadt Rottweil besteht dringender Bedarf nach Praxisnachfolgern
- Eine Initiativgruppe zur Gründung von LGZ in Rottweil wurde gegründet
- Das Gesundheitsamt Rottweil leistet weitere Unterstützung im Gründungsprozess

Kurzempfehlungen

- Arbeit der Initiativgruppe aktiv unterstützen und verstetigen
- Mögliche Beteiligung des Landkreises am Aufbau von LGZ klären

4.4.1. Ausgangssituation im Fokusraum

Der Fokusraum Oberndorf / Sulz am Neckar im Norden des Landkreises Rottweil umfasst neben den namensgebenden Städten die umliegenden Gemeinden Bösing, Dietingen, Dornhan, Epfendorf, Fluorn-Winzeln, Villingendorf und Vöhringen. Der Fokusraum hatte 2015 53.128 EinwohnerInnen und wird bis 2035 um 2,6% schrumpfen. Durch eine deutliche Zunahme der über 65-jährigen Bevölkerung von 36,8% ist dennoch mit einem Anstieg des Behandlungsbedarfs um ca. 6,2% zu rechnen.

Im Fokusraum praktizieren derzeit 27 HausärztInnen, davon elf in Oberndorf, neun in Sulz a.N., je zwei in Dornhan, Epfendorf und Vöhringen und je einer in Bösing und Dietingen. In Villingendorf und Fluorn-Winzeln bestehen keine Arztsitze. In Sulz, Bösing und Epfendorf sind weniger als 40% der HausärztInnen 60 Jahre und älter, in Oberndorf zwischen 40 und 60% und in Dornhan, Dietingen und Vöhringen 80% und mehr. Anhand der vorliegenden Daten erscheint die Sicherung der hausärztlichen Versorgung also v.a. in Dornhan, Dietingen und Vöhringen und – aufgrund der Bedeutung für die Versorgung der Region – in Oberndorf besonders wichtig.

Durch die starke Zentralisierung der Versorgung in Oberndorf a. N. und Sulz a. N. liegt es nahe, dass nur in diesen Orten die hausärztlichen Leistungen zu über 80% (Oberndorf) bzw. 60% bis 80% (Sulz) in der eigenen Gemeinde erbracht werden. In den umliegenden kleineren Gemein-

den zeigt sich eine größere Mobilität über die Gemeindegrenzen hinweg beim Aufsuchen von ÄrztInnen bzw. bei ärztlichen Hausbesuchen. Insbesondere für PatientInnen aus Dornhan, Börsingen und Dietingen entstehen dabei erhebliche Fahrzeiten. Der Versorgungsgrad im Mittelbereich Rottweil liegt bei 92,7% (Stand: 24.10.2017).

4.4.2. Prozess und Ergebnisse

4.4.2.1. Zukunftswerkstatt Oberndorf / Sulz

Die Zukunftswerkstatt in der Teilregion Oberndorf-Sulz am 11. Oktober 2017 war sowohl von kommunaler als auch von ärztlicher Seite schlecht besucht. Ein möglicher Grund hierfür lag in dem Umstand, dass seit Projektbeginn und Erhebung der Daten der KVBW zur Basisanalyse mehrere Arztsitze in der Region erfolgreich nachbesetzt werden konnten. Daher ist zu vermuten, dass zum Veranstaltungszeitpunkt Handlungsdruck und Bedarf in der Ärzteschaft und seitens der BürgermeisterInnen nicht mehr so groß waren, wie die ursprüngliche Datenlage nahelegte. Handlungsinteresse von Seiten der Kommunalpolitik wurde lediglich vom Bürgermeister in Börsingen geäußert; in einem Nachgespräch relativierte sich jedoch auch dieser Bedarf. Potenzielle Initiatoren für innovative Projekte konnten in der Werkstatt nicht identifiziert werden.

Zur Qualifizierung dieser Einschätzung wurde eine telefonische Nachfassaktion durchgeführt, bei der alle HausärztInnen ab 60 Jahren zu ihrer Nachfolgesituation befragt wurden. Dabei wurde deutlich, dass eine Weiterarbeit im Fokusraum Oberndorf / Sulz am Neckar nicht zielführend wäre; die Nachfolgesituation hatte sich tatsächlich entspannt. Aus der Kreisärzteschaft wurde angeregt, im weiteren Projektverlauf stattdessen die Situation in der Stadt Rottweil zu thematisieren. Eine telefonische Befragung der ÄrztInnen in der Stadt Rottweil bestätigte, dass sich mehrere Praxen entgegen der Annahme, dass Rottweil als Zentrum weniger intensiv von Schwierigkeiten in der Praxisabgabe betroffen sein würde, bislang erfolglos auf NachfolgerInnensuche befanden. Ferner zeigte sich, dass insbesondere in der älteren Ärzteschaft grundsätzlich Interesse besteht, das Thema Versorgungssicherung weiter zu verfolgen. Somit wurde zugunsten einer Zukunftswerkstatt in der Stadt Rottweil mit den Umlandgemeinden Deißlingen, Wellendingen und Zimmern ob Rottweil auf eine zweite Zukunftswerkstatt im Fokusraum Oberndorf / Sulz am Neckar verzichtet.

4.4.2.2. Zukunftswerkstatt Rottweil

Nach der Neuorientierung wurde am 13. Juni 2018 eine Zukunftswerkstatt in der Stadt Rottweil durchgeführt. Diese war durch eine starke Teilnahme insbesondere der abgabewilligen ÄrztIn-

nen geprägt. Interesse zur weiteren Arbeit zur Entwicklung von Konzepten für LGZ wurde von Kommunen, Ärzteschaft und Helios-Klinik Rottweil geäußert. Im Ergebnis wurde eine Initiativgruppe zur Umsetzung von LGZ gegründet. Mitglieder sind die Stadt Rottweil, die Gemeinden Deißlingen und Zimmern ob Rottweil, vier niedergelassene HausärztInnen sowie die Helios-Klinik.

Der in der Initiativgruppe angestoßene Gründungsprozess wird durch das Gesundheitsamt Rottweil weiter organisiert und vorangetrieben. Hierzu wird das Gesundheitsamt in einem ersten Schritt zu einer weiteren Sitzung der Initiativgruppe einladen und die Moderation des Prozesses übernehmen.

4.4.3. Empfehlung zum weiteren Vorgehen

Der Themenkomplex „Sicherung der medizinischen Versorgung“ wurde in Rottweil in der Vergangenheit bereits auf Stadt- und Landkreisebene thematisiert. So hat 2012 und erneut 2014 eine Kreisgesundheitskonferenz dieses Thema bearbeitet; zusätzlich wurde der Themenkomplex „Pflegerische Versorgung im ländlichen Raum“ in der Kreisgesundheitskonferenz 2017 dem Komplex „Medizinische Versorgung“ hinzugefügt. Die Geschäftsstelle der Kreisgesundheitskonferenz leistet Aufgaben der Gesundheitsberichtserstattung insbesondere im Bereich der ärztlichen und nichtärztlichen Versorgung im Landkreis und berichtet entsprechend in den politischen Gremien auf Kreisebene. Zusätzlich hat der Landkreis Rottweil 2014 gemeinsam mit der Universität Heidelberg (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung) die Projektion des Bedarfes an hausärztlicher Versorgung auf Gemeindeebene bearbeitet⁴.

Im Sinne einer noch aktiveren Rolle in der Sicherung der Versorgung sollte der Kreis eine aktive und nachhaltige Gestaltung der Versorgungslandschaft als Aufgabe insbesondere des Gesundheitsamts etablieren. Mit der Zukunftswerkstatt in der Stadt Rottweil wurde eine Initiativgruppe unter Beteiligung von niedergelassenen ÄrztInnen, Kommunen und Krankenhaus gegründet, die einen Ansatz hierfür bieten kann. In dieser Gruppe wurde Interesse an der weiteren Bearbeitung des Themenfelds „Lokale Gesundheitszentren“ geäußert. Mit dem aus der Ärzteschaft entstandenen Kooperationsmodell der „Regiodocs“ besteht bereits ein innovatives Modell im Landkreis, auf dessen Expertise in der Weiterarbeit zurückgegriffen werden sollte. Für eine Verstetigung der initiierten Prozesse sollte die weitere Arbeit der Initiativgruppe durch den Landkreis aktiv unterstützt werden. Hierzu gehören folgende erste Schritte:

⁴ Steinhäuser et al., Öffentliches Gesundheitswesen 2015; 77: S.939-946

- Einladung, Bereitstellung von Räumlichkeiten und Nachbereitung (Protokollerstellung) für weitere Sitzungen der Initiativgruppe, allgemeine Koordination von Terminen und Kommunikation innerhalb der Gruppe
- Moderation der Sitzungen
- Identifizierung von Arbeitsfeldern mit externem Beratungsbedarf, Akquise von Experten

Im weiteren Prozess werden folgende Themenfelder zu bearbeiten sein:

- Trägerschaft des LGZ: In der Gesetzgebung ist klar festgelegt, welche Akteure als Träger einer Arztpraxis auftreten können. Dies sind neben ÄrztInnen die Krankenhäuser, die KVBW und die Kommunen. In der Initiativgruppe sind Vertreter dieser Akteure vertreten; unter diesen wird nun in einem Abstimmungsprozess zu klären sein, welcher Akteur oder welche Akteurskonstellation bereit ist, die juristische und wirtschaftliche Verantwortung für ein mögliches LGZ in Rottweil zu übernehmen.
- Standort: Da der räumliche Fokus der in der Initiativgruppe vertretenen Arztpraxen auf dem Stadtgebiet Rottweil liegt, erscheint es empfehlenswert, eine zentral gelegene Immobilie in Rottweil für das LGZ zu entwickeln. Hier liegt ein Betätigungsfeld, in dem die Kommunen durch Bereitstellung von Bauland, die Integration in eigene Planungen und Bauvorhaben und/oder die Vermittlung von Investoren unterstützend tätig sein können.
- Ärztliche Partner: In Rottweil steht ein umfassender Generationswechsel in der Ärzteschaft an. Damit befinden sich mehrere abgabewillige HausärztInnen gleichzeitig auf der Suche nach einem Praxisnachfolger. Im Status Quo befinden sich diese ÄrztInnen bei der NachfolgerInnensuche in einer Konkurrenzsituation, in der die einzelnen betroffenen Kleinpraxen für die Nachfolge nur bedingt attraktiv sind. Überführen die ÄrztInnen ihre Praxen jedoch in ein LGZ, steigt die Attraktivität ihrer Praxen, sodass die Chance, die Versorgung der eigenen PatientInnen durch eine/n NachfolgerIn zu sichern, deutlich erhöht wird. Neben der Arbeit mit der Hausärzteschaft sollte überprüft werden, ob vor Ort ansässige Facharztpraxen an einer Kooperation interessiert sind.
- Nichtärztliche Partner: Wenn die ärztliche Besetzung des LGZ konkretisiert ist, sollte die Möglichkeit der Eingliederung nichtärztlicher Gesundheitsanbieter (z.B. Apotheken, Physio- u. Ergotherapie und Pflegeanbieter) geprüft werden. Hierzu sollten die bestehenden Angebote erfasst und die Anbieter mit Angeboten zur Kooperation kontaktiert werden.
- Delegation: Eine größere Praxis ist in der Lage, ÄrztInnen durch speziell ausgebildete Fachkräfte zu entlasten. Hierzu zählt die Entlastung von Administrationsaufwand ebenso wie die Entlastung in der Versorgung durch Nichtärztliche PraxisassistentInnen (NäPa)

bzw. VersorgungsassistentInnen in der Hausarztpraxis (VERAH). Es sollte geklärt werden, wie weit die Möglichkeiten der Delegation ausgeschöpft werden können und sollen.

- Flankierende Maßnahmen: Eine leistungsfähige Versorgungsstruktur kann ihr Angebot durch flankierende Maßnahmen ergänzen. Denkbar sind Hol- und Bringdienste für eingeschränkt mobile PatientInnen außerhalb der Stadt Rottweil in Form von Bürgerbussen oder praxiseigenen Fahrdiensten.
- Betriebs- und Rechtsform: Lokale Gesundheitszentren können in verschiedenen Praxisformen (Betriebsausübungsgemeinschaft, Überörtliche Betriebsausübungsgemeinschaft, Praxismgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) sowie in unterschiedlichen Rechtsformen (GbR, PartmbB, GmbH, bei kommunalen Eigenbetrieben AöR) realisiert werden. Ausgehend von Trägerschaft und beteiligten Partnern wird unter juristischer Beratung eine für das konkrete Konzept geeignete Form zu finden sein.

Nicht alle zur Gründung von LGZ nötige Expertise ist bei den Akteuren vor Ort vorhanden. Externe Experten (z.B. juristische und betriebswirtschaftliche Beratung sowie Kommunikationsdienstleister) müssen bei Bedarf hinzugezogen werden. Hierzu existieren umfangreiche Beratungs- und Moderationsangebote. Auch die KVBW bietet umfassende Beratungsangebote, die auf die spezifischen Bedürfnisse vor Ort eingehen können. Dennoch hat es für die Kommunen wesentliche Vorteile, den Sachverstand im eigenen Haus aufzubauen und die Federführung im Aufbauprozess zu übernehmen. Die Kommunen werden so zum zentralen Akteur in dem Netzwerk, das für den Prozess aufgebaut werden muss. Damit haben sie die Chance, in einen vertrauensvollen Austausch mit den Gesundheitsanbietern einzutreten und zu kompetenten Partnern zu werden, die die Versorgungssituation auch über das Projekt hinaus aktiv im Sinne der Region gestalten können.

4.5. Überprüfung der Bedarfsplanung im Schwarzwald-Baar-Kreis

Zusätzlich zur Arbeit in den Fokusräumen wurde eine Überprüfung der hausärztlichen Bedarfsplanung im Schwarzwald-Baar-Kreis vorgenommen. Die Hausärztliche Bedarfsplanung wurde bereits 2013 von Planungsbereichen auf Landkreisebene auf die kleinräumiger strukturierten Mittelbereiche übertragen. Ziel war es, die fortschreitenden Zentralisierungstendenzen der hausärztlichen Versorgung in den Mittel- und Oberzentren ländlicher Räume abzuschwächen und so die wohnortnahe Versorgung zu sichern. Die Bedarfsplanungsrichtlinie lässt unter bestimmten Voraussetzungen eine weitere Modifikation der Planungsbereiche zu. Der Schwarzwald-Baar-Kreis vertritt die Ansicht, dass eine weitere Verkleinerung der Planungsbereiche eine Stärkung der peripheren Regionen des Kreises bewirken kann.

Der Kreis war im Mai 2015 bereits in einer Reihe von Vor-Ort-Fachdialogen des Sektorenübergreifenden Landesbeirats Baden-Württemberg zur kleinräumigen Bedarfsplanung vertreten. Im Ergebnis wurde ein zweistufiges Verfahren entwickelt, das die Überprüfung und Implementierung einer modifizierten Bedarfsplanung ermöglicht. Um ein Prüfverfahren durch die KVBW auszulösen, muss ein Vorschlag für modifizierten Planungsbereich mindestens eines der folgenden Auslösekriterien erfüllen:

1. Entfernung der/s nächsten Hausarztes/Ärztin (mit freien Kapazitäten) nach IGES-Berechnung max. 1,8 km (Erläuterung: Bei dieser Berechnung wird die durchschnittliche Luftlinien-Entfernung der jeweiligen Arztsitze eines Postleitzahlenbereichs von dessen geographischem Mittelpunkt aus ermittelt. Es handelt sich hierbei nicht um die tatsächliche Entfernung vom Wohnort eines/r PatientIn zur/m nächsten Hausarzt/Ärztin)
2. Abweichung in einem raumordnerisch relevanten Planungsraum (ggf. auch der Kreisentwicklungsplanung) vom im jeweiligen Mittelbereich vorherrschenden Einwohner-/Arztverhältnis um > 20%
3. Abweichung in einem raumordnerisch relevanten Planungsraum (ggf. auch der Kreisentwicklungsplanung) vom im jeweiligen Mittelbereich vorherrschenden Durchschnittsalter der ÄrztInnen um > 20%
4. Abweichung in einem raumordnerisch relevanten Planungsraum (ggf. auch der Kreisentwicklungsplanung) vom im jeweiligen Mittelbereich vorherrschenden „Menschen mit Behinderung-/Arztverhältnis“ um > 20%
5. Abweichung in einem raumordnerisch relevanten Planungsraum (ggf. auch der Kreisentwicklungsplanung) vom im jeweiligen Mittelbereich vorherrschenden „Pflegebedürftigen/Arztverhältnis“ um > 20%
6. Abweichung im jeweiligen Mittelbereich von dem – bezogen auf das Land Baden-Württemberg und die entsprechende Raumkategorie nach Landesentwicklungsplan (Ländlicher Raum im engeren Sinne, Verdichtungsbereich im ländlichen Raum, Randzone um die Verdichtungsräume, Verdichtungsraum) – durchschnittlichen Einwohner-/Arztverhältnis oder durchschnittlichen Menschen mit Behinderung-/Arztverhältnis oder durchschnittlichen Pflegebedürftigen-/Arztverhältnis oder von dem Durchschnittsalter der ÄrztInnen um jeweils > 20%⁵

⁵ Quelle: Beschlussvorlage des Sektorenübergreifenden Landesbeirats vom 23.11.2015, Top 5: Abweichungsmöglichkeiten von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung.

Der Schwarzwald-Baar-Kreis hatte der KVBW bereits einen Vorschlag für eine kleinräumigere Bedarfsplanung mit 8 Planungsbereichen vorgelegt, die aufgrund der teils sehr kleinteiligen Planungsbereiche nicht weiter verfolgt wurde. Im Rahmen des Modellprojekts wurden ein fundierter Vorschlag für eine kleinräumigere Bedarfsplanung entwickelt und die Auslösekriterien für die Planungsbereiche geprüft.

4.5.1. Herleitung von Raumeinheiten für eine kleinräumige Bedarfsplanung

In einem ersten Schritt galt es, eine belastbare Ableitung von kleinräumigen Planungsbereichen vorzunehmen. Hierzu wurden nachvollziehbare, sachlich begründete Kriterien aufgestellt und anhand des verfügbaren empirischen Materials operationalisiert.

4.5.1.1. Kriterium 1: Fahrzeitkriterium

Die Planungsbereiche sollen so geschnitten sein, dass der Hauptort in einer vertretbaren Fahrzeit von allen Gemeinden des Planungsbereiches aus erreicht werden kann. Selbst wenn sich alle HausärztInnen in einem Worst-Case-Szenario im stärksten Ort des Planungsbereichs konzentrieren würden, bleibt die Erreichbarkeit gewährleistet. Im Status Quo käme so eine maximale PKW-Fahrzeit von 35 Minuten bis zum stärksten Standort (Villingen-Schwenningen) zustande. Als Zielwert für die Berechnung wurde eine maximale Fahrzeit von 15 Minuten festgelegt.

Zur Berechnung werden Fahrzeitzone in 5-Minuten-Schritten um das Zentrum herum berechnet. Die Orte in der äußersten Fahrzeitzone werden identifiziert und das von diesen aus nächstgelegene Zentrum im Sinne der Regionalplanung wird als zusätzlicher Standort für einen weiteren Berechnungsdurchgang hinzugefügt. Die Orte, von denen aus das neue Zentrum schneller erreicht werden kann als die bestehenden Zentren, werden dem um das neue Zentrum angelegten Planungsbereich zugeordnet. Befinden sich mehrere Zentren im direkten Umfeld der Gemeinde in der äußersten Fahrzeitzone, wird anhand einer vergleichenden Erreichbarkeitsanalyse das Zentrum identifiziert, das von den Siedlungsschwerpunkten der umliegenden Gemeinden durchschnittlich in der kürzesten Zeit erreicht wird. Dieser Prozess wird wiederholt, bis die maximale Fahrzeit in den um die Zentren gelegenen Planungsbereichen die 15-Minuten-Marke nicht überschreitet.

4.5.1.2. Kriterium 2: Größenkriterium

Die Planungsbereiche sollen von ihrer Größe so geschnitten sein, dass ein leistungsfähiges Gesundheitszentrum und traditionelle Kleinpraxen (ein bis zwei ÄrztInnen) nebeneinander exis-

tieren können. Ein Gesundheitszentrum mit sechs Versorgungsaufträgen kann der in der Bedarfsplanung verwendeten Zielgröße von 1.671 EinwohnerInnen pro Versorgungsauftrag ca. 10.000 Einwohner versorgen. Neben dem Gesundheitszentrum sollen Kleinpraxen im gleichen Umfang bestehen können. Damit liegt die Zielgröße für die Planungsbereiche bei mindestens 20.000 EinwohnerInnen. Unterschreitet ein durch das Fahrzeitkriterium bestimmter Planungsbereich diese Einwohnerzahl, wird er mit dem kleinsten angrenzenden Planungsbereich zusammengeführt.

4.5.1.3. Zwischenergebnis nach Fahrzeit- und Größenkriterium

Nach Anwendung der Analyse Kriterien werden die in Abbildung 14 und

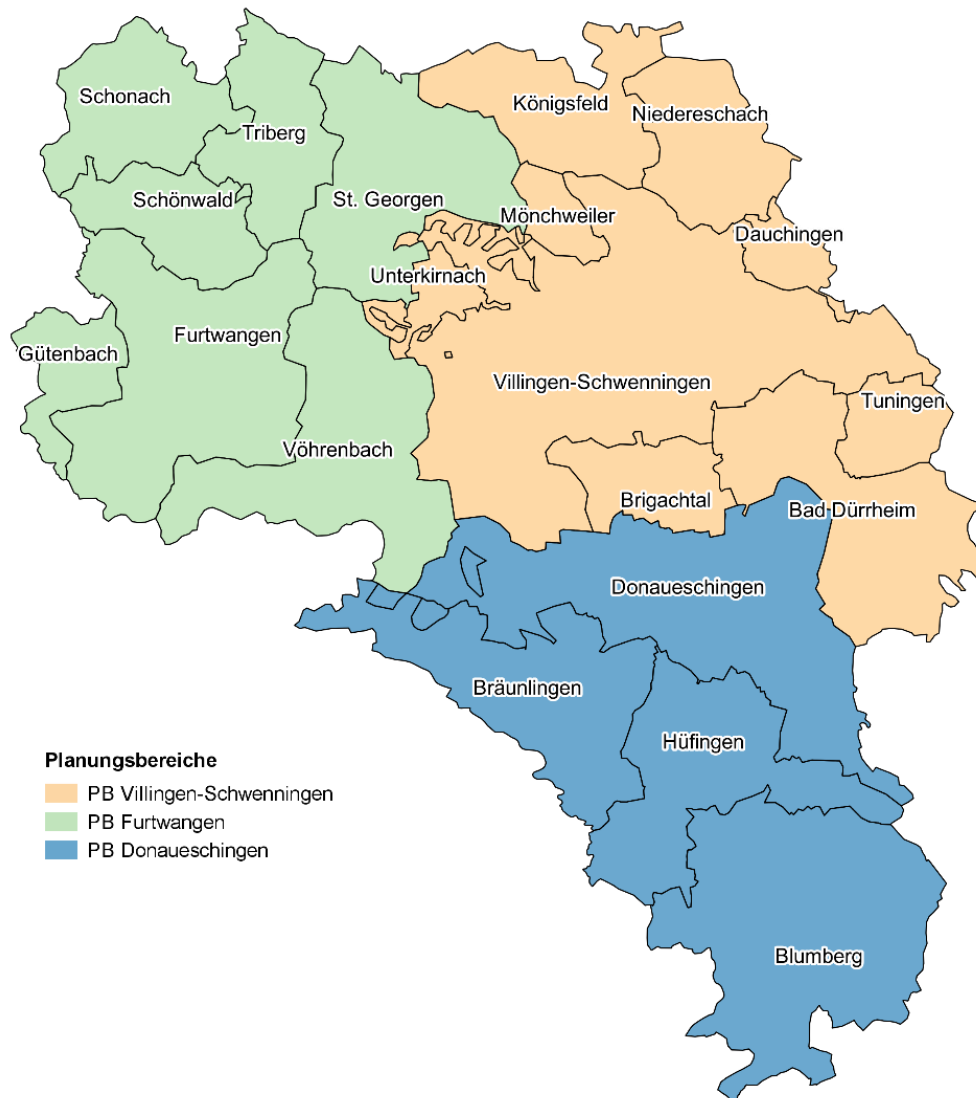
Tabelle 12 dargestellten Planungsbereiche erreicht. Dieses Ergebnis entspricht einer Teilung des bestehenden Mittelbereichs Villingen-Schwenningen in die Planungsbereiche Furtwangen und Villingen-Schwenningen. Der bestehende Mittelbereich Donaueschingen bleibt als Planungsbereich bestehen.

Tabelle 12: Einwohnerzahlen und maximale Fahrzeit der Planungsbereiche

3 Planungsbereiche	
Planungsbereich	Einwohner
PB Villingen-Schwenningen	126.299
PB Furtwangen/Triberg	38.019
PB Hüfingen	45.766
Maximale Fahrzeit	15 Min.

Quelle: Stat. LA BW (Stand: 31.12.2016), eigene Berechnung

Abbildung 14: Drei Planungsbereiche nach Größenkriterium



Darstellung: Quaestio/IfA. Kartengrundlage: openstreetmap.

4.5.1.4. Kriterium 3: Bestehende Versorgungsstrukturen

In einem Zwischengespräch mit den zuständigen Stellen im Schwarzwald-Baar-Kreis wurde der Vorschlag unter raumordnerischen Gesichtspunkten und dem aus der alltäglichen politischen- und Verwaltungspraxis vorhandenen Verständnis zu funktionalen Beziehungen in der Region diskutiert. Hierbei wurde deutlich, dass der funktional zusammenhängende Raum St. Georgen – Königsfeld – Mönchweiler – Nidereschach unterschiedlichen Planungsbereichen zugeordnet ist. Diese Gemeinden wurden in einen zusätzlichen Planungsbereich St. Georgen überführt. Zur Überprüfung dieses Planungsbereichs wurde ein weiteres Kriterium eingeführt.

Die Planungsbereiche sollen so geschnitten sein, dass sie die gegenwärtigen Versorgungsstrukturen berücksichtigen. Die Gemeinden in den in Abbildung 15 dargestellten Planungsbereichen werden umgruppiert, wenn die gegenwärtige hausärztliche Versorgung zu weniger als 70% in ihrem neuen Planungsbereich erbracht wird. Hierzu wurden die von der KVBW zur Verfügung gestellten Daten zur Patientenmobilität herangezogen. Tabelle 13 zeigt das Ergebnis des Tests. Die Versorgung der Bevölkerung in den vorgeschlagenen Planungsbereichen findet bereits im Status Quo vorwiegend in den identifizierten Raumeinheiten statt. Eine weitere Modifikation des in Abbildung 15 dargestellten Vorschlags ist somit nicht notwendig.

Abbildung 15: Vier Planungsbereiche nach raumordnerischen Gesichtspunkten



Darstellung: Quaestio/IfA. Kartengrundlage: openstreetmap.

Tabelle 13: Anteil der Behandlungen im Planungsbereich

Planungsbereich	Behandlungen	
	im PB	außerhalb
PB Villingen-Schwenningen	90,2%	9,8%
PB St. Georgen	78,2%	21,8%
PB Furtwangen	76,8%	23,2%
PB Donaueschingen	79,3%	20,7%

Quelle: KVBW (Stand: 3. Quartal 2016), eigene Berechnung

4.5.2. Überprüfung der Auslösekriterien

Bezogen auf die vorgeschlagenen vier Planungsbereiche wurden die in Kapitel 4.5 aufgeführten Auslösekriterien überprüft.

1. Entfernung der/s nächsten Hausarztes/Ärztin (mit freien Kapazitäten) nach IGES-Berechnung max. 1,8 km: Die durchschnittliche Entfernung der/s nächsten Hausarzt/Ärztin liegt in der Gesamtregion bei 2 km. Das Kriterium wird damit ausgelöst.
2. Einwohner-Arztverhältnis > 20% Abweichung von MB: Die größte Diskrepanz zwischen Planungs- und Mittelbereich tritt im Fokusraum Furtwangen auf. Das Einwohner-Arztverhältnis liegt im Planungsbereich Furtwangen um 16,2% über dem Zustand im bestehenden Mittelbereich Villingen-Schwenningen. Das Kriterium wird nicht ausgelöst.
3. Durchschnittsalter ÄrztInnen > 20% Abweichung von MB: Die KVBW hat eine Sonderauswertung der ärztlichen Altersstruktur in den betreffenden Mittel- und Planungsbereichen zur Verfügung gestellt (Stand: 19.07.2018). Demnach liegt das Durchschnittsalter der HausärztInnen im Mittelbereich Villingen-Schwenningen bei 56,2 Jahren. Die Abweichungen in den Planungsbereichen sind marginal; im Planungsbereich Furtwangen liegt das Durchschnittsalter um 0,7% über dem Mittelbereichsdurchschnitt, in den Bereichen St. Georgen und Villingen-Schwenningen sind die ÄrztInnen durchschnittlich 2,3% bzw. 2,1% jünger als im Gesamtdurchschnitt. Das Kriterium wird nicht ausgelöst.
4. Menschen mit Behinderung-Arztverhältnis > 20% Abweichung von MB: Über den Anteil an Menschen mit Behinderung wird auf Gemeindeebene keine öffentlich zugängliche Statistik geführt. Die Werte wurden über die altersspezifischen Anteile von Menschen mit Behinderung anhand der Altersstruktur in den Gemeinden berechnet⁶. Die größte Diskrepanz zwi-

⁶ Quelle: Menschen mit Behinderung je 1.000 Einwohner im Landesdurchschnitt / Bevölkerungsstatistik der Gemeinden (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stand: 31.12.2016)

- schen Planungs- und Mittelbereich tritt im Fokusraum Furtwangen auf. Dort kommen auf jede/n Arzt/Ärztin 17,7% mehr Menschen mit Behinderung als im Mittelbereich Villingen-Schwenningen. Das Kriterium wird nicht ausgelöst.
5. Pflegebedürftigen-Arztverhältnis > 20% Abweichung von MB: Über den Anteil an pflegebedürftigen Menschen wird auf Gemeindeebene keine öffentlich zugängliche Statistik geführt. Die Werte wurden über die altersspezifischen Anteile von pflegebedürftigen Menschen anhand der Altersstruktur in den Gemeinden berechnet⁷. Die größte Diskrepanz zwischen Planungs- und Mittelbereich tritt im Fokusraum Furtwangen auf. Dort kommen auf jede/n Arzt/Ärztin 18,5% mehr pflegebedürftige Menschen als im Mittelbereich Villingen-Schwenningen. Das Kriterium wird nicht ausgelöst.
 6. Abweichung der o.g. Kategorien im jeweiligen Mittelbereich nach Raumkategorien des LEP um jeweils > 20%: Für eine Überprüfung dieses Kriteriums müssen Daten zu den oben genannten Kriterien für das ganze Bundesland Baden-Württemberg beschafft und auf die Kategorien der Landesentwicklungsplanung bezogen ausgewertet werden. Eine Analyse von diesem Umfang ist im Rahmen des Modellprojekts nicht umsetzbar. Das Kriterium kann somit nicht überprüft werden.

Durch die Auslösung des Entfernungskriteriums kann der Antrag auf Überprüfung der Planungsbereiche für die hausärztliche Versorgung durch die KVBW gestellt werden. Antragsberechtigt ist der Landkreis nach Beteiligung der Gesundheitskonferenz oder der Mehrheit der Städte und Gemeinden des Mittelbereichs. Die Entscheidung über die angestrebte Abweichung erfolgt unter Einbindung des Antragstellers und aller betroffenen kommunalen Gebietskörperschaften sowie der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen.

5. Fazit und Handlungsempfehlungen

In den Fokusräumen Furtwangen, Donaueschingen und Rottweil wurden Prozesse zur Gründung von Lokalen Gesundheitszentren angestoßen. Im Landkreis Tuttlingen wurde der Fokus auf den Aufbau eines Weiterbildungsverbundes und die Unterstützung von Städten und Gemeinden bei der Gründung eigener Initiativen gelegt. Prinzipiell können diese Ergebnisse für die gesamte Projektregion verwertet werden, beispielsweise die betriebswirtschaftlichen Überlegungen und Modellrechnungen zum Aufbau Lokaler Gesundheitszentren, das im Projektverlauf

⁷ Quelle: Pflegestatistiken – Pflegebedürftige und Pflegequoten in Baden-Württemberg 2015 nach Altersgruppen und Geschlecht (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stand: 31.12.2015)

entwickelte Konzept für die Gründung eines Weiterbündungsverbunds und der an Kommunen adressierte Handlungsleitfaden, der Hinweise zur kleinräumigen Arbeit z.B. in interkommunalen Kooperationen gibt (siehe Teil B). Erste Schritte zur Sicherung der ärztlichen Versorgung wurden damit in der Region unternommen.

Kernaufgabe nach dem Ende des Projekts wird es sein, in den Fokusräumen des Projekts „Kümmerer“ zu etablieren, die Verantwortung für die angestoßenen Prozesse übernehmen und sie aus eigenem Antrieb weiterführen. Kommunen sollten in diesem Zusammenhang die im Rahmen des Projekts mobilisierten Akteure weiter aktiv unterstützen und darüber hinaus auch dafür offen sein, eigene aktive Beiträge zur Sicherung der Versorgung zu leisten.

Kommunen sollten die angestoßenen Projekte so steuern, dass sie zur Verbesserung der Versorgung für die Bevölkerung im Sinne einer „Public Health“-Perspektive beitragen. Hierbei werden die Erwartungen und Motivationen der beteiligten Akteursgruppen mit dem Kernziel der Versorgungssicherung für die Bevölkerung in der Region abzugleichen sein. Individuelle Ziele und Perspektiven insbesondere der ärztlichen Akteure stimmen nicht unbedingt mit diesem Ziel überein.

Niedergelassene ÄrztInnen sind in erster Linie der Versorgung ihrer PatientInnen verpflichtet. Als freiberuflich tätige KleinunternehmerInnen leisten sie diese im Rahmen der Möglichkeiten ihres Betriebes. Die im Modellprojekt überwiegend beobachtete Perspektive der niedergelassenen ÄrztInnen hat vorwiegend die Versorgung der eigenen PatientInnen und derjenigen PatientInnen im Fokus, die im Praxisumfeld noch zusätzlich versorgt werden könnten. Außerdem haben die ÄrztInnen ein Interesse an der Verbesserung der eigenen Arbeitssituation und an der Entwicklung ihres Betriebes nach ihren persönlichen Zielen und Vorstellungen. Beide Perspektiven zielen nicht auf eine regionale Sicherung der Versorgung für die Bevölkerung ab; niedergelassene ÄrztInnen fühlen sich (berechtigterweise) zumeist nicht zuständig und auch nicht dazu in der Lage, die Versorgung in der Fläche über ihren individuellen Handlungsradius hinaus zu sichern.

Die **Kassenärztliche Vereinigung** ist als Organ der ärztlichen Selbstverwaltung mit umfassenden Rechten und Pflichten (unter anderem dem Sicherstellungsauftrag) ausgestattet und damit prinzipiell derjenige Akteur, der scheinbar die am klarsten definierte Zuständigkeit für die Sicherung der Versorgung hat. KVen dürfen unter bestimmten Voraussetzungen (keine andere Möglichkeit zur Sicherung der Versorgung bei Unterversorgung eines Mittelbereichs) auch Eigenbetriebe führen. In erster Linie versteht sie sich jedoch als Vertreter der freiberuflichen Ärzteschaft.

Aus diesem Selbstverständnis heraus wird die Eröffnung von Eigenbetrieben zur Sicherung der Versorgung von der KVBW in Baden-Württemberg derzeit als Ultima Ratio betrachtet, und der von der KVBW bevorzugte Lösungsweg ist die Förderung freiberuflich tätiger ÄrztInnen. Somit wird ihre Rolle v.a. darin bestehen, Lösungsansätze aus der Ärzteschaft sowie aus den Kommunen zu unterstützen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten innovative Lösungen zu fördern.

Kommunen sind bislang nur in sehr geringem Maße in der Sicherung der ärztlichen Versorgung tätig. Als formal den KVen zugeteilte Aufgabe war diese bisher nicht Teil der kommunalen Daseinsvorsorge. Mit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes hat der Gesetzgeber den § 95 im SGB V geändert, nach dem Kommunen nun Medizinische Versorgungszentren als Eigenbetriebe gründen können. Angesichts des zunehmenden Ärztemangels stehen auch die kommunalen Akteure unter massivem Druck durch die Bevölkerung, die auf wohnortnahe ärztliche Versorgung angewiesen ist und ihren Anspruch darauf gegenüber den Kommunen geltend macht – ungeachtet der formalen Verantwortlichkeiten für den Sicherstellungsauftrag. Darüber hinaus sinkt die Attraktivität einer Kommune für Bevölkerung und Wirtschaft erheblich, wenn die ärztliche Versorgung vor Ort wegfällt. Der Effekt ist durchaus vergleichbar mit dem Ausfall anderer zentraler Bereiche der Daseinsvorsorge, wie z.B. der Bildungsinfrastruktur.

Im Modellprojekt haben die Landkreise, Städte und Gemeinden der Region Schritte hin zu einem vertieften Engagement in der gesundheitlichen Daseinsvorsorge unternommen. Es wird empfohlen, die Sicherung der medizinischen Versorgung weiterhin aktiv mitzugestalten. Hierzu sollten folgende Schritte eingeleitet werden:

5.1. Verantwortlichkeiten schaffen

Sofern sie noch nicht bestehen, sollten auf den unterschiedlichen Ebenen der kommunalen Verwaltungen Verantwortlichkeiten für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung geschaffen werden. Vielerorts bestehen keine (Personal-)Strukturen, um das Thema dauerhaft zu bearbeiten. Realistisch werden insbesondere in kleineren Städten und Gemeinden keine neuen Planstellen für diese Aufgaben geschaffen werden können. Dennoch sollten zumindest Ansprechpartner benannt werden, die den Kontakt mit der Ärzteschaft vor Ort halten und die Zusammenarbeit mit den Nachbarkommunen und dem Landkreis koordinieren. Insbesondere in kleineren Gemeinden sollte diese Aufgabe von den BürgermeisterInnen wahrgenommen werden. Insbesondere sollte der Aufbau von interkommunalen Kooperationen initiiert werden, die in zusammenhängenden Bedarfsregionen die Ressourcen mehrerer kleinerer Kommunen bündeln und schlagkräftig genug sind, um Projekte zur Versorgungssicherung voranzutreiben.

Im Sinne einer effizienten gemeinsamen Weiterbearbeitung des Themenkomplexes sollte weiterhin eine gemeinsame Koordinierungsgruppe der Landkreise und Gesundheitsakteure aufrechterhalten werden. Die bestehende Lenkungsgruppe besitzt das Potenzial, die Keimzelle für eine weitergeführte interkommunale Zusammenarbeit zu bilden.

5.2. Unterstützung zur Selbsthilfe leisten

Die gesundheitliche Daseinsvorsorge ist insbesondere für viele kleinere Städte und Gemeinden Neuland. Somit besteht hier besonderer Unterstützungsbedarf. In den Gesundheitsämtern der Landkreise sollten AnsprechpartnerInnen – idealerweise mit fundierten Kenntnissen in Public Health – benannt werden, die Unterstützung leisten und beraten können, z.B. beim Aufbau interkommunaler Kooperationen, als Kontaktvermittler zwischen den Kommunen, zu Beratungsangeboten (u.a. der KVBW), guten Beispielen in der Region und zu möglichen Fördermittelgebern. Ferner sollte die Versorgungssituation laufend im Blick behalten werden. Hierzu zählen insbesondere die kleinräumige Versorgungssituation in den Teilregionen unterhalb der Mittelbereichsebene sowie die Altersstruktur der Ärzteschaft und die anstehenden Praxisabgaben.

5.3. Regionale Versorgungsplanung entwickeln

Mit der medizinischen Versorgung erschließen sich die Kommunen der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg ein neues Handlungsfeld, in dem akuter Handlungsbedarf herrscht. Naturgemäß wird dieses Handlungsfeld zunächst mit dem Ziel angegangen, den Status Quo so gut wie möglich zu sichern und die Möglichkeiten zu verfolgen, die sich aus den Ergebnissen des Modellprojekts heraus bieten. Gleichwohl sollte sich die Region mittelfristig ein Stück weit von einem solchen reaktiven Vorgehen lösen. Um die Situation aktiv selbst zu gestalten, muss zunächst eine eigene Vorstellung darüber entwickelt werden, wie die Versorgung in der Zukunft aussehen soll. Hierzu sind verschiedene Fragen zu beantworten:

- Wie ist die Versorgungs- und Bedarfslage in der Region? Wo besteht kurz-, mittel- und langfristig Interventionsbedarf? Die Ergebnisse des Modellprojekts können einen Ausgangspunkt für diese Betrachtung darstellen.
- Wie sollte die Versorgung räumlich organisiert werden? Welche Standorte müssen in jedem Fall erhalten und entsprechend gestärkt werden, an welchen Standorten kann eine Schließung hingenommen bzw. durch flächenwirksame Versorgungsangebote kompensiert werden? In den Fokusräumen des Modellprojekts können dazu die von Quaestio / IfA Frankfurt vorgeschlagenen Standortstrukturen weiterentwickelt werden.

- Welche Leistungsstruktur sollte an den Standorten angeboten werden? Welche fach- und hausärztlichen sowie nichtärztlichen Leistungserbringer (z.B. Physio-/Ergotherapie, Apotheken, Gesundheitsberatung) sind in der Region vertreten und könnten mobilisiert werden, welche fehlen?
- Welche Synergien zu bestehenden Versorgungsstrukturen können genutzt werden (z.B. (kommunale) Krankenhäuser)?
- Welche flankierenden Angebote durch die Kommunen sind notwendig, um eine solche Versorgungsstruktur zu stützen (z.B. Mobilitätsangebote, Vermittlung / Ausstattung / Errichtung von Räumlichkeiten)?
- Wie können die Kommunen auf die Etablierung solcher Strukturen hinwirken?

Auf Basis dieser Leitfragen sollte ein kommunales Versorgungskonzept entwickelt werden.

5.4. Nachwuchsförderung und Weiterbildung

Das Thema Nachwuchsförderung wird im Landkreis Tuttlingen durch die Aktivitäten von DonauDoc und durch den Aufbau eines Weiterbildungsverbunds (WBV) unter Beteiligung des kommunalen Krankenhauses bereits aktiv vorangetrieben. Die Landkreise Schwarzwald-Baar und Rottweil sollten prüfen, inwiefern der Auf- oder Ausbau eigener Weiterbildungsverbünde z.B. im Rahmen der Verbundweiterbildung^{plus} umsetzbar ist. Hierzu sollten die Kommunen zunächst in Kontakt mit den Kliniken treten. Sofern bereits WBV bestehen, wie z.B. in Villingen-Schwenningen, sollte geprüft werden, ob die Verknüpfung an der erfolgskritischen Schnittstelle ‚Krankenhaus – niedergelassene ÄrztInnen‘ verbessert oder der Verbund offensiver beworben werden kann. Bestehen keine WBV, wie z.B. im Landkreis Rottweil, sollte im Dialog mit den Kliniken die Möglichkeit einer Verbundgründung eruiert werden. Als Ausgangspunkt kann das im Rahmen des Modellprojekts für den Landkreis Tuttlingen entwickelte Konzept zum Aufbau eines Weiterbildungsverbunds herangezogen werden, das im Anhang auch ein Beispielcurriculum für die fünfjährige Weiterbildungszeit für die/den Facharzt/Ärztin für Allgemeinmedizin enthält.

5.5. Initiativen zum Aufbau Lokaler Gesundheitszentren

Im Modellprojekt wurden in drei Fokusräumen Initiativen zum Aufbau von Lokalen Gesundheitszentren gegründet. Nach den ersten Sitzungen zeichnet sich ab, dass große Hoffnung in die Umsetzung der Projekte durch niedergelassene ÄrztInnen gesetzt wird. Selbstredend gilt es zunächst, diese in ihrer Initiative zu fördern und zu unterstützen. Daneben sollte es Aufgabe der

kommunalen Mitglieder der Initiativgruppe sein, eine „Public Health“-Perspektive einzunehmen, damit das übergeordnete Ziel einer Sicherung der Versorgung auf regionaler Ebene und die Steigerung der Attraktivität für potenzielle NachfolgerInnen im Blick behalten wird. Der Zusammenschluss mehrerer Kleinpraxen zu einer Berufsausübungsgemeinschaft ist z.B. ein recht üblicher Prozess und resultiert nicht automatisch in innovativen Strukturen, sondern fällt in die Kategorie der Entwicklung ärztlicher Betriebe. Deshalb sollten Prozesse stets einer kritischen Betrachtung unterzogen werden und umfangreiche kommunale Unterstützung an die Bedingung geknüpft werden, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen im Interesse der Versorgungssicherung wirksam sind. Dabei können folgende Leitfragen zu Hilfe genommen und im Vorfeld Mindestansprüche an die einzelnen Handlungsfelder gestellt werden:

- Bleibt der Zugang der Bevölkerung zu Versorgungsangeboten erhalten? Wird die Versorgung in der Fläche durch das vorgeschlagene Modell gesichert (z.B. durch Mobilitätsangebote)?
- Werden die Zahl der ÄrztInnen oder die Effizienz der ärztlichen Arbeit signifikant erhöht?
- Erhöht das Modell die Attraktivität der betreffenden Praxen für junge ÄrztInnen und damit die Wahrscheinlichkeit, junge ÄrztInnen an die Region zu binden (z.B. durch die Möglichkeit, angestellt zu arbeiten, flexible Arbeitsmodelle, Teilzeitarbeit, interne Spezialisierung, Teamarbeit, Entlastung von administrativen Aufgaben)?
- Werden innovative Kooperationsstrukturen und Zusatzangebote angeboten (z.B. Bündelung von Gesundheitsangeboten durch Facharzt-Liaisonsprechstunden und Kooperation mit nichtärztlichen Leistungserbringern, Mobilitätsangebote für PatientInnen / mobile Praxis, Gesundheitsberatung, Engagement in der ärztlichen Weiterbildung)?

Sofern die entwickelten Maßnahmen dem Anspruch der Versorgungssicherung nicht hinreichend gerecht werden, sollte von Seite der Kommunen die Bereitschaft bestehen, selbst die Initiative beim Aufbau entsprechender Strukturen zu übernehmen und notfalls rein kommunal getragene Strukturen aufzubauen. Soweit möglich, sind jedoch die ÄrztInnen vor Ort einzubeziehen.

TEIL B: AUSGEWÄHLTE ERGEBNISSE AUS DEN FOKUSRÄUMEN

1. Eckpunkte für ein Nachwuchsförderungskonzept Allgemeinmedizin im Landkreis Tuttlingen

1.1. Einleitung

Der Landkreis Tuttlingen nimmt am Modellprojekt „Sicherung der ambulanten Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg“ teil, das vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gefördert wird. Hintergrund für das Projekt sind die Schwierigkeiten der Nachbesetzung freierwerdender Arztpraxen in den ländlichen Teilräumen im Landkreis. Dabei sind insbesondere (aber nicht ausschließlich) Hausarztpraxen betroffen. Ausgehend von der Altersstruktur der derzeit praktizierenden ÄrztInnen ist für die Zukunft noch von einer ansteigenden Abgabebereitschaft auszugehen, so dass aus jetzt schon sichtbaren Nachfolgeschwierigkeiten mittelfristig ernsthafte Versorgungsprobleme werden können.

Neben der Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen für den ärztlichen Nachwuchs besteht ein weiterer Handlungsansatz darin, eine systematische und gezielte Nachwuchsförderung zu betreiben, um Studierende und junge ÄrztInnen in den Landkreis zu ziehen und hier möglichst dauerhaft zu verankern. Um die Attraktivität des Kreises Tuttlingen für junge ÄrztInnen zu steigern und sie bereits für die letzten Schritte ihrer Ausbildung in die Region zu locken, soll in Kooperation mit dem Klinikum Tuttlingen ein Weiterbildungsverbund (WBV) Allgemeinmedizin aufgebaut werden.

Der Weiterbildungsverbund sollte von den im Landkreis schon vorhandenen Ansätzen, finanziellen Anreizen und Werbemaßnahmen flankiert und zu einem Gesamtkonzept zusammengefasst werden, um ÄrztInnen in Weiterbildung ein attraktives Komplettpaket anzubieten, das neben der Organisation der Weiterbildungsabschnitte beispielsweise auch bei der Ansiedlung, KiTa-Vermittlung und Praxisgründung unterstützt. Hierbei sollten die Kapazitäten von Landkreis, Klinik und Ärzteschaft eng verknüpft und die Abstimmung zwischen den Stellen vertieft werden. Dazu zählt insbesondere auch die Abstimmung zwischen niedergelassener Ärzteschaft und Klinik bei der Verzahnung des ambulanten und stationären Teils der Weiterbildung.

Im Folgenden wird dazu ein Konzept vorgestellt, das die notwendigen Schritte zur Gründung eines Weiterbildungsverbunds aufzeigt und mit den bereits bestehenden Ansätzen und Strukturen zur Nachwuchsförderung vor Ort verzahnt.

1.2. Nachwuchsförderungskonzept

1.2.1. Aufbau eines Weiterbildungsverbunds

1.2.1.1. *Schritt 1: Initiativgruppe aus beteiligten Partnern gründen und Kooperationspartner finden*

Als erstes ist es wichtig, eine Initiativgruppe zu gründen, die als motivierende und verantwortliche Kraft für das Projekt Weiterbildungsverbund steht. Diese könnte sich aus den bisherigen Workshops rekrutieren und sollte Vertreter aus Klinik, Praxis und Kommune beinhalten.

Diese Gruppe sollte zunächst Kooperationspartner für den geplanten Verbund finden und den Kontakt herstellen zu

- Klinik (anererkennungsfähige Fachabteilungen, Geschäftsführung und Personalabteilung)
- niedergelassenen KollegInnen
- Kommunen und kommunalen Organisationen (z.B. Landkreis)

Des Weiteren sollte eine Bestandserhebung durchgeführt werden, welche ÄrztInnen in Klinik und Praxis in der Region eine Weiterbildungsermächtigung haben und auf dieser Basis ein Ärztepool unterschiedlicher Fachrichtungen als Vorbereitung für Schritt 4 erstellt werden.

Derzeit verfügen ca. 20 ÄrztInnen im Landkreis über eine Weiterbildungsermächtigung (WBE). Die genaue Zahl und abzusehende Entwicklung der WBE sollte erhoben werden. Hierzu liegen schon erste Listen vor, die als Grundlage genutzt werden können. Aus der Ärzteschaft wurde angemerkt, dass insbesondere jüngere ÄrztInnen in den Verbund integriert werden sollten, da der Ausbildungszeitraum von ÄrztInnen in Weiterbildung (ÄiW) bis zu einer möglichen Praxisübernahme ca. 5 Jahre beträgt. Für unmittelbar vor der Abgabe stehende ÄrztInnen sei die Zeit für eine Praxisübergabe auf diesem Weg damit gegebenenfalls zu knapp. Um den Wünschen und Anforderungen der Nachwuchsmediziner besser gerecht zu werden, sollte zudem angestrebt werden, möglichst auch größere und moderne hausärztliche Gemeinschaftspraxen in den Verbund zu integrieren. Außerdem sollten neben HausärztInnen auch weitere Facharztpraxen in einen Verbund einbezogen werden, wie z.B. HNO-Praxen.

Die für den Verbund infrage kommenden niedergelassenen ÄrztInnen im Landkreis sollten über die geplante Gründung eines WBV informiert und zur Teilnahme an dem Verbund eingeladen werden. In diesem Rahmen könnte die Initiativgruppe zusammen mit den Kooperationspartnern (niedergelassenen (Haus-)ÄrztInnen, Geschäftsführung der Kliniken und ärztlichen DirektorIn-

nen, Leitung der Personalabteilung, kaufmännischen Leitung etc.) auch eine Auftaktveranstaltung koordinieren.

1.2.1.2. Schritt 2: Grobkonzept erstellen und Koordinierungsgremium gründen

Im nächsten Schritt sollte die Initiativgruppe ein Grobkonzept für den Verbund und eine gemeinsame Kooperationsvereinbarung entwickeln, die Rechte und Pflichten sowie grundlegende Parameter der Zusammenarbeit ausführt (siehe Beispiel im Anhang).

Die Erwartungen der Partner sollten in diesem Schritt geklärt werden (z.B. Freistellung für Fortbildungen möglich), und die gemeinsame Zielsetzung des Verbunds sollte definiert werden. Mögliche Zielsetzungen des Verbunds sind:

- Schaffung einer qualifizierten sektorenübergreifenden Weiterbildung Allgemeinmedizin auf der Grundlage der ärztlichen Weiterbildungsordnung
- Rekrutierung von ÄiW für die niedergelassenen hausärztlichen Praxen
- Rekrutierung von ÄiW für die Klinik
- Verankerung von ÄiW im Landkreis als potentielle PraxisnachfolgerInnen
- mittel- und langfristige Sicherung der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Tuttlingen

Außerdem muss die Gruppe festlegen, wie die zukünftige Organisationsstruktur aussehen soll, insbesondere wie die Aufgaben verteilt sein sollen (z.B. Wer ist für die Organisation des Verbunds verantwortlich, wer führt die gemeinsamen Einstellungsgespräche, etc.).

Von jedem Kooperationspartner sollte ein/e feste/r AnsprechpartnerIn für ein Koordinierungsgremium (Lenkungskreis) benannt werden. Wenn der Verbund seine Arbeit aufnimmt, entscheidet dieses Gremium über die Aufnahme einer/s Arzts/Ärztin in den Weiterbildungsverbund und erstellt in Absprache mit den Krankenhäusern, Abteilungen, Praxen und den ÄiW einen individuellen Rotationsplan (Ziffer 2.1.3). Dieser sollte alle sechs Monate mit den ÄiW besprochen werden.

Anmerkung:

Für die individuelle Koordination der Weiterbildung kann der Lenkungskreis zwei KoordinatorInnen benennen (eine/r aus dem Kreis der niedergelassenen Weiterbilder und eine/r aus dem Klinikum). Die Aufgaben dieser KoordinatorInnen sind:

- Erstellen eines individuellen Rotationsplans und Koordination der Weiterbildungsinhalte

- Überwachung und Sicherstellung des/der
 - korrekten Ablaufs der Weiterbildung
 - Wahrung der fachlichen Inhalte der Weiterbildung
 - kollegialen, ärztlichen Umgangs
 - Verbindlichkeit

1.2.1.3. Schritt 3: Rotationsplan erarbeiten

Im nächsten Schritt sollte das Weiterbildungskonzept inhaltlich gestaltet und die Möglichkeiten der einzelnen Rotationsstellen definiert werden. Die Klinik legt fest, welche Abteilungen die ÄiW durchlaufen können, für welchen Zeitraum die einzelnen Abschnitte mindestens gewählt und welche der geforderten technischen Untersuchungen erlernt werden können. Ähnliches gilt für die niedergelassenen Bereiche. Außer niedergelassenen HausärztInnen können prinzipiell auch andere Fachrichtungen niedergelassener Ärzte in einen Verbund einbezogen werden, z.B. Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie, etc.

Grundlage für die inhaltliche Ausgestaltung des Weiterbildungsverbunds ist die Weiterbildungsordnung zum/r Facharzt/Ärztin für Allgemeinmedizin der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Diese legt fest, welche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die Facharztprüfung notwendig sind (siehe Anhang). Außerdem bestimmt sie Dauer und Art der Weiterbildungsstellen.

Anmerkung:

Die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin dauert 60 Monate. 18 Monate müssen stationär in der Inneren Medizin und weitere 18 Monate in einer Hausarztpraxis abgeleistet werden. Die übrigen 24 Monate können flexibler sowohl ambulant als auch stationär auf unterschiedliche Stationen verteilt werden. Die Reihenfolge der Weiterbildungsabschnitte ist nicht vorgeschrieben, und es werden Abschnitte von mindestens drei Monaten anerkannt. Im Anhang sind zwei Beispiele für mögliche Rotationen aufgeführt.

Bei der Erarbeitung des Rotationsplans sollte auch die Anzahl der Weiterbildungsstellen im Verbund festgelegt und geklärt werden, wie viele Stellen zu welchen Zeitpunkten angeboten werden können. Dabei ist auch die Frage zu klären, ob Stellen in der Klinik zusätzlich geschaffen werden oder aus dem bestehenden Pool besetzt werden sollen

Anmerkung:

Derzeit beträgt der Förderbetrag für ÄiW für Kliniken 1.360€/Monat im internistischen Teil, ansonsten 2.340€/Monat. Der ambulante Teil der Weiterbildung in niedergelassenen Praxen wird

mit 4.800€/Monat gefördert. Weiterbildungspraxen, die an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen, bekommen bei Beschäftigung eines AiW zusätzlich einen Zuschlag zur P1-Pauschale. Die finanzielle Förderung im stationären Bereich wird durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) organisiert, die ambulante Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KVBW), bei der auch die entsprechenden Anträge zu stellen sind.

1.2.1.4. Schritt 4: Profil des Weiterbildungsverbunds erstellen

In diesem Schritt geht es darum, die Rahmenbedingungen und besondere Kennzeichen des Weiterbildungsverbunds zu identifizieren und nach außen darzustellen - insbesondere, welche Vorteile der Verbund im Vergleich zu anderen Verbünden in der Region und im landesweiten Vergleich bietet. Leitfragen dazu sind: Wer sind wir? Was bieten wir? Was zeichnet uns aus?

Ziel ist, ein besonderes, unverwechselbares Profil des Verbunds zu erstellen und entsprechend der Zielgruppe zu vermarkten. Inhalte, die für junge ÄrztInnen interessant sind und die Wahl des Weiterbildungsortes maßgeblich beeinflussen können, sind:

- Erfolgt die Vermittlung der Lerninhalte in Klinik und Praxis strukturiert oder „nebenbei“ im Tagesgeschäft? Wird Zeit dafür reserviert, dem AiW bestimmte Techniken und Lernthemen systematisch zu vermitteln? Sind die Weiterbildenden didaktisch geschult und gibt es Seminare zur gezielten Aufarbeitung fachlicher Inhalte?
- Die fachliche Vielfalt der am Verbund teilnehmenden Partner
- Ist eine Freistellung der ÄiW für Fortbildungen (mindestens 5 Tage im Jahr) möglich? Teilnahme und Kostenübernahme von Fortbildungen, Seminar- und Mentorenprogrammen?
- Wird dem ÄiW ein/e erfahrene/r Hausarzt/Ärztin als Mentor zur Verfügung gestellt (nicht der/die ArbeitgeberIn)?
- Findet eine Vernetzung der ÄiW untereinander statt (z.B. über gemeinsame Fortbildungen)?
- Gibt es Fortbildungen zu Themen wie Praxisorganisation und -management, Personalführung, etc.?
- Können ggf. weitere Zusatzqualifikationen erworben werden, die später in der Praxis hilfreich sind oder aufgrund derer weitere Leistungen abgerechnet werden können? (z.B. Rettungsmedizin, Palliativmedizin, Geriatrie, Psychosomatik, Chirotherapie, etc.). Erfolgt hierfür eine Freistellung oder werden diese sogar bezahlt?
- Mögliche Arbeitszeitmodelle, z.B. ist Teilzeitarbeit möglich, auch für männliche ÄiW?

- Werden flexible Lösungen angeboten, die vom Rotationsplan her auch einen Beginn der Weiterbildung in einer Praxis ermöglichen? Insbesondere für Frauen mit Familie könnte dies den Einstieg erleichtern.
- Urlaubsregelungen
- Gibt es weitere Unterstützungsangebote?
 - Arbeitsstelle für Partner suchen
 - Unterstützung bei der Wohnungssuche
 - Wohnung/Haus finden
 - Kinderbetreuung organisieren
- Was zeichnet die Region aus?
 - Infrastruktur (Kita, Schulen, Versorgungseinrichtungen, etc.)
 - Kulturelle- und Freizeitangebote
 - Geografische Lage (Nähe zu...) und Verkehrsanbindung
 - Allgemeines Preisniveau
 - Landschaftliche Schönheit

1.2.2. Nachwuchsakquise

Ein weiteres Modul eines Nachwuchsförderungskonzepts ist eine systematische Nutzung aller Möglichkeiten zur Akquise von werdenden und jungen ÄrztInnen, die das Studium abgeschlossen haben. Die derzeitigen Aktivitäten der DonauDocs leisten hier einen entscheidenden Beitrag und sollten weiter gefördert und ausgebaut werden.

Dabei hat sich in den letzten Jahren einen Wandel der Interessenten beim ärztlichen Nachwuchs gezeigt. So gibt es immer mehr Interessierte aus Süd- und Mittelamerika sowie aus der Ukraine und anderen osteuropäischen Staaten. Insofern wäre die Integration ausländischer KollegInnen sehr wichtig, aber auch sehr herausfordernd und mit einem hohen Betreuungsaufwand verbunden.

Die Ansprache von AbiturientInnen, die sich für ein Medizinstudium interessieren, sowie das Angebot von Berufspraktika im ambulanten und stationären ärztlichen Bereich können helfen, bereits SchülerInnen auf die attraktiven Möglichkeiten einer späteren ärztlichen Tätigkeit im Landkreis aufmerksam zu machen.

Ein weiterer Baustein ist die enge Kooperation mit den Universitäten, um den Landkreis bei Studierenden bekannt zu machen. Neben Freiburg käme hier ggf. auch die Universität Ulm, die

ebenfalls über ein Institut für Allgemeinmedizin verfügt, das derzeit weiter ausgebaut wird sowie die Universität Tübingen in Betracht. Plätze für das Praktische Jahr im Medizinstudium können auch in Hausarztpraxen angeboten werden, wenn diese Lehrpraxis einer Universität sind. Es könnte beispielsweise eine Rotation durch Klinik und Praxis im Landkreis angeboten werden, z.B. je ein Tertial Chirurgie und Innere Medizin in der Klinik und ein Tertial Allgemeinmedizin in einer Hausarztpraxis. Um die Verkehrsanbindung an die Universitätsstädte zu verbessern, könnten ggf. ÖPNV-Zuschüsse für Wochenendheimfahrten von PJ-Studierenden bereitgestellt werden.

Eine weitere Möglichkeit, um das Angebot des WBV noch stärker auf die Bedürfnisse der Zielgruppe ÄiW zuzuschneiden, wäre die Durchführung einer Befragung unter ÄiW der Universitäten mit der Fragestellung, unter welchen Bedingungen sie nach Tuttlingen kommen würden und was sie derzeit davon abhält. Im Nachgang kann analysiert werden, welche dieser Bedingungen der Landkreis auf welche Weise beeinflussen könnte, um damit die Chance zu erhöhen, ÄiW in die Region zu ziehen.

Sinnvoll ist es auch, lokale Unternehmen zu identifizieren, die ebenfalls Nachwuchs suchen und gemeinsame Strategien und ggf. Webauftritte zu entwickeln und/oder gegenseitig auf der eigenen Homepage die jeweiligen Angebote zu bewerben. Möglichkeiten der Kooperation bieten sich beispielsweise im Bereich Arbeitssuche für den/die Partner/in der ÄiW, z.B. durch Einrichtung eines „Partnerstellenpools“, oder bei der Organisation von Kinderbetreuungsangeboten („Kitapool“).

1.2.3. Regionalmarketing

Das spezifische Profil des Weiterbildungsverbands und die ergänzenden Angebote, die vorhanden sind, müssen attraktiv und für junge ÄrztInnen leicht zugänglich und übersichtlich nach außen dargestellt werden. Welche Möglichkeiten der Außendarstellung in Betracht kommen, und wie sie mit bestehenden Projekten und Webauftritten verzahnt werden können, sollte ggf. in Kooperation mit der kommunalen Wirtschaftsförderung bzw. des Regionalmarketings erörtert werden, da diese mit der Bewerbung der Vorzüge des Landkreises Erfahrung haben. Für die Zielgruppe junger ÄrztInnen wäre z.B. hervorzuheben, dass Tuttlingen eine Stadt mit entsprechender Infrastruktur, vergleichsweise niedrigen Wohnraumpreisen, exzellenter Kinderbetreuung, guten Schulen, Freizeitmöglichkeiten, einer attraktiven Lage, etc. ist. Ein entsprechender Internetauftritt sollte in jedem Fall die speziellen Angebote für junge ÄrztInnen im Landkreis im Zusammenhang vorstellen. Ein zentraler Punkt, der den Verbund von anderen unterscheidet,

wäre die Einrichtung einer Servicestelle, die eine individuelle Beratung für jede/n BewerberIn bietet (siehe Ziffer 2.5). Außerdem sollten die Angebote des Weiterbildungsverbunds, die Angebote der DonauDocs und weitere Leistungen übersichtlich und leicht zugänglich dargestellt werden.

1.2.4. Vorbilder für junge Ärztinnen schaffen

Die junge Arztgeneration wird zunehmend weiblich. Insbesondere im Fachgebiet Allgemeinmedizin sind mittlerweile bundesweit über 60% Frauen mit steigender Tendenz. Junge Ärztinnen suchen häufig gute Vorbilder, um sich für einen Lebens- und Karriereweg zu entscheiden. Daher könnten die Angebote der DonauDocs verstärkt auf diese Zielgruppe zugeschnitten werden, z.B. spezielle Veranstaltungen und Formate, die auf die Bedürfnisse junger Ärztinnen eingehen. Möglichkeiten wären z.B. der persönliche Austausch mit erfahrenen Hausärztinnen in der Praxis über berufliche und private Belange, oder das Angebot, das diese als Mentorinnen für junge Ärztinnen zur Verfügung stehen. Die Vorstellung der hausärztlichen Tätigkeit für diese Zielgruppe kann in Kooperation mit den Universitäten auch bereits im Studium erfolgen, z.B. könnten Hausärztinnen aus Tuttlingen ihre Arbeit in den Begleitseminaren des Blockpraktikums Allgemeinmedizin und/oder im Praktischen Jahr vorstellen.

Ebenfalls ein wichtiger Faktor für junge Ärztinnen ist die Möglichkeit, sich mit Gleichgesinnten auszutauschen und sich einer Gruppe in ähnlicher Situation zugehörig zu fühlen. Einen solchen Rahmen bieten z.B. Seminargruppen, wie sie die Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin anbieten. Aber auch vor Ort in Tuttlingen könnten sich die ÄiW innerhalb des Weiterbildungsverbunds vernetzen und eine solche Gruppe bilden.

1.2.5. Einrichtung einer Servicestelle für ÄrztInnen in Weiterbildung

Im Rahmen des Weiterbildungsverbundes sollte eine zentrale Anlaufstelle als erster Ansprechpartner für junge ÄrztInnen in Weiterbildung vorhanden sein. Aufgabe dieser „Servicestelle“ für ÄiW ist, allen BewerberInnen eine individuelle Beratung anzubieten und mit ihnen gemeinsam ein „Rundum-sorglos-Paket“ zu schnüren, das sowohl die berufliche als auch die private Situation berücksichtigt.

Im Einzelnen können dies folgende Maßnahmen sein:

- Die Servicestelle hat den Überblick über freie Stellen im WBV und informiert die ÄiW über die Angebote und zusätzliche Leistungen des Verbunds (z.B. Förderung des Erwerbs von Zusatzbezeichnungen, Seminarprogramme, Mentoring).

- In Rücksprache mit den Weiterbildungskoordinatoren (siehe Anmerkung zu Ziffer 2.1.2) berät die Servicestelle bei der Erstellung eines geeigneten Rotationsplans.
- Neben der Information der ÄiW über Zusatzangebote könnten diese auch organisatorisch von der Servicestelle betreut werden. Dazu sollte sie einen engen Kontakt mit den AnsprechpartnerInnen des Verbunds pflegen (z.B. alle 6 Monate gemeinsame Treffen und/oder Servicestelle ist Mitglied des Koordinierungsgremiums des WBV).
- Außerdem sollte sie die Übersicht über die ÄrztInnen mit Weiterbildungsbefugnis im Landkreis pflegen, und ÄrztInnen, die eine Weiterbildungsbefugnis beantragen und/oder dem Verbund beitreten wollen, bei den entsprechenden Anträgen unterstützen.
- Wenn aktiv weitere ÄrztInnen für den Verbund rekrutiert werden sollen, könnte die Servicestelle deren Ansprache übernehmen, und sie motivieren, eine Weiterbildungsermächtigung zu beantragen bzw. dem Verbund beizutreten. Dazu könnte sie Informationen über den WBV und über die finanzielle Förderung ausbildender Praxen an die ÄrztInnen vermitteln.
- Die Leistungen der Servicestelle könnten zudem die Koordination der gewünschten Unterstützungsleistungen im privaten Bereich (z.B. Organisation von Wohnraum und Kitaplatz, Jobsuche für PartnerInnen, etc.) beinhalten. Dazu sollte die Servicestelle die Kooperation von Klinik, Hausärzten, Kommune und den Unternehmen organisieren und fördern.
- Auch bei der gezielten Nachwuchsakquise könnte die Servicestelle einerseits wichtige organisatorische Aufgaben übernehmen, und andererseits auch inhaltlich als „Kümmerer“ fungieren. So könnte sie beispielsweise Angebote für junge Ärztinnen in Kooperation mit den DonauDocs und den Universitäten konzipieren und organisieren.
- Außerdem könnte die Servicestelle ggf. ein Programm zur Berufsvorbereitung für ausländische ÄrztInnen begleiten. In diesem Zusammenhang wäre eine Kooperation mit der Universität auch gut vorstellbar.

Organisatorisch könnte die Servicestelle bei der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz installiert werden. Das Netzwerk und der Zugang der Gesundheitskonferenz zu den wesentlichen Handlungsträgern sowie der bei der Gesundheitskonferenz vorhandene Einblick in die hiesigen Strukturen und Angebote könnte so gewinnbringend für den Weiterbildungsverbund genutzt werden. Zudem wäre eine enge Verzahnung mit der Geschäftsstelle DonauDocs gewährleistet.

2. Kommunale Handlungsempfehlungen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung

Im Rahmen der Arbeit im Fokusraum Tuttlingen wurde die Erstellung eines an die Städte und Gemeinden des Landkreises gerichteten Empfehlungspapier gewünscht. Dieses Kapitel enthält die Kerninhalte des Papiers. In einer finalen Version wird dieses durch ein Glossar mit knapp erläuterten Basiswissen zur medizinischen Versorgung sowie durch eine Kontaktliste zu relevanten Beratungs- und Fördermöglichkeiten ergänzt.

2.1. Hintergrund und Aufgabenstellung

Der Landkreis Tuttlingen hat sich in den Jahren 2017 und 2018 in einem vom baden-württembergischen Sozialministerium geförderten Projekt intensiv mit der ärztlichen Versorgung in der Region auseinandergesetzt. Dies geschah in Kooperation mit dem Schwarzwald-Baar-Kreis und dem Landkreis Rottweil. Ausgangspunkt war die gemeinsame Erfahrung, dass die älteren Haus- und FachärztInnen in der Region häufig keinen NachfolgerInnen finden. Verschiedene Praxen wurden in der Folge schon geschlossen, sodass sich die vormals von diesen Praxen versorgten PatientInnen neu orientieren mussten. Häufig müssen dann längere Wege in Kauf genommen werden. Eine weitere Konsequenz sind längere Wartezeiten und andere Überlastungserscheinungen in den verbliebenen Praxen. Eine Fortsetzung dieser Entwicklung würde zu erheblichen Lücken in der ärztlichen Versorgung führen.

Das im August 2018 beendete Projekt wurde von der Einschätzung getragen, dass auch die kommunale Ebene sinnvolle Beiträge zur Sicherung der ärztlichen Versorgung leisten kann. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn sich das kommunale Engagement zielgerichtet auf die Themen konzentriert, bei denen vor Ort oder in der Region Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten gegeben sind. Die vorliegende Arbeitshilfe soll in dieser Hinsicht Orientierung geben und Anregungen liefern.

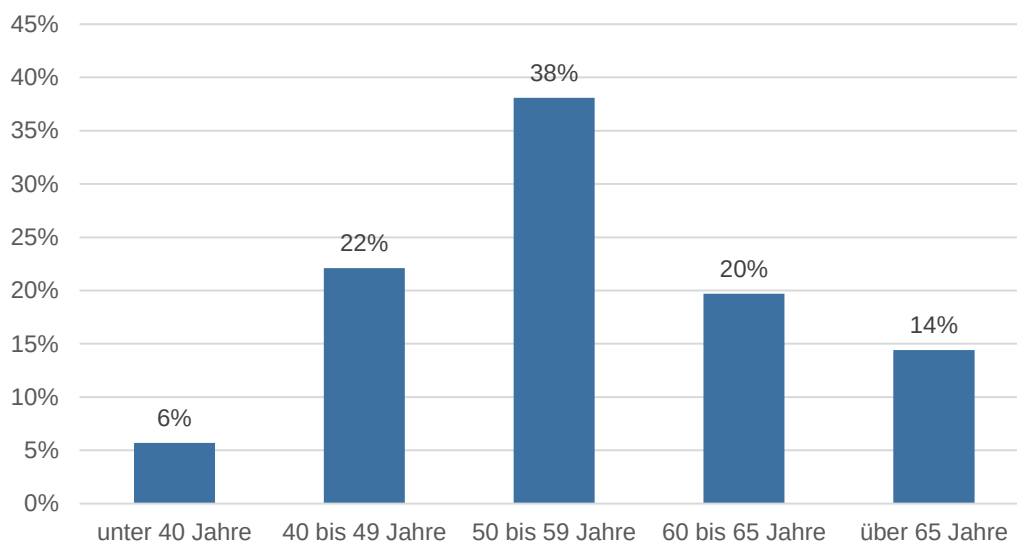
2.2. Hausärztemangel aus lokaler Perspektive

2.2.1. Das Grundproblem: Zu wenig hausärztlicher Nachwuchs

Der Ärztemangel ist im Wesentlichen ein Ergebnis einer alternden Ärzteschaft. Bundesweit sind heute 34 % der niedergelassenen HausärztInnen älter als 60 Jahre. Bei einem angenommenen

Ruhestandsalter von 65 Jahren ergibt sich daraus ein Bedarf von ca. 8000 HausärztInnen, um die Zahl der 2017 in Deutschland tätigen HausärztInnen zu halten⁸. Tatsächlich schlossen 2017 jedoch nur 1.415 HausärztInnen ihre Ausbildung ab und stehen demnach für den Übergang in eine Praxis zur Verfügung; in den Vorjahren war die Zahl der relevanten Facharztanerkennungen noch geringer⁹. Insofern erklärt sich ein großer Teil des Ärztemangels aus den unzureichenden Ausbildungsleistungen.

Abbildung 16: Bundesweite Altersstruktur der HausärztInnen (2017)



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

Und tatsächlich sind im Ausbildungsbereich die wichtigsten Weichenstellungen für eine ausreichende ärztliche Versorgung zu legen. Entscheidend ist dabei nicht nur die Zahl der humanmedizinischen Studienplätze, sondern auch das Interesse an einer allgemeinmedizinischen Ausbildung. In den letzten Jahrzehnten hat sich der Fokus allerdings zu den stärker spezialisierten und oft auch stärker technisierten Fachrichtungen verschoben. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Medizin nicht von vielen anderen Wirtschafts- und Tätigkeitsbereichen. Die Konsequenz zeigt sich in folgenden Zahlen: 37% der niedergelassenen ÄrztInnen sind hausärztlich tätig, aber nur 11% der derzeitigen Facharztanerkennungen führen in den Hausarztberuf².

Insofern rankt sich ein großer Teil der Diskussion zur Sicherung der ärztlichen Versorgung um die Themen Studium und Ausbildung: die Zahl der Studienplätze, der Zugang zum Studium, die

⁸ Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV

⁹ Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2017

Attraktivität und Bedeutung der allgemeinmedizinischen Ausbildungsinhalte (in Theorie und Praxis) usw. Auch die relative Attraktivität des Hausarztberufes gegenüber anderen medizinischen Fachrichtungen steht zur Debatte. Dabei geht es um ein zeitgemäßes „modernisiertes“ Berufsbild, den Abbau entsprechender Vorurteile und nicht zuletzt um eine leistungsgerechte Bezahlung.

Die hohe Bedeutung dieser Themen bei der Sicherung des ärztlichen Nachwuchses ist unbestritten. Aus einer lokalen Perspektive ist jedoch wichtig, dass sich die gegebenenfalls eingeleiteten Veränderungen allenfalls längerfristig auswirken. Allein die nach dem Studium zu durchlaufende Weiterbildung Allgemeinmedizin erfordert mindestens fünf Jahre, sodass zwischen Studienbeginn und Niederlassung in der Regel mehr als 10 Jahre vergehen. Die Behebung des akuten und sich kurzfristig verschärfenden Ärztemangels vor Ort kann kaum so lange warten.

2.2.2. Veränderte Präferenzen des ärztlichen Nachwuchses

Aus einer regionalen und lokalen Perspektive ist indes wesentlich, dass die jungen MedizinerInnen veränderte Erwartungen an ihren Arztberuf haben und zusätzlich ihr Arbeitsleben besser mit den Anforderungen aus Partnerschaft und Familie vereinbaren wollen (die sogenannte „work-life-balance“). Dabei spielt auch eine Rolle, dass es sich bei den nachrückenden AllgemeinmedizinerInnen ganz überwiegend um junge Frauen handelt (im Bezugsjahr 2017 fast 70%).

Der Hausärztemangel führt dazu, dass sich die nachrückenden ÄrztInnen für Allgemeinmedizin ihre Arbeitsstellen unter einer Vielzahl von Angeboten aussuchen können. Unter diesen Bedingungen prüfen sie selbstverständlich genau, welches Angebot ihren Vorstellungen am besten entspricht. Hierin liegt der zentrale Ansatzpunkt für lokales Handeln. Denn nur vor Ort und in den Regionen selbst kann man dafür sorgen, dass die Arbeitsstellen den Präferenzen der jungen MedizinerInnen entsprechen und dementsprechend akzeptiert werden.

Die veränderten Präferenzen können folgendermaßen umrissen werden:

- **Flexible und zugleich verlässliche Arbeitszeiten:** Das veränderte Verständnis von Partnerschaft und Verantwortung für die Familie führt zum Wunsch nach flexibleren und zugleich verlässlicheren Arbeitszeiten. Junge ÄrztInnen können und wollen nicht mehr überwiegend und nach Bedarf „rund um die Uhr“ für Praxis und die PatientInnen da sein und alles Familiäre der Partnerin oder dem Partner überlassen.

- **Reduzierte Arbeitszeiten, mehr Teilzeit:** Das höhere Maß an Verantwortung für die Familie und der Bedeutungsgewinn von Interessen außerhalb von Beruf und Familie führen gleichzeitig dazu, dass viele junge MedizinerInnen zeitweise oder dauerhaft eine Teilzeittätigkeit bevorzugen. Arbeitsstellen, die über Jahre hinweg einen Einsatz von 40 Stunden und mehr erfordern, sind nur für wenige interessant.
- **Spezialisierung und fachliche Zusammenarbeit im Team:** Auch und insbesondere die Medizin hat sich durch den wissenschaftlichen Fortschritt kontinuierlich verändert. Um den veränderten Anforderungen gerecht werden zu können, ist vielfach auch in der Allgemeinmedizin eine Spezialisierung erforderlich und gewünscht. Um dennoch die mit der Hausarztmedizin verbundene umfassende Verantwortung gegenüber den PatientInnen übernehmen zu können, gewinnt zwingend die Zusammenarbeit in sich gegenseitig fachlich unterstützenden Teams an Bedeutung. Dies kann auch benachbarte Berufsgruppen umfassen.
- **Konzentration auf die ärztliche Tätigkeit / Entlastung von administrativen und Routinetätigkeiten:** Selbstverständlich wollen sich auch die jungen MedizinerInnen auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren. Dies mag sie nicht von älteren KollegInnen unterscheiden. Da Dokumentationsaufgaben und andere administrative Pflichten jedoch beständig zugenommen haben, gewinnt das Interesse an einer entsprechenden Entlastung an Bedeutung. Ähnliches gilt für medizinische Routinetätigkeiten, die auf nichtärztliches Personal übertragen werden können. Von daher haben ärztliche Arbeitsplätze eine höhere Attraktivität, wenn sich ÄrztInnen auf die Aufgaben konzentrieren können, für die sie besonders qualifiziert sind.
- **Mehr Anstellungsverhältnisse / weniger selbständige ÄrztInnen:** Schon die zuvor aufgeführten Punkte münden quasi automatisch in einem abnehmenden Interesse an einer selbständigen Tätigkeit. Die jungen ÄrztInnen erkennen, dass sich ihre Präferenzen leichter mit einem Angestelltenverhältnis verbinden lassen. Der Gang in die Selbstständigkeit und die Übernahme einer Praxis sind nicht nur mit einer hohen wirtschaftlichen und juristischen Verantwortung und einem entsprechenden Zeitaufwand für unternehmerisch-administrative Aufgaben verbunden, sondern führen zu einer hohen Bindung an den einmal gewählten beruflichen Weg und nicht zuletzt den Ort. Dies verträgt sich immer weniger mit der zunehmenden Erfordernis und dem Wunsch nach mehr Flexibilität für die eigene Biografie und die Anforderungen von in der Regel ebenfalls berufstätigen PartnerInnen.

2.2.3. Von der Landarztpraxis zum lokalen Gesundheitszentrum

Das sich daraus ergebende Bild steht in einem starken Kontrast zu den Arbeitsverhältnissen einer klassischen freiberuflichen Ein-Arzt-Landpraxis. Zwar kann auch diese Form der niedergelassenen hausärztlichen Tätigkeit in Zukunft eine Rolle spielen. Doch werden ausgehend von den skizzierten Präferenzen andere Formen an Bedeutung gewinnen.

Kennzeichnend für diese neuen Formen ist, dass hier mehrere HausärztInnen gegebenenfalls mit anderen ÄrztInnen und weiteren Berufsgruppen eng zusammenarbeiten. Daraus entstehen die Möglichkeiten für unterschiedliche Arbeitszeitmodelle, für fachliche Spezialisierungen und Teamarbeit sowie nicht zuletzt auch für die Entlastung von unliebsamen Aufgaben. Größere ärztliche Betriebe sind besser in der Lage, nichtärztliches Personal besonders zu qualifizieren bzw. einzustellen. Als Oberbegriff für diese neuen Formen der niedergelassenen ärztlichen Tätigkeit etabliert sich gerade das „**Lokale Gesundheitszentrum**“. Bundesweit kann beobachtet werden, dass diese neuen „Betriebsformen“ sich sehr viel leichter tun, ärztlichen Nachwuchs anzuziehen. Dies gilt auch und ganz besonders auf dem Land und in Kleinstädten. Denn vor allem hier werden derzeit solche Modelle umgesetzt.

Im Status quo der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg und des Landkreises Tuttlingen haben die auf den Markt kommenden Praxen und das damit verbundene Angebot an ärztlichen Arbeitsplätzen einen gänzlich anderen Charakter. Es handelt sich ganz überwiegend um die klassischen Landarztpraxen, die von einem/r Arzt/Ärztin oder als kleine Gemeinschaftspraxis betrieben werden. Dies zeigt die folgende Abbildung:

Abbildung 17: Größenstruktur der Hausarztpraxen in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg

Praxisgröße	Anzahl Praxen	Anteil Praxen
1 Arzt/Ärztin	139	68,5%
2 ÄrztInnen	46	22,7%
3 ÄrztInnen	12	5,9%
4 ÄrztInnen	3	1,5%
5 ÄrztInnen	2	1,0%
6 ÄrztInnen	1	0,5%
Gesamt	203	

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (Stand: 20.03.2017)

Wenn in der Region eine Praxis angeboten wird, entspricht sie folglich mit hoher Wahrscheinlichkeit nur unzureichend den oben skizzierten Präferenzen des Nachwuchses. Vor allem dies gilt es zu ändern, um mehr ärztlichen Nachwuchs für die Region zu akquirieren.

Das häufigste und stärkste Gegenargument gegen derartige Zentren ist der damit verbundene Übergang zu einer stärker zentralisierten medizinischen Versorgung. Aber schon heute ist es nicht so, dass jedes Dorf in der Region über eine/n Arzt/Ärztin verfügt. Oft befinden sich jetzt schon mehrere Arztpraxen konzentriert in den Hauptorten. Die Alternative heißt allerdings häufig: Keine Praxis bzw. Praxisschließung oder Übergang des Arztsitzes in ein modernes Gesundheitszentrum einen Ort weiter. Wichtig dabei ist: Gerade leistungsfähige Gesundheitszentren sind in der Lage, ihren Teil zur Sicherung der dezentralen ärztlichen Versorgung zu leisten, indem sie z.B. Zweigpraxen betreiben oder auch in Kooperation mit Partnern Fahrdienste organisieren.

2.2.4. Sicherung der ärztlichen Versorgung: Ein kommunales Aufgabenfeld?

Man kann mit Recht fragen, warum sich die Kommunen um dieses Thema kümmern sollen. Die Antwort ist vielleicht unbefriedigend, aber einfach: Weil es sonst niemand tun wird. Und weil eine einmal weggebrochene ärztliche Versorgung kaum wieder herzustellen ist.

Diese etwas plakative Antwort ergibt sich aus den Zuständigkeiten sowie den Grundstrukturen des Gesundheitswesens. Bund und eingeschränkt auch Länder definieren in engem Abgleich mit den Verbänden (Krankenkassen, Ärzteschaft) den gesundheitspolitischen Rahmen. Im Kern geht es hier um den Zugang zum Arztberuf und die Fragen der Bezahlung der ärztlichen Leistungen. In welchen Betriebsformen die ärztliche Leistungserbringung erfolgt, ist weitestgehend dem Markt bzw. den ÄrztInnen überlassen. Insofern bleibt auch der erforderliche Wandel der Betriebsformen eine Sache der ÄrztInnen vor Ort. Sie entscheiden als Praxis- oder BetriebsinhaberInnen, ob sie ihre Praxis den veränderten Anforderungen anpassen. So wie sich jede/r Klempner- oder ElektromeisterIn darum bemühen sollte, seinen/ihren Betrieb für mögliche NachfolgerInnen attraktiv zu machen, können dies theoretisch auch ÄrztInnen tun. Letztlich geht es dabei auch um den Werterhalt der Praxis.

Hier zeigen sich jedoch Probleme. Viele niedergelassene ÄrztInnen fühlen sich dem Leitbild der Freiberuflichkeit verpflichtet und tun sich schwer, neue Formen der Gesundheitsversorgung zu akzeptieren. Hinzu kommt, dass sie sich vielfach zu spät um eine Weitergabe der Praxis kümmern, sodass schlicht die Zeit fehlt, die Praxis rechtzeitig in einen Verbund einzubringen. Die hohe Auslastung der bestehenden Praxis und das fortgeschrittene Alter reduzieren ebenfalls

das Engagement, noch einmal etwas Neues aufzubauen und anzufangen. Viele ÄrztInnen verhehlen auch nicht, dass sie nicht erwarten, einen für die Alterssicherung relevanten Betrag Erlösen zu können und zudem aufgrund anderer Reserven kaum darauf angewiesen sind.

Unabhängig von den Besonderheiten des Einzelfalls ist entscheidend, dass der Wandel der Betriebsformen derzeit meistens nicht über die Ärzteschaft allein in Gang kommt. In der Konsequenz drohen die Praxen zu verwaisen und Lücken und Überlastungen in der ärztlichen Versorgung zu hinterlassen. Deswegen sind insbesondere die Kommunen vor Ort aufgerufen, im Dialog mit der Ärzteschaft neue, lokal angepasste Formen der Gesundheitsversorgung zu konzipieren und auf den Weg zu bringen. Was dies konkret bedeuten kann, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

2.3. Handlungsfelder: Was Kommunen tun können?

2.3.1. Interkommunale Kooperation in der Versorgungsplanung

Die Vorstellung, dass jeder Ort und jedes Dorf „seinen Hausarzt“ hat, entspricht heute schon nicht mehr der Realität und wird in Zukunft noch weniger durchzuhalten sein. Damit eine den räumlichen Gegebenheiten angemessene Versorgung gewährleistet werden kann, sollten die räumlichen Strukturen der ärztlichen Versorgung in geeigneten Räumen analysiert und geplant werden.

Dies bedeutet im Kern, dass nicht jede/r BürgermeisterIn für den Erhalt und die Nachbesetzung „seiner“ / „ihrer“ jeweiligen Praxis kämpfen sollten. Stattdessen geht es darum, die geeigneten Standorte für die zukünftige Versorgung zu identifizieren und sich darüber zu verständigen, an diesen Standorten Praxen zu erhalten, neue ÄrztInnen anzusiedeln oder auch Lokale Gesundheitszentren zu gründen.

Welche Kommunen sich hierzu zusammenschließen sollten, kann in der Regel ausgehend von der jeweiligen Raumschaft am besten beantwortet werden. Der Zusammenschluss sollte die räumlichen Versorgungsbeziehungen in etwa abbilden. Gleichzeitig benötigen die Zusammenschlüsse eine Mindestgröße. Rechnerisch betreut ein/e Hausarzt/Ärztin in Deutschland ungefähr 1.700 EinwohnerInnen. Stellt man sich zukünftig eine Versorgung mit einem leistungsfähigen lokalen Gesundheitszentrum mit fünf HausärztInnen und weiteren fünf kleinteilig in Praxen arbeitenden ÄrztInnen vor, ergibt sich daraus ein Versorgungsgebiet mit ca. 17.000 EinwohnerInnen.

2.3.2. Im Gespräch mit der Ärzteschaft bleiben

Die ärztliche Versorgung war bislang kein Gegenstand der Zusammenarbeit von Kommunen und Ärzteschaft. Die Kommunen konnten sich darauf verlassen, dass die Versorgung durch die übergeordneten Weichenstellungen im Gesundheitssystem gesichert war. Dies ist heute nicht mehr der Fall. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist heute deswegen auch eine vor Ort wahrgenommene Gemeinschaftsaufgabe von ÄrztInnen und Kommunen.

Aus diesem Umstand heraus empfiehlt es sich, über Einzelgespräche, Stammtische, Werkstattgespräche oder ähnliche Formate den Kontakt aufzubauen und zu halten. Aus der Sicht der Kommunen geht es insbesondere darum, in Erfahrung zu bringen, welche Versorgungsprobleme und welche Planungen für die Zukunft (insbesondere Praxisabgabe/Praxisnachfolge) bestehen. So lassen sich Versorgungslücken und Versorgungsrisiken erkennen. Ferner lassen sich aus der Zusammenarbeit heraus diejenigen ÄrztInnen identifizieren, die als „Aktivposten“ der zukünftigen Versorgung gegebenenfalls eine Unterstützung benötigen.

2.3.3. Organisatorische Unterstützung für die Selbstorganisation der lokalen Ärzteschaft

In nahezu jeder Region finden sich ÄrztInnen, die am Aufbau neuer Lösungen der Gesundheitsversorgung interessiert sind und dabei eine Kooperation mit KollegInnen anstreben. Dabei sind sie es als PraxisinhaberInnen gewohnt, selbstständig und eigenverantwortlich über die Weiterentwicklung ihrer Praxis zu entscheiden. Eine Einmischung von außen bzw. von Fachfremden wird deswegen häufig kritisch beurteilt. Gleichzeitig sind die ÄrztInnen durch den Praxisbetrieb jedoch so belastet, dass es schwerfällt, die notwendigen Treffen zu organisieren und vorzubereiten (z.B. auch Einladung von ReferentInnen). Kommunen können an dieser Stelle organisatorische Hilfestellungen leisten und anbieten (Termin- und Einladungsmanagement, Räume zur Verfügung stellen, Tagesordnungen vorbereiten, ReferentInnen identifizieren und einladen etc.).

2.3.4. Kontakte zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten aufbauen / Beratung finanzieren

Bei der Konzipierung und Umsetzung innovativer Lösungen für die Gesundheitsversorgung sind vielfältige Probleme zu lösen und Fragen zu beantworten. Einen Schwerpunkt bilden zunächst die zulassungsrechtlichen und gesellschaftsrechtlichen Fragen. Darüber hinaus müssen die Wirtschaftlichkeit und die Finanzierung gesichert sein. Um die erforderliche fachliche Unterstüt-

zung zu gewährleisten, könnten die Kommunen geeignete Beratungsangebote identifizieren, diese einbinden und eine (teilweise) Kostenübernahme anbieten.

In diesem Kontext gehört es selbstverständlich dazu, dass sich die Kommunen einen Überblick über bestehende Förderangebote (z. B. Kassenärztliche Vereinigung, Land) verschaffen und die entsprechenden Informationen aktiv weitergeben.

2.3.5. Unterstützung bei der Anwerbung und Integration ausländischer Fachkräfte

Häufig wird beklagt, dass zu viele junge MedizinerInnen ins Ausland abwandern. Mittlerweile ist jedoch die Zahl der nach Deutschland kommenden jungen MedizinerInnen aus dem Ausland größer. Auch hierin liegt eine Chance für die Sicherung der medizinischen Versorgung. In Kooperation mit den interessierten Gesundheitsakteuren kann das kommunale Engagement insbesondere darauf zielen, die mit der Einwanderung und Integration verbundenen bürokratischen Hürden zu überwinden. Dies reicht vom Aufenthaltsstatus über die Anerkennung der Qualifikation bis zum Spracherwerb und andere für die Integration wichtigen Leistungen (Kindergartenplätze, Wohnungen, Führerschein etc.).

2.3.6. Kommunales Engagement für die Aus- und Weiterbildung

In Tuttlingen haben sich die Initiatoren von DonauDoc einen Namen gemacht, weil sie sich in Kooperation mit der Stadt bemühen, Medizinstudierende und junge MedizinerInnen für die Region zu begeistern und sie zu binden. Dies kann über Mentoringangebote, Bücherstipendien, Praktikavermittlung und vieles mehr gelingen. Der Landkreis Tuttlingen möchte diese Angebote in Kooperation mit der Stadt ausweiten und somit auch die Städte und Gemeinden aus dem Landkreis einbeziehen.

Bevor junge MedizinerInnen eigenständig praktizieren dürfen, müssen sie die sogenannte Weiterbildung absolvieren. Diese umfasst verschiedene klinische und ambulante Ausbildungsabschnitte und endet mit der Facharztprüfung. Für die Allgemeinmedizin sind hierzu fünf Jahre erforderlich (Vollzeit). Ein interessantes Angebot an Weiterbildungsstellen ist geeignet, junge MedizinerInnen in die Region zu holen, hier mit verschiedenen Arbeitsstellen in Kontakt zu bringen und vielleicht sogar eine Praxisübernahme anzubahnen. Attraktiv werden die Weiterbildungsangebote insbesondere dann, wenn nicht nur die Ausbildungsstellen attraktiv sind (Qualität der Ausbildung, Arbeitsklima etc.), sondern die einzelnen Ausbildungsabschnitte gut koordiniert und individuell an die Wünsche des / der WeiterbildungsassistentIn angepasst werden. Ergänzende Fortbildungs- und Mentoringangebote werden ebenfalls geschätzt. Für den Land-

kreis Tuttlingen wird derzeit ein derartiger Weiterbildungsverbund konzipiert. Die ÄrztInnen vor Ort sollten motiviert werden, entsprechende Weiterbildungsstellen anzubieten, die Attraktivität ihrer Praxen dahingehend zu überprüfen und schließlich dem Weiterbildungsverbund beizutreten.

2.3.7. Kommunales Engagement für die Sicherung der dezentralen Versorgung

Auch wenn die ärztliche Versorgung in Zukunft weiterhin primär von privatwirtschaftlich betriebenen Praxen und Gesundheitszentren gewährleistet wird, können die Kommunen mit flankierenden Angeboten vor allem dafür sorgen, dass die dezentrale, flächendeckende Versorgung erhalten bleibt und ausgebaut wird. Dies hat in einer alternden Gesellschaft eine wachsende Bedeutung und lässt sich mit den folgenden Themen verbinden:

- Aufbau und Betrieb von Fahrdiensten, um insbesondere ältere PatientInnen in die Praxen zu bringen.
- Die Bereitstellung von Räumlichkeiten, Ausstattung und ggf. auch Personal (z. B. Terminkoordination), um Sprechzeiten in Orten anzubieten, die aus Sicht der Praxen/Gesundheitszentren wirtschaftlich nicht tragfähig sind.
- Ausrichtung und Qualifizierung gegebenenfalls eingesetzten Personals (Gemeindeschwester, Pflegekräfte, Sozialdienste, Seniorenbeauftragte) auf die Kooperation mit ÄrztInnen zur Übernahme ergänzender Leistungen in der häuslichen Betreuung immobiler PatientInnen.

2.3.8. Grundstücke, Immobilien und Investoren

Eine Domäne der Kommunen ist es, bei allen Fragen zu Grundstücken und Immobilien nicht nur Planungs- und Genehmigungsinstanz zu sein, sondern auch Hilfestellung leisten zu können. Dies betrifft die Auswahl und planerische Vorbereitung geeigneter Grundstücke und Immobilien wie auch die Akquise von Investoren für den Umbau oder Neubau entsprechender Praxen, Ärztehäuser und Gesundheitszentren. In der Regel verfügen die Kommunen auch im eigenen Gebäudebestand über geeignete Immobilien, die kostengünstig zur Verfügung gestellt werden können.

2.3.9. Aufbau und Trägerschaft von Gesundheitszentren

Selbst wenn eine aktive Ärzteschaft eigenverantwortlich neue Versorgungslösungen konzipiert und umsetzt, bleibt es eine kommunale Aufgabe, zu prüfen, ob dies im Sinne einer guten Gesundheitsversorgung ausreichend ist. Private Initiativen agieren zunächst einmal im eigenen

Interesse. Es kann weder vorausgesetzt, noch verlangt werden, dass sie sich in umfassender Weise für die Sicherung der ärztlichen Versorgung engagieren.

Von daher bleibt es eine Aufgabe der Kommunen, sich aktiv und auf der Basis klarer Zielvorstellungen in die Erarbeitung von neuen Formen der Gesundheitsversorgung (wie z. B. Lokaler Gesundheitszentren) einzubringen. Dies kann auch bedeuten, in hohem Maße Verantwortung für die Konzipierung und Umsetzung neuer Lösungen zu übernehmen. Insbesondere wenn das private Engagement nicht weitreichend genug ist, kommt schließlich auch eine (vorübergehende) kommunale Trägerschaft für ein neu aufgebautes Gesundheitszentrum in Frage.

2.3.10. Unterstützung bei der Ansiedlung von jungen ÄrztInnen

Bislang sind schon viele Kommunen und Bürgermeister bemüht, die Ansiedlung junger ÄrztInnen zu unterstützen. Dies kann die Vermittlung von Kindergartenplätzen, die Unterstützung bei der Wohnungssuche oder bei der Suche und Renovierung einer Praxisimmobilie und anderes mehr umfassen. Besonders bedeutsam kann es im Einzelfall sein, dem Partner oder der Partnerin eine adäquate Arbeitsstelle zu vermitteln. Hierzu braucht es entsprechende Netzwerke. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, die Unterstützungsleistungen sehr individuell auf die ansiedlungswillige/n ÄrztInnen und deren Familien abzustimmen.

3. Konzeptionelle Überlegungen zu Lokalen Gesundheitszentren

Als Diskussionsgrundlage für die Werkstattprozesse in den Fokusräumen Furtwangen und Donaueschingen wurden Konzeptvorschläge für Lokale Gesundheitszentren entwickelt. Hierzu wurden räumliche Konzepte erstellt und eine erste betriebswirtschaftliche Modellrechnung zur Rentabilität in der Startphase durchgeführt. Die Ergebnisse können in die Fortführung der Arbeit in den Initiativgruppen eingehen.

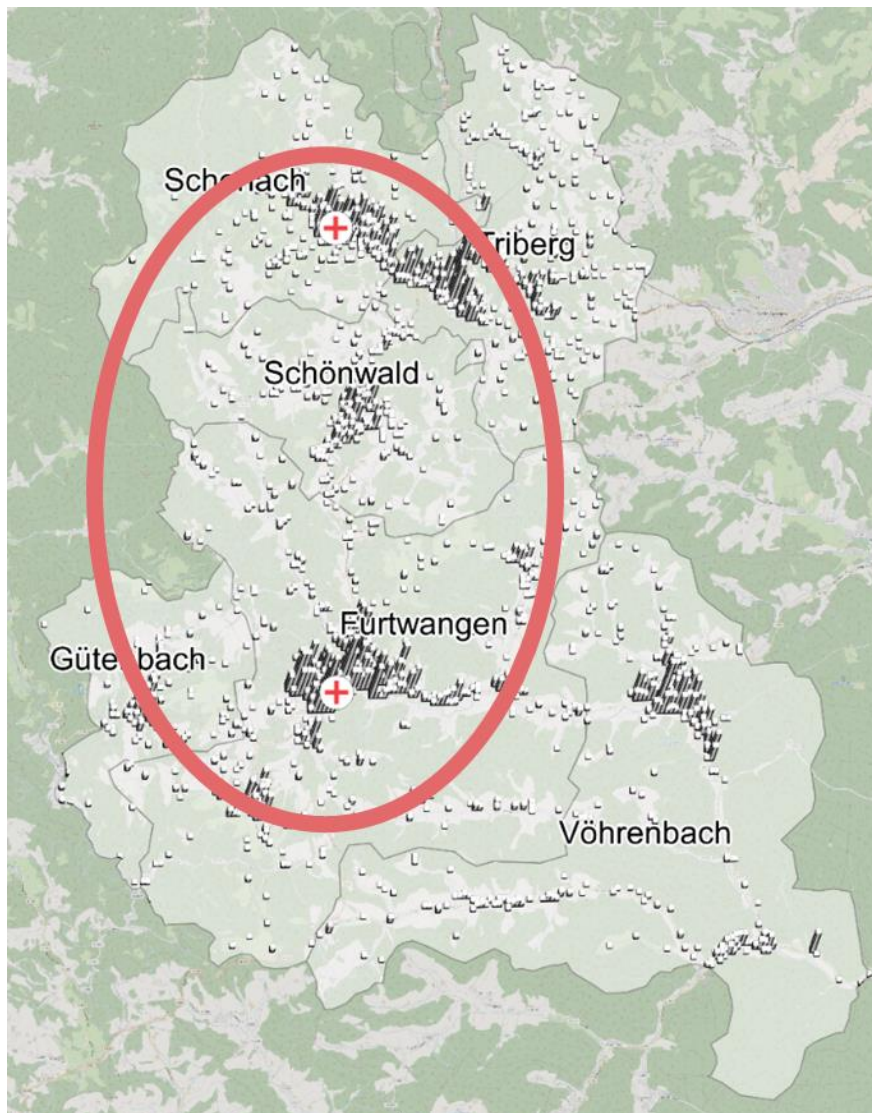
3.1. Räumliche Konzepte

Ausgehend von den Ausgangssituationen und lokalen Handlungsbereitschaften in den Fokusräumen wurden angepasste räumliche Analysen vorgenommen. Hierzu wurden anhand von definierten Kriterien infrage kommende Standorte ausgewählt, deren Versorgungswirkung für den Fokusraum mit Erreichbarkeitsanalysen analysiert und erste Kennzahlen zur Größenstruktur der Standorte herausgearbeitet.

3.1.1. Fokusraum Furtwangen

Im Fokusraum Furtwangen wurden bei der Auswahl potenzieller Standorte ein Zentralitäts- und ein Erreichbarkeitskriterium definiert. Die Standorte sollten eine Zentrumsfunktion für die Region im Sinne der Regionalplanung erfüllen sowie für einen möglichst hohen Bevölkerungsanteil bei möglichst geringen Fahrzeiten erreichbar sein. Zusätzlich wurde aus einzelnen Kommunen konkrete Handlungsbereitschaft signalisiert, sodass diese priorisiert wurden. Aus der ersten Zukunftswerkstatt im Fokusraum war hervorgegangen, dass eine dezentrale Struktur mit mehreren Standorten gewünscht wird. Somit wurde auf Basis der Bevölkerungsverteilung im Fokusraum eine Lösung mit zwei Standorten vorgeschlagen. Abbildung 18 zeigt die Bevölkerungsstruktur mit Bevölkerungsspitzen in der Stadt Furtwangen sowie der Region Schonach – Schönwald – Triberg und in geringerem Umfang in Vöhrenbach.

Abbildung 18: Standortstruktur des Gesundheitszentrums



Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: Stat. BA (Zensus 2011). Die Säulen zeigen die Bevölkerungsverteilung im Fokusraum (15-fach verstärkt).

Aufgrund der zentralen Lage im südlichen Bereich des Fokusraums und der eindeutigen Zentrumsfunktion für die umliegenden Gemeinden wurde Furtwangen als erster Standort festgelegt. Im nördlichen Fokusraum musste zwischen den weitgehend gleichwertigen Standorten Schonach und Triberg entschieden werden. Tabelle 14 illustriert den geringen Unterschied in der Standortqualität zwischen den nördlichen Standortoptionen im Hinblick auf die Erreichbarkeit für die PatientInnen. Im Vergleich der Konstellationen Furtwangen-Schonach und Furtwangen-Triberg wird deutlich, dass in beiden Varianten über 90% der Bevölkerung im Fokusraum in weniger als 15 Minuten einen der Standorte mit dem PKW erreichen können. Weiterhin bietet die Variante Furtwangen-Schonach eine für den ländlichen Raum hervorragende Erreichbarkeit

mit dem ÖPNV: 71% der Bevölkerung kann innerhalb von 20 Minuten einen der Standorte erreichen (vgl. Abbildung 19 u. Abbildung 20).

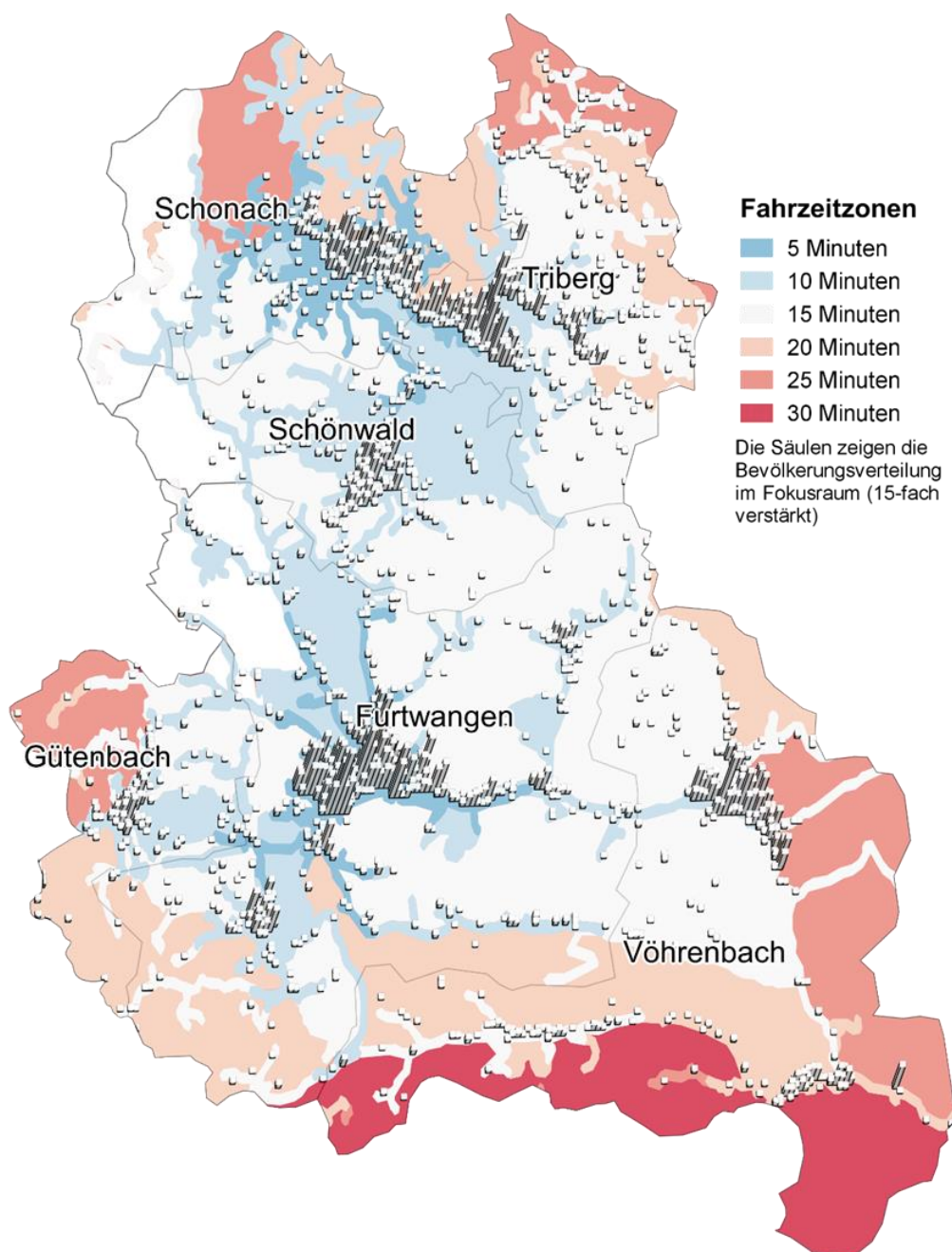
Tabelle 14: Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu den möglichen Standortkonstellationen im PKW-Verkehr sowie im ÖPNV

Fahrzeitzone	Erreichbarer Bevölkerungsanteil			
	Furtwangen Schonach (PKW)	Furtwangen Schonach (ÖPNV)	Furtwangen Triberg (PKW)	Furtwangen Schonach Triberg (PKW)
bis 5 Min.	11.296 (44,2%)	3.977 (15,5%)	11.320 (44,3%)	13.847 (54,2%)
bis 10 Min.	20.529 (80,3%)	10.048 (39,3%)	21.271 (83,2%)	21.536 (84,3%)
bis 15 Min.	23.885 (93,4%)	14.429 (56,4%)	24.084 (94,2%)	24.091 (94,3%)
bis 20 Min.	25.087 (98,1%)	18.141 (71,0%)	25.132 (98,3%)	25.139 (98,4%)
bis 25 Min.	25.467 (99,6%)	20.074 (78,5%)	25.467 (99,6%)	25.471 (99,7%)
bis 30 Min.	25.496 (99,7%)	21.248 (83,1%)	25.496 (99,7%)	25.496 (99,8%)

Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: Stat. BA (Zensus 2011).

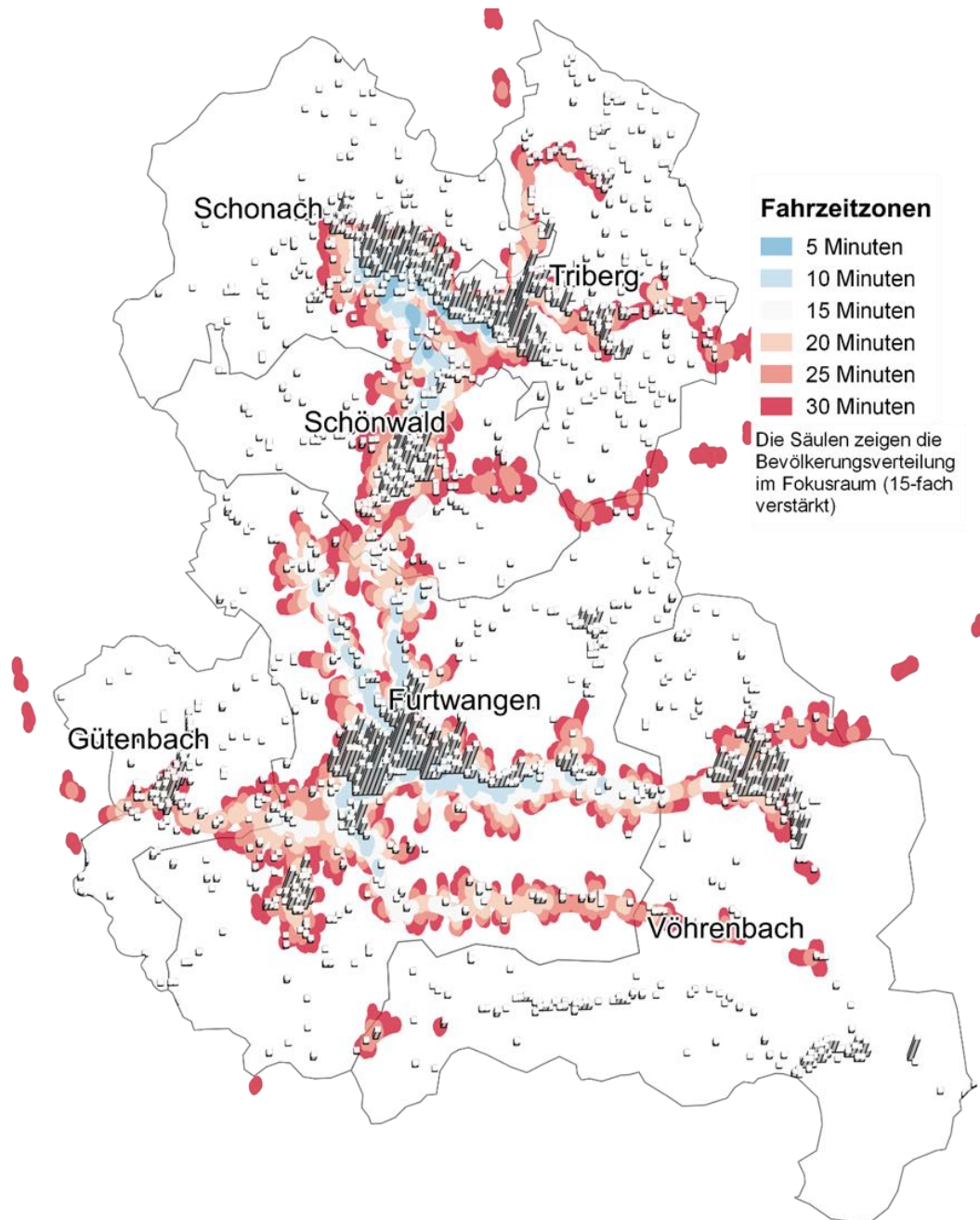
Ausgehend von ärztlichen Signalen der Mitwirkungsbereitschaft wurde für die weitere räumliche Analyse der Standort Schonach gewählt. Dennoch kann für den weiteren Entwicklungsprozess der objektiv noch etwas besser angebundene Standort Triberg gewählt werden.

Abbildung 19: PKW-Erreichbarkeit der Standorte Schonach und Furtwangen



Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: Stat. BA (Zensus 2011).

Abbildung 20: ÖPNV-Erreichbarkeit der Standorte Furtwangen und Schonach



Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: Stat. BA (Zensus 2011).

Durch die Erreichbarkeitsanalyse werden die Einzugsgebiete der beiden Standorte deutlich:

- Standort Furtwangen: Furtwangen, Gütenbach, Vöhrenbach. Der Standort Furtwangen bedient 13.996 EinwohnerInnen (Stat. LA BW, Stand 31.12.2016) und verfügte zum Untersuchungszeitpunkt über 9 HausärztInnen (KVBW, Stand: 15.2.2017). Das Einwohner-Arzt-Verhältnis lag somit bei 1.555 Einwohnern pro Arzt/Ärztin. Vier der HausärztInnen waren

bereits über 60 Jahre alt. Kurzfristig würde das Verhältnis damit bei 2.799 Einwohnern pro Arzt/Ärztin liegen.

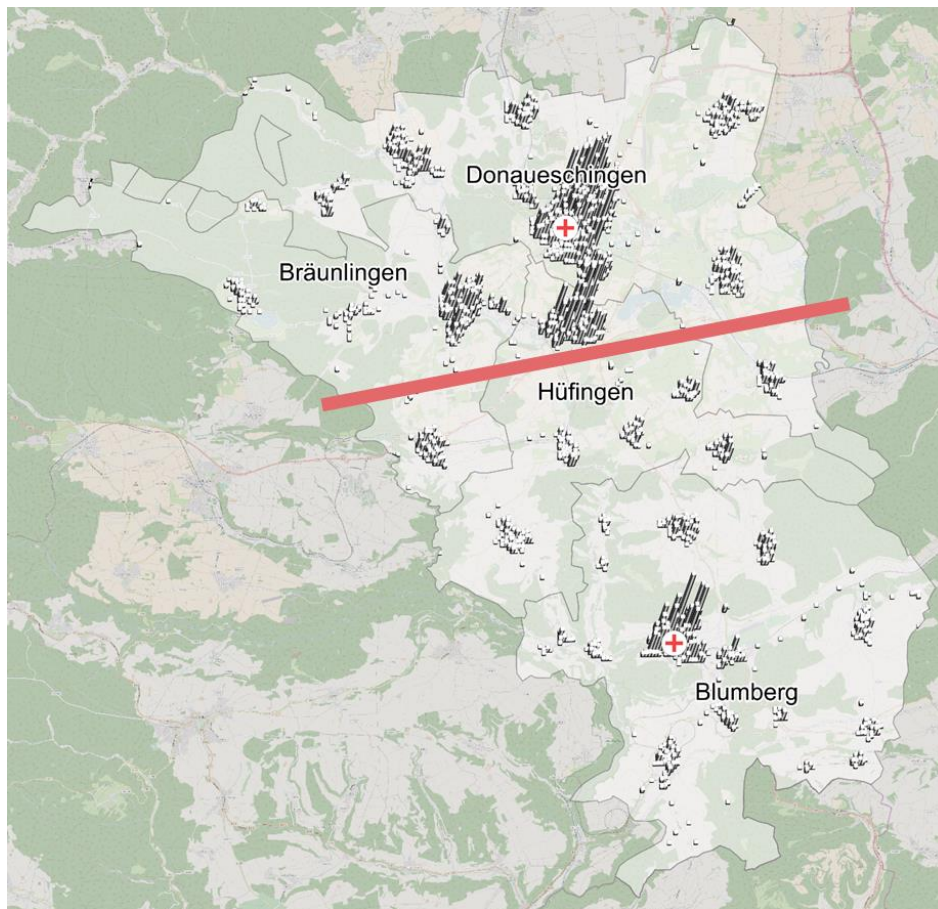
- Standort Schonach: Schonach, Schönwald, Triberg. Der Standort Schonach bedient 11.141 EinwohnerInnen (Stat. LA BW, Stand 31.12.2016) und verfügte zum Untersuchungszeitpunkt über 6 HausärztInnen mit 5,25 Versorgungsaufträgen (KVBW, Stand: 15.2.2017). Das Einwohner-Arzt-Verhältnis lag somit bei 1.856 EinwohnerInnen pro Arzt/Ärztin. Drei der HausärztInnen waren bereits über 60 Jahre alt. Kurzfristig würde das Verhältnis damit bei 3.713 EinwohnerInnen pro Arzt/Ärztin liegen.

Hieraus lassen sich die maximalen Größenstrukturen an den Standorten ableiten. Angelehnt an die Bezugsgröße der Bedarfsplanung wurde für die Analyse festgelegt, dass das Einwohner-Arzt-Verhältnis unter 1.700 Einwohnern pro Arzt/Ärztin liegen soll. Gleichzeitig wird durch den Aufbau von LGZ das Ziel verfolgt, die Versorgung im Fokusraum zu sichern – dabei jedoch ausreichend PatientInnen für die weiterhin in traditionellen Praxen niedergelassenen ÄrztInnen zu lassen. Somit wurde festgelegt, dass maximal 50% des Patientenpotenzials der Region an das LGZ gebunden werden darf. Hieraus ergibt sich für den Standort Furtwangen eine Maximalgröße von 4,25 Arztstellen, während der Standort Schonach 3,5 Arztstellen aufnehmen kann.

3.1.2. Fokusraum Donaueschingen

Im Fokusraum Donaueschingen wurden bei der Auswahl potenzieller Standorte ebenfalls ein Zentralitäts- und ein Erreichbarkeitskriterium definiert. Auch hier sollten die Standorte eine Zentrumsfunktion für die Region im Sinne der Regionalplanung erfüllen sowie für einen möglichst hohen Bevölkerungsanteil bei möglichst geringen Fahrzeiten erreichbar sein. Im Gegensatz zum Fokusraum Furtwangen wurde hier keine spezifische Handlungsbereitschaft signalisiert, sodass die Planung alleine durch die genannten Kriterien getrieben war. Eine dezentrale Struktur mit mehreren Standorten wurde auch hier präferiert. Auf Basis der Bevölkerungsverteilung im Fokusraum wurde eine Lösung mit zwei Standorten vorgeschlagen. Abbildung 21 zeigt die Bevölkerungsstruktur mit Bevölkerungsspitzen in der Region Donaueschingen – Hüfingen sowie in Blumberg.

Abbildung 21: Standortstruktur des Gesundheitszentrums



Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: Stat. BA (Zensus 2011). Die Säulen zeigen die Bevölkerungsverteilung im Fokusraum (15-fach verstärkt). Die rote Linie zeigt die Trennung der Einzugsgebiete der Standorte.

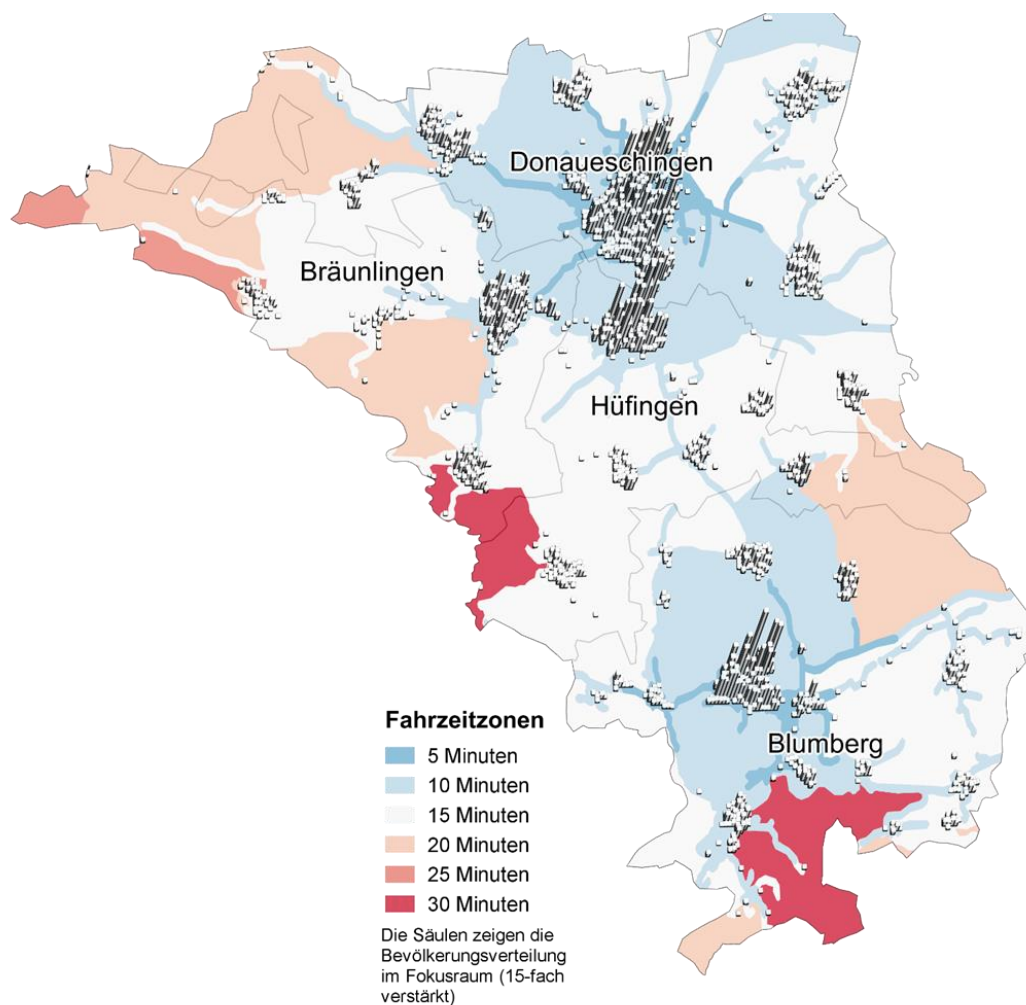
Als Hauptstandorte für das LGZ kommen damit nur die zentralen Orte Donaueschingen und Blumberg in Frage. Tabelle 15 illustriert die Erreichbarkeit der Standorte für die PatientInnen. Durch die stark auf die Zentren konzentrierten Siedlungsstrukturen können die Standorte für nahezu 90% der Bevölkerung in 10 Minuten mit dem PKW erreicht werden (vgl. Abbildung 22); 72,3% erreichen die Zentren mit dem ÖPNV. Wie auf Abbildung 23 erkennbar ist, sind große Teile Bräunlingens nicht über den ÖPNV an Donaueschingen angebunden. Hieraus entsteht beim Aufbau von LGZ der Bedarf, eine Mobilitätslösung für die Bevölkerungsteile ohne Zugang zu einem PKW anzubieten.

Tabelle 15: Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu den Standorten Blumberg und Donaueschingen im PKW-Verkehr sowie im ÖPNV

Fahrzeitzone	Erreichbarer Bevölkerungsanteil	
	Donaueschingen Blumberg (PKW)	Donaueschingen Blumberg (ÖPNV)
bis 5 Min.	20.009 (44,7%)	4.386 (9,8%)
bis 10 Min.	39.928 (89,2%)	11.862 (26,5%)
bis 15 Min.	44.494 (99,4%)	23.545 (52,6%)
bis 20 Min.	44.673 (99,8%)	32.363 (72,3%)
bis 25 Min.	44.673 (99,8%)	36.839 (82,3%)
bis 30 Min.	44.718 (99,9%)	38.899 (86,9%)

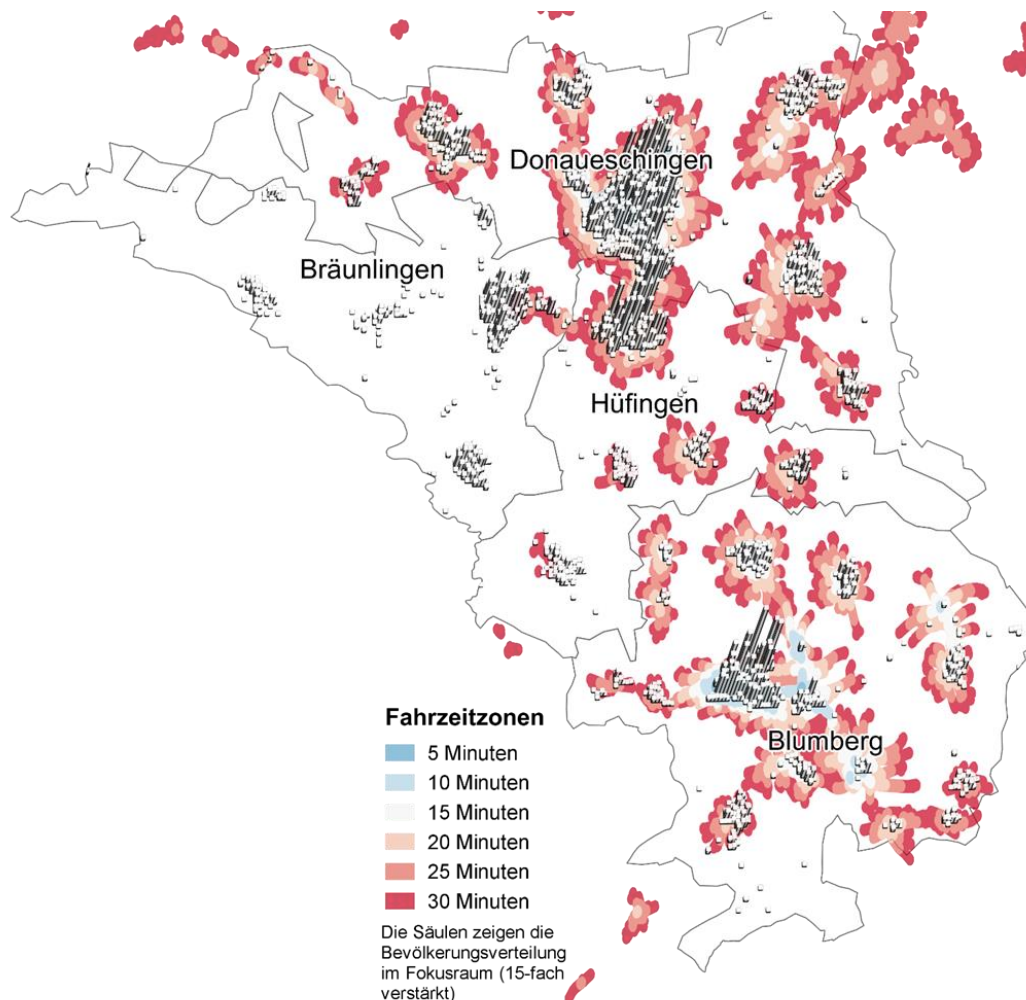
Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: Stat. BA (Zensus 2011).

Abbildung 22: PKW-Erreichbarkeit der Standorte Schonach und Furtwangen



Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: Stat. BA (Zensus 2011).

Abbildung 23: ÖPNV-Erreichbarkeit der Standorte Furtwangen und Schonach



Berechnung/Darstellung: Quaestio/IfA. Daten: Stat. BA (Zensus 2011).

Durch die Erreichbarkeitsanalyse werden die differenzierten Einzugsgebiete der beiden Standorte deutlich:

- Standort Donaueschingen: Donaueschingen (außer Neudingen), Stadt Hüfingen, Bräunlingen (außer Döggingen). Der Standort Donaueschingen bedient ca. 30.700 EinwohnerInnen (Stat. BA, Zensus 2011) und verfügte zum Untersuchungszeitpunkt über 15 HausärztInnen (KVBW, Stand: 15.2.2017). Das Einwohner-Arzt-Verhältnis lag somit bei 2.047 EinwohnerInnen pro Arzt/Ärztin. Sechs der HausärztInnen waren bereits über 60 Jahre alt. Kurzfristig würde das Verhältnis damit bei 3.411 EinwohnerInnen pro Arzt/Ärztin liegen.
- Standort Blumberg: Blumberg, Hüfingen (außer Stadt Hüfingen), Döggingen (Donaueschingen), Neudingen (Bräunlingen). Der Standort Blumberg bedient ca. 14.100 EinwohnerInnen (Stat. BA, Zensus 2011) und verfügte zum Untersuchungszeitpunkt über 7 HausärztInnen

(KVBW, Stand: 15.2.2017). Das Einwohner-Arzt-Verhältnis lag somit bei 2.014 EinwohnerInnen pro Arzt/Ärztin. Fünf der HausärztInnen waren bereits über 60 Jahre alt. Kurzfristig würde das Verhältnis damit bei 7.050 EinwohnerInnen pro Arzt/Ärztin liegen.

Hieraus lassen sich die maximalen Größenstrukturen an den Standorten ableiten. Angelehnt an die Bezugsgröße der Bedarfsplanung wurde für die Analyse festgelegt, dass das Einwohner-Arzt-Verhältnis unter 1.700 EinwohnerInnen pro Arzt/Ärztin liegen soll. Gleichzeitig wird durch den Aufbau von LGZ das Ziel verfolgt, die Versorgung im Fokusraum zu sichern – dabei jedoch ausreichend PatientInnen für die weiterhin in traditionellen Praxen niedergelassenen ÄrztInnen zu lassen. Somit wurde festgelegt, dass maximal 50% des Patientenpotenzials der Region an das LGZ gebunden werden darf. Hieraus ergibt sich für den Standort Donaueschingen eine Maximalgröße von 9,25 Arztstellen, während der Standort Blumberg 4,25 Arztstellen aufnehmen kann.

3.2. Betriebswirtschaftliche Grundüberlegungen

Um fundierte Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit im Aufbau Lokaler Gesundheitszentren anstellen zu können, wurde primär auf das Praxis-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung¹⁰ zurückgegriffen. Das Praxispanel basiert auf einer Umfrage des ZiPP zur wirtschaftlichen Situation und zu Rahmenbedingungen in über 6.200 Praxen. Die befragten ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen legen im Rahmen der Umfrage umfassende Wirtschafts- und Personaldaten offen, die einen Einblick in die Entwicklung der wirtschaftlichen Situation des Sektors erlauben.

Um den Aufbau einer innovativen Versorgungsstruktur zu modellieren, wurden aus dem ZiPP 2015 (Veröffentlichung: 2017) Daten zur Vergütungs- und Größenstruktur herangezogen. Auf dieser Basis wurden für verschiedene Umsetzungsszenarien über die ersten fünf bis sechs Jahre des Aufbaus eines fiktiven Gesundheitszentrums die durch ärztliche Leistungen generierten Umsätze den Aufwendungen gegenübergestellt. Hierbei wurden Eigenheiten der Region (z.B. erhöhtes Lohnniveau) sowie geeignete und auf den in den Fokusräumen vorgefundenen Situationen basierende Standortstrukturen berücksichtigt. Ziel der Modellierung war es, über die Szenarien mögliche Entwicklungswege aufzuzeigen und die Entwicklungsschritte der Aufbau-phase mit Blick auf die Rentabilität abzubilden.

¹⁰ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZiPP) (2017, letzter Aufruf: 30.08.2018), abrufbar unter: <https://www.zi-pp.de/veroeffentlichungen.php> bzw. https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2015.pdf

3.2.1. Umsatz

Umsatz wird in Arztpraxen alleine durch abrechnungsfähige ärztliche Leistungen generiert. Sofern für einen Arbeitsschritt keine Abrechnungsziffern existieren, ist keine Vergütung der Tätigkeit möglich. Somit sind Arztpraxen in der speziellen Situation, dass durch die Leistung der dort tätigen ÄrztInnen nahezu der gesamte Umsatz generiert wird. Ausnahmen sind Abrechnungsfähige Leistungen, die durch Medizinische Fachangestellte erbracht werden (z.B. im Rahmen von VERAH / NÄPa). Buchhaltung, Abrechnung mit der KVBW und andere Verwaltungstätigkeiten schlagen sich zwar in der ärztlichen Wochenarbeitszeit nieder, erzeugen jedoch keinen direkten Umsatz.

Eine Einzelpraxis nahm 2015 durchschnittlich 309.201 €/a ein (ZiPP 2017, Tabelle 46). Rückmeldungen aus den Praxen in den Fokusräumen legen nahe, dass diese Größenordnung in der Region realistisch übernommen werden kann. Die für eine Kooperation in Frage kommenden ÄrztInnen betreiben vorwiegend Einzelpraxen und liegen mit ihrem Arbeitspensum und dem daraus generierten Umsatz auf diesem Niveau.

In der weiteren Modellierung ist eine Differenzierung zwischen Praxisinhabern und angestellten Ärzten vorzunehmen. Das ZiPP (2017) sowie die Erfahrung der ÄrztInnen in den Fokusräumen legen nahe, dass angestellte ÄrztInnen durch geringere Wochenarbeitszeit und geringeren Eigenantrieb gegenüber InhaberInnen pro Stelle einen um 20% geringeren Umsatz generieren.

Der Auf- und Ausbau eines Lokalen Gesundheitszentrums beinhaltet auch die Schaffung neuer Arztstühle an Praxisstandorten, die zuvor ein geringeres Versorgungsangebot aufwiesen. Hier muss – anders als bei der Übernahme einer vor Ort etablierten Praxis – für jede/n zusätzliche/n Arzt/Ärztin erst ein Patientenstamm aufgebaut werden. Somit wird im ersten Jahr eine halbe Stelle, im zweiten Jahr eine 75%- und im dritten Anstellungsjahr eine volle Stelle zu Grunde gelegt. Entsprechend dieser Anteile wird durch neu geschaffene Stellen ein geringerer Umsatz generiert. Aufgrund der in den Fokusräumen vorgefundenen Versorgungsgrade unterhalb der Normalversorgung und der hohen Zahl in absehbarer Zukunft schließender Praxen ist davon auszugehen, dass jede zusätzlich geschaffene Stelle nach der Etablierung voll ausgelastet werden kann.

3.2.2. Aufwendungen

Die Kostenstruktur von hausärztlichen Praxen wird von den Personalkosten dominiert, die im bundesdeutschen Durchschnitt 57,3% der Gesamtkosten ausmachen. Den zweitgrößten Ein-

zelposten bilden Miete und Mietnebenkosten für die Praxisräume mit 10,8% der Gesamtkosten (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Kostenstruktur in hausärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen

	Aufwendungen je Inhaber	Personal	Miete einschl. Nk. für Praxis- räume	Versiche- rungen, Beiträge und Gebühren	Abschrei- bungen	Material und Labor	Kfz
Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)	132.939 €	57,3%	10,8%	5,2%	5,1%	3,5%	3,3%
Einzelpraxis	145.689 €	55,6%	11,3%	5,2%	4,8%	3,4%	3,8%
Gemeinschaftspraxis	114.562 €	60,5%	9,8%	5,2%	5,7%	3,7%	2,2%

	Aufwendungen je Inhaber	Wartung und Instand- haltung	Fremd- kapital- zinsen	Leasing und Miete von Geräten	Fort- bildungen	Nutzung externer Infra- struktur	Sonstige
Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)	132.939 €	2,0%	1,4%	0,9%	0,7%	0,1%	9,7%
Einzelpraxis	145.689 €	2,1%	1,5%	1,0%	0,7%	0,2%	10,3%
Gemeinschaftspraxis	114.562 €	1,7%	1,1%	0,8%	0,5%	0,0%	8,7%

Quelle: ZiPP 2015

Kooperieren mehrere ÄrztInnen in größeren Praxisstrukturen, sinken die Aufwendungen je InhaberIn. Darüber hinaus verändert sich die Verteilung der Kosten auf die Positionen. Relativ gesehen steigt der Anteil der Personalkosten; dieser relative Anstieg ist jedoch auf die gesteigerte Effizienz in anderen Positionen (geteilte Miete, gemeinsame Infrastruktur) zurückzuführen.

In der ersten Kalkulation, die in einem Frühstadium der Planung angestellt wird, ist primär die Modellierung von Personal- und Mietkosten sowie von aufzunehmenden Krediten und daraus resultierendem Kapitaldienst möglich. Sonstige Positionen können in ihrer üblichen Relation gegenüber diesen kalkulierbaren Kosten betrachtet werden. Somit werden diese zunächst pauschal als 25% der Gesamtkosten berücksichtigt.

3.2.2.1. Personalkosten

Als Ausgangspunkt für die Kalkulation der Personalkosten wurden die für die jeweiligen Stellen bzw. vergleichbare Rollen gültigen Tarifverträge herangezogen. Aufgrund des in der Region gegenüber dem gesamtdeutschen Vergleich erhöhten Lohnniveaus wurden in Abstimmung mit den in der Region tätigen Partnern zusätzlich 20% auf die Tariflöhne aufgeschlagen. Somit wurde mit folgenden Bruttolöhnen kalkuliert:

- Angestellte/r Arzt/Ärztin: Angelehnt an TV-Ärzte/VKA (gültig ab 1. Mai 2018), Entgeltgruppe II, Stufe 2 +20%. Jahresgehalt 90.685,87€.
- Ärztliche Leitung: Angelehnt an TV-Ärzte/VKA (gültig ab 1. Mai 2018), Entgeltgruppe III, Stufe 2 +20%. Jahresgehalt 110.961,94€.
- MFA: Angelehnt an Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen (gültig ab 1. April 2018), Tätigkeitsgruppe 2, Berufsjahr 5-8 +20%. Jahresgehalt 31.678,68€.
- VERAH: Angelehnt an Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen (gültig ab 1. April 2018), Tätigkeitsgruppe 4, Berufsjahr 5-8 +20%. Jahresgehalt 35.358,91€.
- Case Management / Praxismanagement: Angelehnt an Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen (gültig ab 1. April 2018), Tätigkeitsgruppe 5, Berufsjahr 9-12 +20%. Jahresgehalt 40.742,06€.
- Kaufmännische Leitung: Angelehnt an TVÖD VKA, Entgeltgruppe E14, Stufe 1 +20%. Jahresgehalt 59.783,76€.

Weiterhin wurden die Arbeitgeberanteile von insgesamt 19,38% des Bruttolohns in der Kalkulation berücksichtigt. Die nichtärztlichen Stellen wurden als Vollzeitäquivalent kalkuliert. Case- und PraxismanagerInnen, VERAHS oder kaufmännische LeiterInnen werden in erster Linie eingestellt, um eine Steigerung der Effizienz des LGZ zu erwirken. Komplexe Prozesse wie von verbesserter innerer Organisation abhängige Effizienzsteigerungen werden in diesem vereinfachten Modell nicht berücksichtigt, sodass die höher qualifizierten MitarbeiterInnen im Modell Kosten verursachen, ihr Nutzen jedoch nicht abgebildet wird.

3.2.2.2. Immobilienkosten

Die Kosten für Praxisimmobilien wurden über das Mietniveau abgebildet. Die Mehrheit der Arztpraxen in der Projektregion befindet sich bereits in Mietimmobilien und müsste im Falle eines niedrigschwelligen Zusammenschlusses bestehender Praxen keine Veränderung auf sich nehmen. Im Falle eines für ein LGZ errichteten Neubaus wird es möglich sein, den Neubau durch einen Investor realisieren zu lassen und im Anschluss die Praxisräume zu mieten. Arztpraxen sind auf dem Mietimmobilienmarkt gefragte Nutzer, da sie eine nahezu garantierte Solvenz aufweisen und nach ihrer Etablierung langfristig durch ihre PatientInnen an einen Ort gebunden bleiben.

Zur Abbildung der aus dieser Ausgangssituation heraus möglichen Szenarien (Verbleib in bestehenden Praxisräumen / Neubau durch Investor) wurden zwei unterschiedliche Mietniveaus eingeführt:

- Altbaumiete: 8,50 €/m²
- Neubaumiete: 14,00 €/m²

Soweit bekannt, wurden die Praxisgrößen und die aus der jeweiligen m²-Zahl der Praxis resultierenden Mieten real existierender Praxen veranschlagt. Für die Abbildung eines Neubaus wurden die angestrebte maximale Personalstärke und der daraus abzuleitende Raumbedarf berücksichtigt und ausreichend Raum für eine moderne Praxis berechnet.

3.2.2.3. Weitere Kosten

Weitere modellhaft kalkulierbare Kosten entstehen durch die zur Gründung eines LGZ notwendigen Anfangsinvestitionen. Die möglichen Ansätze auf dem Spektrum zwischen der rein organisatorischen Zusammenlegung bestehender Praxen bis zum Neubau eines kommunal betriebenen LGZ mit neu angestellten ÄrztInnen benötigen zu unterschiedlichem Grad Kapital in der Startphase. Je nach Szenario sind unter anderem folgende Fragen zu beantworten: Wie viele Behandlungszimmer müssen eingerichtet werden? Ist eine Renovierung bestehender Räumlichkeiten nötig? Muss durch einen neuen Träger eine Ablösesumme an den bisherigen Praxisinhaber gezahlt werden („Arztsitz kaufen“)?

Möglich sind Kosten aus den folgenden Feldern:

- Rechtsberatung: Die Gründung eines LGZ ist kein standardisierter Vorgang, sondern muss in jedem Fall individuell betreut werden. Die Auswahl einer geeigneten Organisationsform (BAG, ÜBAG, Praxismgemeinschaft, MVZ) sowie Gesellschaftsform (GbR, GmbH, AöR) sowie die innere Organisation, steuerrechtliche Fragen und die Abstimmung mit regulierenden Körpern (vorwiegend der KV) erzeugen in jedem Fall umfassenden juristischen Beratungsbedarf. Im Falle eines an bestehende Modelle angelehnten relativ einfacheren Zusammenschlusses durch Zusammenlegung bestehender Praxen wurden pauschal 25.000€ Kosten für die Rechtsberatung kalkuliert. Für komplexe Vorgänge (z.B. die Gründung eines Joint Venture von niedergelassenen ÄrztInnen und Kommunen) wurde der doppelte Satz berechnet.
- Praxiseinrichtung: Im Falle eines Erstbezugs wurden Kosten für die Erstausrüstung von 200€/m² berechnet. Bei Weiterführung bestehender Praxen wurde dieselbe Summe für die

Renovierung der Räumlichkeiten veranschlagt, um die zusammengeschlossenen Praxen auf ein gemeinsames, modernes Erscheinungsbild zu bringen. Zusätzlich wurde die Neu- bzw. Ersteinrichtung der Behandlungszimmer mit je 10.000€ pauschal berücksichtigt.

- **Praxisübernahme:** In der Projektregion steht in absehbarer Zukunft die Abgabe diverser Altpraxen an. An einer Übernahme interessierte junge MedizinerInnen stehen somit einem großen Angebot gegenüber. Diese Situation wird dadurch verschärft, dass ohnehin ein Mangel an jungen ÄrztInnen besteht. Diese sind nicht mehr darauf angewiesen, eine gut laufende Praxis zu übernehmen, sondern können aufgrund des großen Versorgungsdrucks ohne weiteres in einer neuen, nach ihren Vorstellungen ausgestatteten Praxis einen eigenen Patientenstamm aufbauen. Auch eine etablierte Kleinpraxis hat als Folge dieser Marktsituation keinen nennenswerten Verkaufswert. Diese Situation ändert sich, wenn die Praxis durch die Eingliederung in einen leistungs- und zukunftsfähigen Verbund in Wert gesetzt wird. Hierbei genügt in der Aufbauphase, in der zur Mitwirkung bereite ältere Ärzte rar sind, die Intention, Teil des Verbunds zu werden. Die Aufwertung einer erfolgreich in ein LGZ eingegliederten Praxis wird in der Modellrechnung mit 75.000€ beziffert; wie eine solche Praxis unter realen Umständen bewertet wird und ob die PartnerInnen bereit sind, die durch das LGZ hervorgerufene Wertsteigerung bei einer Übernahme zu vergüten, muss im Gründungsprozess zwischen den beteiligten PartnerInnen verhandelt werden. Es sind durchaus Vereinbarungen denkbar, in denen der Anfangswert der Praxen als Entgelt für die Übernahme festgelegt wird.
- **Sonstiges:** Die Kostenstruktur einer Praxis weist über diese Positionen hinaus noch weitere, schwer modellierbare Posten auf (vgl. Tabelle 16). Diese werden pauschal mit 25% der Personal- und Immobilienkosten berechnet; es ist davon auszugehen, dass sonstige Kosten beim Wachsen des Betriebs ansteigen.

3.2.2.4. Kapitaldienst

Unter den Voraussetzungen des zum Berichtszeitpunkt herrschenden günstigen Zinsniveaus wurde der Kalkulation zugrunde gelegt, dass sämtliche Anfangsinvestitionen über die Aufnahme von Fremdkapital finanziert werden. Damit kann auf eine zusätzliche Berechnung von Abschreibungen verzichtet werden, wenn angenommen wird, dass bei den finanzierten Werten kein signifikanter Restwert vorliegen wird. Für die Modellierung wurde ein jährlicher Zinssatz von 4% angenommen und ein Rückzahlungszeitraum von 10 Jahren (20 Jahre in ersten Rechnungen) festgelegt.

3.2.3. Szenarien

Innerhalb des Modellrahmens wurden Gründung und Wachstum verschiedener Modelle von LGZ unter unterschiedlichen Trägerschaftskonstellationen über fünf Bezugsjahre simuliert. Im Folgenden werden die betrachteten fiktiven Gründungsgeschichten ausgeführt.

3.2.3.1. Furtwangen

Szenario Furtwangen 1: Aufbau und Betrieb durch Ärzteschaft. ÄrztInnen in Furtwangen und Schonach werden selbstständig aktiv, die Kommunen sind nicht beteiligt. Zwei bestehende Praxen werden in einer gemeinsamen Organisationsstruktur zusammengeführt und sukzessive mit angestellten ÄrztInnen erweitert. Der/die PraxisinhaberIn am nördlichen Standort (Schonach / Schönwald / Triberg) gibt seine Praxis im dritten Geschäftsjahr auf, die Praxis wird mit angestellten ÄrztInnen weiterbetrieben.

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6
	Zusammenlegung von zwei Praxen in Furtwangen und Schonach	Einarbeiten Nachfolger Schonach; aussteigender Arzt reduziert auf 50%	Ausstieg ehem. Inhaber; Angestellter Arzt (Schonach); Anstellung von 2 VERAHS	Personelle Erweiterung Furtwangen: Angestellter Arzt	Konsolidierung	Vorläufige Maximalgröße
Ärztliches Personal	3 Inhaber	3 Inhaber (2x 100%, 1x 50%) 1 Angestellter Arzt (50%)	2 Inhaber 2 angestellte Ärzte (1x 50%, 1x 75%)	2 Inhaber 3 angestellte Ärzte (1x 50%, 1x 75%, 1x 100%)	2 Inhaber 3 angestellte Ärzte (1x 75%, 2x 100%)	2 Inhaber 3 angestellte Ärzte (3x 100%)
Nichtärztliches Personal	5 MFA	5 MFA	6 MFA, davon 1 VERAH	8 MFA, davon 2 VERAH, 0,5 PM	9 MFA, davon 2 VERAH, 0,5 PM	9,5 MFA, davon 2 VERAH, 0,5 PM
Umsatz	927.603 €	896.683 €	927.603 €	1.174.964 €	1.298.644 €	1.360.484 €
Kosten	329.438 €	383.566 €	500.786 €	714.848 €	816.242 €	866.939 €
davon Personal	207.971 €	262.099 €	366.594 €	560.285 €	652.226 €	698.196 €
davon Miete	41.820 €	41.820 €	41.820 €	41.820 €	41.820 €	41.820 €
davon Kapitaleinsatz	13.760 €	13.760 €	19.278 €	19.278 €	19.278 €	19.278 €
davon Sonstiges	65.888 €	65.888 €	73.093 €	93.465 €	102.918 €	107.645 €
Gewinn	598.165 €	513.117 €	426.817 €	460.116 €	482.402 €	493.545 €
pro Inhaber:	199.388 €	Vollzeit: 213.799 €; 50%: 85.519 €	213.409 €	230.058 €	241.201 €	246.773 €
Investitionen (in Kapitaleinsatz abgebildet)	Ausstattung von 8 Behandlungszimmern, Renovierung, Rechtsberatung: 187.000 €		Übernahme Standort Schonach: 75.000 €			

Szenario Furtwangen 2.1: Aufbau und Betrieb durch Kommunen. Zwei bestehende Praxen in Furtwangen und Schonach werden durch die Kommunen aufgekauft und weiterbetrieben. Die ehemaligen InhaberInnen werden angestellt, ein/e ehemalige/r InhaberIn fungiert als ärztliche Leitung. Ein/e ehemalige/r InhaberIn steigt im dritten Geschäftsjahr aus, die Praxis wird mit angestellten ÄrztInnen weitergeführt.

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5
	Aufkauf der Praxen, Anstellung der abgehenden Ärzte, Weiterbetrieb durch Kommunen	Angestellter Arzt als Nachfolge in Schonach	Ausstieg ehem. Praxisinhaber Schonach, Anstellung zweiter Angestellter Arzt Schonach	Etablierung Standort Schonach, Erweiterung Furtwangen, Anstellung von VERAHs	Konsolidierung
Ärztliches Personal	1 Ärztliche Leitung (100%) 2 ang. Ärzte (2x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 3 ang. Ärzte (2x 60% (10% Kompensation Einarbeitung), 1x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 4 ang. Ärzte (2x 50%, 1x 75%, 1x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 4 ang. Ärzte (2x 75%, 2x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 4 ang. Ärzte (4x 100%)
Nichtärztliches Personal	5,5 MFA	5,5 MFA	6,5 MFA 0,5 Kaufm. Leiter	7,5 MFA (1 VERAH, 1 Case Manager) 0,5 Kaufm. Leiter	8,5 MFA (1,5 VERAH, 1 Case Manager) 0,75 Kaufm. Leiter
Umsatz	742.082 €	742.082 €	927.603 €	1.113.124 €	1.236.804 €
Kosten	692.208 €	692.208 €	863.823 €	1.011.306 €	1.137.026 €
davon Personal	556.944 €	556.944 €	711.632 €	845.857 €	957.838 €
davon Miete	41.820 €	41.820 €	41.820 €	41.820 €	41.820 €
davon Kapitaldienst	24.797 €	24.797 €	24.797 €	24.797 €	24.797 €
davon Sonstiges	68.647 €	68.647 €	85.573 €	98.831 €	112.571 €
Trägergewinn	49.874 €	49.874 €	63.780 €	101.818 €	99.778 €
Investitionen (in Kapitaldienst abgebildet)	Praxisübernahme 2 Praxen, Ausstattung von 8 Behandlungszimmern, Renovierung, Rechtsberatung: 337.000€				

Szenario Furtwangen 2.2: Aufbau und Betrieb durch Kommunen mit Neubau in Furtwangen.
Wie Szenario 2.1, aber mit Bezug eines Neubaus am Standort Furtwangen im dritten Ge-
schäftsjahr.

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5
	Aufkauf der Praxen, Anstellung der abgehenden Ärzte, Weiterbetrieb durch Kommunen	Angestellter Arzt als Nachfolge in Schonach	Ausstieg ehem. Praxisinhaber Schonach, Anstellung zweiter Angestellter Arzt Schonach	Etablierung Standort Schonach, Erweiterung Furtwangen, Anstellung von VERAHs	Konsolidierung
Ärztliches Personal	1 Ärztliche Leitung (100%) 2 ang. Ärzte (2x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 3 ang. Ärzte (2x 60% (10% Kompensation Einarbeitung), 1x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 4 ang. Ärzte (2x 50%, 1x 75%, 1x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 4 ang. Ärzte (2x 75%, 2x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 4 ang. Ärzte (4x 100%)
Nichtärztliches Personal	5,5 MFA	5,5 MFA	6,5 MFA 0,5 Kaufm. Leiter	7,5 MFA (1 VERAH, 1 Case Manager) 0,5 Kaufm. Leiter	8,5 MFA (1,5 VERAH, 1 Case Manager) 0,75 Kaufm. Leiter
Umsatz	742.082 €	742.082 €	927.603 €	1.113.124 €	1.236.804 €
Kosten	686.045 €	686.045 €	899.522 €	1.047.005 €	1.172.726 €
davon Personal	556.944 €	556.944 €	711.632 €	845.857 €	957.838 €
davon Miete	41.820 €	41.820 €	66.480 €	66.480 €	66.480 €
davon Kapitaldienst	19.867 €	19.867 €	28.697 €	28.697 €	28.697 €
davon Sonstiges	67.414 €	67.414 €	92.713 €	105.971 €	119.711 €
Trägergewinn	56.037 €	56.037 €	28.081 €	66.118 €	64.078 €
Investitionen (in Kapitaldienst abgebildet)	Praxisübernahme 2 Praxen, Ausstattung von 3 BHZ, Renovierung, Rechtsberatung: 270.000€		Ausstattung der neuen Praxisräume in Furtwangen, Umzug: 120.000€		

Szenario Furtwangen 3: Gemeinsame Trägerschaft von ÄrztInnen und Kommunen. In einem Joint Venture aus ÄrztInnen und Kommunen wird eine Trägergesellschaft zum Betrieb der Praxen gegründet. Die Praxen gehen an die Trägergesellschaft über und werden beim Ausstieg einzelner InhaberInnen mit angestellten ÄrztInnen weitergeführt. Zwei ÄrztInnen werden zu InhaberInnen und übernehmen die Geschäftsführung bei einem vereinbarten Festgehalt, ein/e Inhaberin wird nach tariforientierten Konditionen angestellt und steigt im dritten Geschäftsjahr aus. Die Verwaltung wird von einer kaufmännischen Leitung geleistet.

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6
	Gründung einer Betreiberges. zum Betrieb von zwei Praxen in Furtwangen und Schonach	Einarbeiten eines Nachfolgers in Schonach, aussteigender Arzt reduziert auf 50%	Ausstieg ehemaliger Inhaber in Schonach Weiterer angestellter Arzt in Schonach Anstellung von 2 VERAHs	Personelle Erweiterung Furtwangen: Angestellter Arzt Angebot von Case Management	Konsolidierung	Vorläufige Maximalgröße
Ärztliches Personal	2 Inhaber 1 angestellter Arzt (100%)	2 Inhaber 2 angestellte Ärzte (50%)	2 Inhaber 2 angestellte Ärzte (1x 50%, 1x 75%)	2 Inhaber 3 angestellte Ärzte (1x 50%, 1x 75%, 1x 100%)	2 Inhaber 3 angestellte Ärzte (1x 75%, 2x 100%)	2 Inhaber 3 angestellte Ärzte (3x 100%)
Nichtärztliches Personal	5 MFA 0,5 Kaufm. Leiter	5 MFA 0,5 Kaufm. Leiter	6 MFA, davon 1 VERAH 0,5 Kaufm. Leiter	8 MFA, davon 1 VERAH, 1 Case Management 0,75 Kaufm. Leiter	8,5 MFA, davon 1,5 VERAH, 1 Case Management 1 Kaufm. Leiter	9 MFA, davon 2 VERAH, 1 Case Management 1 Kaufm. Leiter
Umsatz	865.763 €	865.763 €	927.603 €	1.174.964 €	1.298.644 €	1.360.484 €
Kosten	793.314 €	793.314 €	873.140 €	1.109.062 €	1.211.149 €	1.264.594 €
davon Personal	653.004 €	653.004 €	722.278 €	934.824 €	1.027.899 €	1.076.068 €
davon Miete	41.820 €	41.820 €	41.820 €	41.820 €	41.820 €	41.820 €
davon Kapitaleinsatz	26.637 €	26.637 €	26.637 €	26.637 €	26.637 €	26.637 €
davon Sonstiges	71.853 €	71.853 €	82.406 €	105.781 €	114.794 €	120.070 €
Gewinn	72.449 €	72.449 €	54.463 €	65.902 €	87.495 €	95.890 €
Inhabergehalt:	2x 160.000 €	2x 160.000 €	2x 160.000 €	2x 160.000 €	2x 160.000 €	2x 160.000 €
Investitionen (in Kapitaleinsatz abgebildet)	Übernahme der Praxen, Ausstattung von 8 Behandlungszimmern, Renovierung, Rechtsberatung: 362.000 €					

3.2.3.2. Donaueschingen

Das LGZ wird in lokaler Trägerschaft aufgebaut und betrieben. Aufgrund des geringen Interesses aus der niedergelassenen Ärzteschaft vor Ort wird zunächst ausschließlich mit angestellten ÄrztInnen gearbeitet. Ziel des LGZ ist der Ausgleich des Versorgungsdefizits, das durch die Schließung von Praxen in Donaueschingen und Blumberg entsteht. Als Zusatzangebot an die PatientInnen und zur Steigerung der inneren Effizienz bietet das LGZ von Anfang an Case Management an. Für die Administration wird von Anfang an ein/e GeschäftsführerIn eingestellt.

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6
	Gründung, sofort 75% Auslastung in Blumberg (Patientendruck), Zusatzangebot Case Management	Wirtschaftliche Konsolidierung	Erweiterung in Blumberg, Einstellung von VERAHs	Erweiterung in Donaueschingen	Aufstockung VERAHs	Vorläufige Maximalgröße
Ärztliches Personal	1 Ärztliche Leitung (50%) 4 ang. Ärzte (2x 50%, 2x 75%)	1 Ärztliche Leitung (75%) 4 ang. Ärzte (2x 75%, 2x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 5 ang. Ärzte (1x 75%, 4x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 6 ang. Ärzte (1x 50%, 5x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 6 ang. Ärzte (1x 75%, 5x 100%)	1 Ärztliche Leitung (100%) 6 ang. Ärzte (6x 100%)
Nichtärztliches Personal	5,5 MFA (0,5 Case Manager) 0,5 Kaufm. Leiter	7,5 MFA (0,5 Case Manager) 0,5 Kaufm. Leiter	10 MFA (1 Case Manager, 1 VERAH) 0,75 Kaufm. Leiter	11 MFA (1,5 VERAH, 1 Case Manager) 1 Kaufm. Leiter	11,5 MFA (1,5 VERAH, 1 Case Manager) 1 Kaufm. Leiter	12 MFA (2 VERAH, 1 Case Manager) 1 Kaufm. Leiter
Umsatz	742.082 €	1.051.283 €	1.422.325 €	1.607.845 €	1.669.685 €	1.731.526 €
Kosten	781.110 €	1.017.014 €	1.337.453 €	1.490.238 €	1.540.935 €	1.594.380 €
davon Personal	585.937 €	802.934 €	1.093.551 €	1.232.597 €	1.278.567 €	1.326.736 €
davon Miete	92.400 €	92.400 €	92.400 €	92.400 €	92.400 €	92.400 €
davon Kapitaldienst	15.084 €	15.084 €	15.084 €	15.084 €	15.084 €	15.084 €
davon Sonstiges	87.690 €	106.596 €	136.418 €	150.157 €	154.883 €	160.160 €
Gewinn	-39.028 €	34.269 €	84.871 €	117.607 €	128.751 €	137.146 €
Investitionen (in Kapitaldienst abgebildet)	Praxisübernahme 2 Praxen, Ausstattung von 3 BHZ, Renovierung, Rechtsberatung: 270.000€					