



Zukunftsfähige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

ERGEBNISSE AUS DEM MODELLPROJEKT ZUR AMBULANTEN
VERSORGUNG IN DER REGION SCHWARZWALD-BAAR-HEUBERG



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Zukunftsfähige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Ergebnisse aus dem Modellprojekt zur ambulanten Versorgung
in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg

Dieser Bericht kann auf der Seite der Koordinierungsstelle zur
sektorenübergreifenden Versorgung heruntergeladen werden:
www.gesundheitsdialog-bw.de/koordinierungsstelle

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg
Else-Josenhans-Straße 6 · 70173 Stuttgart
Telefon: 0711 123-0
E-Mail: poststelle@sm.bwl.de
Internet: www.sozialministerium-bw.de
www.gesundheitsdialog-bw.de

Ansprechpartner

Koordinierungsstelle zur
sektorenübergreifenden Versorgung
Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg
E-Mail: ksv@sm.bwl.de

Autoren

Quaestio Forschung & Beratung GmbH
Bernhard Fallner
Jan Bendler

Institut für Allgemeinmedizin
der Goethe-Universität Frankfurt a. M.
Dr. med. Antje Erler

Satz & Gestaltung

Kreativ plus – Gesellschaft für Werbung
und Kommunikation mbH
Stuttgart · www.kreativplus.com

Fotonachweis

Titel: Funny Solution Studio/Shutterstock
S. 8: Monkeybusinessimages/iStockphoto
S. 14: Dean Mitchell/iStockphoto
S. 23: Shapecharge/iStockphoto
S. 27: Katarzyna Bialasiewicz/iStockphoto
S. 30: Eva Katalin/iStockphoto
S. 32: 7postman/iStockphoto
S. 34: didesign021/Shutterstock
S. 37: Monkeybusinessimages/fotolia

Druck

Krautheimer Werkstätten
für Menschen mit Behinderung gem. GmbH

Erscheinungsjahr

Juni 2019

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Dr. Layla Distler
Koordinierungsstelle zur
sektorenübergreifenden Versorgung
Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg

INHALT

Vorwort	5
1 Herausforderungen der ärztlichen Versorgung	7
1.1 Das Grundproblem: Zu wenig hausärztlicher Nachwuchs	9
1.2 Veränderte Präferenzen des ärztlichen Nachwuchses	10
1.3 Von der Landarztpraxis zum lokalen Gesundheitszentrum	12
2 Sicherung der ärztlichen Versorgung: Ein kommunales Aufgabenfeld?	13
3 Ärztliche Versorgung in der Modellregion	16
3.1 Ambulante Versorgungssituation	16
• Entwicklung von Bevölkerung und Behandlungsbedarf	
• Struktur der ambulanten Versorgung	
3.2 Befragung zur Praxisabgabe – Schlaglichter aus der Modellregion	18
• Niederlassung am Praxisstandort	
• Einschätzung der Möglichkeiten zur Praxisabgabe	
• Abgabeverhalten und Zeitpunkt der NachfolgerInnensuche	
• Optionen zur NachfolgerInnensuche und Bereitschaft für alternative Modelle	
4 Handlungsansätze zur Sicherung der Versorgung	22
4.1 Kommunale Kompetenzen ausbauen	22
• Verantwortlichkeiten schaffen	
• Interkommunale Kooperation in der Versorgungsplanung	
• Einrichtung einer Servicestelle für ÄrztInnen	
4.2 Regionale Versorgungsplanung entwickeln	25
4.3 Nachwuchsförderung und Weiterbildung	26
• Niedrigschwellige Nachwuchsförderung	
• Aufbau und Optimierung von Weiterbildungsverbänden	

4.4 Lokale Gesundheitszentren aufbauen

30

- Interkommunale Kooperation und räumlicher Zuschnitt
- Im Gespräch mit der Ärzteschaft bleiben
- Organisatorische Unterstützung für die Selbstorganisation der lokalen Ärzteschaft
- Kontakte zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten aufbauen/Beratung finanzieren
- Unterstützung bei der Anwerbung und Integration ausländischer Fachkräfte
- Unterstützung bei der Ansiedlung von jungen ÄrztInnen und anderen nicht ärztlichen Berufen und Pflegenden
- Kommunales Engagement für die Sicherung der dezentralen Versorgung
- Grundstücke, Immobilien und Investoren
- Public Health-Perspektive sowie Aufbau und Trägerschaft von Gesundheitszentren durch Kommunen

5

Zusammenfassung

36

Wir danken unseren Projektpartnern



VORWORT



Sehr geehrte Damen und Herren,

den Landarzt, der als Einzelkämpfer mit einer Praxis im eigenen Wohnhaus rund um die Uhr erreichbar ist, wird es zukünftig so nicht mehr geben. Aufgrund der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzteschaft steht in naher Zukunft eine große Zahl von Praxisabgaben an. Zeitgleich besteht ein akuter Nachwuchsmangel insbesondere im allgemeinmedizinischen Bereich und im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe und der Pflege. Besonders in ländlich geprägten Regionen Baden-Württembergs ist dieser Bedarf bereits spürbar.

Die Arbeitsbedingungen in ländlichen Einzel- und Kleinpraxen entsprechen längst nicht mehr den Präferenzen des medizinischen Nachwuchses. Viele junge Ärztinnen und Ärzte bevorzugen heute ein Angestelltenverhältnis und haben ein großes Interesse an der Zusammenarbeit in Teams. Die Suche nach Nachfolgern gestaltet sich zunehmend schwierig. Es herrscht somit ein akuter Handlungsbedarf, auf den insbesondere mit lokalem Engagement reagiert werden muss. Dementsprechend müssen die derzeit nachrückenden Generationen an Ärztinnen und Ärzten und weiteren Gesundheitsberufen für die Arbeit im ländlichen Raum motiviert und neue Modelle der Gesundheitsversorgung insbesondere in ländlichen Regionen gefunden werden. Zudem müssen innovative Versorgungsstrukturen aufgebaut werden, die auch den Anforderungen der nachrückenden Ärztegeneration gerecht werden.

Nicht nur die Region Schwarzwald-Baar-Heuberg wird mit Herausforderungen wie dem Ärztemangel und der Problematik der Nachbesetzung von Arztpraxen konfrontiert werden. Mit dem Modellprojekt zur ambulanten Versorgung, das über einen Zeitraum von fast zwei Jahren vom Ministerium für Soziales und Integration gefördert wurde, konnten sehr gelungene und konkret nutzbare Handlungsempfehlungen für Kommunen erarbeitet werden, wie diese die Gesundheitsversorgung vor Ort sichern können.

Besonders positiv möchte ich hervorheben, dass sich im Rahmen des Modellprojekts die drei Landkreise Schwarzwald-Baar, Tuttlingen und Rottweil gemeinsam mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den Krankenhäusern, den Städten und Gemeinden sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf den Weg begeben haben, um Lösungen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung vor Ort zu erarbeiten.

Die im Zuge des Modellprojekts gegründeten Arbeitsgruppen werden künftig die Initiative übernehmen und die angestoßenen Prozesse weiter vorantreiben. Diese Weiterarbeit und das große Engagement der Beteiligten sind sehr erfreulich. Mein großer Dank gilt allen Projektbeteiligten für die gewinnbringenden Ergebnisse, die uns bereits heute vorliegen.

In der vorliegenden Broschüre zum Modellprojekt finden Sie neben der Darstellung der aktuellen Situation und den damit verbundenen Herausforderungen spannende Handlungsansätze zur Sicherung der Gesundheitsversorgung. Dieses Thema ist der Landesregierung ein wichtiges Anliegen, und ich freue mich, dass durch dieses Projekt so gewinnbringende Ergebnisse entstanden sind. Lassen Sie uns darauf aufbauend insbesondere in ländlichen Gebieten die Sicherung der Gesundheitsversorgung vorantreiben.



Manne Lucha MdL
Minister für Soziales und Integration
Baden-Württemberg

1

HERAUSFORDERUNGEN DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG



Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung wird in ländlich geprägten Regionen zu einem immer wichtigeren Handlungsfeld. Insbesondere die hausärztliche Versorgung befindet sich in einem Generationenwechsel. Ein großer Teil der Versorgung wird heute noch von ÄrztInnen aus der Generation der Baby-Boomer gewährleistet. Diese scheiden vermehrt aus dem Beruf aus, sodass immer mehr Praxen NachfolgerInnen suchen.

Bei der Suche nach KandidatInnen für eine Praxisübernahme konkurrieren die abgabewilligen ÄrztInnen mit städtischen Regionen, die für die nachrückende Generation von ÄrztInnen attraktiver erscheinen. Darüber hinaus bietet die Mehrzahl der traditionell als Einzel- oder Kleinpraxen geführten Hausarztpraxen keinen attraktiven Arbeitsplatz für die nachrückende Generation, die andere Ansprüche an ihre Arbeitssituation stellt als ihre Vorgänger. So wird vermehrt die Arbeit in einem Angestelltenverhältnis bevorzugt, die unter anderem mit geregelten Arbeitszeiten, der Möglichkeit von Teilzeitarbeit und der Entlastung von administrativen Aufgaben einhergehen kann und damit im starken Kontrast zu der Arbeitsrealität in selbstständig geführten Praxen steht.

Die Landkreise in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg haben die aus dieser Situation erwachsenden Herausforderungen erkannt und

mit Förderung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg von September 2016 bis August 2018 das „Modellprojekt zur ambulanten Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg“ durchgeführt. Ziel des Modellprojekts war es, auf Basis einer umfassenden Analyse der Versorgungssituation in Dialogverfahren mit den relevanten Akteuren vor Ort innovative, auf die spezifischen Bedürfnisse und Gegebenheiten der Region angepasste Ansätze zur nachhaltigen Sicherung der Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Dazu zählen der Aufbau innovativer Versorgungsstrukturen mit attraktiven Arbeitsplätzen ebenso wie die Förderung der ärztlichen Weiterbildung und die Unterstützung von Städten und Gemeinden beim Aufbau eigener Handlungsansätze.

Die vertiefte Arbeit im Modellprojekt wurde in vier Fokusräumen durchgeführt. Diese wurden in der Versorgungsanalyse als Regionen



mit besonderem Handlungsbedarf identifiziert, wobei neben den regionalen Verknüpfungen durch Patientenmobilität, der Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten und der infrastrukturellen Ausstattung der Regionen insbesondere die Altersstruktur der Ärzteschaft und der daraus erwachsende Bedarf nach Praxisübernahmen eine bedeutende Rolle spielten. Die Fokusräume wiesen jeweils eine oder mehrere kleinere Städte als Zentren der lokalen Versorgungsinfrastruktur und deren dörflich-ländlich geprägtes Umland auf. Der Fokusraum um Furtwangen umfasste beispielsweise die Städte und Gemeinden Furtwangen, Schönwald, Schonach, Triberg und Vöhrenbach, der Fokusraum Donaueschingen beinhaltete Blumberg, Bräunlingen, Donaueschingen und Hüfingen.

Die vorliegende Broschüre richtet sich an Kommunen, die mit ähnlichen Ausgangslagen

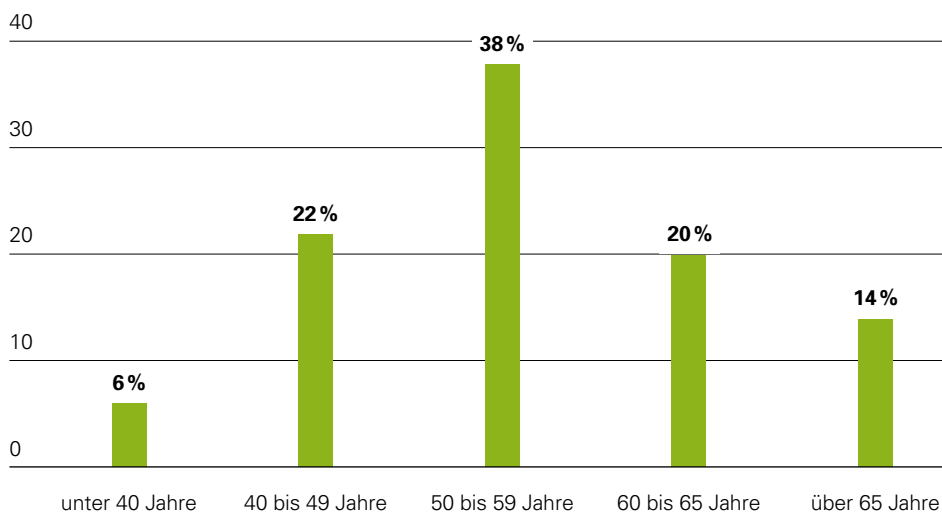
konfrontiert sind wie die Modellregion und sich den damit verbundenen Herausforderungen widmen wollen. Hierzu bietet sie zunächst einen Problemaufriss, der die Hintergründe der aktuellen Versorgungsproblematik darstellt. Eine Zusammenfassung der Ausgangssituation in der Modellregion erlaubt eine Einordnung der eigenen Region mit Blick auf die Handlungsempfehlungen. Ferner geben Schlaglichter aus der repräsentativen Befragung der Ärzteschaft in der Modellregion einen Einblick in die Perspektiven, Sorgen und Ansprüche der ÄrztInnen. Schließlich werden die Empfehlungen zusammengefasst, die im Ergebnis in vielfacher Hinsicht auf andere Regionen übertragbar sind. Hiermit soll die Broschüre insbesondere den ländlich geprägten Kommunen in Baden-Württemberg den ersten Schritt zu einer aktiven Rolle in der Sicherung der Gesundheitsversorgung vereinfachen.

1.1 Das Grundproblem: Zu wenig hausärztlicher Nachwuchs

Der Ärztemangel ist im Wesentlichen ein Ergebnis einer alternden Ärzteschaft. Bundesweit sind heute 34 Prozent der niedergelassenen HausärztInnen älter als 60 Jahre (vgl. Abbildung 1). Bei einem angenommenen Ruhestandsalter von 65 Jahren ergibt sich daraus ein Bedarf von ca. 8.000 HausärztInnen, um die Zahl der 2017 in Deutschland tätigen HausärztInnen zu

halten¹. 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 geringer². Insofern erklärt sich ein großer Teil des Ärztemangels aus den unzureichenden Ausbildungsleistungen.

Abbildung 1 | 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 Aus- und Weiterbildung. 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 Prozent der niedergelassenen ÄrztInnen sind

1 Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV.

2 Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2017.

hausärztlich tätig, aber nur elf Prozent der derzeitigen Facharztanerkennungen führen in den Hausarztberuf³.

Insofern rankt sich ein großer Teil der Diskussion zur Sicherung der ärztlichen Versorgung um die Themen Studium, Aus- und Weiterbildung: die Zahl der Studienplätze, der Zugang zum Studium, die 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 zu bedenken, 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 zehn Jahre vergehen. Die Behebung des akuten und sich kurzfristig verschärfenden Ärztemangels vor Ort kann kaum so lange warten.

1.2 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 („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 Prozent).

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.

3 Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2017.

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 selbstständige 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 dem zunehmenden Erfordernis und dem Wunsch nach mehr Flexibilität für die eigene Biografie und die Anforderungen von in der Regel ebenfalls berufstätigen PartnerInnen.

1.3 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 Möglichkeiten für unterschiedliche Arbeitszeitmodelle, für fachliche Spezialisierungen und Teamarbeit sowie nicht zuletzt auch für die Entlastung von Aufgaben, die auch von nichtärztlichem Personal durchgeführt werden können. 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.

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 Gesundheitsversorgung. 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 zentralen (Klein-)Städten wie beispielsweise Furtwangen oder Donaueschingen. 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

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 ein wichtiger Standortaspekt ist 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 die 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.

Die **Kassenärztliche Vereinigung (KV)** ist als Organ der ärztlichen Selbstverwaltung mit umfassenden normativen 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 KV in Baden-Württemberg derzeit als Ultima Ratio betrachtet und der von der KVBW bevorzugte Lösungsweg ist die Förderung freiberuflich tätiger ÄrztInnen. Somit besteht ihre Rolle v.a. darin, Lösungsansätze aus der Ärzteschaft sowie aus den Kommunen zu unterstützen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten innovative Lösungen zu fördern.

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. 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 auch ÄrztInnen tun. Letztlich geht es dabei auch um den Werterhalt der Praxis.

Hier zeigen sich jedoch Probleme. Viele niedergelassene ÄrztInnen fühlen sich dem in der Ärzteschaft historisch etablierten Leitbild der von selbstständig tätigen ÄrztInnen freiberuflich geführten Klein- und Einzelpraxen verpflichtet und stehen deshalb neuen Formen der Gesundheitsversorgung, in denen beispielsweise auch die Arbeit mit angestellten ÄrztInnen in kommunal getragenen, größeren Praxen denkbar ist, skeptisch gegenüber. 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.

Das entscheidende Ergebnis dieser Beobachtungen ist, 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. Somit fällt die Aufgabe, die ärztliche Versorgung vor Ort zu sichern, den **Kommunen** in die Hände. Als formal den KVen zugeteilte Aufgabe war dies bisher nicht Teil der kommunalen Daseinsvorsorge.

Mit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes hat der Gesetzgeber allerdings den § 95

im SGB V geändert, nach dem Kommunen nun Medizinische Versorgungszentren als Eigenbetriebe gründen können. Angesichts des zunehmenden Ärztemangels stehen kommunale Akteure bereits vielfach 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.

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, zeigt diese Broschüre ausgehend von den Empfehlungen des Modellprojekts in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg auf.

3

ÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DER MODELLREGION



Die Modellregion Schwarzwald-Baar-Heuberg steht beispielhaft für viele Regionen in Baden-Württemberg. Sie umfasst Städte wie Villingen-Schwenningen, Rottweil, Donaueschingen und Tuttlingen ebenso wie die deutlich ländlich geprägten Schwarzwaldregionen um Furtwangen, die westliche Schwäbische Alb in der Heubergregion im Landkreis Tuttlingen und die Baar im Süden des Landkreises Villingen-Schwenningen. Im Folgenden werden Versorgungssituation und Einschätzungen der Ärzteschaft aus der Gesamtregion Schwarzwald-Baar-Heuberg kurz beleuchtet, wobei die Ergebnisse als Richtwert für vergleichbare Regionen verstanden werden dürfen.

3.1 Ambulante Versorgungssituation



Entwicklung von Bevölkerung und Behandlungsbedarf

Das Modellprojekt wurde in einer Region durchgeführt, in der absehbar mit einem erhöhten Versorgungsbedarf gerechnet werden muss: Die Bevölkerungszahl bleibt bis 2035 weitgehend konstant, während der Anteil hochaltriger BewohnerInnen mit hohem individuellen Behandlungsbedarf steigt. Abbildung 2 zeigt die Verschiebung 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. 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. acht Prozent bis 2035 prognostiziert werden.

Gleichsam ist zu erwarten, dass die (Mittel-)Zentren weiter wachsen, während die ländlich geprägte Peripherie EinwohnerInnen verliert.

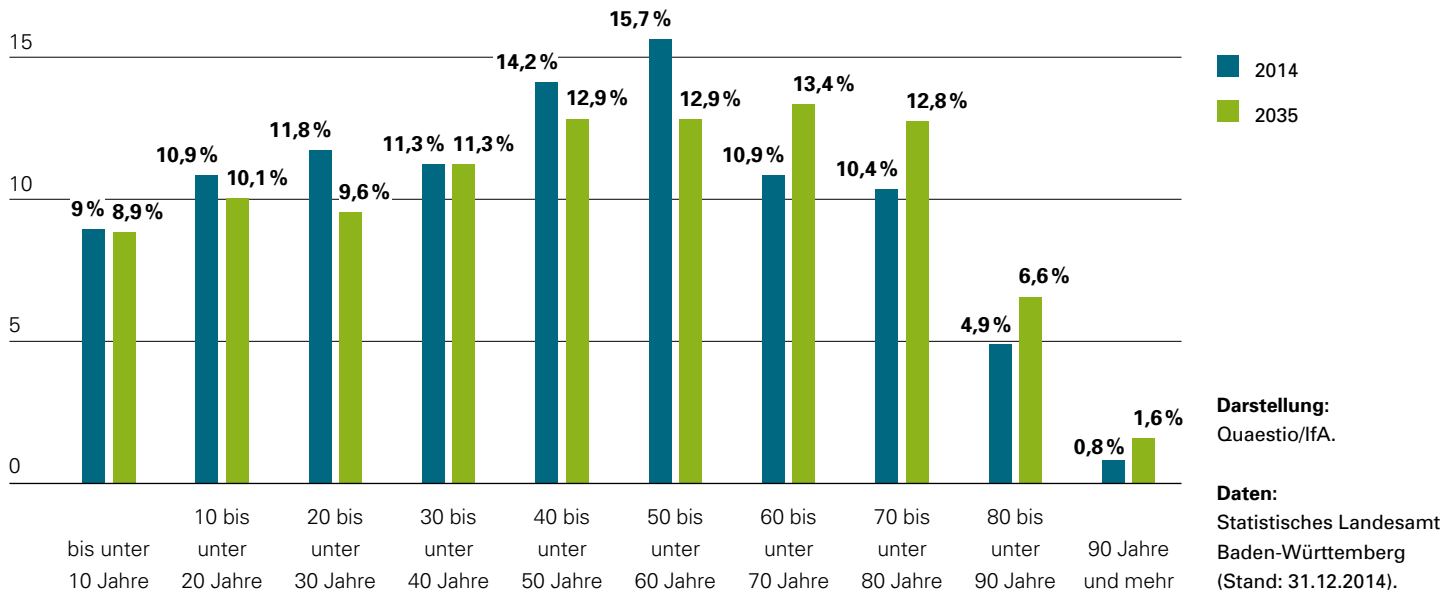


Struktur der ambulanten Versorgung

Die ambulante Versorgung in der Modellregion war zum Zeitpunkt der Erhebung im Modellprojekt noch weitgehend gesichert. Dennoch



Abbildung 2 | Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung 2014 bis 2035 in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg.



gibt es kleinräumige Unterschiede in der Versorgungssituation mit deutlichen Zentralisierungstendenzen: 58,1 Prozent der ÄrztInnen waren zum Erhebungszeitpunkt in nur zehn Städten ansässig. Die ländlichen Gemeinden sind entsprechend unterrepräsentiert.

Die Struktur der hausärztlichen Praxen ist, wie insbesondere in ländlich geprägten Regionen üblich, durch Einzel- und kleine Gemeinschaftspraxen dominiert: 91,2 Prozent der Praxen werden von einem oder zwei ÄrztInnen betrieben. Die Möglichkeit einer Arbeitsentlastung durch die Anstellung mehrerer ÄrztInnen, die umfangliche Delegation ärztlicher Aufgaben (z. B. Hausbesuche und das Monitoring chronisch kranker PatientInnen) an VersorgungsassistentInnen in der Hausarztpraxis (VERAHs)/Nicht-ärztliche PraxisassistentInnen (NäPas) sowie

die Übernahme administrativer Aufgaben z. B. durch ein Praxismanagement ist normalerweise erst ab einer Praxisgröße von ca. sechs ÄrztInnen wirtschaftlich sinnvoll.

Die Altersstruktur der Ärzteschaft zeigte, 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. Insbesondere in den für die weitere Bearbeitung ausgewählten Fokusregionen waren große Teile der Hausärzteschaft (ca. 40 Prozent bis 60 Prozent) älter als 60 Jahre, sodass eine große Anzahl von Praxisabgaben unmittelbar bevorstand. Ausbleibende Nachbesetzungen hätten hier unmittelbare Auswirkungen auf die Versorgung der umliegenden Gemeinden.

3.2 Befragung zur Praxisabgabe – Schlaglichter aus der Modellregion

Um die Akzeptanz und das Interesse für innovative Versorgungslösungen sowie den Stand von Praxisentwicklung und NachfolgerInnensuche bei den ÄrztInnen in der Modellregion zu erfassen, wurde die örtliche Ärzteschaft (HausärztInnen und ausgewählte FachärztInnen der Grundversorgung) im Rahmen des Modellprojekts schriftlich mittels eines Fragebogens befragt. Die Ergebnisse wurden durch 25 leitfadengestützte Interviews zu individuellen Plänen und Erfahrungen in der Nachfolgersuche ergänzt. Die Befragung hatte eine Rücklaufquote von 46 Prozent und die TeilnehmerInnen wichen nicht signifikant von der Grundgesamtheit der Ärzteschaft in der Modellregion ab. Einzig die niedergelassenen ÄrztInnen waren gegenüber ÄrztInnen in Anstellungsverhältnissen überrepräsentiert – dies lag jedoch in der Anlage der Befragung.

Die Ergebnisse der Befragung geben nicht nur einen Einblick in die Modellregion, sondern spiegeln das Verhalten und die Sorgen von ÄrztInnen in vergleichbaren Regionen Baden-Württembergs wieder. Daher werden ausgewählte Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst.

Niederlassung am Praxisstandort

Die in der Modellregion tätigen ÄrztInnen absolvierten ihr Studium mehrheitlich in Baden-Württemberg. 41 Prozent der ÄrztInnen haben an den der Region am nächsten gelegenen Universitäten studiert.

Die Hälfte der ÄrztInnen hatte im Vorfeld bereits einen persönlichen Kontakt zur/m VorgängerIn,

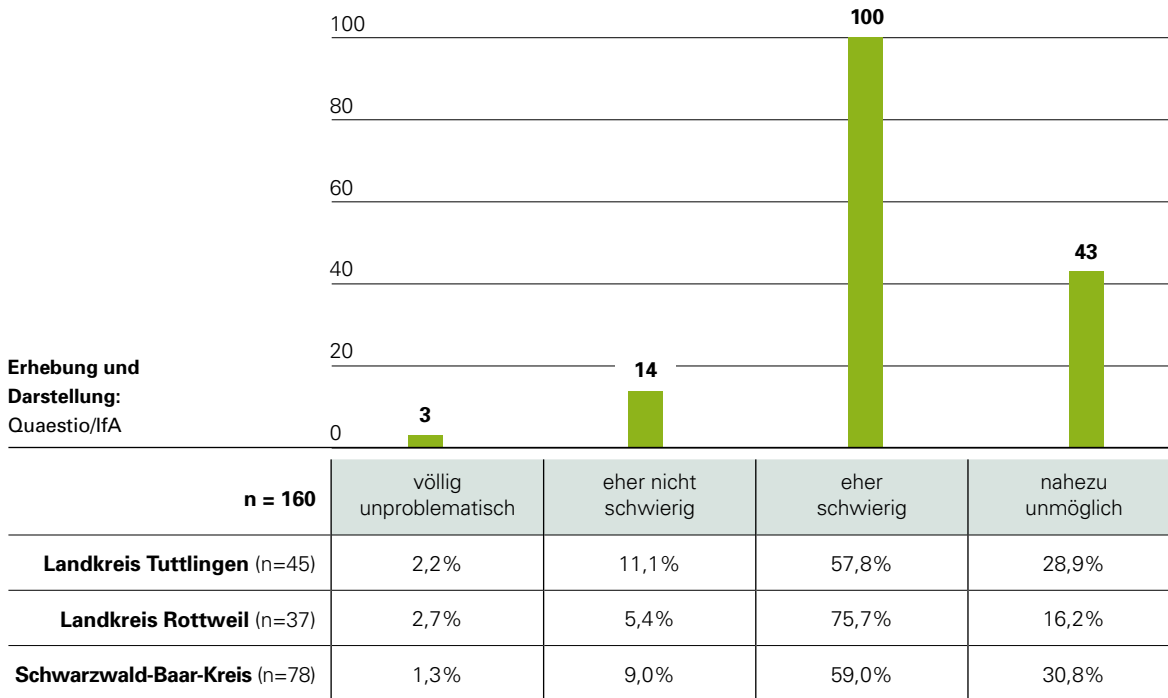
sei es durch Praxisvertretungen, Famulaturen oder durch die Tätigkeit als WeiterbildungsassistentIn. Dieser Kontakt konnte auch aus der Arbeit an der örtlichen Klinik hervorgegangen sein oder durch persönliche Kontakte der/s EhepartnerIn und der Familie zum Vorgänger. Nur in einem Fall hatte ein Inserat 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.

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 „eher schwierig“ bis „nahezu unmöglich“ eingeschätzt. Nur neun Prozent der befragten ÄrztInnen bezeichneten die Suche als „eher nicht schwierig“. Von denjenigen, die bereits eine/n NachfolgerIn gefunden hatten, schätzten 27 Prozent eine erfolgreiche Suche als „nahezu unmöglich“ ein, 36 Prozent bezeichneten sie als „eher schwierig“. Besonders pessimistisch waren diejenigen, die sich gerade auf NachfolgerInnensuche befanden. 62 Prozent fanden die Suche „eher schwierig“, 28 Prozent hielten sie für „nahezu unmöglich“ (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3 | Einschätzung der Schwierigkeit einer Praxisabgabe



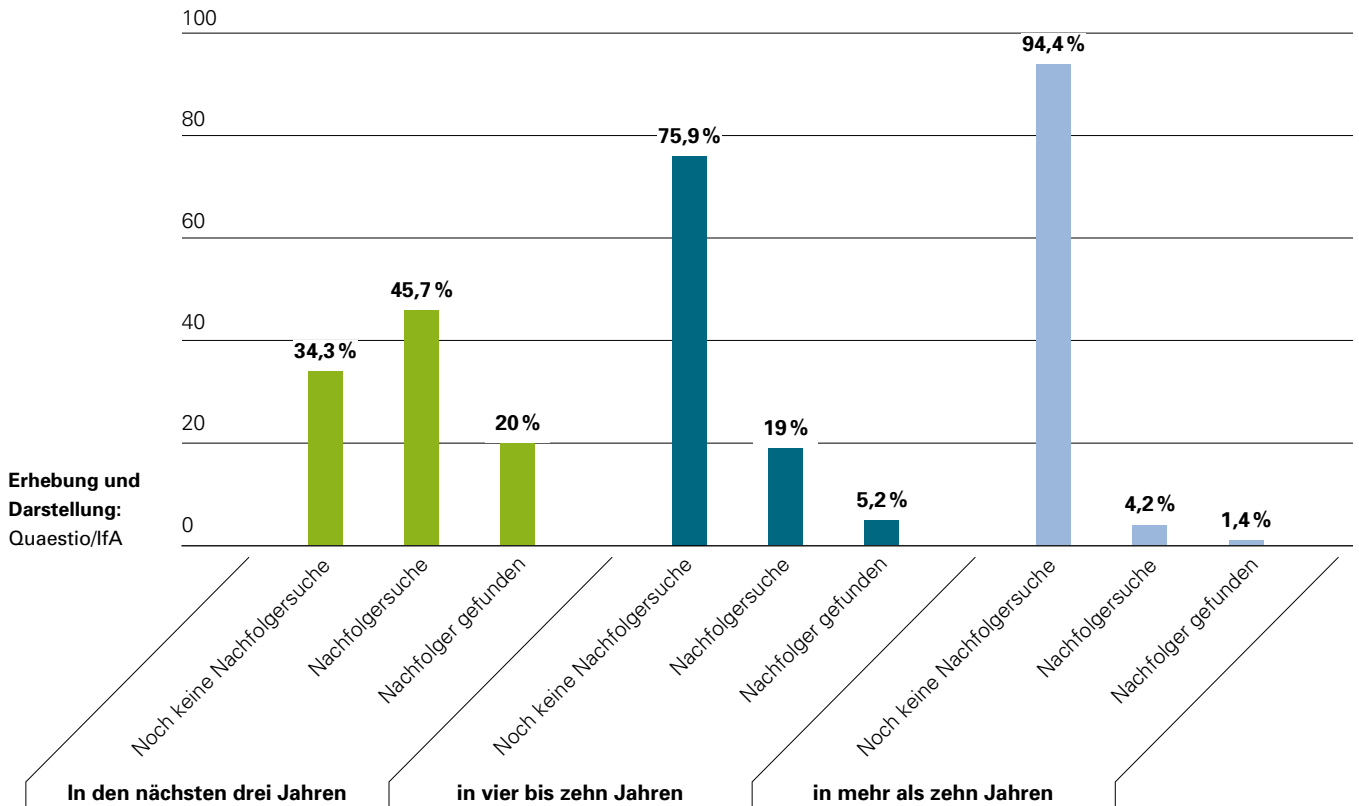
Als hemmender Faktor wird am häufigsten die Konkurrenzsituation genannt, die durch Abgaben mehrerer ÄrztInnen in einem kurzen Zeitraum entsteht. Die Nachfrage nach Arztsitzen in der Region wurde als gering eingeschätzt, während die Anzahl abgabewilliger ÄrztInnen als hoch angesehen wurde (55 Prozent der Befragten). 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 (47 Prozent der Befragten). 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.

 **Abgabeverhalten und Zeitpunkt der NachfolgerInnensuche**

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 betrachtet wird. Die Suche nach einer/m NachfolgerIn wurde eher kurzfristig angegangen. Wie aus Abbildung 4 hervorgeht, hatten sich

Abbildung 4 | Zeitraum für Aufgabe der Praxis und Status der NachfolgerInnensuche



ca. 66 Prozent der innerhalb von drei Jahren abgabewilligen ÄrztInnen mit dem Thema befasst; davon waren 20 Prozent bereits erfolgreich. Ca. 34 Prozent hatten mit der NachfolgerInnensuche noch nicht begonnen. ÄrztInnen mit Abgabeplänen in über vier Jahren hatten in 76 Prozent der Fälle noch nicht mit der Suche angefangen.

Dieses Verhalten steht scheinbar im Widerspruch zu den hinsichtlich der Nachfolgersuche geäußerten Sorgen: Es könnte vermutet werden, dass insbesondere bei einer als schwierig wahrgenommenen Nachfolgersuche

möglichst früh Bemühungen angestellt würden. Das Verhalten ist jedoch symptomatisch. Vielfach wurde mit der Erwartung, die eigene Praxis noch veräußern zu können, bereits abgeschlossen – damit wird die ohnehin aussichtslos erscheinende Nachfolgersuche im ohnehin arbeitsreichen Praxisalltag nur nebenbei angegangen. Gleichzeitig fehlt bei einem Überangebot von Altpraxen der finanzielle Anreiz, eine Nachfolge zu finden: Einen Großteil des Verkaufswertes bildet bei Hausarztpraxen, die weitgehend ohne teure Spezialgeräte auskommen, die Patientenkartei mit bestehenden Patienten. Damit sinkt der Wert der einzelnen

Praxis, nachfolgewillige ÄrztInnen können sich die Praxis regelrecht aussuchen. Gleichzeitig ist es bei ohnehin herrschendem Hausärztemangel ungleich einfacher, eine neue Praxis mit einem neuen Patientenstamm nach den eigenen Vorstellungen in neuen Räumen aufzubauen. Lediglich in für die Niederlassung gesperrten Mittelbereichen bleibt es attraktiv, bestehende Praxen zu übernehmen. Die Zahl der gesperrten Planungsbereiche ist allerdings insbesondere in den ländlichen Regionen Baden-Württembergs gering.



Optionen zur NachfolgerInnen-suche und Bereitschaft für alternative Modelle

Die per Fragebogen befragten ÄrztInnen standen alternativen Optionen zur NachfolgerInnensuche weitgehend offen gegenüber.

Übergang in Teilzeit

Von den Alternativen der NachfolgerInnensuche kam für die mittels Fragebogen befragten ÄrztInnen mit 93 Prozent 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 Prozent der Befragten in Frage. Damit verbunden ist ein größerer Aufwand, da eine Weiterbildungs-ermächtigung beantragt werden muss und die Weiterbildung zusätzlich Zeit in Anspruch nimmt. Die Quote der Auszubildenden war bei den ÄrztInnen, die in vier bis zehn Jahren ihre Praxis abgeben möchten, besonders hoch.

Kooperation mit KollegInnen oder Kommunen

Die Bereitschaft, mit KollegInnen, Kommunen und anderen Akteuren gemeinsam um NachfolgerInnen zu werben, war mit 76 Prozent insgesamt hoch. Damit ist die Grundvoraussetzung dafür erfüllt, um von kommunaler Seite unterstützend im Aufbau zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen tätig zu werden.

Kooperationsverband/

Lokale Gesundheitszentren

Drei Viertel der per Fragebogen befragten ÄrztInnen zeigten die Bereitschaft zu einer gemeinsamen Lösung in Form von Lokalen Gesundheitszentren mit Möglichkeiten für Teilzeit- und Teamarbeit, flexible Arbeitszeit, Entlastung von administrativen Aufgaben und engem kollegialen Austausch. Solche Modelle entsprechen eher den Vorstellungen junger ÄrztInnen über ihre Arbeitsbedingungen als selbstständige Einzelpraxen.

4

HANDLUNGSANSÄTZE ZUR SICHERUNG DER VERSORGUNG



Im Ergebnis des Modellprojekts kann insbesondere den eher ländlich geprägten Kommunen in Baden-Württemberg die Empfehlung ausgesprochen werden, die Sicherung der Gesundheitsversorgung ebenso aktiv mitzugestalten. Damit können Kommunen unterschiedliche Rollen vom Aufbau eigener Beratungskompetenzen über die Unterstützung lokaler Initiativen bis zur Übernahme der Trägerschaft von Lokalen Gesundheitszentren übernehmen. Im Folgenden werden mögliche Schritte für ein kommunales Engagement vorgestellt.

4.1 Kommunale Kompetenzen ausbauen



Verantwortlichkeiten schaffen

Die gesundheitliche Daseinsvorsorge ist insbesondere für viele kleinere Städte und Gemeinden Neuland. Somit besteht hier besonderer Unterstützungsbedarf. In den Gesundheitsämtern der Land- und Stadtkreise 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.

Einen Ausgangspunkt hierzu können die in Baden-Württemberg auf Land- und Stadtkreis-ebene flächendeckend eingeführten „Kommunalen Gesundheitskonferenzen“ bieten. Zu den Arbeitsfeldern der Gesundheitskonferenzen zählt bereits unter anderem die medizinische Versorgung in den Handlungsfeldern ambulante, stationäre und sektorenübergreifende Versorgung sowie Hebammenversorgung. Die im Rahmen des Aufbaus der Kommunalen Gesundheitskonferenzen in den Land- und Stadtkreisen aufgebauten Kompetenzen und Verantwortungen sollten in dieser Hinsicht genutzt und Arbeitsgruppen gegründet werden,

die sich mit den genannten Themen befassen. Wichtig ist es hierbei, für potenzielle Umsetzungspartner dauerhaft sichtbare Ansprechpartner zu bestimmen.

Sofern dies noch nicht geschehen ist, sollten auch auf den unterhalb der Land- und Stadtkreise angesiedelten Ebenen der kommunalen Verwaltungen Verantwortlichkeiten für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung geschaffen werden. Hierzu könnten etwa Ansprechpartner benannt werden, die den Kontakt mit der Ärzteschaft vor Ort halten und die Zusammenarbeit mit den Nachbarkommunen und dem Land- und Stadtkreis koordinieren. Insbesondere in kleineren Gemeinden könnte diese Aufgabe von den BürgermeisterInnen wahrgenommen werden.



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. 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.



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. Im Sinne einer effizienten gemeinsamen Bearbeitung des Themenkomplexes sollten gemeinsame Koordinierungsgruppen geschaffen werden, in die neben den beteiligten Kommunen auch die lokalen Gesundheitsakteure eingebunden werden können.

Einrichtung einer Servicestelle für ÄrztInnen

Im Rahmen des Regionalmarketings sowie der ärztlichen Weiterbildung sollte eine zentrale Anlaufstelle als erster Ansprechpartner für junge ÄrztInnen vorhanden sein. Aufgabe dieser „Servicestelle“ ist, insbesondere an einer Tätigkeit in der Region interessierten ÄrztInnen in Weiterbildung, aber auch potenziell an einer Niederlassung interessierten ÄrztInnen mit abgeschlossener Facharztweiterbildung 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 koordiniert Unterstützungsleistungen im privaten Bereich (z. B. Organisation von Wohnraum und Kitaplatz, Jobsuche für PartnerInnen etc.). Dazu sollte sie die Kooperation von Klinik, HausärztInnen, Kommune und den Unternehmen organisieren und fördern.
- Die Servicestelle hat den Überblick über freie Stellen im Weiterbildungsverbund und informiert die ÄrztInnen in Weiterbildung über die Angebote und zusätzliche Leistungen des Verbunds (z. B. Förderung des Erwerbs von Zusatzbezeichnungen, Seminarprogramme, Mentoring).
- In Rücksprache mit den Weiterbildungskordinatoren berät die Servicestelle bei der Erstellung eines geeigneten Rotationsplans.
- Neben der Information der ÄrztInnen in Weiterbildung 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 sechs Monate gemeinsame Treffen und/oder Servicestelle ist Mitglied des Koordinierungsgremiums des Weiterbildungsverbunds).
- Außerdem sollte sie die Übersicht über die ÄrztInnen mit Weiterbildungsbefugnis in der Region 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 Weiterbildungsverbund und über die finanzielle Förderung ausbildender Praxen an die ÄrztInnen vermitteln.

- 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 konzipieren und organisieren.
- Außerdem könnte die Servicestelle ggf. ein Programm zur Berufsvorbereitung für ausländische ÄrztInnen begleiten. In diesem Zusammenhang wäre eine Kooperation mit einer wissenschaftlichen Einrichtung auch gut vorstellbar.

Organisatorisch oder räumlich könnte die Servicestelle in den Gesundheitsämtern der Land- und Stadtkreise eingerichtet werden. Das Netzwerk und der Zugang der Kommunalen Gesundheitskonferenz zu den wesentlichen Handlungsträgern sowie der bei der Kommunalen Gesundheitskonferenz vorhandene Einblick in die hiesigen Strukturen und Angebote könnte so gewinnbringend für den Weiterbildungsverband genutzt werden.

4.2 Regionale Versorgungsplanung entwickeln

Mit der Gesundheitsversorgung haben sich die Kommunen der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg ein neues Handlungsfeld erschlossen, 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. Diese Empfehlung kann Kommunen über das Modellprojekt hinaus ebenfalls ausgesprochen werden. 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 langfristiger 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.

4.3 Nachwuchsförderung und Weiterbildung



Niedrigschwellige Nachwuchsförderung

Ein Einstieg in die Nachwuchsförderung ist eine systematische Nutzung aller Möglichkeiten zur Akquise von werdenden und jungen ÄrztInnen, die das Studium abgeschlossen haben. 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. Hierzu werden beispielsweise Mentoringangebote, Bücherstipendien und die Vermittlung von Praktika geboten. Derartige Angebote können einen niedrigschwelligen Schritt in die Förderung und Bindung von ärztlichem Nachwuchs darstellen und können ohne großen Aufwand lokal konzipiert und umgesetzt werden.

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

Ein weiterer möglicher Baustein ist eine enge Kooperation mit den Universitäten im Umkreis, um die betreffende Region bei Studierenden bekannt zu machen. 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 Tertian Chirurgie und Innere Medizin in der Klinik und ein Tertian Allgemeinmedizin in einer Hausarztpraxis. Um die Verkehrsanbindung an die Universitätsstädte zu verbessern, könnten ggf. ÖPNV-Zuschüsse für Wochenendheimfahrten von Studierenden im Praktischen Jahr bereitgestellt werden.

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

Aufbau und Optimierung von Weiterbildungsverbänden

Bevor junge MedizinerInnen eigenständig praktizieren dürfen, müssen sie die sogenannte Weiterbildung zum Erwerb einer Facharztbezeichnung absolvieren. Diese umfasst verschiedene klinische und ambulante Ausbildungsabschnitte und endet mit der Facharztprüfung. Für die Allgemeinmedizin sind hierzu fünf Jahre erforderlich (Vollzeit). Attraktive Angebote in der Weiterbildung werden unter anderem im Rahmen der Verbundweiterbildung^{plus} bereits in vielen Regionen Baden-Württembergs vorangetrieben. Der Einstieg in die Weiterbildung von AllgemeinmedizinerInnen kann dazu beitragen, junge ÄrztInnen nach Abschluss ihres Grundstudiums in die Regionen zu locken und zu binden. Ein interessantes Angebot an Weiterbildungsstellen ist geeignet, junge

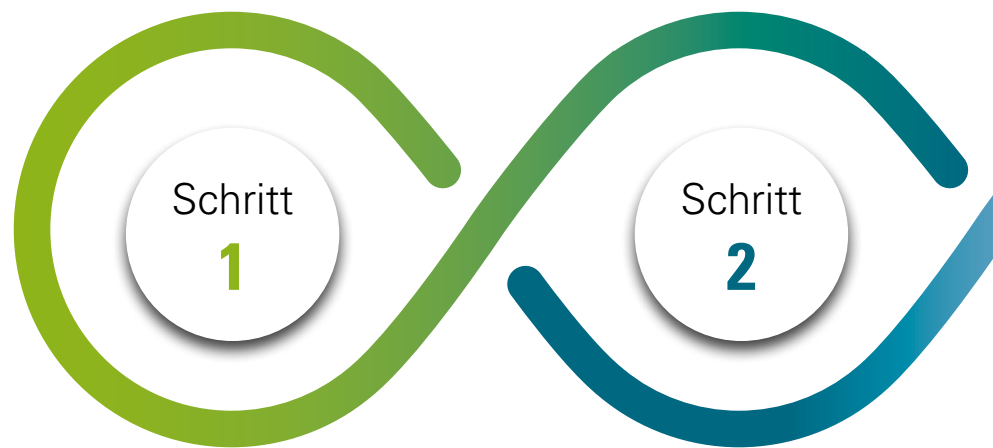
MedizinerInnen in die Region zu holen, hier mit verschiedenen Arbeitsstellen in Kontakt zu bringen und vielleicht sogar eine Praxisübernahme anzubahnen. Attraktiv werden die Weiterbildungsangebote insbesondere dann, wenn nicht nur die Ausbildungsstellen attraktiv sind (Qualität der Ausbildung, Arbeitsklima etc.), sondern die einzelnen Ausbildungsabschnitte gut koordiniert und individuell an die Wünsche des/der WeiterbildungsassistentIn angepasst werden. Ergänzende Fortbildungs- und Mentoringangebote werden ebenfalls geschätzt.

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 flexibel 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. Derzeit beträgt der Förderbetrag für ÄrztInnen in Weiterbildung für Kliniken 1.360 Euro/Monat im internistischen Teil, ansonsten 2.340 Euro/Monat. Der ambulante Teil der Weiterbildung in niedergelassenen Praxen wird mit 4.800 Euro/Monat gefördert.

Weiterbildungspraxen, die an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen, bekommen bei Beschäftigung von ÄrztInnen in Weiterbildung 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



Schritt
1

Schritt
2

Initiativgruppe aus beteiligten Partnern gründen und Kooperationspartner finden, Kontakt herstellen zu

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

Bestandserhebung, welche ÄrztInnen in Klinik und Praxis in der Region eine Weiterbildungsermächtigung haben. Einladung zur Teilnahme der niedergelassenen ÄrztInnen zur Gründung eines Weiterbildungsverbands.

Grobkonzept erstellen und Koordinierungsgremium gründen, Kooperationsvereinbarung abschließen. Festlegen einer Organisationsstruktur und Verteilung der Aufgaben (z. B. Wer ist für die Organisation des Verbands verantwortlich, wer führt die gemeinsamen Einstellungsgespräche etc.). Festlegung fester Ansprechpartner für das Koordinierungsgremium.

Vereinigung (KV), bei der auch die entsprechenden Anträge zu stellen sind.

Zur Optimierung der Weiterbildungsangebote sollten die Kommunen zunächst in Kontakt mit den Kliniken treten. Sofern bereits Weiterbildungsverbände bestehen, sollte geprüft werden, ob die Verknüpfung an der erfolgskritischen

Schnittstelle „Krankenhaus – niedergelassene ÄrztInnen“ verbessert oder der Verbund offensiver beworben werden kann. Bestehen keine Weiterbildungsverbände, sollte im Dialog mit den Kliniken die Möglichkeit einer Verbundgründung eruiert werden. Im groben werden dabei die folgenden Schritte nötig.



Schritt

3

Rotationsplan erarbeiten. Inhalte des Weiterbildungskonzepts gestalten, Möglichkeiten der einzelnen Rotationsstellen definieren. Die Klinik legt fest, welche Abteilungen die ÄrztInnen in Weiterbildung 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 auch andere Fachrichtungen niedergelassener Ärzte in einen Verbund einbezogen werden, z. B. Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie etc.

Schritt

4

Profil des Weiterbildungsverbunds erstellen: Rahmenbedingungen und besondere Kennzeichen des Weiterbildungsverbunds identifizieren und nach außen darstellen – insbesondere, welche Vorteile der Verbund im Vergleich zu anderen Verbänden in der Region und im landesweiten Vergleich bietet. Leitfragen dazu sind: Wer sind wir? Was bieten wir? Was zeichnet uns aus?

4.4 Lokale Gesundheitszentren aufbauen

Ein vielversprechender Ansatz zur Sicherung der Versorgung in ländlichen Regionen ist der Aufbau von Lokalen Gesundheitszentren, die attraktive Arbeitsplätze für die nachrückende Generation von ÄrztInnen bieten und so die Versorgung vor Ort sicherstellen können. Im Modellprojekt wurden in drei Fokusräumen Initiativen zum Aufbau von Lokalen Gesundheitszentren gegründet. Dort zeichnete sich ab, dass große Hoffnung in die Umsetzung der Projekte durch niedergelassene ÄrztInnen gesetzt wurde. Dennoch sollten bei Initiativen zum Aufbau Lokaler Gesundheitszentren grundsätzlich alle möglichen Konstellationen in der Trägerschaft in Betracht gezogen werden. So könnten Ärzteschaft, Kommunen, Krankenhäuser und die

Kassenärztliche Vereinigung in unterschiedlichen Konstellationen kooperieren. Kommunen, die sich im Aufbau Lokaler Gesundheitszentren engagieren wollen, sollten die folgenden Handlungsfelder beachten.



Interkommunale Kooperation und räumlicher Zuschnitt

Lokale Gesundheitszentren können in den wenigsten Fällen durch einzelne Städte und Gemeinden aufgebaut und getragen werden. Vielmehr wird in den meisten Fällen ein durch räumliche Zusammenhänge und gemeinsame Versorgungsbedarfe begründeter



Zusammenschluss im Sinne einer interkommunalen Kooperation nötig. 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.



Im Gespräch mit der Ärzteschaft bleiben

Die ärztliche Versorgung war bislang in den wenigsten Fällen 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.

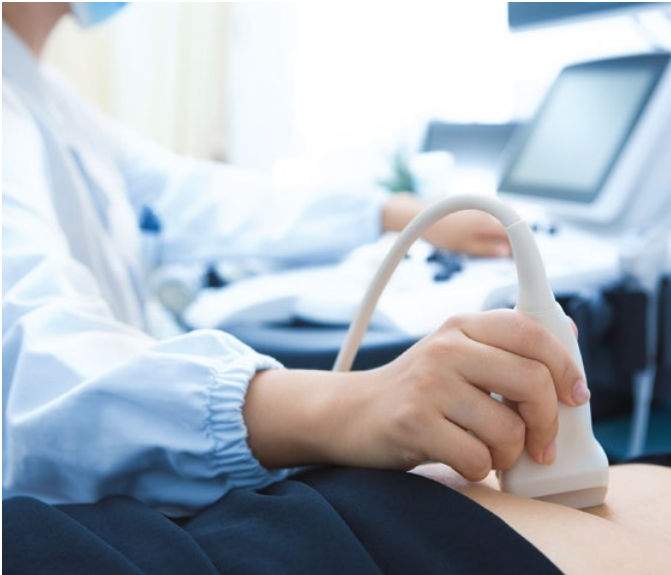
Aus diesem Umstand heraus empfiehlt es sich, über Einzelgespräche, Stammtische, Werkstattgespräche oder ähnliche Formate den Kontakt aufzubauen und zu halten. Aus der Sicht der Kommunen geht es insbesondere darum, in Erfahrung zu bringen, welche

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.



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.).



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 Unterstützung 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.

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 Gesundheitsversorgung. 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.).

Unterstützung bei der Ansiedlung von jungen ÄrztInnen und anderen nicht ärztlichen Berufen und Pflegenden

Bislang sind schon viele Kommunen und Bürgermeister bemüht, die Ansiedlung junger ÄrztInnen und anderer nicht ärztlicher Berufe und Pflegenden 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 ansiedlungswilligen ÄrztInnen und andere nicht ärztliche Berufe und Pflegenden und deren Familien abzustimmen.



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 (Gemeindegewerkschaft, Pflegekräfte, Sozialdienste, Seniorenbeauftragte) auf die Kooperation mit ÄrztInnen zur Übernahme ergänzender Leistungen in der häuslichen Betreuung mobiler PatientInnen.



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.



Public Health-Perspektive sowie Aufbau und Trägerschaft von Gesundheitszentren durch Kommunen

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.

Somit gilt es, ÄrztInnen in ihrer Initiative zu fördern und zu unterstützen. Daneben sollte es Aufgabe der Kommunen zusammen mit den Gesundheitsämtern 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 andere nicht ärztliche Berufe und Pflegenden und damit die Wahrscheinlichkeit, NachfolgerInnen 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 die Akteure der Gesundheitsversorgung vor Ort einzubeziehen.



Abschließend ist festzuhalten, dass die Sicherung der Gesundheitsversorgung in besonderem Maße den ländlichen Raum vor beachtliche Herausforderungen stellt. Erhebliche Engpässe stehen der wohnortnahen allgemeinmedizinischen Versorgung bevor. Derzeit scheidet eine Generation von ÄrztInnen aus dem Arbeitsleben aus und hinterlässt Praxisstrukturen und Arbeitsmodelle, die in vielen Punkten den Anforderungen der nachrückenden jungen ÄrztInnen nicht mehr gerecht werden.

Diese wünschen sich aus persönlichen biografischen (höhere Stellung der Familie, Karriere der Partner) wie auch aus fachlichen (fortschreitende Spezialisierung der medizinischen Fachbereiche) Gründen vermehrt andere Arbeitsmodelle. So suchen sie beispielsweise die Möglichkeit, in Angestelltenverhältnissen in modernen Praxisstrukturen in flexiblen Teilzeitmodellen und in kollegialer Arbeitsteilung und Spezialisierung zu arbeiten. Die bestehende Struktur der vorherrschenden freiberuflich geführten Klein- und Einzelpraxen erlaubt diese Arbeitsmodelle kaum.

Darüber hinaus konkurrieren abgabewillige PraxisinhaberInnen um eine geringe Zahl potenzieller NachfolgerInnen, sodass diese in der Wahl ihres zukünftigen Arbeitsplatzes eine anspruchsvolle Position einnehmen können. Nichtärztliche Gesundheitsberufe in der Arztpraxis und der Pflege sind im ländlichen Raum ebenso von Schwierigkeiten in der Personalakquise betroffen. Auch für diese qualifizierten Fachkräfte und ihre PartnerInnen braucht es

attraktive Arbeits- und Fortbildungsangebote, die Möglichkeit zur engen Zusammenarbeit mit benachbarten Disziplinen und gute Zukunftschancen, um sie für die Arbeit in ländlichen Räumen zu gewinnen und langfristig in diesen Regionen zu halten. Diese lassen sich ebenfalls kaum in den bestehenden Strukturen realisieren, sodass auch hier Handlungsbedarf besteht.

Im Modellprojekt wurde der Frage begegnet, wie ländliche Regionen diesen Herausforderungen begegnen können und welche Akteure eine Vorreiterrolle in der Bewältigung einnehmen können. Hierzu wurden gemeinsam mit der Ärzteschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenversicherungen und den Kommunen in Zukunftswerkstätten auf Basis einer umfassenden Erhebung der Versorgungssituation Ansätze zur Sicherung der Gesundheitsversorgung vor Ort entwickelt. Als zentrale Handlungsfelder wurden der Aufbau Lokaler Gesundheitszentren, die Nachwuchs- und Weiterbildungsförderung sowie die Schärfung kommunaler Kompetenzen identifiziert.

Eine Einflussnahme auf die auf Bundesebene vorzunehmenden Weichenstellungen ist nur in langfristigen und komplexen Prozessen möglich und wurde daher außer Acht gelassen. Die auf dieser Ebene eingeleiteten Maßnahmen werden ohnehin erst mittel- bis langfristig Wirkung zeigen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind innerhalb des Rechtsrahmens des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V), der Zulassungsverordnung für Ärzte sowie der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses mit ihren derzeitigen Steuerungs- und Anreizinstrumenten ebenfalls nur bedingt in der Lage, die Niederlassung des ärztlichen Nachwuchses in den ländlichen Raum hinein erfolgreich und nachhaltig zu steuern. Derweil sehen sich die ausscheidenden ÄrztInnen als vor Ort betroffene Akteure vielfach nicht in der Lage, ihre Praxen ohne Hilfestellung für NachfolgerInnen attraktiv zu machen oder diese gar gemeinsam mit KollegInnen in leistungs- und konkurrenzfähige Strukturen zu überführen. Sie sind in ihren letzten Berufsjahren häufig nicht mehr bereit, das hiermit verbundene finanzielle und juristische Risiko sowie die zusätzliche Anstrengung auf sich zu nehmen.

Kommunen haben vor diesem Hintergrund das Potenzial, sich als Akteure für die Sicherung der Versorgung für ihre Bevölkerung zu positionieren. Sie sind bereits mit Teilaspekten des Versorgungssystems befasst: In den Land- und Stadtkreisen gibt es staatliche Gesundheitsämter, zu deren Aufgaben unter anderem auch die Gesundheitsberichterstattung sowie die Gesundheitsplanung zählen (§ 6 Gesundheitsdienstgesetz BW). Gleichzeitig befassen sich die Land- und Stadtkreise in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen in

unterschiedlicher Intensität bereits mit Fragen der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Ebenso sind sie durch den SGB V-Gesetzgeber ermächtigt, eigenständig Arztpraxen zu eröffnen. Hierzu wurde die Organisationsform des kommunalen MVZ geschaffen. Dennoch bestehen beim Aufbau eigener Versorgungsstrukturen zumeist noch Berührungspunkte: Kommunen sind nicht verpflichtet im Rahmen der Daseinsvorsorge die ärztliche und pflegerische Versorgung zu gewährleisten und sehen sich häufig fachlich nicht dazu in der Lage. Der drohende Verlust der wohnortnahen Gesundheitsversorgung für die eigene Bevölkerung beeinträchtigt jedoch letztendlich die Attraktivität betroffener Kommunen als Wohn- und Wirtschaftsstandort, weshalb ein verstärktes Engagement im Aufbau moderner Versorgungsstrukturen empfohlen wird.

Im Modellprojekt wurden Möglichkeiten erprobt und Empfehlungen entwickelt, wie Kommunen in diesem Sinne eine solche aktivere



Rolle in der Sicherstellung der gesundheitlichen Daseinsvorsorge einnehmen können. Es wurde aufgezeigt, wie sich Kommunen aus der Abhängigkeit von der Handlungsfähigkeit oder Handlungsbereitschaft anderer Akteure


herausbewegen und die für den eigenen Standort wichtige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung aus eigener Kraft vorantreiben können. Hierzu wurden Empfehlungen in vier Kernhandlungsfeldern ausgesprochen.

Aktive Rolle für Kommunen

- Erweiterung und Aufbau der eigenen fachlichen und personellen Kompetenzen: Verantwortlichkeiten sollten auf den verschiedenen Organisationsebenen von Stadt-/Landkreis bis Gemeinde festgelegt werden; „Kirchturmdenken“ muss zugunsten interkommunaler Kooperationen in der Etablierung gemeinsamer Versorgungsstrukturen überwunden werden und Servicestellen zur Unterstützung der Rekrutierung und Weiterbildung von ansiedlungswilligen ÄrztInnen sollten eingerichtet werden.
- Über das Management einer drohenden Mangelsituation hinaus sollte eine eigene Vorstellung entwickelt werden, wie eine bedarfsgerechte Versorgungslandschaft aussehen soll. Dabei sollte ebenfalls geprüft werden, wie diese mit den zu Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten herbeigeführt werden kann. Basis hierzu sollte ein erweitertes Verständnis der Ausgangssituation sein.
- Ärztlicher Nachwuchs sollte durch gute Förder- und Weiterbildungsangebote motiviert werden, sich in der Region anzusiedeln. Zu den möglichen Instrumenten zählen das klassische Regionalmarketing und die Förderung von Studierenden. Insbesondere wird jedoch der Aufbau von attraktiven Weiterbildungsverbänden für angehende Allgemeinmediziner empfohlen, um junge ÄrztInnen für die Region zu gewinnen.
- Die Ansiedlung von qualifizierten Nachwuchskräften aus Medizin und Pflege wird ohne attraktive Arbeitsplätze deutlich erschwert. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, dass der Aufbau moderner Versorgungsstrukturen gefördert und wenn nötig durch die Kommunen selbst übernommen wird.

Diese Empfehlungen gelten nicht isoliert für die Modellregion, sondern können auf Regionen mit vergleichbaren Voraussetzungen und Herausforderungen übertragen werden. Wichtig ist hierbei, die Empfehlungen nicht als statische Anleitung zu verstehen, sondern auf die spezifischen Bedürfnisse in der jeweiligen Region anzupassen. Hierzu ist es unabdingbar, im Dialog mit den vor

Ort aktiven Gesundheitsakteuren die genauen Handlungsbedarfe auszuloten und individuell zugeschnittene Lösungen zu erarbeiten. Wie die einzelnen lokalen Lösungen auch aussehen mögen – die Kommunen in Baden-Württemberg sind in einer guten Position, die Vorreiterrolle zu übernehmen und Schritte im Sinne einer Sicherung der Gesundheitsversorgung zu initiieren.



Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg

Else-Josenhans-Straße 6
70173 Stuttgart

Telefon: 0711 123-0
www.sozialministerium-bw.de
www.gesundheitsdialog-bw.de