

Sicherung der ambulanten Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg

Sachstandsbericht

Projektnummer: 2015035
Bonn: 19. Juni 2017

Ansprechpartner:
Dr. med. Antje Eler (Universität Frankfurt/Main)
Bernhard Faller, Jan Bendler, Jennifer Ritter (Quaestio)



Theodor-Stern-Kai 7 . D - 60590 Frankfurt
Fon: +49 (0) 69 6301 84483
Fax: + 49 (0) 69 6301 6428
eler@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

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Hintergrund	2
2.	Projektbestandteile und Sachstand	3
2.1.	Verzögerung des Arbeitsbeginns / neue Zeitplanung	3
2.2.	Stand der Projektbestandteile	4
2.2.1.	Lenkungsgruppe	4
2.2.2.	Bürgerdialog	4
2.2.3.	Analyse und Überprüfung der hausärztlichen Planungs- und Versorgungsbereiche und Ärztebefragung	5
2.2.4.	Zukunftswerkstätten	6
3.	Erste Ergebnisse	8
3.1.	Analyse zur Versorgung in der Region	8
3.1.1.	Bevölkerungsstruktur	8
3.1.2.	Mittelbereiche	9
3.1.3.	Anzahl und Lage der medizinischen Versorgungseinrichtungen	11
3.1.4.	Alter der niedergelassenen Hausärzte	13
3.1.5.	Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung	15
3.2.	Befragung der Ärzteschaft	17
3.2.1.	Befragung und Rücklauf	17
3.2.2.	Weitere Strukturmerkmale	18
3.2.3.	Angaben zur Praxisabgabe	20

1. Hintergrund

Der Schwarzwald-Baar-Kreis hat sich im Juni 2015 gemeinsam mit den benachbarten Landkreisen Rottweil und Tuttlingen als Region Schwarzwald-Baar-Heuberg beim Sozialministerium Baden-Württemberg für ein Modellprojekt zum Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen beworben. Auf dieser Basis hat das Sozialministerium 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 16.08.2016.

Das Hauptproblem entsteht aus den Schwierigkeiten der Nachbesetzung frei werdender Arztpraxen in den ländlichen Teilräumen der Region. Dabei sind insbesondere (aber nicht ausschließlich) Hausarztpraxen betroffen. Ausgehend von der Altersstruktur der derzeit praktizierenden Ärzte ist für die Zukunft noch von einer ansteigenden Abgabebereitschaft auszugehen, so dass aus jetzt schon sichtbaren Nachfolgeschwierigkeiten mittelfristig ernsthafte Versorgungsprobleme werden können. Die in Teilbereichen der Region schon unternommenen Versuche, dieser Problemlage mit strukturierten Weiterbildungsangeboten (Weiterbildungsverbund), finanziellen Anreizen und mit Werbemaßnahmen entgegen zu treten, haben bislang nicht den gewünschten Erfolg gehabt. Von daher sollen mit dem geplanten Modellprojekt ergänzende Maßnahmen vorbereitet und eingeleitet werden.

Der Arbeitsansatz basiert im Kern auf der durch Forschungsergebnisse und erfolgreiche Modellvorhaben gestützten Einschätzung, dass die Arbeitsbedingungen in ländlichen Einzel- und Kleinpraxen nicht den Präferenzen des medizinischen Nachwuchses entsprechen. Insofern sind Nachfolger schwer zu finden. Junge Ärzte und vor allem junge Ärztinnen bevorzugen oftmals ein Angestelltenverhältnis anstelle einer langfristigen örtlichen Bindung und der wirtschaftlichen Verantwortung für eine Praxis. Ferner haben sie gegenüber vorhergehenden Generationen ein erhöhtes Interesse an der Zusammenarbeit in Teams, was sowohl die Möglichkeiten einer arbeitsteiligen fachlichen Spezialisierung und der darauf beruhenden Kooperation umfasst, wie auch die dadurch gegebenen Möglichkeiten, flexible Arbeitszeitregelungen zu vereinbaren („work-life-balance“).

Vor diesem Hintergrund kommt dem Übergang zu neuen Modellen der Gesundheitsversorgung gerade in den ländlichen Räumen eine hohe Bedeutung zu. Als Oberbegriff über im Detail sehr

unterschiedliche Lösungen kann von „Lokalen Gesundheitszentren“ gesprochen werden.¹ Die zentrale Voraussetzung eines Übergangs in lokale Gesundheitszentren sowie in andere Kooperationsformen ist insbesondere die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte, ihre Praxis in derartige neue Lösungen einzubringen. Unsere Erfahrung zeigt, dass ältere Ärzte mit wiederholten negativen Erfahrungen in der Nachfolgersuche ebenso wie junge Ärzte mit langfristigem Interesse an der Gestaltung ihres Arbeitsfeldes für solche Modelle gewonnen werden können. Aber auch Krankenhäuser mit Interesse an sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten können Mitstreiter und schließlich auch Träger sein. Im Einzelfall wird jeweils aus der Diskussion mit den Ärzten und anderen betroffenen Gesundheitsdienstleistern vor Ort zu entscheiden sein, welche Trägerschaft und Rechtsform, welche Standorte und welche fachliche Ausrichtung (Einbezug von Fachärzten, Aufgaben des nicht-ärztlichen Personals, Schnittstellen zur pflegerischen Versorgung, Schnittstellen zu kommunalen Aktivitäten) geeignet sind.

2. Projektbestandteile und Sachstand

2.1. Verzögerung des Arbeitsbeginns / neue Zeitplanung

Nach dem ursprünglich vereinbarten Zeitplan für den Projektablauf sollten die Arbeitsphasen für Analyse und Überprüfung der Planungsbereiche sowie Befragung der Ärzteschaft bereits im September bzw. November 2016 anlaufen. Unbedingt benötigte Grundlagen für diese Schritte sind Daten zu Ärzten und Arztbesuchen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden-Württemberg für das Projekt zugesagt wurden. Dabei handelte es sich einerseits zu Kontakt- und Altersstrukturdaten der Ärzteschaft, die für Befragung und Analyse benötigt werden. Außerdem werden Daten zur räumlichen Mobilität der Patienten benötigt, um die tatsächliche Versorgungssituation und die damit einhergehenden Distanzen und räumlichen Muster der Arztbesuche in der Region zu analysieren.

Leider hat sich die vollständige Lieferung dieser Daten bis Ende März 2017 verzögert. Somit konnten auch die Analyse und die Befragung erst um mehrere Monate verspätet im April 2017 anlaufen. Das Projekt wird seitdem – mit dem verzögerten Beginn – entsprechend der ursprünglichen Zeitplanung bearbeitet. Es wird aufgrund des späten inhaltlichen Projektstarts jedoch drin-

¹ Auch der SVR Gesundheit empfiehlt in seinem 2014er Gutachten die Einrichtung von „Lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ als zentralen Baustein zur Lösung von Versorgungsproblemen im ländlichen Raum.

gend empfohlen, eine kostenneutrale Projektverlängerung bis August 2018 anzustreben. Die geplanten Zukunftswerkstätten sollten erfahrungsgemäß mit einem ausreichenden zeitlichen Abstand durchgeführt werden, um in den ersten Werkstätten angestoßene Prozesse zu konkretisieren. Für eine Umsetzung neuer Ansätze sind umfangreiche Planungs- und Abstimmungsprozesse nötig, denen in der bestehenden Zeitplanung kein angemessener Platz gewährt werden kann. Daher schlagen wir folgenden aktualisierten Zeitplan vor:

	2016				2017								2018											
	Sep	Okt	Nov	Dez	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug
Analyse & Überprüfung Planungsbereiche																								
Analyse Praxisentwicklung /Praxisabgabe																								
schriftliche Befragung																								
vertiefende Interviews																								
projektbegleitende reg. Lenkungsgruppe	Gründungsphase																							
Zukunftswerkstätten																								
Aufaktveranstaltung																								
Zukunftswerkstatt I																								
Vertiefungsphase																								
Zukunftswerkstatt II																								
Endbericht																								
Bürgerdialog																								
Bürgerinformation																								
Online-Info und -Feedback																								
Offline-Feedback auf Veranstaltungen																								

2.2. Stand der Projektbestandteile

2.2.1. Lenkungsgruppe

Zur Steuerung des Projektes wurde eine Lenkungsgruppe unter Beteiligung von Politik und Verwaltung der Landkreise, der lokalen Ärzteschaft, der KV, der Krankenkassen und des Sozialministeriums ins Leben gerufen. Den Auftakt des Projekts bildete die erste von bislang zwei Sitzungen der Lenkungsgruppe am 15.9.2016; eine weitere Sitzung fand am 14.12.2016 statt. Die dritte Sitzung wurde auf den 5.7.2017 terminiert.

2.2.2. Bürgerdialog

Zu den wesentlichen Prozessschritten 1) Projektstart, 2) Auftaktveranstaltung mit Vorstellung von Analyseergebnissen und weiterem Vorgehen, 3) Erste Zukunftswerkstätten und 4) Ergebnispräsentation nach den zweiten Zukunftswerkstätten ist jeweils eine umfangreiche Bürgerinformation vorgesehen. Diese erfolgt grundsätzlich online, wird jedoch durch Pressemitteilungen in der Lokalpresse und gegebenenfalls Flyern an öffentlichen Orten ergänzt.

Um den Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit zu geben, den Prozess konsultativ zu begleiten, besteht die Möglichkeit eines Online-Feedbacks, das auf einer Webseite (auf der auch die Informationen über das Projekt präsentiert werden) bevorzugt über Mail erfolgen kann. Die Seite wurde eingerichtet, aufgrund der Verspätung im Projektstart sind jedoch noch keine Ergebnisse öffentlich präsentiert worden, zu denen Feedback eingehen könnte.

Für einen öffentlichkeitswirksamen Start der Arbeit in den Teilräumen sind Auftaktveranstaltungen in den drei Landkreisen vorgesehen, die sich an Politik und lokale Gesundheitsakteure wenden und Ergebnisse und Zielsetzung des Prozesses kommunizieren. Die Auftaktveranstaltungen sollen in der 30. Kalenderwoche 2017 in den drei Landkreisen durchgeführt werden und befinden sich derzeit in Planung.

2.2.3. Analyse und Überprüfung der hausärztlichen Planungs- und Versorgungsbe- reiche und Ärztebefragung

Analyse

Ein zentraler Punkt des Projektes ist die Analyse der bestehenden und zukünftigen Lage der ärztlichen Versorgung. Die Datenbeschaffung ist mit Projektbeginn angelaufen; die oben erläuterten Umstände führten jedoch zu einem stark verzögerten Abschluss der Beschaffung. Die Analyse zur Versorgungslage und zur zukünftigen Bedarfssituation sowie die Ärztebefragung befinden sich derzeit in der Umsetzung und werden zur Lenkungsgruppensitzung am 5.7.2017 abgeschlossen sein. Kernergebnis der Analyse wird die Identifikation von vier Teilräumen sein, auf denen das Augenmerk in der weiteren Projektbearbeitung liegen soll. Hierzu werden Analysen zu folgenden Punkten vorgenommen:

- Stand der Versorgung und Altersstruktur der Ärzteschaft, anstehende Praxisabgaben
- Räumliche Versorgungsstruktur und Patientenmobilität, Anteil der in anderen Gemeinden versorgten Patienten, typischer Wege- und Zeitaufwand
- Attraktivität der Gemeinden für den ärztlichen Nachwuchs, Wahrscheinlichkeit der Wiederbesetzung freiwerdender Sitze vor Ort

Ärztebefragung

Die Bereitschaft der Ärzte, sich mit ihren Praxen an neuen Versorgungsmodellen zu beteiligen, ist die zentrale Voraussetzung für den Erfolg von Strategien zur Versorgungssicherung. Um ein

in der Problemwahrnehmung der Ärzte verankertes Grundverständnis als Grundlage für die Planung der für das Projekt zentralen Zukunftswerkstätten zu erlangen, wurde im Vorfeld eine Befragung der Ärzteschaft durchgeführt.

Die Ärztebefragung hat einen hohen Rücklauf und wird einen deutlichen Einblick in den Willen zu Praxisabgabe und Kooperation seitens der Ärzteschaft bieten. Erste Ergebnisse werden in Kapitel 0 präsentiert. Ebenfalls besteht eine hohe Gesprächsbereitschaft für die Teilnahme an vertiefenden Interviews. Die Interviews mit 25 Ärzten aus der Region laufen im Juni 2017 an. 20 Interviews sollen bis Ende Juli geführt sein; fünf weitere werden im Rahmen einer Bachelorarbeit am Landratsamt Schwarzwald-Baar-Kreis im September 2017 geführt.

2.2.4. Zukunftswerkstätten

Am 7.5.2017 werden die Ergebnisse der Analyse sowie erste Ergebnisse der Befragung auf der Sitzung der Lenkungsgruppe präsentiert. An dieser Stelle werden ebenfalls die vier Teilräume vorgestellt, in denen Bedarf für die Durchführung der geplanten Zukunftswerkstätten gesehen wird. Mit Abschluss der Baden-Württembergischen Sommerferien im September 2017 wird die erste Phase der Zukunftswerkstätten in den Teilräumen starten.

Die erste Zukunftswerkstatt soll einen Abgleich der individuellen Perspektiven auf dem Weg zu kooperativen Handlungsansätzen ermöglichen. Insbesondere soll ausgelotet werden, ob eine Mitwirkungsbereitschaft für die Konzipierung und den Aufbau von lokalen Gesundheitszentren vorhanden ist bzw. mobilisiert werden kann. Aber auch andere Kooperations- und Handlungsansätze zur Sicherung der ärztlichen Versorgung können thematisiert und vorbereitet werden. Dabei geht es im ersten Schritt nicht bereits um Festlegungen. Die Werkstatt zielt eher darauf, erste konzeptionelle Ideen zu entwickeln, alternative Modelle gegenüber zu stellen, offene Fragen zu sammeln und Umsetzungsvoraussetzungen zu thematisieren.

Ausgehend von der ersten Zukunftswerkstatt kommt es darauf an, eine Konkretisierung der konzeptionellen Handlungsansätze vorzunehmen. Mit Blick auf den ggf. angestrebten Aufbau eines lokalen Gesundheitszentrums stellt sich eine Vielzahl von Fragen, die mit Blick auf die jeweilige Ausgangssituation (objektive Gegebenheiten in der Region und sich abzeichnende Handlungsvoraussetzungen und Handlungsbereitschaften der zentralen Akteure) vorläufig zu beantworten sind. Hierzu gehören z. B.:

- Trägerschaften bzw. Gesellschafter inkl. der alternativen Rechtsformen (ärztliche Trägerschaft, klinikgestützt, kommunal)

- Standorte und Immobilien (zentral-dezentral, Filialstandorte), Nutzung von Bestandsgebäuden versus Neubau, alternative Investorenlösungen
- Einbezug fachärztlicher Leistungen
- Einbezug ergänzender Einrichtungen und Angebote (Apotheken, Physiotherapie, Senioreneinrichtungen usw.)
- Delegation und Zusammenarbeit mit bürgerschaftlichen oder kommunalen Ansätzen in den Ortschaften (z. B. Seniorenbetreuer)

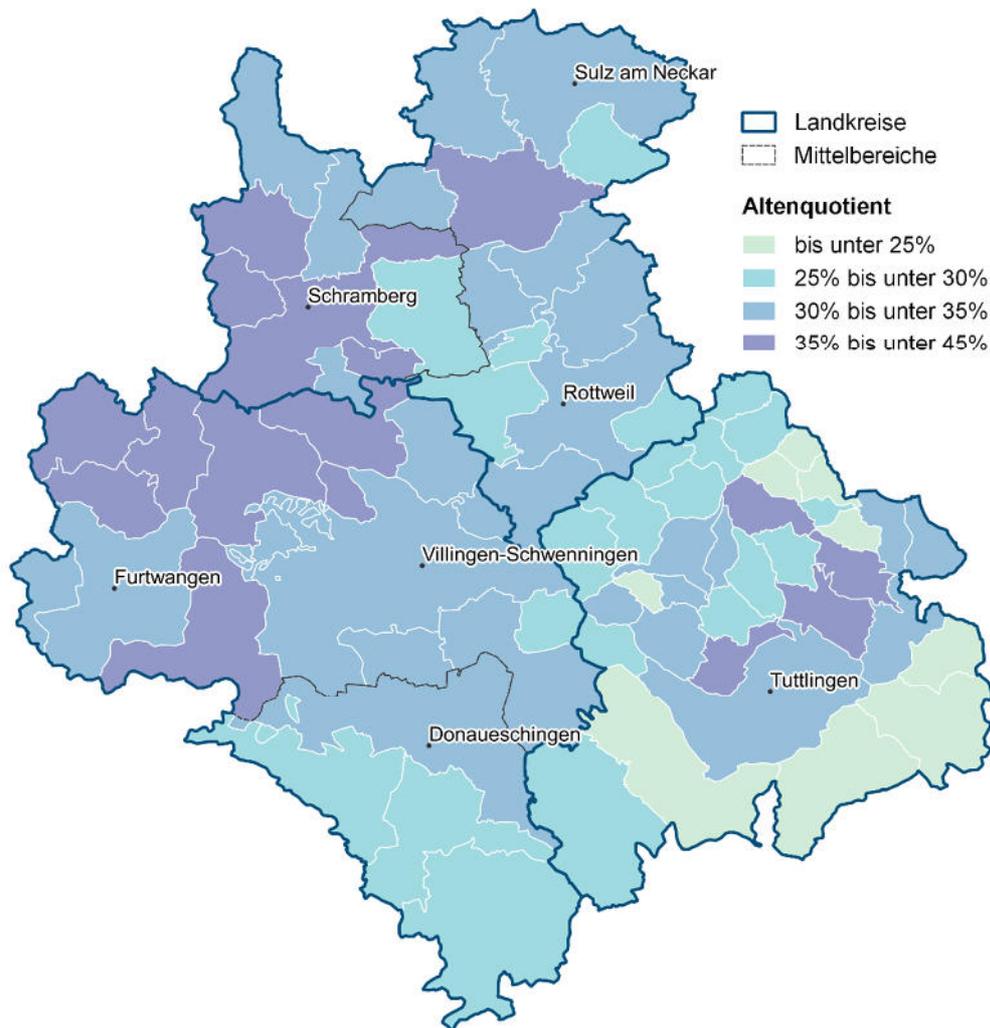
Die resultierenden Vorschläge und Handlungsalternativen sind in der zweiten Zukunftswerkstatt umsetzungsorientiert zu bewerten und zu konkretisieren. Somit besteht die zentrale Aufgabe der vier zweiten Werkstätten darin, auszuloten, welche konkrete Lösungsvorschläge bei guter Wirksamkeit im Sinne der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (insbesondere Nachwuchsgewinnung) die besten Umsetzungschancen hat. Ferner sind die anschließend einzuleitenden Umsetzungsschritte und die damit einhergehenden Verantwortlichkeiten / Aufgaben abzustimmen.

3. Erste Ergebnisse

3.1. Analyse zur Versorgung in der Region

3.1.1. Bevölkerungsstruktur

Abbildung 1: Altenquotient in den Gemeinden der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg



Darstellung: Quaestio/IfA (Datenquelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Kartengrundlage: openstreetmap)

Die Region Schwarzwald-Baar-Heuberg gliedert sich in die Landkreise Rottweil, Tuttlingen und Schwarzwald-Baar-Kreis. In den 76 Gemeinden der Region lebten zum 31.12.2015 insgesamt

484.040 Menschen, davon die Mehrheit (43,3 %) im Schwarzwald-Baar-Kreis². Die Kreisstadt Villingen-Schwenningen ist mit 84.701 Einwohnern (17 % der Bevölkerung der Region) die größte Gemeinde. In den Kreisstädten Rottweil und Tuttlingen leben 5,1 % bzw. 7,1 % der Bevölkerung. Der Altenquotient³ der Bevölkerung liegt in den Landkreisen durchschnittlich bei 32,4 und damit minimal über dem bundesweiten Durchschnitt von 32,0. Die Bevölkerung im Landkreis Tuttlingen ist mit einem Altenquotienten von 29,8 vergleichsweise jung. Die Gemeinden Buchheim, Reichenbach am Heuberg und Bubsheim verzeichnen hier sogar einen Altenquotienten unter 20. Der Schwarzwald-Baar-Kreis wiederum ist mit einem durchschnittlichen Altenquotienten von 34,2 vergleichsweise alt. Hier kommen die Gemeinden Königfeld im Schwarzwald, Schönwald im Schwarzwald und Bad Dürkheim auf einen Altenquotienten über 40 (siehe Abbildung 1).

Ausgehend von der Bevölkerungszahl im Jahr 2015 kommt das Statistische Landesamt zur Annahme, dass die Bevölkerung sich in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg kaum verändern wird bzw. es zu einem minimalen Bevölkerungswachstum um 0,5 % kommt. Die Altersgruppe der ab 65-jährigen wird jedoch im gleichen Betrachtungszeitraum um 34 % wachsen. Der Landkreis Tuttlingen ist hiervon mit einer Zunahme um 42 % am stärksten betroffen.

Auf Gemeindeebene wird in diesem Zeitraum in der Gemeinden Bubsheim die Bevölkerung am stärksten, nämlich um mehr als 10 % ansteigen. Gleichzeitig kommt es in 39 Gemeinden zum Rückgang der Bevölkerungszahl. Hiervon am stärksten betroffen sind die Gemeinden Schonach im Schwarzwald, Dornhan und Schenkelzell mit mehr als 10 % Bevölkerungsabnahme. Die stärksten Zunahmen der Bevölkerungsgruppe der ab 65-jährigen sind mit mehr als 70 % in Balgheim, Gunningen und Bubsheim zu erwarten. In keiner Gemeinde kommt es zum Rückgang der Bevölkerungsanteile dieser Altersgruppe. Vergleichsweise gering mit weniger als 10 % ist jedoch die Zunahme in der Gemeinde Lauterbach (5 % Zunahme).

3.1.2. Mittelbereiche

Für die Sicherstellung der bedarfsgerechten ambulanten Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg ist die KV Baden-Württemberg verantwortlich. Mittels der Bedarfsplanung, deren Vorgaben vom Gemeinsamen Bundesausschuss bundesweit in der Bedarfsplanungsrichtlinie formuliert sind, werden die regionale Versorgungsstrukturen im Rahmen einer Kapazitätenplanung

² Bevölkerungsdaten und -prognosen sind dem Online-Portal des Statistischen Landesamtes entnommen

³ Der Altenquotient stellt das Verhältnis der älteren Personen (Personen ab 65 Jahren) zu den Personen im erwerbsfähigen Alter (Personen mit 15 bis 64 Jahren) dar.

quantitativ festgesetzt. Die Planungsräume für die hausärztliche Versorgung sind die sogenannten Mittelbereiche. Das Soll-Versorgungsniveau in den Mittelbereichen wird durch als Einwohner-Arzt-Verhältnis, der allgemeinen Verhältniszahl, beschreiben. Für die hausärztliche Versorgung ist bundesweit einheitlich das Verhältnis von 1.671 Einwohnern je Hausarzt in den Mittelbereichen vorgeschrieben. Um die Angebotsstrukturen in den Mittelbereichen den bestehenden Bevölkerungsstrukturen anzupassen, wird die bundesweit einheitliche Verhältniszahl der hausärztlichen Versorgung von 1.671 Einwohnern je Arzt mittels regionaler Demographiefaktoren korrigiert. Zur Darstellung der tatsächlichen Versorgungsrealität in den Planungsräumen wird auf der Grundlage der jeweiligen Bevölkerungszahl für jeden Mittelbereich ein Versorgungsgrad berechnet. Dieser gibt das tatsächlich anzutreffende Verhältnis der Ärzte und Einwohner an. Unterversorgung ist hierbei ab einem Versorgungsgrad von 50 %, drohende Unterversorgung ab 75 % und Überversorgung ab 110 % definiert⁴.

Die Gemeinden und Landkreise der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg sind insgesamt fünf Mittelbereichen zuzuordnen. Der nördliche Landkreis Rottweil gliedert sich in die Mittelbereiche Schramberg und Rottweil, der Landkreis Tuttlingen bildet den Mittelbereich Tuttlingen und der Landkreis Villingen-Schwenningen wird in die Mittelbereiche Villingen-Schwenningen und Donaueschingen aufgegliedert. Aufgrund der relativ jungen Bevölkerung wird durch den Demographiefaktor in den Mittelbereichen Donaueschingen (-1,3), Rottweil (-0,4) und Tuttlingen (-1,5) die Verhältniszahl erhöht und den Mittelbereichen ein geringerer Versorgungsbedarf zugesprochen. Für die Mittelbereich Schramberg (1,3) und Mittelbereich Villingen-Schwenningen (2,3) wird von einem höheren Versorgungsbedarf ausgegangen und die Verhältniszahl verringert⁵.

Grundlegend ist zum 31.12.2016 in der hausärztlichen Versorgung in den betrachteten Mittelbereichen von Normalversorgung auszugehen. Nach Angaben der KBV waren die Versorgungsgrade in den Mittelbereichen Donaueschingen (87,4 %), Rottweil (90,0 %) und Tuttlingen (90,0 %) leicht unter dem Soll-Niveau⁶. Hier besteht zum derzeitigen Zeitpunkt dennoch nicht die

⁴ Weiterführende Informationen zur Bedarfsplanung können der Broschüre „Die neue Bedarfsplanung“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (online verfügbar unter: www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf) sowie der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (online verfügbar unter: www.g-ba.de/downloads/62-492-1408/BPL-RL_2016-12-15_iK-2017-06-01.pdf) entnommen werden

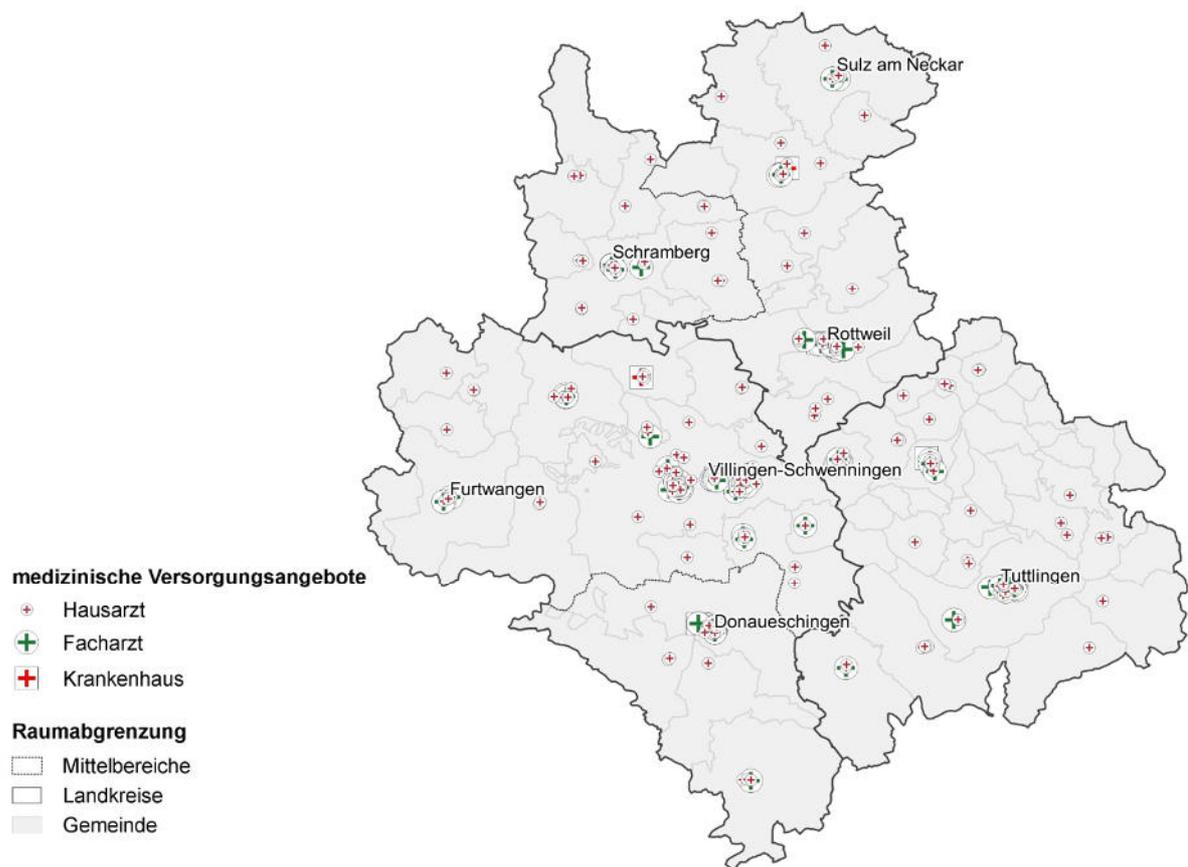
⁵ Demographiefaktoren der hausärztlichen Versorgung gelten für das Jahr 2014

⁶ Online-Portal der KBV zu Gesundheitsdaten der ambulanten Bedarfsplanung (online verfügbar unter: www.gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16735.php)

Gefahr der Unterversorgung. Die Mittelbereiche Schramberg (114,4 %) und Villingen-Schwenningen (105,8 %) verfügen über bessere als die vorgesehenen Versorgungsstrukturen. Überversorgung liegt aber nur im Mittelbereich Schramberg vor.

3.1.3. Anzahl und Lage der medizinischen Versorgungseinrichtungen

Abbildung 2: Standorte der Gesundheitsversorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg



Darstellung: Quaestio/IfA (Datenquelle: KV Baden-Württemberg, Deutsches Krankenhausverzeichnis, Kartengrundlage: openstreetmap); Anmerkung: Facharztgruppen der Grundversorgung umfassen die Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Orthopädie; bei der Darstellung der Krankenhäuser sind psychiatrischen Kliniken ausgenommen

Trotz der aktuell bedarfsgerechten Versorgung in den Mittelbereichen der Region kommt es in einigen Bereichen zu einer weniger guten Versorgungssituation. In der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg sind derzeit insgesamt 295 Hausärzte an 203 Standorten niedergelassen (siehe Abbildung 2). In der überwiegenden Anzahl der Gemeinden ist mindestens ein Hausarzt tätig. Dennoch bestehen Zentralisierungstendenzen. In 23 Gemeinden ist kein Hausarzt niedergelassen.

Diese Gemeinden befinden sich überwiegend im Nord-Osten des Mittelbereichs Tuttlingen. Gleichzeitig befinden sich die Praxen von etwa 50 % der Ärzte (Kopfzahl) in acht Gemeinden. Die Gemeinde Villingen-Schwenningen dominiert die hausärztliche Versorgung mit einem Anteil von 21,6 % aller Ärzte.

Bezogen auf die jeweilige Bevölkerungszahl weisen die Gemeinden Aichhalden, Fridingen an der Donau, Seitingen-Oberflacht und Neuhausen ob Eck das günstigste Einwohner-Arzt-Verhältnis auf⁷. Hier kommen unter 1.000 Einwohner auf einen Hausarzt. Mehr als 4.000 Einwohner kommen jedoch auf die Ärzte der Gemeinden Schonach im Schwarzwald, Emmingen-Liptingen, Dornhan und Hüfingen.

Die hausärztlichen Versorgungsstrukturen in den Mittelbereichen werden durch weitere medizinische Versorgungsangebote ergänzt. In den Mittelbereichen sind 170 Fachärzte der allgemeinen Grundversorgung ambulant tätig (siehe Tabelle 1)⁸. Diese Ärzte sind den Facharztgruppen der Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Inneren Medizin, Kinderheilkunde und Orthopädie zuzuordnen. Die Fachärzte sind in nur 17 der insgesamt 76 Gemeinden angesiedelt. Wichtigste Versorgungsstandorte mit mindestens 10 Fachärzten sind in absteigender Reihenfolge die Gemeinden Rottweil, Donaueschingen, Villingen-Schwenningen, Tuttlingen. Hier sind nahezu 70 % der Fachärzte niedergelassen.

Tabelle 1: Ambulant niedergelassene Fachärzte der Grundversorgung in den Mittelbereichen

Mittelbereich	Fachärzte (Kopfzahl)
Donaueschingen	19
Rottweil	36
Schramberg	10
Tuttlingen	41
Villingen-Schwenningen	64
Gesamt	170

Darstellung: Quaestio/IfA (Datenquelle: KV Baden-Württemberg)

⁷ Berücksichtigt werden hierbei nur Gemeinden mit niedergelassenem Hausarzt; die Berechnung basiert auf der Kopfzahl der Ärzte

⁸ Klinik-Ärzte mit Ermächtigung zur Erbringung ambulanter Leistungen sind ausgenommen

Des Weiteren stehen sieben Krankenhäuser in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Bis auf den Mittelbereich Schramberg befindet sich in jedem Mittelbereich mindestens eine stationäre Versorgungseinrichtung (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Krankenhäuser in den Mittelbereichen⁹

Krankenhaus	Gemeinde	Anzahl Betten
SRH Krankenhaus	Oberndorf am Neckar	120
Helios Klinik	Rottweil	275
Schwarzwald-Baar Klinikum	Donaueschingen	267
Schwarzwald-Baar Klinikum	Villingen-Schwenningen	770
Michael-Balint-Klinik	Königsfeld	42
Gesundheitszentrum	Tuttlingen	228
Gesundheitszentrum	Spaichingen	96

Darstellung: Quaestio/IfA (Datenquelle: Deutsches Krankenhausverzeichnis)

3.1.4. Alter der niedergelassenen Hausärzte

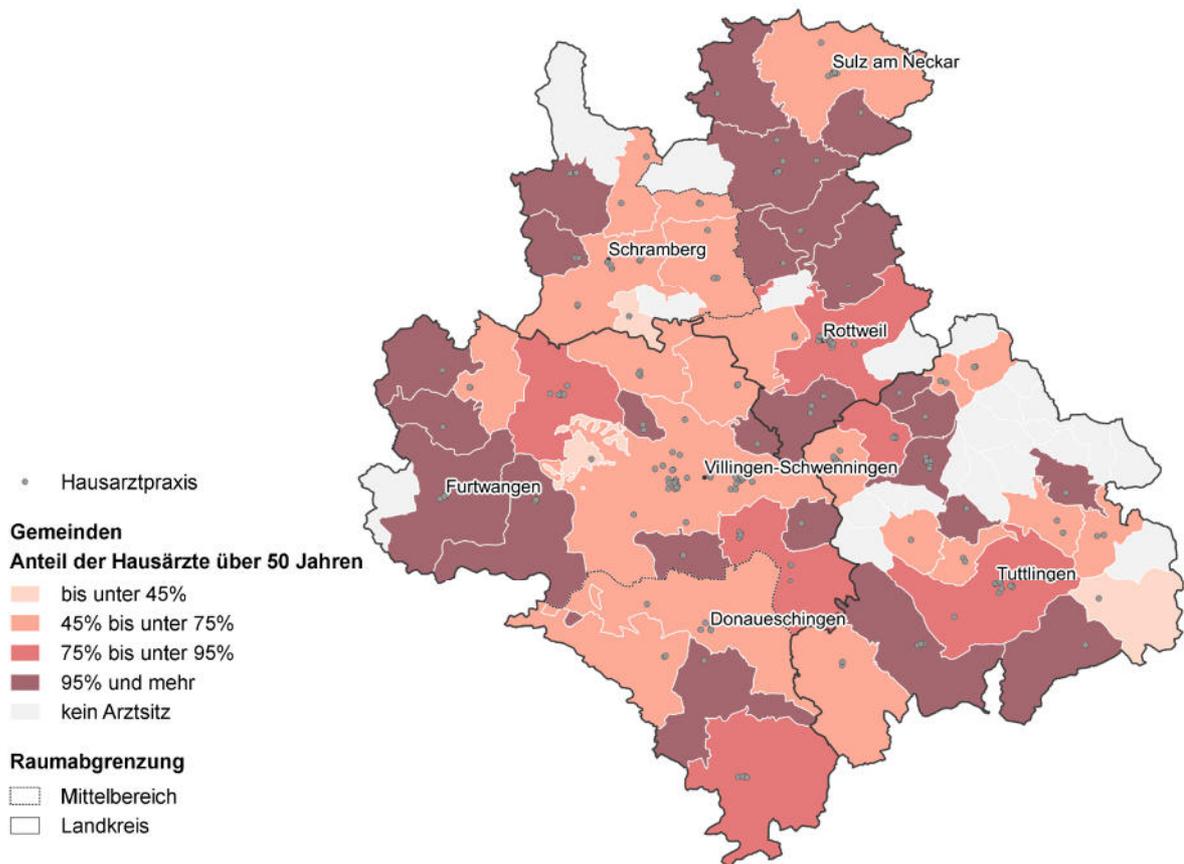
Im Jahr 2016 lag das bundesweite Durchschnittsalter der Hausärzte nach Angaben der KBV bei 55,1 Jahren. Das Durchschnittsalter der Hausärzte in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg weicht hiervon ab. In den Landkreisen Rottweil, Schwarzwald-Baar-Kreis und Tuttlingen liegt dieses bei 56,0 Jahren, 56,2 Jahren und 57 Jahren. Dabei waren in Baden-Württemberg im Jahr 2016 35 % der Hausärzte über 60 Jahre alt. Die Landkreise der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg weichen hiervon ebenso negativ ab. Im Landkreis Rottweil waren 36 % der Hausärzte über 60 Jahre alt, im Schwarzwald-Baar-Kreis 41 % und im Landkreis Tuttlingen 44 %. Der Anteil der Ärzte in den hausärztlichen Fachgruppen über 65 Jahren beträgt im Landkreis Rottweil 19,5 %, im Schwarzwald-Baar-Kreis 21,9 % und im Landkreis Tuttlingen 18,2 %. Im Vergleich zum bundesweit Anteil dieser Altersgruppe, der 13,3 % beträgt, zeigt sich deutlich die Überalterung der

⁹ Psychiatrische Kliniken sind ausgenommen

praktizierenden Ärzte und der Handlungsbedarf zur zukünftigen Sicherstellung der ambulanten Versorgungsstrukturen¹⁰.

Besonderer Handlungsbedarf aufgrund des Alters der Ärzte und dem damit einhergehende Nachbesetzungsbedarf in der mittelfristigen Zukunft zeichnet sich in den westlich gelegenen Gemeinden des Mittelbereichs Villingen-Schwenningen und in den nördlichen Regionen des Mittelbereichs Rottweil ab. Hier sind derzeit mehr als 95 % der Ärzte älter als 50 Jahre alt (siehe Abbildung 4).

Abbildung 3: Anteil der niedergelassenen Hausärzte mit mehr als 50 Jahren in den Gemeinden



Darstellung: Quaestio/IfA (Datenquelle: KV Baden-Württemberg, Kartengrundlage: openstreetmap)

¹⁰ Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV (2017)

3.1.5. Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung

Im dritten Quartal im Jahr 2016 wurden durch die KV für die Bewohner der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg insgesamt 515.934 abrechenbare Leistungen erfasst. Für die Erbringung einer abrechenbaren Leistung findet ein Arzt-Patienten-Kontakt statt; es werden jedoch nicht alle Kontakte erfasst, so dass die tatsächliche Zahl der Arztkontakte höher liegt. Im Schnitt kamen auf tausend Einwohner 1.065,9 Leistungserbringungen. Dabei ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Alter und der Zahl der erfassten Leistungen (=Behandlungstage) zu erkennen. In den Altersgruppen der unter 16-jährigen und der 16 bis 49-jährigen generiert nicht jede Person eine Leistung. Tausend Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren hingegen nahmen 1.199 Leistungen in Anspruch und Personen ab 65 Jahren sogar 2.079 abrechenbare Leistungen (siehe Tabelle 3). Personen ab 65 Jahren stellen 20,8 % der Bevölkerung und sind für 40,5 % der Behandlungstage verantwortlich (siehe Abbildung 4).

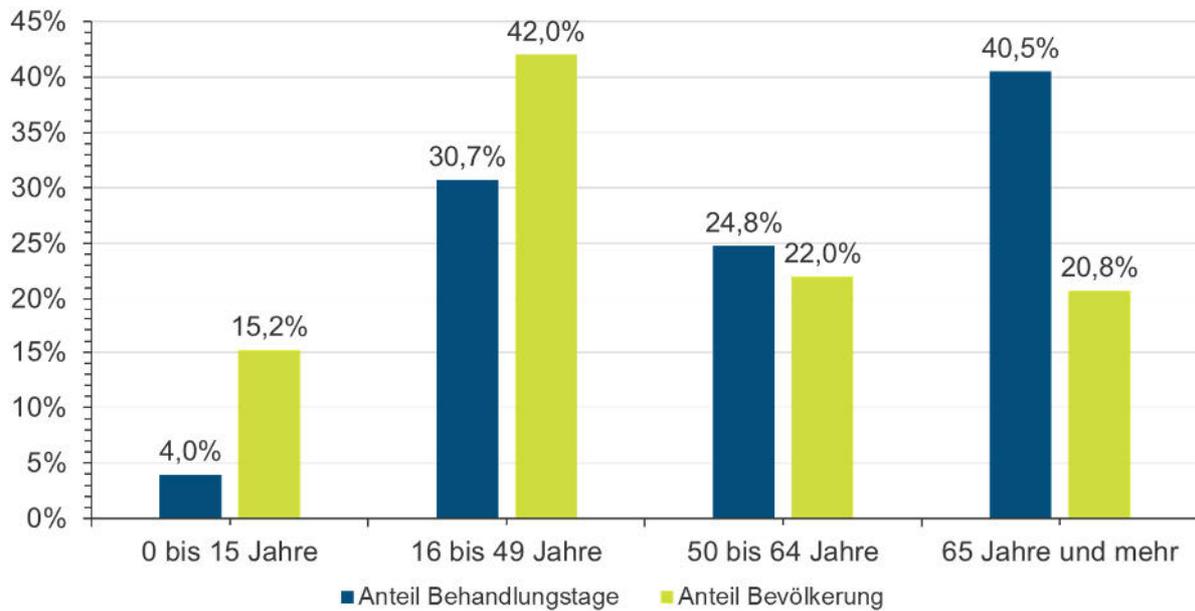
In den Landkreisen liegt der Anteil der Personen, die die regionalen Versorgungsstrukturen nutzen jeweils bei über 90 %, im Schwarzwald-Baar-Kreis sogar bei 97,8 %. Hier nutzen mit 92,7 % auch die größten Bevölkerungsanteile die Versorgungsstrukturen im eigenen Landkreis. In den Landkreisen Rottweil und Tuttlingen trifft dies auf jeweils 88 % der Bevölkerung zu.

Tabelle 3: Abgerechnete Leistungen im Quartal nach Altersgruppen

	< 15 Jahre	16 < 50 Jahre	50 < 65 Jahre	65+ Jahre	Gesamt
Behandlungstage	20.570	158.570	127.813	208.981	515.934
Bevölkerung	73.612	203.348	106.576	100.504	484.040
BHT je Tsd. EW	279,4	779,8	1.199,3	2.079,3	1.065,9

Darstellung: Quaestio/IfA (Datenquelle: KV Baden-Württemberg, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg); Die Berechnungen basieren auf den realisierten Behandlungstagen im 3. Quartal 2016

Abbildung 4: Anteil der Behandlungstage im Quartal und Bevölkerung nach Altersgruppen



Darstellung: Quaestio/IfA (Datenquelle: KV Baden-Württemberg, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg); Die Berechnungen basieren auf den realisierten Behandlungstagen im 3. Quartal 2016

3.2. Befragung der Ärzteschaft

3.2.1. Befragung und Rücklauf

Die Befragung wurde durch ein Schreiben der KV angekündigt, das über einen Informationsverteiler der KV versendet wurde. Eine Woche darauf wurden die Befragung sowie ein gemeinsames Anschreiben der Landkreise mit einem Aufruf zur Teilnahme per Fax an 200 Hausarztpraxen und 104 Facharztpraxen der Grundversorgung versendet. Bis zum 12.6.2017 sind 140 Antworten eingegangen. Die Rücklaufquote liegt damit bei sehr guten 46 %. Dies spricht für eine hohe Bereitschaft, sich im Projekt zu beteiligen. Tabelle 4 zeigt die Rücklaufquoten in den Landkreisen.

Tabelle 4: Rücklauf der Ärztebefragung

Rücklauf insgesamt			
	Gesamt	Rücklauf	Quote
	304	140	46,1%
Rücklauf Landkreise			
Landkreis	Gesamt	Rücklauf	Quote
Tuttlingen	77	35	45,5%
Rottweil	85	39	45,9%
Schwarzwald-Baar-Kreis	142	66	46,5%

Rücklauf Hausärzte			
	Gesamt	Rücklauf	Quote
	200	96	48,0%
Rücklauf Fachärzte			
	Gesamt	Rücklauf	Quote
	104	43	41,3%
Rücklauf Landkreise nach Haus- und Facharzt			
Landkreis	Hausarzt	Facharzt	Gesamt
Tuttlingen	23	12	35
Rottweil	27	12	39
Schwarzwald-Baar-Kreis	46	19	65
Summe	96	43	139

Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

3.2.2. Weitere Strukturmerkmale

Tabelle 5: Strukturmerkmale der Arztpraxen

Praxistyp			
	Hausarzt	Facharzt	Gesamt
Einzelpraxis	66%	51%	61%
Praxismgemeinschaft	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			
	Hausarzt	Facharzt	Gesamt
Gekauft	26%	9%	21%
Gemietet	73%	84%	76%
Keine Angaben	1%	7%	3%
n	96	43	139

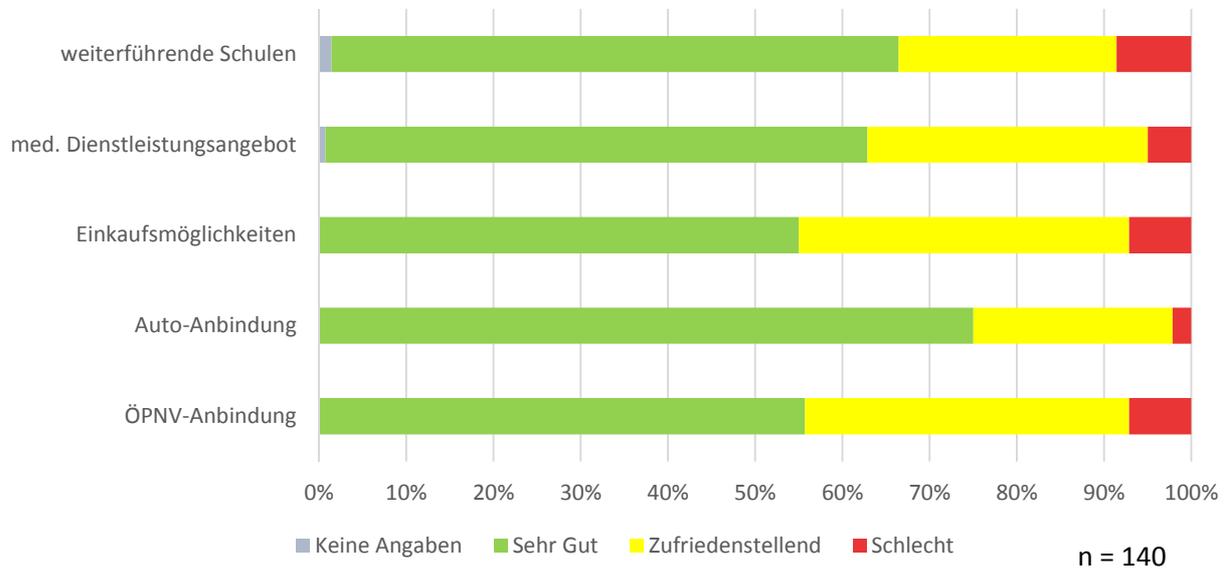
Praxisraumlage			
	Hausarzt	Facharzt	Gesamt
im Wohnhaus des Praxisinhabers	15%	5%	12%
in einem Ärztehaus	24%	40%	29%
in einer anderen Immobilie	60%	56%	59%
Keine Angaben	1%	0%	1%
n	96	43	139

1 Bogen nicht als Haus- oder Facharzt zuordenbar

Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Tabelle 5 zeigt die grundlegenden Strukturmerkmale der Praxen, die sich auf den Fragebogen hin gemeldet haben.

Abbildung 5: Einschätzung der Infrastruktur am Praxisstandort

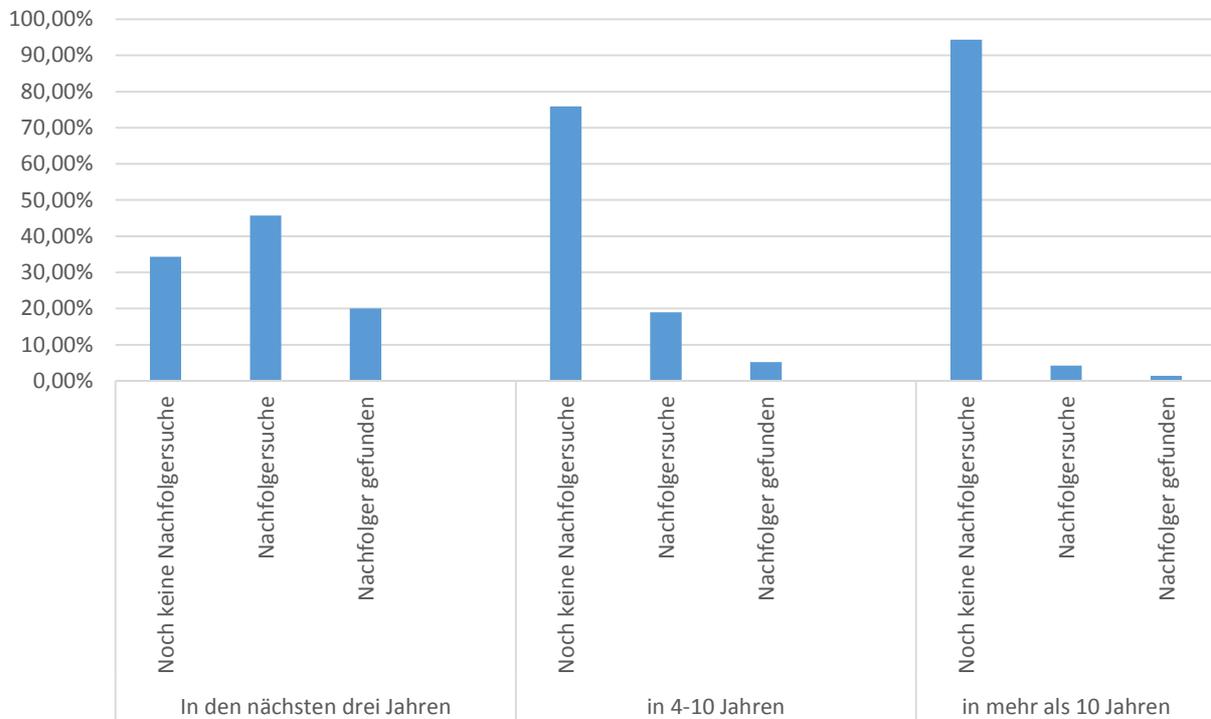


Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Die infrastrukturelle Ausstattung der Praxisstandorte wird in allen abgefragten Punkten zu über 90% als gut beurteilt; dies ist nicht zuletzt der verhältnismäßig städtischen Verortung eines Großteils der antwortenden Praxen geschuldet. Auf Landkreisebene betrachtet ist die Bewertung der Infrastruktur differenzierter: 15% der Antworten aus Rottweil bezeichnen den ÖPNV als „schlecht“ und 10% bemängeln die medizinischen Dienstleistungsangebote im Umfeld, während 17% der Tuttlinger Praxen die Einkaufsmöglichkeiten und 11% das Schulangebot kritisieren.

3.2.3. Angaben zur Praxisabgabe

Abbildung 6: Zeitraum für Aufgabe der Praxis und Status der Nachfolgersuche

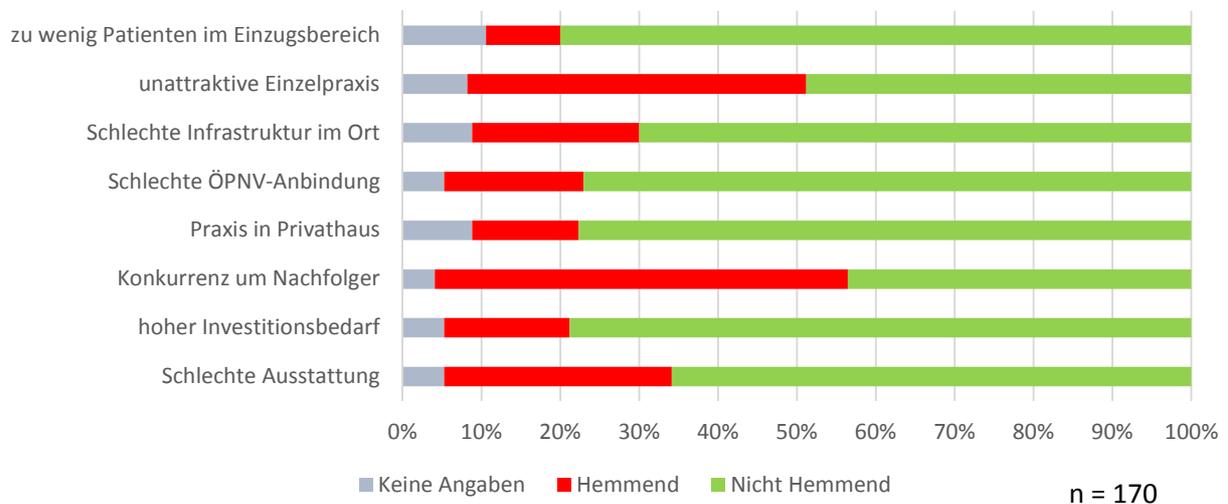


Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Die Suche nach einem Nachfolger ist ein recht kurzfristiges Unterfangen. Ca. 65% der innerhalb von drei Jahren abgabewilligen Ärzte haben sich mit dem Thema befasst; nur 20% davon sind jedoch erfolgreich, während gut 34% trotz kurzfristigem Abgabewillen noch keine Nachfolgersuche begonnen haben. Für längerfristige Abgabepläne in über vier Jahren spielt die Nachfolgersuche nur eine untergeordnete Rolle.

Die Suche nach einem Nachfolger wird durchweg als „eher schwierig“ bis „nahezu unmöglich“ eingeschätzt. Nur in ca. 10% der befragten Praxen wird die Suche als „eher nicht schwierig“ bezeichnet. In Praxen, die bereits einen Nachfolger gefunden haben, wird trotz erfolgreicher Suche in 27% der Fälle ein Erfolg als „nahezu unmöglich“ eingeschätzt, 36% bezeichnen die Suche als „eher schwierig“. Besonders pessimistisch sind diejenigen, die sich derzeit auf Nachfolgersuche befinden. 63% finden die Suche „eher schwierig“, 30% halten sie für „nahezu unmöglich“.

Abbildung 7: Hemmende Faktoren für die Nachfolgersuche



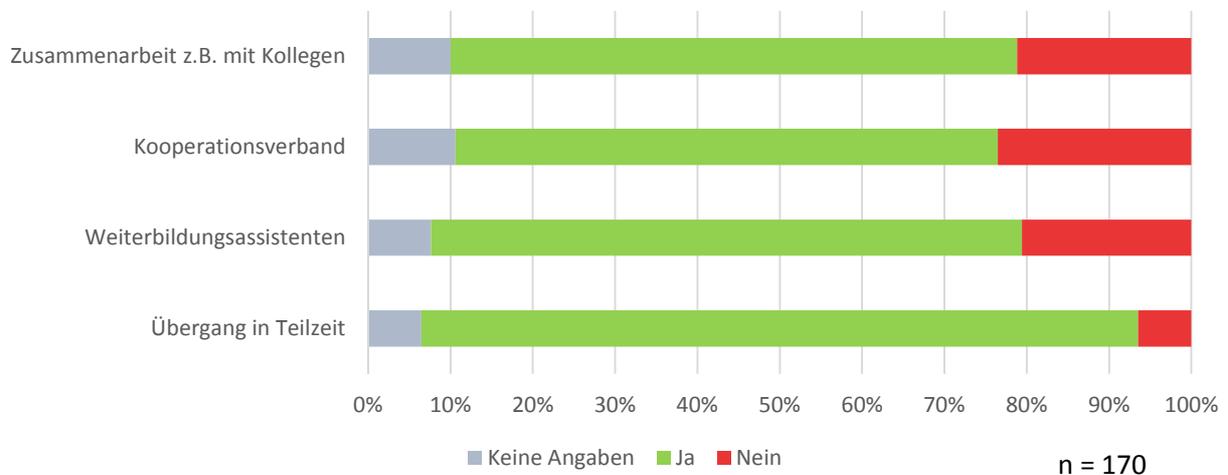
Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Als hemmender Faktor in der Nachfolgersuche wird am häufigsten die Konkurrenzsituation genannt, die durch Abgaben mehrerer Ärzte in einem kurzen Zeitraum entsteht. Die Nachfrage nach Arztsitzen in der Region wird demnach als gering eingeschätzt, während die Anzahl abgabewilliger Ärzte als hoch gesehen wird. Eine solche Einschätzung spiegelt sich in der Altersstruktur der Ärzteschaft wieder; in der Tat besteht eine solche Konkurrenzsituation.

Ebenfalls wird die Praxisform der Einzelpraxis als Hemmnis bezeichnet. Die geringere Bereitschaft des ärztlichen Nachwuchses, in ländlichen Einzelpraxen tätig zu sein, wird also auch von Ärzten vor Ort wahrgenommen. Auch die Praxisausstattung stellt aus Sicht der befragten Ärzte ein Hemmnis dar.

Ausgehend von diesen Einschätzungen erscheint es naheliegend, jungen Ärzten in neuen Kooperationsmodellen mit modernen Praxisräumen attraktive Strukturen zu bieten. So können die wichtigsten Hemmnisse ausgeräumt werden und gleichzeitig gute Bedingungen für die letzten Berufsjahre der abgehenden Ärzte geschaffen werden.

Abbildung 8: Alternativen für die Nachfolgersuche



Erhebung und Darstellung: Quaestio/IfA

Werden die Optionen für die aktive Werbung um Nachfolger betrachtet, die für die befragten Ärzte in Frage kommen, wird die Praxisübergabe mit einer Übergangszeit, in der gemeinsam mit dem Nachfolger z.B. durch Jobsharing in Teilzeit gearbeitet wird mit einer Bereitschaft von 87% am positivsten angenommen. Diese Variante ist ein häufig praktizierter Modus der Abgabe, der allerdings in seiner klassischen Form voraussetzt, dass bereits ein Nachfolger gefunden wurde. Das Ergebnis bedeutet jedoch auch, dass eine große Mehrheit der Ärzte für schrittweise aufgebaute Übergangsregelungen empfänglich ist. Diese Bereitschaft ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass Übergabemodelle z.B. in lokalen Gesundheitszentren funktionieren können.

Die ebenfalls recht übliche Suche nach einem Nachfolger durch Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten kommt für 72% der befragten Ärzte in Frage. Damit verbunden ist ein größerer Aufwand, da eine Weiterbildungsermächtigung beantragt werden muss und die Weiterbildung zusätzlich Zeit in Anspruch nimmt.

Eine große Zustimmung finden jedoch auch alternative Modelle. Die Bereitschaft, mit Kollegen, den Kommunen und anderen Akteuren gemeinsam um Nachfolger zu werben, ist mit 69% hoch; auch die Bereitschaft zu einer gemeinsamen Lösung in Form eines Kooperationsverbands mit Möglichkeiten für Teamarbeit, flexible Arbeitszeit, Entlastung von administrativen Aufgaben und engem kollegialen Austausch ist mit 66% erfreulich hoch. Vor diesem Hintergrund können die ersten Zukunftswerkstätten unter der Erwartung einer großen Kooperationsbereitschaft und Beteiligung der Ärzteschaft geplant werden.