



Quelle: regionale2025.de/projektraum (20.09.2023)

## Analyse und Konzept zur Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Bergischen RheinLand

Endbericht

# Analyse und Konzept zur Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Bergischen RheinLand

Endbericht

## **Auftraggeber**

Oberbergischer Kreis  
Rheinisch-Bergischer Kreis  
Rhein-Sieg-Kreis

## **Projektsteuerung**

Projektagentur Oberberg GmbH

## **Auftragnehmer**

Quaestio

Quaestio Forschung & Beratung GmbH  
Friesenstraße 17 • 53175 Bonn  
Tel 0228 266 888 0  
[quaestio-fb.de](http://quaestio-fb.de)

Bearbeiter:  
Bernhard Faller  
Antje Gühlen  
Pablo Luneau

Bonn, Oktober 2023

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Kurzfassung .....	1
Teil A – Gutachten zur ambulanten medizinischen Versorgung im Bergischen RheinLand .....	6
1 Einführung.....	7
1.1 Zunehmende Herausforderungen in der Sicherung der regionalen Gesundheitsversorgung.....	7
1.2 Methodik und empirische Basis der Studie.....	8
2 Demografie und Gesundheitsversorgung .....	10
2.1 Der Einfluss der Demografie auf die Behandlungsbedarfe .....	10
2.2 Ambulante Versorgung.....	18
2.3 Zwischenfazit: Diskrepanzen zwischen gefühlter und gemessener Versorgung.....	25
3 Versorgungsindex und Teilraumstruktur .....	27
3.1 Methodik zur Abbildung der teilträumlichen Versorgungsunterschiede .....	27
3.2 Teilindizes und Gesamtversorgungsindex.....	28
3.3 Indexbasierte Teilraumgliederung .....	32
4 Versorgungssituation und Versorgungsrisiken aus der Perspektive der Gesundheitsakteure .....	34
4.1 Methodik der Ärztebefragung .....	34
4.2 Unterschiedliche Herausforderungen in der ambulanten medizinischen Versorgung	35
4.3 Risiken und Potenziale der regionalen Gesundheitsversorgung.....	43
4.4 Rolle der Krankenhäuser.....	59
4.5 Kurz zusammengefasst: Versorgungsdefizite und Versorgungsrisiken im Bergischen RheinLand .....	64
5 Empfehlungen zur Sicherung und Modernisierung der Gesundheitsversorgung.....	66
5.1 Etablierte Zuständigkeiten und neue Aufgaben für die kommunale Ebene .....	66
5.2 Gesundheitsdialog, Gesundheitsplanung und Monitoring – Klammer der regionalen Gesundheitspolitik für den ambulanten Sektor .....	71
5.3 Medizinischen Nachwuchs gewinnen und an die Region binden .....	77
5.4 Bausteine zur Modernisierung der Gesundheitsversorgung .....	81
5.5 Programmatische Langfristaufgabe: Betriebsformenwandel begleiten und steuern ..	89
Teil B – Good Practice: Ansätze für eine moderne Gesundheitsversorgung .....	95
I. Einführung.....	96
II. Gesundheitsdialog, Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitsplanung .....	97
III. Lokale Gesundheitszentren (LGZ).....	108
IV. Dezentrale und ergänzende Ansätze zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche ...	114
V. Telemedizin .....	122

---

VI. Maßnahmen für Medizinstudierende und Schüler .....	129
Teil C – Anhang.....	130
Anhang 1: Exkurs – Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune.....	131
Anhang 2: Exkurs – Förderprogramme zur Sicherung der ärztlichen Versorgung.....	134
Anhang 3: Auswertung der Diskussion mit KV- und Kreisvertretern .....	137
Anhang 4: Übersicht Fachgruppenschlüssel.....	139
Anhang 5: Kommunalsteckbriefe .....	142
Anhang 6: Dokumente zur Ärztebefragung (Anschreiben/Fragebögen) .....	172

In dem vorliegenden Bericht werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht durchgängig alle Sprachformen (männlich, weiblich und divers) verwendet. Bei Bezeichnungen, die sowohl juristische als auch natürliche Personen (z.B. Akteur, Eigentümer) betreffen, wird die männliche Form verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten.

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bevölkerungsverteilung im Bergischen RheinLandund .....	11
Abbildung 2:	Bevölkerungsentwicklung im Bergischen RheinLand, in ausgewählten Gemeinden sowie im Land Nordrhein-Westfalen .....	13
Abbildung 3:	Anteil von Altersgruppen in ausgewählten Räumen des Untersuchungsgebiets .....	14
Abbildung 4:	Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahren in ausgewählten Räumen des Untersuchungsgebiets .....	14
Abbildung 5:	Mittlere jährliche Arztkontakte in Deutschland im Jahr 2007 nach Altersgruppen der Patienten und Patientinnen .....	15
Abbildung 6:	Entwicklung der Bevölkerung und der Arztkontakte im Bergischen RheinLand .....	17
Abbildung 7:	Zuordnung der Städte und Gemeinden des Bergischen RheinLands zu den Mittelbereichen (Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgung).....	21
Abbildung 8:	Versorgungsindex im hausärztlichen Bereich.....	29
Abbildung 9:	Vergleich der Erreichbarkeitszonen von 30 Minuten PKW- bzw- ÖPNV- Fahrzeit ausgehend von den KobS.....	31
Abbildung 10:	Indexbasierte Teilraumstruktur des Bergischen RheinLands .....	33
Abbildung 11:	Grundgesamtheit und Rücklaufquote der Befragung differenziert nach Teilräumen sowie Haus- und Fachärztinnen und -ärzten.....	35
Abbildung 12:	Einschätzung der Hausärztinnen und -ärzte zur hausärztlichen Versorgung in ihrer Stadt/Gemeinde (Gesamt und Teilräume) .....	36
Abbildung 13:	Fachrichtungen/Gesundheitsdienstleistungen mit erschwerten Weiterbehandlungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten .....	38
Abbildung 14:	Gründe für die erschwerten Weiterbehandlungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten.....	39
Abbildung 15:	Einschätzung der Befragten zur derzeitigen Auslastung ihrer Praxis .....	41
Abbildung 16:	Gründe für die steigende/hohe Praxisauslastung .....	42
Abbildung 17:	Altersstruktur der Hausärzteschaft in den Mittelbereichen des Bergischen RheinLands.....	44
Abbildung 18:	Altersstruktur der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte .....	45
Abbildung 19:	Voraussichtliches Tätigkeitsende der befragten Niedergelassenen.....	46
Abbildung 20:	Einschätzung der Niedergelassenen zum Finden einer Nachfolge.....	48
Abbildung 21:	Verteilung der ärztlichen Tätigkeiten (Wochenarbeitsstunden) von Inhabern und angestellten Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2020 .....	51
Abbildung 22:	Einschätzung der Niedergelassenen zu eventuell hemmenden Faktoren für die Nachfolgesuche .....	53
Abbildung 23:	Potenzielle Veränderungen in der Praxis (Niedergelassene) .....	54
Abbildung 24:	Positiver Einfluss der genannten Aspekte für den Berufsalltag .....	56
Abbildung 25:	Sicherung und Modernisierung der ambulanten Versorgung im Bergischen RheinLand – Scharnier, Handlungsstränge und Bausteine.....	70
Abbildung 26:	Anteil der Ärztinnen und Ärzte nach Betriebsstruktur der Praxis im Bergischen RheinLand .....	91

---

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ärztzahlen im Bergischen RheinLand (haus- und allgemeine fachärztliche Versorgung) .....	18
Tabelle 2:	Berechnung der Versorgungsgrade .....	20
Tabelle 3:	Allgemeine fachärztliche Versorgung in den Planungsbereichen (Kreise).....	23
Tabelle 4:	Gewichtung der Teilindizes nach Art der Versorgung und Fahrzeit.....	28
Tabelle 5:	Ergebnisse der Berechnung des Versorgungsindexes.....	30
Tabelle 6:	Bevölkerungsanteile der Kommunen nach Stufe der Versorgungsdichte .....	33
Tabelle 7:	Modellrechnung zu Nachbesetzungsbedarfen in den nächsten drei bzw. zehn Jahren.....	47
Tabelle 8:	Modellrechnung zum Rückgang der Hausärztezah in den nächsten drei bzw. zehn Jahren.....	49
Tabelle 9:	Städte und Gemeinden des Bergischen RheinLands mit Förderungsmöglichkeiten des Landes NRW (Hausarztaktionsprogramm) bzw. der KV Nordrhein (Strukturfonds) .....	136

# Kurzfassung

## Hintergrund und empirische Basis

Seit über zehn Jahren wird in Deutschland zunehmend intensiv über die Sicherung der ambulanten Gesundheitsversorgung diskutiert. Während die Debatte in besonders ländlichen und peripheren Regionen begann, hat sie längst auch Eingang in urbane Räume und intensive Beachtung in der breiten Gesellschaft gefunden. Auch im Bergischen RheinLand, der im Zuge der REGIONALE 2025 abgegrenzten Region bestehend aus dem Oberbergischen Kreis, dem Rheinisch-Bergischen Kreis und sieben östlichen Städten und Gemeinden des Rhein-Sieg-Kreises, steht dieses hochsensible Thema seit einigen Jahren auf der **Agenda von Kommunalpolitik und -verwaltung**. Auch wenn die Kommunen keine weitreichenden Zuständigkeiten in der Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung haben, werden sie von den Bürgerinnen und Bürgern mit den lokal spürbaren Problemen, etwa in Form von Praxisschließungen, langen Wartezeiten und größeren Distanzen, konfrontiert. **Denn die Kommunen werden von ihnen nicht nur als erste Ansprechpartner, sondern auch in einer Universalzuständigkeit für die Fragen der örtlichen Daseinsvorsorge und Lebensqualität wahrgenommen.**

Die drei genannten Kreise haben *Quaestio Forschung & Beratung* deshalb damit beauftragt, die Versorgungssituation im Bergischen RheinLand zu analysieren und darauf aufbauend Empfehlungen zur Modernisierung und Weiterentwicklung zu erarbeiten. Die vorliegende Studie legt ihren Fokus auf die ambulante, kassenärztliche Versorgung – insbesondere im hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Bereich, also in jenen Gebieten, die für die alltägliche und möglichst wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung eine hohe Relevanz haben. Für die Analyse der Versorgungssituation im Bergischen RheinLand wurde neben der **Auswertung von Daten** der statistischen Ämter und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) sowie Hintergrund- und Internetrecherchen der Schwerpunkt auf eine schriftliche Befragung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte und auf Expertengespräche mit Gesundheitsakteuren gelegt. Im Rahmen der Ärztebefragung konnten **weit über 250 Fragebögen ausgewertet** werden (Rücklaufquote 33,5 %), **30 Ärztinnen und Ärzten** haben sich darüber hinaus für **vertiefende Kurzinterviews** bereit erklärt. Zudem konnten **Vertreter von nahezu allen Krankenhäusern der Region sowie 22 der 28 Bürgermeisterinnen und Bürgermeister für Gespräche gewonnen** werden.

## Demografische Entwicklung belastet die Gesundheitsversorgung zunehmend

Die Bevölkerung des Bergischen RheinLands schrumpft bis 2050 Prognosen zufolge um knapp 6 %, **zukünftig würden demnach rund 25.000 Menschen weniger zu versorgen sein**. Allerdings sind derartige **Berechnungen mit hohen Unsicherheiten verbunden**, insbesondere im Hinblick auf Wanderungsbewegungen. Internationale Krisen haben beispielsweise in den letzten Jahren zu einer hohen Zuwanderung geführt, was in vielen Praxen zu einem spürbaren Mehraufwand geführt hat. Hinzu kommt, dass die Bevölkerungsverteilung innerhalb der Regionen nicht statisch ist. Überteuertes Wohnen in den Kernstädten, neue Mobilitätsmuster und die raumwirksamen Potenziale der Digitalisierung können in dieser Hinsicht zusammenwirken.

Während die Bevölkerungsentwicklung demnach nur mit hohen Unsicherheiten prognostiziert werden kann, ist klar: **Der demografische Wandel und die Alterung der Bevölkerung sind wesentliche gesellschaftliche Herausforderungen** unserer Zeit. Eine Verschärfung in den kommenden Jahren ist unausweichlich.

Dies führt einerseits zu einem **höheren Behandlungsbedarf** aufgrund der Zunahme an alten, chronisch kranken und multimorbiden Patienten und andererseits zu einer **Welle an Renteneintritten in der Ärzteschaft**. Die zahlenmäßig besonders bedeutsamen „Baby-Boomer-Ärzte“ sind bereits oder kommen in den nächsten Jahren ins typische Renteneintrittsalter (geburtenstärkster Jahrgang 1964). Dies betrifft auch das Bergische RheinLand.

### Überlastet und keine Nachfolger in Sicht: Die Ärzte in der Region sind frustriert

In den meisten Städten und Gemeinden der Region sind 30 bis **fast 40 % der Hausärztinnen und -ärzte älter als 60 Jahre**. Für die allgemeine fachärztliche Versorgung gilt, dass – je nach Fachrichtung und Kreis – 15 bis 44 % der zugelassenen Ärztinnen und Ärzte 60 Jahre oder älter sind. In der Befragung geben rund 20 % der Niedergelassenen an, innerhalb der nächsten drei Jahre ihre Tätigkeit aufgeben zu wollen. Hochgerechnet auf die Zahl der Haus- und Fachärzte in der Region bedeutet dies einen **kurzfristigen Nachbesetzungsbedarf von über 160 Stellen (10 Jahre: ca. 60 % bzw. 479 Stellen)**. Bereits heute ist die Versorgung aus Sicht der Ärzteschaft in den Fachrichtungen Dermatologie, Psychotherapie/Psychiatrie, Kardiologie, Neurologie und Orthopädie erschwert (fünf häufigste Nennungen). Hinzukommt, dass die nachrückende Generation veränderte Vorstellungen von der Berufsausübung hat und deshalb zunehmend auf Angestelltenverhältnisse und Teilzeitarbeit setzt. Auf einen in den Ruhestand tretenden Arzt müssen statistisch betrachtet rund 1,5 Mediziner folgen, um die Kapazität aufrechtzuerhalten.

Problematisch ist: **Es mangelt an ärztlichem Nachwuchs**, insbesondere im hausärztlichen Bereich. Damit steht das Bergische RheinLand nicht allein da, aber gerade dieser Umstand wirkt insofern problemverschärfend, als die Region deswegen mit einem sich intensivierenden Wettbewerb um den medizinischen Nachwuchs konfrontiert ist. **Bundesweit waren 2022 von 14.099 Facharztanerkennungen nur 13,3 % dem hausärztlichen Bereich zuzuordnen, bei den Vertragsärzten ist jedoch mehr als ein Drittel hausärztlich tätig**. Demnach kommt es zunehmend zu einer Verschiebung in der ärztlichen Versorgung, der Anteil der Hausärzte nimmt stetig ab.

Die nachrückenden Mediziner können sich ihre Arbeitsstellen entsprechend ihrer Präferenzen mehr oder weniger aussuchen. Gerade in ländlicheren Räumen befürchten die abgehenden Ärzte, dass ihre Praxissituation nicht den Präferenzen des Nachwuchses entspricht. Auch im Bergischen RheinLand ist ein Großteil der Befragten im Hinblick auf die Nachfolgersuche pessimistisch gestimmt: Gerade einmal 10 % von ihnen stufen das Finden einer Nachfolge als völlig unproblematisch oder eher nicht schwierig ein. Mit **44 %** sieht der Großteil die Nachfolgesituation als eher **schwierig** an und weitere **27 % der Niedergelassenen haben kaum Hoffnung auf eine Nachfolgeregelung** – sie gehen davon aus, dass dies nahezu unmöglich sein wird.

Hinzukommt, dass die Praxen im Bergischen RheinLand größtenteils an ihrer Belastungsgrenze arbeiten: **62 % aller befragten Ärzte können die Behandlungsnachfrage** nach eigenen Angaben **nur schwer bewältigen**, 30 % sind aus- aber nicht überlastet und **nur 8 % sehen zusätzliche Kapazitäten**. Viele Ärzte reagieren mit Frust und einer Verringerung der Arbeitszeit auf die angespannte Situation – die Überlastung führt demnach im Zweifel zu einer weiteren Abnahme der Behandlungskapazitäten. Hier ist dringend gegenzusteuern.

### Die Mediziner wünschen sich Bürokratieabbau, weniger wirtschaftlichen Druck und mehr Arbeitsteilung

Die Gründe für eine steigende oder anhaltend hohe Auslastung können vielfältig sein. Ein **gestiegener Verwaltungsaufwand** durch Dokumentation und Meldepflichten (gegenüber Kostenträgern und weiteren relevanten Stellen) sowie durch die Einführung digitaler Prozesse findet in



der Befragung mit rund 90 % insgesamt die höchsten Zustimmungswerte. Ein **erhöhter Zeitaufwand für die Behandlung** der Patienten ist für einen Großteil der Befragten ebenfalls ein wesentlicher Grund für eine hohe bzw. zunehmende Auslastung (etwa aufgrund von **Sprachbarrieren**, erhöhter **Anspruchshaltung** etc.). **Praxisschließungen** im Einzugsbereich und deren Kompensation sind weniger relevant, scheinen aber insbesondere in **ländlicheren Gebieten** eine größere Herausforderung darzustellen.

Für **85 % der Befragten** würde eine **Reduzierung oder Abgabe von administrativen Aufgaben** den **Arbeitsalltag verbessern**, etwa die  **Hälfte** würde zudem gerne **wirtschaftliche und/oder personelle Verantwortung abgeben** oder reduzieren. **Mehr Flexibilität und Verlässlichkeit** hinsichtlich der Arbeitszeiten wären für etwa 57 % der Befragten wünschenswert – die dafür geeigneten Rahmenbedingungen können Angestelltenverhältnisse in der Regel eher bieten als die Selbstständigkeit in der Niederlassung. Zudem finden fast zwei Drittel der Befragten, dass eine Reduzierung der Wochenarbeitszeit einen positiven Effekt auf ihr Berufsleben hätte, was vermutlich auch eine Reaktion auf die hohe Arbeitsbelastung darstellt. Die **Delegation von medizinischen Routinetätigkeiten** und eine **erhöhte Arbeitsteilung durch Teamarbeit** sowohl mit ärztlichen als auch mit nicht-ärztlichen Kolleginnen und Kollegen würde für 71 % bzw. 73 % der befragten Ärzte einen positiven Einfluss auf den Arbeitsalltag haben.

Die Ärztinnen und Ärzte artikulieren die hohe Belastung im Arbeitsalltag und wesentliche Gründe hierfür deutlich, zeigen aber gleichzeitig auch ein **hohes Maß an Änderungsbereitschaft** und benennen in diesem Zuge Aspekte, die zur **Verbesserung der Versorgungssituation** beitragen können. Diese Hebel lassen sich allerdings – gerade im Hinblick auf die bereits hohe Belastung – **nicht oder kaum im Arbeitsalltag** betätigen. Hier kann und sollte die Politik ansetzen und **flankierende, unterstützende Maßnahmen** auf den Weg bringen.

### Zwei Handlungsstränge: Nachwuchs gewinnen, Ärzte entlasten!

Für die regionale Gesundheitspolitik bieten sich ausgehend von den Untersuchungsergebnissen zwei strategische Hauptziele an:

- Erstens sollte es im Kontext der bevorstehenden Ruhestandswelle und des absehbaren Fachkräftemangels darum gehen, die **Attraktivität** und insbesondere **Wettbewerbsfähigkeit** der Region bei der **Anwerbung junger, nachrückender Mediziner und sonstiger Fachkräfte** zu sichern bzw. zu erhöhen.
- Zweitens wird es wichtiger, die vorhandenen und zunehmend **knappen Personalressourcen** im Sinne einer guten Gesundheitsversorgung **effizient** (ressourcenschonend) und zugleich **effektiv** (zielgerichtet wirksam) einzusetzen. Dies bedeutet zugleich, die beteiligten Berufsgruppen wie z. B. Ärzte **ausbildungsadäquat** einzusetzen und sie nicht unnötig mit fachfremden Aufgaben (z. B. Verwaltungsaufgaben) zu belasten.

**Die beiden Ziele** sind dabei nicht unabhängig voneinander zu betrachten, sondern **beeinflussen sich gegenseitig**: eine modern aufgestellte Praxislandschaft mit effizienten Strukturen und einer ausbildungsadäquaten sowie berufsgruppenübergreifenden Arbeitsteilung wirkt sich stark auf die Attraktivität der Region im Wettbewerb um den medizinischen Nachwuchs aus. Dies ist der Schlüssel zur Sicherung der ambulanten Versorgung im Bergischen RheinLand.

### Gesundheitsdialog und Monitoring als Klammer der empfohlenen Aktivitäten

Die kommunale Ebene muss mangels formaler Zuständigkeiten im Kern auf eine Dialog- und Kooperationsstrategie setzen, um sich Handlungsmöglichkeiten zu erschließen und einen Ein-

fluss auf die ambulante Gesundheitsversorgung ausüben zu können. Sie sollte deshalb den **zielgerichteten Dialog** zur Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung stärken und hierzu die **organisatorischen Voraussetzungen schaffen**.

Primäre Adressaten dieses Dialogs sind die **Gesundheitsakteure und insbesondere die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte**. Ferner ist es wichtig, die übergeordneten Ebenen (insbesondere KV und Kostenträger) einzubinden. Der Dialog mit den Gesundheitsakteuren sollte dabei auf **verschiedenen Ebenen** ansetzen:

- Auf einer **lokalen Ebene**, um hier die Grundlagen einer **intensiven Kooperation** zwischen Ärzteschaft und Kommunen zu legen und detaillierte Kenntnisse über den **Versorgungsalltag und (drohende) Versorgungsdefizite** zu erlangen.
- Auf einer übergemeindlichen, **teilräumlichen Ebene**, um davon ausgehend die ambulanten **Versorgungsangebote in sinnvollen räumlichen bzw. siedlungsstrukturellen Zusammenhängen planen** und weiterentwickeln zu können.
- Auf einer **regionalen Ebene** (Bergisches RheinLand oder Kreise), um die generellen **Herausforderungen zu thematisieren, innovative Lösungen zu entwickeln, diese koordiniert zu erproben** sowie darüber hinaus das **Netzwerk** zur gesundheitspolitisch relevanten Landes- und Bundesebene, zu den gesundheitspolitisch relevanten Verbänden (z. B. KV) und zu den Kostenträgern/Krankenkassen zu pflegen.

### **Gesundheitszentren, Telemedizin, Delegation – Bausteine zur Modernisierung der Gesundheitsversorgung**

Die genannten Dialogformate sollten demnach insbesondere dazu genutzt werden, die **lokalen Herausforderungen** herauszukristallisieren, um gemeinsam mit den Gesundheitsakteuren **spezifische Lösungsansätze** zu entwickeln und zu implementieren. Im Hinblick auf die bereits hohe Auslastung der Ärzte im Bergischen RheinLand ist es wichtig, dass die **Kreise bzw. die regionale Ebene inhaltliche und organisatorische Aufgaben übernimmt** (Recherchen, Good-Practice-Sammlung, Fördermittelanträge, Veranstaltungsorganisation etc.). Die wesentlichen zu diskutierenden **Bausteine zur Sicherung und Modernisierung der ambulanten Versorgung** können wie folgt beschrieben werden:

- **Nachwuchsförderung:** Die Kreise sollten die Ansprache von Schülern/Abiturienten und Studierenden forcieren (durch Messestände, Veranstaltungen, Webseite usw.) und darüber beraten, ob finanzielle Förderungen zusätzlich zu bestehenden Programmen, insbesondere der KVNO, möglich sind.
- **Regionaler Weiterbildungsverbund:** Die vorhandenen Weiterbildungsverbände sollten zu einem umfassenden Serviceangebot für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) ausgebaut und deren Betreuung in einer Servicestelle gebündelt werden (nach Möglichkeit auf der Ebene des Bergischen RheinLands).
- **Gesundheitszentren:** Die Kreise sollten den fortschreitenden Präferenz- und Betriebsformenwandel in der ambulanten Versorgung aktiv begleiten und steuern. Die Intensität und das Ausmaß der kommunalen Aufgaben hängen maßgeblich davon ab, wie weitgehend und eigenständig etwaige aus der Ärzteschaft hervorgehende Lösungen umgesetzt werden. Ein kommunales Engagement bei der Gründung und Trägerschaft von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist denkbar und sollte im Einzelfall geprüft werden.

- **Bündelung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote:** Auf teilräumlicher Ebene sollten Konzepte zur Bündelung von niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten entwickelt werden, in denen kleinräumige Sozial- und Gesundheitsdaten sowie die Dialogergebnisse berücksichtigt werden, sodass spezifische Bedarfslagen und potenzielle Standorte für entsprechende Einrichtungen (z. B. „Gesundheitskioske“) identifiziert werden. Pilotvorhaben sind zunächst insbesondere in peripheren und/oder benachteiligten Räumen zu initiieren.
- **Digitalisierung, Telemedizin und eHealth:** Telemedizinische Anwendungen können dazu beitragen, bestehende Strukturen auf ein höheres Level zu heben. Sie zeigen ihre Wirkung demnach insbesondere im Rahmen von mehrdimensionalen Ansätzen, weshalb sie bei der Konzeption neuer Lösungen stets mitgedacht und -diskutiert werden sollten: Bei Einrichtungen wie Gesundheitszentren und Gesundheitskiosken o.Ä. (z. B. Videosprechstunden) ebenso wie beim Case- und Caremanagement oder bei der Delegation bzw. Arbeitsteilung (z. B. im Rahmen von OBERBERG\_FAIRsorgt).
- **Case- und Caremanagement (CCM):** Gemeinsam mit der Ärzteschaft sollten die Potenziale des Case- und Caremanagements diskutiert und unter Berücksichtigung von Sozial- und Gesundheitsdaten innovative Versorgungsmodelle für weitere Bedarfsgruppen konzipiert werden. Die Vorteile liegen insbesondere in der Entlastung der Ärzteschaft und in einer qualitativ höherwertigen Versorgung. Auf eine Verstetigung des Projekts OBERBERG\_FAIRsorgt sollte hingewirkt und eine Übertragung in die anderen beteiligten Kreise diskutiert werden.
- **Delegation und interprofessionelle Arbeitsteilung:** Auch bei der Delegation bzw. Arbeitsteilung liegen die Potenziale vor allem in der Arztentlastung und der Verbesserung der Versorgung für die Bürgerinnen und Bürger. Neben Fördermaßnahmen in der Weiterbildung von medizinischen Fachangestellten zur Versorgungsassistenz<sup>1</sup> ist auch das Potenzial von Gemeindeschwestern und deren Verknüpfung mit weiteren Einrichtungen (Gesundheitszentren, Kioske etc.) innerhalb der Kommunen und ggf. im Dialog mit den Gesundheitsakteuren zu diskutieren.
- **Flankierende Angebote:** Die Kreise bzw. Städte und Gemeinden können mit flankierenden Angeboten zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgung beisteuern, wenn diese im Sinne der lokalen Gesundheitsversorgung als sinnvoll und zielführend erachtet werden. Die Maßnahmen sind hierbei vielfältig und reichen von Fahrdiensten für mobilitätseingeschränkte Personen bis hin zur Errichtung und Vermietung von Immobilien für Gesundheitsdienstleister (Arztpraxen, Gesundheitszentren, Gesundheitskioske etc.).

Ein **kommunales Engagement** für die Sicherung und Weiterentwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung ist in den meisten Regionen Deutschlands derzeit noch unterentwickelt, aber angesichts der absehbaren Versorgungsrisiken und Versorgungsdefizite auch **im Bergischen RheinLand dringlich**. Entsprechende politische Grundsatzbeschlüsse in den Kreistagsgremien sollten das zukünftige Engagement absichern und können sich dabei auf die Empfehlungen der vorliegenden Studie beziehen. Besonders wichtig ist, dass Kommunalpolitik und Verwaltung (und hier insbesondere der ÖGD) mit den Gesundheitsakteuren in einen **vertrauensvollen Austausch** kommen, der systematisch dazu beiträgt, den Status quo und absehbare Entwicklungen der Gesundheitsversorgung analysieren zu können und **innovative Lösungsansätze** auf den Weg zu bringen. In einigen Themenbereichen bietet sich dabei eine **kreisübergreifende Zusammenarbeit im Bergischen RheinLand** an.

---

<sup>1</sup> z. B. Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH), Nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPa), Entlastende Versorgungsassistenz (EVA)

# Teil A – Gutachten zur ambulanten medizinischen Versorgung im Bergi- schen RheinLand

# 1 Einführung

## 1.1 Zunehmende Herausforderungen in der Sicherung der regionalen Gesundheitsversorgung

Seit mehr als zehn Jahren wird in Deutschland mit hoher und stetig zunehmender Intensität über die Fragen der regionalen Gesundheitsversorgung diskutiert. Aus der lokalen oder kommunalen Perspektive bildet häufig die Erfahrung den Ausgangspunkt, dass Hausarztpraxen keinen Nachfolger finden oder aber zu größeren Einheiten an zentralen Standorten zusammengelegt werden. Die Hausärztin oder den Hausarzt nicht mehr vor Ort zu haben, ist für Bürger und Bürgermeister gleichermaßen ein Anlass zur Besorgnis. Dies ist insbesondere in den ländlichen Räumen zu beobachten. Aber auch die allgemeine fachärztliche Versorgung (fehlende Angebote, lange Warte- und Fahrtzeiten) und Fragen zum Fortbestand der Krankenhäuser drängen sich in das gesellschaftliche und politische Problembewusstsein vieler Regionen. Denn eine gesicherte medizinische Grundversorgung ist eine wesentliche Facette der Daseinsvorsorge und damit zugleich der Entwicklungsfähigkeit der Regionen. Regionen mit Mängeln in der Gesundheitsversorgung verlieren an Attraktivität als Wohn- und Wirtschaftsstandort.

Dabei sind die bisherigen Versorgungsprobleme und die damit verbundenen gesundheitspolitischen Debatten lediglich ein Vorbote noch bevorstehender Veränderungen. Ausschlaggebend ist die Demografie, sowohl auf der Angebots- als auch auf der Nachfrageseite. Die kommenden Jahre werden in den meisten Wirtschaftsbereichen von der Ruhestandwelle der Baby-Boom-Generation gekennzeichnet sein. Dies gilt auch und insbesondere für die Gesundheitsversorgung und die Ärztinnen und Ärzte. Gleichzeitig mangelt es an Nachwuchs, weil die künftig ins Berufsleben nachrückenden Jahrgänge deutlich schwächer besetzt sind. Der allgemeine wirtschaftliche Fachkräftemangel und der Ärztemangel sind unterschiedliche Facetten des Problems. Problemverschärfend wirkt, dass die Universitäten bzw. die Länder nicht rechtzeitig das Studienplatzangebot vergrößert haben. Dieselben demografischen Strukturen führen gleichzeitig zu einem erhöhten Bedarf an medizinischen Leistungen. Der naheliegende Grund ist, dass eine Gesellschaft mit einer zunehmenden Zahl alter und hochaltriger Menschen einen steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen aufweist.

Zwar werden die meisten Weichenstellungen für die regionale Gesundheitsversorgung auf Bundes- und Länderebene getroffen, doch ist zu erwarten, dass sich in der Konsequenz der zu erwartenden Probleme und Lösungen auch Veränderungen in der regionalen Gesundheitsversorgung ergeben, die einer lokal- oder regionalpolitischen Begleitung bedürfen. Dabei geht es einmal um die Anpassung an veränderte gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und zugleich um die offensive Nutzung von sich bietenden Chancen zur Sicherung der regionalen Gesundheitsversorgung. Gesamtgesellschaftlich kommt es darauf an, trotz beschränktem Fachkräfteangebot und steigendem Bedarf eine insgesamt qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Aus regionaler Perspektive kommt noch die Aufgabe hinzu, im zunehmenden Wettbewerb um knapper werdende medizinische Fachkräfte möglichst gut dazustehen oder zumindest nicht das Nachsehen zu haben.

In der unmittelbaren Wahrnehmung ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge und in der Reaktion auf entstandene oder drohende Versorgungsdefizite befassen sich die Lokalpolitik und befassen sich Kommunalverwaltungen sowie Bürgermeister in zunehmender Zahl mit den beschriebenen Problemen. Dies ist auch im Bergischen RheinLand zu beobachten. In den meisten Fällen zielt das Engagement auf die Nachbesetzung freierwerdender Arztpraxen. Bisweilen entstehen auch darüber hinausreichende Initiativen, wenn zum Beispiel Ärztehäuser oder Gesundheitsszentren geplant und realisiert werden, um jungen Medizinerinnen und Medizinern und deren Praxen verbesserte Rahmenbedingungen für die Berufsausübung zu bieten (z. B. Gesundheitsmanufaktur Engelskirchen).

Die vorliegende Studie nimmt ergänzend zu den lokalen Aktivitäten zunächst eine regionale Perspektive ein. Ausgehend von der Zusammenarbeit unter dem Dach der „REGIONALE 2025“<sup>2</sup> und dem dort verankerten Handlungsfeld „Gesundheit“<sup>3</sup> haben sich der Rheinisch-Bergische Kreis, der Oberbergische Kreis und der Rhein-Sieg-Kreis zu diesem Zweck zusammengeschlossen (Letzterer mit dem Fokus auf das östliche Kreisgebiet). Die Studie beleuchtet die aktuelle Versorgungssituation in der Region, thematisiert aktuelle Versorgungsdefizite und zukünftige Versorgungsrisiken und formuliert daran ansetzend Empfehlungen für eine regionale Politik zur Sicherung der Gesundheitsversorgung.

## 1.2 Methodik und empirische Basis der Studie

Die vorliegende Grundlagenstudie wurde von einer Steuerungsgruppe unter Beteiligung der Sozial- und Gesundheitsdezernenten und einer Projektgruppe unter Beteiligung der Fachverwaltungen (Gesundheitsämter, Kreisentwicklungsplanung) der beteiligten Landkreise sowie der REGIONALE 2025 Agentur begleitet. Koordiniert wurde die Zusammenarbeit von der Projektagentur Oberberg. Darüber hinaus wurden umfangreiche Datenanalysen und Erhebungen durchgeführt. Zu nennen sind insbesondere:

- Beschaffung und Auswertung von Grundlagendaten zur Gesundheitsversorgung bei den statistischen Ämtern und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO)
- Expertengespräche mit den Geschäftsführern/Vertretern der in der Region vorhandenen Kliniken (sechs Gespräche mit insgesamt zehn Akteuren)
- Expertengespräche mit den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern oder benannten Verwaltungsexperten zur Versorgungssituation vor Ort und bisherigem politischem Engagement zur Sicherung der Gesundheitsversorgung (insgesamt 22 Gespräche)
- Hintergrund- und Internetrecherchen zu den Gesundheitsdienstleistern in der Region und zu guten Beispielen der Gesundheitsversorgung bundesweit
- Schriftliche Befragung aller niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte und aller Ärztinnen und Ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (Versand von 804 Fragebögen, resultierender Rücklauf von 269 Fragebögen bzw. 33,5 %)
- Vertiefende Kurzgespräche (15-30 Minuten) mit 30 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Untersuchungsregion.

<sup>2</sup> Siehe: <https://www.regionale2025.de/>

<sup>3</sup> Siehe: <https://www.regionale2025.de/strategie-programmatik/gesundheit/>

Der Bearbeitungszeitraum musste gegenüber den ursprünglichen Planungen erheblich verlängert werden, insbesondere aufgrund der Corona-Pandemie und weil sich die Entscheidungsfindung innerhalb der KV Nordrhein zur Bereitstellung von Daten erheblich verzögert hat. Das Gutachterteam dankt der KVNO insbesondere für die Bereitstellung der Adressdaten für die Ärztebefragung sowie für ergänzende Informationen zur Altersstruktur der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte in der Untersuchungsregion. Die KVNO hat darüber hinaus dankenswerterweise zugesagt, nach Bedarf und in Abstimmung mit den Kommunen der Region im Nachgang zur vorliegenden Studie die räumlichen Versorgungsverflechtungen zu analysieren. Dies war im Rahmen bzw. für die vorliegende Studie nicht möglich.

## 2 Demografie und Gesundheitsversorgung

### 2.1 Der Einfluss der Demografie auf die Behandlungsbedarfe

#### 2.1.1 Räumliche Struktur und Bevölkerungsverteilung

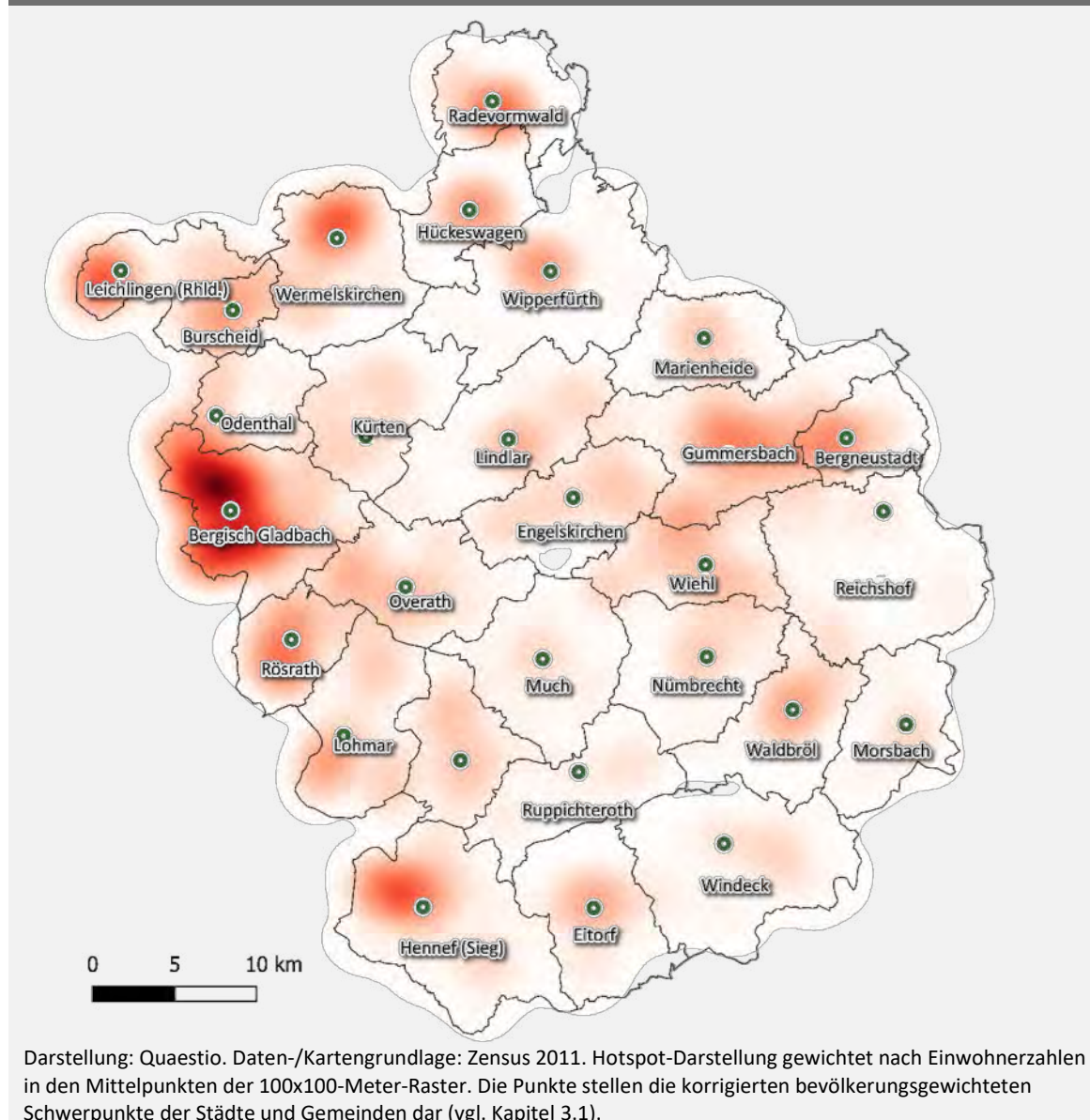
Das Bergische RheinLand setzt sich aus den acht Gemeinden des Rheinisch-Bergischen Kreises, den 13 Gemeinden des Oberbergischen Kreises und sieben östlichen Gemeinden des Rhein-Sieg-Kreises zusammen. Es handelt sich dabei um eine räumliche Abgrenzung, die im Zuge der „REGIONALE 2025“ entstanden ist. Die Abbildung 1 zeigt die Bevölkerungsverteilung im Untersuchungsraum in einem kleinräumigen Maßstab, dargestellt als Hotspots (Bevölkerungsgewichtung auf Basis von 100x100-Meter-Rastern). Diese Darstellungsform soll lediglich einen groben Überblick über die Bevölkerungsverteilung im Untersuchungsgebiet geben. Die kleinräumigen Daten des Zensus sind für die vorliegende Studie insofern von Bedeutung, als sie erlauben, den jeweiligen statistischen Bevölkerungsschwerpunkt der Gemeinden zu berechnen. Diese Schwerpunkte werden insbesondere für die Entwicklung eines räumlichen Versorgungsindex benötigt, der die Erreichbarkeit von medizinischen Angeboten für jede Gemeinde analysiert (siehe Kapitel 3).

Mit einer Einwohnerzahl von etwa 715.000 zum Stichtag 31.12.2021 weist das Untersuchungsgebiet eine Bevölkerungsdichte von rund 350 Einwohnerinnen und Einwohner je km<sup>2</sup> auf. Im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen (526 EW/km<sup>2</sup>) ist das betrachtete Gebiet demnach dünner besiedelt. In Abbildung 1 ist zu erkennen, dass insbesondere die der Rheinschiene zugewandten Gemeinden eine höhere Dichte aufweisen. Sie grenzen direkt an die Großstädte Bonn, Köln und Leverkusen oder befinden sich in unmittelbarer Nähe zu diesen. Auch im Norden des Projektraums ist eine erhöhte Dichte zu erkennen, die mit der geringen Entfernung zum bergischen Städtedreieck erklärt werden kann. Im Osten, wo die Stadt Gummersbach liegt, schließt sich hingegen eine eher ländlich geprägte und dünn besiedelte Struktur an, mit Ausnahme der Stadt Siegen, die von den östlichen Gemeinden aus in etwa 40 bis 60 Minuten PKW-Fahrzeit erreichbar ist. Im Süden grenzt der Projektraum an Rheinland-Pfalz, die nächste Großstadt ist Koblenz mit einer Entfernung von etwa 60 Minuten PKW-Fahrzeit aus den südlichen Gemeinden.

Für die Gesundheitsversorgung ist nicht nur entscheidend, dass eine Bevölkerungskonzentration einen hohen Bedarf für die Gesundheitsversorgung anzeigt. Zugleich tendiert auch die Gesundheitsversorgung auf der Angebotsseite zu räumlichen Konzentrationen. Im Ergebnis führt dies dazu, dass verdichtete städtische Räume in der Regel eine Mitversorgung von gering verdichteten Nachräumen übernehmen. Probleme entstehen in der Konsequenz vor allem in eher peripheren Räumen, bei denen solche Mitversorgungseffekte bisweilen nur unzureichend kleinräumige Angebotsdefizite ausgleichen können. Wie sich zeigen wird, ist dies vor allem im Osten und Südosten des Untersuchungsgebietes der Fall.



Abbildung 1: Bevölkerungsverteilung im Bergischen RheinLand und



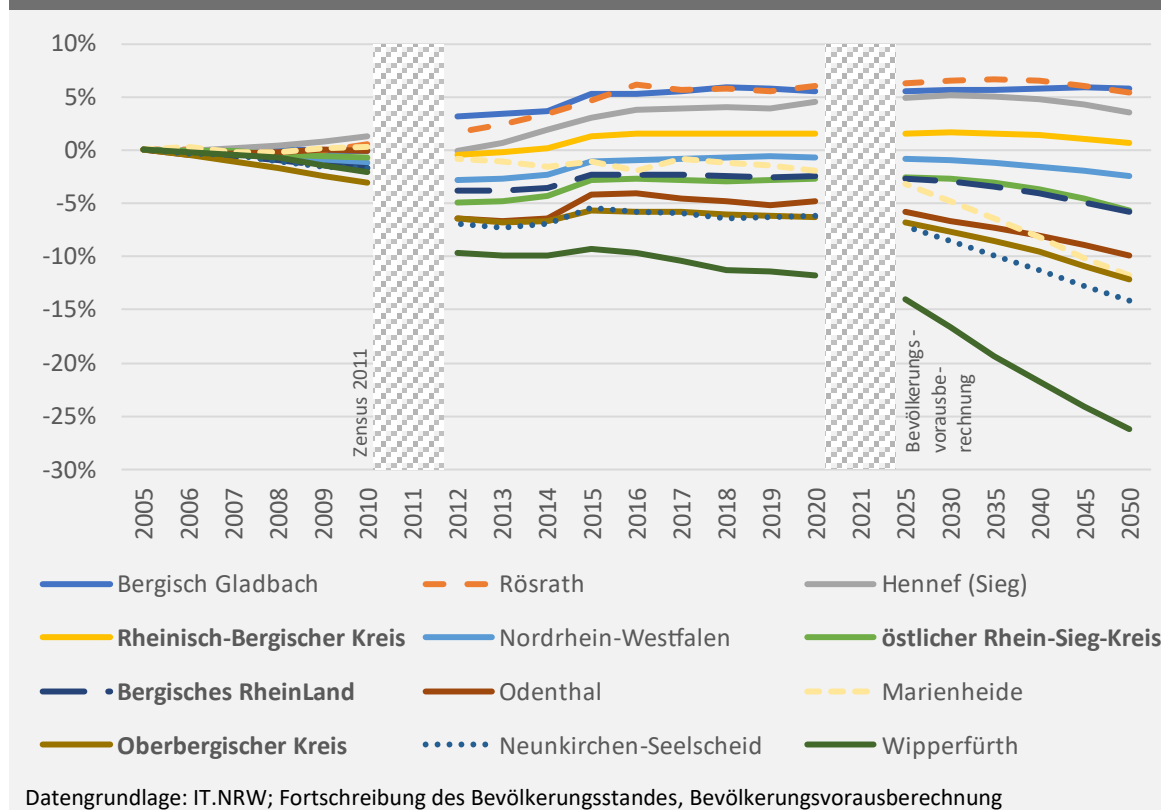
### 2.1.2 Demografische Entwicklung

Die Bevölkerungsentwicklung der Gemeinden im Bergischen RheinLand ist zwischen 2005 und 2020 sehr unterschiedlich verlaufen (siehe Abbildung 2). In dem Zeitraum haben etwa Wipperfürth (-11,8 %) und Neunkirchen-Seelscheid (-6,2 %) einen deutlichen Bevölkerungsrückgang verzeichnet, der sich nach Bevölkerungsvorausberechnung auch weiter verstärken wird: Demzufolge werden die beiden eher peripher gelegenen Kommunen 2050 rund 26 % bzw. 14 % weniger Einwohnerinnen und Einwohner haben als noch 2005. Leichte Zuwächse um bis zu 6 % sind hingegen in Rösrath, Bergisch Gladbach und Hennef zu beobachten, die allesamt an der westlichen Grenze des Untersuchungsraums liegen. In den nächsten 30 Jahren wird hier das Wachstum jedoch moderat bleiben.

Bei der Auswertung der vorliegenden Bevölkerungsprognose (IT.NRW) fällt auf, dass der Rheinisch-Bergische Kreis stagniert (2005-2050: 0,6 %), der östliche Rhein-Sieg-Kreis und insbesondere der Oberbergische Kreis jedoch schrumpfen werden – um 5,6 % bzw. 12,2 %. Damit geht die Einwohnerzahl im Oberbergischen Kreis in den nächsten 30 Jahren um 17.000 zurück. Das Bergische RheinLand (-5,8 %) schrumpft insgesamt stärker als Nordrhein-Westfalen insgesamt (-2,5 %), die Einwohnerzahl wird der Prognose zufolge bis 2050 auf 690.000 zurückgehen (ca. -25.000 EW im Vergleich zu heute). Es werden den Prognosen zufolge zukünftig etwas weniger Menschen zu versorgen sein. Allerdings sind derartige Prognosen mit hohen Unsicherheiten verbunden. Insbesondere die Wanderungsbewegungen sind schwer vorhersehbar. Internationale Krisen haben beispielsweise in den letzten Jahren zu einer hohen Zuwanderung geführt. Dies kann auch für die Zukunft nicht ausgeschlossen werden oder ist sogar als Konsequenz aus den Folgen des Klimawandels wahrscheinlich. Hinzu kommt, dass die Bevölkerungsverteilung innerhalb der Regionen nicht statisch ist. Überteuertes Wohnen in den Kernstädten, neue Mobilitätsmuster und die raumwirksamen Potenziale der Digitalisierung können in dieser Hinsicht zusammenwirken.

Neben den Bevölkerungsprognosen kommt bei der Analyse der medizinischen Versorgung insbesondere der Altersstruktur der Einwohnerinnen und Einwohner eine hohe Bedeutung zu. Mit einem Durchschnittsalter von etwa 44 Jahren gehört Nordrhein-Westfalen zur jüngeren Hälfte der deutschen Bundesländer. Die Altersstruktur der Bevölkerung im Bergischen RheinLand unterscheidet sich leicht vom landesweiten Durchschnitt in NRW (siehe Abbildung 3). Die Verteilung zeigt, dass in der Region leicht überdurchschnittlich viele Minderjährige und ältere Menschen leben und weniger Erwachsene zwischen 18 und 50 Jahren. Bei dem Vergleich einzelner Gemeinden lassen sich einige nennenswerte Differenzen erkennen: So ist beispielsweise der Anteil der Bevölkerung über 50 Jahre in Leichlingen deutlich höher als in Waldbröl (50 % gegen 40 %). Derartige Unterschiede erklären sich zumeist und größtenteils als Nachhall bisheriger Wanderungsbewegungen. So sind Gemeinden, die vor zwanzig Jahren viel Bauland ausgewiesen haben und damit junge Familien angelockt haben, heute von entsprechenden Alterungstendenzen gekennzeichnet.

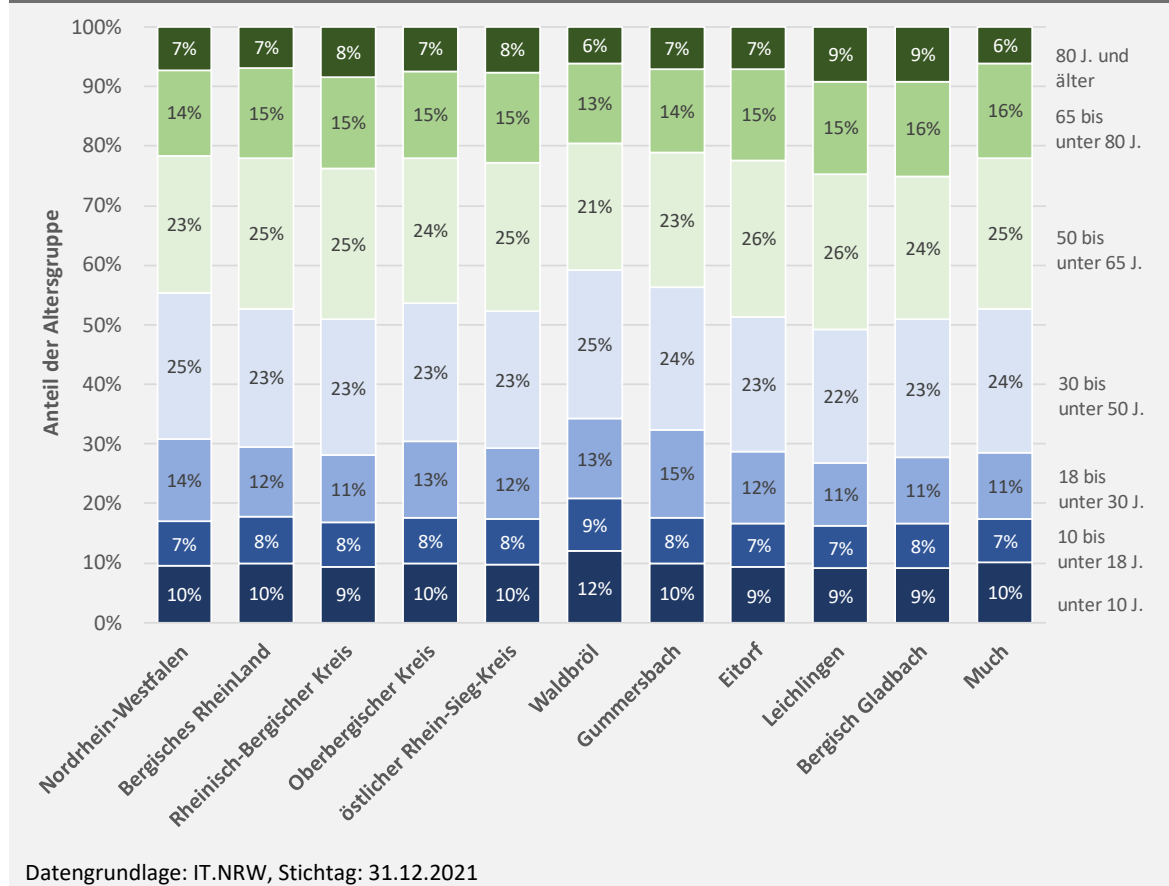
**Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung im Bergischen RheinLand, in ausgewählten Gemeinden sowie im Land Nordrhein-Westfalen**



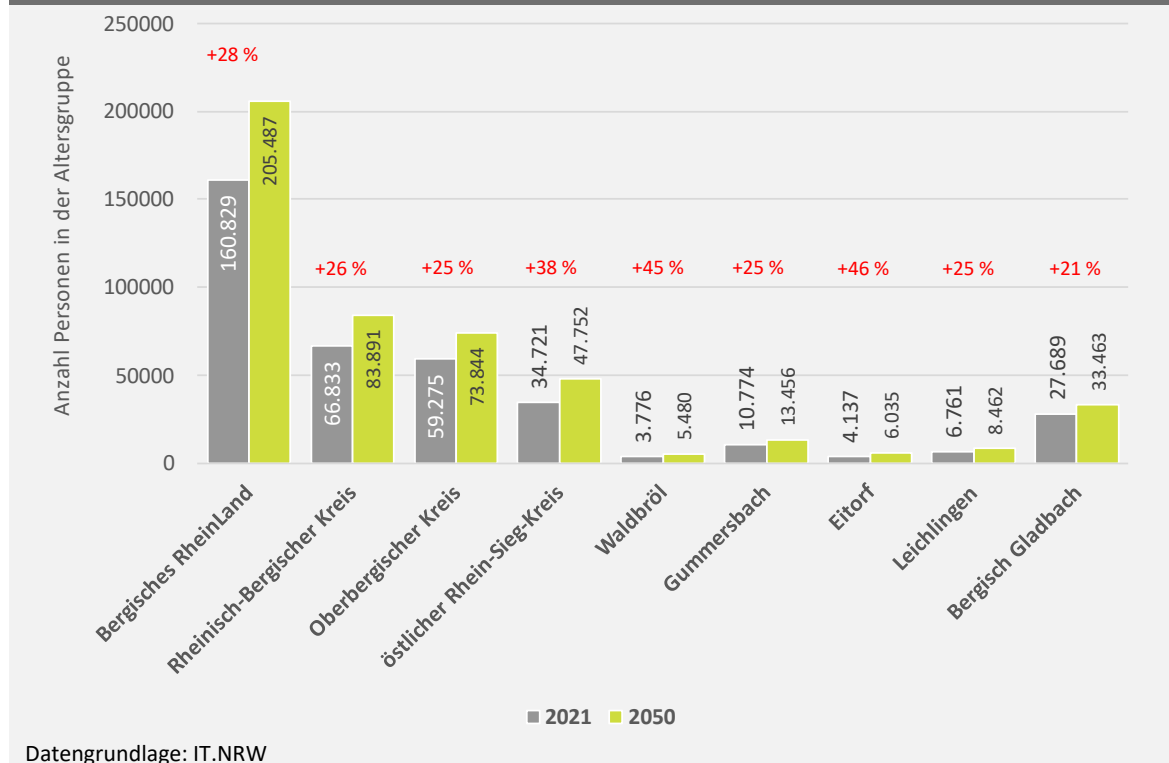
Durch den demografischen Wandel wird die Alterung der Gesellschaft auch das Bergische RheinLand in Zukunft stark prägen, insbesondere wenn die geburtenstarken Jahrgänge Anfang bzw. Mitte der 1960er-Jahre das Renteneintrittsalter erreichen und der Anteil der Bevölkerung im typischen Erwerbsalter zwischen 18 und 65 Jahren deutlich zurückgeht. Schon in der Einführung zur vorliegenden Studie wurde erwähnt, dass sich dies in zweifacher Hinsicht auf die Gesundheitsversorgung auswirkt. Zum einen als Fachkräftemangel und zum anderen als alterungsbedingter Mehrbedarf von Gesundheitsdienstleistungen.

Im Bergischen RheinLand sinkt der Anteil der Personen im Erwerbsalter laut der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes in NRW von ca. 430.000 im Jahr 2021 auf nur noch 370.000 im Jahr 2050 – ein Rückgang um 14 %. Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren im Bergischen RheinLand, den zugehörigen Kreisen und in ausgewählten Gemeinden bis 2050. Während das bereits „relativ alte“ Leichlingen in dieser Altersgruppe um 25 % zunehmen wird, prognostiziert die Vorausberechnung für Waldbröl und Eitorf in der Kohorte ein Wachstum von rund 45 %. Insgesamt wächst die Bevölkerung ab 65 Jahren im Bergischen RheinLand um 28 %, in den betrachteten Kommunen des östlichen Rhein-Sieg-Kreises sogar um 38 %. In den Kommunalsteckbriefen im Anhang finden sich Kennzahlen der Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes für jede Stadt bzw. Gemeinde.

**Abbildung 3: Anteil von Altersgruppen in ausgewählten Räumen des Untersuchungsgebiets**



**Abbildung 4: Entwicklung der Bevölkerung ab 65 Jahren in ausgewählten Räumen des Untersuchungsgebiets**

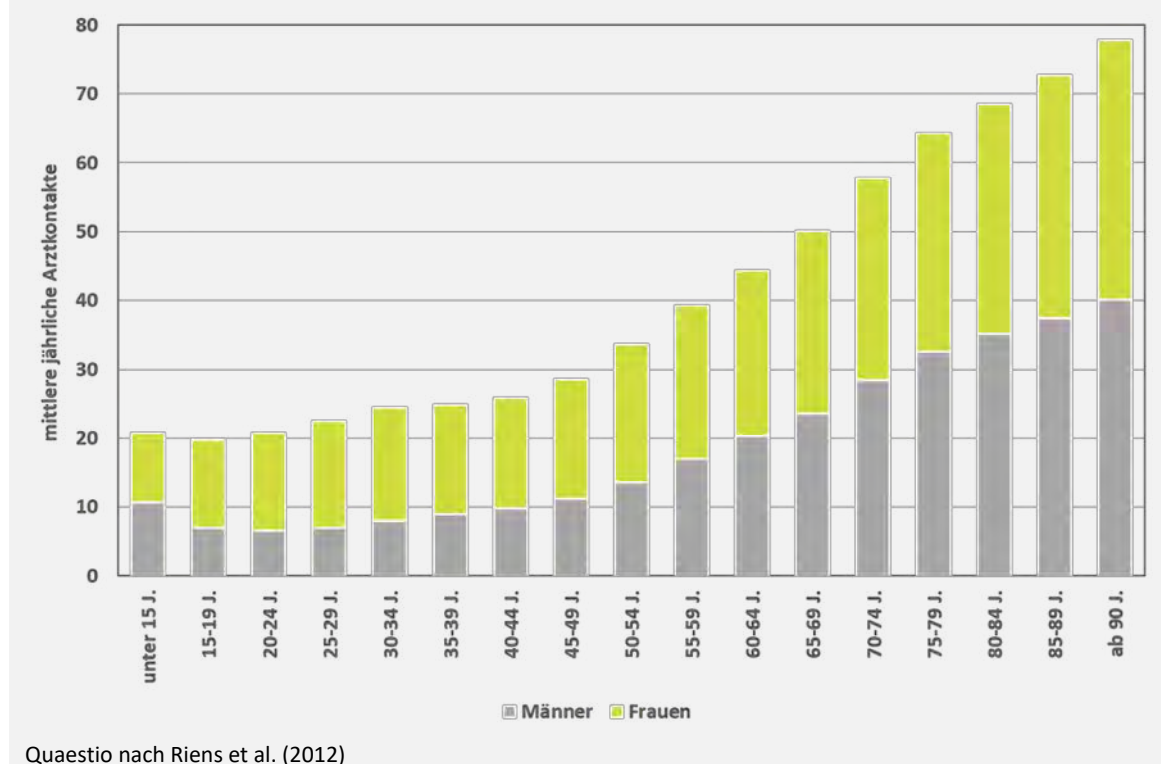


### 2.1.3 Entwicklung des Behandlungsbedarfs

Im Laufe einer Biografie steigt mit dem Lebensalter in der Regel auch der medizinische Versorgungsbedarf. Abbildung 5 zeigt, wie sich dies in der Zahl der mittleren jährlichen Arztkontakte von Männern und Frauen in verschiedenen Altersgruppen widerspiegelt. Die Statistik basiert auf einer Auswertung der Arztkontakte in Deutschland für das Jahr 2007.<sup>4</sup> Neben der Kontaktzahl ist jedoch auch die Intensität der Arztbesuche zu berücksichtigen: Bei hochaltrigen Menschen werden die Fälle fachlich komplexer, da die Krankheitsbilder oftmals von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen gekennzeichnet sind. Der Aufwand und die Dauer der Behandlung nehmen demnach zu. Darüber hinaus erfordern komplexe Krankheitsbilder besondere Qualifikation und eine intensivere Abstimmung zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Gesundheitsdienstleistern.

Mithilfe der altersgruppenspezifischen Arztkontaktzahlen und der Bevölkerungszusammensetzung im Status quo sowie in Vorausberechnungen lassen sich Prognosen berechnen und somit zeitliche Vergleiche ziehen. Abbildung 6 zeigt die Entwicklung der Bevölkerung und der Arztkontakte im Bergischen Rheinland zwischen 2021 und 2050. Dabei gilt die Annahme, dass das Einbestellungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte und die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung durch die Patientinnen und Patienten konstant bleiben.

**Abbildung 5: Mittlere jährliche Arztkontakte in Deutschland im Jahr 2007 nach Altersgruppen der Patienten und Patientinnen**



<sup>4</sup> Riens, B., Erhard, M., Mangiapane, S. (2012): Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 12/02. Berlin 2012.

Das Ergebnis zeigt bis zum Jahr 2050 einen Rückgang der Gesamtbevölkerung um 3,4 % bei gleichzeitig erhöhter Zahl der Arztkontakte (+4,1 %; Ergebnisse auf Ebene der Städte und Gemeinden finden sich in den Kommunalsteckbriefen im Anhang). Dies liegt an der starken Zunahme von älteren Gruppen an der Gesamtbevölkerung, wie Abbildung 4 bereits gezeigt hat. Damit verbindet sich die Herausforderung, in Zukunft trotz verminderter Einwohnerzahl ein – mit der heutigen Situation verglichen – leistungsstärkeres medizinisches Versorgungsangebot vorzuhalten.

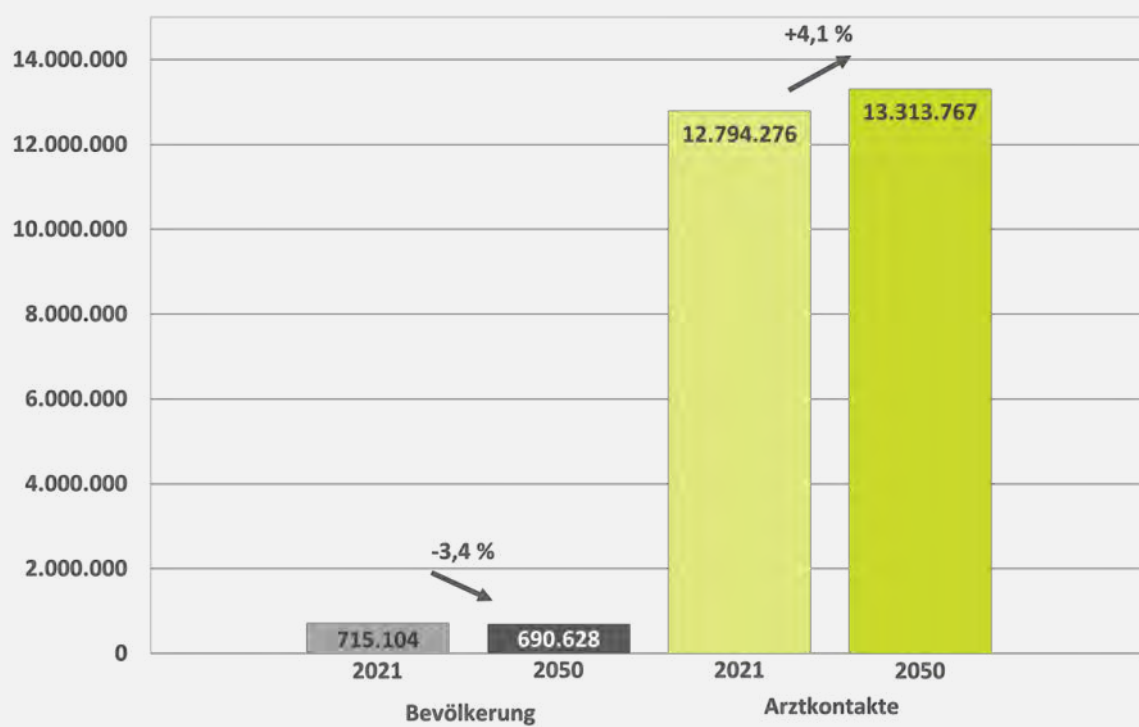
Eine ähnliche Berechnung hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) im August 2023 veröffentlicht.<sup>5</sup> Hering et al. berechnen die zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten für die Jahre 2030 und 2035 auf der Basis von KV-Abrechnungsdaten und der Raumordnungsprognose 2040 des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Dabei unterscheiden die Autoren zwei Rechenwege: Der eine berücksichtigt lediglich die Bevölkerungsprognose, der andere zusätzlich die durchschnittlichen jährlichen prozentualen Veränderungsraten der Inanspruchnahme 2011 bis 2019. Letzterer hat gegenüber der Quaestio-Berechnung nach Riens et al. (2012) den Vorteil, durch Betrachtung der Abrechnungsdaten aktuelle Entwicklungen in der Inanspruchnahme zu berücksichtigen. Im hausärztlichen Bereich verzeichnen die Autoren bis 2035 im Oberbergischen und im Rheinisch-Bergischen Kreis kaum Veränderungen des relativen Beanspruchungsindex (rBIX), im Rhein-Sieg-Kreis hingegen eine Zunahme um 4,5 %. Im fachärztlichen Bereich weisen alle drei Kreise die höchsten Zuwächse bei Kinder- und Jugendpsychiatern auf, gefolgt von Urologen und Fachinternisten. Der stärkste Rückgang wird in allen beteiligten Kreisen bei den Frauenärzten berechnet. Der zugehörige Tabellenband steht unter dem Link in der Fußnote zum Download bereit.

Die Studie stellt eine interessante Ergänzung zu den Quaestio-Berechnungen dar. Allerdings werden die Effekte der Alterung voraussichtlich ab der zweiten Hälfte der 2030er-Jahre noch deutlich spürbarer werden, wenn die Baby-Boomer-Jahrgänge und damit weite Teile der Bevölkerung von Hochaltrigkeit gekennzeichnet sein werden. Insofern klammert die Berechnung des Zi die als eher kritisch einzustufenden Jahre zwischen 2035 und 2050 bislang aus.

Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen steigen oder zumindest eher nicht sinken wird (außer teilweise in Regionen, die von starker Schrumpfung betroffen sind). Insofern muss das Versorgungsangebot im Hinblick auf eine hochaltrige Gesellschaft auf komplexere Fälle vorbereitet sein und diese effizient behandeln. Hinzu kommt, dass die Mobilität älterer Menschen häufig eingeschränkt ist, so dass zusätzliche Mobilitätsangebote benötigt werden, um die ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Einzelpraxen, die auch im Bergischen RheinLand aktuell vorherrschen (vgl. Abbildung 26 auf Seite 91), können diesen zusätzlichen Aufwand kaum leisten – sie geraten zunehmend an ihre wirtschaftlichen Grenzen, wenn solche Zusatzangebote oder Hausbesuche häufiger benötigt werden.

---

<sup>5</sup> Hering, R., Schulz, M., Czihal, T. (2023): Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten - Eine Projektion nach Fachgruppen bis 2035. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/07. Berlin. Abrufbar unter: <https://doi.org/10.20364/VA-23.07> (letzter Aufruf: 05.09.2023).

**Abbildung 6: Entwicklung der Bevölkerung und der Arztkontakte im Bergischen RheinLand**

Quaestio. Datengrundlage: Riens et al. (2012); IT.NRW

## 2.2 Ambulante Versorgung

Tabelle 1 listet die Personenzahl der im Untersuchungsgebiet ansässigen Hausärztinnen und -ärzte und Fachärztinnen und -ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf. Im Folgenden wird der Status quo der haus- und fachärztlichen Versorgung genauer betrachtet, um die Ausgangssituation für die Sicherung und Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung im Bergischen RheinLand darzustellen. Die Analysen beziehen sich im Wesentlichen auf die vertragsärztliche Versorgung. Der Anteil der rein privatärztlichen Versorgung am Gesamtmarkt ist relativ gering, zudem kommen eine eingeschränkte Datenbasis und -vergleichbarkeit hinzu (siehe Exkurs auf Seite 24).

<b>Tabelle 1: Ärztezahlen im Bergischen RheinLand (haus- und allgemeine fachärztliche Versorgung)</b>	
<b>Hausärztinnen und Hausärzte</b>	<b>434</b>
<b>Fachärztinnen und Fachärzte</b>	<b>370</b>
Augenheilkunde	49
Chirurgie/Orthopädie	85
Dermatologie	19
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	86
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	33
Kinder- und Jugendmedizin	61
Neurologie	20
Urologie	17

Datengrundlage: KVNO, Stand Dezember 2022

Die Ärztezahlen basieren auf einer Datenbereitstellung der KV Nordrhein (Daten zu Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden nicht bereitgestellt). Die Zuordnung der Ärztinnen und Ärzte zu den Arztgruppen erfolgte seitens der KV auf Basis der lebenslangen Arztnummern und des darin enthaltenen Fachgruppenschlüssels. Eine Zuordnung der Schlüssel zu den Fachgruppen findet sich im Anhang ab Seite 131.

### 2.2.1 Hausärztliche Versorgung

#### Planungsbereiche der hausärztlichen Bedarfsplanung

Um den Status quo der hausärztlichen Versorgungssituation zu betrachten, können zunächst die Versorgungsgrade in den Planungsbereichen herangezogen werden, die durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung beurteilt und beplant werden. Als räumlicher Bezug für die Bedarfsplanung der Hausärztinnen und Hausärzte dienen die sog. Mittelbereiche, eine vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung entwickelte Raumabgrenzung. Diese orientieren sich an den Entfernungen, Lagebeziehungen, Verkehrsanbindungen und traditionellen Bindungen zwischen Gemeinden. Von den Mittelbereichen kann in begründeten Fällen abgewichen werden. So heißt es in § 11 Absatz 3 der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):



„Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile, Ortsbereiche) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden.“<sup>6</sup>

Die Versorgungssituation wird innerhalb der Planungsbereiche über das Ärztinnen- und Ärzte- zu Patientinnen und Patienten-Verhältnis beurteilt, nach dem auf 1.609 Einwohnerinnen und Einwohner eine Hausärztin oder ein Hausarzt kommen soll. Diese Allgemeine Verhältniszahl wird jedoch mithilfe des Morbiditätsfaktors regional angepasst, indem die Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur im Planungsraum berücksichtigt wird. Bei den für das Bergische Rheinland relevanten Mittelbereichen werden unterschiedliche Morbiditätsstrukturen festgestellt, so dass die regionale Verhältniszahl jeweils um einen bestimmten Prozentsatz angepasst wird. Ist der Morbiditätsfaktor negativ, reduziert sich die Zahl der planmäßigen Einwohnerinnen und Einwohner je Ärztin und Arzt, sodass hier mehr Niederlassungen möglich sind als in Gebieten mit einem Morbiditätsfaktor  $\geq 0$ . Die Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten wird durch den Versorgungsgrad angegeben, der die Abweichung von der Zielgröße angibt: Ein Versorgungsgrad von 100 % entspricht dabei der Vollversorgung. Ab 110 % wird von einer Überversorgung gesprochen und der Planungsbereich für die Niederlassung neuer Ärztinnen und Ärzte gesperrt. Bei einer Versorgung zwischen 75 % und 100 % droht eine Unterversorgung, sodass die Situation von der KV beobachtet und geprüft werden muss. Fällt der Wert auf unter 75 %, bedeutet dies eine Unterversorgung; ab diesem Punkt ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung zu ergreifen. Tabelle 2 verdeutlicht die Berechnungsmethodik anhand der 13 Mittelbereiche im Untersuchungsgebiet.

Der Versorgungsstand zum 30.03.2023 zeigt auf, dass etwa die Hälfte der Mittelbereiche die Vollversorgung (fast) erreicht bzw. übersteigt. Die Mittelbereiche Leichlingen und Wermelskirchen unterschreiten einen Versorgungsgrad von 90 % knapp, Waldbröl liegt mit knapp 80 % deutlich darunter. Kein Mittelbereich kommt jedoch in die Nähe der Unterversorgung, die – wie bereits erläutert – bei Werten unter 75 % vorliegt. Die Versorgungsgrade zeigen, inwiefern die tatsächliche Verhältniszahl von der regionalisierten abweicht: In Waldbröl kommen, statt der vorgesehenen 1.753 Personen rund 2.189 Einwohnerinnen und Einwohner auf eine Hausärztin oder einen Hausarzt.

Im Normalfall liegt die gesetzlich vorgesehene Sperrgrenze bei einem Versorgungsgrad von 110 %. Die KV Nordrhein hat 2019 eine Absenkung dieser Grenze nach § 67 Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) vorgenommen. Dadurch können einzelne Planungsbereiche bereits gesperrt werden, wenn diese zwischen 100 % und 110 % liegen, um zunächst andere Bereiche mit niedrigeren Versorgungsgraden verbessern zu können. Diese Anwendung ist jedoch auf drei Jahre befristet und wurde mit dem Bedarfsplan 2022 wieder entfernt. Insofern gibt es in allen Mittelbereichen derzeit Niederlassungsmöglichkeiten. Die Zahl der freien Sitze variiert dabei zwischen 1 (MB Radevormwald) und 15,5 (MB Gummersbach). Eine Steuerungsfunktion nimmt die Bedarfsplanung damit zwar weniger ein, da sie nur restriktiv wirken kann, trotzdem kann die Sperrung von Mittelbereichen, die bereits relativ gut versorgt sind, ein sinnvolles Instrument sein.

<sup>6</sup> Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die KV Hessen verwiesen, die in ihrem Bedarfsplan sieben Abweichungen der Bundesrichtlinie durch Neuordnung der Mittelbereiche nennt (siehe Bedarfsplan 2022, S. 62f., abrufbar unter: [https://www.kvhessen.de/fileadmin/user\\_upload/kvhessen/Berufseinsteiger/Niederlassung/Bedarfsplan\\_2022.pdf](https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Berufseinsteiger/Niederlassung/Bedarfsplan_2022.pdf), letzter Aufruf: 30.05.2023)

<b>Tabelle 2: Berechnung der Versorgungsgrade</b>					
<b>Mittelbereich</b>	<b>Einwohnerzahl</b>	<b>Morbiditätsfaktor</b>	<b>Regionalisierte Verhältniszahl</b>	<b>Gesamtzahl Ärztinnen und Ärzte</b>	<b>Versorgungsgrad</b>
Bergisch Gladbach/Overath	175.622	-2,3 %	1.571	109,8	98,2 %
Eitorf	38.345	-0,9 %	1.592	22,3	92,4 %
Engelskirchen	41.257	+4,1 %	1.674	24,5	99,4 %
Gummersbach	128.306	+6,1 %	1.705	67,8	90,0 %
Hennef (Sieg)	58.743	+2,6 %	1.649	35,0	98,2 %
Köln	1.113.803	+8,6 %	1.744	695,8	109,0 %
Leichlingen (Rhld.)	28.092	-4,9 %	1.528	16,5	89,8 %
Leverkusen	184.450	0,0 %	1.608	119,5	104,2 %
Radevormwald	22.202	-7,0 %	1.495	15,5	104,4 %
Siegburg/Lohmar	107.717	+4,1 %	1.672	64,3	99,8 %
Waldbröl	47.718	+9,1 %	1.753	21,8	79,9 %
Wermelskirchen	34.806	-3,6 %	1.550	19,5	86,8 %
Wipperfürth	35.956	-2,4 %	1.569	21,7	94,5 %

Datengrundlage: KVNO; Morbiditätsfaktoren: KBV (<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17014.php>).  
Stand: 30.03.2023

**Abbildung 7: Zuordnung der Städte und Gemeinden des Bergischen RheinLands zu den Mittelbereichen (Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgung)**



### 2.2.2 Allgemeine fachärztliche Versorgung

Im Gegensatz zur hausärztlichen Struktur ist die allgemeine fachärztliche Versorgung zentralisierter. Zu dieser Gruppe zählen Ärztinnen und Ärzte aus den Bereichen Augenheilkunde, Chirurgie und Orthopädie, Gynäkologie, Dermatologie, HNO-Heilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde und Urologie sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Hier gelten in der Regel Kreise bzw. kreisfreie Städte als räumlicher Planungsmaßstab (Abweichungen sind auch hier möglich). Der Planungsbereich des Bergischen RheinLands setzt sich demnach aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis, dem Oberbergischen Kreis und dem Rhein-Sieg-Kreis zusammen, wobei letzterer – abweichend vom Untersuchungsgebiet des vorliegenden Gutachtens, zu dem lediglich sieben östliche Gemeinden des Kreises gehören – komplett betrachtet wird. In der Tabelle 3 sind die Versorgungsgrade der allgemeinen Facharzttrichtungen für die drei Planungsbereiche aufgeführt. Die Auflistung zeigt, dass die Planungsbereiche in keiner der neun allgemeinen fachärztlichen Richtungen eine Unterversorgung aufweisen – mit Ausnahme der hautärztlichen Versorgung im Oberbergischen Kreis (89,6 %).

Einige medizinische Bereiche sind mit über 140 % sogar deutlich überversorgt, so dass der Zulassungsausschuss der KV angehalten ist, einer Nachbesetzung von betroffenen Praxen nicht stattzugeben. Ausnahmen gelten für den Fall, dass die Praxis aus Versorgungsgründen notwendig ist oder sog. Privilegierungstatbestände zum Tragen kommen, d. h., wenn ein Verwandter oder ein Praxispartner der Ärztin oder des Arztes den Kassensitz übernimmt. Gibt die KV einer Nachbesetzung der Praxis nicht statt, muss sie die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt für seinen Sitz entschädigen.

Insbesondere Chirurgen/Orthopäden sowie teilweise Frauenärztinnen und -ärzte und Psychotherapeuten sind nach Bedarfsplanung der KVNO im Bergischen RheinLand deutlich überrepräsentiert. Für diese Fachrichtungen gilt teilweise die zuvor erläuterte „Soll-Regelung“ bezüglich des Aufkaufs von Kassensitzen. Bei Versorgungsgraden zwischen 110 % und 140 %, die bei der Mehrheit der Arztgruppen im Untersuchungsgebiet vorliegen, tritt gleichzeitig mit der Sperrung eine „Kann-Regelung“ in Kraft, sodass der Zulassungsausschuss hier bereits die Möglichkeit hat, die Nachbesetzung zu untersagen und die jeweilige Ärztin oder den jeweiligen Arzt entsprechend zu entschädigen.

Bis auf wenige Ausnahmen sind die Planungsbereiche für neue Niederlassungen gesperrt. Im Rhein-Sieg-Kreis ist zum Stand 30.03.2023 je ein halber Sitz in der Augenheilkunde und in der Nervenheilkunde frei, der Oberbergische Kreis ist für eine Niederlassung in der Kinder- und Jugendheilkunde sowie für 1,5 Niederlassungen in der Dermatologie geöffnet. Der Rheinisch-Bergische Kreis ist hingegen in allen Bereichen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gesperrt.

Aus den Versorgungsgraden lassen sich zunächst keine großen Unterschiede ableiten. Aus statistischer Sicht ist die Versorgung – mit Ausnahme der Dermatologie im Oberbergischen Kreis – ausreichend. Das Kapitel 4 wird zeigen, dass die Einschätzungen der Ärzteschaft deutlich von diesem Bild abweichen. Zwischen dem statistischen und dem wahrgenommenen Versorgungsgrad wird eine deutliche Diskrepanz zu erkennen sein.

<b>Tabelle 3: Allgemeine fachärztliche Versorgung in den Planungsbereichen (Kreise)</b>					
<b>Arztgruppen</b>	<b>Allg. Verhältniszahl</b>	<b>Morbiditätsfaktor</b>	<b>Reg. Verhältniszahl</b>	<b>Gesamtzahl Ärzte</b>	<b>Versorgungsgrad</b>
<b>Oberbergischer Kreis</b> (Regionstyp 5 „eigenversorgt“, Einwohner: 275.439)					
Augenheilkunde	19.164	+5,1 %	20.149	16,00	117,1 %
Chirurgie/Orthopädie	14.642	+4,6 %	15.323	24,00	133,5 %
Gynäkologie <sup>1</sup>	6.231	+5,0 %	6.543	30,50	142,3 %
Dermatologie	39.075	+3,8 %	40.563	6,00	88,4 %
HNO-Heilkunde	31.190	+3,5 %	32.289	11,00	129,0 %
Kinder-/Jugendmed. <sup>2</sup>	2.862	±0 %	2.880	17,50	104,9 %
Nervenheilkunde	22.308	+6,8 %	23.828	13,00	112,5 %
Psychotherapie	5.754	+5,4 %	6.066	57,35	126,3 %
Urologie	43.247	+4,8 %	45.302	7,00	115,1 %
<b>Rheinisch-Bergischer Kreis</b> (Regionstyp 2 „mitversorgt und mitversorgend“, Einwohner: 286.433)					
Augenheilkunde	18.760	-4,2 %	17.976	18,00	113,0 %
Chirurgie/Orthopädie	14.017	-1,0 %	13.877	30,00	145,3 %
Gynäkologie <sup>1</sup>	5.795	+4,4 %	6.051	32,00	130,8 %
Dermatologie	34.842	-1,2 %	34.421	9,50	114,2 %
HNO-Heilkunde	26.452	-0,3 %	26.370	12,30	113,2 %
Kinder-/Jugendmed. <sup>2</sup>	2.862	±0 %	2.861	20,0	119,7 %
Nervenheilkunde	20.613	-1,0 %	20.414	16,90	120,5 %
Psychotherapie	5.317	+2,8 %	5.464	82,75	157,8 %
Urologie	41.424	-3,2 %	40.086	8,00	112,0 %
<b>Rhein-Sieg-Kreis</b> (Regionstyp 4 „mitversorgt“, Einwohner: 608.175)					
Augenheilkunde	20.543	+3,0 %	21.155	31,50	109,6 %
Chirurgie/Orthopädie	15.914	+1,1 %	16.095	52,25	138,3 %
Gynäkologie <sup>1</sup>	6.570	+1,2 %	6.646	61,00	130,4 %
Dermatologie	40.912	+1,5 %	41.535	19,00	129,8 %
HNO-Heilkunde	32.469	+1,0 %	32.780	25,00	134,8 %
Kinder-/Jugendmed. <sup>2</sup>	2.862	±0 %	2.845	41,50	111,6 %
Nervenheilkunde	23.562	+2,2 %	24.090	27,65	109,5 %
Psychotherapie	6.078	-0,4 %	6.051	126,70	126,1 %
Urologie	45.432	+4,6 %	47.530	15,00	117,2 %

Datengrundlage: KVNO (Stand: 30.03.2023); Morbiditätsfaktoren: KBV

<sup>1</sup> Verhältniszahlen beziehen sich nur auf weibliche Bevölkerung

<sup>2</sup> Verhältniszahlen beziehen sich nur auf Bevölkerung bis unter 18 Jahre

## Exkurs: Bedeutung der Privaten Krankenversicherung für die ambulante Versorgung

Die vorliegende Studie konzentriert sich im Kern auf die vertragsärztliche Versorgung, da hier eine vergleichsweise gute Datenverfügbarkeit und -vergleichbarkeit gegeben ist und die Möglichkeiten der politischen Einflussnahme vielfältiger sind (etwa im Hinblick auf die Bedarfsplanung, Niederlassungsmöglichkeiten, Vorgaben zu Mindestsprechstunden etc.). Zudem ist der Anteil der Privatversicherten an allen Krankenversicherten gering, in Nordrhein-Westfalen liegt er bei 10,6 %. Zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten sind allerdings Unterschiede zu erkennen: Im Oberbergischen Kreis liegt der Anteil etwas unter dem NRW-Durchschnitt, während der Rheinisch-Bergische Kreis und der Rhein-Sieg-Kreis höhere Werte von rund 15-17 % aufweisen.<sup>7</sup>

Trotzdem muss darauf hingewiesen werden, dass Privatärzte einen Beitrag zur ambulanten Gesundheitsversorgung leisten – dieser ist jedoch aufgrund der dünnen Datenlage kaum zu quantifizieren. Reine Privatpatienten- bzw. Selbstzahlerpraxen machen einen sehr geringen Anteil am Gesamtbestand aus. Von größerer Bedeutung ist der Umstand, dass zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte auch Privatversicherte behandeln. Dies stellt für die Praxen eine wichtige finanzielle Einnahmequelle dar, denn durch Privatversicherte erzielen die Praxen einen Mehrumsatz, der durch die höhere Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei Privatversicherten im Vergleich zu gesetzlich Versicherten (nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab EBM) entsteht. Hinzu kommt die Deckelung der Vergütung bei GKV-Patienten durch das Regelleistungsvolumen (RLV), wohingegen bei Privatpatienten bzw. Selbstzahlern alle Leistungen in vollem Umfang abgerechnet werden können. In NRW sorgen die 10,6 % Privatversicherten somit für durchschnittlich 20,5 % der Einnahmen in Arztpraxen. Je nach Fachgebiet unterscheiden sich die Werte deutlich. Arztpraxen der Allgemeinmedizin nahmen 2015 im bundesweiten Durchschnitt 14,5 % ihrer Umsätze aus Privatabrechnung ein, bei dermatologischen Praxen lag der Wert dreimal höher (45,9 %). Auch in anderen Fachbereichen machen diese Einnahmen mehr als ein Drittel des Umsatzes aus, etwa in der Urologie, Orthopädie, Radiologie, Augenheilkunde und HNO-Heilkunde.<sup>8</sup>

Häufig geht dieser Umstand mit den Bedenken einher, dass sich Ärztinnen und Ärzte bevorzugt an Orten mit hohem Privatversichertenanteil niederlassen und andere Regionen dadurch benachteiligt werden. Sowohl Sundmacher/Ozegowski (2013)<sup>9</sup> als auch Ochmann et al. (2020)<sup>10</sup> zeigen in ihren Studien, dass dieser Effekt statistisch zwar existiert, allerdings nur in einem äußerst geringen Umfang. Zudem argumentieren Schmelzer/Schulze Ehring (2022) im PKV-Regionalatlas mit den Realwerten der regional verbleibenden Mehrumsätze in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Demnach geht ein hoher PKV-Anteil in der Bevölkerung nicht per se mit hohen Mehrumsätzen einher, da auch die Altersstruktur der Versicherten, die Betriebskosten (Personal, Mieten etc.) sowie die Ärztedichte darauf Einfluss nehmen.

In einer bundesweiten Ärztebefragung des Ärztenachrichtendienstes (änd) geben über 50 % der Befragten an, dass sie bereit wären, nach der Rückgabe ihrer Kassenzulassung als Privatarzt weiterzuarbeiten. Besonders viele niedergelassene Ärzte frustriert die Geringschätzung der ärztlichen Arbeit durch die Politik, das „Hineinregieren“ der Politik in die Praxisorganisation und das Ausmaß an Bürokratie (jeweils über 80 % Zustimmung) sowie Regresse/Plausibilitätsprüfungen und eine zu geringe Vergütung (jeweils 59 % Zustimmung). Diese Ergebnisse werden auch in der Analyse der Ärztebefragung im Bergischen Rheinland weitgehend bestätigt (siehe Kapitel 4).

Die Einschätzungen verdeutlichen, dass die Ärzte sich im GKV-System zunehmend in einem Spannungsverhältnis von betriebswirtschaftlichem Unternehmertum und den eigenen Ansprüchen an ihre berufliche Tätigkeit sehen. Dies führt häufig zu Unzufriedenheit, da die Vergütung zu meist nicht für eine zeitintensive und umfassende Behandlung ausreicht. Bei der privatärztlichen Tätigkeit ist dies anders. Insofern ist es dringend erforderlich, die Rahmenbedingungen so zu verbessern, dass die ohnehin knappe Ressource Arzt nicht zusätzlich reduziert wird, indem die Mediziner aus Frust (zu wenig Zeit pro Patienten, zu geringe GKV-Vergütung, zu viel Bürokratie, zu wenig Freiberuflichkeit) zunehmend und frühzeitig ihre Kassenzulassung oder gar ihre ärztliche Tätigkeit aufgeben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die PKV in der ambulanten Versorgung eine bedeutende Rolle einnimmt, der Anteil von rein privatärztlichen Praxen allerdings sehr gering ist. Zudem gibt es insbesondere im vertragsärztlichen Bereich Verbesserungspotenzial. Folglich sollten der Fokus der Studie ebenso wie die kommunalpolitischen Handlungsansätze auf diesem Segment liegen.

### 2.3 Zwischenfazit: Diskrepanzen zwischen gefühlter und gemessener Versorgung

Gemessen an den Kennzahlen der Bedarfsplanung ist die Untersuchungsregion im hausärztlichen Bereich überwiegend gut versorgt und im fachärztlichen Bereich voll- bis sogar überversorgt. Nach Bedarfsplanung könnten sogar in vielen Bereichen Arztsitze abgebaut werden. Dieses in der Bedarfsplanung sichtbare Ergebnis steht zunächst einmal im Widerspruch zu den künftigen Herausforderungen. Denn trotz prognostisch sinkender Einwohnerzahlen sind steigende Versorgungsbedarfe zu erwarten. Selbst eine methodisch exakte Bedarfsplanung hat das Problem, diesen Bedarf erst dann anzuzeigen, wenn er eingetreten ist. Der erforderliche Vorlauf zum Aufbau von Behandlungskapazitäten wird dabei jedoch nicht berücksichtigt. Heute bereits Zulassungen für Ärztinnen und Ärzte zu erhalten, die in Zukunft benötigt werden, ist nicht vorgesehen. Da die KV ihrem gesetzlichen Soll-Auftrag, Überkapazitäten durch Stilllegungen von Arztsitzen abzubauen, in der Regel nicht nachkommt, schlägt dieses Problem bislang noch nicht auf die Versorgungslage durch.

Dass die für den Status quo durch die Bedarfsplanung angezeigte statistische Vollversorgung in einem deutlichen Widerspruch zu der empfundenen Versorgung steht, hat darüberhinausgehende Ursachen. Einerseits mag ein räumlicher Konzentrationsprozess dazu führen, dass sich in einzelnen Orten der unmittelbare Zugang zu Ärztinnen und Ärzten verschlechtert hat. Weitere

<sup>7</sup> Schmelzer, P., Schulze Ehring, F. (2022): PKV-Regionalatlas Nordrhein-Westfalen. Beitrag der Privatversicherten zur medizinischen Versorgung in den Regionen. Abrufbar unter: [https://www.pkv.de/fileadmin/user\\_upload/PKV/3\\_PDFs/Publikationen/Regionalatlas\\_NRW.pdf](https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/Regionalatlas_NRW.pdf) (letzter Aufruf: 10.08.2023).

<sup>8</sup> Wille, E. (2019): Verteilungseffekte einer einheitlichen Gebührenordnung Gutachten im Auftrag der „Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV)“. Abrufbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten\\_Wille\\_-\\_Verteilungseffekte.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Wille_-_Verteilungseffekte.pdf) (letzter Aufruf: 10.08.2023).

<sup>9</sup> Sundmacher, L., Ozegowski, S. (2013): Ziehen Privatpatienten Ärzte an? In: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 12/13, Jg. 16. S. 31-35.

<sup>10</sup> Ochmann, R., Albrecht, M., Schiffhorst, G. (2020): Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte. Abrufbar unter: [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV\\_Studie\\_Geteilter\\_Krankenversicherungsmarkt.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Geteilter_Krankenversicherungsmarkt.pdf) (letzter Aufruf: 10.08.2023).

Wege werden in der Bedarfsplanung nicht thematisiert, da hier die quantitative Versorgung innerhalb eines Planungsraumes im Mittelpunkt steht. Steigende Fahrtzeiten zur Fachärztin oder zum Facharzt innerhalb des Kreisgebietes oder zur Hausärztin oder zum Hausarzt innerhalb des Mittelbereiches führen nicht zu einer Verschlechterung der in der Bedarfsplanung ausgewiesenen Versorgung. Unter Kosten- und Wirtschaftlichkeitsaspekten ist dies zwar sinnvoll, erklärt aber eine mögliche Diskrepanz zwischen gemessener und empfundener Versorgungslage.

Andere Ursachen für eine empfundene Mangelversorgung trotz bedarfsplangerechter Vollversorgung können jedoch darin liegen, dass die Bedarfsplanung in der Fortschreibung ihrer Werte nicht ausreichend den veränderten Versorgungsalltag berücksichtigt. So werden in diversen Facharzt Disziplinen zunehmend Operationen ambulant durchgeführt (z. B. in der Augenheilkunde). Dies entlastet zwar den stationären Sektor, führt aber gleichzeitig dazu, dass die für „konservative“ Tätigkeiten bereitstehenden ambulanten Kapazitäten nicht mehr ausreichen. Eine weitere Ursache sind die oftmals beklagten administrativen Aufgaben, die das Praxispersonal und die Ärztinnen und Ärzte belasten und in der Konsequenz – bei konstantem Arbeitszeitvolumen – zu einer Minderung von Sprech- und Behandlungszeiten führen. Laut Zulassungsverordnung für Vertragsärztinnen und -ärzte ist nur ein Minimum festgelegt, das für einen vollen Sitz bei 25 Wochenstunden liegt. Schließlich kann man auch davon ausgehen, dass ein anderes Verständnis von Partnerschaft und Familie sowie der Bedeutungsgewinn von außerberuflichen Interessen die Bereitschaft einschränkt, in einem Vollzeitjob fünfzig oder mehr Wochenstunden zu arbeiten. Allein die zunehmende Bedeutung des Angestelltenstatus führt in diese Richtung (vgl. Exkurs auf Seite 50 f.). In der Konsequenz kommt es auch deswegen zu verminderten Behandlungskapazitäten und in der Summe der geschilderten Effekte zu dem Umstand, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch behandelnde Ärztinnen und Ärzte den Versorgungsalltag anders erleben, als dies in der Bedarfsplanung zum Ausdruck kommt. Dies zeigt sich in der vorliegenden Studie z. B. in den Ergebnissen der Ärztebefragung (siehe Kapitel 4.2 und 4.3).



## 3 Versorgungsindex und Teilraumstruktur

### 3.1 Methodik zur Abbildung der teilträumlichen Versorgungsunterschiede

Um die medizinische Versorgungssituation kleinräumig darstellen und vergleichen zu können, wurde auf Städte- bzw. Gemeindeebene ein Versorgungsindex entwickelt. Dieser soll eine Bewertung des Zugangs zu medizinischer Versorgung ermöglichen, um schwächer versorgte Regionen identifizieren und Handlungsbedarfe erkennen zu können. Die Kennziffer bildet Umfang und Breite der medizinischen Leistungen ab, die in einer bestimmten Zeit erreicht werden können.

Grundlage für die Berechnung sind die sogenannten korrigierten bevölkerungsgewichteten Schwerpunkte (KobS) der Gemeinden. Dafür wurden die ermittelten Bevölkerungsschwerpunkte auf den Mittelpunkt der jeweils nächsten 1-ha-Zelle mit mind. 60 Einwohnerinnen und Einwohnern verschoben. So wird gewährleistet, dass der errechnete Punkt nicht beispielsweise in einem Gewässer oder Wald liegt, was zu einem kleineren Einzugsbereich führen und die Routinganalyse somit verzerren würde. Zudem wurde geprüft, dass keiner der so errechneten Punkte auf einer Autobahn oder Bundesstraße liegt, da dies die Analyse ebenfalls verzerren würde (größerer Einzugsbereich). Diese Vorgehensweise orientiert sich an Völker et al. (2021)<sup>11</sup> und berücksichtigt dabei die Charakteristika des Untersuchungsgebietes, etwa einen höheren Siedlungsdichtewert.

Die generierten KobS dienen als Routing-Startpunkt bei der Erreichbarkeitsanalyse mithilfe des QGIS-Plug-In „openrouteservice“<sup>12</sup>. Dabei werden die Einzugsbereiche nach PKW-Fahrzeit in Fünf-Minuten-Schritten berechnet (5 bis 30 Minuten), sodass im Ergebnis sog. Isochrone entstehen. In dem Index werden Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser und Rettungswachen in verschiedenen Gewichtungen berücksichtigt (siehe Tabelle 4). Da es hierfür keine wissenschaftlichen Grundlagen gibt, wurde die Gewichtung von Quaestio entwickelt. Der Grundgedanke ist, dass etwa Hausärzte als erste Ansprechpartner im ambulanten Sektor möglichst wohnortnah verfügbar sein sollten, während bei Fachärzten mit zunehmender Spezialisierung auch etwas längere Wegzeiten vertretbar sind. Aufgrund der vergleichsweise niedrigen Anzahl von Krankenhäusern und Rettungsdiensten in den Erreichbarkeits-Isochronen haben diese eine stärkere Gewichtung erhalten, um auch einen relevanten Anteil am Gesamtindex zu erhalten. Insgesamt steht jedoch die ambulante (insbesondere hausärztliche) Versorgung im Mittelpunkt der Methodik. Dies soll sich durch die Gewichtungen im Index widerspiegeln.

<sup>11</sup> Völker et al. (2021): Methodik zur Berechnung von korrigierten bevölkerungsgewichteten Schwerpunkten (KobS) für kleinräumige Routinganalysen im Gesundheitswesen am Beispiel von Postleitzahlgebieten. Zi Versorgungsatlas-Bericht Nr. 21/02, Berlin.

<sup>12</sup> Offenes Angebot des Heidelberg Institute for Geoinformation Technology (HeiGIT) der Universität Heidelberg.

Dabei werden auch die erreichbaren Angebote der Nachbarkreise und -städte berücksichtigt, da diese zur Versorgung des Bergischen Rheinlands beitragen (beispielsweise die Großstädte entlang der Rheinschiene). Im Folgenden werden zunächst die einzelnen Indizes näher betrachtet, bevor ein Gesamtversorgungsindex gebildet wird, aus dem sich schließlich eine Teilraumstruktur des Untersuchungsgebietes für die weiteren Analysen im Rahmen dieses Gutachtens ableiten lässt.

Als Ergebnis der beschriebenen Methode zeigt der Index die Versorgungsdichte an. Ein hoher Index verweist darauf, dass die Bevölkerung einer Gemeinde mit geringen Fahrzeiten eine relativ große Zahl von Angeboten der Gesundheitsversorgung erreichen kann. Ein geringer Indexwert verweist auf das Gegenteil: Wenige Angebote sind vom Wohnstandort aus in geringer Fahrtzeit erreichbar.

<b>Tabelle 4: Gewichtung der Teilindizes nach Art der Versorgung und Fahrzeit</b>				
<b>Fahrzeit</b>	<b>Hausärztin oder Hausarzt</b>	<b>Fachärztin oder Facharzt</b>	<b>Krankenhaus</b>	<b>Rettungsdienst</b>
bis 5 Min.	1,0	0,6	5,0	5,0
bis 10 Min.	0,8	0,5	4,0	4,0
bis 15 Min.	0,6	0,4	3,0	2,0
bis 20 Min.	0,3	0,3	1,0	0,0
bis 25 Min.	0,1	0,2	0,5	0,0
bis 30 Min.	0,0	0,1	0,25	0,0

Entwicklung/Festlegung: Quaestio.

Anmerkung/Lesebeispiel: Wenn von dem Bevölkerungsschwerpunkt einer Gemeinde aus fünf Hausärztinnen oder -ärzte jeweils in fünf Minuten erreichbar sind, erhält die Gemeinde in der Indexberechnung fünf Punkte. Wenn weiterhin ein Krankenhaus innerhalb von 20 Minuten erreichbar ist, wird ein weiterer Versorgungspunkt hinzugerechnet. Der Indexwert einer Gemeinde ergibt sich aus der Analyse und Addition aller aufgeführten Versorgungsangebote in den genannten Erreichbarkeitszonen.

### 3.2 Teilindizes und Gesamtversorgungsindex

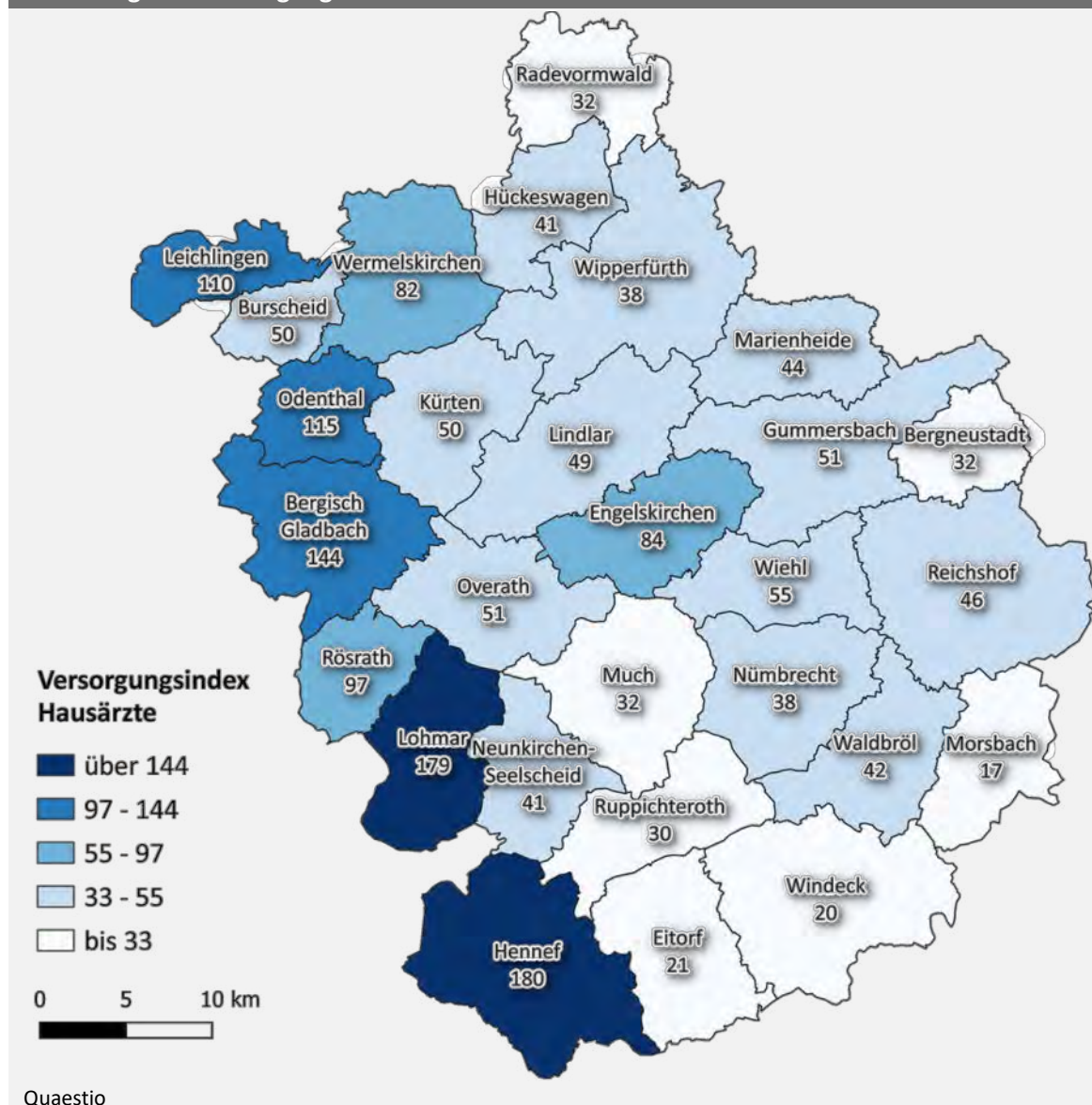
Im Bereich der hausärztlichen Versorgung liegen die Städte Hennef und Lohmar an der Spitze, mit etwas Abstand folgen Bergisch Gladbach, Odenthal, Leichlingen und Rösrath. Auch Engelskirchen und Wermelskirchen liegen im oberen Bereich. Dies lässt sich einerseits mit einer recht hohen Zahl an hausärztlichen Praxen innerhalb der Kommunen und andererseits mit der Nähe zu Oberzentren wie Bonn, Köln, Leverkusen oder das bergische Städtedreieck erklären. Je nach Fahrzeit entstehen große Einzugsbereiche, die im dicht besiedelten Nordrhein-Westfalen – und insbesondere im Westen und Norden des Bergischen Rheinlands – mit einer hohen Zahl erreichbarer Praxen einhergehen.

Schlusslichter in der quantitativen Betrachtung der hausärztlichen Versorgung sind Morsbach, Windeck und Eitorf, aber auch Ruppichteröth, Much, Bergneustadt und Radevormwald pendeln sich im 30-Punkte-Bereich ein. Die übrigen Städte und Gemeinden liegen entsprechend im mittleren Teil der Skala. Die Abbildung 8 stellt die räumlichen Unterschiede in der hausärztlichen Dichte heraus.

Im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ergibt sich ein ähnliches Bild, auch hier liegt Lohmar an der Spitze. Es folgen Hennef, Rösrath und Bergisch Gladbach. Zudem überschreiten Leichlingen, Wermelskirchen, Odenthal, Engelskirchen und Burscheid die Marke von 100 Punkten. Am unteren Ende stehen mit recht deutlichem Abstand Morsbach und Windeck, aber auch Eitorf, Wipperfürth und Waldbröl weisen mit unter 30 Punkten eine vergleichsweise niedrige fachärztliche Versorgungsdichte auf.

Neben der Erreichbarkeit von haus- und fachärztlichen Praxen im ambulanten Bereich wurden auch die stationären Angebote (Akutkliniken) und die Rettungswachen (alle Standorte) im Untersuchungsgebiet berücksichtigt. Die Zahl der erreichbaren Standorte in diesen beiden Bereichen ist deutlich geringer als in der ambulanten medizinischen Versorgung, sodass die Anteile am (additiven) Gesamtindex entsprechend niedrig sind. Da die ambulante Versorgung im Mittelpunkt der Studie steht, ist dies beabsichtigt. Vergleiche zwischen den sektoralen Teilindizes, also etwa der Krankenhäuser- und der Fachärzte-Punktzahl einer Kommune, sollten demnach allerdings nicht gezogen werden.

Abbildung 8: Versorgungsindex im hausärztlichen Bereich



Die Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse in den einzelnen Sektoren und den Gesamtversorgungsindex auf Ebene der Städte und Gemeinden. Die Gesamtpunktzahl bewegt sich zwischen 38,8 Punkten in Windeck und 448,5 Punkten in Lohmar. Aufgrund des quantitativen und modellhaften Ansatzes kann der Versorgungsindex lediglich einen ersten Überblick über Unterschiede innerhalb des Bergische Rheinlands geben, jedoch nicht herangezogen werden, um Aussagen über die Qualität der medizinischen Versorgung zu treffen. Ziel des Indexes ist es, den großen Untersuchungsraum in mehrere Teilräume zu gliedern, um weitere Analysen auf dieser Ebene durchzuführen (siehe Kapitel 4).

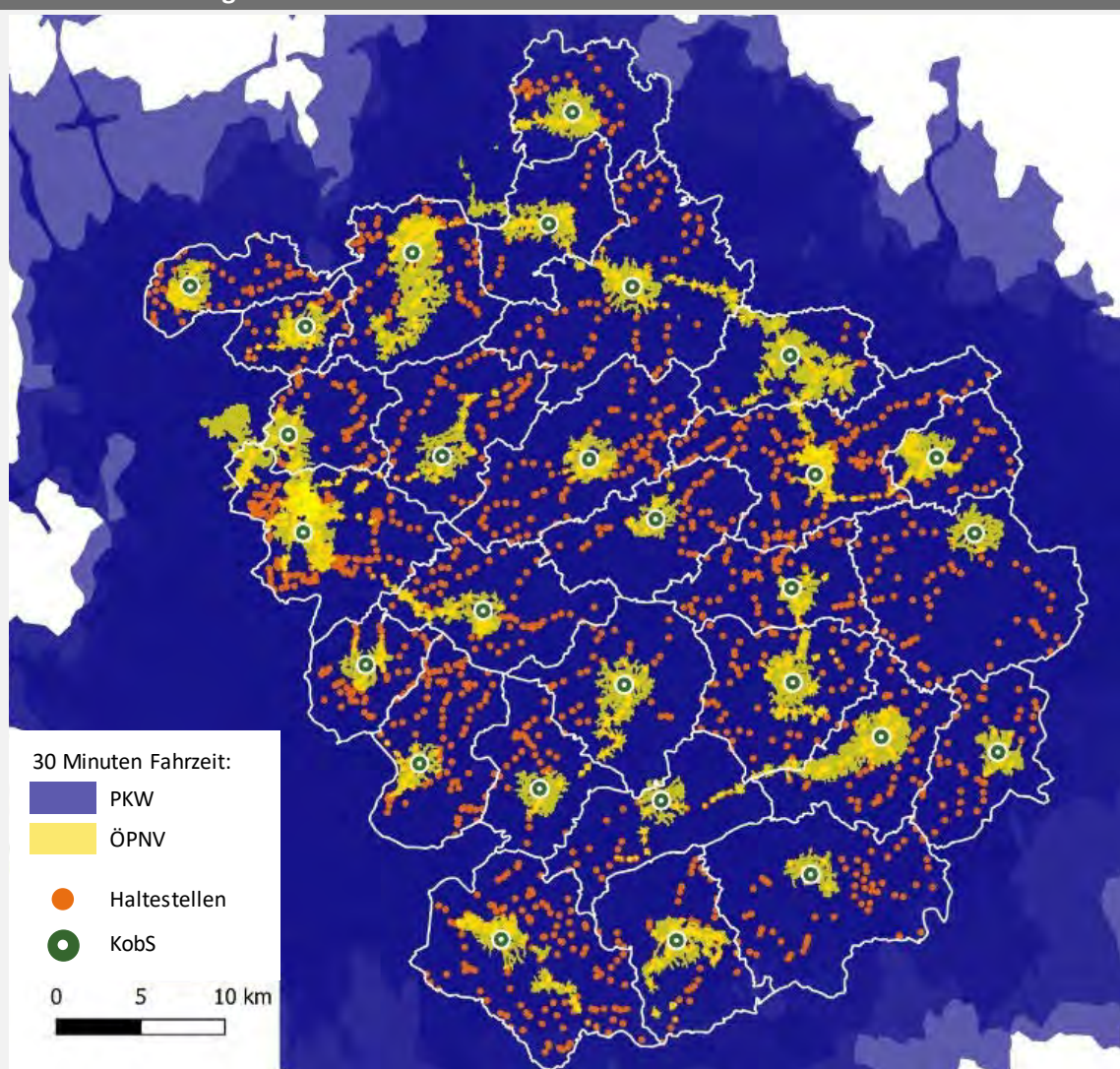
**Tabelle 5: Ergebnisse der Berechnung des Versorgungsindexes**

Stadt/Gemeinde	Hausarzt	Facharzt	Krankenhaus	Rettungsdienst	Gesamt
Lohmar	178,5	240,0	24,0	6,0	448,5
Hennef	180,0	208,5	21,8	17,0	427,3
Bergisch Gladbach	143,7	188,0	25,5	14,0	371,2
Rösrath	97,1	200,5	14,8	4,0	316,4
Odenthal	114,8	140,5	16,5	13,0	284,8
Leichlingen	109,7	149,4	11,3	8,0	278,4
Wermelskirchen	81,5	143,0	16,5	2,0	243,0
Engelskirchen	83,8	108,4	14,0	14,0	220,2
Burscheid	49,8	104,9	6,8	2,0	163,5
Overath	50,5	82,7	5,8	5,0	144,0
Reichshof	46,4	73,5	12,8	8,0	140,7
Wiehl	54,5	62,8	11,5	11,0	139,8
Kürten	49,8	69,2	10,5	4,0	133,5
Gummersbach	51,1	58,0	10,5	13,0	132,6
Lindlar	49,0	57,9	9,5	9,0	125,4
Neunkirchen-Seelscheid	41,1	58,5	4,5	4,0	108,1
Hückeswagen	41,3	43,1	11,0	9,0	104,4
Waldbröl	41,7	29,8	10,3	15,0	96,8
Marienheide	43,7	35,0	9,8	8,0	96,5
Radevormwald	32,3	45,3	9,8	5,0	92,4
Nümbrecht	37,5	33,3	10,0	11,0	91,8
Bergneustadt	32,0	41,2	6,3	7,0	86,5
Wipperfürth	38,1	29,3	7,5	9,0	83,9
Much	31,6	37,8	3,5	5,0	77,9
Ruppichteroth	29,5	40,8	3,5	4,0	77,8
Eitorf	21,4	28,1	6,8	4,0	60,3
Morsbach	17,4	15,2	5,8	6,0	44,4
Windeck	20,1	10,7	2,0	6,0	38,8

Quaestio

Bei Betrachtung der Erreichbarkeiten sollte dringend beachtet werden, dass für ältere und mobilitätseingeschränkte Personen der ÖPNV eine bedeutende Rolle zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und zur Daseinsvorsorge spielt. Ein Vergleich der innerhalb von 30 Minuten erreichbaren Räume zwischen PKW und ÖPNV (ausgehend von den KobS) verdeutlicht, dass die berechneten Versorgungsindexe nicht für Personen gelten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt und auf den ÖPNV oder andere Fahrdienste angewiesen sind, da der Radius deutlich kleiner ist (siehe Abbildung 9). Vor diesem Hintergrund wird der Bedarf eines gut getakteten ÖPNV bzw. anderer Fahrdienste sowie einer bestenfalls wohnortnahen Versorgung noch einmal verdeutlicht.

**Abbildung 9: Vergleich der Erreichbarkeitszonen von 30 Minuten PKW- bzw. ÖPNV-Fahrzeit ausgehend von den KobS**



Darstellung: Quaestio. Datengrundlagen: openrouteservices (PKW-Fahrzeiten); Geoapify (ÖPNV-Fahrzeiten); Verkehrsverbund Rhein-Sieg (Haltestellen).

Bei den ÖPNV-Fahrzeiten handelt es sich um ein Berechnungsmodell auf Basis von GTFS-Daten (Haltestellen, Routen, Fahrzeiten etc.) sowie weiteren Quellen, etwa OpenStreetMap. Sie stellen die Erreichbarkeitszonen innerhalb von 30 Minuten dar, wobei die KobS jeweils Startpunkt sind und davon ausgegangen wird, dass keine Wartezeiten entstehen (etwa zwischen Fußweg und Fahrt).

### 3.3 Indexbasierte Teilraumgliederung

Das Untersuchungsgebiet sollte möglichst in Teilräume mit ähnlichen Herausforderungen gegliedert werden. Mithilfe des Versorgungsindex konnten verschiedene Versorgungsdichten identifiziert werden, sodass eine stufenhafte Kategorisierung der Städte und Gemeinden ermöglicht wird. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sollte diese Kategorisierung auf einige wenige Stufen beschränkt werden. Auf Grundlage der Gesamtpunktzahlen der Kommunen und unter Verwendung des Algorithmus „Natural Breaks“ (nach Jenks und Caspall) wurde eine fünfstufige Klassifikation entwickelt. Der genannte Algorithmus wählt die Klassengrenzen so, dass ähnliche Werte möglichst gut gruppiert und die Unterschiede zwischen den Klassen maximiert werden. Das bedeutet, dass Grenzen an den Stellen gesetzt werden, an denen die Daten relativ große Unterschiede aufweisen.

Die Tabelle 6 zeigt die fünf Stufen, die zugehörigen Klassengrenzen des Versorgungsindexes sowie die Bevölkerungszahlen der jeweils zugeordneten Städte und Gemeinden und deren Anteile an der Gesamtbevölkerung im Bergischen RheinLand. Positiv hervorzuheben ist, dass 44 % der Bevölkerung in Kommunen mit hoher Versorgungsdichte leben. Mit einem Anteil von etwa einem Viertel leben rund 180.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Städten und Gemeinden der Stufe B, d. h. in Bereichen mit mittlerer Versorgungsdichte. Die restliche Bevölkerung des Bergischen RheinLands (ca. 30 %) ist Kommunen der Stufe C zuzuordnen.

Die Abbildung 10 zeigt die Teilraumstruktur des Bergischen RheinLands auf Basis dieser Kategorisierung. Die Gliederung dient zunächst für weitere Analysen. Um bei weiteren Auswertungen eine ausreichend große Stichprobe zu erhalten – etwa für die Analyse der Ärztebefragung – werden die Stufen A und A (+) sowie C und C (-) zusammengefasst. Dadurch entsteht eine Dreiteilung des Untersuchungsgebietes in die Teilräume A, B und C:

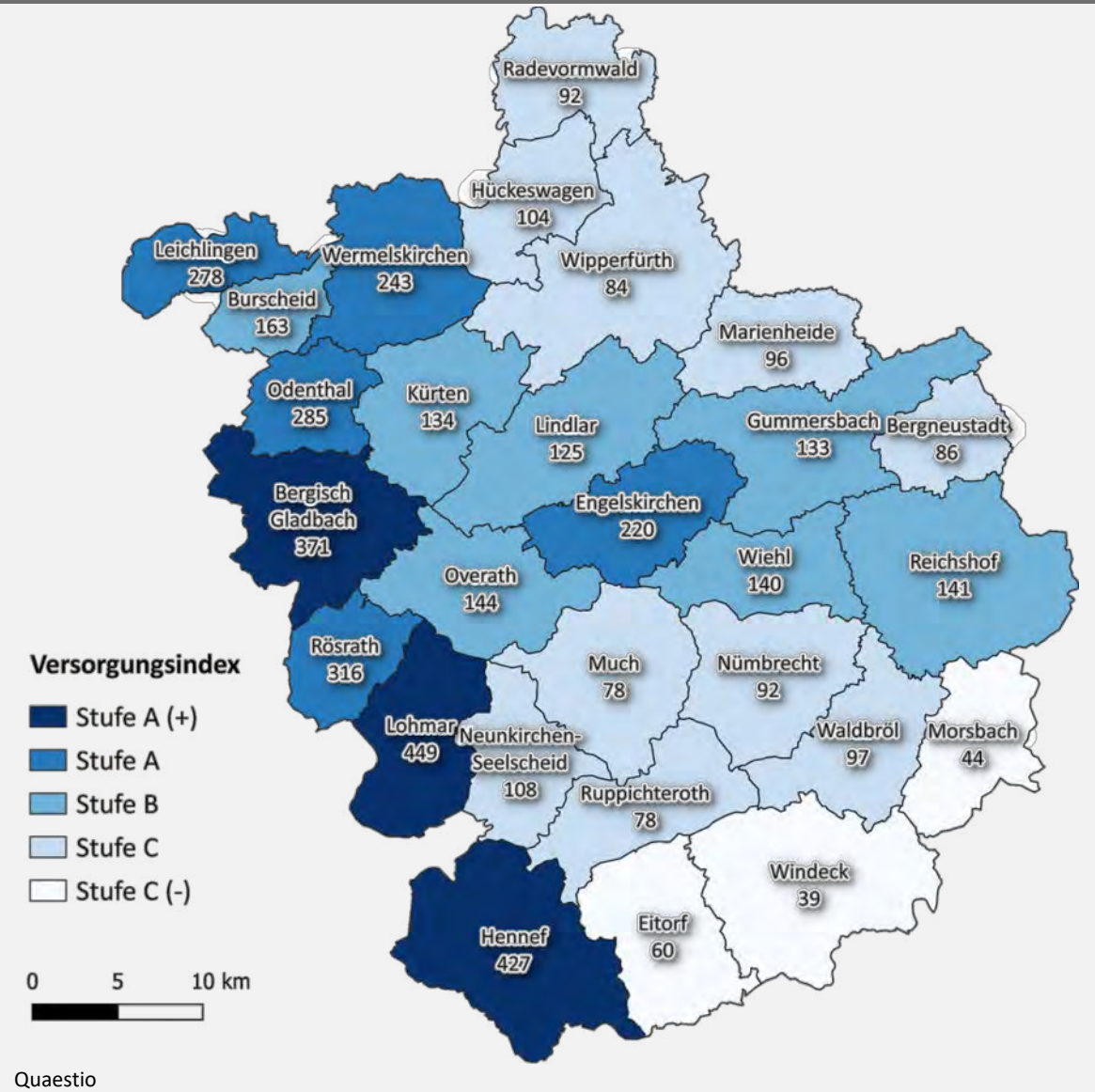
- Die Kommunen des Teilraums A befinden sich mehrheitlich im Westen des Bergischen RheinLands und sind durch die Nähe zu den prosperierenden Großstädten entlang der Rheinschiene eher urban geprägt. Wie Tabelle 6 zeigt, leben in diesem Teilraum 44 % der Gesamtbevölkerung des Untersuchungsgebietes.
- Die Städte und Gemeinden, die dem Teilraum B zugeordnet sind, „schneiden“ eine West-Ost-Achse in das Untersuchungsgebiet. Durch die vergleichsweise gute Anbindung mit dem PKW (A4) und teils auch mit dem ÖPNV (z. B. RB 25 zwischen Köln und Gummersbach) ist die Erreichbarkeit einer Vielzahl von (Gesundheits-)Angeboten gegeben. Hier lebt rund ein Viertel aller Einwohnerinnen und Einwohner.
- Der Teilraum C besteht zu großen Teilen aus eher ländlich geprägten Kommunen im nordöstlichen sowie südöstlichen Bereich des Betrachtungsraums. Hier ist die Anbindung eingeschränkt, zudem grenzen in unmittelbarer Nähe mit dem Ennepe-Ruhr-Kreis und dem Märkischen Kreis im Nordosten sowie dem Kreis Altenkirchen (Rheinland-Pfalz) im Südosten eher ländliche Regionen an den Teilraum an.

**Tabelle 6: Bevölkerungsanteile der Kommunen nach Stufe der Versorgungsdichte**

Stufe	Versorgungsdichte	Klassengrenzen	Bevölkerung	Bevölkerungsanteil
A (+)	sehr hoch	316,35 bis 448,50	189.497	26,5 %
A	eher hoch	163,45 bis unter 316,35	125.416	17,5 %
B	mittel	108,10 bis unter 163,45	181.695	25,4 %
C	eher niedrig	60,25 bis unter 108,10	171.126	23,9 %
C (-)	sehr niedrig	bis unter 60,25	47.708	6,7 %

Berechnung: Quaestio; Datengrundlage Bevölkerungszahlen: IT.NRW (Stichtag: 31.12.2021)

**Abbildung 10: Indexbasierte Teilraumstruktur des Bergischen RheinLands**



## 4 Versorgungssituation und Versorgungsrisiken aus der Perspektive der Gesundheitsakteure

Einen tieferen Einblick in die ambulante Versorgungssituation als die im vorhergehenden Kapitel herangezogenen Werte der Bedarfsplanung vermitteln die Alltagserfahrungen der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte. Deswegen wurden sowohl eine schriftliche Befragung als auch ergänzende Kurzinterviews durchgeführt. Ergänzt werden sie durch die Erfahrungen der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister. Mit 22 von ihnen (bzw. mit benannten Vertretern aus der Verwaltung) konnten ebenfalls Interviews geführt werden, um die kommunale Perspektive berücksichtigen zu können. Die Ergebnisse werden in den Kapiteln 4.2 und 4.3 ausgewertet. Das Kapitel 4.4 beschäftigt sich mit der Perspektive der Krankenhäuser.

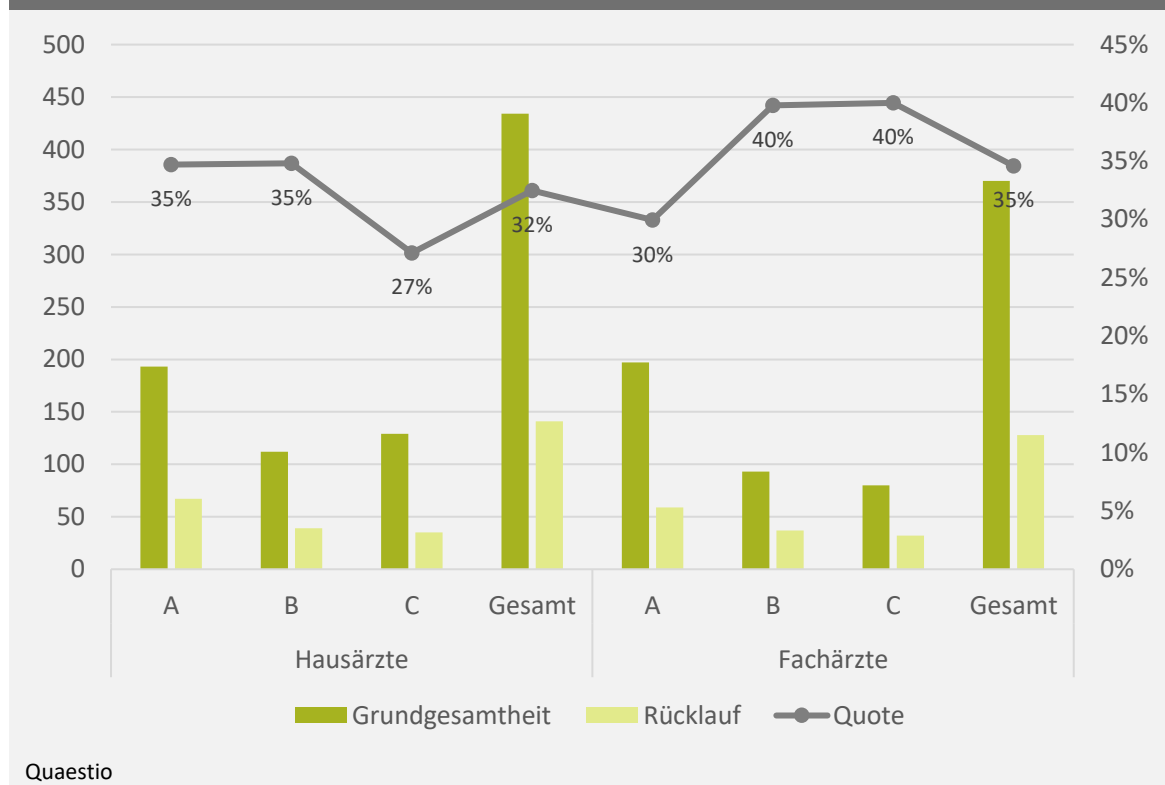
### 4.1 Methodik der Ärztebefragung

Die schriftliche Befragung der haus- und fachärztlich tätigen Medizinerinnen und Mediziner in den 28 Städten und Gemeinden des Bergischen Rheinlands fand von Januar bis März 2023 statt. Die erforderlichen Kontaktdaten hat die KV Nordrhein Ende Dezember 2022 zur Verfügung gestellt. Im Januar erhielten 804 Ärztinnen und Ärzte ein Anschreiben und einen Fragebogen, der im beigefügten Rücksendeumschlag, per Fax oder E-Mail (Scan) zurückgeschickt werden konnte. Darüber hinaus gab es die Möglichkeit, online an der Befragung teilzunehmen (QR-Code und Kurzlink auf dem Anschreiben). Insgesamt konnten 269 Fragebögen ausgewertet werden, was einer Rücklaufquote von einem Drittel entspricht. Im Hinblick auf die Länge des Fragebogens (vier DIN-A4-Seiten) und den für Praxen nicht optimalen Zeitraum der Befragung im Winter ist dieses Ergebnis sehr positiv zu bewerten. Die Abbildung 11 zeigt den Rücklauf der Befragung differenziert nach Teilräumen sowie Haus- und Fachärztinnen und -ärzten.

Zum Ende des Fragebogens wurden die Befragten zu einem persönlichen Telefoninterview eingeladen, bei Interesse konnten sie ihre Kontaktdaten hinterlassen. Insgesamt haben sich zunächst rund 70 Ärztinnen und Ärzte dazu bereit erklärt, wobei aus Kapazitäts- und Kostengründen nicht mit allen Interessierten ein Gespräch hätte durchgeführt werden können. In einzelnen Fällen wurde die Bereitschaft zum Interview beim Anruf wieder zurückgenommen, meist aufgrund von zeitlichen Engpässen. Trotzdem konnten im Ergebnis 30 Interviews geführt werden, was eine solide Basis darstellt, um die Ergebnisse der schriftlichen Ärztebefragung mit persönlichen Eindrücken und detaillierteren Ausführungen abzusichern und anzureichern. 15 Interviews wurden mit Ärztinnen und Ärzten aus Gemeinden des Teilraums A geführt, sieben aus dem Teilraum B und acht Ärztinnen und Ärzte arbeiten im Teilraum C.



**Abbildung 11: Grundgesamtheit und Rücklaufquote der Befragung differenziert nach Teilräumen sowie Haus- und Fachärztinnen und -ärzten**



## 4.2 Unterschiedliche Herausforderungen in der ambulanten medizinischen Versorgung

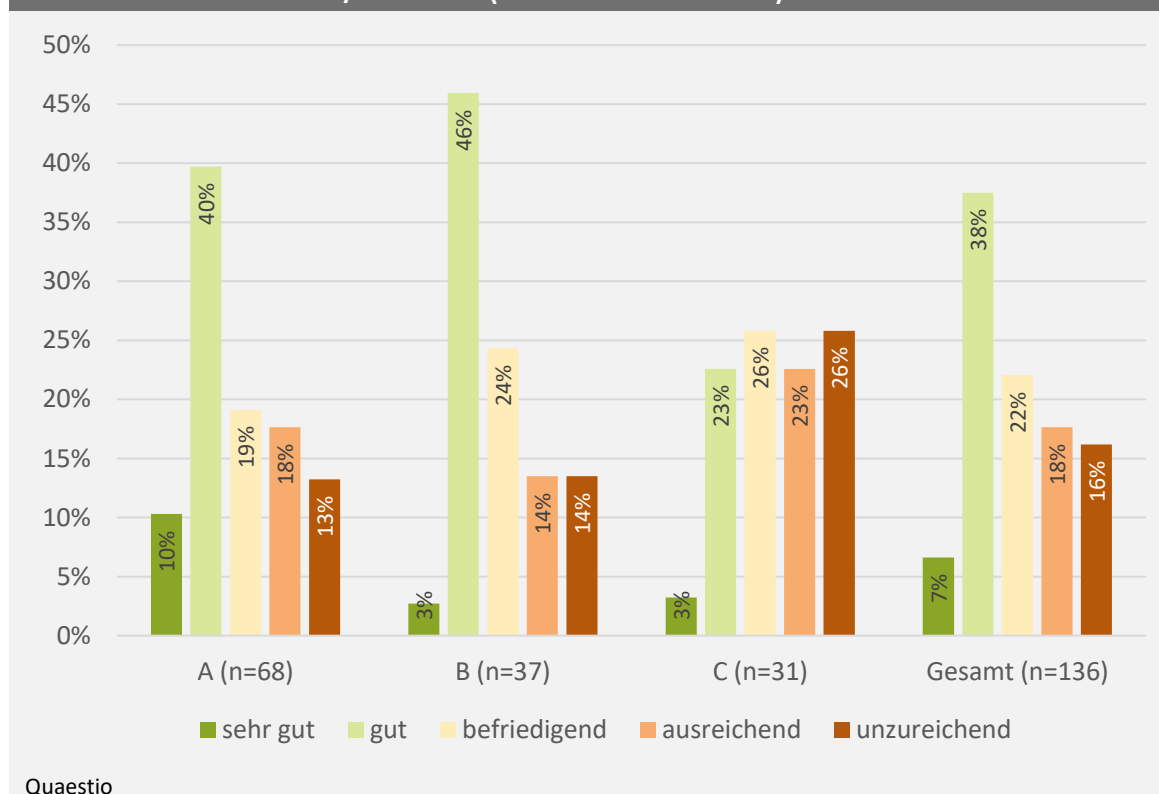
In der vorliegenden Studie wurden bisher insbesondere quantitative Kennzahlen berechnet und ausgewertet, die einen ersten Überblick etwa zum Ärztinnen und Ärzte zu Einwohnerinnen und Einwohner-Verhältnis oder zur Anzahl erreichbarer medizinischer Angebote geben. Werte wie der Versorgungsgrad im hausärztlichen und in den allgemeinen fachärztlichen Bereichen versuchen, die spezifischen Charakteristika des Betrachtungsraums zu berücksichtigen (etwa mithilfe des Morbiditätsfaktors), jedoch ist es unausweichlich, auch die persönliche, subjektive Sichtweise der Ärztinnen und Ärzte in der Region in die Analyse der Versorgungssituation einzubeziehen. Aus diesem Grund wurde die zuvor beschriebene schriftliche Befragung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in den 28 Städten und Gemeinden des Untersuchungsgebiets durchgeführt.

### 4.2.1 Bewertung der ärztlichen Versorgung unterscheidet sich zwischen den Teilräumen

Die teilnehmenden Hausärztinnen und -ärzte im Bergischen RheinLand sollten zu Beginn der Befragung die hausärztliche Versorgung der Stadt bzw. Gemeinde bewerten, in der sie tätig sind. Auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (unzureichend) erreicht der Teilraum A mit einem Durchschnitt von 2,84 das beste Ergebnis, dicht gefolgt von dem Teilraum B (2,89). Die Medizinerinnen und Mediziner in den Kommunen des Teilraums C schätzen die hausärztliche Versorgung mit 3,45 insgesamt deutlich schlechter ein. Die Abbildung 12 zeigt die Verteilung der Antworten im

gesamten Untersuchungsgebiet sowie differenziert nach Teilräumen. Grundsätzlich wird die hausärztliche Versorgung nur selten mit „sehr gut“ bewertet; doch während die Teilräume A und B hohe Zustimmungswerte bei der Option „gut“ erhalten und somit 50 % der Befragten die Versorgung als sehr gut oder gut einschätzen, liegt dieser Wert im Teilraum C deutlich unter dem Durchschnitt. Stattdessen sehen viele der befragten Hausärztinnen hier nur eine ausreichende oder gar unzureichende Versorgungssituation.

**Abbildung 12: Einschätzung der Hausärztinnen und -ärzte zur hausärztlichen Versorgung in ihrer Stadt/Gemeinde (Gesamt und Teilräume)**



Diese Einschätzung wird auch in den vertiefenden Einzelgesprächen untermauert. Im Teilraum C berichten die Hausärztinnen und Hausärzte von einer Mehrbelastung durch Praxisschließungen vor Ort. In anderen Fällen wird darauf verwiesen, dass Praxisschließungen in Nachbargemeinden dazu führen, dass nun verstärkt Versorgungsleistungen für die dortige Bevölkerung zu erbringen sind. Auf derartige Mehrbelastungen und Versorgungsprobleme in der Folge von hausärztlichen Praxisschließungen wird beispielsweise in Wipperfürth oder Nümbrecht verwiesen. In anderen Orten wird die Sorge artikuliert, dass Praxisschließungen aufgrund einer nicht gelingenden Nachfolgersuche drohen (z. B. Waldbröl). Auch wird aus fachärztlicher Sicht in Einzelfällen beklagt, dass die überlasteten Hausärztinnen und Hausärzte zu viele Patientinnen und Patienten vor-schnell zur Fachärztin oder zum Facharzt „abschieben“.

In den Gesprächen mit den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern des Teilraums C wird die hausärztliche Versorgung in einigen Fällen ebenfalls negativ bewertet. Diese ist aus Sicht der Kommunen bereits in Bergneustadt, Eitorf, Morsbach und Ruppichteroth unzureichend. In weiteren Gemeinden arbeiten die hausärztlichen Praxen an ihren Kapazitätsgrenzen, teils haben einzelne oder gar alle hausärztlichen Praxen einen Aufnahmestopp verhängt, sodass es bei Pra-

xisschließungen oder erhöhtem Zuzug zu Überlastungen kommen würde (z. B. Much, Ruppichterath, Hückeswagen). Marienheide, Nümbrecht und Radevormwald stechen in der Einschätzung zur hausärztlichen Versorgung positiv hervor.

In den Teilräumen A und B ist das gezeichnete Bild gemischt. So empfinden die befragten Ärztinnen und Ärzte in Burscheid, Reichshof und Overath die hausärztliche Versorgung als gut. Insbesondere in den besser angebundenen zentralen Orten werden bessere Chancen für einen gelingenden Generationenwechsel gesehen. In Overath wird in diesem Zusammenhang auf die gute Verkehrsanbindung nach Köln verwiesen. Dennoch werden auch in den besser aufgestellten Teilräumen immer wieder darauf verwiesen, dass Praxen nicht nachbesetzt werden konnten (z. B. in Lindlar, Kürten und Gummersbach) oder weitere Schließungen zu erwarten sind.

Aber auch in den Teilräumen A und B wird vereinzelt in deutlichen Schilderungen auf eine Überlastungssituation aufmerksam gemacht: „Wir saufen alle ab in Arbeit – Hausärzte wie Fachärzte“ (Statement aus Wiehl). Teilweise wird versucht, dem „Patientenansturm“ mit Mehrarbeit zu begegnen. In Rösrath, das zum Mittelbereich Köln gehört, wurden in den vergangenen Jahren vier hausärztliche Kassensitze nach Köln verlegt. Durch eine gemeinsame Initiative der Ärzteschaft mit der Politik konnten nun zwei Sitze wieder in Rösrath besetzt werden. Die Versorgungslage wird nun als gut beschrieben.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen in den Teilräumen A und B schätzen die hausärztliche Versorgung eher gut ein, wobei in Rösrath und Lohmar die Zugehörigkeit zu den jeweiligen Mittelbereichen als große Herausforderung gesehen wird. Während man in Rösrath mit hohem Engagement gegensteuern konnte (s. o.), stellt das Abwandern von KV-Sitzen von Lohmar in die Kreisstadt Siegburg ein größeres Problem dar. Die gemeinsame Bedarfsplanungsebene mit Siegburg wird hier als einer der Hauptfaktoren für eine schlechte Hausärztin- und Hausarztversorgung angesehen. In den weiteren Städten und Gemeinden der Teilräume A und B wird die Versorgung im Status quo als sehr gut bis gut beschrieben.

### **Beurteilung der Notarztversorgung: Schwächen im Teilraum C**

In der Notfallversorgung erreichen die Teilräume etwas bessere Werte: Während die Medizinerinnen und Mediziner in ihren Kommunen der Teilräume A und B größtenteils eine gute Notfallversorgung konstatieren (Durchschnitt jeweils 2,7), bewerten den Bereich im Teilraum C immerhin 40 % nur mit ausreichend und unzureichend (Schnitt: 3,2). Auch wenn es sich um subjektive Wahrnehmungen handelt, haben die Einschätzungen und Erfahrungen der Ärztinnen und Ärzte, die die Versorgungssituation täglich beobachten, eine hohe Aussagekraft.

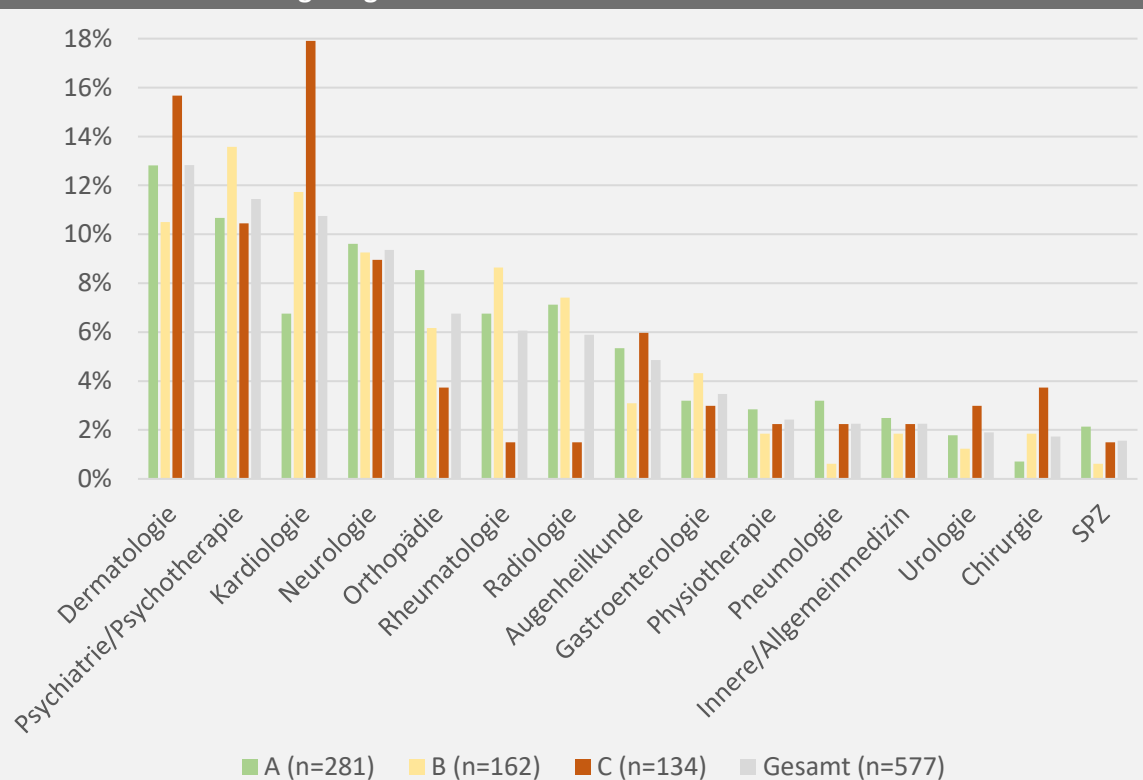
### **Beurteilung der Facharztversorgung: Engpässe in Dermatologie, Psychotherapie und weiteren Fachrichtungen**

Aus Sicht der Ärzteschaft ist die ambulante Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten insbesondere in den Bereichen Dermatologie, Psychotherapie (inkl. Psychiatrie und Psychologie), Kardiologie, Neurologie und Orthopädie erschwert. Dies sind die fünf am häufigsten genannten Fachrichtungen im gesamten Bergischen RheinLand. Zwischen den Teilräumen gibt es kleinere Differenzen, wie die Abbildung 13 verdeutlicht. Im Teilraum C fallen schnell die Peaks in der Kardiologie und der Dermatologie auf, aber auch in der Augenheilkunde, der Urologie und der Chirurgie liegt die Anzahl der Nennungen über dem Gesamtdurchschnitt. Die Ärztinnen und Ärzte im Teilraum A nennen ebenfalls am häufigsten die Dermatologie, gefolgt von der Psychiatrie/Psychotherapie, der Neurologie und der Orthopädie. Im Teilraum B fallen die überdurchschnittlichen Werte in der Psychiatrie/Psychotherapie, Rheumatologie, Radiologie und Gastroenterologie auf.

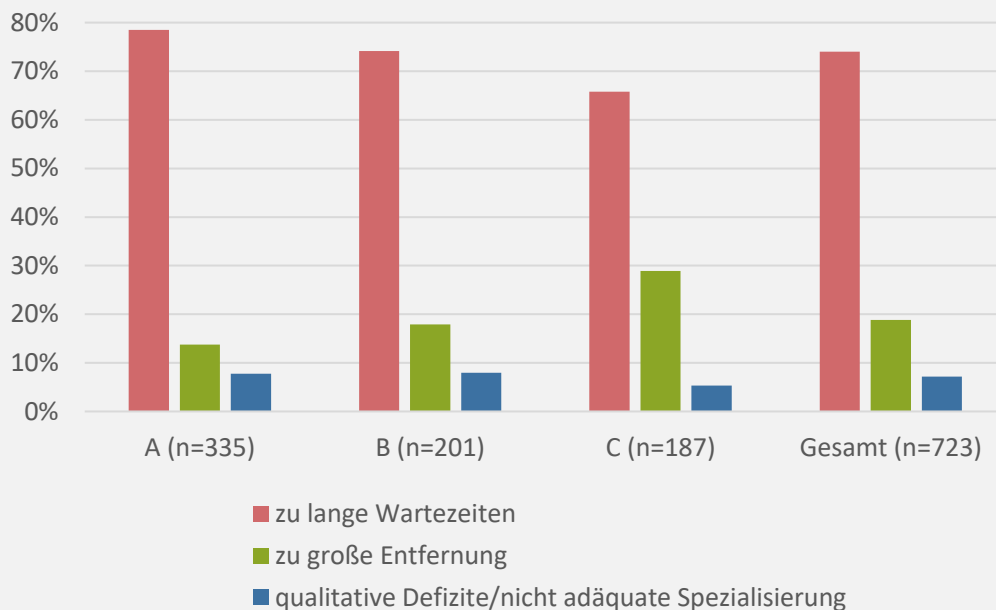
Die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister sehen grundsätzlich ähnliche fachärztliche Versorgungslücken, wobei auch hier auffällt, dass im Teilraum C mehr Defizite gesehen werden als in den Teilräumen A und B. Diese betreffen allerdings in allen Räumen zumeist die gleichen Fachrichtungen: Die Augenheilkunde und die Dermatologie werden am häufigsten genannt. Aber auch die Kinder- und Jugendmedizin stellt aus politischer Perspektive eine bedeutende Fachrichtung mit partiellen Versorgungsengpässen dar, während sie in der Befragung der Ärzteschaft vergleichsweise wenig genannt wird. Vermutlich wird das Thema einerseits von Eltern an die Kommunalpolitik herangetragen und andererseits als für die Attraktivität des Standorts (im Hinblick auf die Anziehungskraft auf junge Familien) bedeutsamen Faktor eingestuft, sodass entsprechende Defizite im politischen Raum eine höhere Aufmerksamkeit erfahren.

Den Hauptgrund für die erschwerte Weiterbehandlung sehen die Befragten im Wesentlichen in zu langen Wartezeiten, dies wird in knapp drei Vierteln der Nennungen als Begründung angegeben (siehe Abbildung 14). Eine zu große Entfernung zu den Fachärztinnen und Fachärzten folgt mit großem Abstand (rund 19 %) und qualitative Defizite bzw. eine nicht adäquate Spezialisierung spielen mit 7 % nur eine untergeordnete Rolle. Interessant ist, dass die Zustimmungswerte für zu lange Wartezeiten von Teilraum A bis Teilraum C sinken, während die Entfernung in dieser Hinsicht eine zunehmende Bedeutung erhält. Dies ist aufgrund der räumlichen Struktur und den Lagebeziehungen zwar kaum verwunderlich, verdeutlicht aber zwei wesentliche Aspekte: Einerseits siedeln sich fachärztliche Praxen eher in den dichter bewohnten, urban geprägten und gut erreichbaren Standorten der Planungsbereiche (d. h. Kreise) an, sodass die Erreichbarkeit Richtung peripherer Lagen abnimmt. Andererseits zeigen die langen Wartezeiten deutlich: Die ärztlichen Kapazitäten sind in einigen medizinischen Bereichen offenbar ausgeschöpft.

**Abbildung 13: Fachrichtungen/Gesundheitsdienstleistungen mit erschwerten Weiterbehandlungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten**



Quaestio. Dargestellt sind die 15 am häufigsten genannten Fachrichtungen bzw. Gesundheitsdienstleistungen. SPZ: Sozialpädiatrisches Zentrum. Innere/Allgemeinmedizin: Hausärzte.

**Abbildung 14: Gründe für die erschwerten Weiterbehandlungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten**

Quaestio

Die Engpässe führen in der Schilderung der Ärztinnen und Ärzte nicht nur zu Mehrarbeit in der Behandlung, sondern erschweren auch das Praxismanagement. Ein Effekt sind unzufriedene oder drängelnde Patientinnen und Patienten, die in mehreren Praxen versuchen, zeitnah einen Termin zu bekommen und sich dabei von verschiedenen Praxen Termine geben lassen. Dies erschwert nicht nur die Terminvergabe, sondern das gesamte Terminmanagement, weil häufig vergessen wird, die nicht benötigten Arzttermine wieder abzusagen. Zu beobachten ist auch, dass Patientinnen und Patienten es zunehmend verstehen und dazu neigen, ihr Anliegen zu dramatisieren, um einen zeitnahen Termin zu erhalten. Die Konsequenz sind übervolle Notfallsprechstunden und zunehmende Schwierigkeiten für das Praxispersonal, dringliche von weniger dringlichen Fällen treffsicher unterscheiden zu können. Die Engpässe in den Praxen führen auch zu Verlagerungen zu den Bereitschafts- und Notdiensten in den Kliniken, die in der Folge ebenfalls darüber klagen, dass ihre Kapazitäten zunehmend für „Bagatellerkrankungen“ in Anspruch genommen werden. Berichtet wurde dies z. B. für die Kardiologie in Waldbröl.

In der Psychotherapie ist der Bedarf durch Corona nach Einschätzung der befragten Ärztinnen und Ärzte – und in Übereinstimmung mit sonstigen Forschungsergebnissen – weiter gestiegen. Für Notfälle wird z. B. auf das Angebot in Köln am Hansaring oder die Tageskliniken in Bergisch Gladbach verwiesen. In der Reaktion auf die Engpässe haben einigen Hausärztinnen und Hausärzte z. T. Kompetenzen im Bereich der Psychotherapie erworben. Sie berichten jedoch, dass diese Termine sehr zeitaufwändig sind und daher schwer mit dem normalen Praxisbetrieb zu vereinbaren sind („nur mal am Ende einer Sprechstunde zu leisten“).

Für die fachärztliche Behandlung werden in der Regel weitere Wege akzeptiert. Dies führt insbesondere in den Randbereichen der Untersuchungsregion dazu, dass die Behandlungen auch in den benachbarten Zentren und Regionen stattfinden. Dies untermauern auch die Interviews mit den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern, die die fachärztliche Versorgung auch dann als gut beurteilen, wenn diese hauptsächlich oder vollständig in anderen Städten und Gemeinden stattfindet. Bedeutend ist in diesem Zusammenhang vor allem die Erreichbarkeit (PKW, Parkplätze, ÖPNV-Verbindungen etc.). Zudem fällt auf, dass Angebote besonders dann vermisst

werden, wenn sie am jeweiligen Standort einmal verfügbar waren, es mittlerweile aber nicht mehr sind. So wird eine geschlossene Kinderarztpraxis im Teilraum A „schmerzlich vermisst“; andernorts wird beklagt, dass die Zweigstelle einer HNO-Praxis (im Teilraum B) nicht mehr betrieben wird. In Kommunen, in denen es historisch betrachtet keine fachärztlichen Praxen gab, ist es viel selbstverständlicher, entsprechende Angebote in anderen Gemeinden aufzusuchen.

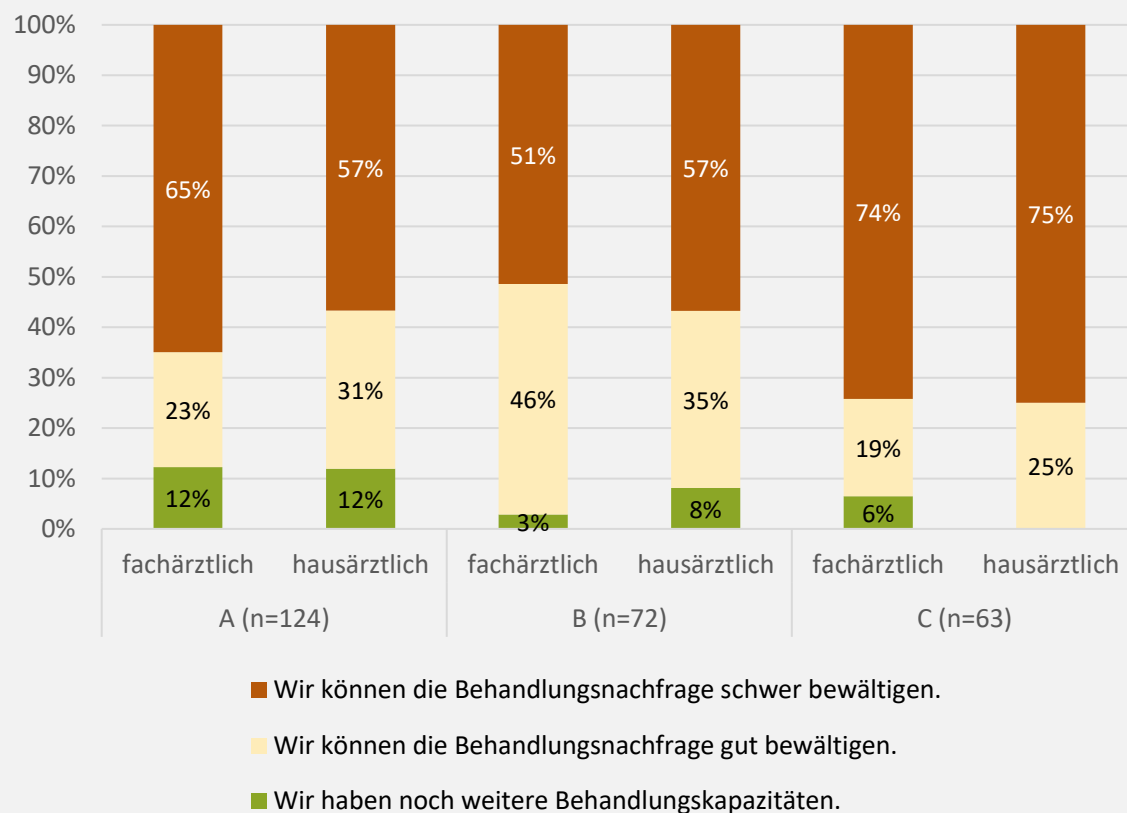
#### 4.2.2 Erhöhter Zeitaufwand für Behandlung und Verwaltung bringen Praxen an Auslastungsgrenze

Die im vorhergehenden Abschnitt diskutierten Versorgungsengpässe zeigen sich auch in der geschilderten Auslastungssituation der Praxen (siehe Abbildung 15). Demnach können 62 % aller befragten Ärztinnen und Ärzte die Behandlungsnachfrage schwer bewältigen, nur 8 % sehen zusätzliche Kapazitäten.

Im Teilraum A meinen immerhin 35 % der fachärztlich und 43 % der hausärztlich tätigen Medizinerinnen und Mediziner, dass sie die Behandlungsnachfrage gut bewältigen können oder noch weitere Kapazitäten hätten. Im Teilraum C trifft das nur auf 25 % zu, im hausärztlichen Bereich sieht sogar keiner der Befragten zusätzliche Kapazitäten. Im Umkehrschluss bedeutet dies für den eher ländlich geprägten Teilraum, dass dort drei Viertel der Ärztinnen und Ärzte die Behandlungsnachfrage in ihrer Praxis aus ihrer Sicht nur schwer bewältigen können. Bei Differenzierung der Facharztgruppen werden die Fallzahlen teilweise so gering, dass eine statistische Auswertung nicht möglich ist. Trotzdem können sie einen Teil zum Gesamtbild beitragen: Die Dermatologie wurde im Rahmen der erschwerten Weiterbehandlungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten am häufigsten genannt – in der Befragung geben alle sechs Teilnehmenden dieser Fachrichtung an, die Behandlungsnachfrage nur schwer bewältigen zu können. Auch die Ärztinnen und Ärzte in der Kinder- und Jugendmedizin (79 %; n=24) und in der Nervenheilkunde (73 %; n=11) stufen ihre Auslastung größtenteils an der Kapazitätsgrenze ein. Interessant ist, dass auch die Praxisform einen wesentlichen Faktor darstellt, denn in MVZs beschäftigte Medizinerinnen und Mediziner geben deutlich seltener an, die Behandlungsnachfrage schwer bewältigen zu können, als die in anderen Praxisformen tätigen Befragten (36 % zu 64 %).

Dass die MVZs seltener über zu hohe Aus- und Überlastung klagen, kann auf eine andere Praxisorganisation zurückgeführt werden. Wesentlich ist, dass eine differenziertere Arbeitsteilung zu einer besseren Entlastung der Ärztinnen und Ärzte führt. Dies beginnt beim vermehrten Einsatz von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) zur Unterstützung der Behandlung, umfasst besonders qualifizierte medizinische Fachangestellte (sogenannte NäPa, EVA oder VERAH z. B. für Hausbesuche) und reicht bis zu den Praxismanagerinnen im administrativen Bereich. Dies zeigt sich auch bei den persönlichen Ärztinnen und Ärzteinterviews im Bergischen RheinLand. Zudem arbeiten die Ärztinnen und Ärzte in den MVZs überwiegend im Angestelltenverhältnis in Verbindung mit klarer definierten vertraglichen Arbeitszeiten.

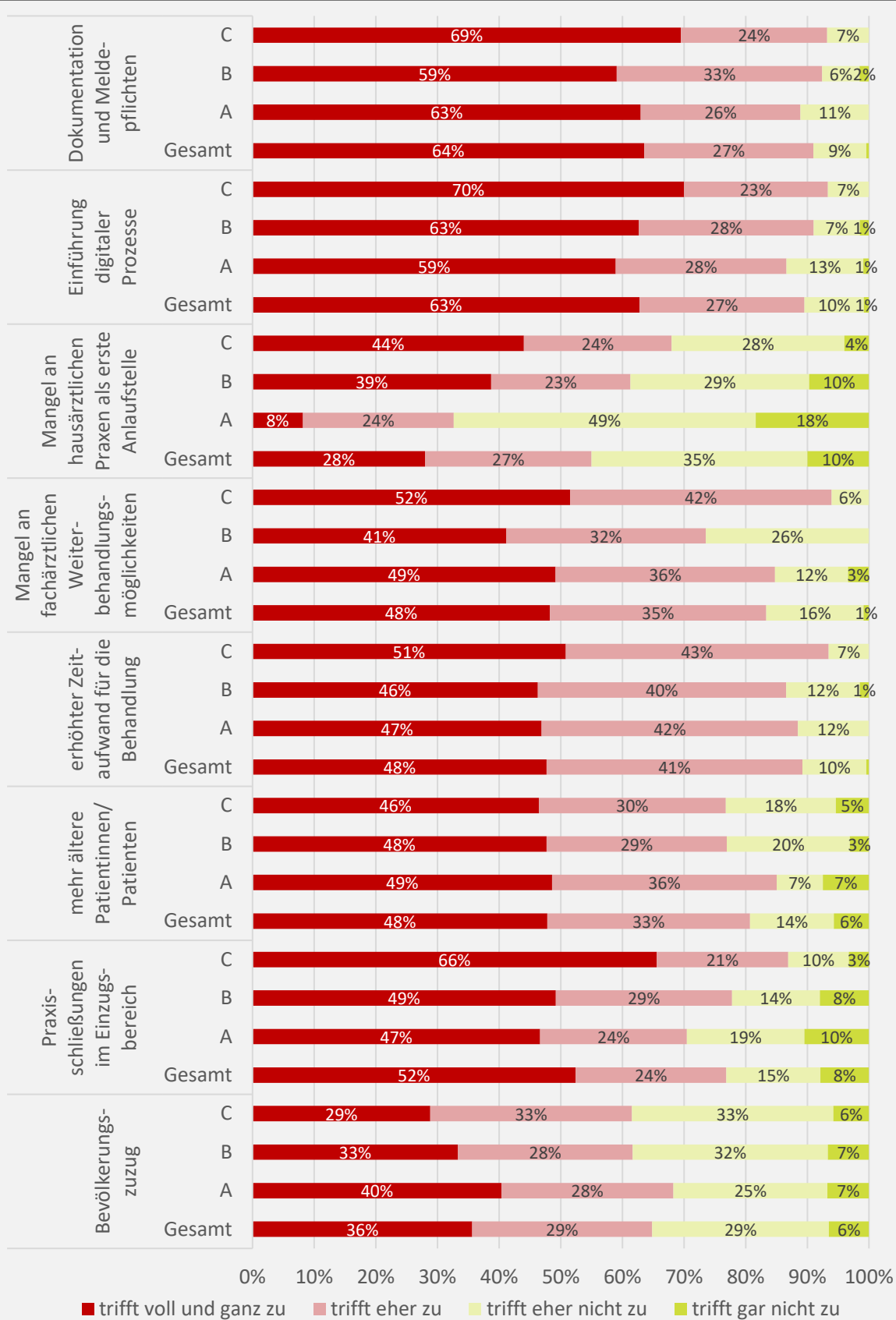
**Abbildung 15: Einschätzung der Befragten zur derzeitigen Auslastung ihrer Praxis**



Quaestio

Die Gründe für eine steigende oder anhaltend hohe Auslastung können vielfältig sein. Eine Reihe an Antwortmöglichkeiten waren durch den Fragebogen gegeben, die Zustimmungswerte der Teilnehmenden zeigt die Abbildung 16 im Detail. Der gestiegene Verwaltungsaufwand durch Dokumentation und Meldepflichten (gegenüber Kostenträgern und weiteren relevanten Stellen) sowie durch die Einführung digitaler Prozesse findet insgesamt die höchsten Zustimmungswerte. Es ist ein leichter Trend zu erkennen, dass die Praxen im Teilraum C hier noch etwas größere Herausforderungen sehen als die anderen Praxen, zudem steigt die Zustimmung in den höheren Altersgruppen leicht. Eine Detailauswertung zeigt, dass ein deutlich engerer Zusammenhang mit der Praxisform besteht: Während Befragte, die in Einzelpraxen tätig sind, die Einführung digitaler Prozesse zu 70 % und die Dokumentation zu 64 % als wichtigen Grund einstufen, sind es in MVZs jeweils nur 35 %. Offenbar zeigt sich auch hier wieder, dass die größeren Betriebe und die erhöhte Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Professionen zu einer Entlastung des medizinischen Personals von administrativen Aufgaben führen.

Abbildung 16: Gründe für die steigende/hohe Praxisauslastung



Quaestio



Eine Zunahme der Patientenzahl durch Bevölkerungszuzug findet insgesamt vergleichsweise wenig Zustimmung – am meisten aber im Teilraum A. Ein erhöhter Zeitaufwand für die Behandlung der Patientinnen und Patienten ist für einen Großteil der Befragten hingegen ein wesentlicher Grund für eine hohe bzw. zunehmende Auslastung. Einige Teilnehmende spezifizieren diesen Aspekt: Sprachbarrieren haben mit dem Krieg in der Ukraine und der Aufnahme von Geflüchteten zugenommen und verlängern die Termine oft deutlich. Russischsprachige Ärztinnen und Ärzte berichten, dass viele der Geflüchteten gerne zu ihnen kommen, um die Sprachbarriere zu meiden – dies sorgt allerdings für einen Zulauf, der die Praxen an die Kapazitätsgrenzen bringe. Neben den sprachlichen Herausforderungen bemerken die Befragten eine wachsende Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten, was sich (insbesondere bei Jüngeren) häufig mit einer Vorbildung aus dem Internet und kritischem Hinterfragen verbindet und somit teilweise zu Mehraufwand führt.

Praxisschließungen im Einzugsbereich sind ein etwas weniger relevantes Thema, finden aber insbesondere im Teilraum C überdurchschnittliche Zustimmung. Offenbar gehen Praxisabgaben im Teilraum A erfolgreicher vonstatten oder können besser kompensiert werden als in den ländlicheren Gebieten. Interessant ist zudem die Unterscheidung nach ärztlichen Bereichen: Während die Fachärztinnen und -ärzte eher keine Probleme durch einen Mangel an hausärztlichen Praxen (als erste Anlaufstelle) sehen, ist der Mangel an fachärztlichen Weiterbildungsmöglichkeiten für Hausärztinnen und -ärzte durchaus ein wesentlicher Faktor für eine erhöhte Auslastung in der eigenen Praxis. Der Mangel an hausärztlichen Praxen scheint im ländlichen Raum ein größeres Problem zu sein, der Fachärztemangel und die damit einhergehenden Schwierigkeiten in der Weiterbehandlung für Hausärztinnen und -ärzte und ihre Patientinnen und Patienten stellen hingegen in allen Räumen eine ähnlich gravierende Herausforderung dar.

## 4.3 Risiken und Potenziale der regionalen Gesundheitsversorgung

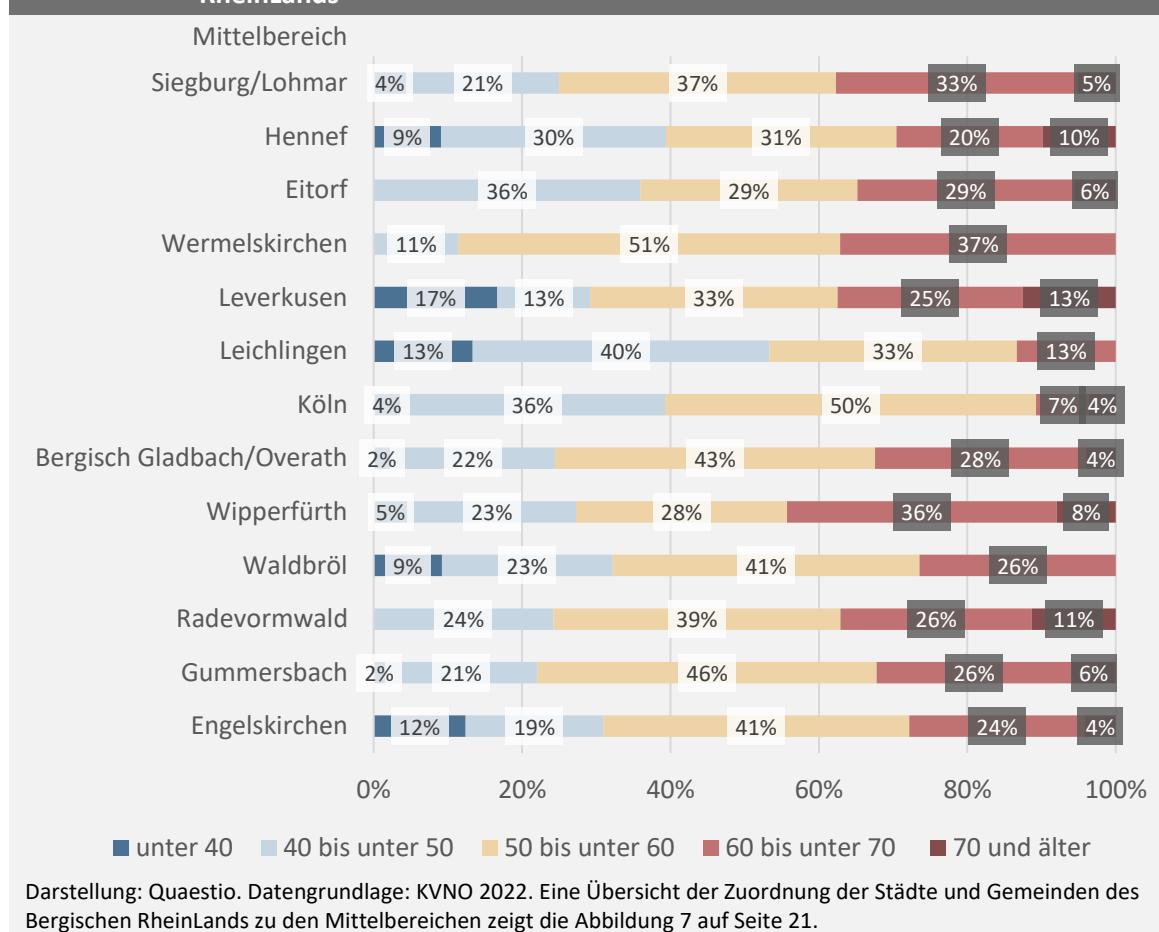
### 4.3.1 Nachfolge gesucht – viele Ärztinnen und Ärzte beenden in den nächsten Jahren Ihre Tätigkeit

Die Altersstruktur der Ärzteschaft spielt bei der Analyse und Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung eine entscheidende Rolle. Damit verbindet sich die Frage, inwiefern es der Ärzteschaft gelingt, ihre Praxisabgabe zu organisieren und erfolgreich zu bewältigen. Insbesondere bei den noch immer häufig vertretenen Einzelpraxen (vgl. Kapitel 5.5.2) gestaltet sich die Suche nach Nachfolgern zunehmend schwierig. Dies hängt insbesondere mit veränderten Präferenzen von jungen Ärztinnen und Ärzten zusammen, die oft Angestelltenverhältnisse, Teilzeitarbeit und größere Praxisstrukturen bevorzugen. Im Zusammenspiel mit einer deutlich zu niedrigen Zahl an nachrückenden (Allgemein-)Medizinerinnen und -Medizinern führt dies zu einem Wettbewerb um die junge Generation, in dem eher peripher gelegene Einzelpraxen gegenüber größeren Standorten in den urbanen Zentren meist das Nachsehen haben.

Neben den Kontaktdaten der Ärzteschaft hat die KVNO auch eine Auswertung der Altersstruktur auf der Planungsebene zur Verfügung gestellt, d. h. im hausärztlichen Bereich auf Ebene der Mittelbereiche und in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf Ebene der Kreise. Da sich die Struktur der Mittelbereiche von der Abgrenzung des Untersuchungsgebietes unterscheidet, können diese Statistiken nicht ohne Weiteres auf das Bergische RheinLand bezogen werden. Sie geben jedoch einen ersten Überblick über die Altersstruktur der Ärzteschaft in der Region.

Die Abbildung 17 zeigt, dass in Teilen des Bergischen RheinLands ein recht hoher Anteil der Hausärztinnen und -ärzte schon älter ist, etwa in den Mittelbereichen Wipperfürth, Leverkusen, Siegburg/Lohmar und Radevormwald. Andere Mittelbereiche weisen eine deutlich jüngere Altersstruktur auf, z. B. Leichlingen, Köln, Hennef und Engelskirchen. Je größer der Anteil an Ärztinnen und Ärzten über 60 Jahre ist, desto mehr Nachwuchs muss in die jeweilige Region gelockt werden. In den meisten Städten und Gemeinden der Region sind 30 bis fast 40 % der Hausärztinnen und -ärzte älter als 60 Jahre. Für die allgemeine fachärztliche Versorgung in den drei beteiligten Landkreisen gilt, dass – je nach Fachrichtung und Kreis – 15 bis 44 % der derzeit im ambulanten Bereich tätigen Fachärztinnen und -ärzte 60 Jahre oder älter sind.

**Abbildung 17: Altersstruktur der Hausärzteschaft in den Mittelbereichen des Bergischen RheinLands**



Die abgebenden Praxen befinden sich aufgrund der geringen Nachwuchszahlen in einem engen Wettbewerb. Um einen weiteren Vergleichswert zu haben, wurden die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Befragung ebenfalls nach Ihrem Alter gefragt. Die Rücklaufquote von 33,5 % ist zwar positiv zu bewerten, allerdings können die Ergebnisse nicht einfach auf die Grundgesamtheit hochgerechnet werden. Erfahrungen bei ähnlichen Befragungen zeigen, dass jüngere Medizinerinnen und Mediziner (noch am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn) sowie ältere Ärztinnen und Ärzte (etwa mit der Perspektive des bald anstehenden Ruhestands) eher an Befragungen teilnehmen als solche, die sich in mittleren Altersgruppen befinden und mitten im Berufsleben stehen. Deshalb muss von einer gewissen „Schieflage“ im Datensatz ausgegangen werden, so dass eine Hochrechnung ausgeschlossen ist. Trotzdem können die Befragungsergebnisse dabei

helfen, die Altersstruktur aus einer anderen Perspektive zu betrachten. Sie werden im Folgenden anhand der Teilräume (A, B und C) ausgewertet.

Unter den Ärztinnen und Ärzten, die an der Befragung teilgenommen haben, befinden sich mit knapp einem Viertel die meisten in der Altersgruppe von 60 bis unter 65 Jahren (siehe Abbildung 18). Weitere 9 % sind bereits 65 Jahre oder älter, sodass insgesamt ein Drittel der Antwortenden mindestens 60 Jahre alt ist. Interessant ist, dass der Teilraum B mit 15 % bei den mindestens 65-Jährigen diese Altersgruppe mit recht großem Abstand anführt. Gleichzeitig weist der Teilraum niedrigere Werte bei den Personen unter 45 Jahren auf. Insofern könnte dieser Teilraum besonders von einer Alterung der Ärzteschaft betroffen sein.

Man kann damit rechnen, dass ein Großteil der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre in den kommenden Jahren Ihre Tätigkeit aufgeben werden bzw. ein (kleinerer) Teil zunächst in die Altersteilzeit wechseln wird. Um dies besser einordnen zu können, wurden die Teilnehmenden auch nach Ihrem voraussichtlichen Tätigkeitsende gefragt. Insgesamt geben gut 20 % der Niedergelassenen an, innerhalb des nächsten Jahres oder in zwei bis drei Jahren ihre ärztliche Tätigkeit im Bergischen RheinLand aufgeben zu wollen (siehe Abbildung 19). Unter Berücksichtigung der Antworten von angestellten Ärztinnen und Ärzten erhöht sich der Wert nochmals leicht auf 22,5 %. Auf eine nach Teilräumen und Ärztinnen und Ärzteguppen differenzierte Betrachtung bei den Angestellten wird aufgrund der niedrigen Fallzahlen verzichtet. Trotzdem kann – unter der Annahme, dass die Befragung repräsentativ für das gesamte Bergische RheinLand ist – der Nachbesetzungsbedarf für die kommenden Jahre abgeschätzt werden. Rechnerisch ergibt sich aus den Antworten und einer Hochrechnung auf die Grundgesamtheit der Ärzteschaft ein Bedarf von rund 180 Ärztinnen und Ärzten in den kommenden drei Jahren.

**Abbildung 18: Altersstruktur der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte**

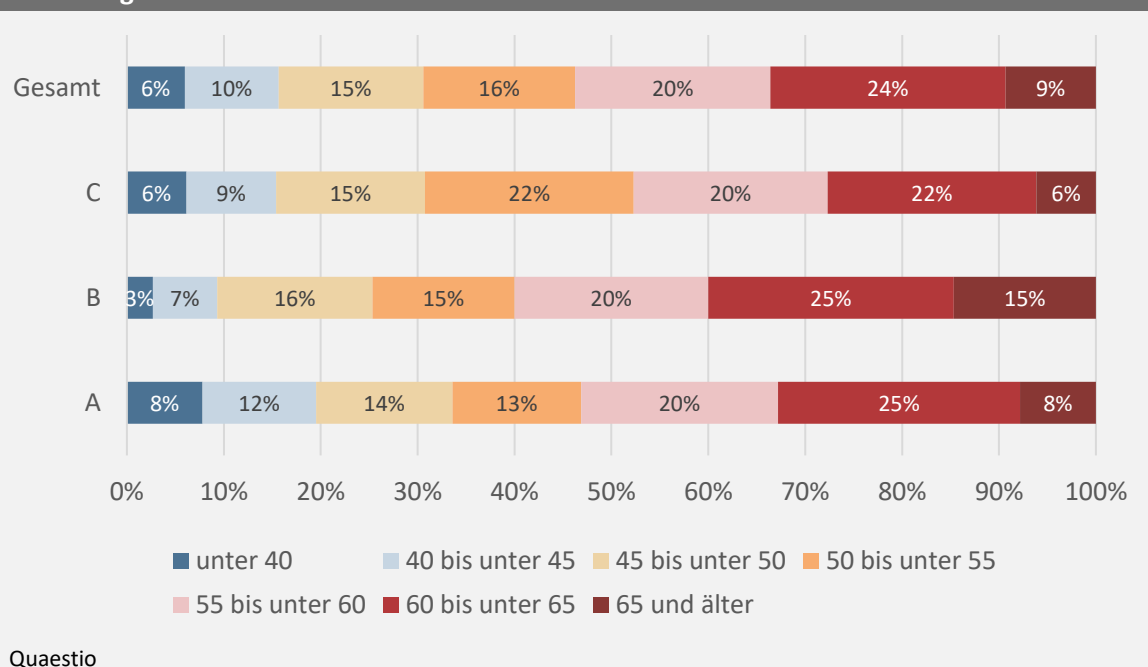
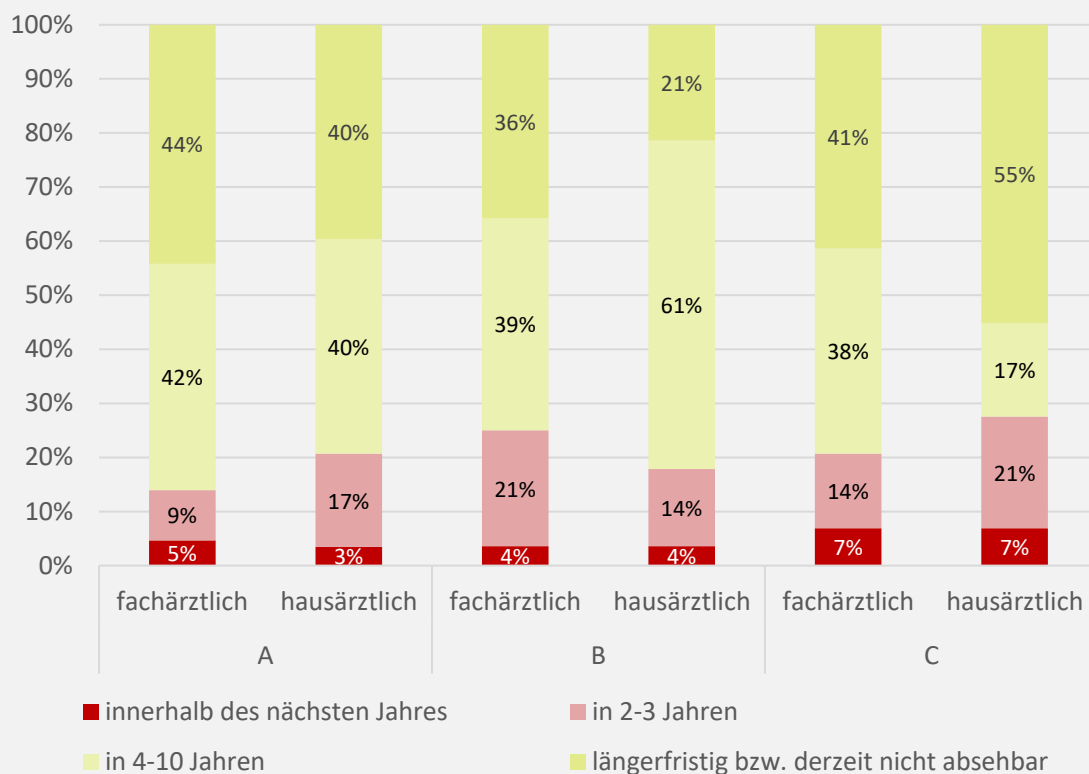


Abbildung 19: Voraussichtliches Tätigkeitsende der befragten Niedergelassenen



Quaestio

Interessant sind die Unterschiede zwischen den Teilräumen sowie zwischen dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Bereich. In den Teilräumen A und C ist der Anteil an Hausärztinnen und -ärzten, die in den nächsten drei Jahren ihre Tätigkeit aufgeben werden, höher als bei den Fachärztinnen und -ärzten (20 % zu 14 % im Teilraum A bzw. 28 % zu 21 % im Teilraum C). In den Städten und Gemeinden des Teilraums B kehrt sich diese Beobachtung um, hier geben ein Viertel der Fachärztinnen und -ärzte an, in den nächsten drei Jahren in den Ruhestand zu treten bzw. die ärztliche Aufgabe im Bergischen RheinLand zu beenden, bei den Hausärztinnen und -ärzten sind es hingegen 18 %. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass der Teilraum C im hausärztlichen Bereich den Spitzenwert in der Kategorie „längerfristig bzw. nicht absehbar“ aufweist. Dies könnte an einem partiell erfolgten Generationenwechsel liegen oder an der Einstellung der Ärzteschaft, die in ländlicheren Räumen ggf. schon von einem späteren Ruhestand ausgeht, um die Versorgung aufrechterhalten zu können.

Eine modellhafte Berechnung der Nachbesetzungsbedarfe für den haus- und fachärztlichen Bereich in den drei Teilräumen zeigt die Tabelle 7. Dabei werden die Befragungsergebnisse auf die Grundgesamtheit bezogen. Rechnerisch ergibt sich für das Untersuchungsgebiet somit ein Nachbesetzungsbedarf von 163 Haus- und Fachärztinnen in den nächsten drei Jahren (20 %) bzw. 479 in den nächsten zehn Jahren (60 %). Die Tabelle 7 verdeutlicht, dass das Problem in Teilraum C zwar etwas akuter ist, die Teilräume A und B in den nächsten zehn Jahren aber mit massiven Herausforderungen durch Nachbesetzungsbedarfe konfrontiert werden. In den Modellrechnungen ist dabei noch nicht berücksichtigt, dass es statistisch betrachtet 1,5 nachfolgende Mediziner braucht, um einen in den Ruhestand tretenden Arzt zu ersetzen (aufgrund der Zunahme von Angestelltenverhältnissen, Teilzeitarbeit etc.). Zudem kommt es bereits im Status quo zu Belastungen/Engpässen und zukünftig wird darüber hinaus der demografische Wandel stärkere Auswirkungen haben. Somit stellen die genannten Zahlen eher eine Untergrenze des Bedarfs dar.

**Tabelle 7: Modellrechnung zu Nachbesetzungsbedarfen in den nächsten drei bzw. zehn Jahren**

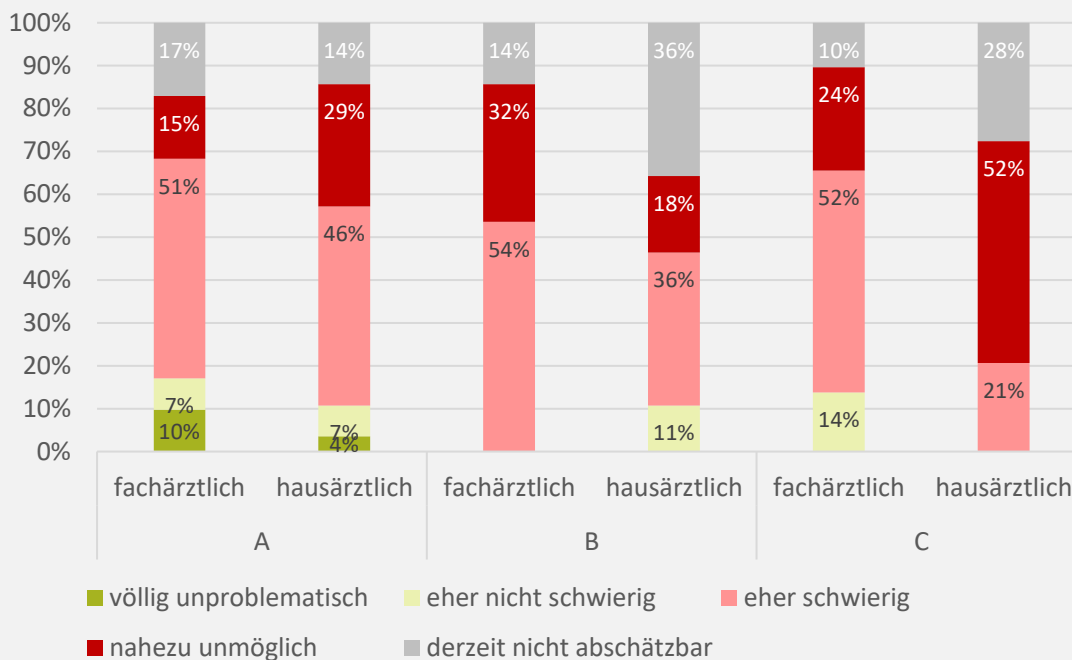
	Nachbesetzungsbedarf in den nächsten...							
	...3 Jahren				...10 Jahren			
	A	B	C	Gesamt	A	B	C	Gesamt
haus- ärztlich	40	20	36	96	116	88	58	262
relativ	21 %	18 %	28 %	22 %	60 %	79 %	45 %	60 %
fach- ärztlich	27	23	17	67	110	60	47	217
relativ	14 %	25 %	21 %	18 %	56 %	64 %	59 %	59 %
<b>haus- u. fachärztlich</b>	67	43	53	163	226	148	105	479
<b>relativ</b>	17 %	21 %	25 %	20 %	58 %	72 %	50 %	60 %

Quaestio. Teilräume A, B und C sowie gesamtes Bergisches RheinLand. Relativ: Anteil an der Ärztezah heute auf Basis der KVNO-Daten (Stand: Dezember 2022).

#### 4.3.2 Nachfolgesuche stimmt Großteil der Niedergelassenen pessimistisch

Die bisherigen Auswertungen legen nahe: In den nächsten Jahren kommt es zu einem Generationenwechsel, wenn die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte aus den geburtenstarken Jahrgängen („Baby-Boomer“) in den kommenden zwei bis sechs Jahren in typische Altersregionen für den Eintritt in den Ruhestand kommen. Das Finden einer Nachfolge für ihre Praxis schätzen die Niedergelassenen im Untersuchungsgebiet jedoch recht pessimistisch ein. Gerade einmal 3 % von ihnen stufen dies als völlig unproblematisch ein, weitere 7 % als eher nicht schwierig (siehe Abbildung 20). Mit 44 % sieht der Großteil die Nachfolgesituation als eher schwierig an und weitere 27 % der Niedergelassenen haben kaum Hoffnung auf eine Nachfolgeregelung. Sie gehen davon aus, dass dies nahezu unmöglich sein wird. Knapp ein Fünftel der Befragten kann die Wahrscheinlichkeit, eine Nachfolge für die eigene Praxis zu finden, derzeit nicht abschätzen. Die kommunalpolitische Perspektive unterscheidet sich kaum hiervon: Insgesamt rechnen zwölf der 22 Bürgermeisterinnen und Bürgermeister bzw. Kommunalvertreter mit Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von Praxen in ihrer Gemeinde. Dies betrifft alle Teilräume gleichermaßen.

Abbildung 20: Einschätzung der Niedergelassenen zum Finden einer Nachfolge



Quaestio

Insgesamt schätzen die befragten Fachärztinnen und -ärzte die Situation etwas optimistischer ein als ihre hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen. Im Teilraum A sehen immerhin 10 % der Fachärztinnen und -ärzte sowie 4 % der Hausärztinnen und -ärzte überhaupt kein Problem im Hinblick auf die Weitergabe ihrer Praxis – eine Einschätzung, die in den Teilräumen B und C niemand der Befragten teilt. Auch die Einschätzung, dass die Nachfolgersuche eher nicht schwierig wird, findet im Teilraum B bei den fachärztlichen und im Teilraum C bei den hausärztlichen Befragten überhaupt keine Zustimmung. Besonders ins Auge fällt darüber hinaus, dass für mehr als die Hälfte der Hausärztinnen und -ärzte im Teilraum C das Finden einer Praxisnachfolge nahezu unmöglich erscheint

Zum Zeitpunkt der Befragung war knapp ein Viertel der Niedergelassenen auf der Suche nach einer Nachfolge, lediglich 8 % hatten bereits eine Nachfolge gefunden. Diejenigen, die ihre Praxisabgabe bereits regeln konnten, gaben hierfür im Wesentlichen persönliche Kontakte sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) als Erfolgsfaktor an. Von den persönlich Befragten hoffen ebenfalls einige Ärztinnen und Ärzte, ihre Praxis an die derzeitigen Weiterbildungsassistenten weitergeben zu können. Manchmal richten sich die Hoffnungen auch auf ehemalige Famulanten. In der Regel sind es demnach die persönlichen Kontakte, auf denen die meisten Hoffnungen ruhen. Dies können Familienmitglieder, Bekannte oder bisher angestellte Ärztinnen und Ärzte sein. Dies spiegelt sich auch in den Bürgermeister-Interviews wider, denn in den Kommunen, in denen es in den letzten Jahren erfolgreiche Praxisnachbesetzungen gab, werden in der Regel Familienmitglieder oder anderweitiger Nachwuchs aus der Region als Erfolgsfaktor genannt (etwa in Marienheide, Reichshof und Windeck). Die Praxisbörse der KV, privatwirtschaftliche Vermittlungen oder auch Krankenhäuser als Interessenten spielen nahezu keine Rolle und scheinen den Ärztinnen und Ärzten kaum erfolgversprechend zu sein.

Von Praxisschließungen ohne Nachfolgeregelung wird in den Interviews lediglich in Kommunen des Teilraums C berichtet, in den anderen Teilräumen waren Praxisabgaben bisher kein (kommunalpolitisches) Thema oder haben gut funktioniert. Wie intensiv die Gemeinden ihre abgehenden Ärztinnen und Ärzte begleiten bzw. unterstützen ist von Kommune zu Kommune unterschiedlich. Es fällt jedoch auf, dass alle befragten Kommunalvertreter die Versorgungssituation zumindest im Blick haben und viele von ihnen einen engen Austausch mit der Ärzteschaft suchen, um stets auf dem aktuellen Stand zu sein.

Einige der befragten Ärztinnen und Ärzte ziehen auch in Erwägung, ihre Praxis an ein MVZ abzugeben, die letzten Berufsjahre angestellt zu arbeiten und somit einen möglichen Nachfolger unterstützen und einarbeiten zu können. Andere wiederum richten sich darauf ein, im Sinne ihrer Patientinnen und Patienten deutlich über das „normale“ Ruhestandsalter hinaus tätig zu bleiben: „Ich könnte offiziell in Ruhestand gehen, aber für meine Patienten und Patientinnen mache ich weiter.“ Andere berichten, nachdem sich kein Erfolg bei der Weitergabe der Praxis einstellt, ohne Nachfolger schließen zu wollen: „In ein paar Jahren mache ich meine Praxis zu. Auch das Krankenhaus hat kein Interesse an einem Hausärztin- oder Hausarzt-Sitz.“

Wie sich eine lückenhafte Nachbesetzung der freiwerdenden Hausärztin- und Hausarztsitze auf die Versorgung auswirken würde, zeigt die Tabelle 8. Sie stellt ein Szenario dar, in dem exemplarisch für die hausärztliche Versorgung in den drei Teilräumen die Annahmen getroffen werden, dass

- bei dem jeweiligen Anteil der Antwort „nahezu unmöglich“ in 75 % der Fälle tatsächlich keine Nachfolge gefunden wird und
- bei dem jeweiligen Anteil der Antwort „eher schwierig“ in 25 % der Fälle tatsächlich keine Nachfolge gefunden wird.

So würde sich die Zahl der Hausärztinnen und -ärzte in den nächsten zehn Jahren deutlich verringern. Hinzu kommt, dass der Trend zur Anstellung und zu Teilzeitmodellen ungebrochen ist und für jede in den Ruhestand tretende Ärztin der älteren Generation ca. 1,5 Mediziner folgen müssten, um das Arbeitsvolumen in etwa aufrechtzuerhalten (siehe Exkurs auf Seite 50 f.). Insofern dürfte der Rückgang der ärztlichen Kapazitäten noch deutlich stärker zurückgehen als die modellhaft berechneten Personenzahlen. Zudem sind bereits im Status quo deutliche Überlastungstendenzen sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Bereich zu vernehmen, obwohl die Versorgungsgrade in vielen Fällen eine Voll- oder gar eine Überversorgung anzeigen.

**Tabelle 8: Modellrechnung zum Rückgang der Hausärztezah in den nächsten drei bzw. zehn Jahren**

	Entwicklung der Hausärztezah in...					
	...3 Jahren			...10 Jahren		
	Teilraum A	Teilraum B	Teilraum C	Teilraum A	Teilraum B	Teilraum C
absolut	-13	-5	-16	-39	-20	-26
relativ	-7 %	-4 %	-12 %	-20 %	-18 %	-20 %
Quaestio						

## Exkurs: Fachkräftemangel als zentrale Herausforderung

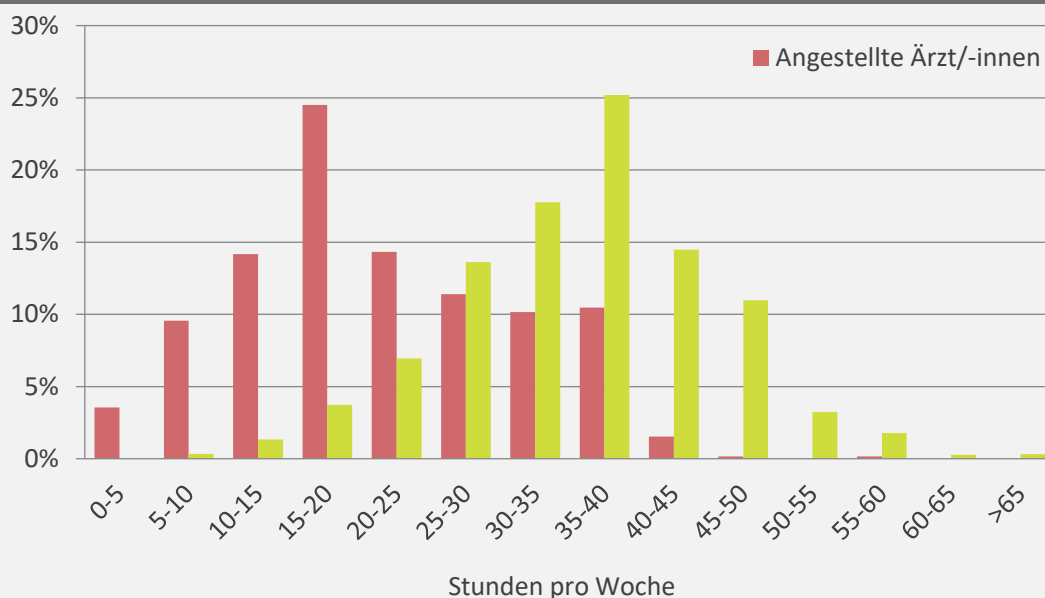
Der Kern des Problems ist ein Fachkräfte- und Nachwuchsmangel, der sich zunächst und am deutlichsten im hausärztlichen Bereich bemerkbar macht, von dem die fachärztliche Versorgung sowie die sonstigen Berufe des Gesundheitswesens aber nicht verschont bleiben. Damit steht das Bergische RheinLand zwar nicht allein da, aber gerade dieser Umstand ist ein wesentlicher Teil des Problems und wirkt sogar problemverschärfend, weil die Region deswegen mit einem sich intensivierenden Wettbewerb um den medizinischen Nachwuchs konfrontiert ist. Dies soll im Folgenden verdeutlicht werden.

Zwar wurden die Ausbildungskapazitäten in den vergangenen Jahren bereits erhöht, doch die Zahl der nachrückenden Medizinerinnen und Mediziner reicht nicht aus, um die (im Wesentlichen alters- bzw. ruhestandsbedingt) entstehende Lücke zu schließen. Insbesondere im hausärztlichen Bereich ist der Mangel deutlich erkennbar: 2022 waren von 14.099 Fachärztin- und -arztanerkennungen nur 13,3 % diesem Bereich zuzuordnen<sup>13</sup>, in der vertragsärztlichen Versorgung sind jedoch mehr als ein Drittel aller ärztlich Tätigen Hausärztinnen bzw. -ärzte<sup>14</sup>. Demnach kommt es zunehmend zu einer Verschiebung in der ärztlichen Versorgung, der Anteil der Hausärztinnen nimmt stetig ab. Dies hängt auch mit einer Präferenz zur Spezialisierung zusammen, wie sie nicht nur im ärztlichen Kontext, sondern in nahezu allen wissensintensiven Branchen zu vernehmen ist. Die Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeigt, dass etwa 21 % der Hausärztinnen und Hausärzte in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen 60 und 65 Jahre alt sind, weitere knapp 16 % sind bereits über 65 Jahre alt. Unter der Annahme, dass hiervon in den nächsten fünf Jahren etwa 80 % in den Ruhestand treten, würde dies einen Nachbesetzungsbedarf von über 16.000 Hausärztinnen und -ärzten bedeuten. Bei einer jährlichen Nachwuchszahl von 1.874 (2022) entspräche dies innerhalb der kommenden fünf Jahre einer Differenz von fast 7.000 Ärztinnen und Ärzten.

Hinzu kommt die Entwicklung, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte angestellt arbeiten (+150 % in den letzten zehn Jahren), wodurch die wöchentliche Arbeitszeit in der Regel auf 40 Stunden begrenzt wird. Die Wochenarbeitszeit von Hausärztinnen und -ärzten betrug 2020 im Durchschnitt 49 Stunden<sup>15</sup>, insofern bedeutet eine Zunahme der Anstellungsverhältnisse indirekt auch eine Verringerung der ärztlichen Kapazitäten. Darüber hinaus ist auch der Trend zur Teilzeitbeschäftigung ungebrochen, die Zahl der Hausärztinnen und -ärzte mit vollem Versorgungsauftrag ist in der letzten Dekade um 16 % zurückgegangen. Insofern muss der Ersatzbedarf für ausscheidende Medizinerinnen und Mediziner in etwa mit dem Faktor 1,5 multipliziert werden, um die ärztlichen Kapazitäten aufrechtzuerhalten. Dies führt dazu, dass die Diskrepanz zwischen dem Bedarf und den nachrückenden Medizinerinnen und Mediziner nochmals größer wird. Die demografische Entwicklung in Deutschland und auch im Bergischen RheinLand führt des Weiteren dazu, dass selbst eine Aufrechterhaltung der Kapazitäten wahrscheinlich nicht ausreichen würde, um den steigenden Behandlungsbedarf im Zuge der Alterung der Gesellschaft zu decken. Dies hat die Betrachtung der Demografie und des hochgerechneten zukünftigen Behandlungsbedarfs in den Kapiteln 2.1.2 und 2.1.3 eindrücklich gezeigt. Hinzukommt eine zunehmende Ambulantisierung von Leistungen, die bereits seit Jahren zu beobachten ist und im Hinblick auf die von Bundesgesundheitsminister initiierte Krankenhausreform zukünftig steigende Bedarfe im ambulanten Bereich bzw. eine Verschiebung innerhalb des Gesundheitssystems erwarten lässt.



**Abbildung 21: Verteilung der ärztlichen Tätigkeiten (Wochenarbeitsstunden) von Inhabern und angestellten Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2020**



Quelle: Zi-Praxis-Panel, Tabellenband 2021

Angesichts des gravierenden Fachkräftemangels und des hohen gesellschaftlichen Stellenwerts der Gesundheit könnte eine Lösung in stärkeren finanziellen Anreizen und insbesondere einer besseren Entlohnung liegen. Von den berufspolitischen Interessengruppen werden diese Forderungen häufig erhoben. So verständlich und auch richtig dies im Einzelfall sein mag, in der Gesamtbetrachtung des Gesundheitssektors wird eine Erhöhung des Mitteleinsatzes kaum die Lösung sein können. Denn Deutschland ist in dieser Hinsicht schon Spitzenreiter: Kein anderes EU-Land gibt einen größeren Anteil seines BIPs für das Gesundheitssystem aus (2020: 12,8 %), weltweit liegen nur die USA noch vor Deutschland.<sup>16</sup> Bei der Versorgungsqualität rangiert Deutschland eher im Mittelfeld. So urteilt auch die OECD: „Die Indikatoren zur Messung der Versorgungsqualität liegen [in Deutschland] allerdings häufig nur im Mittelfeld der OECD-Staaten. Setzt man zum Beispiel die Ausgaben in Beziehung zu den durch Behandlung vermeidbaren Todesfällen, so zeigt sich, dass andere Länder mit geringerem Mitteleinsatz bessere Ergebnisse erzielen“. Der Mitteleinsatz im Gesundheitswesen wird jedoch auch von anderen Faktoren gebremst. Steigende Militärausgaben müssen genauso finanziert werden wie die Transformation hin zu einer klimaneutralen Wirtschafts- und Lebensweise. Derzeit ist noch nicht greifbar, ob und in welchem Ausmaß dies mittel- und langfristig zu Wohlstandseinbußen führen wird. Sicher ist jedoch, dass ein erheblicher öffentlicher und privater Investitionsaufwand entsteht. Ferner werden die sozialen Folgen abgefedert werden müssen. Letztlich stehen die Gesellschaft und insbesondere die Gesundheitssysteme vor der Aufgabe, die Versorgungsqualität mit abnehmenden Personalressourcen und einem konstanten Mitteleinsatz aufrechterhalten oder gar steigern zu müssen.

<sup>13</sup> Ärztestatistik der Bundesärztekammer (31.12.2022); abrufbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/Aerztestatistik\\_2022.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/Aerztestatistik_2022.pdf) (letzter Aufruf: 23.05.2023)

<sup>14</sup> Gesundheitsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (31.12.2022); abrufbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> (letzter Aufruf: 23.05.2023)

<sup>15</sup> Zi-Praxis-Panel 2021; Tabellenband abrufbar unter: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Aufruf: 23.05.2023)

<sup>16</sup> Statistisches Bundesamt (2023), abrufbar unter: <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/Gesundheitsausgaben.html> (letzter Aufruf: 24.05.2023)

### 4.3.3 Hemmender Faktor: Diskrepanz zwischen Präferenzen der jungen Generation und bisheriger Praxisorganisation

Um vertiefende Erkenntnisse darüber zu erlangen, aus welchen Gründen die Niedergelassenen ihre Chancen bei der Praxisweitergabe so schlecht einschätzen, wurden sie zu potenziell hemmenden Faktoren befragt (siehe Abbildung 22). Im Wesentlichen stimmen die Befragten zwei von fünf Aspekten besonders zu: Einerseits rechnet mehr als die Hälfte der Niedergelassenen damit, dass zum Zeitpunkt der Praxisabgabe mit einer hohen Zahl weiterer Abgaben zu rechnen ist, sodass Nachteile für die eigene Praxis entstehen könnten – durch eine geringe Nachfrage seitens des ärztlichen Nachwuchses bei gleichzeitig hohem Angebot durch die in den Ruhestand tretenden „Baby-Boomer“ (Optionen „trifft voll und ganz zu“ sowie „trifft eher zu“ aggregiert); andererseits sieht ebenfalls eine knappe Mehrheit die Praxisorganisation als hemmenden Faktor an, da dieser nicht den Präferenzen der nachrückenden Medizinerinnen und Mediziner entspricht, insbesondere im Hinblick auf die Teamstruktur, den Auslastungsgrad, die Arbeitszeitenregelung etc.

Gerade in den Einzelpraxen und in kleineren Berufsausübungsgemeinschaften ist es schwieriger, eine nach Professionen differenzierte Arbeitsteilung umzusetzen, Teilzeitmodelle und flexible Arbeitszeiten anzubieten und ähnliche Angebote zu realisieren, die den Präferenzen der jungen Generation Rechnung tragen. In den Interviews berichten die Ärztinnen und Ärzte teilweise, dass Angestellte oder andere mögliche Nachfolger sich den Schritt in die Selbstständigkeit nicht zutrauen oder diesen aus anderen Gründen meiden. Von den Befragten, die angestellt tätig sind, sehen 50 % das Angestelltenverhältnis als attraktivsten Status an, knapp ein weiteres Viertel würde eine Teilhabe an einer größeren Gemeinschaftspraxis oder einem Gesundheitszentrum bevorzugen. Nur rund 17 % der Antwortenden sehen die Selbstständigkeit als attraktivsten Status an.

Andere Faktoren, die die Nachfolgesuche hemmen könnten, finden weniger Zustimmung: Die Praxisausstattung (medizinische Geräte, EDV etc.), der bauliche Zustand der Immobilie (etwa Renovierungsbedarf, Barrierefreiheit) und der Praxisstandort im Hinblick auf Lage und Erreichbarkeit spielen aus Sicht der Befragten eine untergeordnete Rolle. Insbesondere beim Praxisstandort ist jedoch ein Unterschied zwischen den Teilräumen zu erkennen, denn in den Teilräumen B und C finden rund 15 % der Befragten, dass dies ein hemmender Faktor sei, während der Zustimmungswert im Teilraum A nur halb so groß ist.

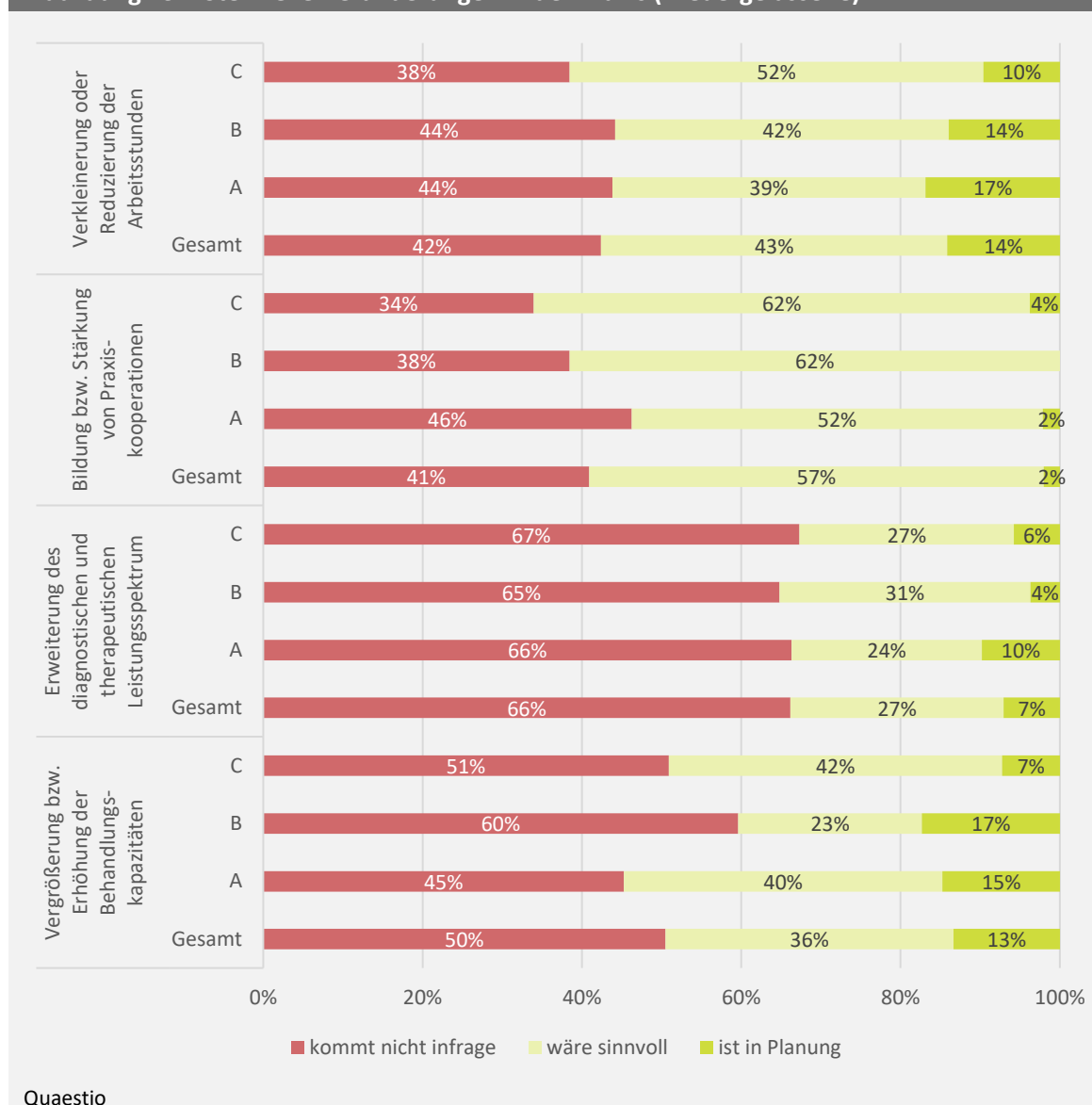
**Abbildung 22: Einschätzung der Niedergelassenen zu eventuell hemmenden Faktoren für die Nachfolgesuche**



#### 4.3.4 Veränderungsbereitschaft bei den Niedergelassenen vorhanden

Die Niedergelassenen wurden darüber hinaus nach sinnvollen Veränderungen Ihrer Praxis befragt. Die Frage stellt einerseits ein weiteres Stimmungsbild zur aktuellen Versorgungssituation im Bergischen RheinLand dar, denn fast 15 % der Befragten planen bereits eine Verkleinerung ihrer Praxis bzw. eine Reduzierung ihrer Arbeitsstunden und für weitere 40 % wäre dies eine sinnvolle Veränderung (siehe Abbildung 23). Häufig merken die Teilnehmenden an, dass es aufgrund der hohen Belastung zwar sinnvoll wäre, die Arbeitszeit zu verringern, dies aber mit Blick auf die zu versorgenden Patientinnen und Patienten nicht infrage käme. Auch eine Erweiterung des diagnostischen oder therapeutischen Leistungsspektrums kommt für zwei Drittel der Befragten nicht infrage, was als eine logische Schlussfolgerung aus der ohnehin schon hohen Auslastung und der zusätzlich zu erwartenden Nachfrage durch die Schaffung neuer Angebote interpretiert werden könnte. Insgesamt zeigt sich, dass sich die Ärztinnen und Ärzte bzw. Praxen relativ statisch gegenüber dem unbefriedigten Bedarf zeigen. Die Regulierung des Gesundheitswesens setzt kaum Anreize, auf den hohen Bedarf mit einer Ausweitung der Arbeitszeiten und einer Vergrößerung der Praxis zu reagieren. Tatsächlich zeigen die genannten Befragungsergebnisse auch den gegenteiligen Effekt: Denn der Wunsch, die Arbeitszeit zu reduzieren, resultiert in Teilen aus dem Überlastungsstress.

Abbildung 23: Potenzielle Veränderungen in der Praxis (Niedergelassene)



Während fast die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte defensiv bis abwehrend auf die Aus- und Überlastung reagiert, ist eine ähnlich große Gruppe hingegen an Veränderungen interessiert oder zumindest diesen gegenüber aufgeschlossen:

- Eine Vergrößerung der Praxis bzw. Erhöhung der Behandlungskapazitäten planen 13 % der Teilnehmenden, weitere 36 % fänden dies sinnvoll. Im Freitextfeld spezifizieren einige der Niedergelassenen, dass sie gerne weitere Ärztinnen und Ärzte (auch in Weiterbildung), administratives Personal oder medizinische Fachangestellte einstellen würden oder dies bereits in Planung ist. In diesem Zusammenhang nennen sie jedoch teilweise auch Restriktionen, die sie an einer Vergrößerung hindern, etwa Niederlassungsbeschränkungen bzw. fehlende freie „Kassensitze“, den Fachkräftemangel (Fachärztinnen und -ärzte, ÄiW, MFAs etc.) und wirtschaftliche Grenzen durch die Budgetierung. Auch in den vertiefenden Interviews wird berichtet, dass man gerne Weiterbildungsassistentinnen einstellen würde, passende Kandidaten aber noch nicht gefunden hat.

- Weniger konkret in Planung sind zwar Praxiskooperationen, dennoch zeigt sich auch diesem Thema gegenüber mehr als die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (57%) offen. Insbesondere in den Teilräumen B und C stoßen Praxiskooperationen auf großes Interesse. Dass es trotz der Erleichterung/Effizienzsteigerung hierzu kaum geplante Projekte gibt, liegt vermutlich daran, dass der organisatorische Aufwand zunächst groß ist und dies bei bereits hoher Auslastung im Alltagsgeschäft kaum zusätzlich zu leisten wäre. Gerade deswegen bietet sich hier ein wichtiger Ansatzpunkt für politische Initiativen.

#### 4.3.5 Ärztinnen und Ärzte wünschen sich hauptsächlich weniger Bürokratie

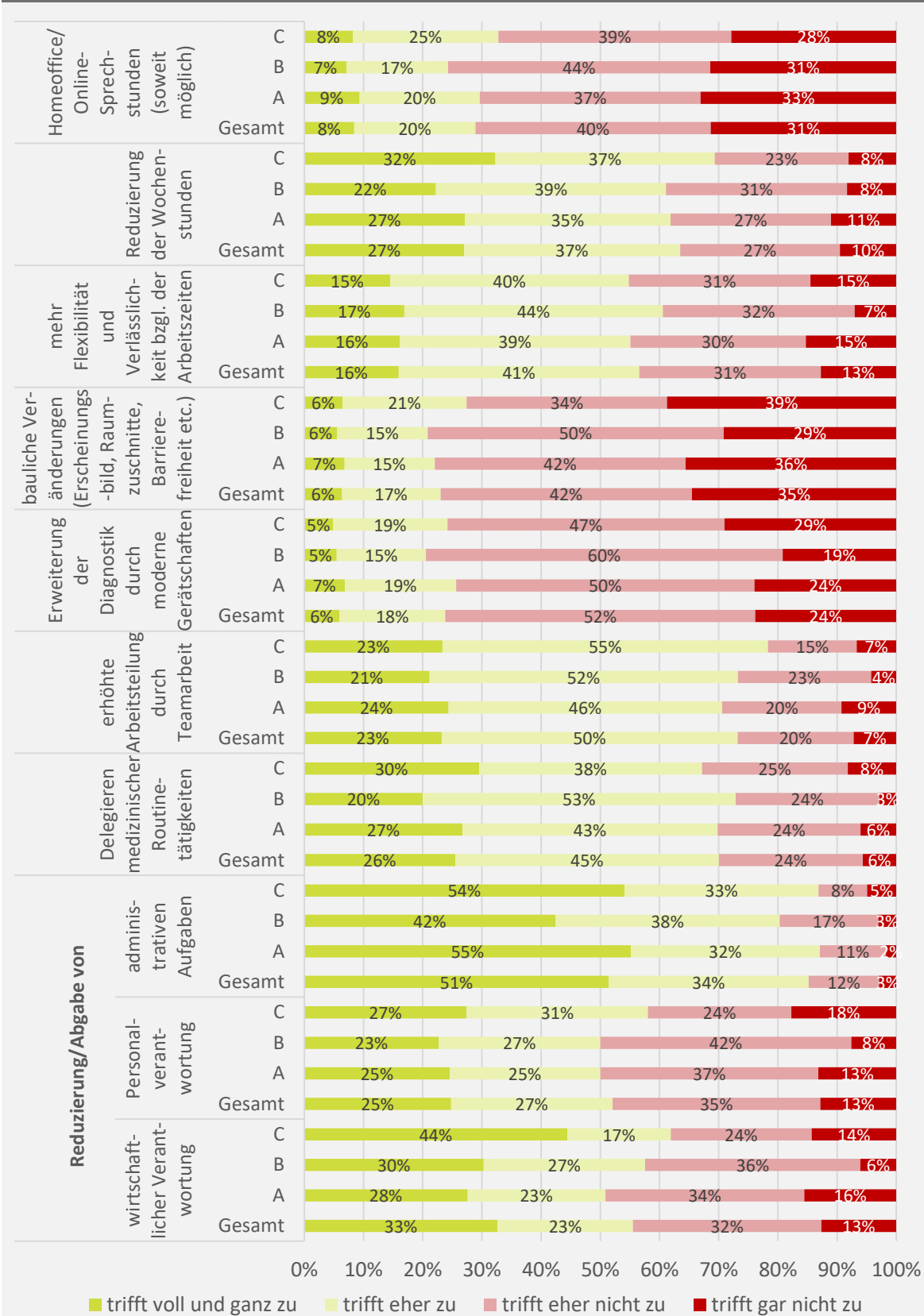
Neben der Einschätzung der Niedergelassenen zu konkreten Veränderungen ihrer Praxis wurden zum Ende der Befragung alle Ärztinnen und Ärzte gefragt, welche Aspekte ihren Berufsalltag zum Positiven verändern würden. Die Ergebnisse sind für die Handlungsempfehlungen von besonderer Bedeutung, weshalb diese im Folgenden detailliert betrachtet werden.

Die Abbildung 24 zeigt zunächst recht deutlich, dass die Themen Homeoffice, bauliche Veränderungen und die Erweiterung der Diagnostik eher untergeordnete Rollen spielen und nur für einen vergleichsweise kleinen Teil der Ärzteschaft eine Verbesserung im Berufsalltag bedeuten würden. Auch wenn diese Aspekte deshalb nicht als erste Priorität anzusehen sind, sollten sie trotzdem nicht außer Acht gelassen werden, denn immerhin treffen sie für rund ein Viertel der Teilnehmenden zu (bei Zusammenfassung der beiden zutreffenden Antwortmöglichkeiten).

Deutlich wichtiger scheint jedoch die Reduzierung bzw. Abgabe von administrativen Aufgaben zu sein, dieser Aspekt findet die größte Zustimmung – in den Teilräumen A und C mit jeweils 87 % noch etwas ausgeprägter als im Teilraum B (80 %). Dies spiegelt sich auch in den zahlreichen Nennungen im Freitextfeld wider, die sich den Wegfall bzw. die Reduzierung von („unnötiger“) Bürokratie wünschen, etwa hinsichtlich Qualitätskontrollen, behördlichen Auflagen, Anfragen, Abrechnungswesen, Sonderverträgen etc. Zitate wie „Es würde reichen, wenn ich einfach meine Arbeit tun könnte!“ oder „Ich arbeite schon bis zum Umfallen“ unterstreichen dies noch einmal eindrücklich.

Bei der Abgabe/Reduzierung von wirtschaftlicher Verantwortung ist die Zustimmungsrate im Vergleich zu den administrativen Tätigkeiten zwar geringer, aber auch relativ hoch. Knapp die Hälfte aller Befragten sieht in diesem Bereich wenig Handlungsbedarf, die andere Hälfte hingegen wünscht sich weniger ökonomische Verantwortung. Insbesondere im Teilraum C scheint der wirtschaftliche Druck sehr hoch zu sein. Dort würden insgesamt 61 % der Befragten in der Abgabe wirtschaftlicher Verantwortung eine Verbesserung Ihres Berufes sehen (insbesondere die Antwortoption „trifft voll und ganz zu“ ragt hier mit 44 % deutlich heraus). Einige der Befragten nennen die Abschaffung der Budgetierung in der ambulanten Versorgung als einen bedeutenden Hebel, um den wirtschaftlichen Druck zu reduzieren – eine Position, die zuletzt auch der Marburger Bund als größter Ärzteverband Deutschlands gegenüber der Bundesregierung wieder stärker vertritt. Ob, inwiefern und in welcher zeitlichen Frist es in diesem Themenfeld zu Reformen kommen könnte, ist derzeit nicht abzuschätzen. Die kommunale Ebene hat hier ohnehin keine Zuständigkeit und dementsprechend keine wesentlichen Einflussmöglichkeiten (siehe auch Kapitel 5.1.2).

Abbildung 24: Positiver Einfluss der genannten Aspekte für den Berufsalltag



Die Reduzierung der Personalverantwortung ist etwas weniger relevant als die der wirtschaftlichen Verantwortung, aber auch in diesem Aspekt würde rund die Hälfte aller Teilnehmenden einen Wandel zum Positiven sehen. Insgesamt lässt sich aus dem Wunsch nach weniger wirtschaftlicher und personeller Verantwortung und einer Reduzierung der Verwaltungsaufgaben schließen, dass die Ärztinnen und Ärzte mit der Aufgabenvielfalt und -menge zunehmend überfordert sind. Dies zeigt sich auch in der hohen Zustimmung, dass die Delegation von medizinischen Routinetätigkeiten und eine erhöhte Arbeitsteilung durch Teamarbeit sowohl mit ärztlichen als auch mit nicht-ärztlichen Kolleginnen und Kollegen einen positiven Einfluss auf den Arbeitsalltag hätten (71 % bzw. 73 % bei Aggregation der zwei zutreffenden Antwortoptionen).

Mehr Flexibilität und Verlässlichkeit hinsichtlich der Arbeitszeiten wären für etwa 57 % der Befragten wünschenswert – die dafür geeigneten Rahmenbedingungen können Angestelltenverhältnisse in der Regel eher bieten als die Selbstständigkeit in der Niederlassung. Zudem finden fast zwei Drittel der Befragten, dass eine Reduzierung der Wochenarbeitszeit einen positiven Effekt auf ihr Berufsleben hätte (im Teilraum C liegt der Wert leicht über dem Gesamtdurchschnitt, was auf eine besonders hohe Wochenarbeitszeit in den ländlicheren Räumen hindeuten könnte). Das ist wenig verwunderlich, denn das Thema Work-Life-Balance gewinnt für jüngere Jahrgänge berufsgruppenübergreifend zunehmend an Bedeutung – vielmehr überrascht es, dass über ein Drittel der Teilnehmenden gar nicht unbedingt weniger arbeiten möchte. Offensichtlich geht es einem Teil der Ärzteschaft insbesondere darum, sich auf die medizinischen Tätigkeiten konzentrieren zu können und die Administration – wie oben bereits dargelegt – zu reduzieren bzw. partiell abzugeben.

#### 4.3.6 Die ärztliche Versorgung ist zu einem lokalpolitischen Thema geworden

Zwar sind die Kommunen und die Regionen kaum in der Lage, die zuvor thematisierten Herausforderungen der Gesundheitsversorgung sinnvoll zu bearbeiten. Wesentliche Weichenstellungen dazu sind auf Bundes- und auf Landesebene erforderlich. Dennoch kommen die Probleme in den Regionen an und führen auch auf der lokalen Ebene zu umfangreichen Aktivitäten. Schon der Umstand, dass die Bürgermeister bzw. Bürgermeisterinnen von 22 Städten und Gemeinden der Untersuchungsregion (von insgesamt 28) für ein Gespräch zur Verfügung standen, verdeutlicht das Interesse. Die sechs weniger interessierten Städte können zudem überwiegend den gut mit Gesundheitsdienstleistungen versorgten Teilräumen zugeordnet werden. In den Gesprächen zeigt sich über die schon genannten Einzelbefunde in Kapitel 4.2 und 4.3 hinaus folgendes Bild.

Zunächst betonen fast alle befragten Kommunen bzw. Bürgermeister die zunehmende Bedeutung des Themas und zeigen sich engagiert. Einige berichten, dass sie dies vor Ort zur „Chefsache“ erklärt haben und sich dementsprechend persönlich darum kümmern. Dies verbindet sich häufig mit einer differenzierten Kenntnis der Versorgungssituation und einem detaillierten Wissen über die einzelnen Arztpraxen.

#### Versorgungssituation und Versorgungsrisiken aus kommunaler Sicht

Für den Status quo der hausärztlichen Versorgung benennen wenige akute Versorgungsprobleme. Die Kommunen mit benannten Versorgungsproblemen befinden sich überwiegend in den statistisch schlechter versorgten Randlagen des Bergischen Rheinlands. Einige Kommunen beschreiben, dass die hausärztliche Versorgung zunehmend von in dieser Hinsicht besser aufgestellten Nachbarorten aus übernommen wird. Andere Kommunen thematisieren die Überlastung der vorhandenen Ärztinnen und Ärzte und beklagen „Aufnahmestopps“ und lange Vorlauf-

zeiten für die Terminvergabe. Im Einzelfall wird über die räumlichen Zuschnitte der Mittelbereiche geklagt, weil diese die Abwanderung von Arztsitzen in die benachbarte Kreis- oder Großstadt ermöglichen und dies auch tatsächlich zu beobachten ist (Lohmar im Verhältnis zu Siegburg und Rösrath im Verhältnis zu Köln).

Wenngleich insbesondere in den zentraler gelegenen Kommunen auch von erfolgreichen Praxisweitergaben berichtet wird (z. B. Rösrath, Kürten, Overath), ist die Einschätzung relativ breit vertreten, dass es zukünftig zu einer Verschlechterung der hausärztlichen Versorgung kommen wird. In mehreren Fällen wurden Praxen genannt, die mangels Nachfolger geschlossen wurden (z. B. Nümbrecht, Ruppichterath, Morsbach). Insgesamt 12 der 22 befragten Kommunen artikulieren die Sorge, dass sie bei bevorstehenden Praxisabgaben vermehrt mit Schwierigkeiten für die Nachfolgeregelung rechnen.

Im Bereich der fachärztlichen Versorgung beurteilen die Bürgermeister den Status quo häufig ausgehend von den bislang gewohnten Standards. Für die kleineren Kommunen ist es normal, über keine oder nur einzelne Facharztpraxen zu verfügen. Davon ausgehend werden die relevanten Nachbarstandorte in ihrer Bedeutung hervorgehoben. An einigen etablierten Facharztstandorten wird jedoch berichtet, dass frei abzugebende Praxen bzw. Arztsitze mit großer Regelmäßigkeit in stärkere Nachbarstandorte abwandern und insofern eine Verschlechterung für die lokale Bevölkerung entsteht. Das Problem in der fachärztlichen Versorgung entsteht in der Wahrnehmung der Bürgermeister nicht primär aus dem Nachwuchsmangel und stärker aus dem räumlichen Konzentrationsprozess. Häufig werden konkret Facharztrichtungen benannt, die aus der Sicht der Kommunen vor Ort fehlen (vgl. Kapitel 4.2.1). Ergänzt wird dies bisweilen durch den Hinweis, dass die KV diese Einschätzung nicht teilt und insofern keine Niederlassungsmöglichkeiten bestehen.

### Lokalpolitische Aktivitäten zur Versorgungssicherung

Naheliegender und wichtig ist, dass die Kommunen, die einen Handlungsbedarf erkannt haben, den Kontakt und den Dialog mit der Ärzteschaft suchen. Dies ist als Informations- und Kooperationsgrundlage essenziell. Wie die Gespräche mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gezeigt haben, wird dies von deren Seite aus begrüßt und teilweise sogar eingefordert.

Einige Kommunen bringen sich aktiv in die Nachfolgeproblematik ein (von der Hilfestellung für junge Ärztinnen und Ärzte bis zu Niederlassungsprämien). Andere Kommunen führen aus, dass sie noch nach politischen Ansatzpunkten zur Sicherung der ärztlichen Versorgung suchen und sich dabei fachliche Unterstützung wünschen. Mehrfach wird von Initiativen zur Errichtung von Ärztehäusern berichtet, um jungen Ärztinnen moderne Räumlichkeiten bieten zu können. Bisweilen treten private Investoren mit derartigen Ideen an die Kommunen heran. In anderen Fällen geht die Initiative von Kommunen aus. Es wird von realisierten, von gescheiterten oder auch von projektierten Vorhaben berichtet. Auch die kommunale Trägerschaft für ein Lokales Gesundheitszentrum wird mancherorts als denkbare Alternative in Betracht gezogen oder sogar als Lösung favorisiert.

Insgesamt lassen die Gespräche mit den Bürgermeistern und Bürgermeisterinnen erkennen, dass die Kommunen bei der Sicherung der ärztlichen Versorgung mehrheitlich einen Handlungsbedarf erkannt haben und zunehmend aktiv werden wollen. Gleichzeitig wird beklagt, dafür bisweilen nicht ausreichend fachlich gerüstet zu sein. Dass die Sicherung der ärztlichen Versorgung in übergemeindliche Aktivitäten einzubetten ist, wird ebenfalls von einigen Kommunen thematisiert. Ob und wie die hier grob umrissenen lokalen Aktivitäten regionalpolitisch flankiert werden können, wird im Kapitel 5 thematisiert.



## 4.4 Rolle der Krankenhäuser

### 4.4.1 Übersicht der Krankenhäuser des Bergischen Rheinlands

Im Untersuchungsgebiet befinden sich insgesamt zehn Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung.

- Das Klinikum Oberberg umfasst zwei Akutkrankenhäuser in Gummersbach und Waldbröl sowie eine Psychiatrische Fachklinik:
  - Das Kreiskrankenhaus Gummersbach hat 536 Betten in den Fachrichtungen Innere Medizin mit Gastroenterologie, Nephrologie, Onkologie und Hämatologie, Neurologie, Allgemein, Visceral- und Thoraxchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin und Psychiatrie, HVO, Strahlenheilkunde, Anästhesie, Allgemein- und Gerontopsychiatrie sowie eine Belegabteilung Augenheilkunde.
  - Im Krankenhaus Waldbröl, einem Haus mit 305 Betten, befinden sich die Fachabteilungen Innere Medizin mit Kardiologie, Gastroenterologie, Onkologie-Hämatologie, Palliativmedizin, Allgemein- und Visceralchirurgie, Orthopädie-Unfallchirurgie, Anästhesie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie eine augenärztliche Belegabteilung.
  - Es bestehen Pläne, die kardiovaskuläre Notfallversorgung in Gummersbach zu bündeln. Dafür soll die invasive Kardiologie und die Gefäßchirurgie von Waldbröl nach Gummersbach verlagert werden.
- Das Sana Krankenhaus Radevormwald ist ein Grundversorger mit 140 Betten. Hier finden sich die Hauptabteilungen Allgemein-, Visceral- und minimalinvasive Chirurgie, Akutgeriatrie und Frührehabilitation, Anästhesie, Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie.
- Die Helios Klinik Wipperfürth (ehem. St. Josef Hospital) ist ein Grund- und Regelversorger mit 194 Betten. Dort befinden sich die Allgemein- und Visceralchirurgie, Anästhesie und Intensivmedizin mit Schmerztherapie, Gastroenterologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Geriatrie Frührehabilitation, Palliativmedizin, HNO, Innere Medizin mit Psychoonkologie, Kardiologie, Orthopädie und Unfallchirurgie.
- Die GFO ist die Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe und unterhält neben Akutkrankenhäusern auch MVZ, Pflegeeinrichtungen, Hospize und Palliativversorgungsangebote, Kindergärten, Erziehungshilfen und Schulen in Nordrhein-Westfalen und dem nördlichen Rheinland-Pfalz. Sie betreibt im Bergischen Rheinland die GFO-Klinken Rhein-Berg, zu denen das Marienkrankenhaus in Bergisch Gladbach (MKH) und das Vinzenz Pallotti Hospital in Bergisch Gladbach-Bensberg (VPH) gehören, sowie die GFO-Klinik Engelskirchen (St. Josef Krankenhaus).
  - Das Marienkrankenhaus in Bergisch Gladbach (MKH), ein Grund- und Regelversorger mit 310 Betten, umfasst die Fachabteilungen Orthopädie und Unfallchirurgie mit Wirbelsäulenzentrum, Urologie und Kinderurologie, Neurologie und klinische Neurophysiologie, Innere Medizin, Geriatrie, Augenheilkunde, Anästhesie und Intensivmedizin sowie allgemeine Chirurgie.

- Das Vinzenz Pallotti Hospital in Bensberg, ein Haus mit 233 Betten, umfasst die Innere Medizin mit Gastroenterologie, Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin mit Hospiz, Geriatrie, Allgemein- und Visceralchirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Wiederherstellungschirurgie, Traumazentrum, Anästhesie und Intensivmedizin, Schmerztherapie, sowie Gynäkologie und Geburtshilfe.
- Die GFO Klinik Engelskirchen (St. Josef Krankenhaus) hält 265 Betten vor mit den Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Urologie, Anästhesie, Geriatrie und einem Zentrum für Alterstraumatologie.
- Das St. Franziskus Krankenhaus in Eitorf ist ein Grundversorger mit ca. 100 Betten. Hier finden sich die Fachabteilungen Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie, Anästhesie und Intensivmedizin. Neu ist eine Hebammenambulanz in den Räumlichkeiten der Klinik unter der Trägerschaft des Sozialdienstes katholischer Frauen (SkF).
- Das Evangelische Krankenhaus in Bergisch Gladbach ist ein Grund- und Regelversorger mit 409 Betten in freigemeinnütziger Trägerschaft. Im Haus befinden sich die Fachrichtungen Allgemein- und Visceralchirurgie, Gynäkologie, Urogynäkologie, Onkologie, Geburtshilfe, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Radiologie, Nuklearmedizin, Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie, Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie mit Endoprothetikzentrum, Innere Medizin mit Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie und ein Tumorzentrum.
- Das Krankenhaus Wermelskirchen GmbH, ein Haus in kommunaler Trägerschaft (1/3 Stadt und 2/3 Kreis), ist ein Grund- und Regelversorger mit 200 Betten. Hier findet man die Fachabteilungen Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemein- und Visceralchirurgie, Gynäkologie, Anästhesiologie, Radiologie, HNO und Kieferchirurgie.

Mit Vertreterinnen und Vertretern fast aller Krankenhäuser (i.d.R. aus der jeweiligen Geschäftsführung) konnten zwischen Dezember 2022 und Januar 2023 Interviews geführt werden. Dabei standen folgende Themen im Mittelpunkt: Rolle der Klinik in der stationären Versorgung, die Klinik als Teil der ambulanten Versorgung, die Schnittstelle zwischen Klinik und ambulanter Versorgung sowie ein Ausblick auf die Rolle der Krankenhäuser in zukünftigen Versorgungskonzepten.

#### 4.4.2 Stärke durch Kooperationen – Beteiligung an Weiterbildungsverbänden

Die Kliniken sind ein wichtiger Standort für die Aus- und Weiterbildung, sowohl in der Pflege als auch im medizinischen Bereich. Die Pflegeausbildung erfolgt meist „aus einem Guss“. Die Theorie wird in der Pflegeschule und der Praxisteil in den angeschlossenen Kliniken und ambulanten Pflegeeinrichtungen gelehrt. Eine starke Ausbildung erfolgt durch Kooperationen von Kliniken mit gemeinsamer Schule. Exemplarisch hierfür sind folgende Pflegeschulen im Bergischen Rheinland zu nennen: In Bergisch Gladbach betreibt das Evangelische Krankenhaus in Kooperation mit dem Krankenhaus Wermelskirchen die Pflegeschule „Rhein-Berg“, die Ausbildungen in der Kranken- sowie Altenpflege anbietet. In Bensberg ist die GFO-Schule für Pflegeberufe angesiedelt, wo Pflegefachkräfte und operationstechnische Assistentinnen und Assistenten (OTA) ausgebildet werden. Die praktische Ausbildung erfolgt in den GFO-Kliniken oder in Wipperfurth. Ebenfalls in Bensberg befindet sich das GFO-Hebammenstudium-Praxiszentrum. Das Sana-Krankenhaus Radevormwald bietet die Pflegeausbildung gemeinsam mit dem Sana-Krankenhaus Remscheid an, wo die Schule auch angesiedelt ist. Die Kliniken Oberberg unterhalten ein eigenes Gesundheits- und Bildungszentrum, in dem die Ausbildungen Pflegefachmann bzw. Pflegefach-

frau, Krankenpflegeassistent, röntgentechnische Assistenz (RTA), OTA und Physiotherapie absolviert werden können. Auch in Eitorf gibt es eine eigene Krankenpflegeschule am St. Franziskus Krankenhaus.

Die an den Schulen ausgebildeten Pflegefachkräfte werden gerne nach ihrer Ausbildung übernommen. Sie wechseln teils aber auch in ambulante Pflegeeinrichtungen oder wandern in die größeren Städte ab. Es wird berichtet, dass früher weit über den eigenen Bedarf ausgebildet worden ist. Heute bemüht man sich, möglichst ganze Jahrgänge für die eigenen Krankenhäuser zu gewinnen. Der Bedarf ist groß, da viele Pflegekräfte in den Krankenhäusern in den nächsten Jahren das Rentenalter erreichen und dementsprechend eine „Verjüngung“ stattfinden müsste. So konkurrieren Krankenhäuser und ambulante Pflegeeinrichtungen um die Fachkräfte in der Region. Ein Abwandern in die größeren Städte sollte durch attraktive Angebote möglichst verhindert werden.

Die Ausbildung zur Fachärztin und zum Facharzt für Allgemeinmedizin erfordert eine Tätigkeit als Assistenzärztin oder Assistenzarzt in mehreren stationären Fachabteilungen sowie eine Ausbildungszeit in Lehrpraxen. Damit die Ausbildung ohne Verzögerungen stattfinden kann, haben sich sogenannte hausärztliche Weiterbildungsverbände gebildet. Im Bergischen RheinLand gibt es den Weiterbildungsverbund Rheinisch-Bergischer Kreis, dem das EVK, MKH, VPH sowie das Krankenhaus Wermelskirchen angehören. Die Kliniken Oberberg GmbH betreiben mit einigen Lehrpraxen den Weiterbildungsverbund Oberbergischer Kreis und die Helios Klinik Wipperfürth engagiert sich im Weiterbildungsverbund Oberbergisches Land. Dem Weiterbildungsverbund Wupper gehören die Sana Krankenhäuser in Radevormwald und Remscheid an. Im östlichen Rhein-Sieg-Kreis gibt es den Weiterbildungsverbund Siegtal, in dem sich das St. Franziskus Hospital Eitorf mit Lehrpraxen zusammengeschlossen hat. Sie werden dabei durch das Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn unterstützt. Das Krankenhaus Engelskirchen ist in keinen Weiterbildungsverbund eingebunden, aber auch hier werden regelmäßig Allgemeinmediziner ausgebildet, die sich anschließend teils in der Region, aber auch in den nahegelegenen Großstädten niederlassen. Die koordinierte Ausbildung der Hausärztinnen und Hausärzte ist ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Fläche. Es ist erstrebenswert, dass die in den Kreisen ausgebildeten Allgemeinmediziner in der Region bleiben und sich dort niederlassen. Auch die Ausbildung zu anderen Facharztbezeichnungen erfolgt in den Kliniken. Hierzu ist eine mehrjährige Tätigkeit in der Fachabteilung erforderlich. Nicht alle Krankenhäuser können die volle Weiterbildungszeit z. B. in der Inneren Medizin oder der Chirurgie anbieten. Auch hier profitieren sowohl Kliniken als auch auszubildende Ärztinnen und Ärzte von Kooperationen untereinander. So können auch Grundversorger gemeinsam die volle Facharztausbildung ermöglichen. Ausgebildete Fachärztinnen und -ärzte gehen zum Teil in die Niederlassung, häufig spezialisieren sie sich jedoch weiter. Sie bleiben vergleichsweise selten im Bergischen RheinLand und wechseln häufiger in die Großstädte.

Viele der genannten Kooperationen entstehen durch persönliche Kontakte oder innerhalb der Krankenhausverbände. Beispielhaft für eine gelungene Zusammenarbeit von Kliniken im Bergischen RheinLand ist die enge Zusammenarbeit vom Krankenhaus Wermelskirchen und dem EVK Bergisch Gladbach, insbesondere in der Kardiologie. MKH und EVK sind gemeinsam im „Geriatrischen Versorgungsverbund“ engagiert. Synergien ergeben sich auch in der Neurologie und Psychiatrie. Ein Beispiel aus dem GFO-Verbund ist die „Dr. Bimmel-Bahn“. Hier wird Fachärztin und Facharzt-Expertise in den ländlichen Raum gebracht: Der Herzchirurg Dr. Bimmel rotiert aus dem Bonner Marienhospital nach Engelskirchen und in die Rhein-Berg-Standorte MKH und VPH, um dort Schrittmacher-Patientinnen und -Patienten zu versorgen.

### 4.4.3 Engagement im ambulanten Sektor

Den Kliniken werden immer wieder freie Kassensitze von Niedergelassenen angeboten, die das Rentenalter erreichen. So sind in den vergangenen Jahren klinikgeführte Medizinische Versorgungszentren (MVZs) im Bergischen Rheinland entstanden. Die Krankenhäuser fokussieren sich dabei in der Regel auf Fachrichtungen, die zu ihrem stationären Spektrum passen. Denn „besonders problematisch im ländlichen Raum ist es, für das MVZ Ärztinnen und Ärzte in den Fachbereichen zu finden, die nicht in der Klinik ausgebildet sind“, unterstreicht einer der interviewten Akteure. So gründete das St.-Franziskus-Krankenhaus Eitorf drei MVZs der Fachrichtung Unfallchirurgie/Orthopädie an den Standorten Eitorf, Much und Oberwiehl, passend zum vorhandenen Schwerpunkt durch das Endoprothetikzentrum.

Zwei weitere MVZs befinden sich am Kreiskrankenhaus Gummersbach. Ursprünglich wurden in der Fläche sogar fünf betrieben, allerdings hat sich diese Struktur finanziell nicht rentiert. Auch das KH Wermelskirchen betreibt ein MVZ, nachdem ein niedergelassener Chirurg seinen Kassensitz anbot. Im Sana-Konzern sind die MVZs inzwischen von den Kliniken losgelöst und werden durch eine eigene Betreibergesellschaft geführt. In Radevormwald gibt es ein gastroenterologisches MVZ mit Schwerpunkt auf Endoskopien sowie ein kardiologisches MVZ. Das EVK betreibt ein MVZ für Gynäkologie, eine Praxis für Chirurgie und eine für Neurochirurgie am KH-Standort sowie ein weiteres MVZ für Chirurgie in Lindlar. Manche Krankenhäuser fungieren auch als Vermieter für Arztpraxen, sodass teils Facharztzentren an den Klinikstandorten entstehen. Hier können Synergien genutzt werden. Daneben werden auch ambulante Operationszentren mit BG-Ambulanz etabliert, wie etwa am VPH in Bergisch Gladbach. Es ist ein Bestreben der Kliniken und auch eine natürliche Entwicklung durch sich ergebende Synergien, dass an den Krankenhausstandorten vermehrt Gesundheitscampus mit MVZ, angegliederten Facharztpraxen und Pflegeeinrichtungen entstehen. Auch die Bereitschaftspraxen an den Standorten Bergisch Gladbach, Gummersbach und Waldbröl sind ein wichtiger Bestandteil eines solchen Gesundheitsangebots. Sie bieten eine zentrale Anlaufstelle, wenn die Praxen geschlossen sind und entlasten die Notaufnahmen der Kliniken. Aus Sicht eines Akteurs ist die „doppelte Facharztschiene Krankenhaus und Praxis [...] auf dem Land gar nicht erforderlich“. Die Geschäftsführungen können sich zumeist gut vorstellen, sich weiter in der fachärztlichen Versorgung im ambulanten Sektor zu engagieren. Hierfür benötigen die Kliniken jedoch eine Finanzierungssicherheit, die politisch geschaffen werden müsste. Obwohl häufig auch hausärztliche Kassensitze angeboten werden, haben die Kliniken in diesem Bereich bisher noch kein Engagement aufgebaut.

Auch im Pflegesektor gibt es ein Engagement im ambulanten Bereich. Exemplarisch sind u. a. folgende Beispiele zu nennen: Am Vinzenz Pallotti Hospital gibt es das SAPV-Team. Dabei handelt es sich um die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung, die an das stationäre Palliativ- und Hospizangebot angegliedert ist. Das EVK betreibt seit einiger Zeit eine eigene Kurzzeitpflege mit zehn Plätzen.

Aus der Mangelsituation heraus ist die Hebammenambulanz in Eitorf entstanden. Hier arbeiten selbständige Hebammen, die die Räumlichkeiten der Klinik nutzen. Durch den Wegfall von Geburtshilfestationen in Eitorf, Siegburg, Bad Honnef und Sankt Augustin ist die Versorgung der Schwangeren durch Hebammen gefährdet. Das Angebot einer offenen Sprechstunde für die vor- und nachgeburtliche Versorgung wird durch zwei Hebammen am Standort des St. Franziskus Krankenhaus Eitorf realisiert. Träger dieser Ambulanz ist der Sozialdienst katholischer Frauen (SkF). Durch den Wegfall der Fahrzeiten können die beiden Hebammen in der Ambulanz mehr Schwangere versorgen.

#### 4.4.4 Nutzung von Telemedizin

Telemedizinische Anwendungen werden in den Krankenhäusern hauptsächlich genutzt, um die Expertise einer Klinik auch an anderen Standorten zur Verfügung zu stellen. So stellt beispielsweise die Klinikum Oberberg GmbH als Konsortialpartner beim Innovationsfondsprojekt OBERBERG\_FAIRsorgt ihre fachärztliche Expertise in Fallkonsilen zur Verfügung. Diese können über die im Projekt zum Einsatz kommende technische Plattform abgewickelt werden. Auch das EVK in Bergisch Gladbach ist an die Kardiologie der Kölner Universitätsklinik angebunden. Es werden darüber hinaus Online-Sprechstunden angeboten, sofern dies ein sinnvolles Medium darstellt, z. B. in der Gefäßchirurgie – grundsätzlich besteht bei der Anwendung aber noch Ausbaupotenzial. Neurologische Konsile werden in Engelskirchen telemedizinisch im MKH angefordert und onkologische Experten werden bei den Tumorkonferenzen in Wermelskirchen online zugeschaltet. Im GFO-Verbund gibt es interdisziplinäre Besprechungen, die telemedizinisch ermöglicht werden, auch mit dem Universitätsklinikum Bonn. Teleradiologie wird an mehreren Krankenhäusern im Bergischen RheinLand genutzt und verknüpft so die kooperierenden Häuser wie z. B. Waldbröl mit dem Standort Gummersbach. Hierzu werden verschiedene Netzwerke oder privatwirtschaftliche Anbieter genutzt.

Im Aufbau befindet sich die intersektorale Kommunikation durch Telemedizin. So sind Patientenportale sowie Arztinformationssysteme an einigen Krankenhäusern im Aufbau, die Telematik-Infrastruktur (TI) konform auf- oder umgebaut werden. Die Niedergelassenen sollen näher an die Kliniken gebunden werden und den Informationstransfer so erleichtert werden. Digitale Sprechstunden zwischen Klinikärztinnen und -ärzten und Hausärztinnen und -ärzten werden deshalb ebenfalls aufgebaut. Solche Videokonferenzen werden teilweise bereits für Sprechstunden zwischen Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten in der Psychiatrie genutzt. Der Ausbau von Arzt- und Patientenportalen sollte weiter gefördert und vorangebracht werden, um intersektorale Grenzen (zumindest ein Stück weit) zu überwinden. So könnten Hausärztinnen und Hausärzte und Pflegedienste z. B. Entlassbriefe auch am Wochenende abrufen und Medikationspläne abgleichen. Abgesehen von den genannten Aspekten spielt Telemedizin für die Krankenhäuser bisher eine eher untergeordnete Rolle.

#### 4.4.5 Ausblick

Die Kliniken bieten grundsätzlich ein großes Potenzial für Engagement im ambulanten Sektor. Die Krankenhausvertreter haben in den Gesprächen Offenheit für eine intersektorale Zusammenarbeit signalisiert. Die Ambulantisierung soll in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten weiter vorangetrieben werden. So möchte man an einem Klinikstandort aufgrund der angespannten Situation ein hausärztliches Angebot schaffen, allerdings werden in diesem Zusammenhang fehlende räumliche Kapazitäten genannt, die eine entsprechende Entwicklung bisher verhindern würden.

Doch nicht nur fehlende Räumlichkeiten sind ein Problem. Die Kliniken sind an wirtschaftliche Zwänge gebunden: Ihr Engagement muss sich wirtschaftlich auszahlen, und so wird die Versorgung in der Fläche seitens der Kliniken zu einem politischen Thema. Es müsste etwa mehr Rechtssicherheit für ein umfängliches Ermächtigungswesen geschaffen werden.

Das Krankenhaus Eitorf hat die Projektidee „Gemeindeschwester 4.0“ initiiert. Mit der Initiative sollen Gemeindeschwestern Hausbesuche machen, Nachsorge betreiben und Lotsin im Gesundheitswesen sein. Im Bedarfsfall kann sie telemedizinisch eine Ärztin oder einen Arzt zuschalten und befragen. Für Landwirte soll sie sich auch um offene Fragen im Krankheitsfall kümmern, etwa wer die Tiere in der Zeit versorgt. Dieses Angebot richtet sich an ältere, alleinstehende

Patientinnen und Patienten, aber auch an junge Familien. Solche Ansätze sollten grundsätzlich zur Entlastung von ärztlichem Personal durch erhöhte Arbeitsteilung weiterverfolgt werden.

Solange eine gesetzliche Grundlage für die Abrechenbarkeit von Leistungen im ambulanten Sektor fehlt, kann man nicht auf die Krankenhäuser als Motor der Versorgung in der Fläche bauen. Da die Krankenhausfinanzierung derzeit mit Unsicherheiten und langfristigen Risiken behaftet ist, muss man davon ausgehen, dass ihr Engagement nur so weit gehen kann, wie es ihnen wirtschaftlich nutzt oder zumindest nicht schadet. Daher wird es Aufgabe der Politik sein, verschiedene Akteure wie Niedergelassene, Kliniken und private Investoren miteinander ins Gespräch zu bringen oder auch selbst Betreiber eines ambulanten Gesundheitszentrums zu sein. Sinnvoll wäre etwa auch eine stärkere Konzentration medizinischer Leistungen im Sinne eines Gesundheitscampus an den Krankenhausstandorten, um so die Ressourcen der Kliniken zu nutzen und die Patientinnen und Patienten über Mobilitätsangebote an diese Standorte anzubinden.

#### 4.5 Kurz zusammengefasst: Versorgungsdefizite und Versorgungsrisiken im Bergischen RheinLand

Die medizinische Versorgung im Bergischen RheinLand korrespondiert weitestgehend mit den gegebenen Siedlungsstrukturen (siehe Kapitel 3). Vordergründig lässt sich dies an der Dichte der jeweils in vertretbaren Entfernungen erreichbaren Arztpraxen und sonstigen Gesundheitsangeboten ablesen. Dabei weisen eine geringere Dichte und etwas größere Entfernungen nicht unmittelbar auf Versorgungsdefizite hin. Die Bevölkerung in etwas ländlicheren Gegenden nimmt es erfahrungsgemäß als weitgehend selbstverständlich hin, für viele Anlässe des täglichen Lebens etwas längere Wege in Kauf nehmen zu müssen. Allerdings zeigen die Analysen, dass insbesondere in den dünn besiedelten östlichen Teilräumen des Bergischen RheinLands Versorgungsdefizite und Versorgungsrisiken verstärkt auftreten. Aber auch die anderen Teilräume zeigen im Status quo schon Überlastungserscheinungen und entsprechende Versorgungsdefizite.

Kurz zusammengefasst lassen sich die zentralen Befunde folgendermaßen darstellen:

- Die Ärzteschaft ist im Ganzen sehr stark belastet, fast zwei Drittel der Befragten können die Behandlungsnachfrage nur schwer bewältigen, dies führt oft zu langen und für die Patientinnen und Patienten nicht immer unkritischen Wartezeiten. In einem von zeitlicher Überforderung geprägten Arbeitsalltag fällt es schwer, die medizinisch für erforderlich gehaltenen Behandlungsstandards aufrecht zu erhalten. Dies kann zu Mängeln in der Versorgungsqualität führen und untergräbt die Arbeitszufriedenheit der Mediziner.
- Hauptgründe sind der gestiegene Verwaltungsaufwand einerseits und der Zeitaufwand für die Behandlung (z. B. mehr ältere Patientinnen und Patienten, Sprachbarrieren) andererseits. Teilweise wird darauf verwiesen, dass Praxen im Umfeld nicht nachbesetzt werden konnten, abgewandert sind oder nur noch eingeschränkte Sprechzeiten anbieten. Im Ergebnis müssen die bestehenden Praxen eine zunehmende Versorgungslast tragen.
- In den kommenden Jahren werden viele Ärztinnen und Ärzte im Bergischen RheinLand in den Ruhestand gehen, es bedarf einer Vielzahl an nachrückenden Medizinerinnen und Medizinern, doch die Ausbildungskapazitäten sind deutschlandweit zu gering. Das Bergische RheinLand steht demnach absehbar in einem zunehmend intensiven Wettbewerb um den ärztlichen Nachwuchs.

- Dementsprechend stufen die derzeitigen Niedergelassenen die Nachfolgesuche als enorm schwierig ein, insbesondere aufgrund der Diskrepanz zwischen Praxisorganisation (mehrheitlich Einzelpraxen und kleine BAGs) und den Präferenzen der jungen Generation sowie durch die hohe Zahl an gleichzeitigen Praxisabgaben (Angebot überschreitet Nachfrage deutlich).
- Veränderungsbereitschaft ist vorhanden: Viele Befragte würden gerne personell wachsen, sind auf der Suche nach Fachkräften und erachten Praxiskooperationen als sinnvoll, etwa um Effizienz zu erhöhen und die (arztentlastende) Arbeitsteilung zu verbessern. Dies betrifft sowohl die Patientenversorgung als auch und insbesondere die Arztentlastungen im administrativen Bereich.
- Grundsätzlich wünschen sich die meisten Ärztinnen und Ärzte weniger Bürokratie, teils auch weniger personelle und wirtschaftliche Verantwortung, mehr Arbeitsteilung durch Teamarbeit und Delegation, mehr Flexibilität und weniger Wochenstunden.

In der Summe zeigen sich in der Region erste Versorgungsdefizite und insbesondere aus der Altersstruktur und dem absehbaren Fachkräftemangel entstehende zukünftige Versorgungsrisiken. Dabei ist ein deutliches Zentrum-Peripherie-Gefälle erkennbar. Insbesondere die östlichen und südöstlichen Ränder des Bergischen Rheinlands sind kurzfristig betroffen, mittelfristig auch die Kommunen entlang der Rheinschiene. Gleichzeitig zeigt sich in der Ärzteschaft und bei anderen Gesundheitsdienstleistern jedoch ein Interesse an innovativen Lösungen zur Verbesserung der Situation. Hieran kann eine regionale Gesundheitspolitik im Bergischen Rheinland ansetzen.

# 5 Empfehlungen zur Sicherung und Modernisierung der Gesundheitsversorgung

## 5.1 Etablierte Zuständigkeiten und neue Aufgaben für die kommunale Ebene

**Empfehlung kompakt** | Ein kommunales Engagement für die Sicherung und Weiterentwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung ist in den meisten Regionen derzeit noch unterentwickelt, aber angesichts der absehbaren Versorgungsrisiken und Versorgungsdefizite auch im Bergischen RheinLand dringlich. Entsprechende politische Grundsatzbeschlüsse in den Kreistagsgremien sollten das zukünftige Engagement absichern und können sich dabei auf die Empfehlungen der vorliegenden Studie beziehen.

### 5.1.1 Aufgaben der kommunalen Ebene im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Spätestens seit der Corona-Pandemie sind die auf der kommunalen Ebene angesiedelten Gesundheitsämter mit ihrer zentralen Rolle für den Infektionsschutz wieder stärker in die Wahrnehmung einer breiten Öffentlichkeit gerückt. Hier haben die Gesundheitsämter teilweise sehr eng mit Gesundheitsakteuren zusammengearbeitet und einen maßgeblichen Beitrag zur Eindämmung der Pandemie geleistet. Die kommunale Ebene hat als Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) jedoch darüber hinausreichende Aufgaben. Diese sind in NRW primär durch das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW) definiert. In der Regel werden die Aufgaben auf der kommunalen Ebene von den Gesundheitsämtern der Kreise bzw. der kreisfreien Städte wahrgenommen (untere Gesundheitsbehörden). Die Zuständigkeit umfasst im Wesentlichen die folgenden Bereiche:

- Gesundheitsförderung und Prävention (Aufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsberatung etc.)
- Gesundheitshilfe (mit Fokus auf Gruppen wie Obdachlose, Migranten und Geflüchtete, Nicht-Versicherte, Schwangere, behinderte Menschen etc.)
- Infektionsschutz (etwa Überwachung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten)
- Hygieneüberwachung (z. B. in Krankenhäusern, Kitas, Badegewässern etc.)
- Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung und kommunale Gesundheitskonferenzen

Insbesondere die Aufgaben der Gesundheitsplanung und damit in Verbindung die kommunalen Gesundheitskonferenzen ergänzen in den letzten Jahren zunehmend die zuvor genannten klassischen Aufgaben. Hierin deutet sich bereits an, dass der Gesetzgeber in der Auseinandersetzung



mit neuen gesundheitspolitischen Herausforderungen auch die Rolle der Kommunen neu justiert. Die seit einigen Jahren etablierten Gesundheitskonferenzen in den beteiligten Kreisen zeigen, dass dies auch in den Regionen angenommen und genutzt wird.

Mit dem genannten Aufgabenspektrum übernehmen die Kreise im Bergischen Rheinland mit ihren Gesundheitsämtern bereits im Status quo wichtige, gesundheitsrelevante Aufgaben. Für die vorliegende Studie und im Licht der Untersuchungsergebnisse stellt sich allerdings die Frage, ob die kommunale Aufgabenwahrnehmung auszuweiten bzw. um neue Facetten zu ergänzen ist. Dabei steht hier insbesondere ein kommunales Engagement zur Sicherung der Versorgung im ambulanten Bereich zur Diskussion.

### 5.1.2 Die Versorgungssicherung im ambulanten Bereich – (k)eine kommunale Aufgabe

Der ambulante Bereich besteht im Wesentlichen aus den niedergelassenen Ärzten der unterschiedlichen Fachrichtungen, die ihre Praxen überwiegend selbständig-freiberuflich betreiben. Primär hiermit beschäftigt sich die vorliegende Analyse und zeigt einerseits für den Status quo Versorgungsengpässe und für die Zukunft Versorgungsrisiken auf. Diese begründen einen Handlungsbedarf, der auch als Herausforderung an die kommunale Ebene beschrieben werden kann. Eine kommunale Aufgabenwahrnehmung muss sich jedoch in eine bestehende Arbeitsteilung der etablierten gesundheitspolitisch relevanten Ebenen einfügen und hier mit einem spezifischen Ansatz Wirksamkeit entfalten. Die etablierten Zuständigkeiten in der Sicherung der ambulanten Versorgung können dabei folgendermaßen umrissen werden:

- Auf der Bundesebene wird unter weitreichender Beteiligung der Kostenträger (Krankenkassen/-versicherungen) und der Leistungserbringer (insbesondere Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften) entschieden, wie viel Geld in das Gesundheitssystem eingespeist wird (Beitragsätze), welche Behandlungen wie bezahlt werden (Leistungskatalog), welche Regeln für die Zulassung von Leistungserbringern gelten (Zulassungsrecht, Bedarfsplanung) und welche Berufsgruppen mit welchen Ausbildungsvoraussetzungen an der Behandlung (Berufs-, Aus- und Weiterbildungsordnungen) beteiligt werden.
- Ein großer Teil der Administration der auf der Bundesebene ausgehandelten und beschlossenen Regelungen erfolgt für die ambulante Gesundheitsversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die mehrheitlich auf Landesebene organisiert sind. In Nordrhein-Westfalen teilen sich diese Aufgaben die KV Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe. Als Organ der ärztlichen Selbstverwaltung haben sie insbesondere den im Sozialgesetzbuch V verankerten „Sicherstellungsauftrag“. Insofern sind sie dafür zuständig, dass gemessen am Behandlungsbedarf der Bevölkerung ausreichend Ärztinnen und Ärzte praktizieren (können). Dies umfasst insbesondere die sogenannte Bedarfsplanung (im Rahmen der bundeseinheitlichen Bedarfsplanungsrichtlinie) und die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten bzw. Praxen zur Erbringung kassenärztlicher Leistungen. Gleichzeitig haben sie die Aufgabe, das ihnen zugewiesene Honorarvolumen auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu verteilen bzw. durchzuleiten.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Aus diesen beiden Hauptzuständigkeiten ergeben sich konkurrierende Interessen: Denn je größer die Zahl der zugelassenen Ärztinnen und Ärzte, umso besser ist die Ärzteversorgung im Sinne der Sicherstellungsauftrags. Insofern könnten die KVen versucht sein, die bestehenden Spielräume der Bedarfsplanungsrichtlinie zugunsten einer quantitativ großzügigen Zulassung von Praxen auszunutzen. Allerdings gilt auch, dass bei einem durch Bundesregeln begrenzten Honorarvolumen eine vermehrte Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zu einem sinkenden Honorarvolumen pro Arzt bzw. pro

- Eine wesentliche Rolle spielen zudem die Länder, weil sie in ihrer Zuständigkeit für die Universitäten über das Studienplatzangebot und die Studienzulassung entscheiden. Im Rahmen der Ausgestaltung der Studiengänge nehmen sie auch Einfluss auf die vom medizinischen Nachwuchs angestrebten Fachrichtungen (Allgemeinmedizin, Orthopädie, Gynäkologie usw.). Ob Ärztinnen und Ärzte vor Ort fehlen oder im Übermaß zur Verfügung stehen und die KVen ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen können, hat insofern auch damit zu tun, ob die Länder in ihrer Universitätsplanung bedarfsgerecht und vorausschauend agieren.

Mit dieser grob beschriebenen Aufgabenteilung kam der ambulante Gesundheitsbereich in der Vergangenheit weitgehend ohne ein gesondertes kommunales Engagement aus. Dementsprechend haben die Kommunen keine gesetzlich verankerten und instrumentell abgesicherten Regelungsbefugnisse und Zuständigkeiten im Bereich der Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Diese formelle Nicht-Zuständigkeit schützt nicht davor, dass Probleme der Gesundheitsversorgung von der Bevölkerung oder den Gesundheitsakteuren an die Kommunen bzw. die Kommunalpolitik herangetragen werden. Denn von den Bürgerinnen und Bürgern werden die Kommunen nicht nur als erste Ansprechpartner, sondern auch in einer Universalzuständigkeit für die Fragen der örtlichen Daseinsvorsorge und Lebensqualität wahrgenommen. Diese gefühlte politische Erstzuständigkeit der Kommunen deckt sich zudem mit den grundlegenden Vorstellungen eines subsidiären Gesellschafts- bzw. Staatsaufbaus.

### 5.1.3 Strategische Ziele und Handlungsstränge einer regionalen Gesundheitspolitik

Für die regionale Gesundheitspolitik bieten sich ausgehend von den vorliegenden Untersuchungsergebnissen zwei strategische Hauptziele an:

- Erstens sollte es im Kontext der bevorstehenden Ruhestandswelle und des absehbaren Fachkräftemangels darum gehen, die Attraktivität und insbesondere Wettbewerbsfähigkeit der Region bei der Anwerbung junger, nachrückender Mediziner und sonstiger Fachkräfte zu sichern.
- Zweitens wird es wichtiger, die vorhandenen und zunehmend knappen Personalressourcen im Sinne einer guten Gesundheitsversorgung effizient (ressourcenschonend) und zugleich effektiv (zielgerichtet wirksam) einzusetzen. Dies bedeutet zugleich, die beteiligten Berufsgruppen wie z. B. Ärzte ausbildungsadäquat einzusetzen und sie nicht unnötig mit fachfremden Aufgaben (z. B. Verwaltungsaufgaben) zu belasten.

Ausgehend vom etablierten Spektrum des kommunalpolitischen Handelns wäre es zunächst naheliegend, einen Schwerpunkt auf die Fragen der Fachkräfteanwerbung zu legen und dabei primär Maßnahmen eines zielgruppenorientierten Regionalmarketings einzusetzen. Dies ist sicher nicht falsch, wäre aber im Licht der bestehenden Herausforderungen unzureichend. Denn der entscheidende Faktor für die Anwerbung von jungen Fachkräften sind Arbeitsplätze, die den Wünschen und Anforderungen der nachrückenden Ärztegeneration entsprechen. Das Argument, dass Charakter und Qualität der ärztlichen Arbeitsplätze nicht dem unmittelbaren Zugriff der Kommunen unterliegen, ist einerseits richtig, kann aber angesichts der Bedeutung einer zu gewährleistenden regionalen Gesundheitsversorgung nicht befriedigen.

---

Praxis führt. Als Organ der Selbstverwaltung der bereits niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte schützen sie aber zugleich deren Einkommen. Insofern wirkt dies als „Bremsschuh“ an einer offensiven Ausdehnung der Neuzulassung von Ärztinnen und Ärzten.

Neben den Aufgaben einer politisch unterstützten Fachkräfteanwerbung ist es von daher zentral, Wege der Einflussnahme auf eine Modernisierung der ambulanten Versorgung zu erproben und zu etablieren, die im Sinne der zwei genannten strategischen Zielsetzungen wirksam werden (können). Hier zunächst von Erprobung zu sprechen ist vor allem deshalb gerechtfertigt, weil eine derartige kommunale Verantwortungsübernahme für die ambulante Versorgung in Deutschland noch am Anfang steht. Es gibt zwar vielfältige punktuelle Bemühungen, aber noch kein etabliertes Bündel von wirksamen Handlungsansätzen und Maßnahmen. Die regionale Gesundheitspolitik wird sich hier schrittweise wirksame Handlungsansätze erschließen müssen.

Wege zu wirksamen Handlungsansätzen finden sich primär im Bereich der Kommunikation und Kooperation mit Gesundheitsakteuren bzw. Ärzten. Denn letztlich sind es in der Regel die Gesundheitsdienstleister und insbesondere die Arztpraxen, die ihre betriebliche Organisation sowohl auf die Anforderungen des medizinischen Nachwuchses einstellen müssen als auch dafür Sorge zu tragen haben, dass mit gegebenen Personalkapazitäten eine möglichst hohe Versorgungswirkung (quantitativ und qualitativ) erzielt werden kann. Im Dialog mit der Ärzteschaft kann die regionale Gesundheitspolitik helfen, innovative Ansätze zu entwickeln und diese umzusetzen. Kernaufgabe einer so verstandenen kommunalen Gesundheitspolitik zur Sicherung der ambulanten Versorgung ist es insofern, Impulse und eigene Beiträge zur Modernisierung der Versorgungslandschaft zu erbringen. Die Kommunen übernehmen dann die Aufgabe, Promoter und Unterstützer von guten Versorgungslösungen zu sein, die aber primär in den privatwirtschaftlich betriebenen Einrichtungen umgesetzt werden (wie z. B. im Projekt OBERBERG\_FAIRsorgt).

Während es im stationären Sektor üblich ist, dass sich die Kommunen zum Beispiel als Krankenhausträger engagieren oder auch weitgehende Zuständigkeiten in der Organisation des Rettungsdienstes haben, ist ein kommunales Engagement im oder an der Schnittstelle zum ambulanten Sektor bislang die Ausnahme. Allerdings ändert sich dies seit einigen Jahren sukzessive. Dies reicht von der Wiederbelebung sogenannter Gemeindeschwestern über die Integration von kommunalen Dienstleistungen in Gesundheitseinrichtungen (z. B. in einem Gesundheitskiosk) bis zum Betrieb eigener kommunaler Gesundheitszentren<sup>18</sup>, die als größere und idealerweise multiprofessionell betriebene Arztpraxen die Lücken in der bestehenden ambulanten Versorgung schließen (wie z. B. die entsprechenden Überlegungen in Morsbach). Letztere können auch darüberhinausgehende gesundheitsrelevante und soziale Dienstleistungen umfassen.

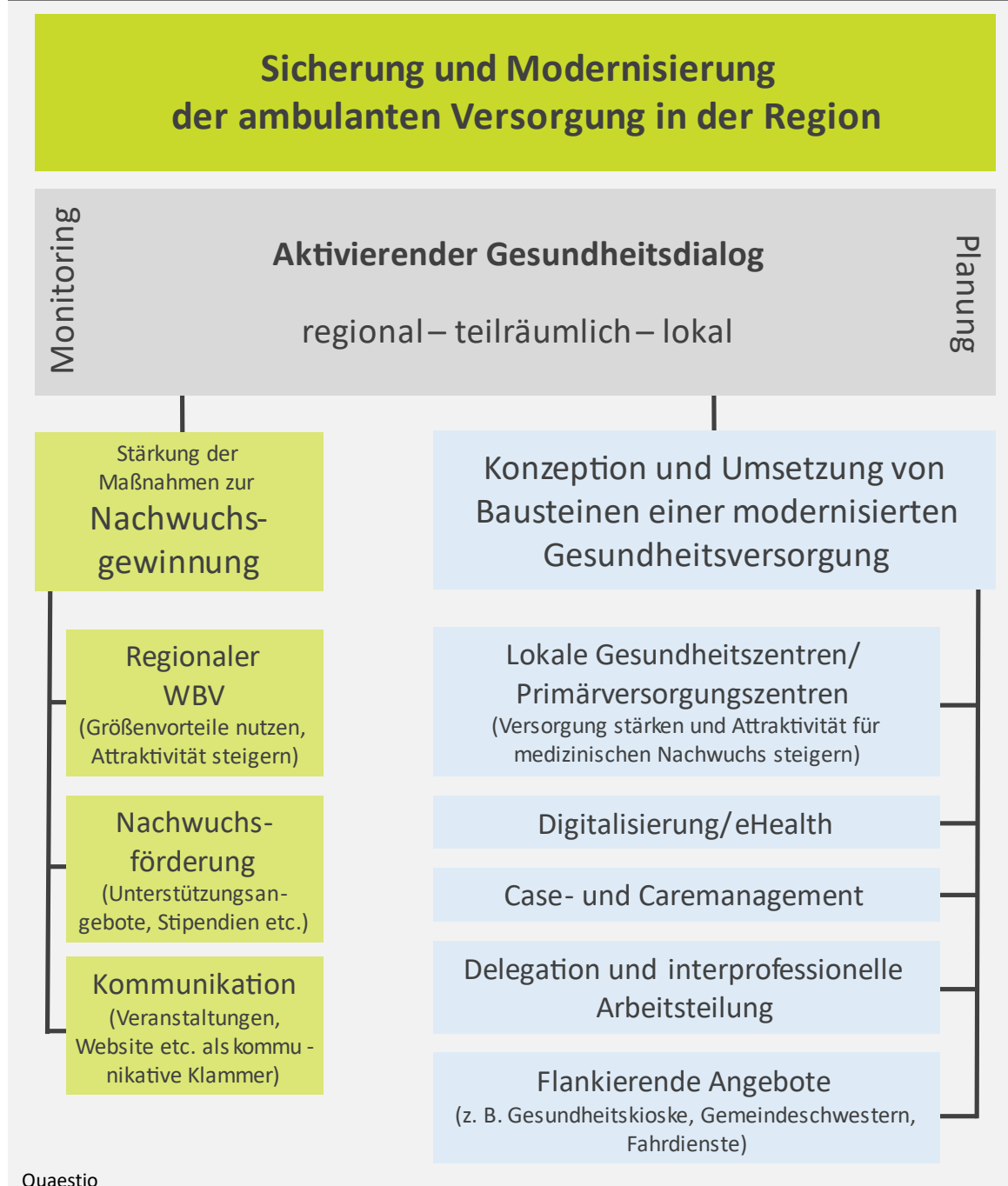
Mit dem GVSG (siehe Exkurs, Anhang 1) würde der vielerorts bereits eingeschlagene Weg der Kommunen einen gesetzlichen Rahmen und – wichtiger noch – eine finanzielle Absicherung bzw. Unterstützung erhalten. An den erweiterten Möglichkeiten des GVSG kann auch die regionale Gesundheitspolitik des Bergischen RheinLands ansetzen. Zudem sollten die Kommunen und die Gesundheitsakteure stets die aktuellen Fördermöglichkeiten berücksichtigen, etwa der KV Nordrhein und des Landes NRW (siehe Exkurs im Anhang). Welche Städte und Gemeinden des Untersuchungsgebiets in den Fördergebieten liegen, geht aus der Tabelle 9 (Anhang 2) bzw. aus den Kommunalsteckbriefen (Anhang 5) hervor.

---

<sup>18</sup> Nachdem es der Gesetzgeber im Jahr 2015 den Kommunen ermöglicht hat, ambulante Praxen bzw. Gesundheitszentren zu betreiben, geht man heute von ca. 30 kommunal betriebenen MVZ in Deutschland aus. Im Gebiet der KV Nordrhein sind nach eigenen Angaben zwei kommunale MVZ zugelassen, drei weitere befinden sich in der Beratung. Bundesweit wird in den nächsten Jahren ein deutlicher Zuwachs erwartet.

Zusammengefasst geht es darum, erstens die Fachkräfteanwerbung- und -bindung zu stärken, zweitens das Potenzial der Gesundheitsakteure zur Umsetzung innovativer Versorgungslösungen zu heben und dies drittens – wenn erforderlich – mit eigenen kommunalen gesundheitsnahen Dienstleistungen zu stärken (siehe Abbildung 25). Überwölbt und eingebettet ist diese Trias von Handlungssträngen in einen intensiven Dialog und einer entsprechenden Kooperation von Kommunen und Gesundheitsakteuren (insbesondere niedergelassenen Ärzten und den entsprechenden berufsständischen Organisationen). Dies wird in den folgenden Kapiteln weiter ausgeführt.

**Abbildung 25: Sicherung und Modernisierung der ambulanten Versorgung im Bergischen RheinLand – Scharnier, Handlungsstränge und Bausteine**



## 5.2 Gesundheitsdialog, Gesundheitsplanung und Monitoring – Klammer der regionalen Gesundheitspolitik für den ambulanten Sektor

### 5.2.1 Kommunikation und Dialog als Basis einer kommunalen Strategie

**Empfehlung kompakt |** Die kommunale Ebene der Region (Städte und Gemeinden, Kreise, Region Bergisches RheinLand) sollte den zielgerichteten Dialog zur Sicherung und Weiterentwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung stärken und hierzu die organisatorischen Voraussetzungen schaffen. Primäre Adressaten dieses Dialogs sind die Gesundheitsakteure und insbesondere die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Ferner sollten die übergeordneten Ebenen (insbesondere KV und Kostenträger) eingebunden werden.

Im vorigen Kapitel wurde schon ausgeführt, dass die Region bzw. die kommunale Ebene in der Region mangels formaler Zuständigkeiten und gewichtiger eigener Einrichtungen im ambulanten Bereich im Kern auf eine Dialog- und Kooperationsstrategie setzen muss, um sich Handlungsmöglichkeiten zu erschließen und einen Einfluss auf die Sicherung und Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung ausüben zu können. Insofern sind Kommunikation und Kooperation eine Art Transmissionsriemen der Zielerreichung. Der Dialog ist von daher kein Selbstzweck, sondern ist vom gewünschten Output – der anzustrebenden Modernisierung des ambulanten Sektors – her zu denken und zu konzipieren. Dies bedeutet zugleich, nicht allein über Ziele zu reden, sondern aus dem Dialog heraus entsprechend wirksame Umsetzungsprojekte einzuleiten und dauerhaft zu implementieren.

Der Dialog mit den Gesundheitsakteuren sollte dabei auf verschiedenen Ebenen ansetzen:

- Auf einer lokalen Ebene, um hier die Grundlagen einer intensiven Kooperation zwischen Ärzteschaft und Kommunen zu legen und detaillierte Kenntnisse über den Versorgungsalltag und (drohende) Versorgungsdefizite zu erlangen.
- Auf einer übergemeindlichen, teilräumlichen Ebene, um davon ausgehend die ambulanten Versorgungsangebote in sinnvollen räumlichen bzw. siedlungsstrukturellen Zusammenhängen planen und weiterentwickeln zu können.
- Auf einer regionalen Ebene (Bergisches RheinLand oder Kreise), um die generellen Herausforderungen zu thematisieren, innovative Lösungen zu entwickeln, diese koordiniert zu erproben sowie darüber hinaus das Netzwerk zur gesundheitspolitisch relevanten Landes- und Bundesebene, zu den gesundheitspolitisch relevanten Verbänden (z. B. KV) und zu den Kostenträgern/Krankenkassen zu pflegen.

Der beschriebene Dialog braucht ein organisatorisches Rückgrat und entsprechende Zuständigkeiten. Auf der Gemeindeebene empfiehlt sich die Benennung von eng mit den Bürgermeistern oder Sozialdezernenten kooperierenden Gesundheitskoordinatoren. Auf der Kreisebene sollten die entsprechenden Zuständigkeiten in den Gesundheitsämtern oder in der Kreisentwicklung gestärkt werden. Gegebenenfalls sind darüber hinaus gemeinsame Zuständigkeiten für das Bergische RheinLand zu schaffen.

## 5.2.2 Überörtliche Zusammenarbeit stärken - Teilräume bilden und Teilraumdialoge initiieren

**Empfehlung kompakt |** Für die Sicherung und Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung sollten geeignete interkommunale Handlungs- und Kooperationsräume definiert werden, um auf dieser Ebene in einen versorgungssichernden Dialog mit den Ärzten und anderen Gesundheitsakteuren einzutreten. Dabei geht es auf dieser teilräumlichen Ebene primär um die Frage: Welche Einrichtungen in welcher Träger- bzw. Betreiberschaft sollen von welchen Standorten aus welche Gesundheitsleistungen erbringen?

Im Status quo sind bereits auf Kreisebene Gesundheitskonferenzen, Elemente eines Gesundheitsmonitorings und einer darauf basierenden Planung etabliert. Ferner haben viele Städte und Gemeinden längst erkannt, dass die Sicherung der ambulanten Gesundheitsversorgung als Bestandteil der lokalen Daseinsvorsorge an Bedeutung gewinnt. Dies verbindet sich mit verschiedenen Formen des Dialogs und der Kooperation zwischen den Kommunen und den Gesundheitsakteuren auf der lokalen Ebene. Was derzeit jedoch fehlt, ist eine überörtliche Zusammenarbeit. Diese gilt es von der Kreisebene (oder der regionalen Ebene) aus zu initiieren und zu unterstützen.

Diese überörtliche Ebene ist wichtig, weil nicht jede Gemeinde eine umfassende ambulante Basisversorgung (insbesondere hausärztliche und ergänzende fachärztliche Angebote) gewährleisten kann bzw. zukünftig können wird. Dies gilt insbesondere für die dünner besiedelten ländlichen Teilräume und die gemessen an der Einwohnerzahl kleineren Gemeinden. Dementsprechend empfiehlt es sich, entsprechende Kooperationen benachbarter Gemeinden anzuregen und diese in ihren Bemühungen zur Sicherung und Weiterentwicklung von der Kreisebene und/oder von der regionalen Ebene aus zu unterstützen.

### Sensibilisierung der Kommunen für die überörtliche Zusammenarbeit und Ableitung geeigneter Handlungs- und Kooperationsräume

In einem ersten Schritt kommt es darauf an, die Kommunen und insbesondere deren Bürgermeister für die überörtliche Zusammenarbeit zu sensibilisieren und zu gewinnen. Dies kann bereits bei der Bekanntmachung der vorliegenden Studie oder auch in den Dienstbesprechungen der Landkreise/Landräte mit den Kommunen/Bürgermeistern erfolgen.

Wesentlich für den zweiten Schritt ist die Ableitung und Zusammenfassung geeigneter Handlungs- und Kooperationsräume zur Weiterentwicklung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Die Ableitung derartiger Handlungs- und Kooperationsräume sollte und kann dabei an verschiedenen Punkten ansetzen:

- vorhandene Kooperationsbeziehungen zwischen benachbarten Gemeinden und darauf basierende Kooperationsbereitschaften,
- siedlungsstrukturelle und verkehrliche Verflechtungen oder auch Überlappungen zwischen den Ortsteilen der jeweils benachbarten Gemeinden,
- vorhandene Versorgungsverflechtungen bzw. übergemeindliche Mitversorgungseffekte im ambulanten Bereich.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Für die vorliegende Studie konnten die räumlichen Versorgungsverflechtungen für den ambulanten Bereich mangels bereitgestellter Daten nicht analysiert werden. Die KVNO hat jedoch in Aussicht gestellt, dies bei Bedarf nachzuholen.

Sinnvoll erscheinen dabei Größenordnungen von mindestens 40 bis 50 Tsd. Einwohnern in der Zusammenfassung von drei bis fünf benachbarter Gemeinden. Diese empfohlene Größenordnung resultiert aus dem Umstand, dass sich in einem Raum ab dieser Größenordnung ein differenziertes hausärztliches und fachärztliches Versorgungsangebot konzipieren lässt. Insbesondere in den städtisch geprägten Teilräumen werden dabei höhere Bevölkerungszahlen (100-150 Tsd. Einwohner) erreicht. Insgesamt empfiehlt es sich jedoch, für das Bergische RheinLand bis zu zehn solcher Handlungs- und Kooperationsräume vorzusehen und in ihnen eine Zusammenarbeit aufzubauen. Eine Priorität und gewissermaßen Pilotcharakter sollten die Teilräume mit relevanten Versorgungsdefiziten oder -risiken haben.

### **Dialog- und Planungsprozesse in den Handlungs- und Kooperationsräumen**

Auf der Basis einer zwischen den Gemeinden abgestimmten Vorgehensweise kommt es darauf an, mit geeigneten Dialogformaten ein überörtliches Netzwerk zwischen den Gesundheitsakteuren (i. W. Leistungserbringer/Praxen) und den jeweils beteiligten Gemeinden aufzubauen. Der Dialog sollte dabei an folgenden Fragestellungen oder Aufgaben ausgerichtet werden:

- Versorgungssituation: Wiederkehrend sollte der Versorgungsalltag diskutiert werden, um im Sinne einer gesicherten, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung Handlungsbedarfe bei z. B. einzelnen Patientengruppen, Krankheitsbildern oder auch in Teilräumen identifizieren zu können.
- Versorgungsrisiken: Ebenfalls wiederkehrend sollten Probleme der Praxisentwicklung thematisiert werden. Dies betrifft insbesondere den Fachkräftebedarf und die Praxisab- und -weitergabe. Insbesondere die frühzeitige Kenntnis bevorstehender Praxisabgaben und die Beurteilung der Erfolgsaussichten einer Weitergabe sind von hohem Wert, um drohende Versorgungslücken frühzeitig erkennen zu können.
- Lösungsansätze: Aus der laufenden Auseinandersetzung mit dem Versorgungsalltag und den Versorgungsrisiken sind letztlich Lösungsansätze zu entwickeln und nach Möglichkeit in die Umsetzung zu bringen (siehe hierzu insbesondere das Kapitel 5.4). In dieser Hinsicht dient der Dialog auch der Kooperationsanbahnung für die Umsetzung von Maßnahmen und Lösungen.

Das in der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Ärzten generierte Wissen zur Versorgungssituation und zu Versorgungsrisiken sollte laufend dokumentiert und so zur Grundlage eines Gesundheitsmonitorings werden, das an zentraler Stelle auf Kreisebene oder regionaler Ebene zusammengeführt wird. Hieran können sowohl planerische Überlegungen ansetzen als auch eine wiederkehrende Berichterstattung gegenüber der Politik (sowohl vor Ort als auch auf Kreisebene).

Form und Intensität der Zusammenarbeit (z. B. Anzahl, Art und Rhythmus von Dialogveranstaltungen) zwischen Ärzten und Kommunen sollten jeweils vor Ort in den einzelnen Handlungs- und Kooperationsräumen zwischen den Beteiligten abgestimmt werden. Dabei ist nicht nur der spezifische Problem- bzw. Handlungsdruck relevant, sondern zugleich das Engagement und die Kooperationsbereitschaft der Beteiligten. Variabel sollte auch vor Ort entschieden werden, ob sich die Dialogangebote ausschließlich an Mediziner richten oder andere Berufsgruppen einbezogen werden.

Vorgeschlagen wird, den Kommunen in den Teilräumen eine inhaltliche wie organisatorische Unterstützung seitens der Kreise oder der Region anzubieten. Hierzu gehören z. B. das Termin-

management, Einladungs- und Teilnehmermanagement, Unterstützung in der Sitzungsorganisation bis zur Moderation, inhaltliche Impulse in Form von Fachbeiträgen, Ansprache und Briefing externer Referenten usw.

Die vorliegende Studie kann als erster inhaltlicher Impuls für die Zusammenarbeit in den Teilräumen dienen. Aber auch darüber hinaus wird es wichtig und somit eine Schlüsselaufgabe der Moderation sein, eine konstruktive, auf lokale und regionale Handlungsansätze ausgerichtete Ausrichtung zu gewährleisten. Die Diskussion über Grundprobleme des Gesundheitssystems (z. B. Budgetierungsprobleme, Regressandrohungen, Berichtspflichten) werden zwar gerne thematisiert, bieten aber kaum Ansatzpunkte für ein sinnvolles Handeln vor Ort.

### 5.2.3 Monitoring und Gesundheitsplanung in den Teilräumen

**Empfehlung kompakt** | Die systematische Befassung mit Problemen und Handlungsansätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung sollte zum Aufbau eines Gesundheitsmonitorings genutzt werden, das auch als Grundlage zur Ableitung von Handlungsbedarfen und Handlungsansätzen auf den verschiedenen räumlichen Ebenen genutzt werden kann.

Unabhängig von den kurz- bis mittelfristig erzielbaren Ergebnissen sollte es Ziel sein, die Dialoge als Teil eines langfristigen Versorgungsmonitorings zu etablieren und in der Gesundheitsplanung zu berücksichtigen. Hierbei geht es darum, die dynamische Entwicklung der lokalen Bedarfslagen und von Nachbesetzungs- und Abgabeprozessen zu dokumentieren. Das lokale Wissen wird somit für Politik und Verwaltung transparenter. Mit dieser dialogbasierten Erfassung der Versorgungssituation wird gewährleistet, dass der Kreis seine Rolle als Partner und Vermittlungsstelle in der Gesundheitsversorgung wahrnehmen kann. Die wesentlichen Bausteine des Monitorings können wie folgt beschrieben werden:

- **Bedarfsanalyse und -ermittlung:** Systematische und regelmäßige Erfassung und Analyse der Gesundheitsbedarfe der Bevölkerung, u. a. Auswertung von demografischen, sozio-ökonomischen und gesundheitsrelevanten Daten auf Teilraumbene
- **Angebotsanalyse:** Erfassung des Angebots von Gesundheitsdienstleistungen im Handlungsraum; Dokumentation und Prognose von Nachbesetzungs- und Abgabeprozessen auf Grundlage von Altersdaten und der lokalen bzw. teilräumlichen Dialoge
- **Identifizierung von Versorgungslücken:** Erfassen von bereits erkennbaren Versorgungsengpässen oder drohenden Versorgungslücken (z. B. Patientengruppen, Fachbereiche, Krankheitsbilder, Teilräume) zur Ableitung von Handlungsbedarfen
- **Innovative Versorgungsmodelle:** Ein wichtiger ergänzender Aspekt des regionalen Versorgungsmonitorings ist die laufende Erfassung und Bewertung von andernorts erprobten innovativen Versorgungslösungen, so dass diese als Impuls zur Entwicklung regionaler Lösungsansätze auf den verschiedenen Handlungsebenen eingebracht werden können (siehe hierzu die mit dieser Studie vorgelegte Good-Practice-Sammlung in Teil B).
- **Fördermittelrecherche und Gesetzgebungsanalyse:** Die regionale Gesundheitsversorgung muss in die gesetzlichen Rahmenbedingungen eingepasst werden, kann auf absehbare Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen (wie derzeit die absehbare Unterstützung von Gesundheitskiosken) frühzeitig reagieren oder auch Fördermittel zur Erprobung und Umsetzung neuer Versorgungslösungen nutzen. Daher sollten die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Fördermittelzugänge im Rahmen der laufenden Recherchen beständig beobachtet und ausgewertet werden.



Auf Basis der Erkenntnisse aus diesen Bausteinen kann die Gesundheitsplanung langfristige Strategien entwickeln und in enger Abstimmung mit den lokalen Gesundheitsakteuren im Rahmen der Teilraumdialoge entscheiden, welche Bausteine zur Sicherung und Modernisierung der ambulanten Versorgung für die spezifische Versorgungssituation im Teilraum besonders geeignet erscheint.

#### 5.2.4 Organisatorische Verankerung der Dialog- und Planungsaufgaben bei den Kreisen und/oder der Region Bergisches RheinLand

**Empfehlung kompakt |** Die drei am vorliegenden Gutachten beteiligten Kreise sollten sich darüber abstimmen, welche der beschriebenen und nachfolgend zusammengefassten Dialog- und Planungsaufgaben jeweils von den Kreisen und welche ggf. für das Bergische RheinLand zentral wahrgenommen werden.

##### **Gesundheitsplanung, Monitoring der Gesundheitsversorgung und laufende Berichterstattung**

Die Sicherung der regionalen Gesundheitsversorgung ist eine Daueraufgabe, die eine gute Kenntnis der Versorgungssituation, der aktuellen und absehbaren Entwicklungen und der daraus entstehenden Chancen und Risiken erfordert. Die entsprechenden Informationen und Daten sind laufend zu sammeln, auszuwerten und schließlich bedarfsgerecht für die politischen Gremien sowie die Gesundheitsakteure bereitzustellen. Von besonderer Bedeutung ist dabei auch die Bereitstellung von Daten und Informationen zur Unterstützung der oben genannten Teilraumdialoge. Insbesondere die kleineren Städte und Gemeinden haben weder die Möglichkeiten noch das Fachpersonal für derartige Aufgaben. Von daher kann diese Aufgabe entweder bei den Kreisen oder zentral für die Region wahrgenommen werden.

##### **Bündelung von Wissen über innovative Lösungen, Fördermittelzugänge und diesbezügliche Netzwerkpflege**

Ausgehend von den Gesundheitskonferenzen, Teilraumdialogen oder anderen Dialogformaten ist es sinnvoll, den Gesundheitsakteuren Hilfestellungen bei der Entwicklung und Umsetzung von guten Lösungen für den Versorgungsalltag zu geben. Neben der organisatorischen Unterstützung im Einzelfall (siehe unten) setzt dies einen guten Überblick über andernorts erprobte Lösungen, deren Wirkung und den damit verbundenen Implementationsbedingungen voraus. Hieraus entstehen laufende Rechercheaufgaben verbunden mit der Anforderung, empfehlenswerte bzw. übertragbare Lösungen in den regionalen Gesundheitsdialog als Anregung einzuspeisen. Es empfiehlt sich eine gemeinsame Wahrnehmung dieser Aufgabe auf der Ebene des Bergischen RheinLands.

##### **Beratungsleistungen und organisatorische Unterstützung bei der Umsetzung von Lokalen Gesundheitszentren und weiteren Einrichtungen – Unterstützung des Strukturwandels**

Ein wichtiger Teilaspekt einer langfristig gesicherten ambulanten Gesundheitsversorgung besteht in der aktiven Förderung des Strukturwandels. Kommunale Ansätze dazu gibt es z. B. in Engelskirchen (Gesundheitsmanufaktur), Morsbach (kommunales MVZ) oder Eitorf (Gesundheitscampus). Privatwirtschaftliche Aktivitäten der Praxisentwicklung (Vergrößerung, Filialstandorte, Stärkung mobiler Angebote) oder auch in der Realisierung von Ärztehäusern (z. B. Wiehl) sind ebenfalls zu beobachten. Eine wichtige Aufgabe wird es sein, derartige Aktivitäten in der Region organisatorisch und fachlich zu unterstützen. Denn auch in diesem Feld gilt, dass die Städte und Gemeinden nicht über ausreichend spezialisiertes Personal verfügen. Dies kann be-

deuten: Zusammenführen der relevanten Akteure und Organisation der entsprechenden Treffen, Unterstützung in der Konzeptentwicklung durch Recherche und Verweis auf Good Practices, Unterstützung bei der Durchführung von Bedarfs- und Machbarkeitsanalysen, Vermittlung von Partnern usw. Empfohlen wird eine Bündelung des damit verbundenen Know-Hows und der entsprechenden Beratungsleistungen auf der regionalen Ebene.

### **Kooperative Entwicklung und Implementation von guten Lösungen für den Versorgungsalltag**

Die Entwicklung und Implementation guter Lösungen im Versorgungsalltag scheidet bisweilen daran, dass die Gesundheitsakteure kaum Zeit haben, derartige Lösungen zu erarbeiten, zu erproben und diese schließlich zu implementieren. Dabei hängt die Implementation in der Regel auch von einer gesicherten dauerhaften Finanzierung ab. Zu denken wäre dabei z. B. an die Abstimmung und Optimierung einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit (Fachärzte/Krankenhäuser, Hausärztinnen, Therapeuten, Angehörige) bei bestimmten Patientengruppen bzw. Krankheitsbildern, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in Verbindung mit Case- und Entlassmanagement, die vermehrte Nutzung digitaler Lösungen insbesondere zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung nicht mobiler Patientinnen und Patienten, präventive Angebote etc. Ein idealtypisches Beispiel für ein solches Projekt stellt das im Oberbergischen Kreis laufende Modellvorhaben „OBERBERG\_FAIRsorgt“ dar, das bereits an mehreren Stellen des Berichts erwähnt worden ist.

Hier besteht die Aufgabe darin, die entsprechenden Akteure z. B. auf Gesundheitskonferenzen oder in den Teilraumdialogen zusammenzuführen, Verbesserungsbedarfe zu diskutieren, die Ideenentwicklung zu unterstützen, die Konzeptentwicklung und Erprobung in Pilot- oder Modellvorhaben voranzutreiben, diese Modellvorhaben organisatorisch und fachlich zu betreuen und den Ergebnistransfer auch im Sinne einer gesicherten Finanzierung zu gewährleisten. Denkbar ist eine Verankerung dieser Aufgabe auf der Kreisebene. Kostengünstiger und mit zusätzlichen Synergiepotenzialen verbunden wäre eine regionale Lösung.

### **Servicestelle für den Weiterbildungsverbund und sonstige Aktivitäten der Nachwuchsförderung**

Im Kapitel 5.3 sind die Möglichkeiten beschrieben, die bestehenden Weiterbildungsverbände und die weiteren Aktivitäten der Nachwuchsförderung weiterzuentwickeln. Besonders wichtig ist in diesem Kontext eine zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle. Sinnvoll ist und empfohlen wird mittel- bis langfristig eine organisatorische Verankerung auf der Ebene des Bergischen RheinLands.

### **Dialogveranstaltungen, insbesondere Gesundheitskonferenzen und Teilraumdialoge**

Das Rückgrat der vorgeschlagenen Aktivitäten sind unterschiedliche Dialogveranstaltungen, wie z. B. die bereits existierenden Gesundheitskonferenzen und insbesondere die zusätzlich vorgeschlagenen Teilraumdialoge. Diese gilt es insbesondere für die umsetzungsorientierte Ideenentwicklung und Kooperationsanbahnung zu nutzen. Die organisatorische Verankerung und Steuerung dieser Dialogprozesse sind auf den Schulterschluss von Gemeinden und Kreisen angewiesen. Insofern empfiehlt sich eine Zuständigkeit der Kreise. Allerdings kann die Aufgabenwahrnehmung inhaltlich von einer regionalen Ebene aus unterstützt werden.

## 5.3 Medizinischen Nachwuchs gewinnen und an die Region binden

### 5.3.1 Nachwuchsförderung

**Empfehlung kompakt** | Die Kreise sollten die Ansprache von Schülern/Abiturienten und Studierenden forcieren (durch Messestände, Veranstaltungen, Webseite usw.) und darüber beraten, ob finanzielle Förderungen zusätzlich zu bestehenden Programmen, insbesondere der KVNO, möglich sind (Maßnahmen, Finanzrahmen, Bedingungen etc.)

Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis abgeben, finden Nachfolgelösungen häufig im näheren persönlichen oder beruflichen Umfeld. Auch aus der Befragung der Ärzteschaft im Bergischen RheinLand geht dies hervor. Praxisvermittlungen erfolgen demnach häufig an (ehemalige) Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) oder an vormals Angestellte. Persönliche Kontakte und ein entsprechendes Netzwerk sind hierbei ebenfalls von Bedeutung. Auch Erfahrungen in anderen Regionen zeigen, dass eine frühzeitige Bindung des ärztlichen Nachwuchses die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass dieser nach etwaigen anderen Stationen im Zuge der Ausbildung in die Region zurückkehrt bzw. dort nach der fachärztlichen Weiterbildung verbleibt. Insofern empfiehlt es sich, für die verschiedenen Stationen der Ausbildung attraktive Angebote zu entwickeln und diese aktiv zu bewerben.

Die Ansprache von Abiturienten, die sich für ein Medizinstudium interessieren, sowie das Angebot von Berufspraktika im ambulanten und stationären ärztlichen Bereich können helfen, bereits Schüler auf die Möglichkeiten einer ärztlichen Tätigkeit im Bergischen RheinLand aufmerksam zu machen. In diesem Zusammenhang sind auch Kooperationen mit Schulen der nahegelegenen Großstädte sowie gemeinsame Informationsstände auf Studien- und Ausbildungsmessen (z. B. Stuzubi, vocatium) mit kooperierenden Hochschulen, Krankenhäusern und Weiterbildungspraxen zu empfehlen. So kann schon vor Beginn des Studiums Aufmerksamkeit auf die Region gelenkt werden. Um auf Messen oder sonstigen (Informations-)Veranstaltungen auf weitere Informationen verweisen zu können, sollte eine ansprechende Übersicht auf der jeweiligen Kreis-Webseite erstellt werden. Besser und noch übersichtlicher wäre ein gemeinsamer Internetauftritt der gesamten Region, die auch Informationen zur Weiterbildung, zu weiteren Services und zu Kontaktpersonen enthält (siehe folgendes Kapitel 5.3.2).

In einem weiteren Baustein sollte die Kooperation mit den Universitäten der Region (i. W. Bonn, Köln und Düsseldorf) forciert werden, um Kontakt zu Studierenden aufzubauen und die Kreise bzw. die Region auch bei diesen bekannt zu machen. Hier gilt es, die Vorteile des Bergischen RheinLands herauszustellen und zielgruppengerecht zu kommunizieren. In dem Rahmen kann auch auf die Fördermöglichkeiten der KVNO hingewiesen werden, welche allerdings für die gesamte Region Nordrhein bzw. ausgewählte Kreise und Gemeinden gelten (vgl. Exkurs, Anhang 2). Insofern ist es bedeutsam, die Alleinstellungsmerkmale der Region in den Vordergrund zu rücken, z. B. harte und weiche Standortfaktoren (siehe auch das folgende Kapitel 5.3.2). Denkbar wären auch finanzielle Förderungen durch die Kreise zusätzlich zu den Fördermöglichkeiten der KVNO. Hier würden sich beispielsweise Stipendien für Medizinstudierende empfehlen, die sich anschließend mit höherer Wahrscheinlichkeit in der Region niederlassen. Eine solch frühe und ggf. starke Bindung (bspw. durch Vertragsstrafen bei Nicht-Erfüllung) als Voraussetzung für Stipendien kann allerdings zu verringertem Interesse führen, wie jüngst die Bewerberzahlen des Landarzt-Programms in Niedersachsen vermuten lassen.<sup>20</sup> Auch im Rahmen des „Meilenstein“-Programms des Landkreises Emsland<sup>21</sup>, das die Sicherung der medizinischen Versorgung in der

<sup>20</sup> vgl.: <https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/Landarzt-Studium-Nur-halb-so-viele-Bewerber-wie-erwartet,landarzt296.html> (letzter Aufruf: 19.09.2023).

<sup>21</sup> siehe: <https://www.meilenstein-emsland.de/> (letzter Aufruf: 25.08.2023).

Region unterstützen soll, können jährlich bis zu fünf Stipendien vergeben werden. Seit dem Start 2014 konnten im Schnitt lediglich zwei Plätze pro Jahr belegt werden. Insofern können solche Angebote in der Nachwuchsförderung zwar einen Beitrag zur Versorgungssicherheit leisten, deren Wirkung sollte aber nicht überschätzt werden. Zudem müssen „Fördern und Fordern“ in einem angemessenen Verhältnis stehen, um die gewünschte Wirkung entfalten zu können.

Weitere Beispiele aus anderen Regionen finden sich in Teil B des Gutachtens (Good Practice).

### 5.3.2 Regionaler Weiterbildungsverbund

**Empfehlung kompakt |** Die vorhandenen Weiterbildungsverbünde sollten zu einem umfassenden Serviceangebot für ÄiW ausgebaut und deren Betreuung in einer Servicestelle gebündelt werden. Dies sollte nach Möglichkeit räumlich auf der Ebene des Bergischen RheinLands verankert werden.

Im Bergischen RheinLand gibt es bereits mehrere Weiterbildungsverbünde. Im hausärztlichen Bereich sind etwa die Verbünde Rheinisch-Bergischer Kreis, Oberbergischer Kreis, Oberbergisches Land, Wupper und Siegtal zu nennen, in denen jeweils ein oder mehrere Krankenhäuser sowie eine Handvoll Praxen organisiert sind. Häufig gibt es seitens der Krankenhäuser sowie stellvertretend für die Praxen jeweils eine Ansprechpartnerin bzw. einen Ansprechpartner. Auch das Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn engagiert sich in der Weiterbildungscoordination, etwa in Kooperation mit dem Rhein-Sieg-Kreis. Im Weiterbildungsverbund der Universität Köln ist der Oberbergische Kreis mit einer hausärztlichen Praxis in Wiehl vertreten. Positiv hervorzuheben ist demnach, dass es bereits bestehende Strukturen und zahlreiche engagierte Akteure in den Krankenhäusern und Praxen gibt. Allerdings bieten die Rahmenbedingungen noch Weiterentwicklungspotenzial, um sich von anderen Regionen abzuheben, in denen vergleichbare Strukturen ebenfalls vorhanden sind. Wie das Kapitel 4.3 gezeigt hat, sind neben Angestellten insbesondere Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) ein wesentlicher Faktor in der Nachfolgesuche. Insofern kommt dem Thema eine große Bedeutung zu. Potenzielle Eckpunkte und Tätigkeitsfelder, um die Weiterbildung in der Region auf die nächste Stufe zu heben, werden im Folgenden näher erläutert.

#### Schärfung des Profils

Zunächst ist es notwendig, aus den bestehenden Verbänden herauszukristallisieren, worin die Alleinstellungsmerkmale liegen, um diese gegenüber der Zielgruppe stärker zu positionieren. Faktoren und Fragen, die für junge Ärztinnen und Ärzte relevant sind und die Wahl des Weiterbildungsortes maßgeblich beeinflussen können, sind u. a.:

- Vielfalt der am Verbund teilnehmenden Partnerkliniken bzw. -praxen (Fachrichtungen, Größe, Standort, Organisationsform etc.)
- Erfolgt die Vermittlung der Lerninhalte in Klinik und Praxis strukturiert oder „nebenbei“ im Tagesgeschäft? Wird Zeit dafür reserviert, den ÄiW bestimmte Techniken und Lernthemen systematisch zu vermitteln? Sind die Weiterbildungsbefugten didaktisch geschult und gibt es Seminare zur gezielten Aufarbeitung fachlicher Inhalte?
- Ist eine Freistellung der ÄiW für Fortbildungen (mindestens fünf Tage im Jahr) möglich? Teilnahme und Kostenübernahme von Fortbildungen, Seminar- und Mentorenprogrammen? Gibt es Fortbildungen zu Themen wie Praxisorganisation und -management, Personalführung etc.?

- Können ggf. weitere Zusatzqualifikationen erworben werden, die später in der Praxis hilfreich sind oder aufgrund derer weitere Leistungen abgerechnet werden können (z. B. Rettungsmedizin, Palliativmedizin, Geriatrie, Psychosomatik, Chirotherapie etc.)? Erfolgt hierfür eine Freistellung oder werden diese sogar bezahlt?
- Mögliche Arbeitszeitmodelle, z. B. Teilzeitarbeit oder flexible Arbeitszeiten, sowie Urlaubsregelungen
- Flexible und individuelle Lösungen im Rotationsplan (z. B. Beginn der Weiterbildung in einer Praxis, um insbesondere Ärztinnen und Ärzten mit Kindern den Einstieg zu erleichtern)
- Wird den ÄiW – abseits der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers – eine erfahrene hausärztliche Mentorin bzw. ein Mentor zur Verfügung gestellt? Können Interessierte Kontakt zu ehemals oder derzeit im Bergischen RheinLand tätigen ÄiW aufnehmen?
- Findet eine Vernetzung der ÄiW in der Region untereinander statt (z. B. über gemeinsame Fortbildungen, Veranstaltungen, Freizeitaktivitäten o. Ä.)?
- Weitere potenzielle Angebote, z. B. Unterstützung bei der Suche nach Wohnung/Haus, Kita, Schule etc.
- Weitere harte und weiche Standortfaktoren der Region, z. B. Infrastruktur (Kinas, Schulen, Versorgungseinrichtungen etc.), Kultur-, Freizeit- und Naherholungsangebote, Geographische Lage (z. B. Nähe zu Großstädten, Natur etc.) und Verkehrsanbindung

Die genannten Aspekte bedienen ein breites Spektrum. Die Auswahl und Bewertung der Kriterien zur Schärfung des Profils sollte durch die Partner (im Wesentlichen die bestehenden Weiterbildungsverbände) getroffen werden. Diese Informationen sollten dann für interessierte angehende ÄiW online – ansprechend aufbereitet und übersichtlich – zu finden sein. Dies würde eine Verbesserung zum Status quo und einen Vorteil gegenüber anderen Weiterbildungsverbänden darstellen. Bisher lassen sich meist lediglich die teilnehmenden Kliniken und Praxen sowie die Kontaktdaten finden, etwa auf der Internetseite der Ärztekammer Nordrhein. Insofern könnte ein Webauftritt mit weitergehenden Informationen einen deutlichen Mehrwert schaffen und bei der Anwerbung von ÄiW helfen.

### Zentrale Servicestelle

Eine zentrale Servicestelle könnte die Kommunikation und Koordination für alle Beteiligten bündeln, d. h. einerseits für die Krankenhäuser und Praxen und andererseits für die (interessierten) ÄiW als Anlauf- und Koordinierungsstelle dienen. Zum Aufgabenspektrum würde auf der einen Seite die individuelle Beratung für alle interessierten ÄiW gehören, um mit ihnen gemeinsam ein „Rundum-sorglos-Paket“ zu schnüren, das sowohl die beruflichen als auch die privaten Präferenzen und Situationen berücksichtigt. Auf der anderen Seite könnten sich die Fachabteilungen der Kliniken und die niedergelassene Ärzteschaft an die Servicestelle wenden, etwa im Rahmen der Suche nach Weiterbildungsassistentinnen bzw. -assistenten oder um freie Kapazitäten für solche zu melden. Die Servicestelle wäre damit die zentrale Organisation für Koordinierung, Vernetzung, Kommunikation und Marketing. Im Einzelnen kann dies folgende Aufgaben bzw. Maßnahmen umfassen:

- Die Servicestelle hat stets den Überblick über freie Stellen im WBV. Ihr liegen zu allen beteiligten Krankenhäusern und Praxen Informationen vor, die sie befähigen, interessierte ÄiW über ihre Möglichkeiten zu informieren und unter Berücksichtigung der beruflichen und privaten Situation zu beraten.
- Außerdem sollte sie die Übersicht der Weiterbildungsbefugten im Bergischen RheinLand pflegen und Ärztinnen und Ärzte, die eine Weiterbildungsbefugnis beantragen und/oder dem Verbund beitreten wollen, bei den entsprechenden Anträgen unterstützen.
- In Rücksprache mit den Weiterbildungskordinatorinnen und -koordinatoren der Krankenhäuser und Praxen berät die Servicestelle bei der Erstellung eines geeigneten Rotationsplans.
- Wenn weitere Ärztinnen und Ärzte für den Verbund rekrutiert werden sollen, übernimmt die Servicestelle deren Ansprache und motiviert sie, eine Weiterbildungsermächtigung zu beantragen bzw. dem Verbund beizutreten. Dazu könnte sie Informationen über den WBV und über die finanzielle Förderung ausbildender Praxen vermitteln (in Nordrhein derzeit z. B. 5.400 Euro monatlicher Zuschuss der KV je ÄiW in Vollzeit).
- Die Leistungen der Servicestelle könnten zudem die Koordination der gewünschten Unterstützungsleistungen im privaten Bereich beinhalten (z. B. Organisation von Wohnraum/Kinderbetreuung etc.). Dazu sollte die Servicestelle die Kooperation von Kliniken, Praxen und Kommunen organisieren und fördern.
- Auch bei der gezielten Nachwuchsakquise könnte die Servicestelle einerseits wichtige organisatorische Aufgaben übernehmen und andererseits auch inhaltlich als „Kümmerer“ fungieren. So könnte sie beispielsweise Angebote für Abiturientinnen, Studierende und junge Ärztinnen und Ärzte konzipieren, wie Schnuppertage, Praktika, Informationsveranstaltungen oder Besuche der beteiligten Krankenhäuser und Praxen in Kleingruppen. Hier wären auch Kooperationen mit den Hochschulen (insbesondere den Universitäten Bonn, Köln und Düsseldorf) sinnvoll.
- Außerdem könnte die Servicestelle z. B. ein Programm zur Berufsvorbereitung für ausländische Ärztinnen und Ärzte konzipieren, um die Region in dieser Zielgruppe zu bewerben. In diesem Zusammenhang würden sich ebenfalls Kooperationen mit den Universitäten empfehlen.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass bei der zentralen Servicestelle alle weiterbildungsrelevanten Themen gebündelt werden. Dadurch wird die Situation für die Beteiligten vereinfacht: Den ÄiW steht eine zentrale Informations- und Koordinierungsstelle zur Verfügung, sodass sie aufwendige Recherchen und unzählige Gespräche mit Kliniken und Praxen meiden und stattdessen eine vollumfängliche Beratung wahrnehmen können. Für die Krankenhäuser und Praxen würde dies ebenfalls eine Entlastung darstellen. Durch den deutlich größeren Einzugsbereich eines gemeinsamen regionalen WBV erhöhen sich für potenzielle ÄiW zudem die Möglichkeiten, sodass die Wahrscheinlichkeit, eine passende Stelle zu finden, steigt. Somit würde ein potenzieller Weiterbildungsverbund „Bergisches RheinLand“ allein aus den Größenvorteilen heraus an Attraktivität und Bedeutung gewinnen. Die bestehenden Weiterbildungsverbände müssten hierfür nicht zwangsläufig „fusionieren“, sondern könnten sich unter einem organisatorischen Dach, der Servicestelle, zusammenschließen und eine gemeinsame Marke aufbauen (Name, Webauftritt, Veranstaltungen etc.). In Verbindung mit den skizzierten Maßnahmen dürfte dies die Akquise und langfristige Bindung von jungen Ärztinnen und Ärzten in einem größeren Maßstab ermöglichen.

## 5.4 Bausteine zur Modernisierung der Gesundheitsversorgung

### 5.4.1 Lokale Gesundheitszentren, Primärversorgungszentren, (kommunale) Medizinische Versorgungszentren

**Empfehlung kompakt** | Die Kreise sollten den fortschreitenden Präferenz- und Betriebsformenwandel in der ambulanten Versorgung aktiv begleiten und steuern. Die Intensität und das Ausmaß der kommunalen Aufgaben hängen maßgeblich davon ab, wie weitgehend und eigenständig etwaige aus der ambulanten Ärzteschaft hervorgehende Lösungen umgesetzt werden. Ein kommunales Engagement bei der Gründung und Trägerschaft von MVZ ist denkbar und sollte im Einzelfall vor dem Hintergrund bestehender Alternativen geprüft werden.

Medizinische Versorgungszentren sind eigenständige Leistungserbringer, die 2004 als neuer Typus in der ambulanten Versorgung eingeführt worden sind. Sie unterscheiden sich insofern von klassischen Teilnahmeformen (Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften), als eine organisatorische Trennung von Inhaberschaft und ärztlicher Behandlungstätigkeit möglich ist. Als Gründer von MVZ kommen zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, Erbringer von nichtärztlichen Dialyseleistungen, bestimmte gemeinnützige Träger und anerkannte Praxisnetze infrage. Den Weg für kommunale MVZ hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes 2015 geebnet. Seither können Städte, Gemeinden und Landkreise MVZ in öffentlich-rechtlicher oder privatrechtlicher Form betreiben (Anstalten und Körperschaften öffentlichen Rechts [AöR; K.d.ö.R] und Eigen- und Regiebetriebe sowie (g)GmbHs und Genossenschaften [eG]).

## Exkurs: Bürgerschaft bei MVZ in Rechtsform der GmbH

Die GmbH ist derzeit vor der AöR die häufigste Rechtsform bei kommunalen MVZ. Eine der Gründungs- bzw. Zulassungsvoraussetzungen für MVZ in der Rechtsform der GmbH war zeitweise, dass eine selbstschuldnerische Bürgerschaftserklärung für Forderungen der KV und der Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertraglicher Tätigkeit abgegeben wird. Zwischenzeitlich ist der Gesetzestext so ergänzt worden, dass auch andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB möglich sind (§ 95 Abs. 2 SGB V). Häufig wird hier auf einen „tauglichen Bürgen“ zurückgegriffen, d. h. in der Regel auf eine Bankbürgschaft, was jedoch mit hohen Kosten für die Kommunen verbunden sein kann. Wie hoch die Bankbürgschaft ausfallen muss, unterscheidet sich je nach KV-Zulassungsstelle – eine bundesweit einheitliche Regelung gibt es bisher nicht. In dem seit Kurzem vorliegenden Referentenentwurf des „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (GVSG; siehe Exkurs im Anhang 1) wird unterstrichen, dass die Gründung von MVZ durch Kommunen erleichtert werden soll. Eine Deckelung der Sicherheitsleistungen soll ermöglichen, dass die Kommunen selbst als Bürgen dienen und teure Bankbürgschaften somit vermieden werden können. Auf eine bundeseinheitliche Regelung sollen sich die Bundesmantelvertragspartner im Nachgang der Verabschiedung einigen.

Unter Lokalen Gesundheitszentren (LGZ) oder Primärversorgungszentren (PVZ) werden in der Regel multidisziplinäre Einrichtungen verstanden, die eine umfassende und koordinierte medizinische Grundversorgung in einem bestimmten Raum bzw. einer Region anbieten.<sup>22</sup> Sie verfolgen einen leicht zugänglichen, kontinuierlichen und ganzheitlichen Ansatz für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Gleichzeitig weisen sie – wie MVZ – Strukturen auf, die eine Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Professionen fördern und somit arztentlastend wirken können, sodass eine Verbesserung des ärztlichen Arbeitsalltags ermöglicht wird. Sie tragen damit im Wettbewerb um junge, nachrückende Mediziner auch zur Attraktivitätssteigerung der jeweiligen Region bei.

Die in LGZ oder PVZ angebotene Palette von Gesundheitsdienstleistungen kann sehr breit sein, wobei die hausärztliche Versorgung im Mittelpunkt steht, die um fachärztliche, therapeutische, präventive, gesundheitsfördernde, pflegerische und soziale Angebote ergänzt werden kann. Das Leistungsspektrum geht demnach über rein kurative Aspekte hinaus. Bei der Errichtung sollten deshalb die bestehenden Bedarfs- und Angebotsstrukturen berücksichtigt werden, um ein patientenorientiertes Leistungsspektrum – in enger Kooperation mit lokalen Akteuren und dem ÖGD – zu realisieren. Auch hier würden, wie bei der Konzeption von spezifischen, gebündelten Unterstützungsangeboten, ein Gesundheits- und Sozialmonitoring und der Dialog mit lokalen Akteuren wichtige Säulen in der Vorbereitung darstellen.

Primärversorgungszentren werden (neben den „Gesundheitskiosken“) im Referentenentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes berücksichtigt. Unabhängig von diesen – bislang wenig konkreten – Ausführungen im GVSG sollten die Kreise den Präferenz- und Betriebsformenwandel in der ambulanten Versorgung bereits heute aktiv begleiten und steuern. Das Engagement kann von der Moderation von Dialogveranstaltungen mit Fokus auf Gründungen von Gesundheitszentren privatwirtschaftlich agierender Ärzte bis hin zur Gründung und Trägerschaft eigener, kommunaler MVZ reichen, sofern sich kein ausreichendes Engagement bei den Niedergelassenen abzeichnet. Der Präferenzwandel der nachrückenden Mediziner-Generation ist ebenso wie der Betriebsformenwandel bereits seit einigen Jahren zu beobachten und wird auch ohne Zutun der Kommunalpolitik weiter voranschreiten. Soll allerdings der zunehmende Einfluss rein renditeorientierter Investoren gebremst werden, müssen alternative Lösungen entwickelt werden. Ein Beispiel stellt die jüngst gegründete HV plus Genossenschaft des Hausärzteverbandes Nordrhein dar (siehe auch Kapitel 5.4.5). Die mit der Begleitung der Transformation für die Kreise einhergehende programmatische Langfristaufgabe wird im Kapitel 5.5 ausführlicher beschrieben.

#### 5.4.2 Bündelung niedrigschwelliger Beratungs- und Unterstützungsangebote

**Empfehlung kompakt |** Auf teilräumlicher Ebene sollten zeitnah Konzepte zur Bündelung von niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten entwickelt werden, in denen kleinräumige Sozial- und Gesundheitsdaten sowie die Dialogergebnisse berücksichtigt werden, sodass spezifische Bedarfslagen und potenzielle Standorte für entsprechende Einrichtungen (z. B. „Gesundheitskioske“) identifiziert werden. Pilotvorhaben sind zunächst insbesondere in peripheren und/oder benachteiligten Räumen zu initiieren.

<sup>22</sup> Mit diesem Thema setzte sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) bereits im Rahmen des Gutachtens „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ im Jahr 2014 intensiv auseinander.



Niedrigschwellige Angebote an der Schnittstelle zwischen den klassischen Leistungserbringern des Gesundheitssystems und der Bevölkerung haben im Wesentlichen zum Ziel, den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu erhöhen. Dies kann insbesondere in schwächeren Räumen (z. B. benachteiligten Stadtteilen, dünn besiedelten Regionen) oder für bestimmte Bedarfsgruppen für eine bessere Versorgung und Koordination im Gesundheitssystem sorgen. Damit soll auch ein Beitrag zur effizienten und effektiven Ressourcennutzung geleistet werden, d. h., medizinisches Fachpersonal (Ärzte, Pflegekräfte, MFAs etc.) soll dem Qualifikationsniveau angemessene Leistungen erbringen und von fachfremden, insbesondere administrativen und koordinierenden Aufgaben entlastet werden.

Solche Angebote können entsprechend vielfältig sein. Sie reichen von grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen wie Blutdruck- und Blutzuckermessungen über Gesundheitsberatung und -förderung sowie Prävention bis hin zur Ausgabe von (rezeptfreien) Medikamenten. Auch Impfungen könnten angeboten werden (Covid-19, Grippe, Kinderimpfungen etc.), was nicht ausschließlich im Zuge von Pandemien, aber da ganz besonders eine Entlastung der ambulanten Ärzteschaft bedeuten würde. Darüber hinaus können sie Informationsmaterialien zu Ernährung, Hygiene und allgemeiner Gesundheitsaufklärung umfassen. Unterstützung bei der Koordination durch das Gesundheitssystem wäre in ausgewählten Räumen oder für bestimmte Bedarfsgruppen ebenfalls eine sinnvolle Hilfe (z. B. Befunde besprechen, ggf. Arztbriefe übersetzen, Termine bei Fachärzten organisieren etc.). Möglich wäre auch die Fernkonsultation mit medizinischem Fachpersonal über telemedizinische Lösungen, insbesondere für Menschen, die die technische Umsetzung vor Herausforderungen stellt, etwa die Nutzung von Smartphone/Tablet für Videosprechstunden o. Ä.

Insgesamt kann eine auf Raum- und Bevölkerungscharakteristika zugeschnittene Bündelung solcher Angebote helfen, den niederschweligen und koordinierten Zugang zu Gesundheitsdiensten zu verbessern, insbesondere in peripheren oder unterversorgten/benachteiligten Gebieten. Durch die Vielfalt der potenziellen Dienstleistungen handelt es sich um ein flexibles, an die Rahmenbedingungen anzupassendes Instrument zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und Prävention von Krankheiten. Die Effektivität und Effizienz sollten wissenschaftlich evaluiert werden, um sicherzustellen, dass sie die beabsichtigten positiven Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Kapazitäten des Gesundheitssystems haben.

Solche Ansätze werden derzeit insbesondere unter dem Begriff „Gesundheitskiosk“ gefasst. Eines der ersten und prominentesten Beispiele ist der Gesundheitskiosk Billstedt im gleichnamigen Hamburger Stadtteil. Mittlerweile betreibt die „Gesundheit für Billstedt/Horn UG“ vier solcher Standorte in Hamburg. In Köln-Chorweiler ist 2021 „dieKümmerei“ als Gemeinschaftsprojekt von HerzNetzCenter (HNC), AOK Rheinland/Hamburg und Stadt Köln eröffnet worden. In Aachen haben die Türen des Gesundheitskiosks auf der Trierer Straße im April 2022 geöffnet – eine Besonderheit: Mit dem Bus werden auch andere Gemeinden der StädteRegion angefahren, um die Leistungen in der Fläche anbieten zu können. Im ländlichen Raum sind zuletzt im Rahmen der Internationalen Bauausstellung (IBA) in Thüringen einige Gesundheitskioske entstanden. Bislang sind solche Einrichtungen allerdings nur in relativ geringer Zahl umgesetzt worden. Das liegt im Wesentlichen an der bislang offenen Finanzierungsfrage, die nun mit dem neuen „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (vgl. Exkurs zum Referentenentwurf im Anhang) beantwortet werden soll. Der – vielseitig diskutierte und teils umstrittene – Gesetzentwurf sieht vor, dass die GKV 74,5 %, die PKV 5,5 % und die Kommune 20 % der Kosten trägt. Zudem ist noch unklar, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit Kommunen das Initiativrecht ausüben können (Kriterien/Indikatoren).

Unabhängig von diesen Rahmenbedingungen sollten insbesondere auf teilräumlicher Ebene Konzepte zur Bündelung niederschwelliger Beratungs- und Unterstützungsangebote entwickelt werden, die beispielsweise die folgenden Aspekte berücksichtigen:

- Analyse von kleinräumigen Sozial- und Gesundheitsdaten (Bevölkerungsstruktur, sozio-ökonomische Faktoren wie Bildungsgrad, Einkommen, Transferleistungen etc.; Gesundheitsdaten, z. B. Übergewicht bei Kindern im Zuge von Schuluntersuchungen, Prävalenz für Diabetes mellitus, ggf. aggregierte Gesundheitsdaten von KV oder Kassen)
- Dialogformate mit Bürgermeister\*innen, Ärzt\*innen und weiteren relevanten Akteuren (Wo treten Probleme räumlich gebündelt auf? Welche Zielgruppen benötigen zusätzliche Unterstützung? Welche Angebote müssten für die Zielgruppen vorgehalten werden? Welche Akteure sind kooperationsbereit und würden sich aktiv einbringen?)
- Synthese: Räume/Quartiere mit besonderer Bedarfslage ermitteln
- Identifizierung von geeigneten, potenziellen Standorten der Anlaufstelle
- Eckpunkte eines abgestimmten Grundkonzepts entwickeln (Angebotsspektrum, Zielgruppen, Standort, flankierende Angebote des ÖGD und anderen Stellen etc.)

Dabei können die Kreise auf ggf. bereits erarbeitete Analysen aufbauen (z. B. Sozialbericht des RBK, Quartierssteckbriefe des RSK, kleinräumige Datenanalysen im OBK). Solche Einrichtungen sind insbesondere für die ländlich geprägten und dünn besiedelten Räume sowie für sozial benachteiligte Quartiere und Stadtteile des Bergischen Rheinlands ein geeignetes Instrument sowohl zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgung als auch zur Entlastung der Ärzteschaft. Dass Interesse und Umsetzungsbereitschaft politisch vorhanden sind, zeigt beispielhaft der 2021 im RBK diskutierte Antrag „Gesundheitskiosk im Quartier“ der Kreistagsfraktionen von CDU und Bündnis 90/Die Grünen, der grundsätzlich auch Zustimmung von der Linken und der SPD erfuhr, die allerdings für ein mobiles Angebot plädierten. Auch im OBK wurde Interesse an solchen Ansätzen artikuliert.

### 5.4.3 Digitalisierung, Telemedizin und eHealth

**Empfehlung kompakt |** Telemedizinische Anwendungen zeigen ihre Wirkung insbesondere im Rahmen von mehrdimensionalen Ansätzen. Deshalb sollten sie bei der Konzeption neuer Lösungen stets mitgedacht und -diskutiert werden: Bei Einrichtungen wie Gesundheitskiosken und LGZ/PVZ (z. B. Videosprechstunden) ebenso wie beim Case- und Caremanagement oder bei der Delegation bzw. Arbeitsteilung (wie bei OBERBERG\_FAIRsorgt oder „TeleArzt“ Dr. Aßmann).

In den Bereichen Digitalisierung, Telemedizin und eHealth ist seit einigen Jahren eine Entwicklung zu erkennen, die insbesondere im Zuge der Corona-Pandemie an Dynamik gewonnen hat. Videosprechstunden stellen keine technische Hürde mehr da und werden in manchen Fachbereichen bereits relativ intensiv genutzt (z. B. in der Psychotherapie). Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Dienstleistern, die entweder rein technische Lösungen für Praxen anbieten oder in Kooperation mit einem ärztlichen Team auch Gesundheitsdienstleistungen durchführen (Online-Sprechstunden, Ausstellung von Rezepten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc.). So hat etwa die KV Baden-Württemberg mit „docdirekt“ ein telemedizinisches Angebot entwickelt, das zugelassene Ärzte aus Baden-Württemberg telefonisch mit Patienten verbindet. Vorgeschaltet werden medizinische Fachangestellte, die einerseits die Patientendaten aufnehmen und andererseits die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs einordnen und dabei prüfen, ob es sich um einen Notfall handelt oder ob eine „physische“ Behandlung vor Ort notwendig ist. Für die Ab-

rechnung hat die KVBW eine eigene GOP-Nummer eingeführt („docdirekt-GOP“), die Dokumentation und Abrechnung findet in der Praxis des jeweiligen Arztes statt. Auch private Dienstleister haben sich im Markt etabliert und können teilweise auch GKV-Versicherte behandeln bzw. abrechnen (z. B. TeleClinic, arzt-direkt). Zu den Anfängen waren die Dienstleistungen nur Privatversicherten bzw. Selbstzahlern vorbehalten.

Auch Gesundheitsapps haben in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Neben „Lifestyle“-Apps, z. B. Fitness-, Ernährungs- und Bewegungstracker, und serviceorientierten Apps (z. B. Erinnerung an Medikamenteneinnahme, Arzttermine; Symptomtagebücher; Koordination von Gesundheitsdaten etc.) gehören auch medizinische Apps dazu. Letztere dienen der Diagnose und/oder Therapie von Erkrankungen und müssen daher als Medizinprodukte zugelassen werden (Digitale Gesundheitsanwendungen, DiGA). Sie bieten z. B. Hilfe bei Tinnitus, Angststörungen oder Depressionen, Rückenschmerzen, Migräne, Diabetes, Schwangerschaften etc.

Telemedizinische Angebote können insbesondere in ländlicheren, dünn besiedelten Räumen des Bergischen Rheinlands dabei helfen, Distanzen zu überwinden. Aber auch für mobilitätseingeschränkte Gruppen können sie eine deutliche Verbesserung der Versorgungssituation bedeuten. Sie kommen insbesondere für Leistungen in Betracht, die nicht unbedingt einen persönlichen/physischen Kontakt voraussetzen, etwa für Sprechstunden, die Ausstellung von Rezepten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie sonstige Beratungsgespräche.

Mit OBERBERG\_FAIRsorgt hat der Oberbergische Kreis bereits ein Projekt auf den Weg gebracht, das sowohl digitale Elemente als auch Aspekte des Casemanagements (siehe folgendes Kapitel 5.4.4) vereint und für eine Verbesserung der Patientenversorgung einerseits und eine Entlastung der Ärzteschaft andererseits sorgt. Es besteht ein Potenzial darin, das vom Innovationsausschuss des G-BA geförderte Projekt auf das gesamte Gebiet des Bergischen Rheinlands auszurollen. Auf eine gesicherte Finanzierung ist hinzuwirken.

Auch der „TeleArzt“ Dr. Aßmann, der in Lindlar und Engelskirchen hausärztliche Praxen führt und mit dem Einsatz von speziell geschulten medizinischen Fachangestellten („Verahs“) ein aufsuchendes, telemedizinisches Angebot betreibt, könnte eine Vorbildfunktion für andere Praxen in den Handlungsräumen haben (vgl. Kapitel V.b).

Im Zuge des teilräumlichen Gesundheitsdialogs sollten die Potenziale von Telemedizin und eHealth diskutiert werden und Problemlagen identifiziert werden, an denen sie ganz konkret ansetzen können. Die Befragung der Ärzteschaft hat beispielsweise gezeigt, dass die Sprachbarrieren eine wachsende Herausforderung darstellen, die mit einem erheblichen zeitlichen Mehraufwand einhergeht. Hier könnte ein Modellprojekt mit digital zuschaltbaren Dolmetschern ansetzen, die im Dialog zwischen Arzt und Patient simultan übersetzen. Eine Alternative stellen speziell für den medizinischen Bereich entwickelte Übersetzungsapps dar, z. B. „aidminutes.anamnesis“. Hier füllen die Patienten einen digitalen Anamnese-Bogen in ihrer Sprache aus, die der Arzt in deutscher Sprache erhält und in sein Praxisverwaltungssystem integrieren kann. Dies könnte mit einer besseren bzw. höheren Patientenversorgung bzw. -zufriedenheit und einer Entlastung der medizinischen Fachangestellten am Empfang sowie der Ärzte einhergehen. Eine auf Teilraumbene initiierte Nutzung könnte einerseits kostensparend wirken (gemeinsame Beschaffung) und andererseits wissenschaftlich begleitet werden, um Effektivität und Wirkungsgrad zu untersuchen.

#### 5.4.4 Case- und Caremanagement (CCM)

**Empfehlung kompakt |** Im Rahmen der Dialogformate sollten die Potenziale des CCM diskutiert und unter Berücksichtigung von Sozial- und Gesundheitsdaten innovative Versorgungsmodelle für weitere Bedarfsgruppen konzipiert werden. Auf eine Verstetigung des Projekts OBERBERG\_FAIRsorgt sollte hingewirkt und eine Übertragung in die anderen beteiligten Kreise diskutiert werden.

Case- und Caremanagement (CCM) bietet Potenziale für eine verbesserte Patientenversorgung und eine Entlastung des medizinischen Personals. Mit der Erweiterung des Begriffs Casemanagement (häufig auch als Fallbetreuung bezeichnet) um das Caremanagement wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es sich um einen Ansatz handelt, der neben der Fallebene (Patient, Familie, Kleingruppe) auch die Systemebene berücksichtigt, also eine multiprofessionelle Vernetzung zur fallübergreifenden Versorgung von bestimmte Personengruppen, z. B. Diabetikern, Asthmatikern, Hochaltrigen, Pflegebedürftigen etc. zum Ziel hat.

Ein in der vorliegenden Studie bereits mehrfach erwähntes Projekt in der Region ist OBERBERG\_FAIRsorgt, das zum Ziel hat, die medizinische und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Senioren im Oberbergischen Kreis sektorenübergreifend zu verbessern. Dafür setzt das aus Mitteln des Innovationsfonds geförderte Projekt auf Ansätze des CCM sowie auf telemedizinische Elemente. Die Ergebnisse der Evaluation durch die Universität zu Köln werden voraussichtlich 2024 vorliegen, dann entscheidet sich auch eine etwaige Überführung in die Regelversorgung. Im Oberbergischen Kreis bestehen die entsprechenden Strukturen bereits, sodass das Angebot bei Eingang in die Regelversorgung weiterlaufen könnte – der Rheinisch-Bergische Kreis und der Rhein-Sieg-Kreis sollten zeitnah darüber beraten, ob sie das Programm bei geklärter Finanzierungslage auch in ihren Kreisen umsetzen würden und welche Ressourcen sie hierfür aufwenden müssten. Der Oberbergische Kreis könnte dabei beratend unterstützen.

Darüber hinaus sollte das Handlungsfeld des Case- und Caremanagements in den Dialogformaten Eingang finden, um aus dem Erfahrungswissen der Ärzte und weiterer Gesundheitsakteure sowie aus Analysen zu Sozial- und Gesundheitsdaten weitere Projekte in dem Bereich zu konzipieren. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass die verschiedenen Bausteine einer modernisierten Versorgung sinnvolle Verknüpfungen erlauben. So könnte das CCM räumlich wie personell an speziellen Einrichtungen wie Primärversorgungszentren oder Gesundheitskioske ange-dockt werden und telemedizinische bzw. eHealth-Elemente einfließen lassen. Zudem fördert CCM qua Definition eine stärkere Delegation bzw. berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und Arbeitsteilung (siehe auch folgendes Kapitel 5.4.5).

#### 5.4.5 Delegation und interprofessionelle Arbeitsteilung

**Empfehlung kompakt |** Um Ärzte zu entlasten und damit Kapazitäten zu schaffen, sollte mit den Praxen über das Potenzial der Weiterbildung von MFAs zur Versorgungsassistenz (VERAH, NäPa, EVA etc.) diskutiert werden. Auch das Potenzial von Gemeindeschwestern und die Verknüpfung mit weiteren Einrichtungen (PVZ, Kioske etc.) sollte innerhalb der Kommunen und ggf. im Dialog mit den Gesundheitsakteuren eruiert werden. Mit der HV plus Genossenschaft ist zeitnah Kontakt aufzunehmen, um deren konkreten Handlungsfelder abzustecken und mögliche Kooperationen oder Unterstützungsleistungen zu diskutieren.

Die Übertragung von delegierbaren Tätigkeiten an medizinisches Fachpersonal und eine berufsgruppenübergreifende Arbeitsteilung stellen ein übergeordnetes Themenfeld dar, das in allen zuvor beschriebenen Bausteinen berücksichtigt werden muss. Wegen der hohen Bedeutung

werden die Kernaspekte an dieser Stelle noch einmal gebündelt beschrieben und die Handlungsoptionen der kommunalen Ebene herausgestellt.

Der Großteil der im Rahmen dieser Studie befragten Ärzte gibt an, dass administrative Aufgaben ein wesentlicher Faktor für ihre Aus- oder Überlastung sind. Rund 85 % würden in der Reduzierung oder Abgabe der administrativen Verantwortung eine Verbesserung ihres Berufsalltags sehen. Zudem sehen über 70 % der Befragten eine potenzielle Entlastung in der Delegation von medizinischen Routinetätigkeiten und in einer erhöhten Arbeitsteilung im Team (vgl. Kapitel 4.3.5). Die „Ressource Arzt“ ist knapp und sollte deshalb so effizient wie möglich für Tätigkeiten eingesetzt werden, die die entsprechende, hohe Qualifikation erfordern. Einfache medizinische (Routine-)Tätigkeiten und Verwaltungsaufgaben müssen deutlich stärker von anderen – und weniger von Knappheit betroffenen – Berufsgruppen übernommen werden, um die Mediziner zu entlasten und somit zusätzliche ärztliche Kapazitäten zu schaffen. Während auf der bundespolitischen Ebene der Bürokratisierungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung kritisch hinterfragt und diskutiert werden sollte, müssen auf lokaler bzw. regionaler Ebene (gezwungenermaßen) pragmatische Lösungsansätze unter den geltenden Rahmenbedingungen erarbeitet werden.

Die Idee der Gemeindeschwester ist keine neue, erlebt in den letzten Jahren aber ein Revival, z. B. unter Namen wie Gemeindeschwester<sup>plus</sup>, Gemeindeschwester 2.0, agnes<sup>zwei</sup> oder PauLA mit jeweils leicht unterschiedlichen Fokussen. Für medizinische Fachangestellte in hausärztlichen Praxen werden Weiterbildungen zur Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH) oder zur nichtärztlichen Praxisassistenz (NäPa) bzw. entlastenden Versorgungsassistenz (EVA) angeboten, die beispielsweise Hausbesuche und einfachere Tätigkeiten übernehmen können. Die Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen erfolgt über die hausarztzentrierte Versorgung (HZV; bei VERAHs) bzw. über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM; bei NäPas bzw. EVAs). In den Dialogformaten sollte das Thema Eingang finden und diskutiert werden, warum solche speziell fortgebildeten MFAs in den Praxen noch relativ selten vertreten sind, worin ggf. Probleme oder Herausforderungen liegen und wie die Kommunen die Praxen möglicherweise unterstützen können. Ein häufig artikulierter Kritikpunkt ist, dass die Kosten für die Fortbildung höher seien als die Einnahmen durch die delegierbaren Leistungen. Ein potenzieller Lösungsansatz könnte in einer kommunalen Förderung der Fortbildung liegen, mit Fokus auf Praxen in dünn besiedelten Gebieten mit schlechtem ÖPNV und einem erhöhten Anteil an Patienten, die auf Hausbesuche angewiesen sind.

Zudem sollte diskutiert werden, ob die Einstellung von Gemeindeschwestern bei den Kommunen eine sinnvolle Unterstützung der lokalen Gesundheitsakteure und der Patienten darstellen würde. In Städten und Gemeinden, in denen zukünftig ggf. Gesundheitskioske oder ähnliche Stellen/Einrichtungen errichtet werden (vgl. Kapitel 5.4.1 und 5.4.2), können Gemeindeschwestern in die Arbeit integriert werden oder diese gar leiten, sofern sie die notwendige Qualifikation besitzen (für die Leitung von Gesundheitskiosken sind im Referentenentwurf des GVSG Pflegefachkräfte vorgesehen).

Um die Ärzte im Bergischen RheinLand von administrativen Aufgaben zu entlasten, kommen verschiedene Ansätze in Betracht. Neben bestehenden, teils kommerziellen Angeboten von privaten Dienstleistungsunternehmen hat zuletzt der Hausärzterverband Nordrhein e. V. eine Genossenschaft gegründet, die einerseits bestehende Praxen von Verwaltungsaufgaben entlasten und andererseits abzugebende Praxen übernehmen soll, wenn eine Schließung ohne Nachfolge droht. Die Kreise sollten die weitere Entwicklung beobachten und mit den Vertretern der Genossenschaft in Kontakt treten. Die HV plus eG rechnet damit, dass Anfang 2024 die ersten Praxen in genossenschaftlicher Führung betrieben werden. Da die Initiative vom Hausärzterverband ausgeht, beschränken sich die Tätigkeiten auf den hausärztlichen Bereich.

Grundsätzlich lässt sich eine interprofessionelle Arbeitsteilung insbesondere in größeren Strukturen wirtschaftlich abbilden. Bei Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ mit mehreren Ärzten ist die Einstellung von administrativem Personal denkbar, das die Mediziner von diesen Aufgaben entlastet. Damit sind sie auch für nachrückende, junge Ärzte attraktiv. Insofern ist auch an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Kreise den Betriebsformenwandel in der Region langfristig aktiv begleiten müssen (siehe Kapitel 5.5).

#### 5.4.6 Flankierende Angebote

**Empfehlung kompakt |** Die Kreise bzw. Städte und Gemeinden sollten flankierende Angebote zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgung beisteuern, wenn im Rahmen der Gesundheitsdialoge entsprechende Bedarfe abgeleitet werden. Die potenziellen Maßnahmen sind hierbei vielfältig und reichen von Fahrdiensten für mobilitätseingeschränkte Personen bis hin zur Errichtung und Vermietung von Immobilien für Gesundheitsdienstleister (Arztpraxen, LGZ/PVZ, Gesundheitskioske etc.).

Die Kreise sollten – sofern sich aus den Diskussionen mit Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern, ambulant tätigen Ärzten und sonstigen Gesundheitsakteuren entsprechende Hinweise ergeben – flankierende Angebote entwickeln, um die Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln. Dies können auch und insbesondere Dienstleistungen sein, die nicht direkt dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind, wie etwa Abhol- und Bringdienste. Unter Umständen können die lokalen Akteure, hier insbesondere die Bürgermeister, durch eine aktive Ansprache der Bürgerinnen und Bürger ein ehrenamtliches Engagement aufbauen. Im Gegensatz zu medizinischen Leistungen ist hier kein spezielles Know-how notwendig und zudem sind die „Schichten“ flexibel planbar.

Darüber hinaus können die Kommunen mit der Errichtung von Ärztehäusern einen Impuls setzen. Mit dem Konzept der LGZ bzw. PVZ wird in der vorliegenden Studie die Idee einer einheitlichen Trägerschaft verbunden, unter deren organisatorischem Dach verschiedene Professionen und Angebote gebündelt werden. Ärztehäuser, bei denen „lediglich“ eine Immobilie bereitgestellt wird, unterscheiden sich davon, weil sich hier in vollem Umfang selbständige Praxen lediglich als Mieter nebeneinander in einer gemeinsamen Immobilie ansiedeln. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass derartige Lösungen ebenfalls zur Stabilisierung der ärztlichen Versorgung beitragen können. Denn moderne, geeignete Räumlichkeiten an einem gut erreichbaren Standort sind für den Betrieb einer Arztpraxis eine gute Voraussetzung. Hinzu kommt die Chance auf Synergieeffekte aus der räumlichen Bündelung unterschiedlicher Angebote. Ein gelungenes Beispiel ist das vom kommunalen Wohnungsunternehmen mit zwei engagierten Hausärzten in Meinerzhagen realisierte Multimedikum (siehe Kapitel III). Die beiden Hausärzte waren mit ihrer Gemeinschaftspraxis Erstmieter, Ideengeber und Kooperationspartner für die Meinerzhagener Baugesellschaft, die ihrerseits die Immobilie realisiert hat. Auch privatwirtschaftliche Immobilienentwickler bieten den Kommunen häufig derartige Lösungen an. Der Charme und Erfolg des Meinerzhagener Projektes resultiert jedoch daraus, dass die regional verankerten Akteure ein erkennbares Interesse an der nachhaltigen Stärkung der lokalen Gesundheitsversorgung haben und sich in diesem Sinne besonders engagieren.

Die Kreise sowie die Städte und Gemeinden sollten für solche und weitere Ideen, die im Rahmen der Gesundheitsdialoge entstehen, stets offen sein und mögliche Wege zur Umsetzung eruieren.

## 5.5 Programmatische Langfristaufgabe: Betriebsformenwandel begleiten und steuern

### 5.5.1 Veränderte Präferenzen des medizinischen Nachwuchses

An mehreren Stellen der vorliegenden Studie ist deutlich geworden, dass die Praxisübergabe an Nachfolger eine der zentralen Herausforderungen darstellt, sowohl für die abgebenden Praxisinhaber als auch darüber hinaus für die Region im Sinne einer gesicherten Gesundheitsversorgung. Das Ziel muss lauten, die freiwerdenden Arztsitze organisatorisch so zu fassen bzw. einzubetten, dass die daraus entstehenden Arbeitsbedingungen zu den Präferenzen des medizinischen Nachwuchses passen. Auch in Zukunft wird es teilweise noch junge Mediziner geben, für die eine „traditionelle“ Einzelpraxis mit umfassender fachlicher, organisatorischer, juristischer und wirtschaftlicher Verantwortung die favorisierte Lösung darstellt. Das Interesse dieser jungen Mediziner kann aus dem Bestand abzugebender Praxen ohne Weiteres bedient werden. Darüber hinaus zeichnet sich jedoch ab, dass ein großer Teil des ärztlichen Nachwuchses andere Vorstellungen von der Berufsausübung hat. Dies lässt sich anhand der folgenden Facetten beschreiben<sup>23</sup>:

- **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 und Ärzte können und wollen nicht mehr überwiegend und nach Bedarf „rund um die Uhr“ für Praxis sowie Patientinnen und Patienten da sein und alle familiären Angelegenheiten 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 Mediziner und Medizinerinnen zeitweise oder dauerhaft eine Teilzeittätigkeit bevorzugen. Arbeitsstellen, die über Jahre hinweg einen Einsatz von 40 Wochenstunden 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 und Patienten 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 und Mediziner auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren. Dies mag sie nicht von älteren Kollegen 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

<sup>23</sup> Vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2019): Zukunftsfähige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Stuttgart. Abrufbar unter: [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Zukunftsaehige-Gesundheitsversorgung\\_barrierefrei.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Zukunftsaehige-Gesundheitsversorgung_barrierefrei.pdf) (letzter Abruf 23.05.2023)

nichtärztliches Personal übertragen werden können. Von daher haben ärztliche Arbeitsplätze eine höhere Attraktivität, wenn sich die Ärztinnen und Ärzte auf die Aufgaben konzentrieren können, für die sie besonders qualifiziert sind.

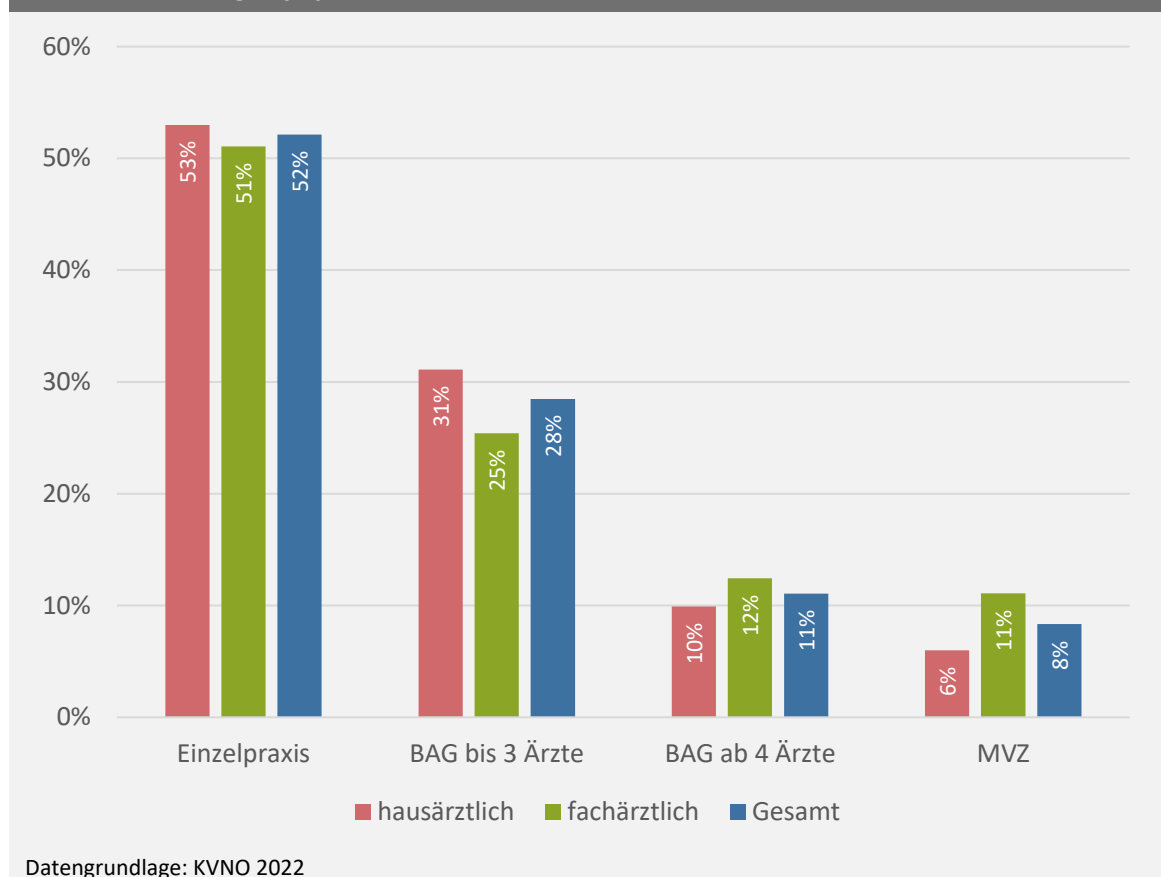
- **Mehr Anstellungsverhältnisse / weniger selbständige Ärztinnen und Ärzte:** Schon die zuvor aufgeführten Punkte münden quasi automatisch in einem abnehmenden Interesse an einer selbständigen Tätigkeit. Die jungen Ärztinnen und Ärzte erkennen, dass sich ihre Präferenzen leichter mit einem Angestelltenverhältnis 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 bzw. Partnern.

### 5.5.2 Betriebsformenwandel und Lokale Gesundheitszentren

Im Status quo sind die Arztpraxen des Bergischen Rheinlands überwiegend kleinbetrieblich organisiert (siehe Abbildung 26). Zugleich kann davon ausgegangen werden, dass die beschriebenen Anforderungen an Teamarbeit, flexible Arbeitszeiten und Entlastung von administrativen Aufgaben eine Mindestgröße von vier oder mehr praktizierenden Ärztinnen und Ärzten voraussetzen. Insofern gilt, dass 80 % der Arztsitze im Untersuchungsraum die Voraussetzungen für die veränderten Anforderungen nicht oder nur ansatzweise erfüllen. Zu vermuten ist, dass dieses Bild bei den älteren, zur Abgabe anstehenden Praxen noch deutlicher ist.

Vor dem skizzierten Hintergrund besteht eine Hauptaufgabe darin, einen Betriebsformenwandel einzuleiten, der im Ergebnis zu ärztlichen Arbeitsplätzen führt, die in höherem Maße den Wünschen der nachrückenden Generation entsprechen. Dies führt zu größeren Praxen oder Praxisverbänden, die ihre Größenvorteile im Sinne der beschriebenen Präferenzen nutzen. Die hier tätigen Ärztinnen und Ärzte können angestellt arbeiten, sind dementsprechend von der unternehmerischen und juristischen Alleinverantwortung befreit, können von unterschiedlichen zur biografischen Situation passenden Arbeitszeitlösungen profitieren, sich in arbeitsteiligen Teams spezialisieren und damit den wachsenden fachlichen Herausforderungen besser gerecht werden sowie – nicht zuletzt – von der Übernahme administrativer Tätigkeiten durch entsprechendes administratives Personal entlastet werden. Im Idealfall wird dieses Profil noch in ansprechend gestalteten und gut ausgestatteten Räumlichkeiten an geeigneten Standorten umgesetzt.



**Abbildung 26: Anteil der Ärztinnen und Ärzte nach Betriebsstruktur der Praxis im Bergischen RheinLand**

Die Erfahrung vieler in die beschriebene Richtung zielender Projekte und Lösungen zeigt, dass sich Nachwuchsmediziner von einem derartigen Arbeitsplatzangebot überzeugen lassen, sodass trotz des Nachwuchsmangels auch freiwerdende Arztstellen in ländlichen Räumen erneut besetzt werden können. Davon ausgehend ist eine zentrale Empfehlung des vorliegenden Gutachtens, den Strukturwandel in Richtung leistungsfähiger, moderner Praxen bzw. Gesundheitszentren aktiv zu fördern und diesen dabei gemeinwohlorientiert zu steuern.

### 5.5.3 Vor- und Nachteile aus gesundheitspolitischer Perspektive

Diese Grundempfehlung mag aus verschiedenen Gründen politisch kontrovers sein. Eine Kritik kann durch den Umstand motiviert sein, dass das Selbstverständnis der Ärzteschaft und vieler Ärztevertretungen primär am Leitbild der Freiberuflichkeit orientiert ist. Dem wäre entgegenzuhalten, dass alle Praxen, die einen freiberuflichen Nachfolger finden, selbstverständlich in diesem Modus weiterbetrieben werden können und sollen. Der Strukturwandel soll sich vor allem aus den Praxen „speisen“, die entweder nicht weiterbetrieben werden können oder deren Inhaber für sich Vorteile in neuen Lösungen sehen. Das hat auch der Hausärzteverband Nordrhein erkannt, der mit der jüngst gegründeten Genossenschaft HV plus u. a. abzugebende Praxen übernehmen und als Primärversorgungszentren betreiben will.

Eine andere Kritik ist, dass der Aufbau von leistungsfähigen Praxen oder Gesundheitszentren weitere räumliche Konzentrationsprozesse fördert und damit letztlich das Problem einer lückenhaften flächendeckenden Versorgung verschärft. Dies ist partiell richtig, wenngleich der Struk-

turwandel auch ohne politisches Zutun weiterläuft und im Status quo Praxisschließungen zu erwarten sind. Der aktiv beförderte Strukturwandel trägt demgegenüber dazu bei, dass die Arzt-sitze in der Region verbleiben und ggf. an gut erreichbaren Standorten unter neuen Rahmenbe-dingungen wiederbesetzt werden können. Hinzu kommt, dass es ein zentrales Anliegen sein sollte, von diesen leistungsfähigeren Zentren aus über Zweigstellen, Fahrdienste oder andere flexible Lösungen (Telemedizin, (Tele-)VERAH, EVAs/NäPas) eine Versorgung peripherer Ort-schaften zu gewährleisten. Denn gerade aus dem Größenvorteil leistungsfähiger Zentren ent- stehen auch die wirtschaftlichen Möglichkeiten zu derartigen Angeboten.

Der Übergang zu größeren Einheiten oder Praxen wird in der öffentlichen Debatte auch deswe- gen kritisch betrachtet, weil dies im Status quo vor allem mit der zunehmenden Zahl von MVZ in Verbindung gebracht wird, hinter denen teils primär renditeorientierte Investoren stehen (in- vestorengeführte MVZ, kurz iMVZ). Hier wird eine nachteilige Ökonomisierung der Gesundheits- versorgung befürchtet. Tatsächlich ist dies bisher insbesondere in den Feldern zu beobachten, bei denen mit ambulanten Tätigkeiten (auch ambulanten Operationen) sehr hohe Erträge zu erwirtschaften sind (z. B. bei Zahnärztinnen und -ärzten oder Augenärztinnen und -ärzten). In einer gesundheitspolitischen Perspektive geht es demgegenüber nicht nur darum, andere Felder zu besetzen (z. B. hausärztliche Versorgung), sondern zugleich regionale Gesundheitsakteure in die Verantwortung zu bringen und zu nehmen. Bezugspunkt ist dabei der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, der in seinem Gutachten von 2014 erstmals die Empfehlung formuliert hat „Lokale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ im ländlichen Raum zu reali- sieren.<sup>24</sup> Der Sachverständigenrat für Gesundheitsfragen beschreibt diese als multiprofessio- nelle Zentren, deren Mittelpunkt die hausärztliche sowie die ergänzende fachärztliche Versor- gung ist. Weitere Leistungen können oder sollen je nach örtlichem Bedarf angedockt werden (vgl. auch Kapitel 5.4.1). Damit ist ein weitergehender Anspruch formuliert, der über den Wan- del zu größeren Praxen hinausgeht. Allerdings kann die Bildung von größeren Einheiten/Praxen den Weg in weitergehende Lösungen ebnen, gerade weil diese über erweiterte (wirtschaftlich- organisatorische) Möglichkeiten verfügen und in Kooperation mit den Kommunen besondere lokale Bedarfe adressieren können (wie z. B. den Betrieb von Zweigstellen).

#### 5.5.4 Begleitung, Förderung oder Gründung von Betreibergesellschaft(en) für Lokale Gesundheitszentren

Die beschriebene kleinbetriebliche Struktur ist zwar im Bergischen RheinLand (wie anderswo auch) noch dominant, verliert allerdings seit einigen Jahren an Bedeutung zugunsten von Be- rufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit mehreren Ärztinnen und Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in unterschiedlicher Trägerschaft. Bei den BAGs bleiben bisher Be- triebsgrößen vorherrschend, die unterhalb einer Mindestgröße für ein optimiertes Angebot prä- ferenzgerechter Arbeitsplätze bleiben. Die MVZ sind überwiegend im fachärztlichen Bereich an- gesiedelt und spezialisieren sich häufig auf ausgewählte, besonders ertragsstarke Gesundheits- dienstleistungen.

Eine unter Public-Health-Blickwinkel umgestaltete Versorgungslandschaft benötigt insofern weitergehende Impulse und Initiativen. In der Region Nordrhein hat sich der Hausärzteverband mit Gründung der HV plus Genossenschaft dieser Aufgabe angenommen. Durch Übernahme von Kassensitzen und Praxen sollen zukünftig Primärversorgungszentren entstehen. Die Kommunen sollten mit den Schlüsselakteuren einen konstruktiven Austausch anbahnen und die Entwicklung

<sup>24</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfs- gerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Kurzfassung. Berlin, S. 179ff.

der Genossenschaft beobachten. Dort, wo es ggf. nicht zur Übernahme von Praxen durch die HV plus eG kommt, sollte auch über kommunal getragene Lösungen nachgedacht werden.

Grundsätzlich könnte ein ärztlich und/oder kommunal getragenes, gemeinwohlorientiertes Unternehmen drei wesentliche Aufgaben übernehmen, um die Gesundheitsversorgung in der Region zu sichern und zu stärken, Praxen zu entlasten sowie die Attraktivität für den medizinischen Nachwuchs zu steigern:

- Trägerschaft von Praxen oder MVZ: Übernahme und Betrieb der zur Abgabe bereitstehenden Praxen bzw. Kassensitze, bei denen keine Nachfolgelösung in Sicht ist
- Service-Gesellschaft zur Entlastung bestehender Praxen von administrativen Aufgaben (Einkaufsgemeinschaft, Personal- und Gerätepool, Abrechnung etc.)
- Netzwerk für Präventionsangebote und Gesundheitsförderung, um den Behandlungsbedarf langfristig zu senken und das Gesundheitssystem nachhaltig zu entlasten

Je nach Ausrichtung kann der Aufbau von Lokalen Gesundheitszentren auf der Neubeantragung von Arztsitzen aufbauen (sofern keine Zulassungssperre besteht) oder aber durch Übernahme von bestehenden bzw. abzugebenden Praxen erfolgen. Die Übernahme von Praxen hat den Vorteil, dass insbesondere der Patientenstamm und das Personal mit übernommen werden können und somit in dieser Hinsicht Risiken vermieden werden. Nicht infrage kommt die Übernahme von Praxen, deren Inhaber eine eindeutige Präferenz für die kleinbetriebliche, freiberufliche Organisationsform haben und die Praxis auch in dieser Form weitergeben wollen oder dies sogar schon erfolgreich vorbereitet haben. Zu übernehmen wären indes

- die Praxen, deren Inhaber z. B. im Vorfeld einer bevorstehenden Abgabe eine Chance darin sehen, ihre Praxis in ein innovatives Modell zu integrieren und ihre letzten Berufsjahre unter veränderten Rahmenbedingungen arbeiten möchten,
- sowie die Praxen, deren Inhaber einen baldigen Verkauf anstreben, aber dies absehbar nicht erfolgreich umsetzen können, so dass ohne Nachfolgelösung eine Schließung droht.

Damit Arztsitze für ein Gesundheitszentrum beantragt oder angekauft bzw. übernommen werden können, ist als zwingende Vorleistung zu klären, „wer“ die wirtschaftliche und juristische Verantwortung für das spätere Gesundheitszentrum übernimmt. Vorgelagert sind insofern die Trägerschafts- und/oder Betreiberfragen. Der beschriebene Strukturwandel setzt zwingend voraus, dass in der Region entsprechende Träger und Betreiber von Gesundheitszentren mobilisiert werden können. Als Alternative für den Fall, dass keine passenden Initiativen aus dem privaten Bereich kommen, kann auch eine kommunale Trägerschaft in Betracht kommen (wie derzeit z. B. in Morsbach).

### 5.5.5 Fazit: Ansatzpunkt für kommunales/regionales Handeln zur Förderung des Betriebsformenwandels

Wenn hier die Begleitung und Förderung des Strukturwandels als eine Aufgabe des regionalen (in den Städten und Gemeinden sowie den Kreisen verankerten) gesundheitspolitischen Engagements empfohlen wird, kann und soll das nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Kommunen auch dies nur mittelbar beeinflussen können. Denn im Wesentlichen handelt es sich um privatwirtschaftliche Akteure und Praxen, die in diesem Strukturwandel eine Chance erkennen und sich auf den Weg machen müssen, diese Chancen zu ergreifen und neue Lösungen umzusetzen.

Was die Kommunen oder die Region allerdings machen kann, ist, sich selbst zum kommunikativen Mittelpunkt und „Schmiermittel“ zu machen und dabei all jene Akteure aktiv zu unterstützen, die sich für erfolgsversprechende Lösungen mobilisieren lassen und engagieren wollen. Potenziale dazu scheinen im Bergischen RheinLand gegeben zu sein, die Dialogformate sollten als Ansatzpunkt und Forum für entsprechende Entwicklungen genutzt werden.

Dass der notwendige Strukturwandel nicht von selbst in Gang kommt und insofern eine regionalpolitische Unterstützung bzw. Flankierung benötigt, hat verschiedene Gründe. Ganz entscheidend ist, dass die kurz vor der Praxisabgabe stehenden Ärztinnen und Ärzte häufig keine Bereitschaft mehr zeigen, ihre letzten Berufsjahre zum Aufbau neuer Partnerschaften und zur Integration ihrer Praxen in leistungsfähigere Verbände zu nutzen. Dabei dürfte auch eine Rolle spielen, dass die Praxiswerte in ländlichen Gegenden ohnehin gering sind und insofern keine große Bedeutung für die Alterssicherung haben. Das Risiko ist in der Folge hoch, dass Praxen geschlossen werden, ohne dass Nachfolger gefunden wurden. Aber auch die jüngeren oder zum Teil in der Mitte des Berufslebens stehenden Ärztinnen und Ärzte sind eher selten aktive Treiber des notwendigen Strukturwandels. Sie sind – wie auch die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen – mit ihrer Praxis und mit ihrer Patientenversorgung in der Regel so weit aus- oder gar überlastet, dass darüber hinaus, trotz manchmal vorhandenem Interesse, nur wenige Spielräume für ein derartiges Engagement bestehen. Eine andere Frage ist, ob die Kommunen die seit einigen Jahren bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten nutzen sollten, selbst derartige Gesundheitszentren zu betreiben (siehe hierzu Kapitel 5.4.1). Auch dies kann den Strukturwandel in Richtung größere und leistungsfähigere Einheiten befördern.

Letztlich kommt es aus kommunaler/regionaler Perspektive darauf an, aus den empfohlenen Dialog- und Kooperationsformen heraus Akteure zu identifizieren, die es als (sozial-)unternehmerische Aufgabe und Chance betrachten, neue Formen der ambulanten Versorgung zu etablieren. Dabei kann es sich um einzelne Ärzte, um Kooperationen von Ärzten, um andere Gesundheitsdienstleister (wie Krankenhäuser) oder letztlich auch um kommunale Träger (und entsprechende Mischformen) handeln. Diese gilt es insbesondere dann zu unterstützen, wenn sie aus der Realisierung innovativer Versorgungslösungen erkennbar einen Mehrwert für die Versorgung der Bevölkerung erzeugen als auch moderne Arbeitsplätze anbieten, die einen wichtigen Beitrag zur Nachwuchsgewinnung leisten. Wesentlich für die Unterstützung können Hilfestellungen in der Kooperationsanbahnung, in der Standortsuche und Immobilienentwicklung und nicht zuletzt in vielfältigen konzeptionellen Fragen sein. Dies kann in umsetzungsorientierten Machbarkeitsstudien<sup>25</sup> gebündelt werden.

---

<sup>25</sup> In einer derartigen Machbarkeitsstudie sind in Abhängigkeit des Diskussions- und Arbeitsstands alle für die Umsetzung wesentlichen Fragen zu bündeln. Hierzu gehören insbesondere: Fachliche Ausrichtung bzw. Angebotsspektrum, beteiligte Berufsgruppen bzw. Leistungserbringer (soweit bereits identifizierbar), Anforderungen an den Standort und das Objekt (Raumprogramm) sowie Vorbereitung der Standortentscheidung (inkl. Kostenschätzung und Investorenlösung für die baulichen Aufgaben), Organisations- und Rechtsform insbesondere mit Blick auf die Eigentümer- und Betreiberaufgaben (Ausarbeitung der Gesellschafterverträge), Business- und Finanzierungsplan auf der Basis entsprechender Vorarbeiten zur technischen Ausstattung und zum Personaleinsatz etc.

# Teil B – Good Practice: Ansätze für eine moderne Gesundheitsversorgung

# I. Einführung

Die räumlichen Strukturen und Betriebsformen in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung befinden sich im Wandel. Von der Konzentration medizinischer Leistungen in Zentren sowie der zunehmenden fachlichen Spezialisierung der Leistungserbringer scheinen bisher vor allem die ländlichen Räume – und hier insbesondere peripher gelegene Kommunen mit geringen Einwohnerzahlen – beeinträchtigt. In entlegeneren und/oder dünn besiedelten Regionen stellt der Erhalt von leistungsstarken Versorgungsstrukturen eine große Herausforderung dar. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte wird aufgrund der Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung freier Kassensitze abnehmen und die zurückzulegenden Distanzen zu den Versorgungsstandorten werden für die ohnehin alternde und damit verstärkt immobile Bevölkerung größer. Das Szenario für das Bergische RheinLand weicht dabei kaum von anderen Räumen ab, insbesondere in den Teilräumen B und C.

Jedoch gibt es zahlreiche Beispiele aus verschiedenen Regionen Deutschlands, die zeigen, dass mit innovativen Modellen zukunftssichere Versorgungsstrukturen aufgebaut werden können.<sup>26</sup> Beim Management des Strukturwandels geht es im Kern darum, das Wechselspiel von zentralen Versorgungsstandorten und daran angedockten dezentralen Versorgungsstrategien zu organisieren. Dies kann genau dann gelingen, wenn attraktive Arbeitsplätze für Nachwuchskräfte an zentralen Standorten geschaffen werden und damit verbunden z. B. neue Angebote für eine verbesserte Patientenmobilität entstehen. Größere Organisationseinheiten sind zudem finanziell in der Lage, Aufgaben an nicht-ärztliches Fachpersonal zu delegieren bzw. Aufgaben des Praxismanagements an Verwaltungsfachkräfte abzugeben. Telemedizin und digitale Lösungen können einen weiteren Beitrag bei diesen Entwicklungen leisten. Grundlage für den Aufbau solcher Versorgungsstrukturen ist ein interkommunaler bzw. regionaler Dialog, denn innovative Modelle, die zugleich zentrale und dezentrale Elemente kombinieren, können nur dann gelingen, wenn die Versorgung über Gemeindegrenzen hinweg organisiert wird. Telemedizin und digitale Lösungen können einen weiteren Beitrag bei diesen Entwicklungen leisten. Im Oberbergischen Kreis zeigt OBERBERG\_FAIRsorgt bereits, dass dies funktionieren kann, wenn sektorenübergreifend zusammengearbeitet wird. Dazu ein Hausarzt aus Berge neustadt: "Wenn man sieht, wie gut Ergebnisse sein können, weil alle zusammen an einem Strang für ein qualitativ besseres Leben der Patienten ziehen und man den eigenen Anteil und den Anteil der anderen sieht, dann ist das mehr als fair, dann ist das OBERBERG\_FAIRsorgt!".

Einige ausgewählte Strategien und Modelle zur Sicherung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung aus dieser und aus anderen Regionen werden auf den folgenden Seiten skizziert. Die Sammlung der Good-Practice-Beispiele soll aufzeigen, welche Optionen für eine nachhaltige Entwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung bestehen. Sie dient zudem als Einstiegs- und Arbeitshilfe für die in Kapitel 5 erläuterten und auf die Region bezogenen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung im Bergischen RheinLand.

---

<sup>26</sup> Einen ausführlichen Überblick bestehender innovativer Konzepte, die zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung beitragen, bietet auch die Homepage des Projekts InGe des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main: [www.innovative-gesundheitsmodelle.de](http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de)

## II. Gesundheitsdialog, Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitsplanung

Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Dementsprechend haben Städte und Gemeinden keine formalen Zuständigkeiten in diesem Bereich (siehe auch Kapitel 5.1.2). Trotzdem sehen sich Kommunen zunehmend in der Pflicht, gegen den Ärztemangel vorzugehen. Insofern bedarf die Organisation des Strukturwandels zuallererst eines neuen Aufgabenverständnisses der Kommunen. Aufgrund veränderter räumlicher Strukturen geht es nicht mehr allein um die Sicherung der kleinteilig und bislang lokal organisierten Versorgung in den einzelnen Gemeinden. Die Versorgung in eher peripheren/ländlichen Regionen wird nur sichergestellt werden können, wenn dem Thema eine hohe Priorität eingeräumt wird und dabei die Regionen als Ganzes in den Blick genommen werden.

Den Städten und Gemeinden sowie den Landkreisen kommt daher eine neue Rolle zu. Der Aufbau zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen liegt auf der Schnittstelle zu privaten bzw. ärztlichen Leistungen. Auch wenn die regionale bzw. kommunale Ebene bisher nicht mit formalen Zuständigkeiten ausgestattet ist, ist mindestens ihr flankierendes Engagement notwendig. Sie sind dazu angehalten, sich stärker in die Themen der Gesundheitsversorgung und -planung einzubringen und zugleich eine regionale Arbeitsteilung anzustreben.

Infolgedessen ist es notwendig, dass Kommunen einen Dialog aufbauen, kooperieren und die Gesundheitsversorgung als Gemeinschaftsaufgabe begreifen. Denn auf Dauer angelegte interkommunale Kooperationen sind besonders geeignet, um die Herausforderungen zu erkennen und mit den relevanten Akteuren konstruktive Lösungen zu entwickeln. In solchen Netzwerken können die Kommunen und die Akteure der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sich gegenseitig bei der Bereitstellung von Infrastruktur und der Erbringung von Dienstleistungen unterstützen. In langfristig bestehenden Netzwerken lernen sich die Akteure gut kennen und es wird gegenseitiges Vertrauen aufgebaut, sodass Synergien entstehen, kurze Abstimmungswege geschaffen werden und nicht zuletzt die Transparenz bestehender Angebote erhöht wird. Wie dies gelingen kann, zeigen die nachfolgenden Praxisbeispiele. Das Demografie-Forum Havelland legt seinen Schwerpunkt durch die gemeinsame Organisation des Demografie-Fonds auf die Umsetzung gemeindeübergreifender Projekte. In der Gesundheitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück sowie im Schwarzwald-Baar-Kreis werden erfolgreich Gesundheitskonferenzen durchgeführt, aus denen regional- und themenspezifische Arbeitsgruppen und Projekte hervorgehen. Auch wenn die unteren Gesundheitsbehörden in Nordrhein-Westfalen (und damit die drei beteiligten Kreise) durch § 21 ÖGDG NRW zu einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung und der Durchführung von Gesundheitskonferenzen verpflichtet sind und diese Ansätze dementsprechend bereits umsetzen, können die hier dargelegten Beispiele noch einmal Impulse für eine potenzielle Weiterentwicklung geben. Im Schwarzwald-Baar-Kreis wurden im Rahmen eines Pilotprojekts beispielsweise Überlegungen zu einer Neuorganisation der regionalen Versorgung vorangebracht.

## Demografie-Forum Havelland

Der unmittelbar an Berlin angrenzende Landkreis Havelland im Land Brandenburg wird stark durch den demografischen Wandel beeinflusst. Aus diesem Grund hat der Landkreis von 2010 bis 2017 das Demografie-Projekt durchgeführt. Initiator war der Landkreis selbst, der im Projekt mit ausgewählten Gemeinden und den Havellandkliniken zusammenarbeitete. Das Projekt wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Seit 2018 besteht ein dauerhaftes, freiwilliges Bündnis des Landkreises mit allen Gemeinden und den Havellandkliniken. Das Nachfolge-Projekt Demografie-Forum wird nunmehr ohne externe Förderung finanziert.

Ziel ist es, den demografischen Wandel im Landkreis zu begleiten und zu organisieren. Durch die Kooperation sollen lokale Handlungsstrategien zu einem Gesamtkonzept gebündelt, in der Praxis erprobt, auf ihre Übertragbarkeit geprüft und bei Erfolg verbreitet werden. Herzstück des Projekts ist der Demografie-Fonds. Die Projektpartner zahlen jährlich in den Fonds ein. Die Mittel des Fonds werden an ausgewählte Projekte vergeben, um diese durch eine Anschubfinanzierung zu unterstützen.

### Organisationsstruktur

Lenkungsausschuss: Wesentliche Aufgabe des Lenkungsausschusses ist die Erarbeitung konzeptioneller Grundlagen des Demografie-Forums. Außerdem berät er über Projektanträge und schüttet die Mittel des Fonds aus. Dafür tagt der Lenkungsausschuss zwei bis drei Mal jährlich. Die Projektpartner entsenden jeweils einen Vertreter in den mit politischen Akteuren besetzten Ausschuss. So kommen die jeweiligen Bürgermeister, der Landrat und der Geschäftsführer der Havellandkliniken zusammen.

Demografie-Referentin (Geschäftsstelle): Für die Koordination des Demografie-Forums wurde eine Demografie-Referentin eingesetzt. Sie bereitet die Sitzungen des Lenkungsausschusses organisatorisch und inhaltlich vor. Zudem unterstützt sie Antragsteller des Fonds bei der Erstellung von Projektskizzen.

Der Stellenumfang der Geschäftsstelle beträgt 50 % (20 Wochenstunden). Als Ergebnis einer Zwischenevaluation wurde die Stelle aus den Strukturen der Wirtschaftsförderung herausgelöst und als Stabsstelle beim Landrat angeordnet. Dies war notwendig, um den „direkten Weg“ zum Landrat und kurze Abstimmungsprozesse zu ermöglichen.

Die Demografie-Referentin ist in der Verwaltung des Landkreises zentrale Ansprechperson für Fragestellungen zum demografischen Wandel. Im Umfang von weiteren 20 Wochenstunden unterstützt sie den Aufbau des Innovationsbündnisses Havelland, koordiniert und leitet den Arbeitskreis Demografie in der Kreisverwaltung und übernimmt Verantwortung für die allgemeine Netzwerkbildung, Projektentwicklung, -umsetzung und -begleitung sowie die Strategieentwicklung im Bereich Demografie.

Themenbezogenen Arbeitsgruppen: Von 2010 bis 2017 wurde die inhaltliche Arbeit im Demografie-Projekt in themenbezogenen Arbeitsgruppen geleistet. Im Demografie-Forum wurden noch keine AGs eingerichtet. Wenn die Grundlagenarbeit abgeschlossen ist, ist zu erwarten, dass Arbeitsgruppen gegründet werden, um gemeinsam Projektideen zu qualifizieren und umzusetzen.

### Assoziierte Gremien und Vorhaben

Arbeitskreis Demografie: Auf der Arbeitsebene hat der Landkreis einen internen Arbeitskreis für den Austausch zu demografischen Fragen eingerichtet. Er unterstützt das Demografie-Forum durch fachliche Expertisen.



Innovationsbündnis Havelland (Förderung durch die Helga Breuninger Stiftung): Ziel des Bündnisses ist es, ein Beteiligungsforum für engagierte Akteure aus Bürgerschaft, Politik und Wirtschaft zu schaffen. In drei Zukunftskonferenzen sowie in Bürger- und Salongesprächen wurden Themenschwerpunkte identifiziert, die in entsprechenden Projektgruppen weiterbearbeitet werden sollen, um Ideen und konkrete Projekte zu entwickeln. Diese können dann ggf. in das Demografie-Forum eingebracht werden. Für die weitere Arbeit des Bündnisses wird ein Verein gegründet.

Regionale Gesundheitskonferenz im Landkreis Havelland: Das Gesundheitsamt des Landkreises führt seit 2013 Gesundheitskonferenzen durch. Diese dienen als zentrale regionale Koordinations- und Kommunikationsplattform. Die Konferenz berät u. a. über Fragen der medizinischen Versorgung auf regionaler Ebene. Sie setzt sich aus regionalen Vertretern der medizinischen Versorgung, Kosten- und Leistungsträgern sowie Vertretern von Verbänden und Vereinen zusammen. Die Ergebnisse der Gesundheitskonferenzen führen zum Teil zu Projektideen, die in das Demografie-Forum und den Fonds eingebracht werden.

### **Vorgehensweise/Formate, Themen und Zielgruppen**

Demografie-Fonds: Im Zentrum steht der Demografie-Fonds. In der Anfangsphase haben sich die Projektpartner in der Lenkungsgruppe über ihre Arbeits- und Fördergrundlagen verständigt und Handlungsfelder identifiziert bzw. Förderschwerpunkte definiert. Anschließend stand im Fokus, Projektideen zu qualifizieren (vor allem durch die Geschäftsstelle), um in der Lenkungsgruppe über Projektanträge zu beraten und zu entscheiden.

Zielgruppe der Aktivitäten sind zunächst nur die Gemeinden und die Havellandkliniken. Sie sind durch ihre Bürgermeister bzw. die Geschäftsführung im Lenkungsgremium vertreten und können Projektanträge einreichen.

Da von 2010 bis 2017 finanzielle Mittel durch die Förderung der Robert Bosch Stiftung zur Verfügung standen, war die Bereitschaft der ausgewählten Gemeinden an der Mitwirkung groß. Durch den Erfolg des Projekts in den ersten Jahren war die Ansprache neuer Projektpartner bei der Fortführung ab 2018 einfach.

Projekte: Von 2010 bis 2017 waren die Handlungsfelder des Demografie-Projekts Mobilität, Pflege und Gesundheit sowie Wohnen und Wohnumfeld. Es wurden ca. 50 Projekte in den drei Handlungsfeldern durchgeführt. Im Handlungsfeld Pflege und Gesundheit wurden die folgenden Projekte realisiert:

- Havelländische Gemeindegewerkschaft „AGnES 2“
- Beteiligung der Kliniken am mobilen Bürgerservice der Stadt Nauen und deren Ortsteile
- Beratung im Projekt Havelländischer Gesundheitsdienstleister
- Info- und Schulungsserie im Bereich Gesundheit und Pflege
- Kraft- und Balance-Training, Sturzprävention, Bewegungssportpark für jedermann
- Ehrenamtliche Alltagsbegleiter, Fahrservice Falkensee
- Kofinanzierung der Datenanbindung einer Arztpraxis an die Hauptpraxis, Machbarkeitsstudie für Landambulatorium

Durch die Neuauflage des Projekts 2018 und die Erweiterung der Partner war es notwendig, eine neue Arbeitsgrundlage zu erarbeiten. Um eine gemeinsame Demografiestrategie zu entwickeln, identifizierten die Gemeinden ihren jeweiligen lokalen Handlungsanlass. Zukünftig soll verstärkt die gemeindeübergreifende Arbeitsweise im Fokus stehen.

## **Beiträge zur Gesundheitsversorgung und -planung**

Durch den etwas anders gelagerten Schwerpunkt liefert das Demografie-Forum nur begrenzt Beiträge zur regionalen Gesundheitsversorgung und -planung. Da ein Austausch mit der regionalen Gesundheitskonferenz stattfindet, konnten einzelne Projektideen aus der Konferenz eingebracht werden. Die Patientenfahrtdienste und Förderung der AGNES tragen zu einer verbesserten ärztlichen Versorgung bei.

## **Finanzierung**

Geschäftsstelle: Die Geschäftsstelle umfasst einen Stellenumfang von 50 % (20 Wochenstunden). Die Stelle ist Teil des Stellenplans des Landkreises, der auch die Kosten trägt. Der Landkreis trägt zudem die Kosten für den Arbeitsplatz.

Die Geschäftsstelle verfügt über ein jährliches Budget von 5.000 €. Die Mittel können für die Durchführung der Sitzungen des Lenkungsausschusses sowie für Werbung und weitere Sachkosten in geringem Umfang genutzt werden. Die Kosten trägt der Landkreis.

Demografie-Fonds: Es wurde ein Demografie-Fonds eingerichtet, in den alle Akteure einzahlen. Der Fonds wird aus finanziellen Mitteln der kreisangehörigen Kommunen anteilig nach deren Einwohnerzahl gespeist. Die Projektpartner zahlen jährlich 90.000€ in den Fonds ein. Die Einzahlungen liegen zwischen ca. 2.000 € und ca. 20.000 € und betragen im Mittel ca. 6.000 €

Projektfinanzierung: Der Fonds bietet einzelnen Projekten eine Anschubfinanzierung. Die Förderung kann sich im Einzelfall auf bis zu 60.000 € belaufen. Es gibt diesbezüglich keine harten Vorgaben und Grenzwerte. Im Demografie-Forum werden die Projektanträge entschieden. Während vormals Projekte in den einzelnen Gemeinden in der Höhe der jeweiligen Einzahlungen gefördert wurden, wird nun ein stärker interkommunaler Ansatz verfolgt. Die Gelder werden für Projekte vergeben, die gemeindeübergreifend angelegt sind und einen stärkeren Fokus auf den gesamten Landkreis haben. Derzeit verständigen sich die Projektpartner über die zukünftigen Förderschwerpunkte und Kriterien der Projektförderung. Die Projekte sind angehalten, zusätzlich Drittmittel einzuwerben (z. B. durch die LEADER-Region) und einen eigenen Anteil zu leisten.

Förderung: Von 2010 bis 2017 wurde das Projekt zusätzlich von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Neben der Förderung von Qualifizierungsmaßnahmen, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit stellte die Stiftung die Mittel für die Evaluation des Demografie-Projekts sowie für eine anteilige Finanzierung des Demografie-Referenten zur Verfügung. Zuvor hatte 2006 das Kompetenzzentrum Havelland den Otto-Mühlschlegel-Preis der Edith und Otto Mühlschlegel-Stiftung in der Robert Bosch Stiftung erhalten. Später beteiligte sich der Landkreis an dem von der Stiftung geförderten Programm „Den demografischen Wandel mitgestalten – Erfahrungswissen der Älteren nutzen“. Seit 2018 ist der Landkreis Teilnehmer im Bundesprojekt „Demografiewerkstatt Kommunen“. Hierdurch erhält er eine externe Beratung, vor allem bei der gemeinsamen Entwicklung der Demografiestrategie.

## Exkurs: Gesundheitsregionen Niedersachsen

Regionale Unterschiede in der Verteilung von Erkrankungen sowie der Versorgungsqualität und den Versorgungsprozessen erfordern lokale Antworten auf die sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen. Den Landkreisen, Städten und Gemeinden kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Eine regional koordinierte und gesteuerte Gesundheitsversorgung, die alle Versorgungsbe- reiche (ambulant, stationär, Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Pflege) umfasst, kann diese Aufgabe wahrnehmen. Daher werden im Land Niedersachsen die Landkreise und kreisfreien Städte bei der Gestaltung des regionalen Gesundheitswesens unterstützt.

Das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ läuft seit 2014. Gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen, der AOK Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, den Ersatzkassen, dem BKK Landesverband Mitte Niedersachsen sowie der IKK classic fördert die Landesregierung in zwei Förderschwerpunkten die Entwicklung von kommunalen Strukturen und innovativen Projekten, die eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung zum Ziel haben.

Förderschwerpunkt 1: Strukturbildung und Umsetzung von regional wirkenden Versorgungsprojekten: Auf- und Ausbau neuer bzw. zusätzlicher kommunaler Strukturen

- Durchführung einer regelmäßigen regionalen Gesundheitskonferenz
- Aufbau einer regionalen Steuerungsgruppe, gesteuert durch die kommunale Verwaltungsspitze
- Einrichtung von Arbeitsgruppen zu den regionalen Themenschwerpunkten, die bereits bestehende Gremien und Strukturen vor Ort einbeziehen können
- Einsatz eines Koordinators, der die Arbeit in den Gesundheitsregionen vor Ort steuert

Förderschwerpunkt 2: Versorgungs- und/oder Kooperationsprojekte, die die spezifischen regionalen Bedürfnisse abdecken. Förderung von Projekten insbesondere in folgenden Bereichen:

- Sektorenübergreifende Versorgung
- Nachwuchsgewinnung (medizinischer und pflegerischer Bereich)
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Ansiedlung von Vertragsärztinnen und -ärzten
- Entlastung von ärztlichem Personal (z. B. durch Delegation)

Quelle: [www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit\\_pflege/gesundheit/gesundheitsregionen\\_niedersachsen](http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen)

### Gesundheitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück

Angeregt durch eine Mitarbeiterin, führt der gemeinsame Gesundheitsdienst von Landkreis und Stadt Osnabrück im Land Niedersachsen bereits seit 2003 einmal jährlich eine regionale Gesundheitskonferenz durch. Die Konferenzen hatten zu Beginn vor allem Themen der Gesundheitsförderung und Prävention auf der Tagesordnung. In den vergangenen Jahren war zunehmend die Gesundheitsversorgung von Bedeutung. Seit 2015 nehmen Landkreis und Stadt Osnabrück am Landesförderprogramm „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ teil.

Mit der Gesundheitsregion sind die Ziele verbunden, die Akteure des regionalen Gesundheitswesens zu vernetzen und deren Austausch zu fördern, kommunale Strukturen für eine nachhaltige und flächendeckende gesundheitliche Versorgung zu entwickeln und gesundheitsförderliche und innovative Kooperationsprojekte durchzuführen, die vor allem eine wohnortnahe und bedarfsorientierte Versorgung sicherstellen.

Die jährlichen Konferenzen sind Impulsgeber für die weitere thematische Arbeit. Gesellschaftsrelevante Themen werden aufgegriffen und gemeinsam beleuchtet. Aus den Konferenzen gehen Netzwerke und Arbeitsgruppen hervor, die z. B. im Rahmen von Projekten gemeinsam arbeiten.

#### Organisationsstruktur

Regionale Steuerungsgruppe: Die regionale Steuerungsgruppe ist das zentrale Element der Gesundheitsregion. Sie hat vorwiegend beschließenden Charakter und verankert die Bemühungen der Gesundheitsregion im politischen Raum bzw. auf Führungsebene bei den beteiligten Partnern. Die relevanten Akteure des Gesundheitswesens vernetzen sich hier. Mitglieder sind der Landkreis und die Stadt Osnabrück, die Kassenärztliche Vereinigung, Vertreter der Ärzteschaft und Kliniken sowie von Krankenkassen, die Universität und Hochschule Osnabrück, Vertreter der Gemeinden sowie der Wohlfahrtsverbände (Diakonie und Caritas), das GewiNet und Living Lab.

Bei regelmäßigen Treffen werden Bedarfe und Defizite in der Gesundheitsversorgung identifiziert, um Ziele und Handlungsfelder zu bestimmen. Inhaltliche Impulse in das Gremium werden vor allem von den jeweiligen Vorständen (Landrat oder Oberbürgermeister) sowie von der Koordinierungsstelle gegeben. In der Folge werden neue Arbeitsgruppen und Netzwerke aufgebaut, um entsprechend Lösungsstrategien zu entwickeln.

Die Projektentwürfe der thematischen Netzwerke und Arbeitsgruppen werden ebenfalls in den Sitzungen der Steuerungsgruppe beraten und entschieden. Ggf. werden diese für das Landesförderprogramm vorgeschlagen oder zur weiteren Bearbeitung an die Koordinierungsstelle gegeben. Langfristig ist jedoch angedacht, dass aus diesem Gremium auch eine gemeinsame Projektfinanzierung entstehen soll. Bislang wurden von den Mitgliedern jedoch keine Mittel eingebracht.

Arbeitsgemeinschaften und Netzwerke: Die Arbeitsgemeinschaften und Netzwerke werden im Auftrag der Gesundheitskonferenzen gegründet. Sie leisten die operative Projektarbeit. Dabei werden sie von der Koordinierungsstelle unterstützt. Über folgende Netzwerke, Arbeitsgemeinschaften und Projekte verfügt die Gesundheitsregion:

- Netzwerk Adipositas
- Netzwerk MRE (multiresistente Erreger)
- Netzwerk Pflege
- Netzwerk Schulverpflegung
- Netzwerk Selbstständigkeit im Alter und neue Wohnformen
- Arbeitsgemeinschaft frühkindliche Ernährung
- Projekt Gesunde Stunde

- Projekt Trink!Wasser
- Projekt eMedCare
- Projekt Interkulturelle Pflegelotsen
- Projekt Stillförderung

**Koordinierungsstelle:** Die Organisation der Gesundheitsregion wird von einer eigens eingerichteten Koordinierungsstelle geleistet. Die Koordinierungsstelle ist mit zwei Gesundheitswissenschaftlerinnen mit einem Umfang von insgesamt 1,5 Personalstellen besetzt. Sie ist als Stabstelle beim gemeinsamen Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück eingeordnet und damit unmittelbar der Leitungsebene unterstellt. Hierdurch ergeben sich kurze Abstimmungswege. Die Mitarbeiterinnen tauschen sich jeweils einmal wöchentlich mit dem zuständigen Vorstandsmitglied des Landkreises sowie mit dem Leiter des Gesundheitsdienstes aus.

Die Aufgaben der Koordinierungsstelle umfassen die Koordination, Organisation und Betreuung der verschiedenen Gremien der Gesundheitsregion. Sie übernimmt die Kommunikation für die Steuerungsgruppe sowie für die themenspezifischen Arbeitsgruppen und Netzwerke. Ferner lädt sie zu Sitzungen ein und bereitet diese vor und nach. Eine wesentliche Aufgabe liegt auch darin, inhaltliche Impulse in die Gremien zu geben bzw. bei Bedarf weitere Mitglieder und Partner auszuwählen. Hierzu finden ggf. Absprachen mit dem Landrat und der Leitung des Gesundheitsdienstes statt.

Zudem ist die Koordinierungsstelle für die Planung und Durchführung der Gesundheitskonferenzen verantwortlich.

Die Projekte der Gesundheitsregion werden ebenfalls von der Koordinierungsstelle betreut. Diese koordiniert den gesamten Projektablauf, sucht Projektpartner, schreibt ggf. Projektanträge und betreut die Umsetzung inhaltlich.

### **Vorgehensweise/Formate, Themen und Zielgruppen**

Die Arbeit findet zu den drei Themenschwerpunkten „Gesund aufwachsen“, „Gesund älter werden“ und „Medizinische und pflegerische Versorgung“ statt. Inhaltliche Impulse gehen vor allem vom Landrat bzw. der zuständigen Kreisrätin sowie der Koordinierungsstelle aus.

**Gesundheitskonferenz:** Seit 2003 finden in der Region jährlich Gesundheitskonferenzen statt. 2015 lautete das Leitthema der Konferenz „Gesundheitsversorgung vor Ort zukunftsgerecht gestalten“. Diese bildete den Auftakt für die Gesundheitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück. Die Konferenzen dienen dem Austausch der Akteure des Gesundheitswesens. Ergebnisse aus der Arbeit der regionalen Netzwerke werden präsentiert und neue Ideen entwickelt. Die letzte Gesundheitskonferenz fand 2019 unter dem Leitthema „Digitalisierung in der Pflege“ statt.

Die Zielgruppe der Gesundheitskonferenzen variiert je nach Themenstellung. Bei Veranstaltungen zur medizinischen und pflegerischen Versorgung werden explizit die Gesundheitsdienstleister eingeladen. Die Veranstaltungen sind vor allem auch für die Bürgermeister der Gemeinden von Interesse.

**Weitere Veranstaltungen:** Zu ausgewählten Gesundheitsthemen führen die Netzwerke und Projekte eigene Veranstaltungen durch. Diese adressieren ein Fachpublikum mit dem Ziel, neben dem inhaltlichen Austausch auch die spezifischen Akteure vernetzen.

**Projekte:** Konkrete Arbeit zur Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung wird mit eigenen Projekten geleistet. Diese werden von der Koordinierungsstelle gemeinsam mit Partnern durchgeführt.

Der Erfolg der Projekte hängt vorwiegend mit den Konstellationen der Projektpartner und deren Eigeninteressen zusammen. Erfolgreich umgesetzt werden z. B. die Projekte der Gesundheitsförderung Trink!Wasser und Gesunde Stunde. Insbesondere auslaufende Projektförderungen stellen jedoch immer wieder eine große Hürde dar.

Einbindung Ärzteschaft: Die Ärzteschaft wird in der Steuerungsgruppe durch die KV vertreten. Zu den Gesundheitskonferenzen und anderen Veranstaltungen werden die Ärztinnen und Ärzte der Region eingeladen. Erfahrungsgemäß sind die Einladungen jedoch nur erfolgreich, wenn dauerhaft Kontakt- und Netzwerkpflege betrieben wird. Der persönliche Kontakt wird z. B. im Rahmen von Stammtischen gesucht. Auf die postalische Einladung der Ärzteschaft zu den Veranstaltungen folgt in der Regel eine telefonische Nachfassaktion.

AG Medizinische Versorgung: Die AG ging aus einer Gesundheitskonferenz hervor. Jedoch mündete die Zusammenarbeit nicht in eigenen Projekten oder Initiativen. Die AG hat nur sporadisch getagt und die Bereitschaft zur Teilnahme war gering. Bei Bürgermeisterkonferenzen wurde Werbung für die Teilnahme an der AG gemacht. Aufgrund der bereits bestehenden Unterversorgung in manchen Teilregionen war seitens der Gemeindevertreter das Interesse an der AG etwas größer. Die Teilnahmebereitschaft der Ärzteschaft war sehr gering. Einige der Themen dieser AG werden in anderen Projekten behandelt, in denen teilweise Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten besteht.

### **Beiträge zur Gesundheitsversorgung und -planung**

Bislang wurden Beiträge für die Gesundheitsversorgung vor allem im Rahmen von angeregten Projekten erbracht. An diese kann zukünftig weiter angeknüpft werden.

Förderung der VERAH/NäPa: Der Landkreis unterstützt mit jeweils 1.000 € die Weiterbildung von Medizinischen Fachangestellten zur VERAH/NäPa.

Hausärztin oder Hausarzt mit Telemedizin (HaT): Im Modellprojekt „Hausärztin oder -arzt mit Telemedizin“ werden fünf Hausarztpraxen mit telemedizinischem Equipment ausgestattet. Sie erhalten einen „Telerucksack“, der auch ein Tablet mit Internetanbindung beinhaltet. Zudem werden die VERAHs/NäPas der Praxen zu „TeleVERAHs“ fortgebildet, um mit den telemedizinischen Instrumenten selbstständig Hausbesuche durchführen zu können. Über das Tablet können die TeleVERAHs die erhobenen Befunde an die Praxis zurück übermitteln. Bei Bedarf kann über eine gesicherte Videokonferenz-Schaltung Rücksprache gehalten werden. 2018 wurde das Projekt mit dem Niedersächsischen Gesundheitspreis ausgezeichnet.

eMedCare Emsland Osnabrück - digitale Brücke zwischen Hausärztin und Hausarzt und Pflege: Projektziel ist es, die Schnittstelle zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung von älteren Menschen mit Pflegebedarf besser zu gestalten. Hierfür werden Hausärztinnen und -ärzte und Pflegedienstleister besser vernetzt. Die beteiligten Akteure werden mit technischem Equipment ausgestattet, das eine datengestützte Kommunikation ermöglicht. Die Hausärztinnen und Hausärzte können über die digitale Plattform eine Aufgabenliste für den Pflegedienst eingeben. Die Pflegefachkräfte erhalten einen Rucksack inklusive Tablet. Über das Tablet kann u. a. die Aufgabenliste geöffnet werden. Die Ergebnisse der Messungen werden auf ein gemeinsames Portal übertragen.

Bestandsaufnahme Gesundheitsversorgung: Als Grundlage für die Zusammenarbeit mit den Bürgermeistern der Gemeinden wurde der Status quo der hausärztlichen Versorgung erfasst. Die Ergebnisse wurden diskutiert, konkrete Projekte wurden hieraus nicht abgeleitet. Eine Fortschreibung der Bestandsaufnahme ist derzeit nicht geplant.

## Finanzierung

Die Gesundheitsregion wird vom Land Niedersachsen mit 26.000 € jährlich gefördert (13.000 € je Gesundheitsregion). Diese Mittel werden für Personalkosten der Koordinierungsstelle verwendet. Insgesamt belaufen sich die Personalkosten bei 1,5 Stellen auf 90.000 €. Den restlichen Anteil trägt der gemeinsame Gesundheitsdienst von Stadt und Landkreis Osnabrück.

Die Kosten für die Netzwerkarbeit trägt ebenfalls der Gesundheitsdienst. Diese Kosten variieren sehr stark. Für Projektkosten können Fördermittel beim Land beantragt werden. Die Steuerungsgruppe berät über Projekte und leitet deren Förderanträge ggf. an die Landesebene weiter.

## Gesundheitsnetzwerk Schwarzwald-Baar

Bereits 2004 entstand im Arbeitskreis „Wirtschaft und Arbeit“ des Schwarzwald-Baar-Kreises die Idee für ein Gesundheitsnetzwerk. Das Netzwerk wurde im Folgenden als ein Projekt der Standortoffensive durch die Wirtschaftsförderungsgesellschaft umgesetzt. Der Landkreis verstärkte zunehmend sein Engagement und übernahm später die Federführung. 2009 wurden durch einen Beschluss des Kreistages der Aufbau des Gesundheitsnetzwerks ermöglicht und die konstituierende Sitzung des Netzwerkmanagements abgehalten. Nachdem der baden-württembergische Landtag 2015 das Landesgesundheitsgesetz verabschiedete, wurden die bis dato aufgebauten Netzwerkstrukturen, Arbeitsgruppen und Projekte in die verpflichtend einzurichtende Kommunale Gesundheitskonferenz überführt.

Das Gesundheitsnetzwerk und die Kommunale Gesundheitskonferenz haben zum obersten Ziel, alle relevanten Akteure aus dem Bereich Gesundheit und Pflege zu vernetzen und die berufsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu etablieren. Gemeinsam sollen Lösungen und Handlungsmöglichkeiten entwickelt und umgesetzt werden, die den Gesundheitsstandort weiter stärken.

Alle Gesundheitsdienstleister aus dem Schwarzwald-Baar-Kreis können dem Netzwerk beitreten. Die Mitglieder können sich an der Umsetzung einzelner Maßnahmen beteiligen und ihr Fachwissen in die Arbeitsgruppen einbringen.

Mit seinen verschiedenen Formaten will das Netzwerk die zentrale Kontaktstelle in diesem Themenbereich sein. Es richtet sich mit Informationsangeboten an Bürgerinnen und Bürger. Nach innen gerichtet wird Netzwerkarbeit für die Entscheidungsträger, Anbieter und die Leistungserbringer im Gesundheitswesen geleistet.

## Organisationsstruktur

Im Netzwerk sind alle Gesundheitsanbieter im Landkreis organisiert. Die Leitung des Gesundheitsnetzwerks liegt beim Landrat des Schwarzwald-Baar-Kreises. Verschiedene Organe leisten die unterschiedlichen Aufgaben auf der Entscheidungs- und Arbeitsebene.

Netzwerkmanagement: Das zentrale Gremium des Netzwerks tagt einmal jährlich. In diesen Sitzungen werden Grundsatzangelegenheiten des Netzwerks beraten und Entscheidungen über gemeinsame Ziele und Projekte getroffen. Es berät zudem die Verwaltung des Landkreises zu gesundheitspolitischen Fragestellungen und dient den Mitgliedern als Ideenplattform.

Mitglieder des Gremiums sind 21 Interessensvertreter, darunter die Kliniken, Apotheken, Kreisärzteschaft, Krankenkassen, Bildungs- und Forschungseinrichtungen, die Kassenärztliche Vereinigung und Kommunen.

Arbeitsgruppen: Auf der Arbeitsebene gibt es mehrere themenspezifische Gruppen, die konkrete Projekte umsetzen und betreuen. Die Arbeitsgruppen behandeln spezifische Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention für bestimmte Zielgruppen. Die Themen werden zum Teil durch das Landesgesetz vorgegeben. Die Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung wird in der AG Medizinische Versorgung behandelt. Die AG Kooperation bereitet den Gesundheitskongress und das Forum gesund & vital vor.

Die Arbeitsgrundlage der Gruppen wird in AG-Papieren definiert. Diese werden von der Geschäftsstelle formuliert und vom Netzwerkmanagement beschlossen und als Arbeitsauftrag an die AGs weitergeleitet.

Geschäftsstelle: Beim Gesundheitsamt des Landratsamts Schwarzwald-Baar-Kreis wurde eine Geschäftsstelle eingerichtet, die das Netzwerk organisiert und koordiniert. Die Geschäftsstelle hat zur Aufgabe, die Sitzungen des Netzwerkmanagements zu begleiten und die Arbeitsgruppen zu unterstützen. Sie verantwortet außerdem die Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit. Absprachen werden vorwiegend mit den Vorsitzenden des Netzwerkmanagements getroffen.

### **Vorgehensweise/Formate, Themen**

Veranstaltungen: Jährlich findet ein Gesundheitskongress statt, der den Austausch zwischen den Gesundheitsakteuren fördern soll. Eingeladen werden Gesundheitsanbieter aus der Region sowie Vertreter aus Wirtschaft, Politik, Forschung und Lehre. Seit 2016 findet das Forum gesund & vital statt, bei dem die Gesundheitsangebote im Landkreis präsentiert werden. Die Veranstaltung richtet sich an die gesamte Öffentlichkeit.

Projekte: In sechs Arbeitsgruppen werden spezifische Themen der Gesundheitsförderung und Prävention, zielgruppenspezifische Themen sowie Fragen der Gesundheitsversorgung behandelt. Die Themen werden vom Landesgesundheitsgesetz vorgegeben. Die inhaltliche Spezifizierung erfolgt durch das Netzwerkmanagement.

Kontakt zur Ärzteschaft: Im Netzwerkmanagement wird die Ärzteschaft durch den Vorsitzenden der Kreisärzteschaft vertreten. In den Arbeitsgruppen sind Haus- und Fachärztinnen und -ärzte teilweise vertreten. Die Einbindung der Ärzteschaft ist grundlegend jedoch nicht einfach und erfolgt derzeit nur punktuell. Die Geschäftsstelle pflegt Kontakt zum Vorsitzenden der Kreisärzteschaft und kann hierüber bei konkreten Anliegen Ärztinnen und Ärzte ansprechen.

### **Zielgruppen**

Allgemeine Öffentlichkeit: Informationen über die Gesundheitsangebote und -einrichtungen werden unterbreitet. Eine bessere Gesundheitsbildung der Bevölkerung soll durch Gesundheitsinformationen erreicht werden. Durch die Kooperation der Leistungserbringer verbessern sich die Gesundheitsversorgung und Behandlungsprozesse.

Kostenträger (Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung): Durch das Netzwerk besteht für die Kostenträger ein zusätzlicher Zugang zu einer potenziellen Kundschaft. Von Vorteil sind zudem die Reduzierung von Kosten durch neue Gesundheitsangebote und Versorgungsketten sowie das Ausschöpfen von Synergieeffekten.

Leistungsanbieter: Das Netzwerk bietet eine Plattform für den gegenseitigen Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie eine Möglichkeit, die eignen Angebote zu präsentieren. Dies schafft Markttransparenz.

Kommunale Einrichtungen: Die Bemühungen des Netzwerks führen letztlich zu einer verbesserten Versorgung und Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung.



### **Beiträge zur Gesundheitsversorgung und -planung**

Das Netzwerk verfasst Berichte zum Status quo der Gesundheitsversorgung im Landkreis (z. B. zu den Schuleingangsuntersuchungen). Die Berichte werden als Grundlage für die Arbeitsaufträge an AGs und die Konzeption von Projekten verwendet.

Mit der ambulanten Gesundheitsversorgung der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte beschäftigt sich die AG Medizinische Versorgung. Zwischen 2015 und 2018 hat diese ein Modellprojekt des Landes umgesetzt. Dabei ging es um die Sicherstellung einer flächendeckenden (haus-)ärztlichen Versorgung und die Umsetzung von Konzepten und Maßnahmen sowie um die Erarbeitung von Vorschlägen für eine kleinräumige Bedarfsplanung. Aus dem Modellprojekt ging insbesondere die Empfehlung hervor, Lokale Gesundheitszentren zu gründen, um langfristig die Versorgung sicherzustellen. Der Vorschlag wurde aufgegriffen. Gemeinsam mit dem MEDI Baden-Württemberg e.V. wurden die Bemühungen um die Errichtung eines solchen Zentrums weiter vorangetrieben.

### **Finanzierung**

Die Geschäftsstelle umfasst 1,75 Personalstellen und vier Mitarbeiter. Die Kosten hierfür betragen 150.000 € jährlich. Für Projekte stehen in jedem Jahr etwa 25.000 € zur Verfügung. Die Projektpartner (z. B. Krankenkasse) übernehmen teilweise Anteile der Projektkosten. Das Budget für die laufenden Netzwerkaufgaben (Sitzung, Veranstaltungen, Werbemittel) beträgt etwa 10.000 € jährlich. Bis 2015 wurden die Kosten vollständig vom Landkreis getragen. Seit 2015 wird der Landkreis durch die Landesregierung unterstützt. Die Förderung beläuft sich auf jährlich 43.000 €.

### III. Lokale Gesundheitszentren (LGZ)

Einige Beispiele zeigen, wie Lokale Gesundheitszentren (LGZ) erfolgreich zur Sicherung der Gesundheitsversorgung beitragen. Dabei stellt die Bezeichnung einen Sammelbegriff dar und kann verschiedenste Konzepte und Organisationsformen meinen. Grundsätzlich gilt, dass in diesen Zentren attraktive Arbeitsbedingungen für junge Nachwuchsärztinnen und -ärzte geboten werden sollen. Aufgrund von Skaleneffekten ist es in diesen Zentren betriebswirtschaftlich möglich, z. B. eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis auszuüben, Verwaltungskräfte für das Praxismanagement einzustellen oder ärztliche Aufgaben wie z. B. Hausbesuche an qualifiziertes Praxispersonal zu delegieren, um Ärztinnen und Ärzte zu entlasten. Zugleich wird die Versorgung am Standort und in der Fläche gewährleistet und in manchen Fällen sogar verbessert, z. B. durch zusätzliche Filialsprechstunden von Fachärztinnen und -ärzten.

In der Betriebsform des MVZ können solche Zentren von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V oder von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sowie Kommunen gegründet und in unterschiedlichen Rechtsformen betrieben werden. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Organisationsform und ihrer räumlichen Organisation: Lokale Gesundheitszentren können ihre Leistungen zentral an einem Standort anbieten oder sind dezentral mit mehreren Standorten organisiert. Im Bergischen RheinLand könnte das Thema zukünftig durch die Gründung der Genossenschaft „Hausärztliche Versorgung PLUS eG“, die auf Initiative des Hausärzterverbandes Nordrhein 2023 gegründet worden ist, stärker besetzt werden. Eine Säule der Genossenschaft sollen hausärztliche Versorgungszentren sein. Darüber hinaus soll die Ärzteschaft von administrativen Aufgaben entlastet, eine Einkaufsgemeinschaft betrieben, gemeinsame Schulungsangebote durchgeführt und Personalunterstützung geleistet werden.

#### **MVZ Gesundheitszentrum Baruth/Mark (gGmbH)**

Seit dem 2015 erlassenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gelten auch Kommunen als zulässige Träger von Medizinischen Versorgungszentren. Dies hat die Stadt Baruth/Mark im brandenburgischen Landkreis Teltow-Fläming genutzt, um ein solches Gesundheitszentrum zu gründen. Die Trägerschaft liegt bei der Stadt, die notwendige ärztliche Leitung bei einem engagierten Allgemeinmediziner. Dieser hatte zuvor als Niedergelassener eine eigene Praxis in der Region und hat seine Zulassung zum 01.10.2021 an die Stadt übertragen, damit diese das MVZ betreiben kann. Er war dort seither als angestellter Arzt tätig und wurde von zwei weiteren Allgemeinmedizinern unterstützt. Durch die Tätigkeit im Angestelltenverhältnis konnte der 83-Jährige schrittweise aus dem Berufsleben austreten; jüngere Ärztinnen und Ärzte können so ohne wirtschaftliches Risiko arbeiten und profitieren von einer höheren Flexibilität. So werden auch die Präferenzen junger Mediziner berücksichtigt, die zunehmend auf Familienverträglichkeit und Work-Life-Balance achten.

Bei der Zulassung des in Ostdeutschland ersten MVZ in kommunaler Trägerschaft musste jedoch die eine oder andere Hürde überwunden werden. Problematisch war insbesondere, dass der Zulassungsausschuss der KV nur dann eine Zulassung aussprechen wollte, wenn der Träger eine unbegrenzte Bürgschaft vorlegt. Die Stadt hatte jedoch nur eine Bürgschaft in Höhe von

100.000 € hinterlegen können, weil die Kommunalaufsicht unbegrenzte Bürgschaften nur für Investitionen, nicht aber für den Betrieb von Einrichtungen genehmigen darf. Zwischenzeitlich stand die Zulassung deshalb auf der Kippe und die drei Ärzte, die das MVZ bereits gefunden hatte, standen vor dem Absprung. Da der politische Wille und der Druck entsprechend hoch waren, konnte die Zulassung letztlich fristgerecht erteilt werden und das MVZ zum 01.10.2021 eröffnet werden.

In Zukunft soll in Baruth ein Gesundheitszentrum entstehen, in dem verschiedene Gesundheitsdienste unter einem Dach angeboten werden. Die interessierten Akteure sind bereits jetzt in Kontakt und haben ein Netzwerk gegründet, um die Idee zu konkretisieren. Sollte dieser Weg erfolgreich sein, soll auch das MVZ dort einziehen. Das Beispiel verdeutlicht, dass ein MVZ auch aktivierenden/mobilisierenden Charakter haben kann, um weitere Entwicklungen in der lokalen bzw. regionalen Gesundheitsversorgung anzustoßen.

### **Politische Initiativen für MVZs – Das Beispiel Lübben im Landkreis Dahme-Spreewald**

Weitere Aktivitäten zur Schaffung von kommunalen medizinischen Versorgungszentren sind jüngst im Landkreis Dahme-Spreewald zu beobachten. Seit Anfang 2022 fehlen im Raum Lübben sechs Hausärztinnen und -ärzte. In Anbetracht des ärztlichen Mangels befanden sich dort gleich zwei MVZs in der Planung: Der Landkreis wollte gemeinsam mit dem Klinikum Dahme-Spreewald im Oktober 2022 ein MVZ in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses in Lübben eröffnen. Auch die Stadt Lübben befand sich gemeinsam mit der städtischen Wohnungsgesellschaft in der Planung für ein eigenes MVZ im Norden der Stadt. Es stellt sich die Frage, ob eine gemeinsame Herangehensweise sinnvoller wäre. Grundsätzlich ist im Raum Lübben ein starker politischer Handlungswille zu erkennen, sodass diese Vorhaben gute regionale Beispiele für eine intensivierte politische Initiative darstellen, die notwendig ist, wenn aus der Ärzteschaft heraus kaum Praxisübergaben an junge Nachwuchsmediziner oder Ansätze für innovative Lösungen zustande kommen. Im November 2022 hat das erste MVZ (Landkreis in Kooperation mit dem Klinikum Dahme-Spreewald) eröffnet. Zurzeit sind dort drei Ärztinnen an gestellt, welche jedoch alle bereits vorher in Lübben als Ärztinnen tätig waren. Daher bleibt zum jetzigen Zeitpunkt noch abzuwarten, inwiefern das MVZ dem örtlichen Ärztemangel entgegenwirken kann.

### Ärztegemeinschaft Liebenauer Feld (eG)

Im Wormser Gesundheitsnetz WoGe sind 125 Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen aus Worms und Umgebung zusammengeschlossen, mit dem Ziel, die wohnortnahe Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Vor dem Hintergrund des Nachwuchskräftemangels bestehen Defizite insbesondere in der hausärztlichen und pädiatrischen Versorgung. Die typischen und als negativ bewerteten Rahmenbedingungen einer Niederlassung (u. a. unregelmäßige Arbeitszeiten, hoher Verwaltungsaufwand, finanzielle Risiken) verhinderten die Nachbesetzung von freierwerdenden Ärztin- und Arztsitzen. 2015 wurde daher die Arztpraxis „Ärztegemeinschaft Liebenauer Feld“ eröffnet, in der eine hausärztliche und pädiatrische Praxis untergebracht sind. Die WoGe-Service GmbH (als hundertprozentige Tochter der WoGe) ist Dienstleisterin für die Ärztinnen und Ärzte und Mieterin der Praxisräume. Sie verantwortet die Ausstattung der Praxis (u. a. Wartebereich, Behandlungszimmer, technische Infrastruktur) und übernimmt das betriebswirtschaftliche Praxismanagement. Hierzu gehören z. B. die Personalakquise, Mitarbeitergespräche und die Abrechnung bzw. Expansion der Praxis. Außerdem kümmert sie sich um die Themen Datenschutz, Hygiene, Arbeitsschutz, Rahmenverträge mit Dienstleistern, Teilnahme an integrierten Versorgungsverträgen (etwa zu Herzinsuffizienz) oder Weiterbildungsanträge. Zwischenzeitlich konnte das Leistungsspektrum um die Fachbereiche Chirurgie, Diabetologie, Psychologie und Arbeitsmedizin erweitert werden.

Zu Beginn standen Praxisräume mit 200 m<sup>2</sup> zur Verfügung. Zwischenzeitlich wurde auf 485 m<sup>2</sup> erweitert. Die Organisationsform für diese Kooperation ist eine Praxisgemeinschaft. Formal betreiben die Ärztinnen und Ärzte die Praxis, während das Gesundheitsnetz WoGe die Dienstleistungen abseits der diagnostischen und therapeutischen Betreuung der Patientinnen und Patienten leistet.

Über das Praxismanagement hinaus bietet das Wormser Gesundheitsnetz WoGe weitere Services an. Hierzu zählen Schulungen für Patientinnen und Patienten (z. B. zum Thema Ernährung), zertifizierte Fortbildungen und Veranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte wie z. B. Treffen zum Austausch der WoGe-Ärztinnen und -Ärzte („Hausarzt trifft Facharzt“). Hinzukommend stehen in der Geschäftsstelle in Worms Besprechungs- und Schulungsräume zur Verfügung.<sup>27</sup>

### Gesundheitszentrum Einrich (AöR)

2014 kündigten zwei der drei niedergelassenen Hausärzte in Katzenelnbogen an, ihre Praxen beim Eintritt in das Rentenalter in naher Zukunft schließen zu müssen, weil sie keine Nachfolger gewinnen konnten. Da es sich um zwei stark frequentierte Praxen handelte und es im Planungsbereich Diez bereits mehrere nicht besetzte Ärztin- und Arztsitze gab, wäre eine hausärztliche Unterversorgung in der Region die Folge gewesen. Daraufhin entschloss sich die Verbandsgemeinde unter Federführung des Bürgermeisters zum Handeln. In Kooperation mit den beiden Ärzten nahm man juristische Unterstützung in Anspruch. Eine Strukturanalyse kam zu dem Ergebnis, dass eine Zusammenführung der Praxen in einem MVZ am geeignetsten sei, da eine Neubesetzung der Praxen unwahrscheinlich und flexible Arbeitszeitmodelle nötig seien, um junge Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen. Der Wert der Praxen wurde durch einen Gesundheitsökonom ermittelt und die betriebswirtschaftliche Machbarkeit durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft bestätigt. Zunächst ließ sich jedoch kein geeigneter Träger finden, woraufhin die Kommune die Trägerschaft selbst übernahm. Die Entscheidung hierzu wurde in Abstimmung mit den Ortsgemeinden Ende 2015 gefällt. Die beiden Praxen der ausscheidenden Ärzte wurden zu einem MVZ in kommunaler Trägerschaft zusammengeführt. Ein neuer Arzt wurden zunächst von

<sup>27</sup> [www.aerztegemeinschaft-liebenauerfeld.de](http://www.aerztegemeinschaft-liebenauerfeld.de), [www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Aerztenetz-ebnet-den-Weg-in-die-Niederlassung-245994.html](http://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Aerztenetz-ebnet-den-Weg-in-die-Niederlassung-245994.html), [www.woge-worms.de](http://www.woge-worms.de), [www.aerztezeitung.de/Politik/WoGe-Praxisnetz-entlastet-Aerzte-nicht-nur-bei-laestigen-Pflichten-348696.html](http://www.aerztezeitung.de/Politik/WoGe-Praxisnetz-entlastet-Aerzte-nicht-nur-bei-laestigen-Pflichten-348696.html)

Januar bis Februar 2016 als Sicherstellungsassistent/in eingesetzt und daraufhin im MVZ angestellt. Zudem arbeitete einer der ehemaligen Praxisinhaber für zwei Jahre ebenfalls im Angestelltenverhältnis, um den Patientinnen und Patienten Versorgungskontinuität zu gewährleisten. Die Verbandsgemeinde als Träger der AöR bietet den Ärztinnen und Ärzten flexible Arbeitszeitmodelle. Ab Oktober 2017 waren zunächst zwei Ärzte zu 100 % sowie eine Ärztin und zwei Ärzte zu 50 % im MVZ beschäftigt, mittlerweile sind insgesamt nur noch drei ärztliche Angestellte dort tätig. Ein Großteil der medizinischen Fachangestellten aus den beiden Praxen wurde übernommen.

### **Ärztezentrum Büsum (gGmbH)**

Bis 2014 praktizierten in Büsum, Schleswig-Holstein, fünf niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte mit einem Altersdurchschnitt von 64 Jahren in Einzelpraxen. Da die Nachfolgersuche vergeblich blieb, baten vier der fünf Ärztinnen und Ärzte 2013 den Geschäftsführer der Westküstenkliniken um Unterstützung. In gemeinsamen Gesprächen schlug die KV Eigeneinrichtungen als mögliche Lösung für von Unterversorgung bedrohte bzw. betroffene Regionen vor, woraufhin eine kommunale Trägerschaft diskutiert wurde. Die politischen Akteure zeigten hierfür Bereitschaft. 2014 kaufte die Gemeinde die Immobilie, in der vorher fünf Hausärztinnen und -ärzte niedergelassen waren. Die Gemeinde ist Trägerin des Ärztezentums; Betreiber ist die Ärztegenossenschaft Nord eG, die auch die Geschäftsführung übernahm. Im Zentrum, das auf Kosten der Gemeinde modernisiert wurde, praktizieren drei Ärztinnen und drei Ärzte sowie zehn MFAs und eine Case Managerin. Zwei der älteren Ärzte wurden bereits durch Nachfolgerinnen abgelöst. Das von der Gemeinde bereitgestellte Investitionsvolumen in Höhe von 1,6 Mio. € wird mit der Miete des Betreibers (Ärztegenossenschaft) refinanziert. Die Gemeinde erhielt zudem von der KV einen Zuschuss in Höhe von ca. 300.000 € aus dem Sicherstellungsfonds. Die erbrachten ärztlichen Leistungen werden von der gGmbH mit der KV im Kollektivvertrag abgerechnet, die Vergütung der angestellten Ärztinnen und Ärzte erfolgt im Rahmen der abgeschlossenen Arbeitsverträge mit der gGmbH. Seit dem Jahr 2018 weist die gGmbH ein ausgeglichenes Ergebnis aus (inkl. Miete an die Gemeinde).

### **Multimedikum Meinerzhagen**

In der Stadt Meinerzhagen, einem Mittelzentrum mit gut 20.000 Einwohnerinnen und Einwohnern im südlichen Märkischen Kreis, ist in den letzten 15-20 Jahren eine zunehmende Abwanderung von (fachärztlichen) Kassensitzen beobachtet worden. Insgesamt hat sich ein Mangel sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich abgezeichnet. Die Gründe dafür liegen im Wesentlichen in der altersbedingten Aufgabe von Praxen, bei denen es sich allerdings häufig um Einzelpraxen mit z. T. schlechter Ausstattung und Bausubstanz handelt. Zudem bietet die nahegelegene Kreisstadt Lüdenscheid Ärzteverbände und moderne Gesundheitszentren, so dass hier attraktivere Arbeitsbedingungen vorherrschen, etwa im Hinblick auf Arbeitszeitmodelle.

In der Diskussion zwischen Teilen der Ärzteschaft (insbesondere zwei langjährig engagierten Allgemeinmedizinern) und der Meinerzhagener Baugesellschaft ist man zu dem Schluss gekommen, dass die Schaffung von modernen Räumlichkeiten mit guter Infrastruktur ein wichtiger Faktor zur Gewinnung von medizinischem Personal sein würde. In diesem Zuge hat das kommunale Bauunternehmen mit dem Multimedikum eine entsprechende Immobilie im Zentrum Meinerzhagens errichtet. Dort praktizieren – in der als Anker fungierenden hausärztlichen Praxis – mittlerweile vier Allgemeinärztinnen und -ärzte mit unterschiedlichen Fachdisziplinen, zudem sind eine chirurgische und eine dermatologische Praxis im Haus angesiedelt. Im Sommer 2023 soll außerdem eine HNO-Praxis im Hause eröffnen. Darüber hinaus gibt es einen OP-Bereich, der

durch die chirurgische Praxis betrieben wird, aber auch von den anderen Medizinerinnen und Medizinern im Haus für ambulante operative Eingriffe genutzt werden kann. Im Erdgeschoss ist ein Zentralempfang eingerichtet worden, sodass die Praxen Synergieeffekte erzielen – was im Hinblick auf die ebenfalls knappe Ressource der medizinischen Fachangestellten ebenfalls einen klaren Vorteil bringt. Zusätzlich haben sich weitere gesundheitsrelevante Angebote in der Immobilie angesiedelt, darunter eine Apotheke sowie Praxen für Ergotherapie, Logopädie und Frühförderung. Ziel der Akteure ist es, das Multimedicum zu einem interdisziplinären Gesundheitszentrum mit ambulantem OP-Zentrum weiterzuentwickeln. Das Beispiel verdeutlicht, dass solche Strukturen auch schrittweise aufgebaut werden können, was die Hürde für den Einstieg von Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Gesundheitsdienstleistenden niedrig hält.

### **Gesundheitszentrum Büchenbeuren (GZB)**

Aufgrund mangelnder Nachfolger wuchs die Gefahr altersbedingter Praxisschließungen in Büchenbeuren, Rheinland-Pfalz. Daher entschieden die Ärzte zweier Gemeinschaftspraxen und einer Einzelpraxis, sich unter einem Dach zusammenzuschließen, um die medizinische Versorgung in der Region zu sichern. Da keine der vorhandenen Praxen für eine räumliche Umstrukturierung infrage kam, sollten die Praxisräumlichkeiten durch den Neubau eines Gesundheitszentrums so vergrößert werden, dass eventuelle Patientenzuflüsse aus anderen Praxen, die keinen Nachfolger finden, ebenfalls übernommen werden können.

Ein externer Investor hat unter Einbeziehung der Konzeptwünsche der Ärzte ein dreistöckiges Modellhaus in Holzständerbauweise errichtet. Die Finanzierung erfolgt durch Mietzahlung, die Einrichtung wurde durch Eigenkapitalmittel finanziert.

Neben der externen Abrechnung mit der KV wurde intern ein eigenes Vergütungssystem eingeführt: Jede Ärztin und jeder Arzt erhält einen monatlichen Grundabschlag sowie nach Abrechnung einen Zuschlag je nach geleisteten Arbeitsstunden, Patientenkontakten und nicht pauschalierten Leistungen (Hausbesuche/Gesprächstherapie/manuelle Medizin etc.).

### **Ärztin und Arzt-geführte Zentren mit EU-Förderung**

**Gesundheitszentrum Friedland:** Initiatorin des „Gesundheitszentrums am Mühlenteich“ in Friedland bei Neubrandenburg ist eine Internistin und Hausärztin, die der schwindenden hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum in Mecklenburg-Vorpommern entgegenwirken möchte. Aus einer ehemaligen Ausflugsgaststätte am Mühlenteich entsteht ein Gesundheitszentrum mit haus- und fachärztlichen Behandlungsräumen sowie einem Präventions- und Rehabilitationsbereich für Sport, Physiotherapie und Beratung. Zukünftig sollen dort drei Ärzte, drei Schwestern und Therapeuten tätig sein. Darüber hinaus ist eine Weiterbildungsmöglichkeit für junge Ärztinnen und Ärzte vorgesehen, die als künftige Landärztinnen und -ärzte gewonnen werden sollen.

Unterstützt wird die Initiatorin durch eine lokale Arbeitsgruppe der LEADER-Region Mecklenburg-Strelitz. Die Förderung erfolgt durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) und den Strategiefonds der Landesregierung. Ein Drittel des 1,2 Mio. € teuren Projekts steuert das Land bei.

**Gesundheitshaus Mirow:** Im Jahr 2013 wurde das Mirower Gesundheitshaus in der ländlichen Region südlich der Müritz eröffnet, die besonders vom demografischen Wandel betroffen ist. Seitdem ist das Gesundheitshaus immer weitergewachsen.

2010 wurden im ehemaligen „kleinen Gesundheitshaus“ in Mirow zwei junge Ärztinnen für das Team der Arztpraxen gewonnen. Durch eine LEADER-Förderung im Rahmen des Europäischen

Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) konnte die Betriebsstätte durch einen Neubau erweitert werden.

Heute befinden sich dort zwei Hausarztpraxen, in denen derzeit vier Ärztinnen tätig sind. Daneben gibt es eine Praxis für Physiotherapie mit derzeit acht Angestellten, eine Ergotherapiepraxis, eine Apotheke, Facharztsprechstunden durch einen Kardiologen, ein Bistro und einen Service-wohnbereich mit Rundumversorgung für ältere oder behinderte Menschen.

Unter LEADER 5.0 entstand das Praxisnetz „Müritz Süd“. In dem lokalen Gesundheitszentrum sollen vielfältige diagnostische und therapeutische Angebote angesiedelt und ausgebaut werden. Dafür wurde mit LEADER-Mitteln radiologische Technik installiert.

Demnächst soll auch eine Lungenfachärztin oder ein Lungenfacharzt Sprechstunden abhalten. Das IT-System werde weiter ausgebaut, damit die Fachärztinnen und -ärzte auf das System in ihrer eigentlichen Praxis zurückgreifen können.

## IV. Dezentrale und ergänzende Ansätze zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche

Im Vordergrund des Strukturwandels im Gesundheitswesen steht die räumliche wie auch organisatorische Zentralisierung der Versorgung. Zu erwarten ist, dass mittel- bis langfristig die bestehenden Hausarztpraxen „in der Fläche“ nicht mehr in ausreichendem Maße nachbesetzt werden können. Stattdessen entstehen an ausgewählten Standorten Versorgungszentren, wie z. B. Lokale Gesundheitszentren (LGZ). In diesen LGZ bündeln sich verschiedene haus- und fachärztliche Angebote sowie weitere Gesundheitsdienstleistungen (z. B. Pflege, Apotheke, Gesundheitsberatung; siehe Kapitel III). Um im Sinne der patientenbezogenen Versorgung auch weiterhin eine flächendeckende Versorgung zu garantieren und die entstehenden Lücken zu schließen, müssen zusätzlich dezentrale Versorgungsleistungen aufgebaut werden. Dabei sind insbesondere die peripher gelegenen Teilräume in den Blick zu nehmen. Für diese Kommunen gilt es, angepasste Lösungsstrategien zu entwickeln und neue dezentrale Versorgungsmodelle zu erproben.

Innovative Ansätze werden bereits vielfach umgesetzt und können als Impuls für Projektideen herangezogen und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit geprüft werden. Die nachfolgend skizzierten Modelle eignen sich besonders für die Sicherstellung der Versorgung in der Fläche. Diese werden oftmals an die Lokalen Gesundheitszentren angedockt und wurden teilweise im Kapitel III bereits benannt.

### a. Ansätze für eine dezentrale und mobile Gesundheitsversorgung

#### Zweigpraxen/Filialpraxen

Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten räumt die Zulassungsverordnung für Vertragsärztinnen und -ärzte unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit ein, ihre Tätigkeit auch außerhalb ihres Vertragsarztsitzes wahrzunehmen. Dazu muss nachgewiesen werden, dass durch den Betrieb der Zweigpraxis die Versorgung der Versicherten an weiteren Orten verbessert und die Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. Zweigpraxen können zur Versorgung von Orten beitragen, an denen der Betrieb einer vollen Praxis beispielsweise aus wirtschaftlichen Gründen nicht möglich ist. Zweigpraxen können sowohl von Haus- als auch von Fachärztinnen und -ärzten betrieben werden. Kommunen können beispielsweise durch die Bereitstellung bzw. Vermittlung geeigneter Räumlichkeiten die Gründung einer Zweigpraxis in Zusammenarbeit mit einer Ärztin oder einem Arzt aus der Region fördern.

**Filialpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt:** Die dünn besiedelten, ländlichen Regionen der Landkreise Stendal und Altmarkkreis Salzwedel sind von Unterversorgung im hausärztlichen Bereich betroffen. Die dort tätigen Hausärztinnen und Hausärzte versorgen bereits überdurchschnittlich viele Patientinnen und Patienten. Bei Eintritt in den Ruhestand von einzelnen Ärztinnen und Ärzten konnten Praxisstandorte zunehmend nicht wiederbesetzt und der



weiterhin bestehende Versorgungsbedarf der Bevölkerung nicht durch die ggf. vor Ort noch tätigen Ärztinnen und Ärzte gedeckt werden. Vor diesem Hintergrund entwickelte die KV Sachsen-Anhalt in Zusammenarbeit mit der AOK Sachsen-Anhalt und dem Ministerium für Gesundheit und Soziales das Konzept der Filialpraxen. 2008/2009 wurde die erste konzeptionelle Phase des Projekts zunächst im Rahmen des Bundeswettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft“ gefördert. Im Anschluss wurde der Aufbau von Filialpraxen in unterversorgten Regionen im Rahmen eines Modellvorhabens bis 2011 von den drei Projektpartnern (KV Sachsen-Anhalt, AOK Sachsen-Anhalt und dem Land) weitergetragen. Mittlerweile betreibt die KVSA in alleiniger Weiterführung des Ansatzes über 20 Eigeneinrichtungen.

Jede der Praxen wird den Bedingungen vor Ort (z. B. vorhandene Räumlichkeiten) und den Bedürfnissen der behandelnden Mediziner (z. B. geeignete Praxissoftware) angepasst. Die gesamte Organisation der Filialpraxen (Personalplanung, Fortbildung, Abrechnung, Bestellungen etc.) wird im Vernetzten Versorgungszentrum (VVZ) der KV geleistet. Ausgebildete Filialpraxisassistentinnen (insbesondere VERAH) stellen die Konstante in den Filialpraxen dar. Den Ärztinnen und Ärzten können im Rahmen des Konzepts der Filialpraxen verschiedene Beschäftigungsverhältnisse (Vollzeit/Teilzeit; angestellt/selbstständig) geboten werden. Filialpraxen werden wie herkömmliche Vertragsarztpraxen abgerechnet. Aus den Einnahmen werden die Betriebskosten und die Honorare der Ärztinnen und Ärzte finanziert.

### **Rollende Praxen**

**DB Medibus/KV Hessen:** Im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) ist seit 2018 in Regionen mit einer schlechten hausärztlichen Versorgung der Medibus als mobile Arztpraxis unterwegs. Der Bus gehört der Bahn-Tochter DB Regio, die den Bus an die KV vermietet. 28 Stunden pro Woche öffnet die mobile Praxis in sechs Gemeinden in den Landkreisen Werra-Meißner und Hersfeld-Rotenburg. Im Schnitt werden täglich 25 bis 30 Patientinnen und Patienten behandelt, darunter solche mit akuten Beschwerden und chronischen Erkrankungen, wie z. B. Bluthochdruck, Diabetes oder Herzinsuffizienz. Zumeist handelt es sich dabei um ältere Patientinnen und Patienten. Der Bus gewährleistet die Sicherstellung der Versorgung. Er kann niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bei Überlastung oder Abwesenheit Unterstützung bieten. Ein Vorteil des mobilen Angebots ist die schnelle Anpassung an Versorgungsprobleme und Patientenaufkommen. Seit Inbetriebnahme wurde der Fahrplan bereits geändert, um veränderte Bedarfe zu berücksichtigen. Die Einrichtung des Busses wird als Übergangslösung verstanden. Langfristig wird die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten angestrebt. Die Ärztinnen und Ärzte sind Angestellte der KV und tragen kein finanzielles Risiko. Sie werden durch zwei Medizinische Fachangestellte unterstützt. Der Bus ist mit der Ausrüstung einer klassischen hausärztlichen Praxis ausgestattet, inklusive EKG und einem kleinen Labor. Ist eine Weiterbehandlung bei einer Fachärztin oder einem Facharzt nötig, kann die Terminservicestelle der KV hinzugezogen werden. Die Patientinnen und Patienten erhalten einen ausführlichen Behandlungsbericht für ihre oder ihren Haus- oder weiterbehandelnde Fachärztin oder -arzt.

Für die Anfangsphase von 2018 bis 2020 standen 600.000 € zur Verfügung. 2021 hat das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) gemeinsam mit der KVH, den beiden Landkreisen Werra-Meißner und Hersfeld-Rotenburg sowie den Kommunalvertretungen des Interkommunalen Zweckverbands Sontra-Herleshausen-Nentershausen vereinbart, das Projekt für weitere drei Jahre fortzuführen. Zusätzlich wurde das Projekt ab Januar 2022 neben der hausärztlichen Betreuung als sektorenübergreifendes Versorgungsmodell um pflegerische und soziale Beratungsangebote der Diakoniestation Eschwege-Land sowie eines Hospizdienstes erweitert.

**GeroMobil Uecker-Randow:** Um die Frühdiagnose und Versorgung Demenzkranker in der Region verbessern zu können, entstand das Konzept für ein „GeroMobil“. Das GeroMobil fährt eine dem Anteil älterer Menschen im Ort entsprechend geplante, monatlich festgelegte Tour durch insgesamt 37 Ortschaften, wobei durchschnittlich fünf Orte an einem Tag erreicht werden. Die Haltepunkte werden über Internet, Schaukästen, Amtsblätter der Dörfer und über die Ortsgruppen der Volkssolidarität Uecker-Randow e.V. bekanntgemacht. An diesen Haltepunkten bieten eine hauptamtliche Krankenpflegerin mit Zusatzausbildung in Gerontopsychiatrie und vier ehrenamtliche Mitarbeiter Betroffenen, Angehörigen und Interessierten eine anonyme, kostenlose Beratung zum Thema Demenz sowie Frühdiagnostik-Tests an. Um Vertraulichkeit zu gewährleisten, ist das Mobil nicht von außen einsehbar, außerdem werden Hausbesuche angeboten. Betroffene können sich zu Ärztinnen und Ärzten, Kliniken oder anderen Dienstleistern weitervermitteln lassen. Im Januar 2018 ging das GeroMobil im Modellprojekt „Neustrukturierung der Beratungslandschaft im Landkreis Vorpommern-Greifswald“ auf und wurde um eine allgemeine soziale Beratung erweitert, die von knapp 400 Menschen im Jahr mobil genutzt wird.

Durch Hausbesuche werden laufend ca. 80 Patientinnen und Patienten versorgt, zusätzlich wurde das GeroMobil 2015 von ca. 89 namentlich bekannten sowie von über 155 anonymen Interessenten besucht. Die Beratung durch die Krankenpflegerin wird von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Chefarzt a.D. des AMEOS Klinikum) als Honorarkraft unterstützt. Eine Kooperation besteht mit dem AMEOS Klinikum Ueckermünde, dem Asklepios Klinikum Pasewalk, verschiedenen Pflegediensten, sechs stationären Pflegeeinrichtungen, der Selbsthilfegruppe pflegender Angehöriger, den Pflegestützpunkten des Landkreises, dem Ärztenetz „Haffnet“ sowie dem informellen gerontopsychiatrischen Netzwerk der Region. Zu diesem zählen außer den Pflegestützpunkten auch Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie eine Praxis für Altersmedizin in Ueckermünde.

Von 2012 bis 2014 wurde das Projekt zu 80 % aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und zu 20 % aus Eigenmitteln finanziert. Eine reduzierte Finanzierung nach Ablauf der Förderphase erfolgt durch das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern und weiter mit Eigenmitteln. Seit Januar 2018 wird das GeroMobil über das Modellprojekt „Neustrukturierung der Beratungslandschaft im Landkreis Vorpommern-Greifswald“ zu gleichen Teilen von Land und Kommune finanziert.

## **b. Delegationsmodelle und mobile Ärztinnen- und Ärzteunterstützung**

Beim Wechselspiel der zentralen und dezentralen Versorgungsstrukturen wird sich zukünftig die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen verändern. Dabei entstehen auch neue Berufsbilder und Zuständigkeiten. Nicht zuletzt werden auch neue Kommunikationsformen (Telemedizin) zum Einsatz kommen. Die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches medizinisches Fachpersonal spielt dabei eine besondere Rolle. Durch die Umverteilung der Tätigkeiten innerhalb der Hausarztpraxis werden die Ärztinnen und Ärzte entlastet. Die praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte können so die Versorgung eines größeren Patientenstammes und/oder einer größeren Region leisten. Die weitergebildeten MFA entlasten die Ärztin oder den Arzt und managen die Schnittstelle zwischen der Praxis, den Patientinnen und Patienten und den Pflegediensten. Sie übernehmen hausärztlich relevante Tätigkeiten wie Hausbesuche, Medikamenten-, Wund-, Impf- und Case-Management. Vor allem chronisch Kranke haben so eine zusätzliche Ansprechperson.

Deutschlandweit gibt es verschiedene Ansätze, solche Delegationsmodelle umzusetzen. Sie unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Anforderungen an die zu erbringende Ausbildung, die Kostenübernahme und Einbindung in Praxisstrukturen. Die Ziele der verschiedenen Modelle unterscheiden sich inhaltlich nur geringfügig.

### Integration in die hausärztlichen Leistungen

**VERAH:** 2008 hat der Deutsche Hausärzteverband (HÄV) mit seinem Fortbildungsinstitut ein Curriculum für Medizinische Fachangestellte (MFA) entwickelt, um diese zu **Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis** weiterzubilden. Im Fokus standen die spezifischen Versorgungserfordernisse der hausärztlichen Praxen. Sie werden für präventive und rehabilitative Maßnahmen eingesetzt, erstellen Hilfspläne und führen Patientenschulungen durch. Außerdem übernehmen sie Hausbesuche, koordinieren die Schnittstellenübergänge (z. B. Krankenhaus und Pflege) und leisten soziale Beratung und Sterbebegleitung. Die VERAHs sind bei Hausärztinnen und -ärzten angestellt, ihre Leistungen können mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Es gibt zwei Möglichkeiten, ihre Leistungen zu honorieren. Beim kollektivvertraglichen System erfolgt dies über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Rahmen von Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), die zwischen dem Hausärzteverband und den Krankenkassen geschlossen werden, können die Praxen Honorarzuschläge erhalten.

**NäPa (Nicht-ärztliche Praxisassistentin) und EVA (Entlastende Versorgungsassistentin):** Die Bundesärztekammer hat mit der NäPa ein ähnlich gelagertes Fortbildungscurriculum für MFA aufgelegt. Diese Zusatzqualifikation kann auch von Pflegekräften erlangt werden. Die Qualifikation zur NäPa ist Voraussetzung für eine Abrechnung von arztentlastenden Leistungen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen ist die Anerkennung der Unterversorgung. Die NäPas und EVAs sind in der Regel ebenfalls bei der Hausärztin oder dem Hausarzt angestellt, können allerdings auch in fachärztlichen Praxen tätig sein.

Mittlerweile ist die gegenseitige Anerkennung von Fortbildungszeiten der beiden Qualifizierungssysteme möglich, sodass durch zusätzliche Fortbildungsmodule und Ergänzungsprüfungen die jeweils anderen Zertifikate erlangt werden können. Die Hausarztpraxen profitieren durch eine dauerhaft bessere Honorierung der Leistungen.

### Hausärztin- und Hausarztarztübergreifende Delegation

**Gemeindeschwestern:** Unter anderem in Rheinland-Pfalz und in Hessen wird durch Förderprogramme der Einsatz von Gemeindeschwestern unterstützt. Das Modell der Gemeindeschwestern ist an der Schnittstelle der Leistungserbringer im Gesundheitswesen angesiedelt. Damit soll die Lücke zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung geschlossen werden. Für die Arbeit werden in den meisten Fällen Pflegefachpersonen in speziellen Fortbildungen qualifiziert. Die Leistungen sind vorwiegend präventiv und dienen der Gesundheitsförderung bzw. der Vermeidung der Pflegebedürftigkeit. Die Gemeindeschwestern führen präventive Hausbesuche durch und unterstützen und beraten ältere Menschen, die noch keinen attestierten Pflegebedarf nach SGB XI haben. Sie sind zentrale „Kümmerer“ und helfen bei der Alltagsgestaltung. Sie zielen darauf ab, Risiken zu erkennen und vor Stürzen, Mangelernährung sowie sozialer Isolation zu schützen. Ggf. können sie frühzeitig Hilfebedarf im Bereich der psychosozialen Betreuung und Hauswirtschaft erkennen und darüber hinaus auch medizinische Hilfsangebote organisieren. In Rheinland-Pfalz besucht die **Gemeindeschwester<sup>plus</sup>** Menschen nach deren vorheriger Zustimmung zuhause und berät sie kostenlos und individuell. In Hessen können Hausärztinnen und -ärzte sowie die Kommunen Anträge auf Unterstützung durch eine **Gemeindeschwester 2.0** stellen. Sie kümmert sich um psychosoziale Belange älterer Menschen. So begutachtet sie die Versorgungssituation der Menschen und kann in enger Abstimmung mit den Betroffenen Unterstützungsleistungen anregen und koordinieren.

Die Gemeindeschwestern arbeiten übergreifend und sind somit nicht Teil einer Arztpraxis oder eines Pflegedienstes. Sie sind in der Regel bei den Kommunen oder an Pflegestützpunkten der Kranken- und Pflegekassen angestellt.

In den meisten Fällen wird auf das Angebot per Postwurfsendung aufmerksam gemacht. Die lokal ansässigen Ärztinnen und Ärzte sowie andere Gesundheitsdienstleister werden nochmals gesondert informiert. Ratsuchende, Angehörige oder Ärztinnen und Ärzte können dann Bedarfe anmelden.

Mitunter aufgrund der präventiven Arbeit auf der Schnittstelle konnte bislang noch keine Regelfinanzierung für diese Versorgungsmodelle etabliert werden. In Rheinland-Pfalz werden die Kosten derzeit vom Land und den Krankenkassenverbänden aufgebracht. Eine Beteiligung der Pflegekassen ist ebenso denkbar.

**agnes<sup>zwei</sup>:** Im Hinblick auf die vergangene und zukünftig zu erwartende demografische Entwicklung im Bundesland haben die KVBB, die AOK Nordost und die Barmer-GEK ein spezifisches Projekt zur Patientenbetreuung in Brandenburg ins Leben gerufen. Bei agnes<sup>zwei</sup> unterstützen speziell geschulte Fachkräfte insbesondere chronisch kranke, multimorbide, betreuungsintensive und/oder immobile Patientinnen und Patienten durch ein koordiniertes Fallmanagement. Sie fungieren somit (insbesondere bei älteren Menschen) als Lotsen durch das komplexe Gesundheitssystem. Neben Hausbesuchen und der Durchführung delegierbarer Leistungen geht es insbesondere um die intersektorale Koordination zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, Pflegediensten und anderen Akteuren des Gesundheitswesens. Die speziell weitergebildeten Fachkräfte können nicht nur für eine, sondern für mehrere Praxen tätig sein – unabhängig davon, ob es sich um haus- oder fachärztliche Praxen handelt. Sie können bei Einzel- oder Gemeinschaftspraxen ebenso angestellt sein wie bei medizinischen Versorgungszentren, Ärztenetzwerken oder bei einer Einrichtung der KV selbst. Derzeit arbeiten rund 140 agnes<sup>zwei</sup>-Fachkräfte in Brandenburg. Aufgrund des Erfolgs soll die Weiterbildung zukünftig deutschlandweit angeboten werden.

**Psychosoziale Fachkraft auf dem Land (PauLA) der NOVO Odenwald in Hessen:** Die PauLA besucht ältere, in ihrer Mobilität eingeschränkte oder weniger gesundheitskompetente Menschen, die noch zuhause leben und nicht pflegebedürftig sind. Ihre Arbeit wirkt präventiv. Ziel ist es, zu erwirken, dass die Menschen möglichst lange in ihren Häusern und Wohnungen verbleiben können und eine Pflegebedürftigkeit vermieden oder herausgezögert wird. Bei den Hausbesuchen wird versucht, den Menschen Sicherheit in der Bewegung sowie Lust am Bewegen zu vermitteln. Dazu hat die PauLa an Fortbildungen in Kinästhetik zur Mobilitätserhaltung und -förderung sowie in der Sturzprophylaxe teilgenommen. Zusätzlich ist es Aufgabe der PauLa, die existierenden Netzwerke und Unterstützungssysteme zu stärken.

**LGS – Licher Gemeindeschwestern:** In der Gemeinde Muschenheim gibt es keine Hausärztin und keinen Hausarzt mehr, weshalb die medizinische Versorgung der Muschenheimer Senioren mit einem hohen mobilen und zeitlichen Aufwand verbunden war. Um die Versorgung trotz des fortschreitenden demografischen Wandels in der Region (hoher Altersdurchschnitt der Bevölkerung, Beginn der Entvölkerung) zu sichern, initiierte ein Arzt in seiner Eigenschaft als Muschenheimer Ortsvorsteher ein Pilotprojekt, um zwei Gemeindeschwestern zu etablieren. Eine wissenschaftliche Evaluation des Pilotprojekts erbrachte positive Ergebnisse, sodass ab 2014 in den Orten Eberstadt, Bettenhausen, Birklar, Langsdorf und Kloster Arnburg ebenfalls Gemeindeschwestern eingeführt und im Rahmen eines Modellprojekts evaluiert wurden. Insgesamt vier Angestellte bieten jeweils ein- bis zweimal pro Woche Sprechstunden an. Auf Wunsch werden auch Hausbesuche durchgeführt. In enger Kooperation mit den Hausärztinnen und Hausärzten der Patientinnen und Patienten überwachen die Gemeindeschwestern den Gesundheitszustand und die Medikamenteneinnahme und dokumentieren die Befunde in einem von der Hausärztin oder dem Hausarzt ausgehändigten „Gesundheitscheckheft“. Abweichungen von den eingetragenen Zielwerten werden sofort an die Hausärztin oder den Hausarzt übermittelt

und ggf. ein Arztbesuch vereinbart. Außerdem werden durch die Gemeindegewestern Fortbildungsveranstaltungen und Präventionsangebote organisiert. Die Finanzierung des Projekts erfolgt durch einen Investor und durch den als gemeinnützig anerkannten Gemeindeförderverein Muschenheim e.V., der speziell zu diesem Zweck gegründet wurde und der sich aus Spenden der Bürger finanziert. Die Gemeindegewestern sind bei diesem Verein als geringfügig Beschäftigte eingestellt. Die Räumlichkeiten werden durch die Kommune kostenfrei zur Verfügung gestellt. Ab 2017 wurde ca. ein Drittel der Kosten durch die Stadt Lich kofinanziert.

**Regionales Versorgungskonzept Lippe – Case Management: Gesundheitshelfer in Lippe:** Im Kreis Lippe wurde von Klinikum und Ärztenetz ein sektorenübergreifendes Case-Management aufgebaut. Das „Case-Management am Küchentisch“ hat zum Ziel, die Pflegebedürftigkeit zu senken bzw. hinauszuzögern, indem rechtzeitig entsprechende Maßnahmen implementiert und koordiniert werden. Zudem sollen die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten möglichst lange erhalten bleiben und Krankenhauseinweisungen reduziert werden. Der Zugang zu diesem Versorgungsangebot erfolgt ausnahmslos über den medizinischen Bereich (Akutklinik, haus- oder fachärztliche Praxis). Insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte nutzen das Angebot für ihre Patientinnen und Patienten. In einem ersten Hausbesuch erfassen die Gesundheitshelferinnen die gesamte Versorgungssituation, inklusive Medikation und Eigenmedikation. Die Durchführung Geriatrischer Assessments, das Erkennen von Sturzgefahren in der Wohnung, die Beratung zu Fragen bzgl. Krankheit und Präventionsmöglichkeiten sowie die Information über spezielle Seniorenangebote im Kreis Lippe und Informationen bei sich abzeichnender Pflegebedürftigkeit runden den Hausbesuch ab. Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ggf. deren Angehörigen wird ein Hilfeplan erarbeitet. Die Hausärztin oder der Hausarzt erhält nach dem ersten Hausbesuch immer eine Rückmeldung, ansonsten bei sich abzeichnenden Veränderungen. Je nach Versorgungsproblematik erfolgt ein mehr oder weniger engmaschiges Monitoring durch die Gesundheitshelferinnen, die zudem in engem Kontakt mit Leistungserbringern, Kostenträgern und Beratungsdiensten stehen. Im Sommer 2014 erfolgte eine Ausdehnung des CM auf Pflegeheimbewohner. Ende 2016 wurde die Zielgruppe auf komplex erkrankte Erwachsene aller Altersstufen ausgeweitet. Die Gesundheitshelferinnen werden auch im Rahmen des Entlassmanagements tätig; sie koordinieren insbesondere die Zeit zwischen der Klinikentlassung und dem ersten Hausarztkontakt.

**Lüneburger Alterslotsen:** Das Projekt „Lüneburger Alterslotsen“ wird seit 2016 vom Land Niedersachsen, dem Landkreis Lüneburg und zwei Gesellschaften der Gesundheitsholding Lüneburg (Städtisches Klinikum Lüneburg sowie Psychiatrische Klinik Lüneburg) gefördert. Ziel ist es, älteren Menschen ein selbstständiges Leben zu Hause zu ermöglichen und Informationsbrüche aufgrund der Sektorentrennung zu vermeiden. Die Aufgabe der Alterslotsen besteht in der Beratung der Patientinnen und Patienten und in der Koordination des Behandlungsnetzes.

Ein ähnliches Aufgabenspektrum übernimmt der **Trägerverein aktiv55plus Radevormwald e. V.** im Oberbergischen Kreis durch Hausbesuche und Beratungsangebote rund um die Themen Lebensqualitätsförderung, Wohnen und Pflege. Im Fokus stehen dabei ältere Menschen. Durch die niedrigschwelligeren Angebote soll der Kontakt zwischen Vereinsmitarbeitenden, Interessierten und ggf. weiteren Leistungserbringern unkompliziert aufgebaut werden können.

**Diakonische Gemeindegewestern Wittgenstein:** Die Idee der Gemeindegewestern wird vom Diakonischen Werk Wittgenstein aufgegriffen und im Programm Diakonische Gemeindegewestern mit ehrenamtlichen Strukturen verknüpft. Die Hausbesuche werden von ehrenamtlichen Mitarbeitern geleistet und von einer hauptamtlichen Kraft koordiniert. Bei dieser erhalten die ehrenamtlichen Mitarbeiter auch Unterstützung und Beratung bei Fragestellungen. Wird bei Hausbesuchen weiterer Handlungsbedarf festgestellt, können diese Personen in andere Programme der Diakonischen Werks überführt oder die pflegerische Betreuung organisiert werden.

### c. Angebote für die Patientenmobilität

Wenn die ärztlichen Versorgungseinrichtungen sich in den Zentren konzentrieren, kann die räumliche Distanz auch durch eigens eingerichtete Fahrdienste überwunden werden. Bereits seit längerem gibt es in vielen Regionen Deutschlands Bürgerbusse und Bürgerautos.

#### **Bürgerbus Rheinland-Pfalz**

Durch die Bereitstellung von Bürgerbussen kann die Mobilität für Personen ohne Fahrerlaubnis oder ältere Menschen verbessert werden. Alltagserledigungen wie Arztbesuche, Einkäufe oder Behördengänge innerhalb der Gemeinden können damit bequem getätigt werden. Bürgerbusse werden von ehrenamtlichen Fahrern gesteuert. Die Kommune stellt das Fahrzeug zur Verfügung und übernimmt die Versicherungskosten. Das Land Rheinland-Pfalz unterstützt die Einrichtung eines Bürgerbusses. Eine kostenfreie Beratung und eine finanzielle Hilfe stehen für die Startphase zur Verfügung.

#### **Hol- und Bringdienst in der Gesundheitsregion<sup>Plus</sup> Coburg**

Für den Weg zur Bereitschaftspraxis und zum kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienst haben Stadt und Landkreis Coburg einen Hol- und Bringdienst eingerichtet. Die Kosten pro Fahrt betragen pauschal 5 € (Eigenanteil). Die Fahrt mit dem Hol- und Bringdienst wird im Taxi quittiert und durch die Bereitschaftspraxis bestätigt. Der Hol- und Bringdienst ist im Rahmen des Modellvorhabens der Raumordnung (MORO) „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge im Arbeitskreis „Ärztliche Versorgung““ von den beteiligten Akteuren entwickelt worden. Das Projekt wurde anfangs durch das Bundesverkehrsministerium gefördert.

#### **Ehrenamtliche Fahrdienste**

Der Generationenbus in den Eder-Elsoff-Dörfern (NRW) konnte durch eine Finanzierung durch die Kirchengemeinde sowie die Eder-Elsoff-Initiative und durch private Spenden an den Start gehen. Die Unterhaltungskosten werden durch lokale Vereine der beteiligten Ortschaften getragen. Der Hol- und Bring-Dienst wird von ehrenamtlichen Mitarbeitern übernommen. Die Fahrdienste sollen vorwiegend älteren, behinderten und vereinsamten Menschen ermöglichen, die nächstgelegenen Zentren aufzusuchen. Vergleichbare Projekte gibt es unter dem Stichwort „Bürgerbus“ auch andernorts. Bei der Beschaffung der Busse werden unterschiedliche Modelle praktiziert. So kann ein Bus auch durch die Kommunen (ggf. gemeinsam mit Vereinen) angeschafft werden und außerhalb der Nutzungszeit als Bürgerbus auch durch die Vereine genutzt werden.

## Exkurs: Ehrenamt für Gesundheit und Pflege

Einige der genannten Beispiele bauen auf ehrenamtlich erbrachten Leistungen auf. Dies hat zunächst zwei Gründe. Ehrenamtliche Tätigkeiten werden in Projekte integriert, wenn für einzelne Aufgaben oder Tätigkeitsbereiche keine ausreichende Finanzierung sichergestellt ist. Dies trifft z. B. auf die Fahrdienste der Bürgerbusse oder auf Hausbesuche zu. Zugleich eignen sich diese Tätigkeiten in ihrer Qualität und Anforderung für ein Ehrenamt sehr gut. Es bedarf keiner speziellen Fachkenntnisse, die Aufgaben können mit einem geringen Stundenumfang und von verschiedenen Personen erbracht werden und die Arbeitseinsätze sind flexibel planbar.

Die Beispiele zeigen jedoch auch, dass das Ehrenamt bzw. die Engagierten eine zuverlässige, professionelle Unterstützung brauchen. Für die allgemeine Abwicklung oder Einsatzplanung muss ein hauptamtlicher Ansprechpartner bereitgestellt werden.

## V. Telemedizin

Ein vielfach diskutiertes Thema der Gesundheitsversorgung ist die Telemedizin. Hinter dem Oberbegriff verbergen sich eine Vielzahl von Konzepten und Anwendungsbereichen. Im Bewertungsausschuss haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein gemeinsames Verständnis von Telemedizin erarbeitet.<sup>28</sup> Demnach dient die Telemedizin vorrangig dazu, räumliche Distanzen zu überwinden. Telemedizinische Techniken werden dabei in allen Schritten der Versorgung angewendet. Präventive und diagnostische Maßnahmen sowie die Behandlung und Therapie der Patientinnen und Patienten und die Nachsorge bzw. Rehabilitation und Weiterbehandlung werden gleichermaßen technikgestützt durchgeführt. Die Technologie wird eingesetzt, um Informationen zu messen, zu erfassen und zu übermitteln sowie um die Kommunikation und den Datentransfer zwischen den Leistungserbringern, insbesondere auf der Schnittstelle (Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Kliniken, nichtärztliches Fachpersonal und Pflegedienstleister) zu verbessern. Dies umfasst auch die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliches Fachpersonal. Damit ist das Ziel verbunden, eine Verbesserung der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der medizinischen Versorgung zu erlangen, z. B. indem durch ein engmaschiges Monitoring notwendige medizinische Interventionen frühzeitiger und gezielter eingesetzt werden. Dies geschieht bereits in OBERBERG\_FAIRsorgt, wie ein Hausarzt aus Wiehl im Oberbergischen Kreis bekräftigt: „Die Teilnahme an diesem Programm hat eine Hospitalisierung unserer Patienten aufgrund kardialer Ereignisse verhindert und wir konnten eine kontinuierliche Kontrolle der Vitalparameter unserer Patienten sicherstellen. Die Zusammenarbeit mit OBERBERG\_FAIRsorgt verlief zügig und qualitativ hochwertig.“ Eine sektorenübergreifende Vernetzung aller Leistungserbringer sowie der Patienten und/oder Angehörigen ist hierfür unabdingbar.

Für die Versorgungssicherung und Herstellung einer zukunftsorientierten Versorgungsstruktur in der ambulanten sowie stationären Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen bietet die Telemedizin viel Potenzial. Telemedizin ist ein wichtiges Querschnittsthema, das als Baustein in alle innovativen Versorgungskonzepte integriert wird. Die wesentlichen Anwendungsgebiete werden in den folgenden Abschnitten systematisiert und näher beschrieben.

### a. Vernetzung der Leistungserbringer

Mittels digitaler Lösungen können sich die Leistungserbringer im Gesundheitswesen einfacher vernetzen. Hierdurch kann erreicht werden, dass die patientenbezogene Kommunikation vereinfacht und beschleunigt wird und ein schneller Datentransfer möglich ist. Dadurch werden die Versorgungsprozesse optimiert. Im Fokus steht der Austausch zwischen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie den Kliniken. Zusätzlich können auch die Pflegedienstleister integriert werden. Die Anwendungen unterstützen damit ganz wesentlich die in Kapiteln III und IV beschriebenen dezentralen Modelle.

---

<sup>28</sup> Rahmenvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum Umfang der Erbringung ambulanter Leistungen durch Telemedizin mit Wirkung zum 01. Juli 2013



Ein viel diskutiertes Beispiel ist der elektronische Arztbrief. Das E-Health-Gesetz sieht für diese Anwendung eine besondere Förderung vor. Für die Erprobung der Anwendung erhielten Ärztinnen und Ärzte eine besondere Vergütung. Weitreichender sind Konzepte, die andere Versorgungs- und Abstimmungsprozesse beschreiben. Beim Telekonsil beispielsweise können Hausärztinnen und Hausärzte ausgewählte Fachärztinnen und Fachärzte per Video hinzuziehen, um deren fachliche Einschätzung zu einem Sachverhalt zu erhalten. Bei der Telebefundung wird durch Fachärztinnen und -ärzte wiederum eine Befundung durch übermittelte Bilder geleistet. Dies wird z. B. in den Fachbereichen Dermatologie und Radiologie angewandt. Die elektronische Übermittlung von Befunden kann dann z. B. auch in ein spezifisch eingerichtetes Zentrum geschickt und dort durch Fachärztinnen und -ärzte beurteilt werden.

Die nachfolgenden Projekte setzten weitreichende Vernetzungsbestrebungen um:

**NetzWerk GesundheitAktiv:** 2017 startete in Hamburg-Eimsbüttel das Projekt NetzWerk GesundheitAktiv, das Akteure im Pflegebereich systematisch untereinander vernetzt. Zielgruppe sind vor allem die Menschen, die ambulant versorgt werden wollen, obwohl sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung eigentlich stationäre Hilfe beanspruchen müssten. Für jede Patientin und jeden Patienten wird ein individueller Unterstützungsplan zusammengestellt und die daran beteiligten Akteure wie Heime, Hausärztinnen und Hausärzte, Krankenkassen und Beschäftigte in Pflegestützpunkten mit ihren vernetzten Dienstleistungen untereinander koordiniert und vernetzt. Die Kommunikation und Interaktion mit den Netzwerkpartnern und mit den Angehörigen erfolgt über bereitgestellte Tablet-PCs, auf denen die Patientinnen und Patienten auch Dienstleistungen wie Essen auf Rädern oder Pflegedienstleistungen bestellen können. Die Kommunikation mit den beteiligten Hausärztinnen und -ärzten erfolgt über Online-Videosprechstunden.

**Mediland:** Bei diesem Projekt in Bayern geht es um die Vernetzung über die Grenzen der Bereiche Ärztin und Arzt/Krankenhaus/Pflege hinaus. Im Projekt sind zwei Arztpraxen mit deren angestellten Versorgungsassistentinnen, das Klinikum Grafenau und ein Pflegewohnheim miteinander verbunden. Das Projekt wird von der Technischen Hochschule Deggendorf begleitet und gemeinsam mit dem Gemeindeverbund Spiegelau-Frauenau umgesetzt. Medizinische Daten werden – mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten – untereinander ausgetauscht und die Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden kann durch Videotelefonie erfolgen. Zusätzlich wird das Waldschmidthaus, eine Wanderhütte im Bayrischen Wald, an das Projekt angeschlossen. Dort sollen verletzte Wanderer telemedizinisch bei der ersten Hilfe unterstützt werden.

## b. Technische Unterstützung für die Delegation ärztlicher Leistungen

### Telemedizin in der Hausarztpraxis

**TeleArzt im hausärztlichen Zentrum „Angelus“:** Bereits seit 2015 setzt sich Dr. Thomas Aßmann, Facharzt für Innere Medizin und Notfallmediziner, der in Engelskirchen und Lindlar hausärztliche Praxen betreibt, für eine intensivere Nutzung telemedizinischer Anwendungen ein. Er gilt als Pionier des telemedizinischen Hausbesuchs. Dafür hat er speziell geschulte MFAs, die sog. Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH), mit Telerucksäcken ausgestattet. Darin enthalten ist das notwendige Equipment, d. h. ein mobiles EKG, Lungenfunktions-, Blutdruck- sowie Blutzuckermessgerät, Pulsoxymeter und eine Waage. Über ein Tablet kann die VERAH Kontakt mit dem Hausarzt aufnehmen, diesen per Videokonferenz zuschalten und live Messergebnisse in die Praxis senden. Die Abrechnung erfolgt über den EBM oder die hausarztzentrierte Versorgung (HzV). Mittlerweile sind ähnliche Modellprojekte bundesweit zu finden. Zudem schreitet

die Integration in das „normale“ Vergütungssystem (siehe EBM-Abrechnungsmöglichkeit) langsam aber stetig voran. Mit dem TeleArzt-System von Dr. Aßmann hat man ein lokales Best-Practice-Beispiel, was bei der Verbreitung des Modells in der Region hilfreich sein könnte und entsprechend genutzt werden sollte.

**Hausärztin und -arzt mit Telemedizin (HaT) und Tele-VERAH:** Mit dem Projekt „Hausarzt mit Telemedizin (HaT)“ wird in der Gesundheitsregion Osnabrück die Delegation von ausgewählten ärztlichen Tätigkeiten an weitergebildetes nicht-ärztliches Fachpersonal und Pflegedienste fokussiert. Digitale Lösungen sind wesentlicher Baustein dieser Versorgungskonzepte. Die medizinischen Versorgungsassistentinnen werden digital unterstützt und zu TeleVERAHs fortgebildet. In einem „Telerucksack“ werden Geräte, wie z. B. Blutdruckmessgeräte und ein Tablet, zur Verfügung gestellt, mit deren Hilfe die TeleVERAHs selbstständig Hausbesuche durchführen können. Die Hausärztinnen und -ärzte können bei Hausbesuchen ggf. zugeschaltet werden.

**Telemedizin-Assistenz:** Das Land Rheinland-Pfalz unterstützt Hausarztpraxen bei der Durchführung von Hausbesuchen. Dafür werden speziell ausgebildete Telemedizin-Assistentinnen und -Assistenten mit moderner Technik ausgestattet. Durch den Ansatz sollen Ärztinnen und Ärzte entlastet werden. Auch Patientinnen und Patienten mit Mobilitätseinschränkungen können intensiv versorgt werden. Die Wege in die Praxis werden vermindert und die Patientinnen und Patienten von Fachpersonal bei Hausbesuchen versorgt. Die technischen Geräte ermöglichen es, beim Hausbesuch die Gesundheitswerte digital zu erfassen und in die Praxis zu übermitteln. Ein Videotelefonat zwischen Patientin oder Patient und Ärztin oder Arzt kann ggf. eingerichtet werden.

### Telemedizin in der Notfallversorgung

**LandRettung – Telenotärztin oder -arzt:** In Gebieten mit längeren Anfahrtszeiten, in denen die durchschnittliche Hilfsfrist von zehn Minuten schwer einzuhalten ist, unterstützt die Telenotärztin oder der Telenotarzt den Rettungsdienst. Rettungskräfte sind oft vor der Notärztin oder dem Notarzt am Einsatzort, weil es mehr Rettungswachen als Notarztstandorte gibt. Wird in diesen Fällen eine schnelle Unterstützung durch eine Notärztin oder einen Notarzt noch vor dessen Eintreffen benötigt, z. B., weil sich das Krankheitsbild bei einer Patientin oder einem Patienten akut verschlechtert, kann die Telenotärztin oder der Telenotarzt die Zeit bis zum Eintreffen einer Notärztin oder eines Notarztes vor Ort überbrücken. Die Verlegung von Patientinnen und Patienten zwischen Krankenhäusern kann ebenfalls durch die Telenotärztin oder den Telenotarzt begleitet werden, damit die Kapazitäten der „fahrenden“ Notärztinnen und Notärzte nicht gebunden werden.

In **Greifswald** wurde ein zentraler Telenotarztarbeitsplatz eingerichtet, der mit Notärztinnen und -ärzten der Universitätsmedizin Greifswald besetzt wird. Sechs Rettungswagen wurden mit der notwendigen Technik ausgestattet, darunter Videokameras und Mobilfunkeinheiten zur Übertragung von Videobildern und Vitaldaten (Puls, Blutdruck, EKG) der Patientin oder des Patienten. Die Telenotärztin oder der Telenotarzt kann den Zustand der Patientin oder des Patienten beurteilen und Therapieentscheidungen treffen.

Während der Corona-Pandemie wurde der Telenotarzt auch im **Oberbergischen Kreis** eingeführt. Aus der Ferne, d. h. in einem separaten Raum im Notfallzentrum, unterstützt regelmäßig ein Notarzt die Notfallsanitäter digital. Neben den Echtzeit-Vitaldaten von Defibrillator und EKG-Gerät im Einsatzfahrzeug kommunizieren die Sanitäter mit dem Notarzt und können so weitere Informationen übermitteln, etwa zum Geschlecht, Alter und zu Vorerkrankungen. Bereits heute sind zwölf der 38 Notärzte im Oberbergischen Kreis zu Telenotärzten fortgebildet worden – die übrigen sollen demnächst folgen.

Das Land NRW möchte das Telenotarzt-System flächendeckend einführen und hat den Weg dafür bereits 2020 geebnet. Mittlerweile haben alle Kreise und kreisfreien Städte in NRW die Möglichkeit, sich an einen Telenotarztstandort anzubinden. Der **Rheinisch-Bergische Kreis** kooperiert hierfür mit der Stadt Köln. Im **Rhein-Sieg-Kreis** ist die Einführung eines Telenotarzt-systems gemeinsam mit der Bundesstadt Bonn Gegenstand des aktuellen Rettungsdienstbedarfsplans und war durch den Kreistag am 28.09.2023 beschlossen worden. Der Oberbergische Kreis nimmt die Aufgabe zukünftig gemeinsam mit der Trägergemeinschaft Südwestfalen (Hochsauerlandkreis, Märkischer Kreis, Kreis Olpe, Kreis Soest, Kreis Siegen-Wittgenstein) wahr. Vorgesehen ist, dass sich die Notärzte der Kreise mit dem Telenotarzt-Dienst abwechseln. Ziel der Steuerungsgruppe „Telenotarzt NRW“ ist es, das System bis 2025 flächendeckend in Betrieb zu nehmen.

### c. eCare und Monitoring

Telemedizinische Instrumente können insbesondere bei der Überwachung bei chronischen Erkrankungen nützlich sein. Durch den Einsatz digitaler Anwendungen wird es den Patientinnen und Patienten ermöglicht, in engem Kontakt mit der fachmedizinischen Betreuung zu stehen. Dafür ist es nicht notwendig, Arztpraxen aufzusuchen. Das Monitoring kann einfach in den Alltag integriert werden. Solche Konzepte schaffen vielfältige Möglichkeiten für das medizinische Fallmanagement. Telemonitorings bieten sich insbesondere bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten mit einer hohen Kompetenz im Umgang mit ihrer Erkrankung an. Ferndiagnosen und Telekonsil bzw. die Videokonsultation sind typische Bausteine.

Online-Sprechstunden werden zunehmend auch im hausärztlichen Bereich angeboten. Es wird erwartet, dass sich dieser Bereich der Telemedizin in den kommenden Jahren sehr positiv entwickeln wird, da Online-Sprechstunden mittlerweile regulär angeboten werden können. Fallzahl und Leistungsmenge per Videosprechstunde waren während der Corona-Pandemie durch eine Regelung von KBV und Krankenkassen unbegrenzt möglich. Seit 1. April 2022 gibt es wieder eine Obergrenze bei der Videosprechstunde. Diese liegt bei 30 Prozent je Leistung (GOP) und Quartal.

**MuM – Medizin und Mehr eG:** 1995 schlossen sich insgesamt 44 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus der Region Bünde, Kirchlengern und Rödinghausen in Nordrhein-Westfalen zusammen und gründeten die Vereinigung „Medizin und Mehr“. Klares Ziel der Interessengemeinschaft war es, die medizinische Gesundheitsversorgung durch Kooperation und Koordination zum Wohle der regionalen Bevölkerung zu gestalten. Seit dem ersten Juli 2014 ist die Region Bünde eine der insgesamt fünf ausgewählten Pilotregionen Nordrhein-Westfalens, in der die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen nachhaltig verbessert werden soll. Im Rahmen des Projekts TELnet@NRW wurde die eVi®- elektronische Arztvisite und ein Konzept für die telemedizinische Versorgung entwickelt. Bei eVi® wird mittels einer Webcam eine direkte Verbindung mit Bild und Ton zwischen Arzt und Pflegekraft bzw. Pflegeheim hergestellt. Fragen zur Patientin oder zum Patienten werden direkt zwischen den Beteiligten geklärt sowie unklare Befunde und Medikationen per Kamera dargestellt. Das weitere Vorgehen bis zum nächsten Arztbesuch wird gemeinsam und verbindlich festgelegt. Darüber hinaus ist die Einrichtung eines „virtuellen Sprechzimmers“ möglich, in dem die Ärztin oder der Arzt zu bestimmten Zeiten erreichbar ist. Durch die regelmäßige Online-Konsultation durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte konnte bereits erreicht werden, dass Pflegeheimbewohner seltener ins Krankenhaus eingewiesen werden.

**Gesundheits-Apps:** Eng verknüpft mit eCare und Monitoring-Lösungen sind Gesundheits-Apps. Als Instrument der Teletherapie gibt es sehr verschiedene Anwendungen, die die Versorgungsleistungen für spezifische Krankheitsbilder verbessern. Die Apps beinhalten in der Regel diagnostische Elemente und überwachen die therapeutischen Vorgehensweisen (Telemonitoring). Sie können auch eingesetzt werden, um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu erproben.

## Exkurs: Praxen ohne Ärztin oder Arzt

Als Lösung für Gemeinden, in denen die ärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann, möchte TeleMedicon sogenannte „Ohne-Arzt-Praxen“ etablieren. In diesen Praxen sind lediglich medizinische Fachangestellte und Arztassistenteninnen und -assistenten zugegen. Sie sind an verschiedene Ärztinnen und Ärzte über telemedizinische Verfahren angebunden. Die Untersuchungen finden durch die medizinischen Fachangestellten statt. Bei Bedarf wird per Videotelefonat eine Verbindung mit Ärztinnen und Ärzten aufgebaut. Sollte es zu Komplikationen kommen, trifft die Ärztin oder der Arzt vor Ort ein. Die unter dem Label TeleMedicon betriebenen Ohne-Arzt-Praxen sollen neben Videosprechstunden auch eine 12-Kanal-EKG-Übertragung, Tele-Otoskopie sowie ein digitales Stethoskop ermöglichen.

Bisher hat sich die Idee von Praxen, die ohne die Anwesenheit von Ärztinnen und Ärzten auskommen, sondern nur digital auf diese zurückgreifen, nicht flächendeckend durchsetzen können. Die Vorbehalte sind offenbar noch zu groß. Ob zukünftig ein Umdenken stattfinden wird, ist kaum zu prognostizieren. Es könnte sein, dass solche Ansätze auf mehr Interesse stoßen, wenn der Generationenwechsel erst einmal vollzogen ist und ggf. viele Praxen im ländlichen Raum ohne Nachfolge schließen müssen. Dann wären Praxen, die medizinisches Fachpersonal und eine moderne Ausstattung vorhalten sowie Tele-Konsile mit Ärztinnen und Ärzten anbieten vermutlich ein Gewinn für die wohnortnahe Versorgung vieler Menschen im ländlichen Raum.

Quelle: [www.ohnearztpraxis.de](http://www.ohnearztpraxis.de), [www.sgp-insider.de/wie-sich-die-laendliche-versorgung-aufwerten-laesst](http://www.sgp-insider.de/wie-sich-die-laendliche-versorgung-aufwerten-laesst), [www.praktischerarzt.de/blog/ohne-arzt-praxis](http://www.praktischerarzt.de/blog/ohne-arzt-praxis), [www.e-health-com.de/details-news/mit-arzt-aber-nicht-vor-ort-erste-telepraxis-im-suedwesten](http://www.e-health-com.de/details-news/mit-arzt-aber-nicht-vor-ort-erste-telepraxis-im-suedwesten), [www.praktischerarzt.de/blog/ohne-arzt-praxis](http://www.praktischerarzt.de/blog/ohne-arzt-praxis)

## Exkurs: Überwindung von Sektorengrenzen am Beispiel des Projekts IGiB-StimMT in Templin

Mit dem Projekt „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ (IGiB-StimMT) wurde erprobt, wie eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum aussehen kann. Dabei sollten die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden, um den regionalen Bedarfen gerecht zu werden. Nach vier Jahren Projektlaufzeit bestätigte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), dass das Projekt erfolgreich verlaufen ist, sodass nun geprüft werden soll, wie eine Überführung in die Regelversorgung gestaltet werden kann. Das Projekt der Konsortialpartner Sana Kliniken Berlin Brandenburg GmbH, KV Consult- und Managementgesellschaft mbH (KV COMM), AGENON GmbH, inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, KV Brandenburg, AOK Nordost und BARMER wurde mit insgesamt 14,5 Mio. Euro aus dem Innovationsfonds und dem Krankenhausstrukturfonds gefördert.

Ein wesentlicher Teil des Projekts sah vor, am Standort des Sana Krankenhauses in Templin ein ambulant-stationäres Zentrum (ASZ) zu errichten, in dem die ambulante und die stationäre Versorgung ebenso wie pflegerische Angebote miteinander verzahnt werden. Das ASZ konnte zum April 2022 eröffnet werden und trägt nun u. a. dazu bei, dass fachärztliche Angebote für die Patientinnen und Patienten in der Region (besser) erreichbar sind. So hat etwa die KVBB ermöglicht, dass ambulante Leistungen in der Gastroenterologie und der Kardiologie von stationär tätigen Fachärzten durchgeführt und abgerechnet werden können. Auch nach Beendigung des Projekts können die Leistungen so über die EBM-Ziffern im Regelbetrieb abgerechnet werden. Darüber hinaus gibt es IV-Verträge mit einigen Krankenkassen. Die Fachärztinnen und -ärzte kommen aus Templin und aus der Klinik in Lichtenberg; hier besteht ein Verbund zwischen den Häusern. Telemedizin wird zwischen den beiden Häusern bisher noch nicht eingesetzt, da die Fachärztinnen und Fachärzte aus Lichtenberg ohnehin regelmäßig in Templin tätig sind.

Einen weiteren Baustein bildet die Überwachungseinheit (Decision Unit) als Teil der zentralen Notaufnahme, in der Patientinnen und Patienten bei unklaren Symptomen untergebracht und beobachtet werden können (Gesundheitszustand, Vitalparameter, Laboruntersuchungen), sodass bei Bedarf Therapien eingeleitet werden können. Die dort erbrachten Leistungen können (nach der pauschalen Vergütung im Rahmen der Projektfinanzierung) nicht regulär abgerechnet werden. Allerdings geht mit diesen eine solche Entlastung des stationären Bereichs einher, dass die Einheit weiterhin bestehen bleiben soll. Im stationären Bereich wurden vor Beginn des StimMT-Projekts Patientinnen und Patienten aus sozialer Indikation oder wegen fehlender ambulanter Strukturen behandelt. Dies soll durch das ambulant-stationäre Zentrum verhindert werden.

Zudem wurde eine Bereitschaftspraxis etabliert, die von der KVBB getragen wird. Sie hat zwar nur recht überschaubare Öffnungszeiten (mittwoch- und freitagnachmittags sowie am Wochenende), sorgt jedoch für eine Entlastung der Notaufnahme und somit für deutliche finanzielle Einsparfekte. Denn die Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme bedeutet höhere Kosten für die Klinik, die weit über den vergüteten Pauschalen liegen.

Die folgende Grafik fasst das Spektrum des ASZ Templin nochmals übersichtlich zusammen:



Quellen: <https://www.asz-templin.de/>, <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/presse/pressemitteilungen/detail/~01-04-2022-positiver-beschluss-zum-pilotprojekt-igib-stimmt-in-templin>, <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/presse/pressemitteilungen/detail/~26-04-2022-asz-templin>

## VI. Maßnahmen für Medizinstudierende und Schüler

Ein wesentlicher Baustein eines Nachwuchsförderungskonzepts ist eine systematische Nutzung aller Möglichkeiten zur Akquise von werdenden und jungen Ärztinnen und Ärzten, die das Studium abgeschlossen haben. Aktivitäten wie die von „DonauDoc“ in der Stadt Tuttlingen in Baden-Württemberg<sup>29</sup> leisten hier einen entscheidenden Beitrag. Initiatoren dieser 2013 gegründeten Initiative waren junge Hausärztinnen und -ärzte und die Kommunalpolitik im Landkreis Tuttlingen. Neben einer eigenen Geschäftsstelle und einem Internet- und Youtube-Auftritt finden jährlich die „DonauDoc Live-Events“ statt. Diese bieten ein vielfältiges Programm mit Vorträgen, praktischen Workshops zu den Themen Nahttechniken, EKG und Notfallmedizin, persönlichen Gesprächen mit Kommunalpolitikern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie einer Beratung durch die KVBW an. Hospitationen in verschiedenen Hausarztpraxen ermöglichen persönliche Kontakte und Begegnungen mit jungen, hochmotivierten Hausärztinnen und Hausärzten, die Begeisterung für ihren Beruf vermitteln. Die von Stadt und Landkreis Tuttlingen geförderte Geschäftsstelle „informiert zu den Themen Ärztliche Weiterbildung/Niederlassung in der Stadt und in dem Landkreis, bietet Serviceinhalte für Medizinstudierende aus dem Landkreis und fördert den Kontakt zwischen Praxisinhabern und in Studium, Aus- und Weiterbildung stehenden Kollegen“.<sup>30</sup> Unterstützt werden Schülerpraktika sowie Medizinstudierende mit Bücherstipendien, Praxistrainings (DonauDoc EKG- und Notfallkurs im Klinikum Landkreis Tuttlingen) und der Förderung von Famulaturen. Die Mittel hierfür werden von der DonauDoc Initiative, der Stadt und dem Landkreis Tuttlingen, dem Klinikum Landkreis Tuttlingen sowie der ansässigen Industrie aufgebracht.

Eine weitere Möglichkeit, den ärztlichen Nachwuchs für die Landärztin- und -arztstätigkeit zu begeistern, ist das Angebot der „Landarztmacher“ im Bayerischen Wald.<sup>31</sup> Ausgehend von einer größeren Gemeinschaftspraxis haben sich mehrere Hausärztinnen und -ärzte vernetzt und bieten jeden Sommer und Winter je eine vierwöchige Famulatur für Gruppen von Medizinstudierenden mit einem attraktiven Programm an. Die Studenten müssen sich mit einem Motivations schreiben bewerben und kommen aus dem ganzen Bundesgebiet. Sie wohnen in dieser Zeit gemeinsam in einem Ferienhaus. Ein Teambuilding-Wochenende mit verschiedenen Outdoor-Aktivitäten bildet den Auftakt zum Kennenlernen der Gruppen, anschließend geht es in die praktische Ausbildung in unterschiedliche Praxen. Mittlerweile ist die Nachfrage nach Plätzen höher als das Angebot. Weitere, bereits bekannte Ansätze sind die Landtage, bei denen Bürgermeister Medizinstudierende einladen, um mit einem attraktiven Angebot die Region vorzustellen<sup>32</sup> sowie die Initiative des Hausärzterverbands LandArztLebenLieben<sup>33</sup>.

<sup>29</sup> Siehe: [https://www.tuttlingen.de/de/Leben-in-Tuttlingen/Service/Gesundheitswesen/Aerztliche-Versorgung/Donaudoc\\_Initiative](https://www.tuttlingen.de/de/Leben-in-Tuttlingen/Service/Gesundheitswesen/Aerztliche-Versorgung/Donaudoc_Initiative)

<sup>30</sup> Siehe: [www.donaudoc.de](http://www.donaudoc.de)

<sup>31</sup> Siehe [www.landarztmacher.de](http://www.landarztmacher.de)

<sup>32</sup> Siehe [https://www.aerztekammer-bw.de/news/2012/2012\\_11/nachwuchs\\_ortenau/index.html](https://www.aerztekammer-bw.de/news/2012/2012_11/nachwuchs_ortenau/index.html)

<sup>33</sup> Siehe <https://www.perspektive-hausarzt-bw.de/aktionen/lall/> sowie <https://www.hausarzt-bw.de/news-13777/>

# Teil C – Anhang



# Anhang 1: Exkurs – Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

Das Bundesministerium für Gesundheit zielt mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG; Referentenentwurf vom 15.06.2023) darauf ab, die wohnortnahe Versorgung zu verbessern und die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen. In diesem Zuge werden insbesondere die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der kommunalen Ebene erweitert. Das Gesetz sieht verschiedene Bausteine vor, die im Folgenden kurz zusammengefasst werden.

## Gesundheitskioske

- Niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen oder Regionen
- Die Aufgaben der Gesundheitskioske (in enger Zusammenarbeit mit dem ÖGD und weiteren Gesundheitsdienstleistern) können vielfältig sein und umfassen beispielsweise die:
  - Vermittlung und Koordinierung von erforderlichen, präventiven oder gesundheitsfördernden Leistungen sowie Anleitung zu deren Inanspruchnahme (auch im Hinblick auf Telemedizin)
  - Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten
  - Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben
  - Durchführung von Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen
  - Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerks
- Das Initiativrecht liegt bei den Kommunen. Bei Ausübung sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, gemeinsam mit den Kommunen und der privaten Krankenversicherung Kioske zu errichten (auch mobile Leistungsorte wie Busse sind möglich).
- Der Referentenentwurf sieht vor, dass die gesetzlichen Krankenkassen 74,5 % der Gesamtkosten tragen, die privaten Versicherer 5,5 % und die Kommunen die übrigen 20 %. Die Kosten für den Betrieb eines Kiosks werden auf etwa 400.000 Euro p.a. geschätzt (ca. 80 % Personal- und 20 % Sachkosten).
- Die Leitung der Kioske soll von Pflegefachkräften übernommen werden (insbesondere solche mit Heilkundekompetenz im Sinne von *community health nursing*)

- Ziele sind im Kern eine bessere Versorgung vor Ort, eine Entlastung der Ärzteschaft und die Erhöhung der individuellen Gesundheitskompetenz von Menschen mit besonderen Bedarfen.

### Gesundheitsregionen

- Ziel: stärkere Betonung regionaler Aspekte in der Versorgung und bessere Einbindung der Kommunen im Hinblick auf deren Verantwortung für die Daseinsvorsorge
- Mögliches Aufgabenspektrum: Bildung von Netzwerken und Kooperationen der regionalen Versorger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Sicherstellung einer vernetzten und koordinierten Versorgung über Sektorengrenzen hinweg, Ausbau von Dienstleistungen zur Erhöhung von Mobilitätsangeboten (Zugang zu kurativer und präventiver Versorgung zu erleichtern)
- Gesundheitsregionenvertrag wird zwischen Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie einer oder mehreren Kommunen (Kreise bzw. kreisfreie Städte) geschlossen.
- Die Investitions- und Betriebskosten tragen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ebenso wie die beteiligten Kreise und kreisfreien Städte zu 50 %. Das Ministerium geht im Referentenentwurf von Gesamtkosten in Höhe von 150.000 Euro p.a. aus, also je 75.000 Euro jährlich für GKV und Kommune(n).

### Primärversorgungszentren (PVZ)

- Besonderes hausärztliches Versorgungsangebot (neben der regulären hausärztlichen Versorgung), das durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist – insbesondere mit Fokus auf älteren und multimorbiden Patienten
- In Gebieten, für die im hausärztlichen Bereich eine eingetretene oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde
- Gründungsberechtigt sind zugelassene Ärzte, ärztliche Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ mit jeweils mindestens drei vollen hausärztlichen Versorgungsaufträgen
- Folgende Anforderungen müssen erfüllt werden: Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit einem Gesundheitskiosk, sofern es im Kreis bzw. in der kreisfreien Stadt einen gibt. Gibt es keinen, muss eine Kooperationsvereinbarung mit der Kommune geschlossen werden. Zudem muss eine Kooperation mit Fachärzten und nichtärztlichen Leistungserbringern gewährleistet werden.
- Die weiteren Details (Inhalte/Ziele, personelle und sächliche Ausstattung, Qualifikation des Personals etc.) sollen die KBV und der GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag vereinbaren.

### Erleichterungen für kommunale MVZ

- Bisher waren die Vorgaben der Zulassungsstellen bei der Gründung von MVZ in der Rechtsform der GmbH bzgl. der gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen nicht einheitlich (insbesondere im Hinblick auf die Faktoren Dauer und Höhe).

- Der Referentenentwurf sieht vor, die Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen.
- Darüber hinaus soll klargestellt werden, dass die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs abhängt.

Neben den erwähnten Punkten sieht der Referentenentwurf Änderungen/Ergänzungen bei den Aufgaben des G-BA, bei der Hilfsmittelversorgung von Kindern und Jugendlichen, bei der Leistungs- und Servicequalitätstransparenz von Kranken- und Pflegekassen sowie bei der Rolle der Länder im Zulassungsausschuss vor. Diese haben allerdings keinen (direkten) Einfluss auf die Aufgaben bzw. Handlungsoptionen der Kommunen.

Der Gesetzentwurf bleibt stellenweise vage und lässt bislang einige Fragen unbeantwortet, insbesondere bei den Gesundheitsregionen und den Primärversorgungszentren. Aus dem Papier geht nicht klar hervor, wie die Gesundheitsregionen ausgestaltet werden sollen, wie sie Wirkung entfalten können und wie eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit – und insbesondere Vergütung – zustandekommen soll. Im Hinblick auf die Primärversorgungszentren bleibt offen, wie genau die Möglichkeit zur Errichtung solcher Zentren zur flächendeckenden, hausärztlichen Versorgung beitragen soll. Ein wirtschaftlicher Anreiz soll in der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs im Hinblick auf die Vergütung nichtärztlicher Leistungen liegen.

Der Referentenentwurf ist der erste Schritt im Gesetzgebungsverfahren. Bis zum Inkrafttreten muss dieser noch mehrere Anhörungen und Lesungen durchlaufen. Wann das Gesetz verabschiedet wird, ist derzeit kaum abzuschätzen und hängt maßgeblich von den Überarbeitungsbedarfen ab, die sich im Laufe der Beratungsfolge ergeben.

# Anhang 2: Exkurs – Förderprogramme zur Sicherung der ärztlichen Versorgung

## Aktivitäten/Förderprogramme der KV Nordrhein

Die KV Nordrhein steht den Kreisen sowie den Städten und Gemeinden grundsätzlich als Ansprechpartner zur Verfügung. Darüber hinaus finanziert die KVNO über den 2018 aufgelegten Strukturfonds gemeinsam mit den Krankenkassen mehrere Maßnahmen zur Sicherung der ärztlichen Versorgung und informiert/berät dazu im Rahmen der Kampagne „Arzt sein in Nordrhein“ ([www.arzt-sein-in-nordrhein.de](http://www.arzt-sein-in-nordrhein.de)):

- Geförderte Studienplätze für angehende Hausärztinnen und Hausärzte im ländlichen Raum („Landarztquote“)
- Förderung der Famulatur in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung oder einer Praxis der grundlegenden fachärztlichen Versorgung mit 400 Euro für die Dauer eines Monats
- Förderung im Praktischen Jahr mit monatlich 600 Euro für maximal vier Monate bei Wahlfach Allgemeinmedizin, das in einer nordrheinischen akademischen Lehrpraxis durchgeführt wird. Voraussetzung: Medizinstudium an einer nordrheinwestfälischen Universität.
- Förderung der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner in einer Hausarztpraxis für bis zu 48 Monate mit 5.400 Euro pro Monat. Gleiche Förderung für die Facharztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (Kontingent KVNO: 232 Förderstellen)
- Förderung von Quereinsteigern in die Hausarztstätigkeit („Transferassistenten“) mit bis zu 9.000 Euro monatlich, abhängig von der Größe der Gemeinde, in der sie tätig sind. Bei Gemeinden über 40.000 EW liegt die Förderung bei 5.400 Euro pro Monat.
- Die Niederlassung in Gebieten mit angespannter Versorgungslage (Fördergebiet) wird mit bis zu 70.000 Euro gefördert. Dies gilt für hausärztliche und fachärztliche Praxen in ausgewiesenen Gemeinden.
- Die Eröffnung von Zweigpraxen in Fördergebieten wird mit bis zu 10.000 Euro gefördert.
- Bei Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in Fördergebieten erhält man eine Anschubfinanzierung von bis zu 50.000 Euro.

### **Hausarztaktionsprogramm (HAP) des Landes NRW**

Das Land NRW setzt mit seinem Hausarztaktionsprogramm finanzielle Anreize für die hausärztliche Tätigkeit in Kommunen bis zu 25.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (bei ungünstiger Altersstruktur der Hausärzteschaft auch in Kommunen zwischen 25.001 und 40.000 EW möglich):

- Förderung der Niederlassung als Hausärztin oder Hausarzt mit bis zu 30.000 bzw. bis zu 60.000 Euro, abhängig von dem Gefährdungsgrad der hausärztlichen Versorgung
- Förderung der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch angestellte Ärztinnen und Ärzte mit bis zu 30.000 bzw. bis zu 60.000 Euro, abhängig von dem Gefährdungsgrad der hausärztlichen Versorgung
- Förderung der Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) mit 500 Euro monatlich – auch zusätzlich zur KV-Förderung
- Förderung des Erwerbs von Zusatzqualifikationen von nicht-ärztlichem Praxispersonal (EVA) mit bis zu 1.000 Euro
- Anschubfinanzierung bis zu 10.000 Euro für die Errichtung von Lehrpraxen

**Tabelle 9: Städte und Gemeinden des Bergischen RheinLands mit Förderungsmöglichkeiten des Landes NRW (Hausarztaktionsprogramm) bzw. der KV Nordrhein (Strukturfonds)**

Stadt/Gemeinde	Fördergebiet KVNO (Stand: 01.07.2023)		HAP-Fördergebiet MAGS NRW (Stand: 01.01.2023)	
	hausärztlich	fachärztlich	Gefährdung droht unmittelbar	Gefährdung droht mittelfristig
Bergneustadt	✓	✓*	✓	-
Burscheid	-	-	-	✓
Eitorf	✓	-	✓	-
Engelskirchen	-	✓*	-	-
Gummersbach	✓	✓*	-	-
Hückeswagen	-	✓*	✓	-
Kürten	-	-	✓	-
Lindlar	-	✓*	-	✓
Lohmar	-	-	✓	-
Marienneide	✓	✓*	-	-
Morsbach	✓	✓*	✓	-
Much	✓	-	✓	-
Neunkirchen-Seelscheid	-	-	-	✓
Nümbrecht	✓	✓*	-	✓
Odenthal	-	-	✓	-
Radevormwald	-	✓*	-	✓
Reichshof	✓	✓*	-	✓
Ruppichterath	-	-	✓	-
Waldbröl	✓	✓*	-	✓
Wiehl	✓	✓*	-	-
Windeck	✓	-	-	✓
Wipperfürth	✓	✓*	✓	-

Datengrundlage: KVNO; MAGS NRW.

\* Fachgruppe Hautärzte (alle Städte und Gemeinden des Planungsbereichs Oberbergischer Kreis)

Zur Festlegung der Fördergebiete der KVNO siehe § 3 „Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Verwendung der Finanzmittel nach § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds)“.

Zur Festlegung der Fördergebiete des MAGS NRW siehe A 1.2 „Richtlinie zur Förderung der hausärztlichen Versorgung in Gemeinden, in denen aufgrund der Altersstruktur der vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte eine Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht (Förderrichtlinie für Hausärztinnen und Hausärzte ab 2023).“

## Anhang 3: Auswertung der Diskussion mit KV- und Kreisvertretern

Auf Wunsch des Auftraggebers hat Quaestio am 11.09.2023 einen Gesprächstermin mit Vertreterinnen und Vertretern der KV Nordrhein, der Kreisstellen und der drei Kreise durchgeführt, um ausgewählte Ergebnisse und Empfehlungen zu diskutieren und hierzu Feedback zu erhalten. Die Struktur des Vortrags orientierte sich dabei an der Gliederung des vorliegenden Berichts. Die anschließende Diskussion wird im Folgenden entlang thematischer Cluster wiedergegeben und die Aussagen der Teilnehmenden in diesem Zuge in den Kontext unseres Gutachtens eingeordnet. Das Gutachterteam dankt den Teilnehmenden für die rege Beteiligung.

### Auswertung der Diskussion

**Chancen und Risiken einer konzentrierteren Versorgungsstruktur:** Die KV Nordrhein unterstreicht in diesem Zusammenhang wesentliche Aussagen des Gutachtens. Eine „1:1-Nachbesetzung“ der in den Ruhestand tretenden Ärzte sei nicht möglich. Die bestehende Struktur sei deshalb ohne Veränderungen nicht zukunftsfähig und eine räumlich konzentriertere, mit größeren Praxen einhergehende Versorgung unausweichlich. Damit würde es ebenso unerlässlich sein, dass kommunale Politik etwaiges Kirchturmdenken überwinde und verstärkt interkommunale/teilräumliche Lösungsansätze verfolge, da sonst eine „Kannibalisierung der Versorgung“ drohe. Potenziale bestünden auch in einer stärkeren Arbeitsteilung und Delegation von Leistungen, die sich insbesondere mit größeren „Teampraxen“ heben lassen.

**Bündelung niedrigschwelliger Angebote (Stichwort „Gesundheitskiosk“):** Das Thema Gesundheitskiosk wurde kontrovers diskutiert. Seitens der KVNO wurde insbesondere auf die hohen Kosten hingewiesen, die bei Verabschiedung des GVSG – in der aktuell bekannten Referententwurfassung – in der GKV entstehen würden und an anderer Stelle eingespart werden müssten. Ein Vertreter aus der Ärzteschaft sieht sie kritisch, einerseits, weil es bereits heute einen Fachkräftemangel im Gesundheitswesen gebe und andererseits Präventionsangebote aus seiner Sicht häufig wenig wirksam seien. Ein Teilnehmender entgegnet, dass Beratungs- und Unterstützungsangebote in bestimmten Räumen oder für spezifische Bedarfsgruppen sinnvoll sein könnten, unabhängig von der Art und Finanzierung einer entsprechenden Stelle. Quaestio erachtet die Argumente als valide. Dennoch bleibt die Kernaussage bestehen, dass solche Einrichtungen mit niedrigschwelligen sozialen, gesundheitsfördernden, präventiven und steuernden/beratenden Leistungen in bestimmten Räumen/Quartieren aus der Perspektive einer öffentlichen Gesundheitsversorgung ein sinnvolles Angebot darstellen kann. Die Empfehlung, sie bezogen auf konkrete, spezifische Bedarfe umzusetzen, bleibt insofern bestehen.

**Digitalisierung:** Das Thema Digitalisierung sieht ein Vertreter der Ärzteschaft kritisch, insbesondere die in diesem Zusammenhang staatlich auferlegten Pflichten und die damit einhergehenden technischen Probleme. Er unterstreicht damit wesentliche Analyseergebnisse des vorliegenden Gutachtens, denn auch in der Ärztebefragung stellt das Thema einen bedeutenden Faktor für eine hohe/zunehmende Belastung in den Praxen dar. Es wird beispielhaft berichtet, dass aufgrund von technischen Problemen über mehrere Tage keine elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) ausgestellt werden konnten. Gleichzeitig stellt die Digitalisierung

ein großes Potenzial für eine modernisierte Gesundheitsversorgung dar. Insofern müssen (nachvollziehbare) Widerstände gegen die Digitalisierung überwunden werden. Aus unserer Sicht weisen Digitalisierungsansätze insbesondere dann eine breite Akzeptanz und hohe Erfolgsaussichten auf, wenn sie von Leistungserbringern kooperativ konzeptioniert, initiiert und sinnvoll in den Versorgungsalltag eingebettet werden (wie am Beispiel des Projekts OBERBERG\_FAIRsorgt ebenfalls unterstrichen wird).

**Weiterbildung:** Ein Arzt sieht eine Herausforderung darin, dass junge Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) häufig von eingangs aufgestellten Rotationsplänen des Weiterbildungsverbands abweichen würden. Hier würde er sich wünschen, dass die komplette Weiterbildung (sogar mit Festlegung der Urlaubszeiten) durchgeplant wird. Als Vorbild in diesem Kontext nennt er Österreich. Ein weiterer Vertreter erachtet die Weiterbildung in der Niederlassung als besonders wichtig, um die Tätigkeit in eigener Praxis zu bewerben. Damit treffen die Ärzte den Kern einer Empfehlung des Gutachtens, nämlich die Weiterbildungsverbände zu stärken und Beratungsangebote/Rotationspläne für ÄiW aus einer Hand anzubieten. Damit kann auch besser auf individuelle Wünsche und Rahmenbedingungen (z. B. Elternzeiten) reagiert werden.

**Präferenzwandel der nachrückenden Ärzte-Generation:** Die teilnehmenden Ärzte unterstreichen, dass die Baby-Boomer-Generation in der Ärzteschaft besonders viel arbeitet und leistet. Dem pflichten die weiteren Teilnehmenden grundsätzlich bei. Es wird jedoch auch unterstrichen, dass gerade deshalb nicht unterschätzt werden dürfe, dass ein Großteil der Ärztinnen und Ärzte von heute nicht mehr 60-80 Stunden pro Woche arbeiten möchte. Beide Aspekte finden im Gutachten Berücksichtigung. Die Leistungen der Baby-Boomer-Generation sollen anerkannt und das vorhandene Potenzial genutzt werden. Gleichzeitig ist der Präferenzwandel der nachrückenden Generation eine Tatsache, die nicht ignoriert werden sollte, da sonst Nachteile im Wettbewerb um junge Ärztinnen und Ärzte zu erwarten sind.

**Bedarfsplanung:** Aus Sicht eines teilnehmenden Arztes sollte die Bedarfsplanung kleinräumiger sein. Vertreter der KVNO entgegnen, dass sie versuchen, an dieser Stelle stärker zu steuern – etwa durch finanzielle Anreize und sinnvolle Zuschnitte der Fördergebiete, so dass schwächer besetzte Räume gestärkt werden könnten. Von der bundeseinheitlichen Bedarfsplanung könne die KVNO allerdings nur geringfügig abweichen. Ansatzpunkte für ein regional- oder lokalpolitisches Handeln bestehen hier aus Sicht von Quaestio kaum. Auf die Aktivitäten und Förderprogramme von KVNO und Land NRW wird im Gutachten verwiesen.

**Repräsentativität der Ärztebefragung im Rahmen der Studie:** Da die Ergebnispräsentation aus zeitlichen Gründen nur verkürzt dargestellt werden konnte, kam die Frage auf, ob die Ärztebefragung repräsentativ sei. Die Ergebnisse seien sehr negativ und könnten ggf. verzerrt sein. Aus unserer Sicht gibt es mit Blick auf die Rücklaufquoten, die Altersstruktur der Teilnehmenden, die räumliche Verteilung etc. keinen Anlass für diese Bedenken. Zudem sind die Ergebnisse aus Sicht des Gutachterteams nicht durchweg negativ zu bewerten: Sie zeichnen durchaus ein Bild der Motivation und Veränderungsbereitschaft in der Ärzteschaft. Zudem zeigen unsere Erfahrungen, dass ein Teil der eher negativ eingestellten Ärzte häufig kein Interesse an der Teilnahme solcher Befragungen hat und sie deshalb absagt. Insofern sehen wir insgesamt keine Anhaltspunkte für eine Verzerrung der Ergebnisse.



## Anhang 4: Übersicht Fachgruppenschlüssel

Zuordnung der Ärztinnen und Ärzte nach Fachgruppencode (FGC) der lebenslangen Arztnummer (LANR) durch die KV Nordrhein:

Versorgungsebene	Arztgruppe Bedarfsplan	Fachgruppencode
1	Hausärzte	01, 02, 03
2	Augenärzte	05
2	Orthopäden & Chirurgen	06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 50
2	Gynäkologen	15, 16, 17, 18
2	Dermatologen	21
2	HNO-Ärzte	19, 20
2	Kinder- und Jugendärzte	34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46
2	Nervenärzte	47, 51, 53, 58, 59
2	Urologen	67

Die angegebenen Fachgruppencodes werden folgenden Fachbereichen zugeordnet:

Schlüssel	Fachgruppe
01	Allgemeinmediziner (Hausarzt)
02	Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)
03	Internist (Hausarzt)
04	Anästhesiologie
05	Augenheilkunde
06	Chirurgie
07	Gefäßchirurgie
08	Viszeralchirurgie
09	Kinderchirurgie
10	Orthopädie
11	Unfallchirurgie
12	Chirurgie/Rheumatologie
13	Plastische Chirurgie
14	Thoraxchirurgie
15	Frauenheilkunde
16	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
17	Gynäkologische Onkologie

18	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
20	Phoniatrie
21	Geschlechtskrankheiten und Dermatologie
22	Humangenetik
23	Internist
24	Angiologie
25	Endokrinologie und Diabetologie
26	Gastroenterologie
27	Hämatologie und Onkologie
28	Kardiologie
29	Nephrologie
30	Pneumologie
31	Innere Medizin/Rheumatologie
32	Geriatric
33	Infektiologie
34	Kinderarzt (Hausarzt)
35	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Hausarzt)
36	Kinder-Kardiologie (Hausarzt)
37	Neonatalogie (Hausarzt)
38	Neuropädiatrie (Hausarzt)
39	Kinder-Pneumologie (Hausarzt)
40	Kinderarzt (Facharzt)
41	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Facharzt)
42	Kinder-Kardiologie (Facharzt)
43	Neonatalogie (Facharzt)
44	Neuropädiatrie (Facharzt)
45	Kinder-Pneumologie (Facharzt)
46	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt und Teilnahme an haus- und fachärztlicher Versorgung
47	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
48	Laboratoriumsmedizin
49	Mikrobiologie
50	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
51	Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
52	Neurochirurgie
53	Neurologie
54	Nuklearmedizin
55	Neuropathologie
56	Pathologie
57	Physikalische und Rehabilitative Medizin
58	Psychiatrie und Psychotherapie
59	Forensische Psychiatrie
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

<b>61</b>	Psychotherapeutisch tätiger Arzt
<b>62</b>	Radiologie
<b>63</b>	Kinderradiologie
<b>64</b>	Neuroradiologie
<b>65</b>	Strahlentherapie
<b>66</b>	Transfusionsmedizin
<b>67</b>	Urologie
<b>68</b>	Psychologischer Psychotherapeut
<b>69</b>	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
<b>70-98</b>	zur freien Verfügung der Kassenärztlichen Vereinigungen
<b>99</b>	sonstige Fachgruppen

Für weitere Informationen siehe Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten-, Praxisnetz- sowie der Netzverbundnummern.<sup>34</sup>

<sup>34</sup> Abrufbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern\\_Richtlinie.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf) (letzter Aufruf: 06.07.2023)

## Anhang 5: Kommunalsteckbriefe

Mithilfe von Kommunalsteckbriefen wird im Folgenden für jede der 28 Städte und Gemeinden des Untersuchungsgebietes ein Überblick zum Status quo der ambulanten medizinischen Versorgung gegeben. Dabei liegt der Fokus zunächst auf der hausärztlichen Versorgung. Die Steckbriefe geben an, welchem Mittelbereich die jeweilige Kommune in der hausärztlichen Bedarfsplanung zugeordnet wird. Die kartographische Darstellung zeigt, welche anderen Städte und/oder Gemeinden ggf. zum gleichen Mittelbereich gehören. Zudem wird der hausärztliche Versorgungsgrad, den die KV Nordrhein (KVNO) regelmäßig berechnet, angegeben (zur Berechnungsmethode vgl. Kapitel 2.2.1). Auf Grundlage von KV-Daten konnte das Hausarzt-Einwohner-Verhältnis auch kommunenscharf betrachtet werden – sofern ein Mittelbereich nicht ohnehin aus lediglich einer Stadt bzw. Gemeinde besteht, wie es etwa bei Radevormwald und Wermelskirchen der Fall ist. Um die Werte vergleichen zu können, wird unter der Verhältniszahl auch der Durchschnitt im gesamten Bergischen RheinLand sowie die Soll-Verhältniszahl im jeweiligen Mittelbereich, den die KVNO ermittelt, angegeben (hierfür passt die KVNO die allgemeine Verhältniszahl unter Berücksichtigung der regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur zur regionalen Verhältniszahl an). Der sogenannte fiktive Versorgungsgrad ist eine verbreitete Methode, um mithilfe des Arzt-Einwohner-Verhältnisses auf Gemeindeebene und der regionalen Verhältniszahl im jeweiligen Mittelbereich kleinräumige Differenzen innerhalb von Mittelbereichen zu erkennen. So weist der Mittelbereich Köln, bestehend aus den Städten Köln und Rösrath, einen hausärztlichen Versorgungsgrad von 109 % auf. Rösrath weist jedoch einen fiktiven Versorgungsgrad von lediglich 84,5 % auf. Das Wort „fiktiv“ soll in diesem Zusammenhang verdeutlichen, dass die Bedarfsplanung nicht auf Gemeindeebene stattfindet und es sich somit um ein Analyseinstrument handelt, von dem keine rechtlichen Konsequenzen o. Ä. ausgehen. In ländlichen Räumen sind Gemeinden ohne Hausarzt – d. h. mit fiktivem Versorgungsgrad von 0 % – keine Seltenheit; andere Kommunen im Mittelbereich versorgen diese entsprechend mit.

Im nächsten Abschnitt des Steckbriefs wird der Versorgungsindex, der im Kapitel 3 erläutert wird, auf kommunaler Ebene dargestellt. In den betrachteten Kategorien „Hausärzte“, „Fachärzte“, „Krankenhäuser“ und „Rettungswachen“ werden die erreichten Punktzahlen und die prozentuale Abweichung vom bevölkerungsgewichteten Durchschnitt des gesamten Bergischen RheinLands dargestellt, um räumlich-strukturelle Unterschiede herauszustellen und dadurch eine Teilraumtypisierung zu ermöglichen. Durch die Bevölkerungsgewichtung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die meisten Einwohner in Städten und Gemeinden mit hohem Versorgungsindex leben. Es kann jedoch keine Unter- oder Überversorgung bzw. Bewertung der Versorgungsqualität anhand dieser Werte abgeleitet werden. Erst recht können daraus keine Aussagen zur Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus oder zur Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Hilfsfrist im Rettungswesen getroffen werden.

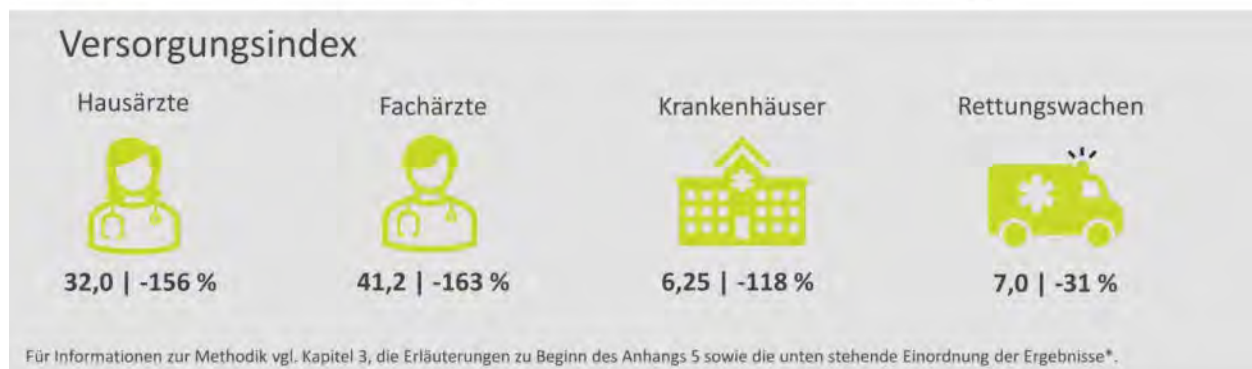
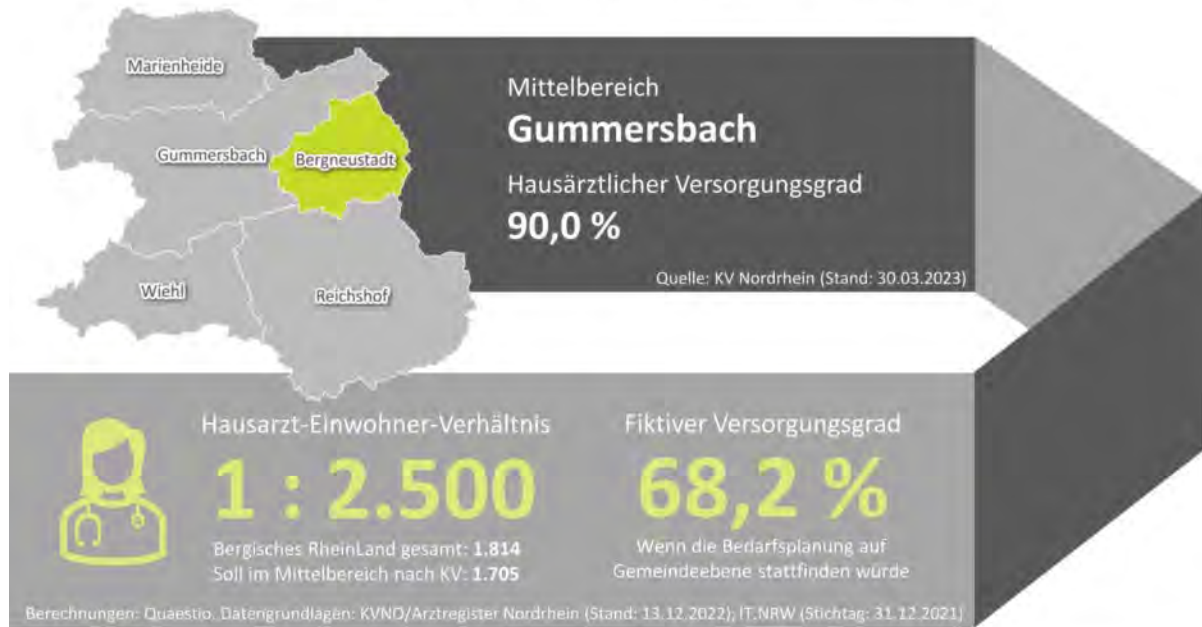
Die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur und die modellhafte Hochrechnung der Arztkontakte verdeutlicht den demografischen Wandel. Auf Grundlage der Prognosen des Statistischen Landesamtes NRW von 2021 bis 2050 werden die Veränderungen in der Bevölkerungszahl insgesamt sowie in zwei Altersgruppen dargestellt: Einerseits der Einwohner im typischen Erwerbstätigenalter (18 bis 64 Jahre) und andererseits der Personen ab 65 Jahren. In allen Kommunen wird ein Rückgang der Einwohnerzahl im Alter zwischen 18 und 64 Jahren und eine Zunahme der über 64-Jährigen prognostiziert. Bei Hochrechnung der jährlichen Arztkontakte zwischen

2021 und 2050 auf Basis der Studie von Riens et al. (2012) in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter ergibt sich in den meisten Kommunen eine Zunahme (detailliertere Erläuterungen zur Modellrechnung finden sich in Kapitel 2.1.3). Selbst bei stark schrumpfenden Kommunen ist der prozentuale Rückgang der Arztkontakte stets kleiner als der Rückgang der Einwohnerzahl. Dies verdeutlicht den Effekt, den die Alterung der Gesellschaft auf die medizinische Versorgung hat.

Im Fazit werden die zuvor beschriebenen Kennzahlen eingeordnet. Zudem wird bei den betreffenden Städten und Gemeinden darauf hingewiesen, dass sie in den Fördergebieten der KV Nordrhein bzw. des Landes NRW liegen (vgl. Anhang 2). Für Förderungen des Strukturfonds bestimmt der Vorstand der KV Nordrhein „die zur Identifizierung der Fördergebiete notwendigen Faktoren auf der Grundlage von Bedarfsplanungs- und Sozialdaten und legt so die Fördergebiete fest“ (§3 „Sicherstellungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Verwendung der Finanzmittel nach § 105 Abs. 1a SGB V (Strukturfonds)“). Das Hausarztaktionsprogramms (HAP) des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) unterscheidet zwischen „Gemeinden, in denen die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht“ und „Gemeinden, in denen die hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet erscheint“. Grundlage ist der Versorgungsgrad auf kommunaler Ebene unter alleiniger Berücksichtigung der vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte, die jünger als 60 Jahre alt sind. Eine Gefährdung droht, sofern in Kommunen mit einer Einwohnerzahl bis zu 25.000 (40.000) ein Versorgungsgrad besteht, der unter 60 (50) Prozent liegt, wenn nur die Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden, die jünger als 60 Jahre alt sind. Eine mittelfristige Gefährdung wird in Kommunen bis 25.000 Einwohnern angenommen, wenn der Wert zwischen 60 und 75 Prozent liegt.

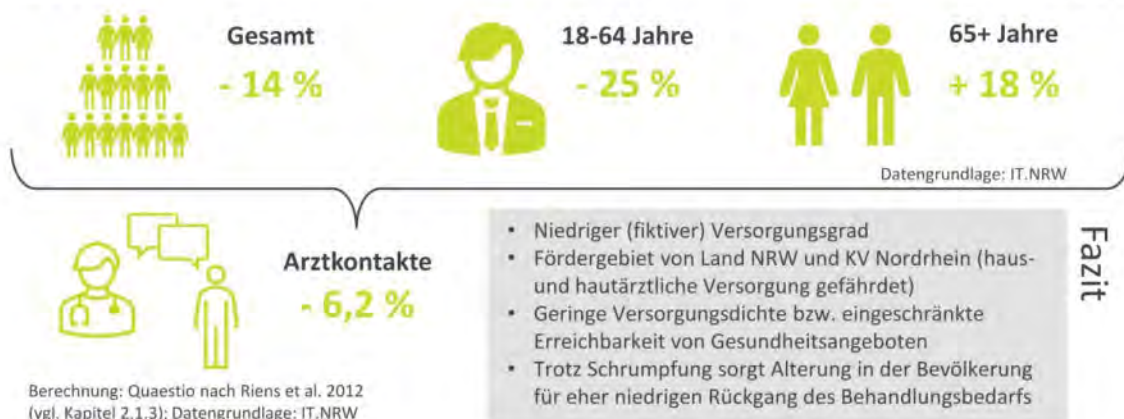
# BERGNEUSTADT

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 18.502 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050

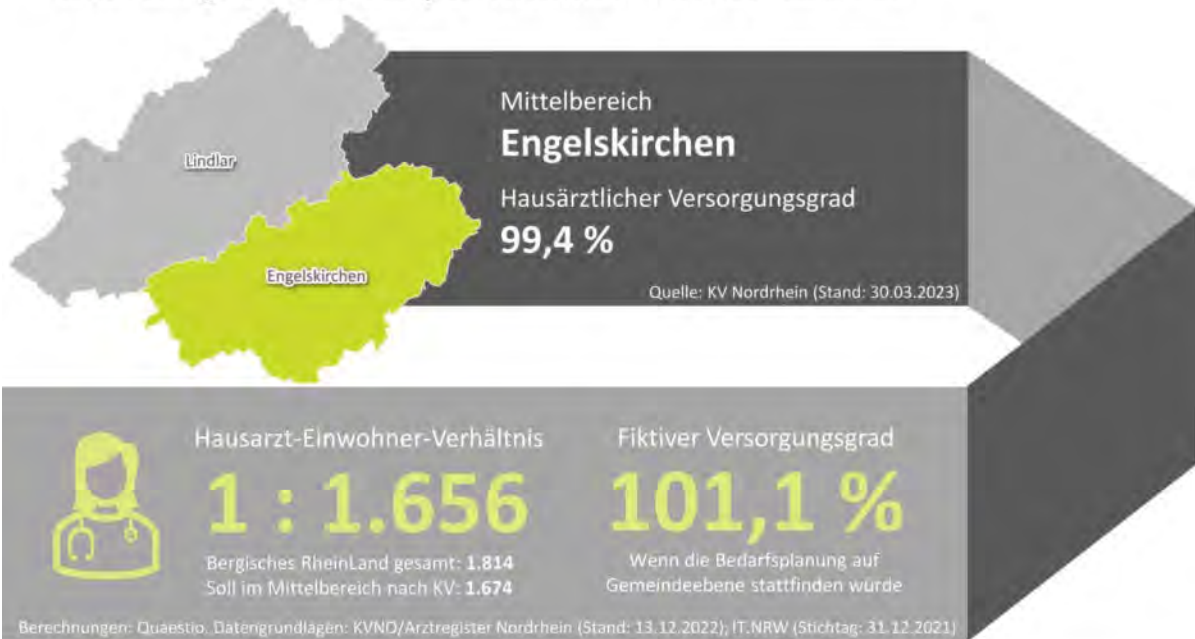


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# ENGELSKIRCHEN

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 19.297 (Stand: 31.12.2021)



## Versorgungsindex

Hausärzte



83,8 | 2 %

Fachärzte



108,4 | 0 %

Krankenhäuser



14 | 3 %

Rettungswachen



14 | 35 %

Für Informationen zur Methodik vgl. Kapitel 3, die Erläuterungen zu Beginn des Anhangs 5 sowie die unten stehende Einordnung der Ergebnisse\*.

## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



**Gesamt**  
- 4,0 %



**18-64 Jahre**  
- 16 %



**65+ Jahre**  
+ 24 %

Datengrundlage: IT.NRW



**Arztkontakte**  
- 2,4 %

- (Fiktiver) Versorgungsgrad im Normalbereich
- Durchschnittliche Versorgungsdichte bzw. Erreichbarkeit von Gesundheitsangeboten
- Förderung durch KVNO lediglich im Fachgebiet Dermatologie möglich
- Zahl der Arztkontakte geht nicht im selben Maße zurück wie Bevölkerungszahl (demografischer Effekt)

**Fazit**

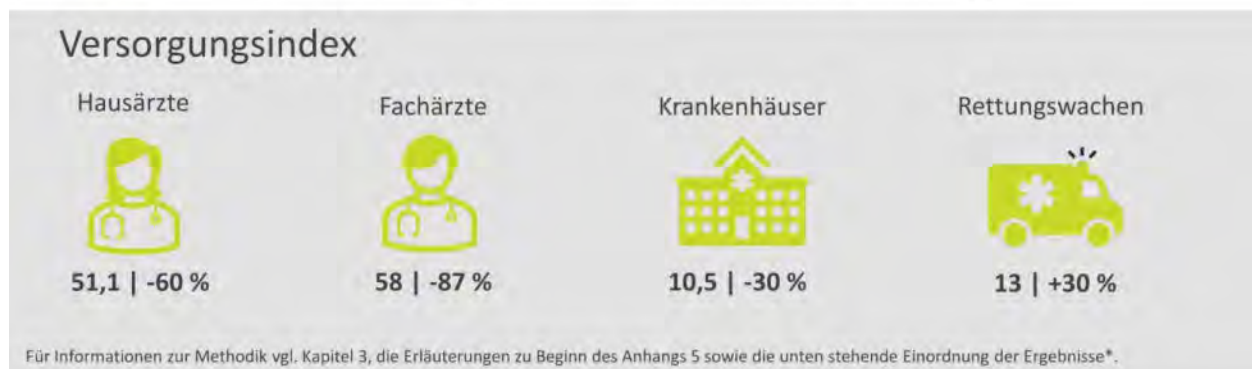
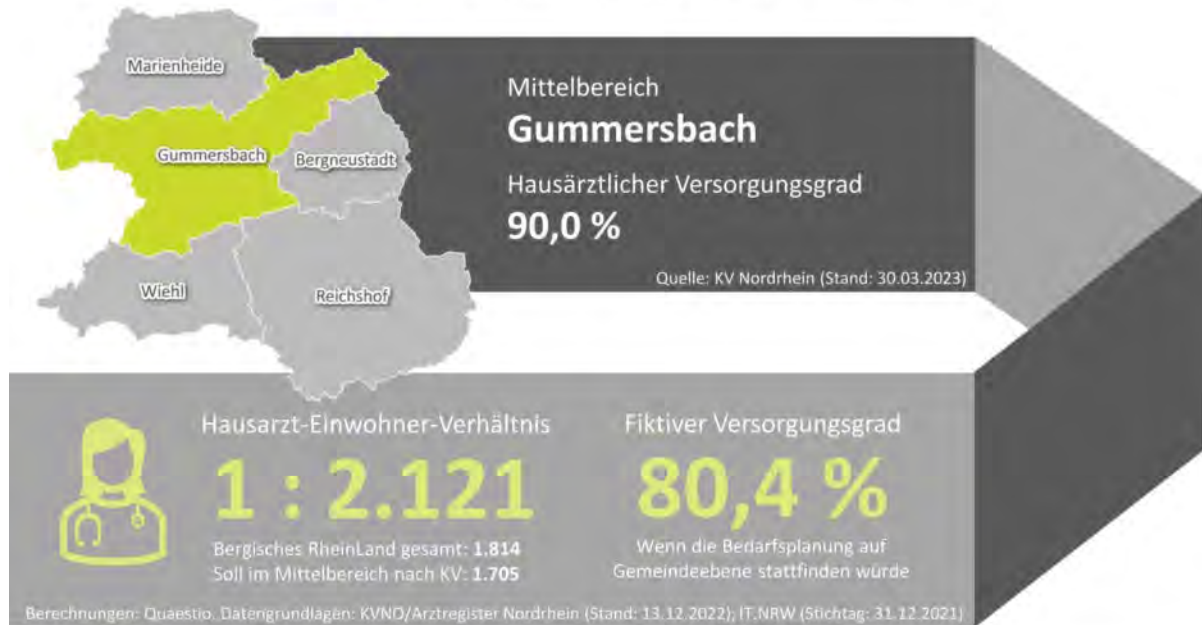
Berechnung: Quaestio nach Riens et al. 2012 (vgl. Kapitel 2.1.3); Datengrundlage: IT.NRW

Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# GUMMERSBACH

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 50.978 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



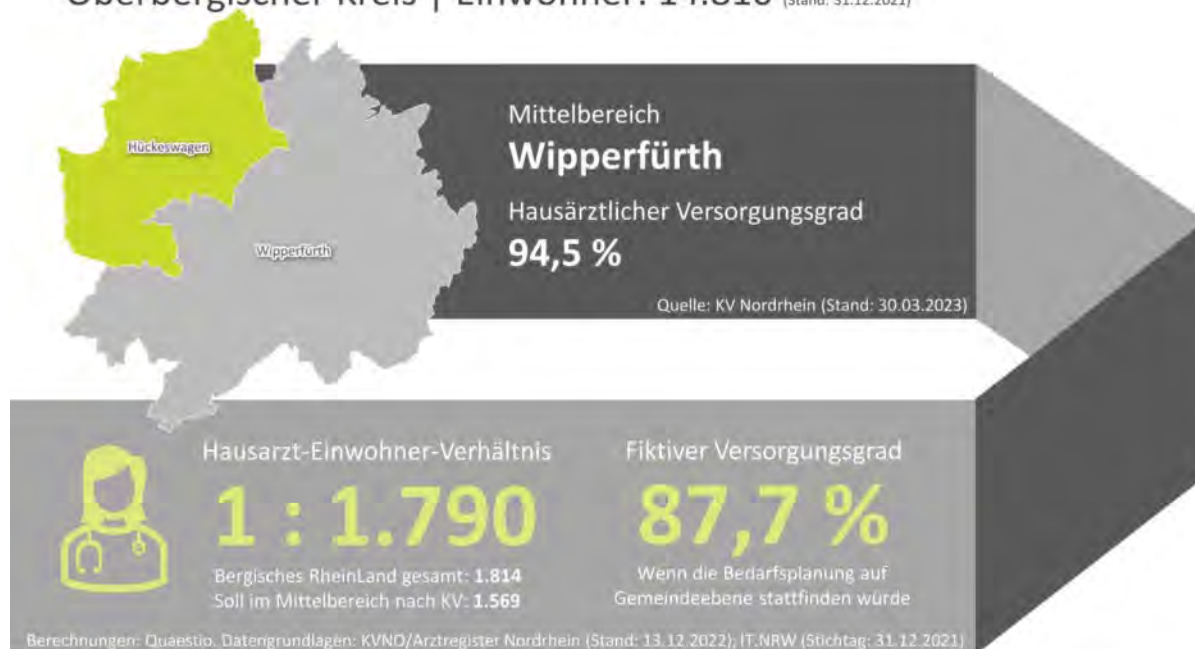
Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.



# HÜCKESWAGEN

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 14.810 (Stand: 31.12.2021)



## Versorgungsindex

Hausärzte



41,3 | -98 %

Fachärzte



43,1 | -152 %

Krankenhäuser



11 | -24 %

Rettungswachen



9 | -2 %

Für Informationen zur Methodik vgl. Kapitel 3, die Erläuterungen zu Beginn des Anhangs 5 sowie die unten stehende Einordnung der Ergebnisse\*.

## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 —————> 2050



Gesamt

- 15,1 %



18-64 Jahre

- 25 %



65+ Jahre

+ 13 %

Datengrundlage: IT.NRW



Arztkontakte

- 8,6 %

Berechnung: Quaestio nach Riens et al. 2012 (vgl. Kapitel 2.1.3); Datengrundlage: IT.NRW

- Niedriger fiktiver Versorgungsgrad
- Förderung durch Land NRW (hausärztlich) und KV Nordrhein (hautärztlich) möglich
- Geringe Versorgungsdichte insbesondere bei Haus- und Fachärzten
- Arztkontakte nehmen deutlich weniger stark ab als Bevölkerungszahl (demografischer Effekt)

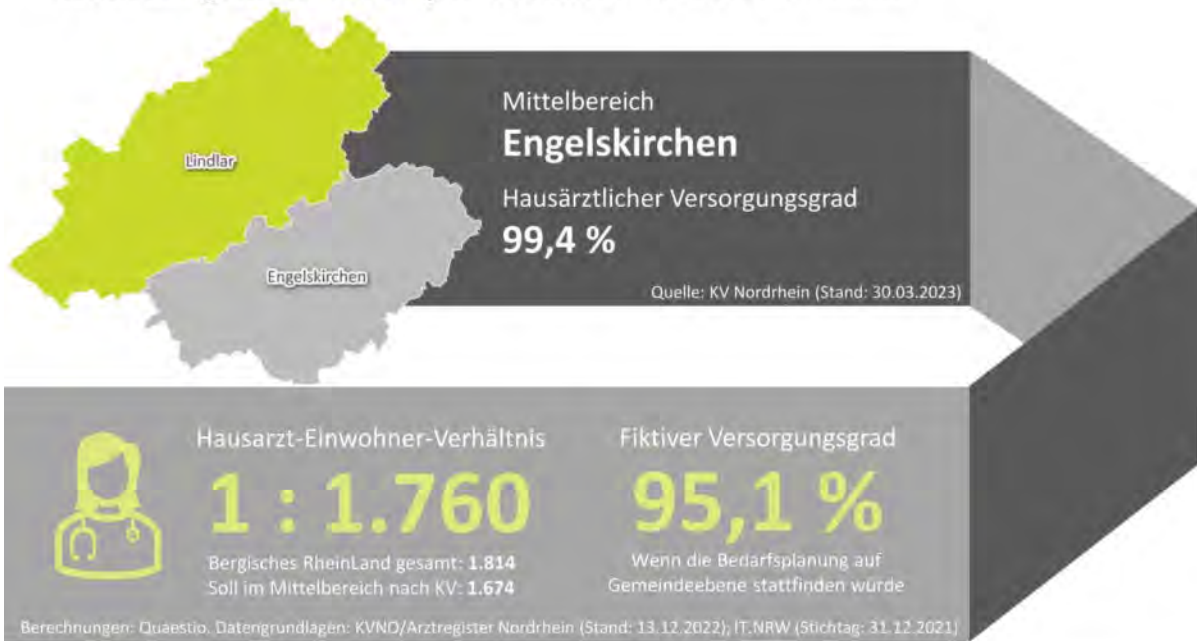
Fazit

Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# LINDLAR

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 12.175 (Stand: 31.12.2021)



## Versorgungsindex

Hausärzte



41,3 | -67 %

Fachärzte



43,1 | -87 %

Krankenhäuser



11 | -43 %

Rettungswachen



9 | -2 %

Für Informationen zur Methodik vgl. Kapitel 3, die Erläuterungen zu Beginn des Anhangs 5 sowie die unten stehende Einordnung der Ergebnisse\*.

## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



**Gesamt**  
- 5,5 %



**18-64 Jahre**  
- 19 %



**65+ Jahre**  
+ 30 %

Datengrundlage: IT.NRW



**Arztkontakte**  
+ 2,1 %

Berechnung: Quaestio nach Riens et al. 2012 (vgl. Kapitel 2.1.3); Datengrundlage: IT.NRW

- (Fiktiver) Versorgungsgrad im Normalbereich
- Hausärztliche Versorgung mittelfristig gefährdet (Land NRW), hausärztliche Förderung durch KVNO möglich
- Vergleichsweise geringe Versorgungsdichte bei Haus- und Fachärzten
- Trotz Schrumpfung sorgt die Alterung für einen rechnerischen Anstieg der Arztkontakte bis 2050

**Fazit**

Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# MARIENHEIDE

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 13.443 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# MORSBACH

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 10.032 (Stand: 31.12.2021)



## Versorgungsindex

Hausärzte



17,4 | -370 %

Fachärzte



15,2 | -614 %

Krankenhäuser



5,75 | -137 %

Rettungswachen



6 | -53 %

Für Informationen zur Methodik vgl. Kapitel 3, die Erläuterungen zu Beginn des Anhangs 5 sowie die unten stehende Einordnung der Ergebnisse\*.

## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



Gesamt

- 12,1 %



18-64 Jahre

- 28 %



65+ Jahre

+ 31 %

Datengrundlage: IT.NRW



Arztkontakte

- 0,7 %

Berechnung: Quaestio nach Riens et al. 2012 (vgl. Kapitel 2.1.3); Datengrundlage: IT.NRW

- Fiktiver Versorgungsgrad höher als offizielle Zahl im Mittelbereich, vergleichsweise dennoch niedrig
- Fördergebiet von Land NRW und KV Nordrhein (haus- und hautärztliche Versorgung gefährdet)
- Sehr geringe Versorgungsdichte bzw. eingeschränkte Erreichbarkeit von Gesundheitsangeboten
- Trotz Schrumpfung kein Rückgang bei Arztkontakten

Fazit

Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# NÜMBRECHT

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 17.068 (Stand: 31.12.2021)



## Versorgungsindex

Hausärzte



37,5 | -118 %

Fachärzte



33,3 | -226 %

Krankenhäuser



10 | -36 %

Rettungswachen



11 | +17 %

Für Informationen zur Methodik vgl. Kapitel 3, die Erläuterungen zu Beginn des Anhangs 5 sowie die unten stehende Einordnung der Ergebnisse\*.

## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



Gesamt  
**+ 2,0 %**



18-64 Jahre  
**- 9 %**



65+ Jahre  
**+ 40 %**

Datengrundlage: IT.NRW



Arztkontakte  
**+ 11,1 %**

Berechnung: Quaestio nach Riens et al. 2012 (vgl. Kapitel 2.1.3); Datengrundlage: IT.NRW

- Fiktiver Versorgungsgrad nochmals deutlich niedriger als offizielle Zahl im Mittelbereich
- Niedrige Versorgungsdichte bzw. Erreichbarkeit bei Haus- und insbesondere Fachärzten
- Fördergebiet von Land NRW und KV Nordrhein (haus- und hautärztliche Versorgung [mittelfristig] gefährdet)
- Deutliche Zunahme der Arztkontakte durch Alterung

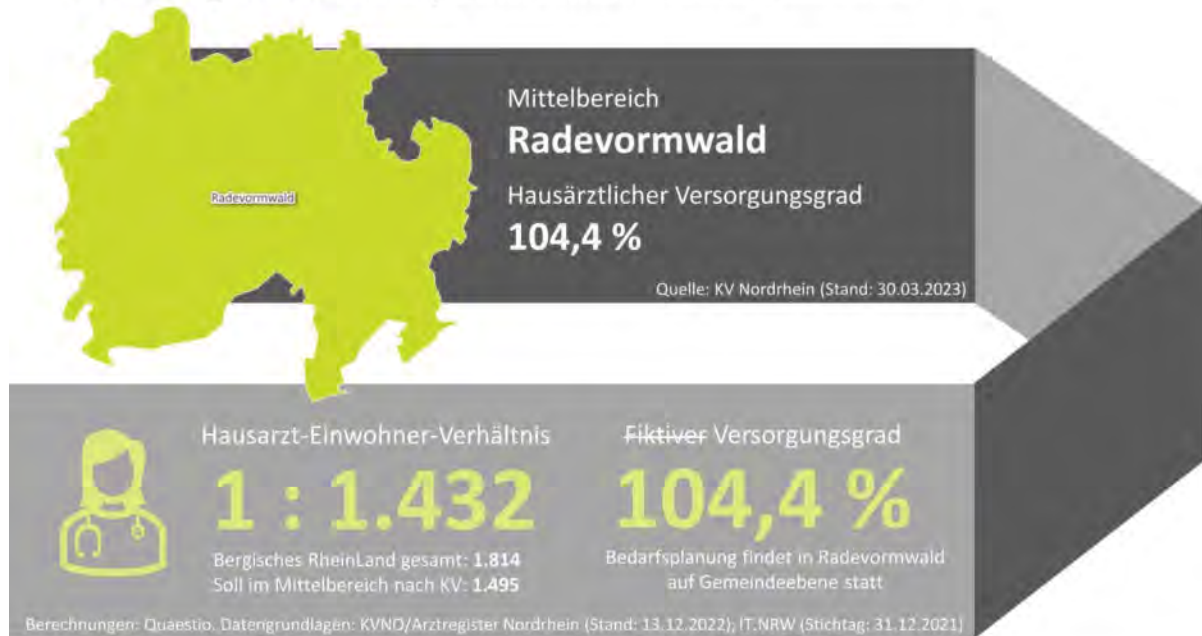
Fazit

Quaestio

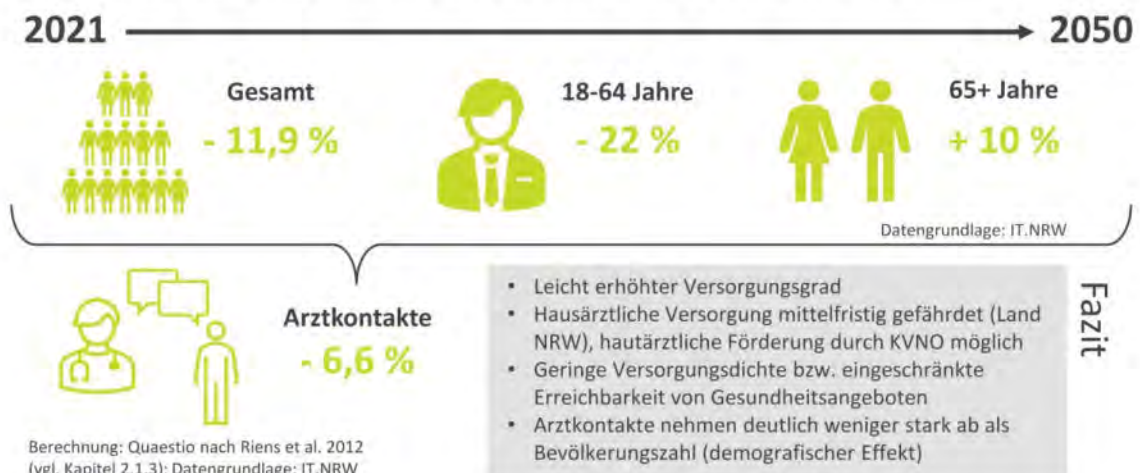
\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# RADEVORMWALD

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 21.963 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

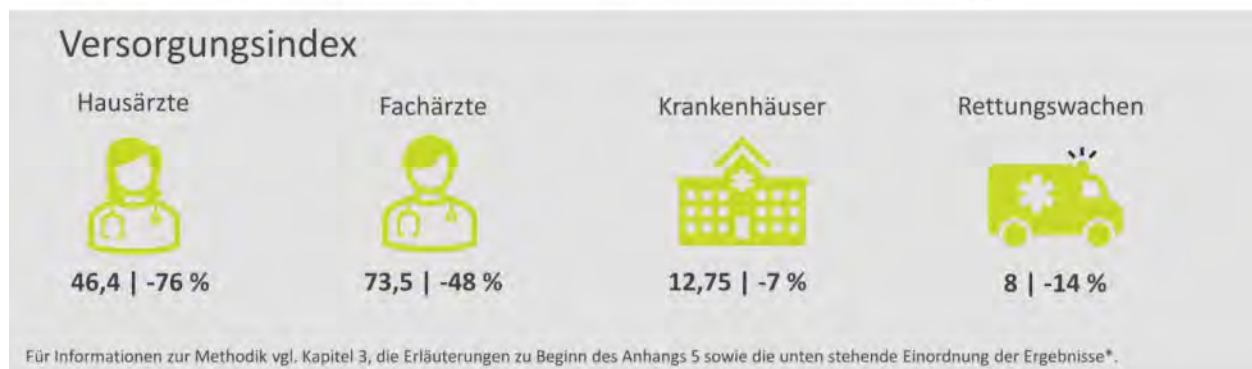
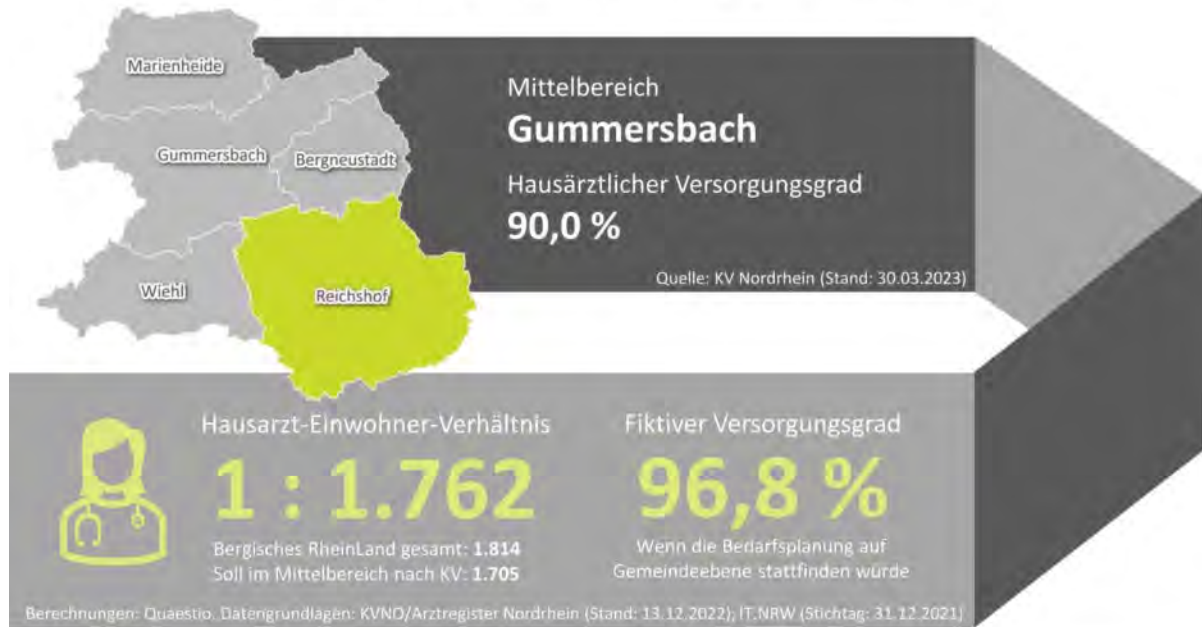


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# REICHSHOF

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 18.503 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050

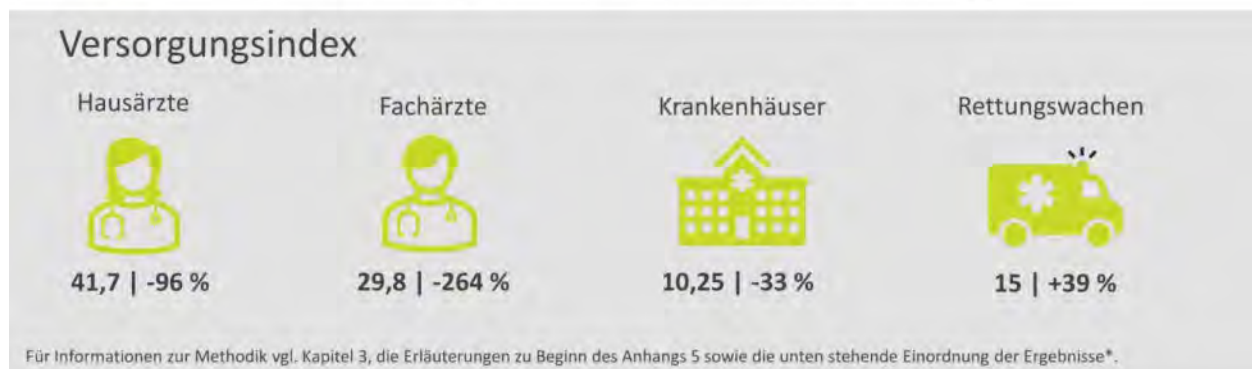
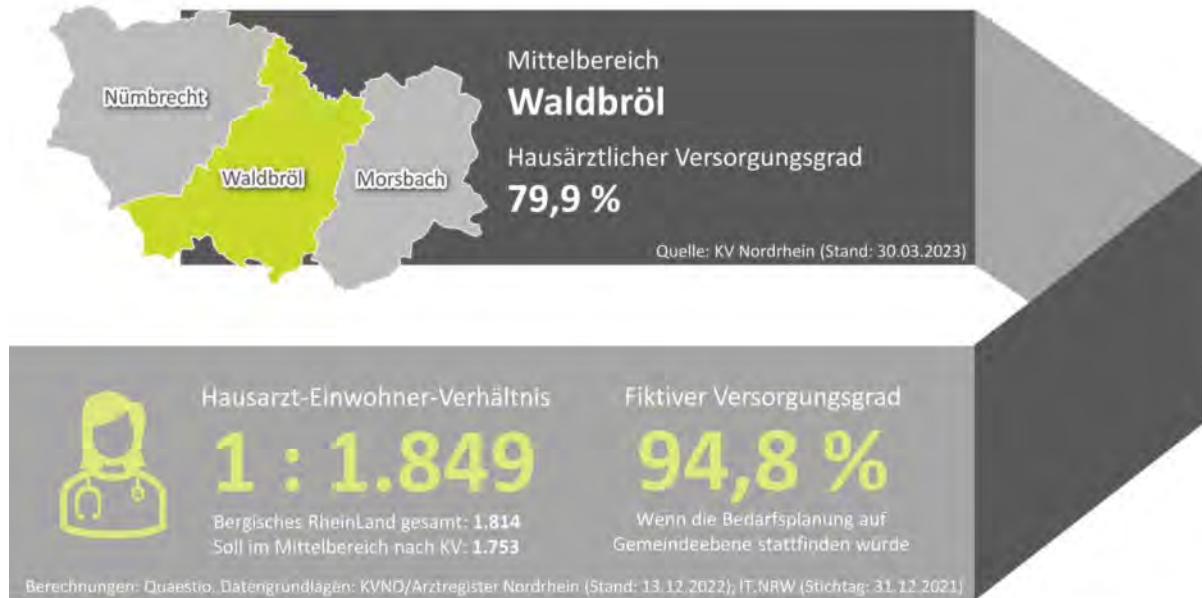


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# WALDBRÖL

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 19.599 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



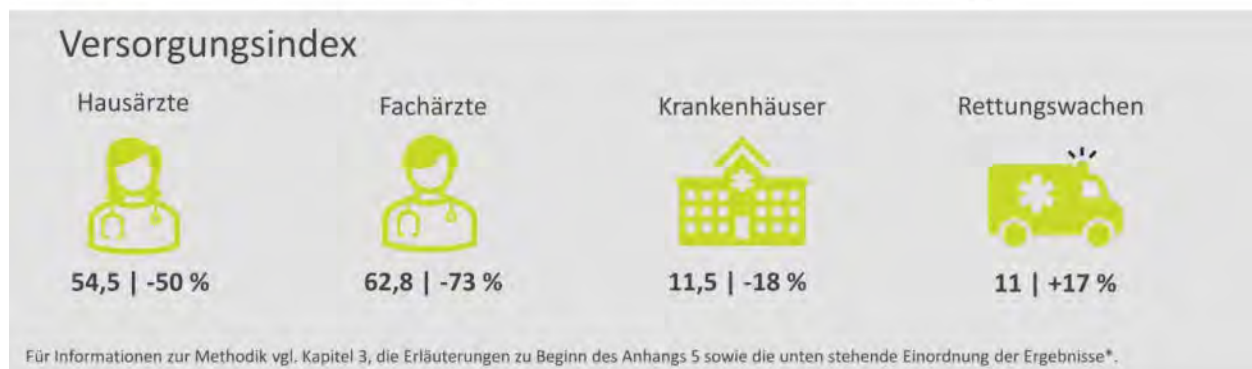
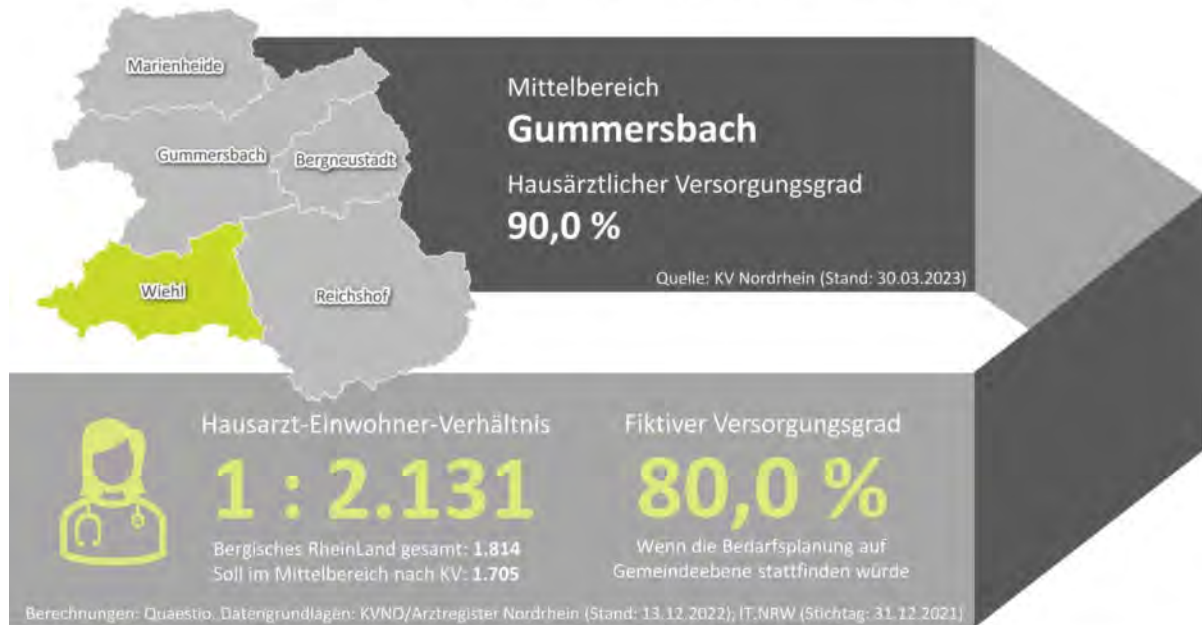
Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.



# WIEHL

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 25.199 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# WIPPERFÜRTH

Oberbergischer Kreis | Einwohner: 20.875 (Stand: 31.12.2021)



Mittelbereich  
**Wipperfürth**

Hausärztlicher Versorgungsgrad  
**94,5 %**

Quelle: KV Nordrhein (Stand: 30.03.2023)



Hausarzt-Einwohner-Verhältnis

**1 : 1.606**

Bergisches RheinLand gesamt: 1.814  
Soll im Mittelbereich nach KV: 1.569

Fiktiver Versorgungsgrad

**97,7 %**

Wenn die Bedarfsplanung auf  
Gemeindeebene stattfinden würde

Berechnungen: Quaestio. Datengrundlagen: KVND/Arztregister Nordrhein (Stand: 13.12.2022); IT.NRW (Stichtag: 31.12.2021)

## Versorgungsindex

Hausärzte



38,1 | -115 %

Fachärzte



29,3 | -270 %

Krankenhäuser



7,5 | -82 %

Rettungswachen



9 | -2 %

Für Informationen zur Methodik vgl. Kapitel 3, die Erläuterungen zu Beginn des Anhangs 5 sowie die unten stehende Einordnung der Ergebnisse\*.

## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



Gesamt

- 16,4 %



18-64 Jahre

- 26%



65+ Jahre

+ 15 %

Datengrundlage: IT.NRW



Arztkontakte

- 8,3 %

Berechnung: Quaestio nach Riens et al. 2012  
(vgl. Kapitel 2.1.3); Datengrundlage: IT.NRW

- (Fiktiver) Versorgungsgrad im Normalbereich
- Geringe Versorgungsdichte insbesondere bei fachärztlichen Angeboten, aber auch bei Hausärzten
- Fördergebiet von Land NRW und KV Nordrhein (haus- und hautärztliche Versorgung gefährdet)
- Trotz Schrumpfung sorgt Alterung in der Bevölkerung für eher niedrigen Rückgang des Behandlungsbedarfs

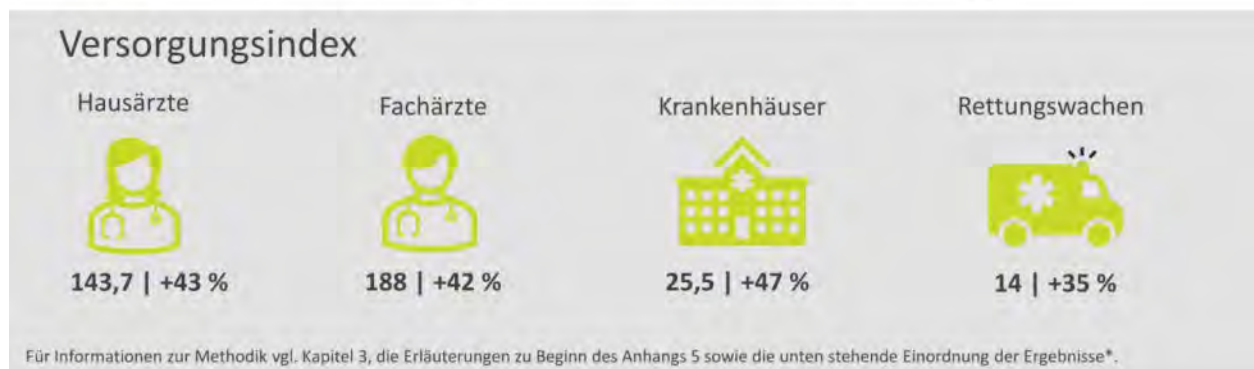
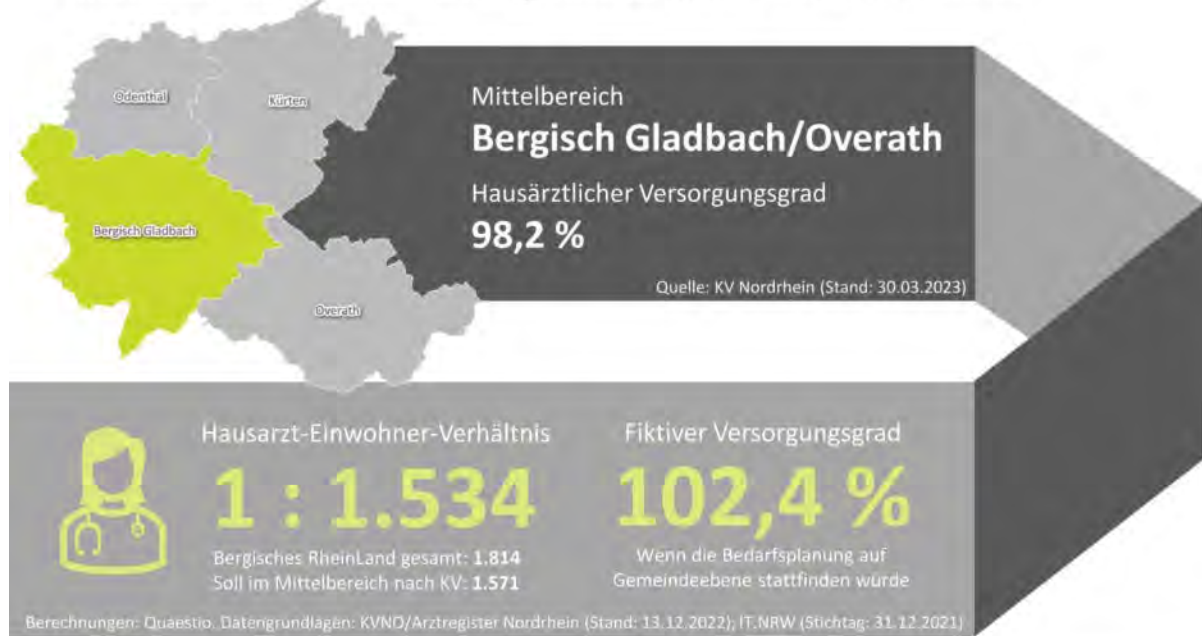
Fazit

Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# BERGISCH GLADBACH

Rheinisch-Bergischer Kreis | Einwohner: 111.636 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050

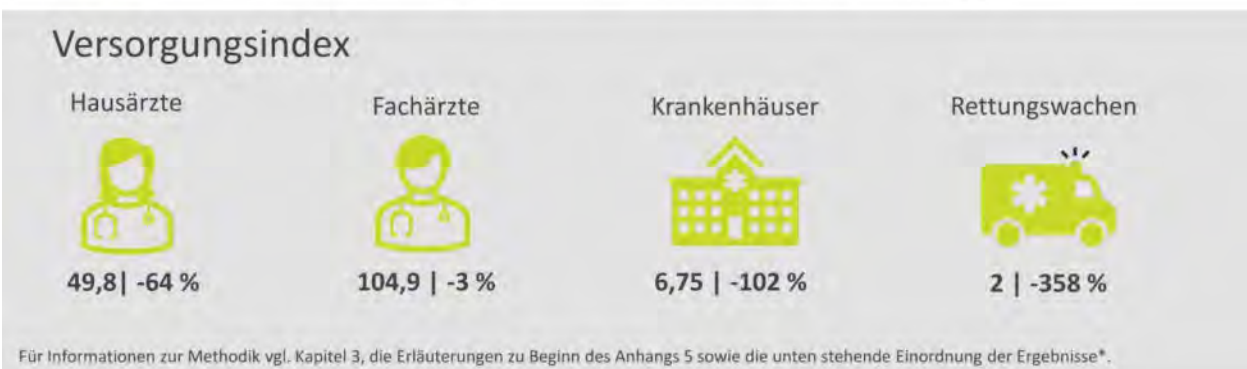
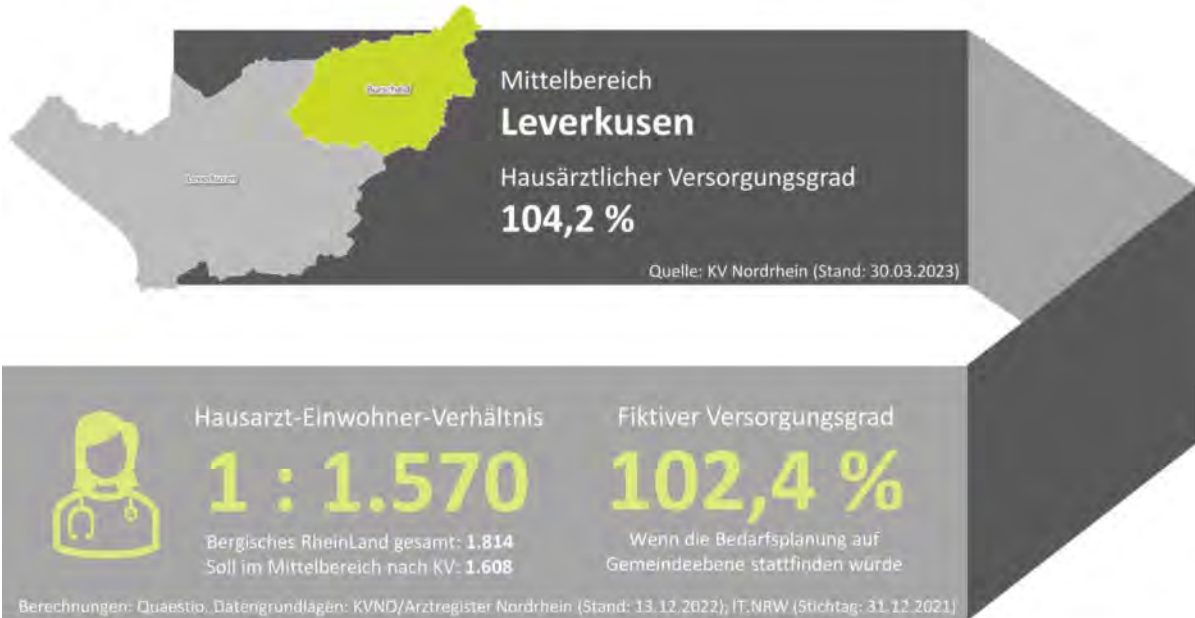


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# BURSCHEID

Rheinisch-Bergischer Kreis | Einwohner: 18.527 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050

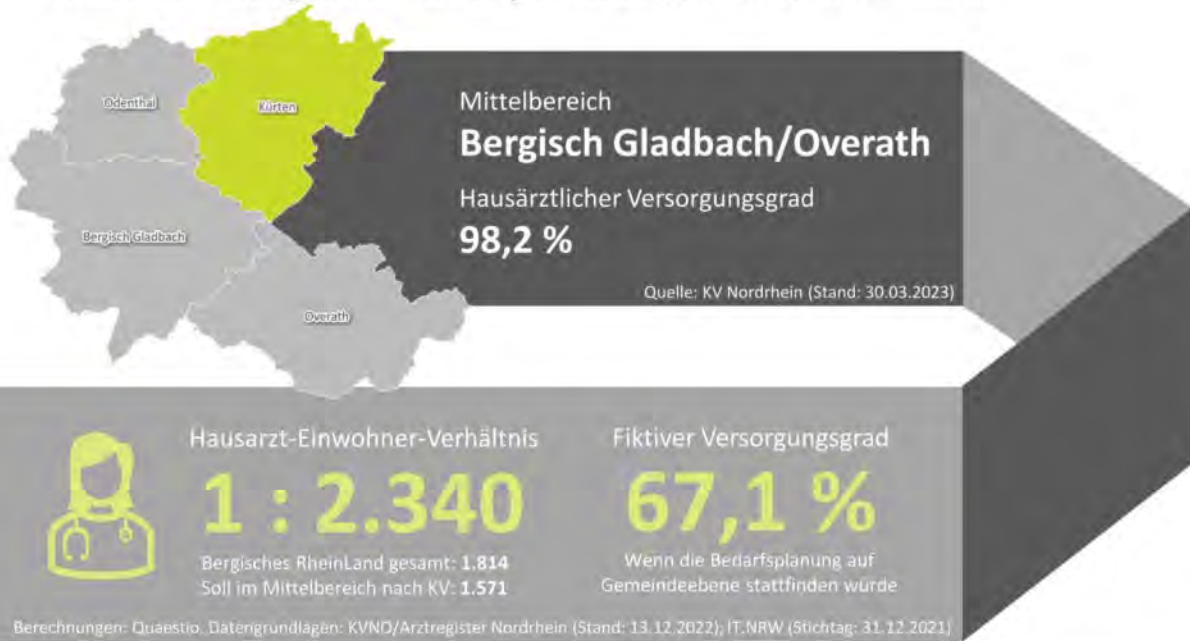


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# KÜR TEN

Rheinisch-Bergischer Kreis | Einwohner: 19.716 (Stand: 31.12.2021)



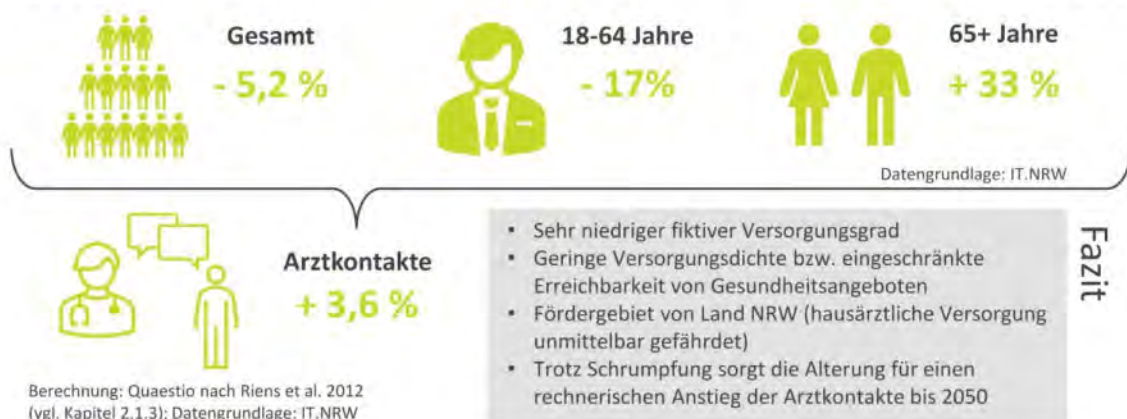
## Versorgungsindex



Für Informationen zur Methodik vgl. Kapitel 3, die Erläuterungen zu Beginn des Anhangs 5 sowie die unten stehende Einordnung der Ergebnisse\*.

## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050

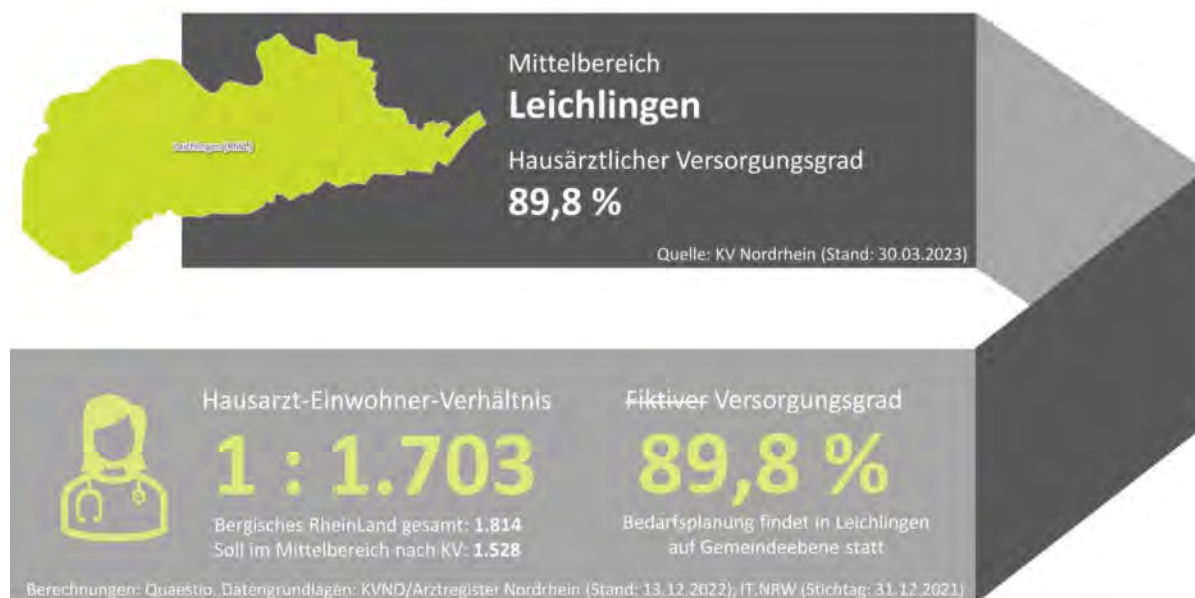


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# LEICHLINGEN

Rheinisch-Bergischer Kreis | Einwohner: 27.885 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050

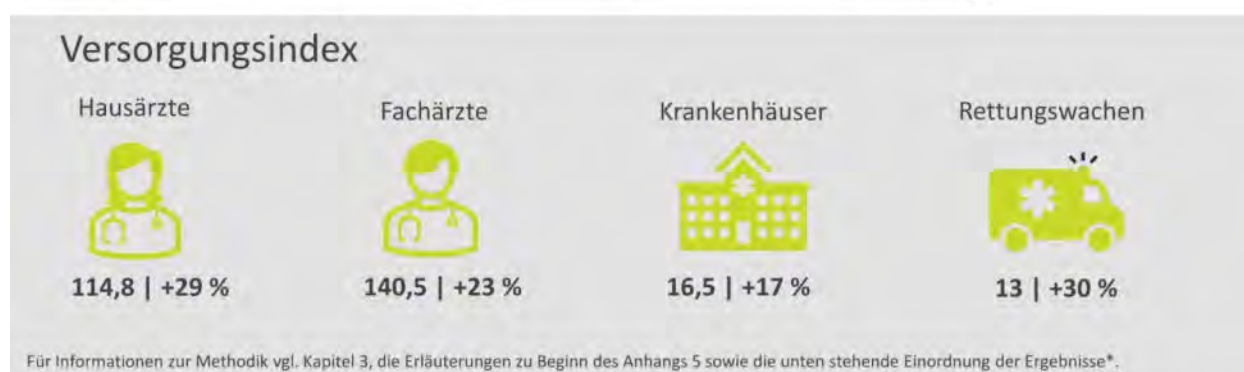
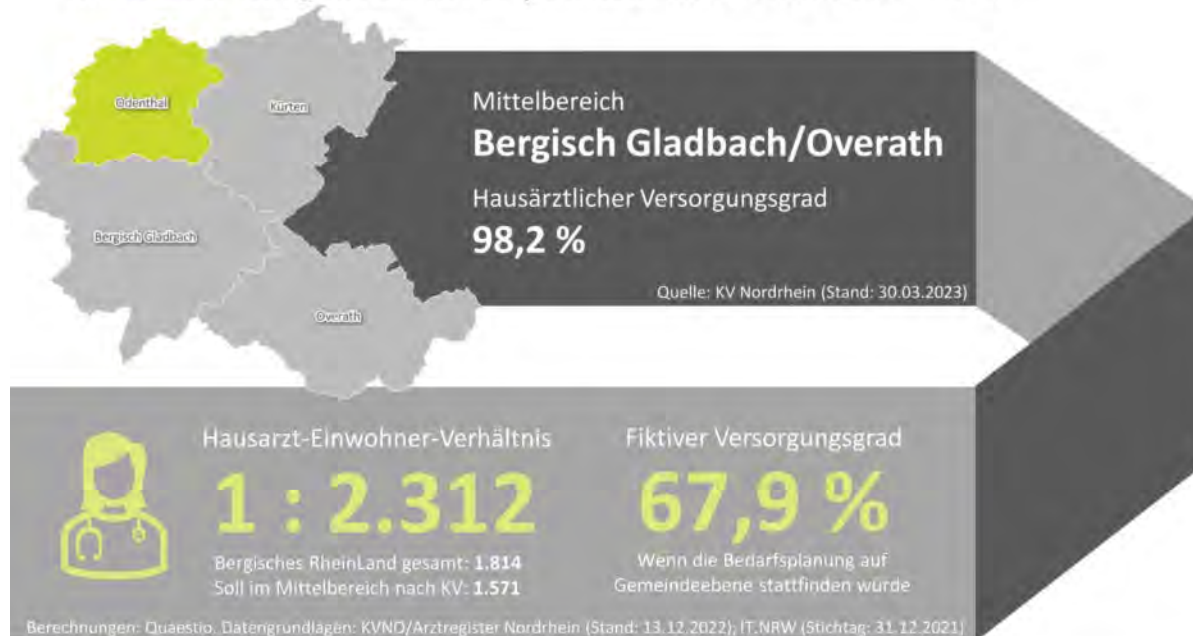


Quaestio

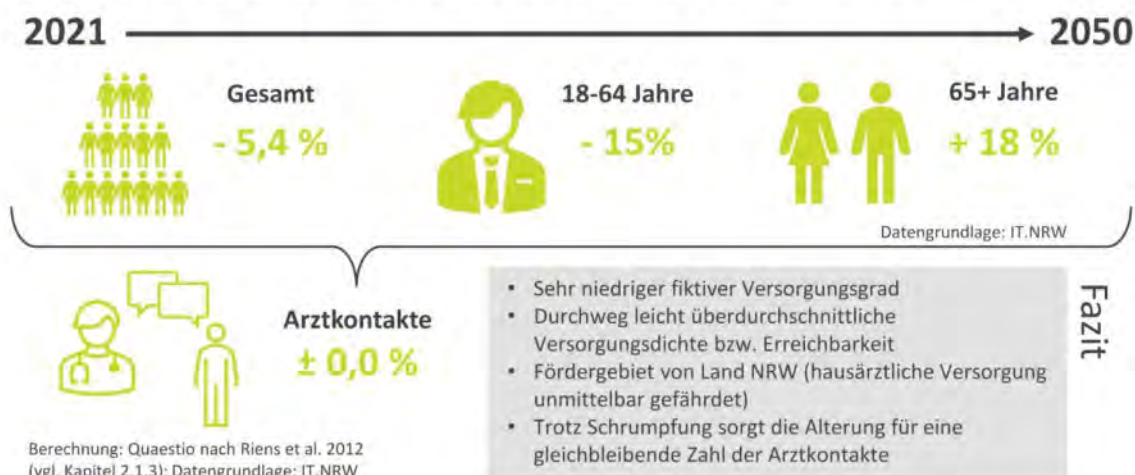
\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# ODENTHAL

Rheinisch-Bergischer Kreis | Einwohner: 15.031 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

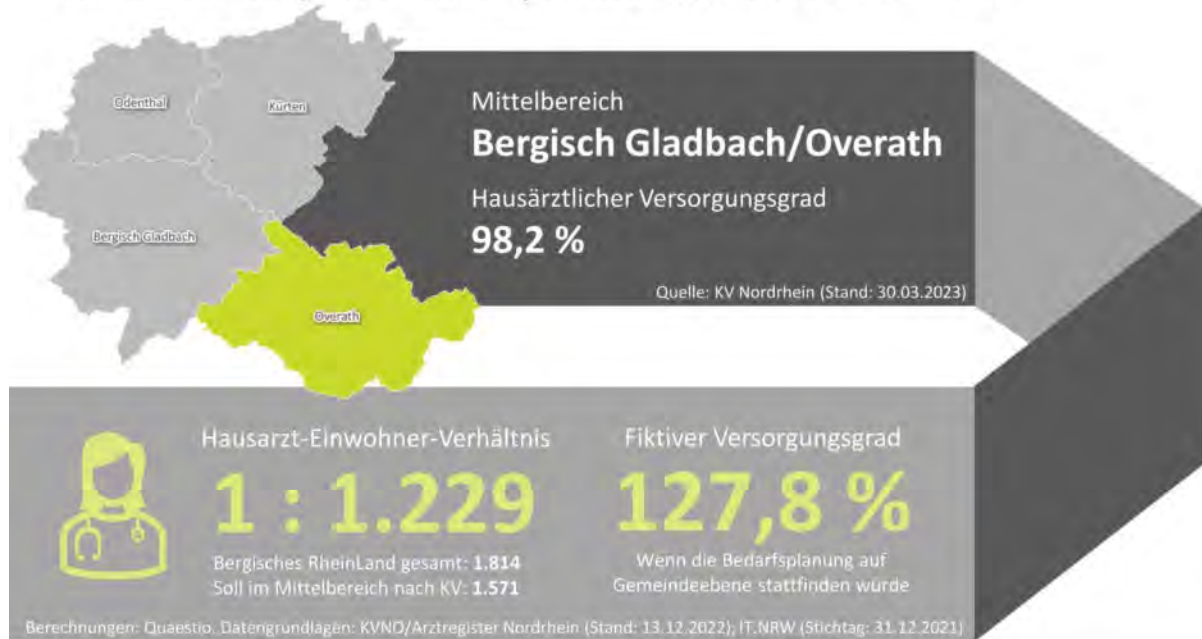


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# OVERATH

Rheinisch-Bergischer Kreis | Einwohner: 27.124 (Stand: 31.12.2021)



## Versorgungsindex

Hausärzte



50,5 | -62 %

Fachärzte



82,7 | -31 %

Krankenhäuser



5,75 | -137 %

Rettungswachen



5 | -83 %

Für Informationen zur Methodik vgl. Kapitel 3, die Erläuterungen zu Beginn des Anhangs 5 sowie die unten stehende Einordnung der Ergebnisse\*.

## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



**Gesamt**  
- 1,6 %



**18-64 Jahre**  
- 10 %



**65+ Jahre**  
+ 25 %

Datengrundlage: IT.NRW



**Arztkontakte**  
+ 5,4 %

- Sehr hoher fiktiver Versorgungsgrad
- Unterdurchschnittliche Versorgungsdichte bzw. Erreichbarkeit von Gesundheitsangeboten
- Derzeit keine Förderung durch KV Nordrhein oder Land NRW möglich
- Trotz leichter Schrumpfung sorgt Alterung für einen rechnerischen Anstieg der Arztkontakte bis 2050

**Fazit**

Berechnung: Quaestio nach Riens et al. 2012 (vgl. Kapitel 2.1.3); Datengrundlage: IT.NRW

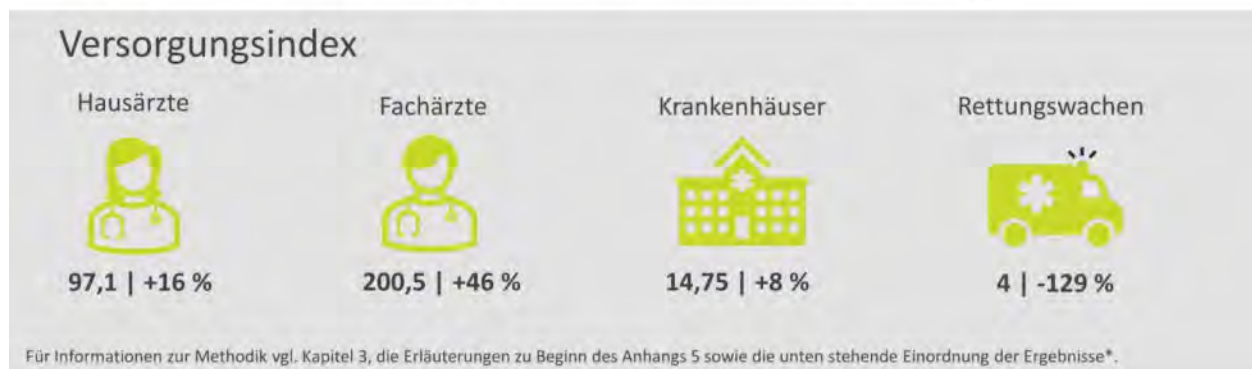
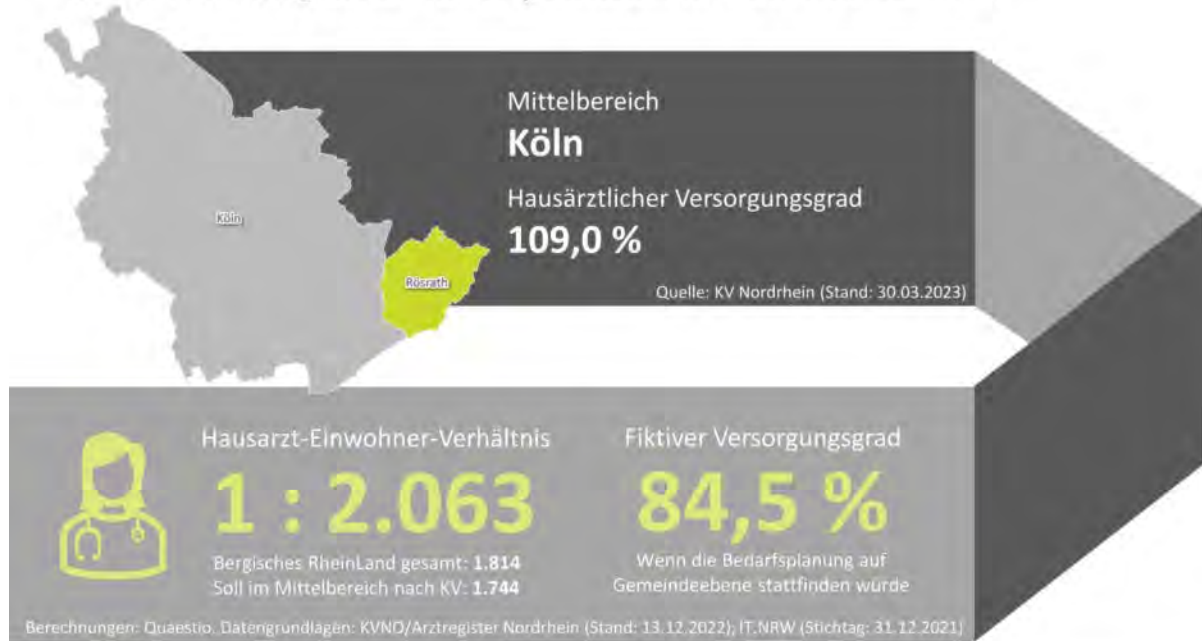
Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.



# RÖSRATH

Rheinisch-Bergischer Kreis | Einwohner: 28.759 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050

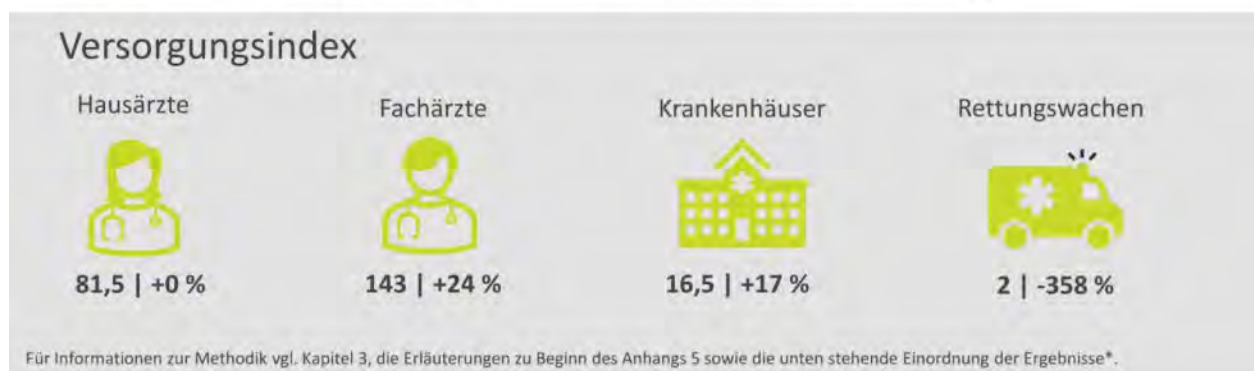
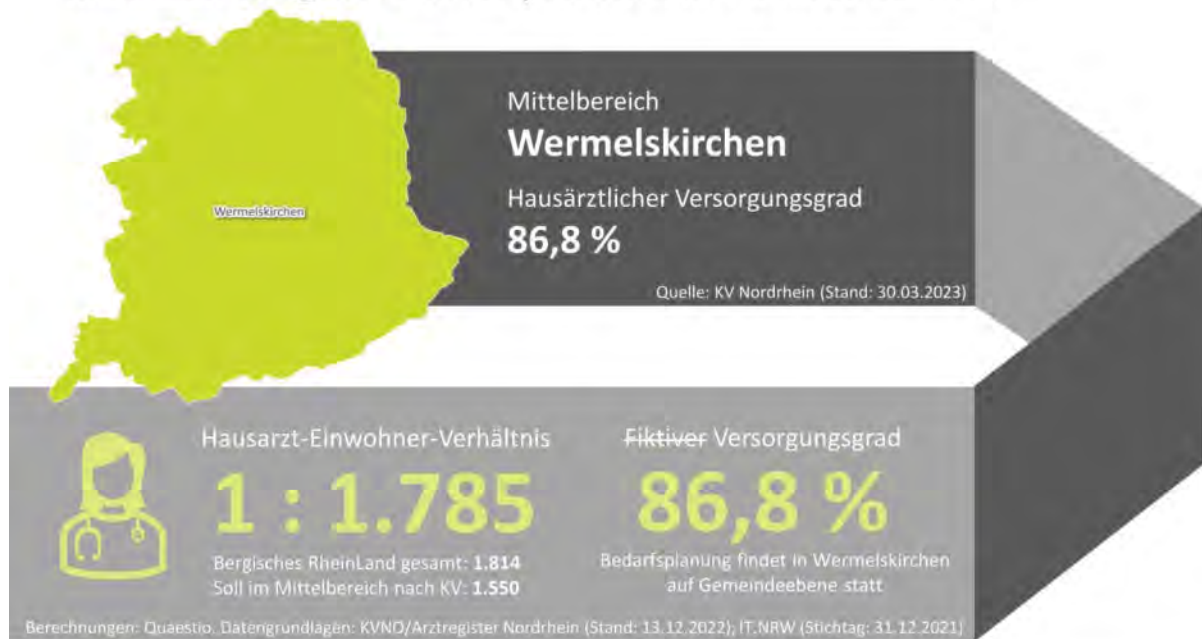


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

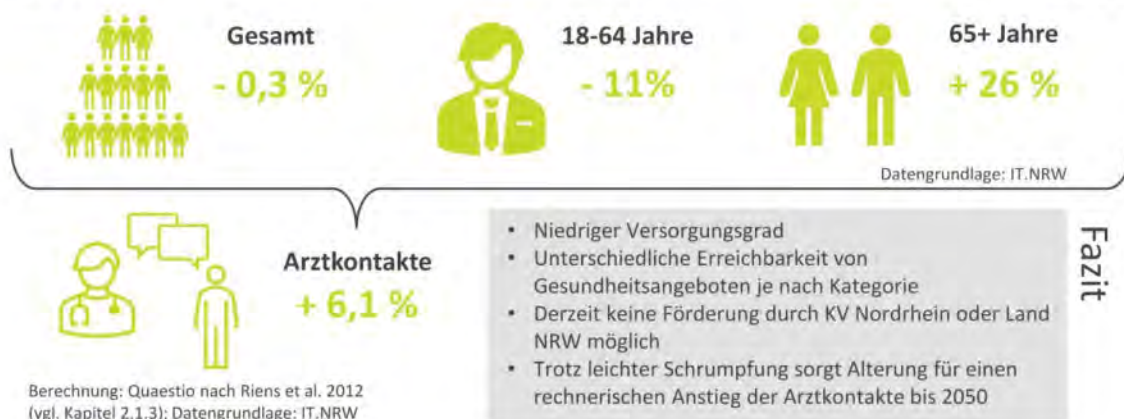
# WERMELSKIRCHEN

Rheinisch-Bergischer Kreis | Einwohner: 34.597 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



Quaestio

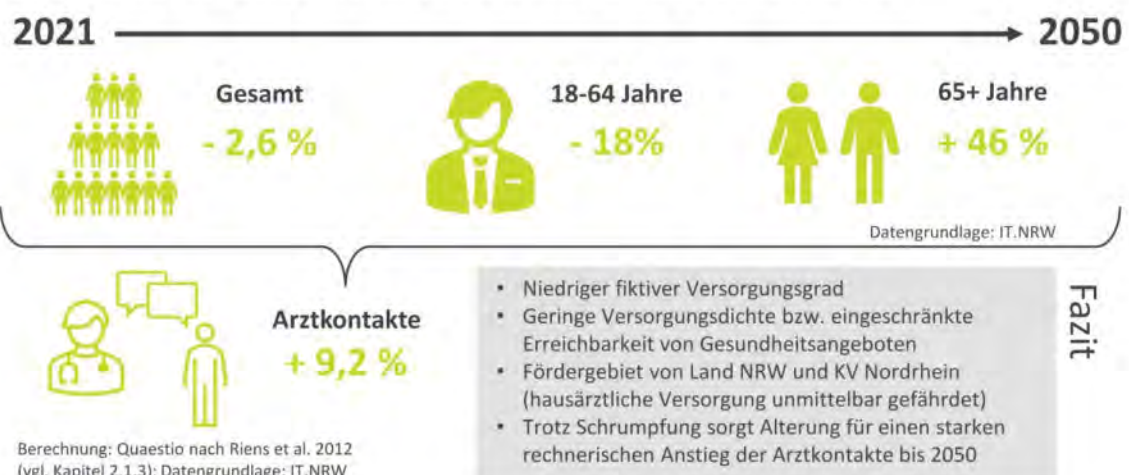
\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# EITORF

Rhein-Sieg-Kreis | Einwohner: 18.728 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

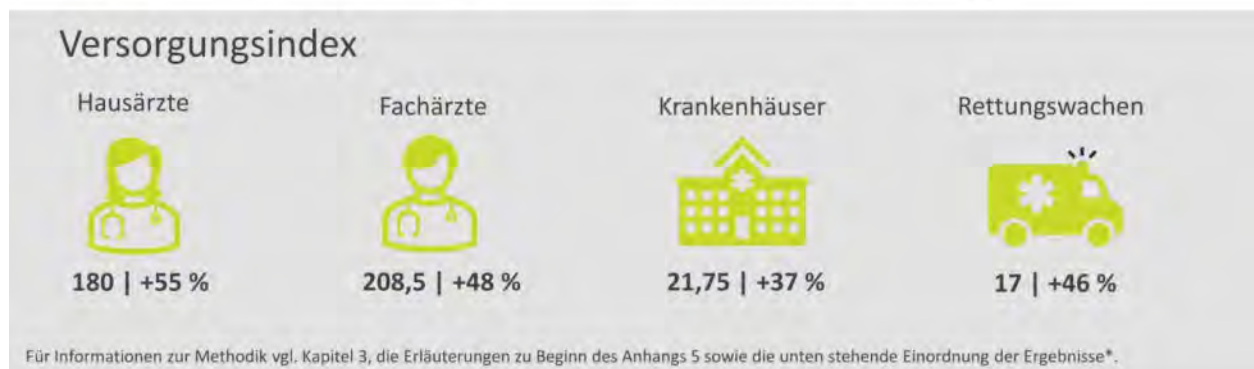
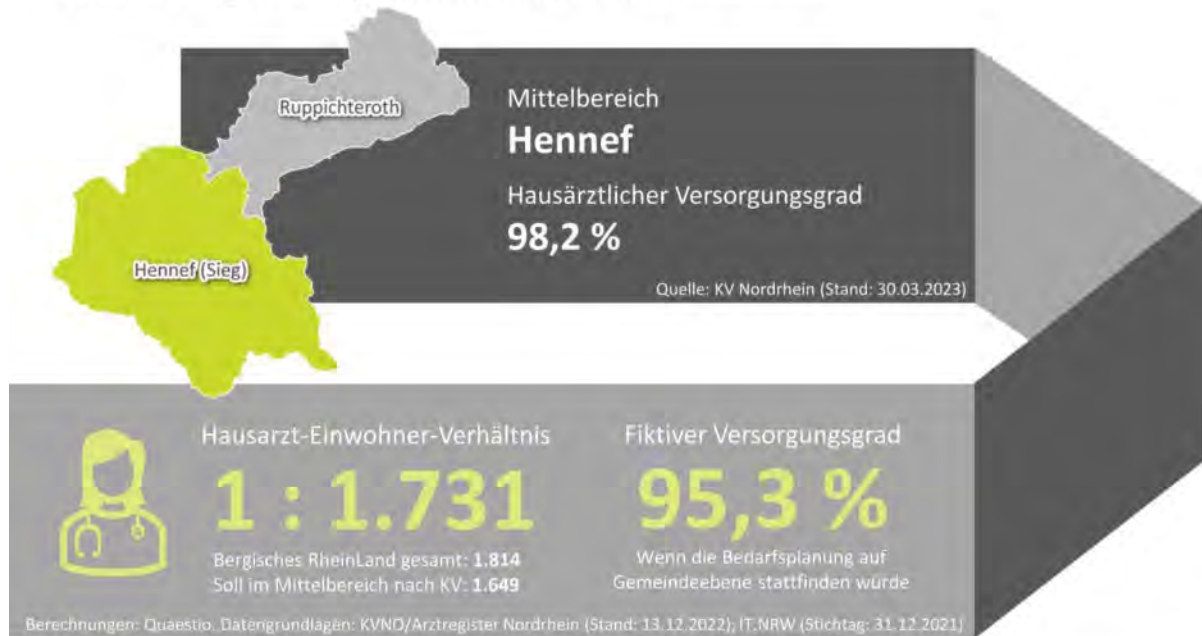


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# HENNEF

Rhein-Sieg-Kreis | Einwohner: 47.544 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050

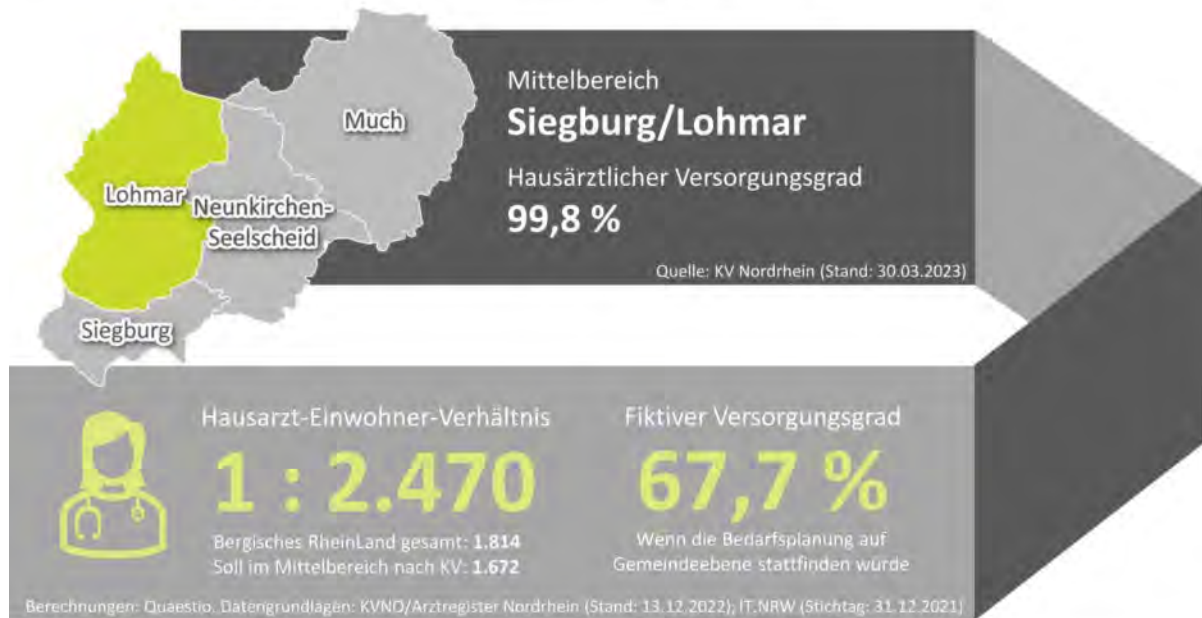


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# LOHMAR

Rhein-Sieg-Kreis | Einwohner: 30.316 (Stand: 31.12.2021)



## Versorgungsindex



Für Informationen zur Methodik vgl. Kapitel 3, die Erläuterungen zu Beginn des Anhangs 5 sowie die unten stehende Einordnung der Ergebnisse\*.

## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 —————> 2050



Datengrundlage: IT.NRW



Berechnung: Quaestio nach Riens et al. 2012 (vgl. Kapitel 2.1.3); Datengrundlage: IT.NRW

- Sehr niedriger fiktiver Versorgungsgrad
- Fördergebiet von Land NRW (hausärztliche Versorgung unmittelbar gefährdet)
- Nahezu durchweg überdurchschnittliche Erreichbarkeit von Gesundheitsangeboten
- Trotz Schrumpfung sorgt Alterung in der Bevölkerung für leichten Anstieg des Behandlungsbedarfs

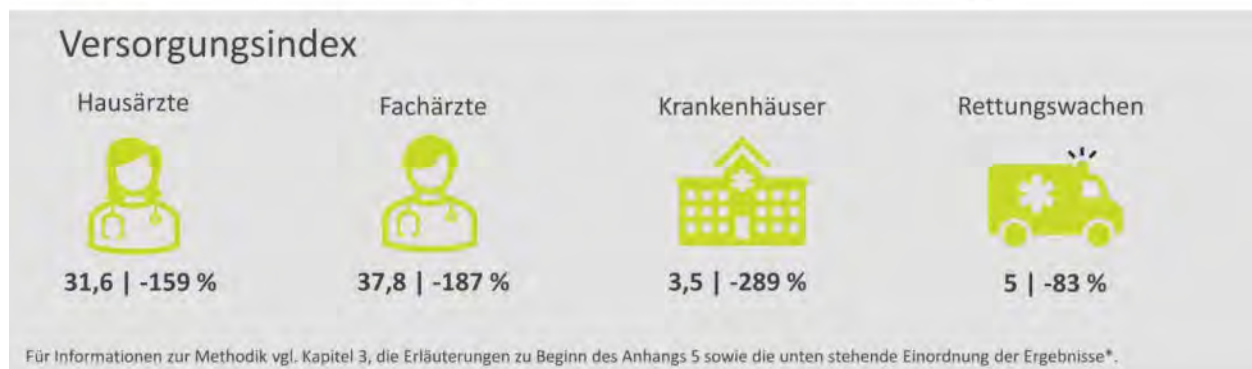
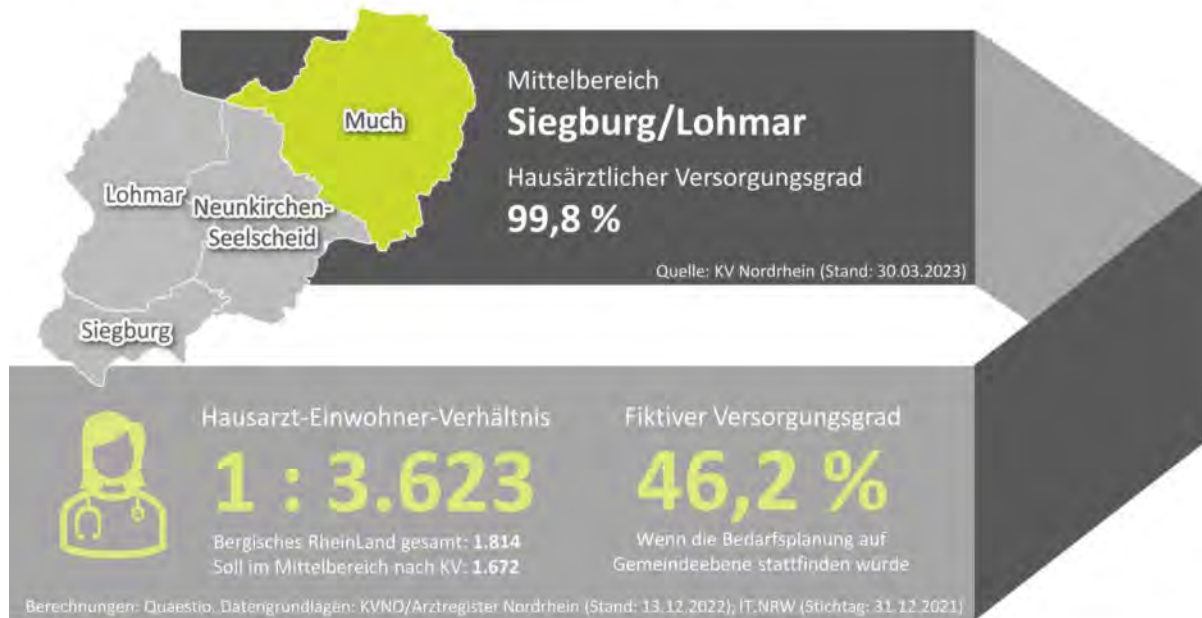
**Fazit**

Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# MUCH

Rhein-Sieg-Kreis | Einwohner: 14.491 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050

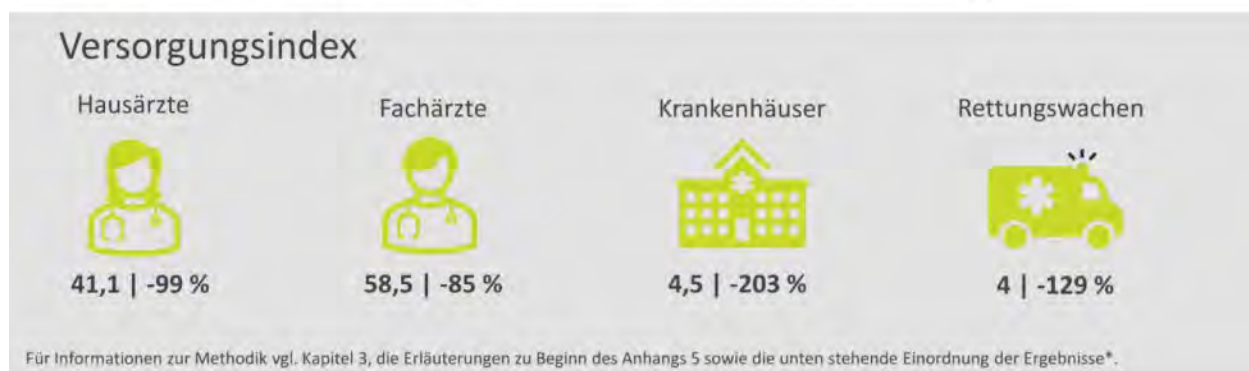
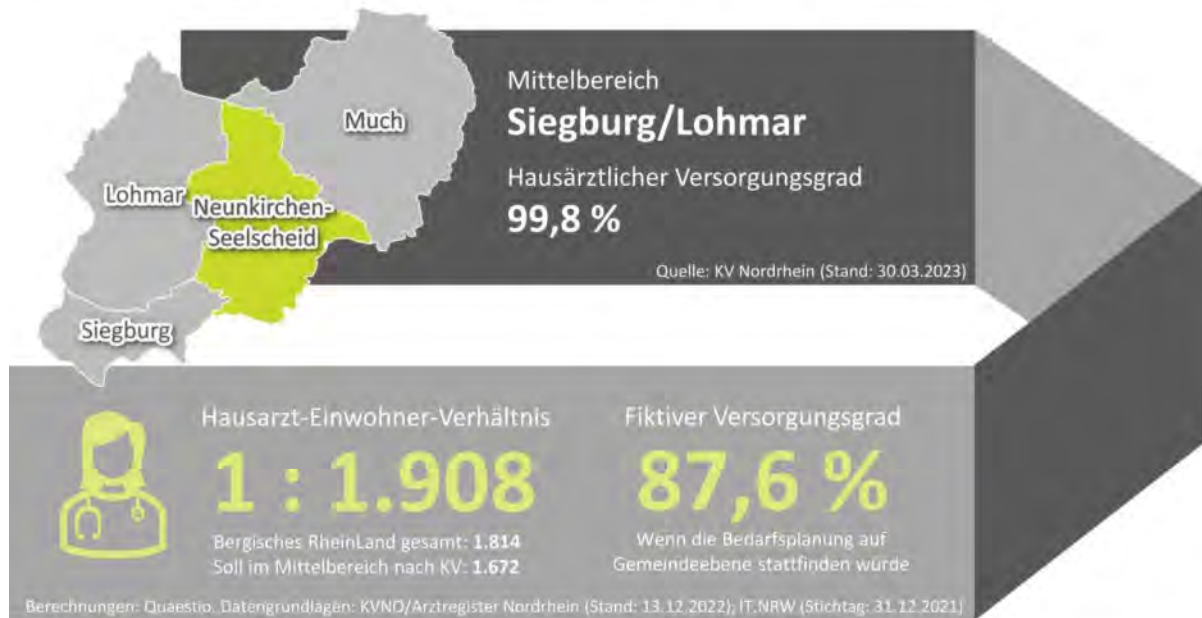


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# NEUNKIRCHEN–SEELSCHEID

Rhein-Sieg-Kreis | Einwohner: 19.698 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050

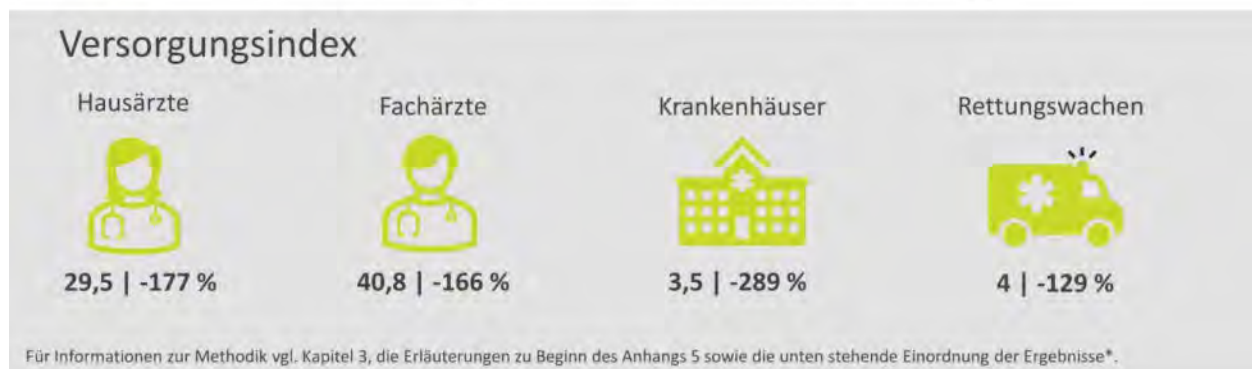
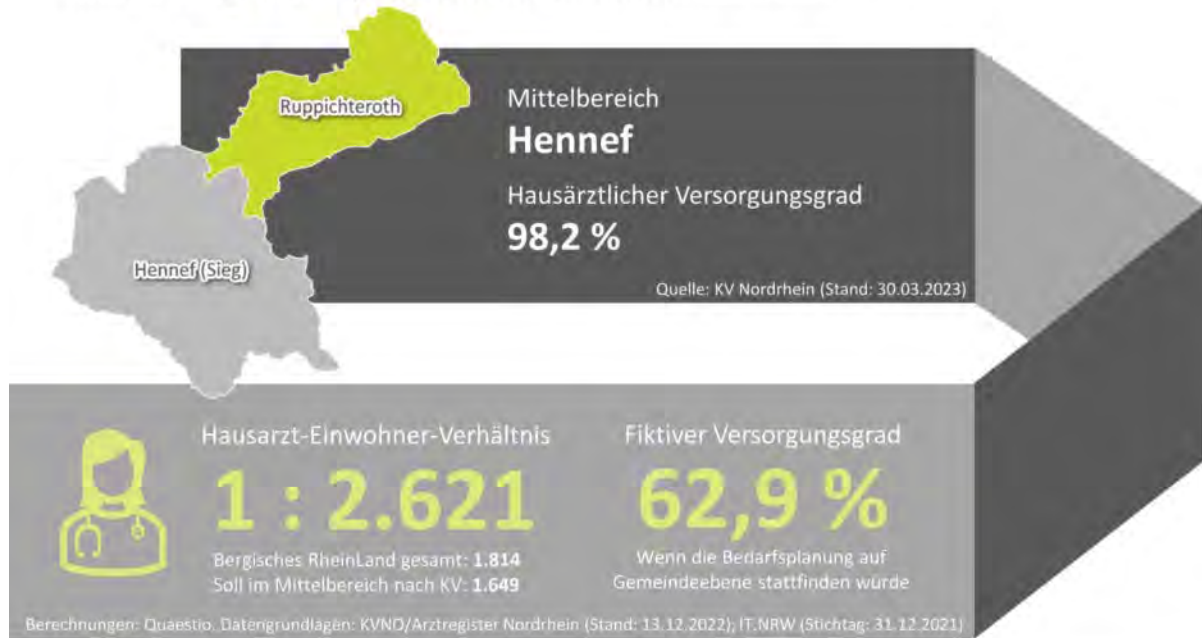


Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

# RUPPICHTEROTH

Rhein-Sieg-Kreis | Einwohner: 10.484 (Stand: 31.12.2021)



## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen Rheinlands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.



# WINDECK

Rhein-Sieg-Kreis | Einwohner: 18.869 (Stand: 31.12.2021)



## Versorgungsindex

Hausärzte



20,1 | -307 %

Fachärzte



10,7 | -914 %

Krankenhäuser



2 | -581 %

Rettungswachen



6 | -53 %

Für Informationen zur Methodik vgl. Kapitel 3, die Erläuterungen zu Beginn des Anhangs 5 sowie die unten stehende Einordnung der Ergebnisse\*.

## Entwicklung: Bevölkerungsstruktur und Arztkontakte

2021 → 2050



Gesamt  
- 2,3 %



18-64 Jahre  
- 17 %



65+ Jahre  
+ 43 %

Datengrundlage: IT.NRW



Arztkontakte  
+ 8,8 %

Berechnung: Quaestio nach Riens et al. 2012 (vgl. Kapitel 2.1.3); Datengrundlage: IT.NRW

- (Fiktiver) Versorgungsgrad im Normalbereich
- Fördergebiet von Land NRW und KV Nordrhein (hausärztliche Versorgung mittelfristig gefährdet)
- Geringe Versorgungsdichte insbesondere bei Fachärzten und Krankenhäusern
- Trotz leichter Schrumpfung sorgt Alterung für einen rechnerischen Anstieg der Arztkontakte

**Fazit**

Quaestio

\* Die Werte stellen relative Unterschiede innerhalb des Bergischen RheinLands dar. Es können keine Versorgungsdefizite anhand von negativen Abweichungen vom Durchschnitt abgeleitet werden. Insbesondere die Notfallversorgung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen. Der Versorgungsindex lässt keine Schlüsse auf die (Nicht-)Einhaltung der Hilfsfrist zu.

## Anhang 6: Dokumente zur Ärztebefragung (Anschreiben/Fragebögen)

Zu Dokumentationszwecken und im Sinne der wissenschaftlichen Transparenz werden im Folgenden die Anschreiben und die Fragebögen dargestellt, die im Rahmen der Befragung im Januar 2023 an 804 Ärztinnen und Ärzte im Bergischen Rheinland versandt worden sind (Differenzierung nach hausärztlich und fachärztlich tätigen Vertragsärzten). Die Anschreiben wurden im Hinblick auf Absender, Ort etc. zudem nach dem jeweiligen Kreis des Praxisstandorts differenziert. Die Briefköpfe waren dabei dieselben; Logos und Unterschriften der Landräte/Dezernenten aller drei Kreise befanden sich demnach auf allen Briefen. Im Folgenden wird exemplarisch ein Anschreiben dargestellt. Die Fragebögen werden differenziert nach Haus- und Facharzt dargestellt.

## Anschreiben



Jochen Hägt  
Landrat Oberbergischer Kreis



Stephan Santelmann  
Landrat Rheinisch-Bergischer Kreis



Sebastian Schuster  
Landrat Rhein-Sieg-Kreis

Rheinisch-Bergischer Kreis - c/o Quaestio GmbH - Friesenstr. 17 - 53175 Bonn

Bergisch Gladbach, den 23.01.2023

### Befragung der Ärztinnen und Ärzte im Oberbergischen Kreis, Rheinisch-Bergischen Kreis und Rhein-Sieg-Kreis zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Sehr geehrter

angesichts des demographischen Wandels und eines sich abzeichnenden bzw. in Teilen des Untersuchungsgebiets bereits manifestierten Mangels in der ambulanten medizinischen Versorgung haben sich im Rahmen der REGIONALE 2025 „Bergisches RheinLand“ die Projektpartner Oberbergischer Kreis, Rheinisch-Bergischer Kreis und der Rhein-Sieg-Kreis zum Ziel gesetzt, ihr Engagement für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in der Region zu intensivieren.

Vor diesem Hintergrund haben die Kreise das Forschungs- und Beratungsbüro Quaestio damit beauftragt, bestehende Versorgungsdefizite und -risiken zu analysieren, vorhandene Lösungsansätze bzw. Entwicklungsstrategien zu identifizieren und zu bewerten sowie Handlungsansätze und Maßnahmen zur Gewährleistung der ambulanten Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Bisher konnten bereits mit einem Großteil der Bürgermeisterinnen und Bürgermeister sowie mit den Geschäftsführungen der Krankenhäuser im Untersuchungsgebiet Interviews geführt werden (eine ausführliche Projektskizze finden Sie unter: [www.quaestio-fb.de/media/bergischesrheinland.pdf](http://www.quaestio-fb.de/media/bergischesrheinland.pdf)).

Für eine umfassende Einschätzung der Versorgungslage sind wir jedoch insbesondere auf die Expertise der Ärzteschaft angewiesen. Sie sind diejenigen, die die Patientinnen und Patienten des Bergischen RheinLands tagtäglich behandeln und betreuen. Sie wissen, wo die lokalen Probleme liegen und zukünftige Unterstützungsangebote für die medizinische Leistungserbringung in Ihrer Region ansetzen sollten. Daher möchten wir Sie herzlich bitten, an der Befragung teilzunehmen (Dauer: ca. 10 Minuten).

Selbstverständlich werden Ihre Angaben ausschließlich zu Zwecken des Projekts und anonymisiert verwendet.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Fax, als PDF-Scan per E-Mail oder per Post **bis zum 17.02.2023** an:

Quaestio Forschung & Beratung  
Friesenstraße 17  
53175 Bonn  
Fax: 0228 / 555 47 271  
E-Mail: [office@quaestio-fb.de](mailto:office@quaestio-fb.de)

Moltkestraße 42  
51643 Gummersbach

Am Rübezahlwald 7  
51469 Bergisch Gladbach

Kaiser-Wilhelm-Platz  
53721 Siegburg



Jochen Hagt  
Landrat Oberbergischer Kreis



Stephan Santelmann  
Landrat Rheinisch-Bergischer Kreis



Sebastian Schuster  
Landrat Rhein-Sieg-Kreis

Alternativ können Sie auch ganz einfach online an der Befragung teilnehmen:



[quaestio-fb.limequery.org/817317](https://quaestio-fb.limequery.org/817317)

Ihr Zugangscod:

QR-Code mit der Kamera Ihres Smartphones oder Tablets scannen oder alternativ den nebenstehenden Link in die Adresszeile Ihres Internetbrowsers eingeben.

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an: Pablo Luneau (Quaestio), Tel.: 0228 / 266 888 08, E-Mail: [luneau@quaestio-fb.de](mailto:luneau@quaestio-fb.de).

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung und verbleiben  
mit freundlichen Grüßen

Jochen Hagt

Stephan Santelmann

Sebastian Schuster

Ralf Schmallenbach  
OBK - Dezernat II

Markus Fischer  
RBK – Dezernat III

Regina Rosenstock  
RSK – Referat  
Wirtschaftsförderung und  
Strategische Kreisentwicklung

Moltkestraße 42  
51643 Gummersbach

Am Rübezahlwald 7  
51469 Bergisch Gladbach

Kaiser-Wilhelm-Platz  
53721 Siegburg

Fragebogen (hausärztlich)



**Fragebogen für Hausärztinnen und Hausärzte**

Persönliche Angaben

1. Wo sind Sie aufgewachsen?  
 Großstadt       Klein-/Mittelstadt       Dorf  
 und zwar:  
 in einem der beteiligten Kreise<sup>1</sup>       in Nordrhein-Westfalen       außerhalb Nordrhein-Westfalens
2. An welchem Studienort haben Sie Ihren Abschluss erworben? \_\_\_\_\_
3. Welche Zusatzbezeichnungen führen Sie? \_\_\_\_\_
4. Verfügen Sie über eine Weiterbildungsermächtigung und falls ja, in welchem Umfang?  
 ja, im Umfang von \_\_\_\_\_ Monaten       nein
5. Zu welcher Altersgruppe gehören Sie?  
 unter 40 J.     40-44 J.     45-49 J.     50-54 J.     55-59 J.     60-64 J.     über 65 J.

Versorgungslage im Bergischen Rheinland

6. Wie viele Ihrer Patientinnen/Patienten stammen aus der Stadt/Gemeinde Ihres Praxisstandorts?  
 nahezu alle     etwa drei Viertel     etwa die Hälfte     etwa ein Viertel     weniger
7. Wie schätzen Sie die hausärztliche Versorgung in Ihrer Stadt/Gemeinde ein?  
 sehr gut     gut     befriedigend     ausreichend     unzureichend
8. Wie schätzen Sie die Notfallversorgung für Ihre Stadt/Gemeinde ein?  
 sehr gut     gut     befriedigend     ausreichend     unzureichend
9. Bei welchen medizinischen Fachrichtungen und sonstigen Gesundheitsdienstleistungen ist die ambulante Weiterbehandlung für Ihre Patientinnen/Patienten erschwert?<sup>2</sup> (Mehrfachnennung möglich)

medizinische Fachrichtung/ sonstige Gesundheitsdienstleistung	zu große Entfernung	zu lange Wartezeiten	qualitative Defizite/nicht adäquate Spezialisierung
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Bei welchen medizinischen Fachrichtungen ist die stationäre Weiterbehandlung für Ihre Patientinnen/Patienten erschwert? (Mehrfachnennung möglich)

medizinische Fachabteilung/ ggf. Spezialabteilung	zu große Entfernung	zu lange Wartezeiten	qualitative Defizite/nicht adäquate Spezialisierung
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Oberbergischer Kreis, Rheinisch-Bergischer Kreis, Rhein-Sieg-Kreis

<sup>2</sup> Denken Sie neben (fach-)ärztlichen Praxen bitte auch an weitere Gesundheitsdienstleistungen, u. a. ambulante Pflege, Notfallversorgung, Hebammen, Physiotherapie etc.

**11. In welcher Praxisform üben Sie Ihre Tätigkeit aus?**

- Einzelpraxis     Gemeinschaftspraxis/BAG     Praxisgemeinschaft     MVZ

**12. Wie viele Versorgungsaufträge („Kassensitze“) sind in dieser Praxis vorhanden?** \_\_\_\_\_

**13. In welchen Räumlichkeiten befindet sich die Praxis? (Mehrfachnennung möglich)**

- im Eigentum der Praxisinhaberin / des Praxisinhabers  
      integriert in die private Immobilie der Praxisinhaberin / des Praxisinhabers
- angemietet  
      in einer dominant von ärztlichen und anderen Gesundheitsdienstleistern genutzten Immobilie  
      in einer gemischt genutzten Immobilie (ggf. mit wenigen Praxen/Gesundheitsdienstleistern)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**14. Wie viele Personen arbeiten in der Praxis? (Anzahl bitte in Vollzeitäquivalenten eintragen)**

- selbständig tätige Ärztinnen/Ärzte: \_\_\_\_\_     angestellte Ärztinnen/Ärzte: \_\_\_\_\_
- Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung: \_\_\_\_\_     MFA<sup>3</sup>/Arzthelferinnen u. -helfer: \_\_\_\_\_
- besonders qualifizierte Fachkräfte: \_\_\_\_\_     NÄPa<sup>4</sup>/VERAH<sup>5</sup>/EVA<sup>6</sup>: \_\_\_\_\_  
 (z. B. Diät-/Wundassistent, Praxismangement etc.)

**15. Wie stufen Sie die derzeitige Auslastung Ihrer Praxis ein?**

- Wir haben noch weitere     Wir können die Behandlungs-     Wir können die Behandlungs-  
 Behandlungskapazitäten.    nachfrage gut bewältigen.    nachfrage schwer bewältigen.

**16. Falls die Auslastung in den vergangenen fünf Jahren zugenommen hat oder Sie sie vorab schon als zu hoch eingestuft haben, was sind die Gründe dafür?**

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
erhöhte Zahl von Patientinnen/Patienten				
durch Bevölkerungszug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Praxisschließungen im Einzugsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr ältere Patientinnen/Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf (z. B. Zunahme von chronischen Krankheiten, Multimorbidität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhter Zeitaufwand für die Behandlung (z. B. durch Sprachbarrieren, gestiegenen Aufklärungs- und Informationsbedarf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhter Aufwand durch rückläufige / nicht vorhandene fachärztliche Weiterbehandlungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestiegener Verwaltungsaufwand				
durch Einführung digitaler Prozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Dokumentation und Meldepflichten (ggü. Kostenträgern und weiteren öffentlichen Stellen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Gründe: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>3</sup> Medizinische Fachangestellte

<sup>4</sup> Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten

<sup>5</sup> Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis

<sup>6</sup> Entlastende Versorgungsassistentinnen und -assistenten

Falls Sie als angestellte Ärztin / angestellter Arzt tätig sind, bitte weiter bei Frage 23 auf Seite 4.

Veränderungen in der Praxisstruktur (Inhaber/innen)

17. Welche Veränderungen Ihrer Praxis wären aus Ihrer Sicht sinnvoll?

	kommt nicht infrage	wäre sinnvoll	ist in Planung
Vergrößerung bzw. Erhöhung der Behandlungskapazitäten (z. B. durch Einstellung von medizinischem/administrativem Personal, Übernahme bestehender Praxen/Kassensitze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erweiterung des diagnostischen und therapeutischen Leistungsspektrums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildung bzw. Stärkung von Praxiskooperationen (z. B. Personal-/Vertretungspool, Gerätegemeinschaft, Einkaufsgemeinschaft etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkleinerung oder Reduzierung der Arbeitsstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wann planen Sie voraussichtlich die Tätigkeit in Ihrer Praxis im Bergischen Rheinland aufzugeben (sowohl aus Altersgründen als auch aus anderen Gründen)?

- innerhalb des nächsten Jahres       in 2-3 Jahren       in 4-10 Jahren       längerfristig bzw. derzeit nicht absehbar

19. Wie schwierig wird es Ihrer Meinung nach sein, eine Nachfolge für Ihre Praxis zu finden?

- völlig unproblematisch       eher nicht schwierig       eher schwierig       nahezu unmöglich       derzeit nicht abschätzbar

20. Wie ist der aktuelle Stand bei Ihnen bezüglich der Suche nach einer Nachfolge?

- Ich habe die Suche nach einer Nachfolge noch nicht begonnen.  
 Ich bin auf der Suche nach einer Nachfolge.  
 Ich habe bereits eine Nachfolge gefunden.

21. Falls Sie eine Nachfolge gefunden haben, wie ist Ihnen das gelungen?

- Praxisbörse der KVNO       persönliche Kontakte       private Vermittlung  
 Ärztin/Arzt in Weiterbildung übernimmt die Praxis       Sonstiges: \_\_\_\_\_

22. Welche Faktoren sind aus Ihrer Sicht eventuell hemmend für die Nachfolgesuche?

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Ich fürchte, dass die <b>Praxisorganisation</b> nicht den Präferenzen der nachrückenden Medizinerinnen und Mediziner entspricht (Teamstruktur, Auslastungsgrad, Arbeitszeitenregelung etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht hoher Investitionsbedarf in die <b>Praxisausstattung</b> (medizinische Geräte, EDV etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der <b>bauliche Zustand</b> der Praxisimmobilie erfordert hohe Investitionen (Renovierung, Barrierefreiheit etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der <b>Praxisstandort</b> ist nicht optimal (Lage, Infrastruktur, Erreichbarkeit, Umfeld etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zum Zeitpunkt der Abgabe ist mit einer hohen Zahl <b>weiterer Praxisabgaben</b> zu rechnen. Ich fürchte Nachteile für meine Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die Fragen 23-26 sind nur von angestellten Ärztinnen und Ärzten auszufüllen (ansonsten bitte weiter bei Frage 27).**

**Veränderungen (Angestellte)**

- 23. Wann planen Sie voraussichtlich die Tätigkeit in der aktuellen Praxis im Bergischen RheinLand aufzugeben (sowohl aus Altersgründen als auch aus anderen Gründen)?**
- innerhalb des nächsten Jahres       in 2-3 Jahren       in 4-10 Jahren       längerfristig bzw. derzeit nicht absehbar
- 24. Wie schwierig wird es Ihrer Meinung nach sein, eine Nachfolge für Ihre Stelle zu finden?**
- völlig unproblematisch       eher nicht schwierig       eher schwierig       nahezu unmöglich       derzeit nicht abschätzbar
- 25. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie auch zukünftig im Bergischen RheinLand tätig bleiben?**
- sehr wahrscheinlich       eher wahrscheinlich       eher unwahrscheinlich       sehr unwahrscheinlich
- 26. Welcher Status für eine ambulante ärztliche Tätigkeit erscheint Ihnen aus heutiger Perspektive am attraktivsten?**
- selbstständig       als angestellte Ärztin / angestellter Arzt       in einer kleine(re)n Praxis
- als Teilhaberin/Teilhaber einer größeren Gemeinschaftspraxis oder eines Gesundheitszentrums
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Verbesserungswünsche**

**27. Auch wenn bei Ihnen derzeit keine Veränderungen anstehen, denken Sie bitte einmal intensiv darüber nach, welche der folgenden Aspekte Ihren Berufsalltag zum Positiven verändern würden.**


	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Reduzierung/Abgabe von wirtschaftlicher Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalverantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
administrativen Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delegieren von medizinischen Routinetätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhte Arbeitsteilung durch Teamarbeit mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Kolleginnen und Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erweiterung der Diagnostik durch moderne Gerätschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bauliche Veränderungen (z. B. Erscheinungsbild, Raumzuschnitte, Barrierefreiheit etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr Flexibilität und Verlässlichkeit bzgl. der Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduzierung der Wochenstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit von Homeoffice / Online-Sprechstunden (soweit möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abschluss**

- 28. Wir würden uns gerne etwas ausführlicher mit Ihnen unterhalten. Wären Sie zu einem ergänzenden telefonischen Kurzinterview bereit? (Dauer ca. 20 Minuten)**
- ja, Kontakt: \_\_\_\_\_       nein
- Name, Vorname: \_\_\_\_\_
- Telefonnummer: \_\_\_\_\_
- Günstige Erreichbarkeit unter der Woche (Wochentag, ggf. Uhrzeit): \_\_\_\_\_



Fragebogen (fachärztlich)



### Fragebogen für Fachärztinnen und Fachärzte

Persönliche Angaben

1. Welche Facharztbezeichnung tragen Sie? \_\_\_\_\_
2. Wo sind Sie aufgewachsen?  
 Großstadt                       Klein-/Mittelstadt                       Dorf  
 und zwar:  
 in einem der beteiligten Kreise<sup>1</sup>     in Nordrhein-Westfalen     außerhalb Nordrhein-Westfalens
3. An welchem Studienort haben Sie Ihren Abschluss erworben? \_\_\_\_\_
4. Welche Zusatzbezeichnungen führen Sie? \_\_\_\_\_
5. Verfügen Sie über eine Weiterbildungsermächtigung und falls ja, in welchem Umfang?  
 ja, im Umfang von \_\_\_\_\_ Monaten                       nein
6. Zu welcher Altersgruppe gehören Sie?  
 unter 40 J.     40-44 J.     45-49 J.     50-54 J.     55-59 J.     60-64 J.     über 65 J.

Versorgungslage im Bergischen Rheinland

7. Wie viele Ihrer Patientinnen/Patienten stammen aus der Stadt/Gemeinde Ihres Praxisstandorts?  
 nahezu alle     etwa drei Viertel     etwa die Hälfte     etwa ein Viertel     weniger
8. Wie schätzen Sie die Notfallversorgung für Ihre Stadt/Gemeinde ein?  
 sehr gut     gut     befriedigend     ausreichend     unzureichend
9. Wie schätzen Sie die Kooperation mit anderen medizinischen Dienstleistern ein?  
 Kooperation mit:                      **sehr gut**    **gut**    **befriedigend**    **ausreichend**    **unzureichend**  
 hausärztlichen Praxen                                        
 Kliniken                                        
 weiteren für Sie relevanten  
 therapeutischen Gesundheitseinrichtungen                      
 Pflegeheimen/geriatrischen Einrichtungen                      
 Sonstigen: \_\_\_\_\_
10. Bei welchen medizinischen Fachrichtungen und sonstigen Gesundheitsdienstleistungen ist die **ambulante** Weiterbehandlung für Ihre Patientinnen/Patienten erschwert?<sup>2</sup> (Mehrfachnennung möglich)  

medizinische Fachrichtung/ sonstige Gesundheitsdienstleistung	zu große Entfernung	zu lange Wartezeiten	qualitative Defizite/nicht adäquate Spezialisierung
1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bei welchen medizinischen Fachrichtungen ist die **stationäre** Weiterbehandlung für Ihre Patientinnen/Patienten erschwert? (Mehrfachnennung möglich)  

medizinische Fachabteilung/ ggf. Spezialabteilung	zu große Entfernung	zu lange Wartezeiten	qualitative Defizite/nicht adäquate Spezialisierung
1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Oberbergischer Kreis, Rheinisch-Bergischer Kreis, Rhein-Sieg-Kreis

<sup>2</sup> Denken Sie neben (fach-)ärztlichen Praxen bitte auch an weitere Gesundheitsdienstleistungen, u. a. ambulante Pflege, Notfallversorgung, Hebammen, Physiotherapie etc.

QUFA

Seite 1 von 4

**12. In welcher Praxisform üben Sie Ihre Tätigkeit aus?**

- Einzelpraxis     Gemeinschaftspraxis/BAG     Praxismgemeinschaft     MVZ

**13. Wie viele Versorgungsaufträge („Kassensitze“) sind in dieser Praxis vorhanden?** \_\_\_\_\_

**14. In welchen Räumlichkeiten befindet sich die Praxis? (Mehrfachnennung möglich)**

- im Eigentum der Praxisinhaberin / des Praxisinhabers  
      integriert in die private Immobilie der Praxisinhaberin / des Praxisinhabers
- angemietet  
      in einer dominant von ärztlichen und anderen Gesundheitsdienstleistern genutzten Immobilie  
      in einer gemischt genutzten Immobilie (ggf. mit wenigen Praxen/Gesundheitsdienstleistern)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**15. Wie viele Personen arbeiten in der Praxis? (Anzahl bitte in Vollzeitäquivalenten eintragen)**

- selbständig tätige Ärztinnen/Ärzte: \_\_\_\_\_     angestellte Ärztinnen/Ärzte: \_\_\_\_\_
- Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung: \_\_\_\_\_     MFA<sup>3</sup>/Arztshelferinnen u. -helfer: \_\_\_\_\_
- besonders qualifizierte Fachkräfte: \_\_\_\_\_     NÄPa<sup>4</sup>/EVA<sup>5</sup>: \_\_\_\_\_
- (z. B. Diät-/Wundassistentin, Orthoptik etc.)

**16. Wie stufen Sie die derzeitige Auslastung Ihrer Praxis ein?**

- Wir haben noch weitere     Wir können die Behandlungs-     Wir können die Behandlungs-  
 Behandlungskapazitäten.    nachfrage gut bewältigen.    nachfrage schwer bewältigen.

**17. Falls die Auslastung in den vergangenen fünf Jahren zugenommen hat oder Sie sie vorab schon als zu hoch eingestuft haben, was sind die Gründe dafür?**

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
erhöhte Zahl von Patientinnen/Patienten				
durch Bevölkerungszug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Praxisschließungen im Einzugsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr ältere Patientinnen/Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf (z. B. Zunahme von chronischen Krankheiten, Multimorbidität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhter Zeitaufwand für die Behandlung (z. B. durch Sprachbarrieren, gestiegenen Aufklärungs- und Informationsbedarf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhter Aufwand durch rückläufige / nicht vorhandene hausärztliche Praxen als erste Anlaufstelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestiegener Verwaltungsaufwand				
durch Einführung digitaler Prozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch Dokumentation und Meldepflichten (ggü. Kostenträgern und weiteren öffentlichen Stellen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Gründe: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Falls Sie als angestellte Ärztin / angestellter Arzt tätig sind, bitte weiter bei Frage 24 auf Seite 4.**

<sup>3</sup> Medizinische Fachangestellte  
<sup>4</sup> Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten  
<sup>5</sup> Entlastende Versorgungsassistentinnen und -assistenten



**Die Fragen 24-27 sind nur von angestellten Ärztinnen und Ärzten auszufüllen (ansonsten bitte weiter bei Frage 28).**

**Veränderungen (Angestellte)**

- 24. Wann planen Sie voraussichtlich die Tätigkeit in der aktuellen Praxis im Bergischen RheinLand aufzugeben (sowohl aus Altersgründen als auch aus anderen Gründen)?**
- innerhalb des nächsten Jahres       in 2-3 Jahren       in 4-10 Jahren       längerfristig bzw. derzeit nicht absehbar
- 25. Wie schwierig wird es Ihrer Meinung nach sein, eine Nachfolge für Ihre Stelle zu finden?**
- völlig unproblematisch       eher nicht schwierig       eher schwierig       nahezu unmöglich       derzeit nicht abschätzbar
- 26. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie auch zukünftig im Bergischen RheinLand tätig bleiben?**
- sehr wahrscheinlich       eher wahrscheinlich       eher unwahrscheinlich       sehr unwahrscheinlich
- 27. Welcher Status für eine ambulante ärztliche Tätigkeit erscheint Ihnen aus heutiger Perspektive am attraktivsten?**
- selbstständig       als angestellte Ärztin / angestellter Arzt       in einer kleine(re)n Praxis
- als Teilhaber/in einer größeren Gemeinschaftspraxis oder eines Gesundheitszentrums
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Verbesserungswünsche**

**28. Auch wenn bei Ihnen derzeit keine Veränderungen anstehen, denken Sie bitte einmal intensiv darüber nach, welche der folgenden Aspekte Ihren Berufsalltag zum Positiven verändern würden.**

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Reduzierung/Abgabe von wirtschaftlicher Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalverantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
administrativen Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delegieren von medizinischen Routinetätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhte Arbeitsteilung durch Teamarbeit mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Kolleginnen und Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erweiterung der Diagnostik durch moderne Gerätschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bauliche Veränderungen (z. B. Erscheinungsbild, Raumzuschnitte, Barrierefreiheit etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehr Flexibilität und Verlässlichkeit bzgl. der Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduzierung der Wochenstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit von Homeoffice / Online-Sprechstunden (soweit möglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abschluss**

- 29. Wir würden uns gerne etwas ausführlicher mit Ihnen unterhalten. Wären Sie zu einem ergänzenden telefonischen Kurzinterview bereit? (Dauer ca. 20 Minuten)**
- ja, Kontakt: \_\_\_\_\_       nein
- Name, Vorname: \_\_\_\_\_
- Telefonnummer: \_\_\_\_\_
- Günstige Erreichbarkeit unter der Woche (Wochentag, ggf. Uhrzeit): \_\_\_\_\_