



OSTALBKREIS



# **GESUNDHEITSVERSORGUNG IM OSTALBKREIS**

ABSCHLUSSBERICHT UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN





Unser Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen. Denken wir bspw. an den steigenden Behandlungsbedarf einer immer älter werdenden Bevölkerung, den Anstieg chronischer Erkrankungen oder den dringenden Bedarf an medizinischem und pflegerischem Personal. Vor diesem Hintergrund ist die Sicherstellung einer flächendeckenden und möglichst wohnortnahen medizinischen Versorgung auf hohem qualitativem Niveau eine der wichtigsten politischen Steuerungsaufgaben der nächsten Jahre.



Bereits im Jahr 2009 hat die Sorge um eine gute ambulante Versorgung sowie die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte Landkreis, Kliniken und die Kreisärzteschaften im Ostalbkreis dazu veranlasst, diese Sachlage näher zu betrachten und in einem gemeinsamen Positionspapier Lösungsansätze zu formulieren und diese umzusetzen. Trotz bisheriger Bemühungen wird die Wiederbesetzung von (haus-)ärztlichen Praxen, vor allem im ländlichen Raum, insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und dem Wandel des ärztlichen Berufs immer schwieriger. Viele der im Landkreis praktizierenden (Haus-)Ärzte werden in den kommenden Jahren in den Ruhestand treten.

Der Ostalbkreis setzt sich mit dieser Situation auseinander und hat ein erstes Versorgungskonzept für den Ostalbkreis erarbeitet. Dieses Konzept wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern der Kliniken, Kreisärzteschaften, Gemeinden und dem erfahrenen Institut Quaestio Forschung und Beratung GmbH ausgearbeitet. Es soll als Grundpfeiler und Leitfaden für die Sicherstellung der med. Versorgung in den kommenden Jahren dienen.

Das ausgearbeitete Konzept wird nun im ersten Schritt in den Kreistag eingebracht. Danach erfolgt eine Abstimmung mit den Vorstandschaften der Kreisärzteschaften. Darauf aufbauend wird in einer Bürgermeistersitzung das Konzept vorgestellt. Im nächsten Schritt werden in den fünf Teilraumregionen des Landkreises „Teilraumbezogene Gesundheitsdialoge“ mit allen relevanten Gesundheitsakteuren etabliert, um bedarfsspezifische Maßnahmen abzustimmen. Abschließend wird das Konzept in den Ausschüssen beraten und verabschiedet, sodass final die Umsetzung erster konkreter Schritte ab 2021 angestrebt werden kann.

Die Gesundheitsversorgung ist eine kreispolitisch elementare Aufgabe, die in Zusammenarbeit mit allen wichtigen Akteuren bearbeitet wird. Das oberste Ziel ist eine dauerhafte Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung sowie für die Bürgerinnen und Bürger im Ostalbkreis im Bereich der ambulanten (haus-)ärztlichen Versorgung gleichwertige Lebensbedingungen im städtischen und ländlichen Bereich zu erzielen.

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Klaus Pavel'. The signature is fluid and cursive.

Klaus Pavel  
Landrat



**Analyse der Gesundheitsversorgung und  
Erstellung eines Versorgungskonzepts  
für den Ostalbkreis**  
Abschlussbericht und Handlungsempfehlungen



Quaestio Forschung & Beratung GmbH

Friesenstraße 17  
53175 Bonn  
Tel 0228 266 888 0  
quaestio-fb.de

Ansprechpartner:

Bernhard Faller, Jan Bendler, Antje Gühlen

Bonn, April 2020

# Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund und Aufgabenstellung.....	4
2	Basisdaten zur Gesundheitsversorgung im Ostalbkreis.....	5
2.1	Lage und Bevölkerung.....	5
2.1.1	Räumliche Struktur und Bevölkerungsverteilung.....	5
2.1.2	Demographische Entwicklung.....	6
2.1.3	Anstieg des Behandlungsbedarfs.....	8
2.2	Ärztliche Versorgung.....	10
2.2.1	Hausärztliche Versorgung.....	11
2.2.2	Allgemeine Facharztversorgung.....	15
2.2.3	Potenzial: Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit.....	17
2.3	Versorgungsindex.....	18
2.4	Innovative Versorgungsmodelle.....	19
3	Ergebnisse der Ärztebefragung.....	21
4	Handlungsraumübergreifende Empfehlungen.....	26
4.1	Teilraumsensible Gesundheitspolitik.....	26
4.2	Ausbau der Gesundheitskoordination.....	27
4.2.1	Entwicklung der Gesundheitskoordination zur Servicestelle.....	27
4.2.2	Etablierung der Zukunftswerkstatt als Lenkungsgremium.....	27
4.3	Teilraumdialoge.....	28
4.3.1	Bürgermeistergespräche.....	29
4.3.2	Regionale Gesundheitsdialoge.....	29
4.4	Grundempfehlungen für Lokale Gesundheitszentren.....	30
4.4.1	Hausärztliche Schwerpunktsetzung.....	31
4.4.2	Struktur- und Angebotsentwicklung.....	32
4.5	Aufbau einer Trägergesellschaft für Lokale Gesundheitszentren.....	33
4.6	Ärztliche Nachwuchsförderung.....	39
4.6.1	Maßnahmen für Ärzte in Weiterbildung.....	39
4.6.2	Maßnahmen für Medizinstudierende und Schüler.....	42
5	Handlungsraumspezifische Ergebnisse und Empfehlungen.....	45
5.1	Standortanalyse.....	45
5.2	Ellwangen.....	48
5.2.1	Sonderauswertung der Versorgungsstatistik.....	48
5.2.2	Qualitative Einschätzung der Versorgungssituation.....	49

---

5.2.3	Strukturentwurf für Lokale Gesundheitszentren .....	51
5.3	Härtsfeld .....	53
5.3.1	Sonderauswertung der Versorgungsstatistik <sup>13</sup> .....	54
5.3.2	Qualitative Einschätzung der Versorgungssituation.....	55
5.3.3	Strukturentwurf für Lokale Gesundheitszentren .....	57
5.4	Schwäbischer Wald .....	59
5.4.1	Sonderauswertung der Versorgungsstatistik <sup>13</sup> .....	60
5.4.2	Qualitative Einschätzung der Versorgungssituation.....	61
5.4.3	Strukturentwurf für Lokale Gesundheitszentren .....	63
5.5	Schwäbisch Gmünd .....	65
5.5.1	Sonderauswertung der Versorgungsstatistik <sup>13</sup> .....	65
5.5.2	Qualitative Einschätzung der Versorgungssituation.....	66
5.5.3	Strukturentwurf für Lokale Gesundheitszentren .....	68
5.6	Aalen.....	70
5.6.1	Sonderauswertung der Versorgungsstatistik <sup>13</sup> .....	71
5.6.2	Qualitative Einschätzung der Versorgungssituation.....	71
5.6.3	Strukturentwurf für Lokale Gesundheitszentren .....	73
6	Fazit .....	75

# 1 Hintergrund und Aufgabenstellung

Wie andere ländliche Räume steht der Ostalbkreis vor besonderen Herausforderungen in der Sicherung der Gesundheitsversorgung. Diese Herausforderungen haben verschiedene Facetten. Einerseits schrumpft und altert die Gesellschaft im Rahmen des demographischen Wandels, wodurch die Zahl von komplex multimorbiden Patienten mit höherem Bedarf an Arztkontakten und häufigeren Krankenhausaufenthalten wächst. Gleichmaßen findet ein Wandel in der Versorgungsstruktur statt. Die Ärzteschaft ist wie die Gesamtgesellschaft von einem steigenden Durchschnittsalter geprägt. Ein Großteil der derzeit noch tätigen Ärzte ist der geburtenstarken Generation der „Baby-Boomer“ zuzurechnen, die derzeit das Ruhestandsalter erreicht. Damit hat ein Generationswechsel in der ärztlichen Versorgung begonnen. Die nachrückende Generation stellt dabei fundamental andere Ansprüche an ihren Arbeitsplatz, die gerade im hausärztlichen Bereich nicht mit der Arbeit in traditionellen „Landarztpraxen“ vereinbar sind. Gewünscht werden flexible und zugleich verlässliche Arbeitszeiten mit der Möglichkeit, in Teilzeit zu arbeiten, die Möglichkeit zur Spezialisierung und zur fachlichen Zusammenarbeit im Team und nicht zuletzt die Möglichkeit, sich ohne wirtschaftliche und juristische Verantwortung für die Praxisführung auf die ärztliche Tätigkeit zu konzentrieren. Darüber hinaus liegt die Ausbildungsleistung in der Allgemeinmedizin deutlich unter dem Bedarf, der durch den Generationswechsel entsteht.

Daraus entspringt im hausärztlichen Bereich ein Trend zur Zentralisierung zugunsten größerer Städte und größerer Betriebe, in dem der fachärztliche Bereich und die Krankenhausversorgung bereits deutlich weiter fortgeschritten sind. Diesem Wandel nicht zu begegnen, bedeutet in letzter Konsequenz, einen weitgehenden Verlust der Versorgung in den ländlichen Räumen hinzunehmen.

Der Ostalbkreis hat sich auf den Weg gemacht, sich diesen Herausforderungen zu stellen. Hierzu wurden bereits vor ca. zehn Jahren eine enge Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft aufgebaut und in verschiedenen Prozessen Aktivitäten zur Sicherung der medizinischen Versorgung vorangetrieben. Vor diesem Hintergrund ist es Ziel der vorgelegten Analyse, auf den Potenzialen der bestehenden Strukturen aufbauend einen Weg für ein weiter vertieftes Engagement aufzuzeigen. Der vorgelegte Bericht formuliert ausgehend von einer quantitativen und qualitativen Basisanalyse kreisweite und teilraumspezifische Handlungsempfehlungen, die Wege für das weitere Engagement des Kreises zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in den Teilregionen weisen.

## 2 Basisdaten zur Gesundheitsversorgung im Ostalbkreis

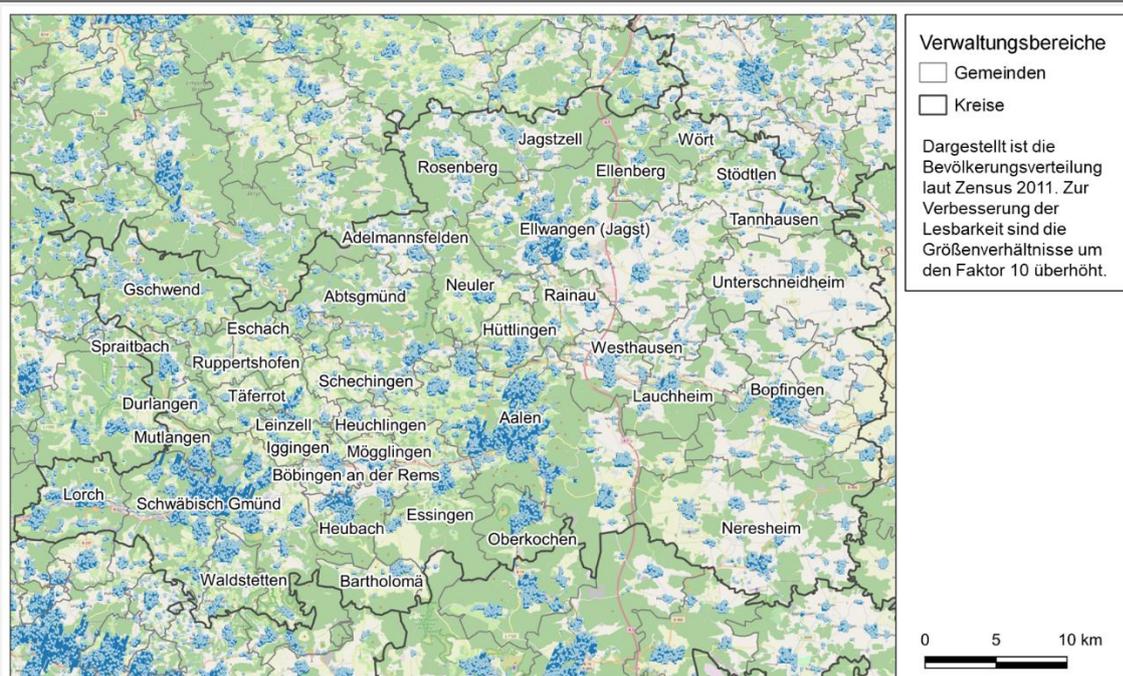
Um als Ausgangspunkt für die Analyse einen Einblick in die Strukturen im Kreis zu erhalten, wurden Basisdaten u.a. zur Bevölkerungs- und Versorgungsstruktur im Status Quo sowie in der Prognose ausgewertet. Diese sind im folgenden Kapitel in gegebener Kürze aufgearbeitet.

### 2.1 Lage und Bevölkerung

Die demographische Situation, ihre historische Entwicklung sowie die Projektion in der Bevölkerungsvorausberechnung bilden die Hintergrundkulisse für die Gesundheitsversorgung. Die demographischen Kenndaten werden besonders dann bedeutend, wenn aktuelle und zukünftige Versorgungsbedarfe in den Teilräumen des Kreises betrachtet werden. Um die Versorgungslage und die zukünftigen Bedarfe zu analysieren, wurde eine Datenbank der Bevölkerungszahlen und Vorausberechnungen auf Gemeindeebene angelegt und die kleinräumige Bevölkerungsverteilung berücksichtigt.

#### 2.1.1 Räumliche Struktur und Bevölkerungsverteilung

Abbildung 1: Bevölkerungsverteilung im Ostalbkreis und in den Nachbarregionen



Eigene Darstellung. Quelle: Statistisches Bundesamt: Zensus 2011. Kartengrundlage: OpenStreetMap.

Abbildung 1 zeigt anhand der Bevölkerungsverteilung und der Landschaftsstruktur den räumlichen Charakter des Ostalbkreises. Die Höhe der Säulen stellt die Bevölkerungsdichte auf einem 100 m x 100 m-Gitter dar. Je höher die Säule, desto größer die Dichte in der Parzelle. Insgesamt hatte der Ostalbkreis zum Stichtag 31.12.2018 314.002 Einwohner. Damit liegt die Bevölkerungsdichte bei 207,7 Personen/km<sup>2</sup>, wobei die Dichte außerhalb der Städte Aalen (ca. 68.500 Einwohner) und Schwäbisch Gmünd (ca. 61.200 Einwohner) wie in Abbildung 1 zu erkennen deutlich geringer ist. Die nächstgrößte Stadt ist Ellwangen mit ca. 24.500 Einwohnern. Der weitere Ostalbkreis besteht aus zumeist dörflichen bis vereinzelt kleinstädtischen Kommunen (u.a. Bopfingen, Heubach, Lorch, Neresheim), die insbesondere im Norden und Osten des Kreises vorherrschen.

Auch in der großräumigen Lage ist der Ostalbkreis außerhalb von großstädtisch geprägten Regionen gelegen, obgleich sich westlich die Region Stuttgart anschließt. Stuttgart ist damit aus den westlichen Kommunen in ca. einer halben Stunde mit dem PKW zu erreichen. Ulm ist als nächstgelegene Großstadt im Süden ca. eine Stunde PKW-Fahrzeit entfernt. Im Südwesten schließt sich die kleinteilige Siedlungsstruktur der Schwäbischen Alb an, im Norden die ebenfalls wenig dichte Region Heilbronn-Franken.

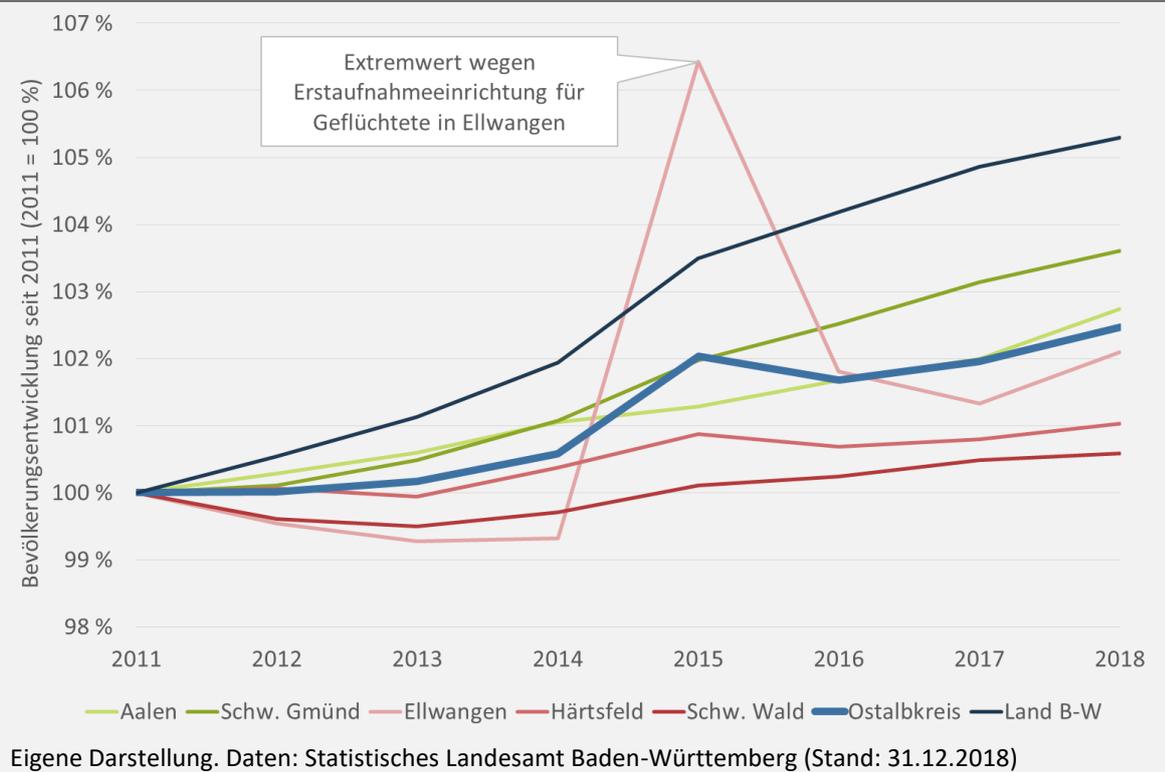
### 2.1.2 Demographische Entwicklung

Die Entwicklung der Bevölkerungszahl im Ostalbkreis bleibt im gesamten Kreis deutlich hinter der landesweiten Entwicklung in Baden-Württemberg zurück. Wachstum findet dabei besonders im Teilraum Schwäbisch Gmünd statt; in geringerem Maß wachsen auch Aalen und der Teilraum Ellwangen. Gemessen am Kreisdurchschnitt stagniert hingegen das Wachstum in den ländlichen Teilräumen Härtsfeld und Schwäbischer Wald weitgehend.

Die Altersstruktur der Bevölkerung im Ostalbkreis unterscheidet sich hingegen nur marginal von der Struktur im Landesdurchschnitt (Abbildung 3). Auch die Unterschiede zwischen den Teilregionen innerhalb des Kreises sind kaum relevant. Im Schwäbischen Wald ist der Anteil der über 50-jährigen im Kreisvergleich etwas erhöht, die Unterschiede sind jedoch weitgehend zu vernachlässigen.

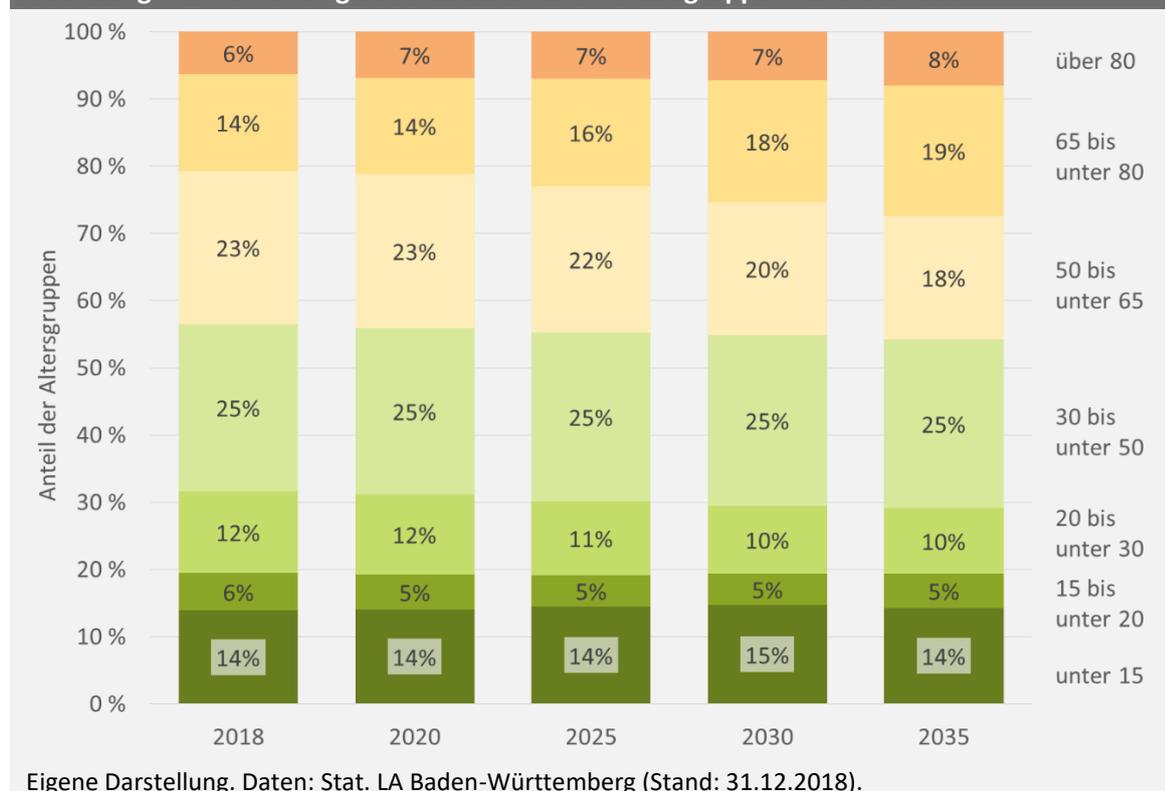
Durch den demographischen Wandel wird die allgemeine Alterung der Gesellschaft auch im Ostalbkreis die kommenden Jahrzehnte prägen. Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Altersstruktur in der Bevölkerungsvorausrechnung. Hierbei wird deutlich, dass der relative Anteil der älteren und hochaltrigen Bewohner bis 2035 deutlich zunimmt. So wird für 2035 prognostiziert, dass 27 % der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein wird (2018: 20 %). Die eher geringe absolute Veränderung der Bevölkerungszahl ist dabei zu vernachlässigen. Prognostiziert ist ein Rückgang der Gesamtbevölkerung um 1,4 % (ca. 4.300 Personen); dieser Wert liegt im Bereich statistischer Schwankungen und kann über einen Zeitraum von 17 Jahren (2018 bis 2035) nicht in ausreichender Schärfe prognostiziert werden. Die Grundrichtung der Prognose entspricht jedoch dem Trend zu einem Rückgang der Bevölkerung im ländlichen Raum.

**Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung im Ostalbkreis 2008 bis 2018**



**Abbildung 3: Anteil der Altersgruppen im Ostalbkreis**



**Abbildung 4: Entwicklung der Altersstruktur in Altersgruppen 2018 bis 2035**

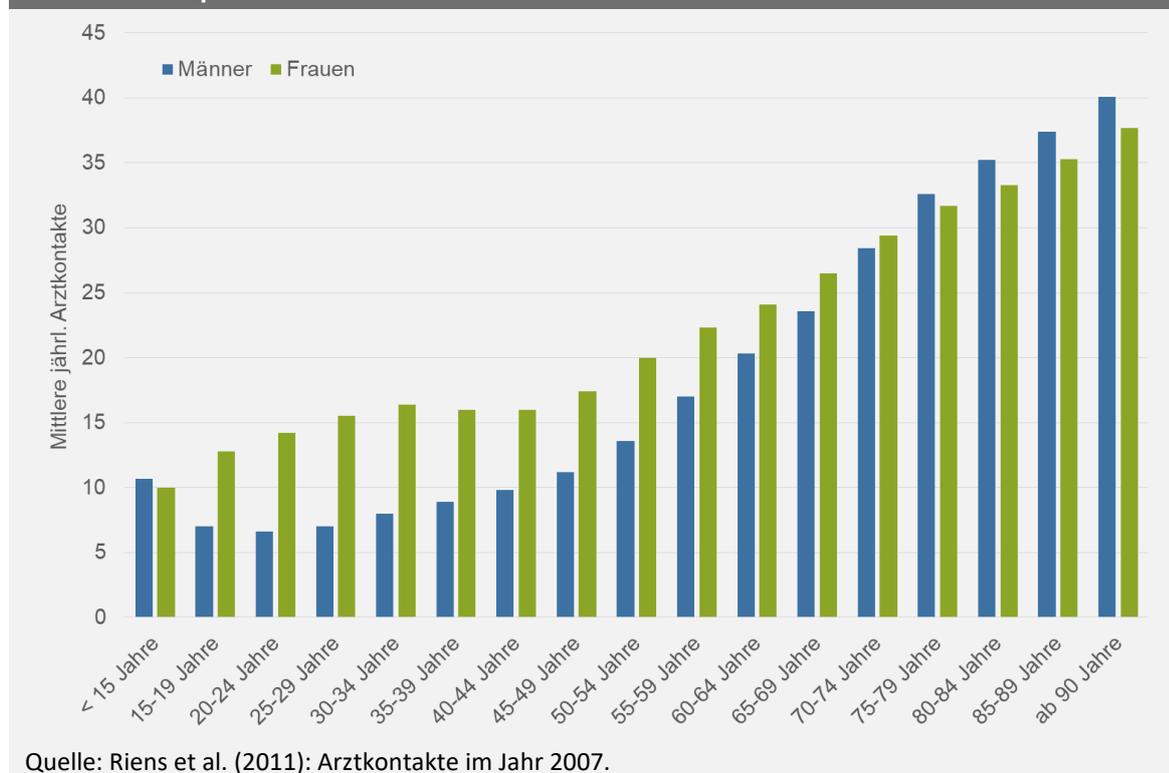
### 2.1.3 Anstieg des Behandlungsbedarfs

Mit steigendem Lebensalter des Einzelnen steigen der medizinische Versorgungsbedarf und die damit üblicherweise verbundene Zahl der Arztkontakte (Abbildung 5). Für eine alternde Bevölkerung wie die des Ostalbkreises bedeutet das, dass die Zahl der notwendigen Arztkontakte überproportional wächst. Dabei gilt freilich die Annahme, dass das Einbestellungsverhalten der Ärzte und die Inanspruchnahme durch die Patienten konstant bleiben.

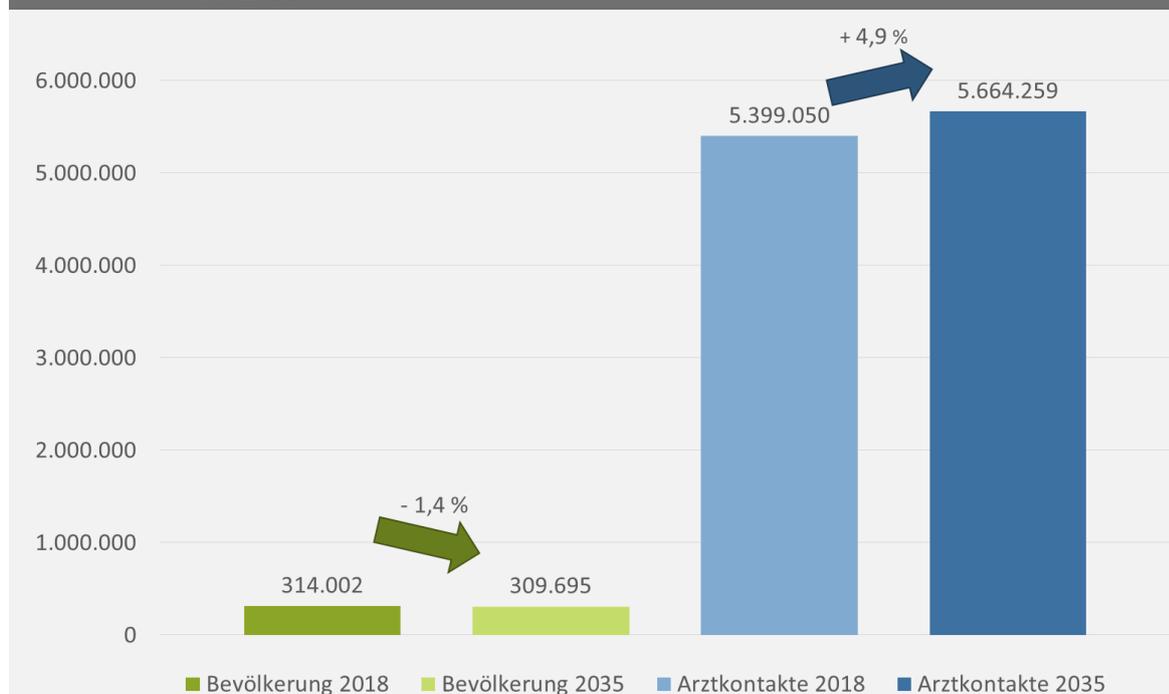
Die zu erwartende Alterung hat unmittelbare Auswirkungen auf die Ansprüche an die ärztliche Versorgung. Mit steigendem Alter eines Menschen steigt auch die Zahl der notwendigen Arztkontakte. Abbildung 5 zeigt die durchschnittliche Kontaktzahl basierend auf einer altersgruppenspezifischen Auswertung der Statistik der Arztkontakte für das Jahr 2007<sup>1</sup>. Gleichzeitig werden die Fälle bei hochaltrigen Menschen auch fachlich komplexer. Deren Krankheitsbilder sind oftmals geprägt von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen, sodass nicht nur die Häufigkeit der Arztbesuche zunimmt, sondern auch der Aufwand und damit die Dauer der Besuche. So wird im Durchschnitt pro Besuch mehr Arbeitszeit des besuchten Arztes in Anspruch genommen. Darüber hinaus erfordern komplexe Krankheitsbilder eine verstärkte Abstimmung zwischen den behandelnden Facharztgruppen. Anhand von durchschnittlichen altersgruppenspezifischen Arztkontaktzahlen lässt sich der Behandlungsaufwand zwischen unterschiedlich zusammengesetzten Populationen vergleichen.

<sup>1</sup> Riens et al. (2011): Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

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



**Abbildung 6: Entwicklung der Arztkontakte basierend auf der Bevölkerungsentwicklung 2018 bis 2035**



Eigene Berechnung und Darstellung nach Riens (2011). Daten: Stat. LA Baden-Württemberg (Stand: 31.12.2018).

Abbildung 6 zeigt die Entwicklung von Bevölkerung und Arztkontakte im Vergleich zwischen 2018 und 2035. Obgleich ein leichter Rückgang der Gesamtbevölkerung vorhergesagt wird, entsteht durch altersbedingte zusätzliche Arztkontakte ein Zuwachs an Arztkontakten um ca. 5 %. Dies weist darauf hin, dass zukünftige Versorgungsstrukturen gerüstet sein müssen, einerseits zusätzliche Patienten aufzunehmen, andererseits komplexere Fälle effizient zu behandeln. Zusätzlich entsteht freilich die Herausforderung, dass ältere Menschen weniger mobil sind und damit Mobilitätsangebote benötigen, die ihnen den Arztbesuch ermöglichen. Dies lässt sich in umfassendem Maße durch die derzeit auch im Ostalbkreis noch vorherrschenden Klein- und Einzelpraxen kaum leisten; diese geraten wirtschaftlich schnell an ihre Grenzen, wenn Zusatzangebote z. B. im Bereich Mobilität oder ein weiter erhöhtes Aufkommen an Hausbesuchen nötig werden. Darüber hinaus wird es für Inhaber traditioneller Praxen immer schwerer, beim Ausstieg aus der Praxis Nachfolger zu finden, sodass das Bestehen der derzeitigen noch recht stark dezentral aufgestellten Praxislandschaft ohnehin in Frage steht. Leistungsfähigere Praxisstrukturen im Sinne Lokaler Gesundheitszentren sind aufgrund ihrer Größe hingegen in der Lage, zusätzlichen Anforderungen gerecht zu werden und gleichzeitig junge Ärzte zur Mitarbeit zu gewinnen.

## 2.2 Ärztliche Versorgung

Aus der Online-Ärzteliste der KV wurden die Namen und Adressen der im Ostalbkreis und den angrenzenden Landkreisen ansässigen Ärzte extrahiert. Ausgehend von den Adressen wurden die Standorte der Praxen georeferenziert und in einem GIS abgebildet.

Abbildung 7 zeigt beispielhaft die Ärztezahlen der im Kreis aktiven Hausärzte und der Fachärzte der allgemeinen Fachärztlichen Versorgung. Diese Kennzahlen und die Kenntnis der Praxisstandorte fließen insbesondere in die Entwicklung der Standort- und Leistungsstruktur für mögliche Lokale Gesundheitszentren ein und bieten eine wichtige Ausgangsgröße in der weiteren Arbeit des Kreises in den Teilräumen.

**Abbildung 7: Ärztezahlen im Ostalbkreis (Haus- u. allg. fachärztliche Versorgung)**

Hausärzte	198
Augenheilkunde	24
Chirurgen / Orthopäden	33
Frauenheilkund u. Geburtshilfe	40
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	9
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	10
Psychiatrie u. Neurologie	28
Kinder- u. Jugendmedizin	25
Urologie	10

Eigene Erhebung. Daten: Online-Arztliste der KVBW, Stand: 10.12.2019

Im Folgenden werden die Versorgungssituationen in der haus- und fachärztlichen Versorgung skizziert, um die Ausgangssituation für die Weiterentwicklung und Sicherung der ambulanten Versorgung darzustellen.

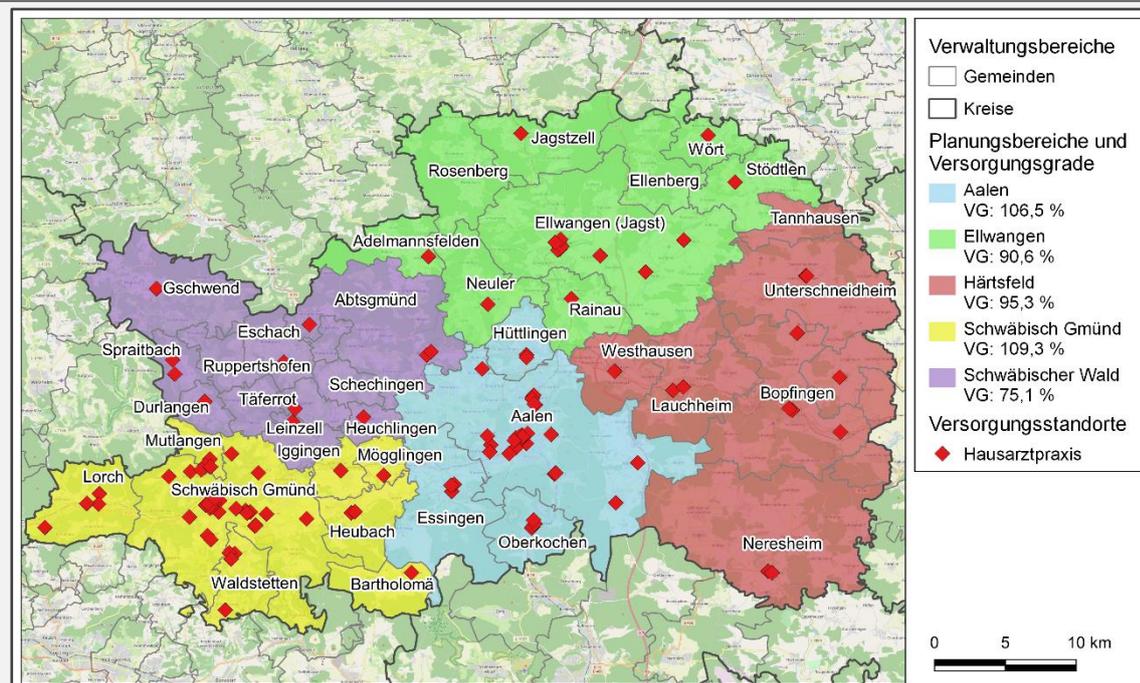
## 2.2.1 Hausärztliche Versorgung

### Planungsbereiche der hausärztlichen Bedarfsplanung

Im Rahmen des umfassenden Engagements des Ostalbkreises in der Sicherung der ärztlichen Versorgung wurde in einem Pilotprojekt mit der Kassenärztlichen Vereinigung eine Modifikation der hausärztlichen Bedarfsplanungsbereiche erprobt. Üblicherweise wird die hausärztliche Bedarfsplanung auf die sog. Mittelbereiche bezogen. Diese aus der Raumbesichtigung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entlehnte Raumabgrenzung bezieht sich auf die Einzugsbereiche der Mittelzentren und stellte in der Bedarfsplanung bereits den Schritt zu einer kleinräumigeren Vorgehensweise dar. Im Ostalbkreis wurden diese Mittelbereiche zugunsten einer noch kleinräumigeren Planung abermals geteilt, sodass der Kreis in fünf statt drei Planungsbereiche unterteilt ist.

Der Prozess und die Argumentation, die der kleinräumigen Bedarfsplanung zugrunde liegen, sind im Ostalbkreis gut bekannt und brauchen an dieser Stelle keine erneute Erläuterung. Gleichwohl muss angemerkt werden, dass in Zeiten eines in manchen Teilräumen bereits manifestierten, in anderen Teilen unmittelbar anstehenden Mangels an Hausärzten die Bedarfsplanung kein geeignetes Steuerungsinstrument ist. Sie kann lediglich dann wirken, wenn sie restriktiv eingreifen und die Niederlassung in überversorgten Bereichen zugunsten weniger stark versorgter Bereiche verhindern kann. Die Planungsbereiche im Ostalbkreis sind jedoch durchweg „geöffnet“, die Versorgungsgrade liegen also überall im Kreis unter 110 % und Niederlassungen sind überall möglich – auch in den Städten. Angesichts der zurückgehenden Versorgungsdichte und der Altersstruktur der Ärzteschaft wird sich dieser Zustand auch voraussichtlich nicht mehr ändern.

Daher wird die hausärztliche Bedarfsplanung an dieser Stelle nur herangezogen, um anhand der Versorgungsgrade einen Einblick in die Situation im Status Quo zu gewähren. Abbildung 8 zeigt die Planungsbereiche der kleinräumigen Bedarfsplanung und gibt einen Überblick über die Verteilung der Hausarztstandorte. Ein besonders niedriger Versorgungsgrad ist im Planungsbereich Schwäbischer Wald vorzufinden, der mit einem Versorgungsgrad von 75,1 % nur 0,1 Prozentpunkt von der Unterversorgung, die in der Vergangenheit bereits eingetreten war, entfernt ist. Dieser Wert wurde in der Vergangenheit bereits unterschritten. Ellwangen liegt mit 90,6 % knappe 10 Prozentpunkte unter der Normalversorgung, Härtsfeld knapp 5 Punkte darunter. Die Planungsbereiche Aalen und Schwäbisch Gmünd sind als Zentren der Versorgung im Ostalbkreis derzeit noch bessergestellt und liegen jenseits der 100 %.

**Abbildung 8: Planungsbereiche und Versorgungsgrade der hausärztlichen Bedarfsplanung**

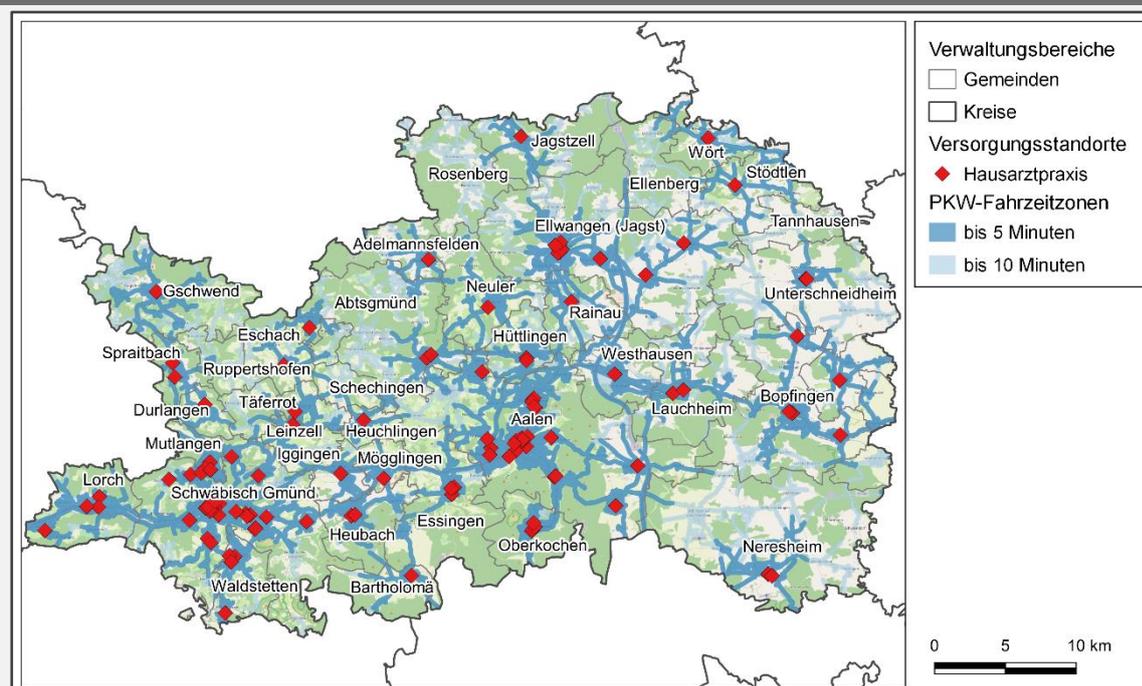
Eigene Darstellung. Planungsbereiche und Versorgungsgrade: KV BW, Stand: 12.2.2020. Hausarztstandorte: Online-Arztsuche der KV BW, Stand: 10.12.2019. Kartengrundlage: OpenStreetMap.

In der durch den Kreis gemeinsam mit der KV erprobten kleinräumigen Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung wurden fünf Raumzuschnitte für die hausärztliche Versorgungsplanung definiert. Da im laufenden Projekt mangels KV-Daten keine eigene Ableitung von für die Versorgung relevanten, funktional zusammenhängenden Raumabschnitten erfolgen konnte, wurden die Planungsräume zunächst als Unterteilung des Kreisgebiets übernommen. In der empirischen Betrachtung sowie in den Expertengesprächen haben sich diese Raumaufteilungen bewährt, sodass sie beibehalten wurden. Die in Abbildung 8 aufgezeigte Unterteilung der Kommunen in die fünf Teilräume bildet somit die Schablone, durch die das Kreisgebiet geordnet betrachtet wird.

### Standorte und Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung im Status Quo

Die derzeitige Verteilung der Hausarztstandorte zeigt das für den ländlichen Raum typische Muster einer dezentralen Angebotsstruktur. Eine solche Struktur erlaubt bei ausreichenden ärztlichen Kapazitäten eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung. Aus dieser historisch bedingten und gewachsenen engmaschigen Verteilung kleiner „Landarztpraxen“ entspringt das auch heute noch vielfach verbreitete Ideal, dass jeder kleine Ort einen eigenen Arzt vor Ort haben sollte. In der Tat können im Ostalbkreis auch in den relativ schwach versorgten Regionen nahezu alle Bürger in 5, maximal 10 Minuten eine Hausarztpraxis erreichen (vgl. Abbildung 9 und Abbildung 10). Freilich gibt dieser Wert keinen Aufschluss darüber, ob die Praxen über ausreichend Kapazitäten verfügen, um alle Bewohner zu versorgen. Er stellt jedoch einen Vergleichswert dar, wenn es um die Bewertung von Standorten für Lokale Gesundheitszentren geht (Kapitel 5.1).

Abbildung 9: PKW-Erreichbarkeit der Hausarztstandorte im Ostalbkreis



Eigene Berechnung und Darstellung. Standorte: Online-Arztsuche der KVBW (Stand: 10.12.2019). Kartengrundlage: OpenStreetMap

Abbildung 10: Erreichbarkeit der Praxisstandorte im Status Quo

	PKW-Fahrzeitzone	
	bis 5 Min.	bis 10 Min.
Anteil EW in FZ-Zone	88%	98%
Einwohner in FZ-Zone	269.108	300.597
Einwohner gesamt	306.832	

Eigene Berechnung. Standorte: Online-Arztsuche der KVBW (Stand: 10.12.2019). Einwohnerzahl: Statistisches Bundesamt (Stand: Zensus 2011)

### Altersstruktur der Hausärzte

Besondere Bedeutung in der Beurteilung der Handlungsbedarfe und der teilraumspezifischen Herausforderungen kommt neben der räumlichen Verteilung der Praxen und der Versorgungsintensität laut Bedarfsplanung der Altersstruktur der Ärzteschaft zu. Die Suche nach Nachfolgern bei der Praxisabgabe gestaltet sich insbesondere bei ländlichen Einzel- und Kleinpraxen zunehmend schwierig; vielfach werden Standorte ohne Nachfolger geschlossen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Im Zentrum steht jedoch der veränderte Anspruch an den Arbeitsplatz, der junge Ärzte in größere Praxisstrukturen und Angestelltenverhältnisse zieht. Gepaart mit einer gemessen am Bedarf zu geringen Zahl nachrückender Allgemeinmediziner führt dies zu einem Wettbewerb um die junge Generation, dem traditionelle „Landarztpraxen“ gegenüber größeren Standorten in den Städten zumeist nicht gewachsen sind. Dabei ist die Nachfrage nach Nachfolgern hoch:

Ein Großteil der Ärzteschaft gehört zur Generation der „Baby Boomer“, die in den kommenden Jahren in den Ruhestand eintreten werden.

So droht in ländlichen Regionen wie dem Ostalbkreis das derzeit noch recht stabile Versorgungsangebot durch den anstehenden Generationswechsel in vielen Praxen stark einzuschumpfen. Diese Einschätzung deckt sich mit der Rückmeldung aus der Ärztebefragung im Ostalbkreis: über die Hälfte der Hausärzte bezeichnen die Nachfolgersuche als „eher schwierig“, ein Drittel bezeichnet sie als „nahezu unmöglich“. Etwas weniger pessimistisch ist man nur in Aalen: Hier sehen 70 % der Rückmeldungen die Nachfolgersuche als „eher schwierig“, während nur 10 % sie als nahezu unmöglich ansehen (vgl. Kapitel 3).

Vor diesem Hintergrund ist die Altersstruktur in den Handlungsräumen ein wichtiger Indikator für zukünftigen Handlungs- und auch Interventionsbedarf. Knapp die Hälfte der Hausärzte im Ostalbkreis ist älter als 60 Jahre, fast ein Viertel ist sogar älter als 65 und damit bereits im Rentenalter. Das bedeutet einen unmittelbaren Nachfolgerbedarf von ca. 40 Ärzten und binnen der nächsten fünf Jahre einen ebenso großen Bedarf an ebenjungen (Abbildung 11). Im Deutschlandvergleich wird deutlich, dass der Ostalbkreis damit bei der Zahl der über 60-jährigen Ärzte um ca. 12 Prozentpunkte über dem Bundesdurchschnitt liegt; bei der Zahl der über 65-jährigen sind es 7,5 Prozentpunkte<sup>2</sup>.

In einer regionalen Betrachtung auf Ebene der Handlungsräume fällt zunächst der hohe Anteil von Ärzten im Rentenalter im Schwäbischen Wald (40 %) und in Aalen (29 %) auf. Insbesondere im ländlichen Handlungsraum Schwäbischer Wald bedeutet das kurzfristig einen drastischen Rückgang der Versorgung, sodass Patienten insbesondere auf Schwäbisch Gmünd ausweichen müssen. Die Städte – insbesondere Aalen und Schwäbisch Gmünd – sind jedoch ebenfalls von dem kreisweiten kurz- bis mittelfristigen Nachfolgerbedarf betroffen und machen aufgrund der hohen Zahl von dort niedergelassenen Ärzten die Hälfte des gesamten Nachfolgerbedarfs in den nächsten fünf Jahren aus.

Verhältnismäßig wenige hochaltrige Ärzte sind im Handlungsraum Ellwangen anzutreffen. Gerade in den Umlandgemeinden der Stadt Ellwangen ist der Altersdurchschnitt ungewöhnlich niedrig. Das bedeutet für die Zukunft einen geringeren unmittelbaren Druck, Praxen nachzubesetzen – aus den Ärzteinterviews ist jedoch auch bekannt, dass hier in den vergangenen Jahren mehrere Praxen bereits weggefallen sind. Das Versorgungsangebot ist also an diesen Standorten bereits zurückgegangen oder verschwunden.

---

<sup>2</sup> Deutschlandweiter Anteil 60-65: 19,7 %. Anteil über 65: 15,5 %. Quelle: KBV-Gesundheitsdaten: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php> (letzter Aufruf: 23.4.2020).

Abbildung 11: Altersstruktur der Hausärzteschaft in den Handlungsräumen

	Altersgruppe								Gesamt	Über 60		Über 65	
	30 bis	40 bis	50 bis	55 bis	60 bis	63 bis	65 bis	über 70		Absolut	Anteil	Absolut	Anteil
<b>Aalen</b>	1	9	6	7	7	7	10	5	52	29	56 %	15	29 %
Aalen	1	6	4	5	3	5	8	4	36	20	56 %	12	33 %
Essingen		1	2		1		1	1	6	3	50 %	2	33 %
Hüttlingen				1	3				4	3	75 %	0	0 %
Oberkochen		2		1		2	1		6	3	50 %	1	17 %
<b>Ellwangen</b>		5	6	5	2	5	1	2	26	10	38 %	3	12 %
Ellwangen		5	3	3	1	5		2	19	8	42 %	2	11 %
Rest			3	2	1		1		7	2	29 %	1	14 %
<b>Härtsfeld</b>	1	3	4	2	3	4	2	3	22	12	55 %	5	23 %
Bopfingen	1		3	1		2		1	8	3	38 %	1	13 %
Neresheim		1			1	1	1	1	5	4	80 %	2	40 %
Rest		2	1	1	2	1	1	1	9	5	56 %	2	22 %
<b>Schwäbisch Gmünd</b>	3	13	12	9	7	6	8	4	62	25	40 %	12	19 %
Schwäbisch Gmünd	2	6	4	7	5	6	7	3	40	21	53 %	10	25 %
Heubach		1	3		1		1		6	2	33 %	1	17 %
Lorch	1	2	1						4	0	0 %	0	0 %
Mutlangen		1	2	1	1				5	1	20 %	0	0 %
Rest		3	2	1				1	7	1	14 %	1	14 %
<b>Schwäb. Wald</b>		3	1	3	1	1	4	2	15	8	53 %	6	40 %
Abtsgmünd		2			1			1	4	2	50 %	1	25 %
Schwäb. Wald West		1		2			2		5	2	40 %	2	40 %
Schwäb. Wald Ost			1	1		1	2	1	6	4	67 %	3	50 %
<b>Gesamt</b>	5	33	29	26	20	23	25	16	177	84	47 %	41	23 %

Daten: AOK Baden-Württemberg (Stand: März 2020).

Abschließend lässt sich festhalten, dass im gesamten Ostalbkreis – in den Städten wie in der Peripherie – akuter Handlungsbedarf zur Sicherung der Versorgung besteht, der über die aus den Versorgungsgraden in der Bedarfsplanung abzulesenden Herausforderungen hinausgeht. Werden nicht zeitnah Maßnahmen ergriffen, um neue Ärzte in die Region zu locken, droht auch im Status Quo noch gut versorgten Kommunen ein deutlicher Einschnitt in der hausärztlichen Versorgung.

### 2.2.2 Allgemeine Facharztversorgung

Anders als die derzeit noch relativ dezentral aufgestellte hausärztliche Versorgung hat in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bereits eine starke Zentralisierung stattgefunden. Die kleineren Städte und Gemeinden spielen hier keine relevante Rolle in der Versorgung. Die 182 über die Arztsuche der KVBW und Daten der AOK im Kreis erfassten Fachärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind somit primär in Schwäbisch Gmünd bzw. dem Klinikstandort Mutlangen, in Aalen, Bopfingen und Ellwangen angesiedelt. Schwäbisch Gmünd/Mögglingen und Aalen machen dabei 80 % der gesamten niedergelassenen Fachärzteschaft (ohne Psychotherapeuten) aus, Ellwangen weitere 12 %. Zu diesen Zahlen kommen weitere 56 ermächtigte Ärzte, die mit einer Ausnahme in den Ostalb Kliniken tätig sind, und 85 Psychotherapeuten. Am schwächsten ist hier der Teilraum Schwäbischer Wald, in dem lediglich ein Frauenarzt erfasst ist.

**Abbildung 12: Anzahl und Verteilung der niedergelassenen Fachärzte (allgemeine fachärztliche Versorgung ohne ermächtigte Ärzte)**

	Teilraum					Gesamt
	Aalen	Ellwangen	Härtsfeld	Schwäbisch Gmünd	Schwäb. Wald	
Augenheilkunde	7	2	2	11		22
Chirurgie/Orthopädie	17	7	4	26		54
Frauenheilkunde	16	5	4	17	1	43
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4	2		3		9
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3	1		6		10
Kinderärzte	5	3	1	5		14
Nervenärzte	9	2		8		19
Urologie	4	2	2	3		11
<b>Gesamt</b>	<b>65</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>79</b>	<b>1</b>	<b>182</b>

Quelle: Online-Arztsuche der KVBW, Stand: 10.12.2019, ergänzt nach AOK Baden-Württemberg, Stand: März 2020

Gemessen an der Bedarfsplanung herrscht bei Augenärzten, Chirurgen/Orthopäden und Frauenärzten Überversorgung bei Versorgungsgraden von je ca. 120 %, in der Urologie liegt der Versorgungsgrad knapp über der Normalversorgung mit 110,9 %. Der Ostalbkreis ist in diesen Arztgruppen als Planungsraum für die Niederlassung neuer Ärzte gesperrt. Dahingegen ist die Zulassung von HNO- und Kinderärzten bei Versorgungsgraden um 100 % möglich, ebenso bei Nervenärzten und Psychotherapeuten, deren Versorgungsgrade knapp unterhalb der Sperrgrenze von 110 % liegen.

**Abbildung 13: Altersstruktur der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Ostalbkreis (inklusive ermächtigter Ärzte)<sup>3</sup>**

	Altersgruppe								Über 60		Über 65		
	30 bis 39	40 bis 49	50 bis 54	55 bis 59	60 bis 62	63 bis 65	65 bis 70	über 70	Gesamt	Absolut	Anteil	Absolut	Anteil
Augenheilkunde		1	1	2	3	1		1	9	5	55,6 %	1	11 %
Chirurgie/Orthopädie		6	11	13	8	1	2		41	11	26,8 %	2	5 %
Frauenheilkunde	2	6	6	5	6	4	2	1	32	13	40,6 %	3	9 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		1	1	2	3	1			8	4	50,0 %	0	0 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten			4	4	1				9	1	11,1 %	0	0 %
Kinderärzte		2	8	4	2	4	1		21	7	33,3 %	1	5 %
Nervenärzte		2	2	4	2	2	3		15	7	46,7 %	3	20 %
Urologie	1	2	2	1	2	1	1		10	4	40,0 %	1	10 %

Quelle: AOK Baden-Württemberg, Stand: März 2020

<sup>3</sup> Die AOK Baden-Württemberg hat nicht alle Ärzte erfasst, die in der Arztsuche der KVBW auftauchen. Umgekehrt sind der AOK Ärzte bekannt, die in der auf freiwilliger Registrierung basierenden Arztsuche nicht verzeichnet sind. Daher unterscheiden sich die Zahlen der erfassten Ärzte. Es wird jedoch deutlich, dass in den Angaben zur Altersstruktur insbesondere bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung nur ein Teil der Ärzte im Ostalbkreis erfasst ist. Diese Werte stellen damit eher ein Schlaglicht als eine Vollerhebung dar.

Die statische Betrachtung der Situation legt zunächst nahe, dass die allgemeine fachärztliche Versorgung solide ist. Wird jedoch die Altersstruktur der in den AOK-Daten enthaltenen Teilen der Fachärzteschaft hinzugezogen, zeigt sich ein differenzierteres Bild (Abbildung 13). Daraus wird deutlich, dass Teile der Fachärzteschaft innerhalb von fünf Jahren einen Nachbesetzungsbedarf zwischen einem Drittel und der Hälfte der gesamten Ärzteschaft aufweisen. Die relativ niedrigen Werte für über 60-jährige Ärzte bei einzelnen Facharztgruppen kommen auch dadurch zustande, dass die in den Daten enthaltenen ermächtigten Ärzte an den Krankenhäusern im Durchschnitt jünger sind als ihre niedergelassenen Kollegen. Dies fällt insbesondere im Bereich Chirurgie/Orthopädie ins Gewicht.

Vor dem Hintergrund dieser Werte werden insbesondere die hohen Versorgungsgrade bei den Augenärzten und Frauenärzten sowie bei den Urologen relativiert. Bei HNO- und Kinderärzten impliziert die Altersstruktur ein noch deutlicheres Versorgungsrisiko, sofern der kurzfristige Nachbesetzungsbedarf nicht erfüllt wird.

### 2.2.3 Potenzial: Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit

Zur Einschätzung des „ruhenden“ ärztlichen Potenzials wurden bei der Landesärztekammer Daten zu Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit angefragt. Diese gehen als Größe in die Statistik der Ärztekammern (Bund und Land) ein. Die statistischen Daten erheben die Ärztekammern allerdings nicht auf Kreisebene, sondern auf der übergeordneten Ebene der Bezirksärztekammern. Für die im Ostalbkreis relevanten Ärztekammern Aalen und Schwäbisch Gmünd ist die Bezirksärztekammer Nordwürttemberg zuständig, die gleichzeitig noch 17 weitere Ärzteschaften umfasst. Somit wurde als kleinräumigster verfügbarer Zuschnitt die Statistik der Ärztinnen und Ärzte ohne Ärztliche Tätigkeit auf Ebene der BZÄK Nordwürttemberg beschafft.

Im Bereich der BZÄK Nordwürttemberg waren 2018 4.804 Ärzte aller Facharztgruppen ohne ärztliche Tätigkeit. Werden Ärzte in Ruhestand, passiver Altersteilzeit und andere absolute Verhinderungsgründe herausgerechnet, bleiben 1.154 Ärzte mit Rückkehrpotenzial übrig. Insgesamt waren 2018 im Bezugsraum der BZÄK Nordwürttemberg 15.814 Ärzte berufstätig. Wird das Verhältnis von berufstätigen Ärzten zu Ärzten mit Rückkehrpotenzial auf die 540 im Ostalbkreis tätigen Ärzte übertragen, kann die Zahl von potenziellen Rückkehrern in den Beruf auf ca. 39 geschätzt werden.

Um diese Schätzung auf die besonders gesuchte Gruppe der Allgemeinmediziner zu beziehen, kann weiterhin angenommen werden, dass bei den nicht berufstätigen Ärzten das Verhältnis von Allgemeinmedizinern zu Fachärzten dem Verhältnis bei den berufstätigen Ärzten entspricht. Im Bereich der BZÄK Nordwürttemberg liegt der Anteil an Allgemeinmedizinern an der gesamten berufstätigen Ärzteschaft bei 13,6 %. Übertragen auf die Schätzung zur Zahl der potenziellen Berufsrückkehrer im Ostalbkreis bestünde hier ein Rückkehrpotenzial von ca. fünf Allgemeinmedizinern.

Bei allen Schätzungen muss jedoch bedacht werden, dass nicht berufstätige Ärzte in aller Regel spezifische persönliche Gründe für ihren Ausstieg aus der Berufstätigkeit haben. Eine gelungene Mobilisierung zum Wiedereinstieg dürfte damit eher einem Glücksfall gleichkommen denn dem Ergebnis einer erfolgsversprechenden Strategie.

## 2.3 Versorgungsindex

Um für die Analyse zur Ableitung von Handlungsempfehlungen einen vergleichbaren Anhaltspunkt zum Versorgungsstand in den Städten und Gemeinden im Ostalbkreis zu erhalten, wurde ein einfacher Versorgungsindex berechnet. Dieser liefert eine Kennziffer zur Bewertung des Zugangs zur medizinischen Versorgung. Damit lassen sich schwächer versorgte Teilregionen abgrenzen und besondere Handlungsbedarfe erkennen.

Um den Index zu generieren, wurden die PKW-Fahrzeitzone in 5-Minuten-Schritten ausgehend von den Siedlungsschwerpunkten der Städte und Gemeinden berechnet. Davon ausgehend wurde in einem Geographischen Informationssystem analysiert, welche medizinischen Versorgungsangebote (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser) im Ostalbkreis und in den Nachbarkreisen von den jeweiligen Städten und Gemeinden in den verschiedenen Fahrzeiten erreicht werden können. Hierbei wurden die Angebote anhand einer Wertungsskala beziffert (Abbildung 14).

Abbildung 14: Gewichtung im Versorgungsindex

		Fahrzeit (Minuten)				
		5	10	15	20	25
Faktor	Hausärzte	1,0	0,8	0,5	0,0	0,0
	Fachärzte	0,6	0,4	0,3	0,2	0,1
	Krankenhäuser	3,0	2,0	1,0	0,5	0,3

Eigene Berechnung

Die Beurteilung der Versorgungsdichte für die einzelnen Städte und Gemeinden ist den Karten in Kapitel 4 zu entnehmen. Zur Beurteilung des Angebots in den Handlungsräumen wurden nach Einwohnerzahl gewichtete Indexwerte errechnet:

- Aalen: 99,2
- Ellwangen: 44,2
- Härtsfeld: 41,6
- Schwäbisch Gmünd: 104,5
- Schwäbischer Wald: 39,5

Diese Werte spiegeln deutlich die Häufung des Angebots in den Zentren Aalen und Schwäbisch Gmünd wider, die auch den Zugang zu Versorgungsangeboten aus unmittelbar angrenzenden Städten und Gemeinden gewährleistet. Deutlich wird vor allem, dass die Versorgung der weniger dicht versorgten Regionen Ellwangen und insbesondere Härtsfeld und Schwäbischer Wald auch nicht durch Angebote außerhalb des Kreises abgedeckt wird.

## 2.4 Innovative Versorgungsmodelle

### Kooperation von Kreis und Ärzteschaft

Der Ostalbkreis hat sich dem sensiblen Thema Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung schon seit mehr als zehn Jahren angenommen. Dieses langjährige Engagement zeigt sich in einer engen Zusammenarbeit von Kreis, Ärzteschaft und Krankenhausvertretern. Bereits 2009 hat man gemeinsam ein Positionspapier verfasst, das unter anderem zur Erprobung der kleinräumigen hausärztlichen Bedarfsplanung geführt hat. Im Rahmen der MORO Daseinsfürsorge hat man sich mit dem Konzept der Kooperationsmodelle für hausärztliche Praxen auseinandergesetzt und über „GesundRegio Ostalb“ das Prinzip der Lokalen Gesundheitszentren für den Kreis diskutiert. Diese intensive Arbeit zeigt sich in einer engen Zusammenarbeit der Kreisärzteschaft, des Hausärzteverbandes und der sehr aktiven Qualitätszirkel. Der Qualitätszirkel Bopfingen wurde als aktivster Zirkel in Baden-Württemberg von der KV ausgezeichnet.

Aus diesem intensiven Dialog heraus sind einige Versorgungsmodelle entstanden, denen ein innovativer Charakter zugesprochen werden kann. Solche Modelle können Ausgangspunkt für weitergehende innovative Versorgungslösungen sein.

### Freiberufler-MVZ Aalen (MEDI-MVZ)

Das MEDI-MVZ Aalen wurde von einem Hausarzt aus Essingen gegründet, der gemeinsam mit einem Gesundheitsökonom die Geschäftsführung übernommen hat. Zwei Arztehepaare hatten in Aalen keinen Nachfolger für ihre Praxen gefunden. Sie waren jedoch bereit, im Angestelltenverhältnis weiter zu arbeiten. Dies ermöglichte die MVZ-Gründung. Die MEDI-Gruppe, die noch weitere Medizinische Versorgungszentren wie z. B. in Baiersbronn betreibt, übernimmt die administrativen Aufgaben. MEDI ist als ärztliche Interessensvertretung neben dem Betrieb von MVZ noch in verschiedenen weiteren Handlungsfeldern im Gesundheitskontext tätig.

Ein Arztehepaar ist inzwischen in den Ruhestand gegangen. Das Ärzteteam hat sich mit einer Weiterbildungsassistentin, einem angestellten Arzt in Vollzeit und zwei weiteren angestellten Ärzten in Teilzeit verjüngt.

### Weiterbundsverbund

In Zusammenarbeit von niedergelassenen Hausärzten und den Kliniken Ostalb ist ein Weiterbundsverbund für die Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner entstanden. Junge Ärzte können ihre Ausbildung in Klinik und ausgewählten Ausbildungspraxen im Kreis absolvieren. Die Organisation erfolgt aus einer Hand. Einige Praxen sind zudem Lehrpraxen der Universität Ulm und kümmern sich um die ärztliche Nachwuchsförderung. So möchte man die Mediziner aus der Region bereits als Studenten für die Allgemeinmedizin begeistern und nach ihrer Ausbildung in Klinik oder Praxis im Ostalbkreis halten.

### **Haus der Gesundheit in Schwäbisch Gmünd**

Im ehemaligen Margaritenhospital in Schwäbisch Gmünd ist seit 2010 das „Haus der Gesundheit“ entwickelt worden. Es entstand hier ein sektorenübergreifendes, interdisziplinäres Angebot mit stationärer Pflege, Arztpraxen wie Kinderheilkunde, Radiologie, ambulantem OP-Trakt, Sanitätshaus, Einrichtungen der psychiatrischen Medizin, Apotheke, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Die Sparkasse hat als Geldgeber die Immobilie erworben und der Kreis ist Projektentwickler und Generalmieter des Gebäudekomplexes.

### **Modellprojekt „Genossenschaftliche Hausarztmodelle“ in Crailsheim – Ellwangen**

Als Ergebnis einer Gesprächsrunde zwischen Ärzten und den Kommunen des „magischen Dreiecks“ Crailsheim-Ellwangen-Dinkelsbühl nahm der zu Baden-Württemberg gehörende Teil dieser Region 2018 am Modellprojekt „Genossenschaftliche Hausarztmodelle“ teil, um dem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken. In dieser Machbarkeitsstudie stellte man fest, dass die Ärzte wenig Interesse an genossenschaftlich geführten Praxen zeigten. Größere Resonanz rief eine Dienstleistungsgenossenschaft hervor, die administrative Aufgaben wie Personalsuche oder Bestellungen übernehmen kann.

## 3 Ergebnisse der Ärztebefragung

Um dem Problem einer zunächst unbefriedigenden Datenlage zur ärztlichen Altersstruktur zu begegnen, wurde eine Befragung der niedergelassenen Ärzteschaft im Ostalbkreis durchgeführt. Abgefragt wurden – neben der Altersgruppe der Ärzte – der Einzugsbereich der Praxen sowie Stand, Zeitpunkt und Erfolgsaussichten bei Nachfolgersuche und Praxisabgabe.

Auch wenn die Auswertung zur Altersstruktur durch die später im Projekt durch die AOK Baden-Württemberg ermöglichte Lieferung von Altersdaten nicht mehr im Vordergrund steht, liefert die Befragung wertvolle Einblicke in die Versorgungssituation im Ostalbkreis. So wird alleine schon durch einen hohen Rücklauf von insgesamt 42 % deutlich, dass die Sicherung der Versorgung als Thema in der Ärzteschaft angekommen ist. Die Ergebnisse geben konkrete Hinweise auf die Zeiträume, in denen die Ärzte in den Handlungsräumen planen, ihre Praxen abzugeben. Gleichzeitig gibt die Befragung ein Stimmungsbild, das die pessimistische Einstellung der Ärzte bezüglich der Nachfolgersuche aufzeigt.

Die Hoffnung, über die Befragung die Mobilität der Patienten bei Arztbesuchen im Ostalbkreis abbilden zu können, wurde nur ansatzweise erfüllt. Es gab jedoch Hinweise darauf, dass gerade in den ländlicheren Bereichen des Kreises die Einzugsbereiche der Praxen klein sind, andererseits in den größeren Städten nur ein relativ geringer Anteil der Patienten aus den Umlandgemeinden stammt.

### Befragung und Rücklauf

Befragt wurden alle Hausärzte und niedergelassenen Fachärzte der allgemeinen, spezialisierten und gesonderten Versorgung im Ostalbkreis. Um den Blick auf die ambulante medizinische Versorgung zu erhalten, wurden ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten nicht befragt. Die Befragung wurde in Verbindung mit einem Anschreiben per Fax versendet. Nach einer ersten Rücklaufrunde wurde eine postalische Nachfassaktion durchgeführt.

Bezogen auf die aus der Arztsuche der KVBW bekannte Zahl der Hausärzte liegt der Rücklauf bei 38 %, bezogen auf die Fachärzte bei 45 %. Hervorzuhebende räumliche Schieflagen sind in der Erhebung nicht vorhanden (Abbildung 15). Im Abgleich des Rücklaufs mit der von der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung gestellten Altersstruktur (Abbildung 16) wird deutlich, dass in den Handlungsräumen Aalen und Schwäbischer Wald die älteren Ärzte über 60 Jahre unterrepräsentiert sind. Die Gruppe der über 65-jährigen ist zusätzlich noch im Handlungsraum Schwäbisch Gmünd leicht unterrepräsentiert.

Abbildung 15: Rücklaufstruktur und Überblick über anstehende Praxisabgaben

	Hausärzte			Fachärzte		
	Anzahl	Rücklauf	Praxisabgabe in ≤ 3 Jahren	Anzahl	Rücklauf*	Praxisabgabe in ≤ 3 Jahren
<b>PB Aalen</b>	58	24	5	88	40	3
Aalen	42	20	5	88	39	3
Essingen	6	0	0	0	0	0
Hüttlingen	4	2	0	0	1	0
Oberkochen	6	2	0	0	0	0
<b>PB Ellwangen</b>	24	12	6	26	13	5
Ellwangen	17	7	5	26	13	5
Rest	7	5	1	0	0	0
<b>PB Härtsfeld</b>	24	8	4	4	3	1
Bopfingen	8	1	0	4	3	1
Lauchheim	4	4	3	0	0	0
Neresheim	6	2	0	0	0	0
Rest	6	1	1	0	0	0
<b>PB Schw. Gmünd</b>	74	20	4	97	39	4
Heubach	7	0	0	0	2	0
Lorch	7	2	1	2	1	0
Mutlangen	6	0	0	13	1	0
Schwäbisch Gmünd	43	16	2	79	33	4
Rest	11	2	1	3	2	0
<b>PB Schwäb. Wald</b>	16	11	6	1	3	0
Abtsgmünd	4	4	1	0	0	0
Schwäb. Wald West**	6	3	2	1	3	0
Schwäb. Wald Ost**	6	4	3	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>196</b>	<b>75</b>	<b>25</b>	<b>216</b>	<b>98</b>	<b>13</b>

\* Vereinzelt gab es Rückmeldungen aus Städten und Gemeinden, in denen keine Fachärzte bekannt sind. Dies ist dadurch zu erklären, dass nicht alle Fachärzte bei der Arztsuche der KVBW registriert sind, die der Zahl der bekannten Ärzte zugrunde liegt.

\*\* Schwäb. Wald West: Durlangen, Gschwend, Spraitbach. Schwäb. Wald Ost: Echach, Göggingen, Heuchlingen, Leinzell.

Quelle: Eigene Befragung.

Abbildung 16: Altersstruktur der Hausärzte nach Befragungsergebnissen und AOK-Daten

	Altersverteilung Befragung					Altersverteilung AOK-Daten				
	Anzahl Hausärzte	Über 60		Über 65		Anzahl Hausärzte	Über 60		Über 65	
		Abs.	Ant.	Abs.	Ant.		Abs.	Ant.	Abs.	Ant.
<b>Aalen</b>	<b>64</b>	16	25%	9	14%	<b>52</b>	29	56%	15	29%
<b>Ellwangen</b>	<b>25</b>	10	40%	5	20%	<b>26</b>	10	38%	3	12%
<b>Härtsfeld</b>	<b>11</b>	6	55%	2	18%	<b>22</b>	12	55%	5	23%
<b>Schwäbisch Gmünd</b>	<b>59</b>	25	42%	7	12%	<b>62</b>	25	40%	12	19%
<b>Schwäb. Wald</b>	<b>15</b>	5	33%	4	27%	<b>15</b>	8	53%	6	40%

Quelle: AOK Baden-Württemberg, Stand: März 2020; Eigene Befragung

### Einschätzung der Nachfolgersuche

Die Erfolgchancen in der Nachfolgersuche werden nahezu durchweg pessimistisch bewertet. Insgesamt bezeichnen 92 % der Ärzte, die sich in der Befragung zu ihren Abgabechancen geäußert haben, die Nachfolgersuche als „eher schwierig“ und „nahezu unmöglich“. Bei denjenigen Ärzten, die ihre Nachfolgersuche noch nicht begonnen haben, ist der Pessimismus dabei tendenziell etwas weniger ausgeprägt: Nur ein Viertel dieser Gruppe hält die Nachfolgersuche für „nahezu unmöglich“. Demgegenüber steht die Gruppe derer, die sich aktiv auf der Suche befindet. Hier bewerten 43 % die Chancen in der schlechtesten Kategorie (vgl. Abbildung 17).

Abbildung 17: Einschätzung der Chancen zur Nachfolgersuche nach Suchstatus

	Anzahl	völlig unproblematisch	eher nicht schwierig	eher schwierig	nahezu unmöglich
Nachfolger gefunden	6	0 %	17 %	50 %	33 %
Auf der Suche	49	2 %	2 %	53 %	43 %
Nicht begonnen	98	1 %	9 %	65 %	24 %
Gesamt	153	1 %	7 %	61 %	31 %

Quelle: Eigene Befragung.

In einer räumlichen Betrachtung fällt auf, dass die Antworten aus der Hausärzteschaft der Stadt Aalen die Praxisabgabe im Gegensatz zu ihren Kollegen im restlichen Kreis deutlich häufiger für schwierig, aber dennoch möglich halten (Abbildung 18). Dies mag aber in Teilen durch die Rolle Aalens als zentrale, wichtige und dadurch noch am ehesten attraktive Stadt im Kreis zu erklären sein. Ebenfalls zeigen hier innovative Modelle wie etwas das Medi MVZ auf, wie der Übergang in moderne und attraktive Versorgungsstrukturen gelingen kann. Gleichzeitig waren die antwortenden Ärzte hier jünger als im Durchschnitt. In der fachärztlichen Versorgung ist das Bild räumlich weniger differenziert. Dennoch herrscht auch hier in Aalen ein etwas größerer Optimismus als in Schwäbisch Gmünd oder den anderen Städten und Gemeinden des Kreises.

Abbildung 18: Ortsspezifische Einschätzung der Nachfolgersuche (Hausärzte)

	Anzahl	völlig unproblematisch	eher nicht schwierig	eher schwierig	nahezu unmöglich
Aalen, Stadt	17	0 %	6 %	82 %	12 %
Schwäbisch Gmünd	16	0 %	6 %	50 %	44 %
Rest	40	0 %	5 %	53 %	43 %

Quelle: Eigene Befragung.

Abbildung 19: Ortsspezifische Einschätzung der Nachfolgersuche (Fachärzte)

	Anzahl	völlig unproblematisch	eher nicht schwierig	eher schwierig	nahezu unmöglich
<b>Aalen, Stadt</b>	33	6 %	12 %	58 %	24 %
<b>Schwäbisch Gmünd</b>	29	0 %	7 %	69 %	24 %
<b>Rest</b>	23	0 %	9 %	61 %	30 %

Quelle: Eigene Befragung.

### Patientenmobilität in der hausärztlichen Versorgung

In der Befragung wurde auch nach der Herkunft der Patienten gefragt. Hierzu gab es – auch aufgrund der räumlichen Struktur des Rücklaufs – nur punktuelle und für die meisten Städte und Gemeinden nicht statistisch relevant auswertbare Angaben. Damit können diese nur deskriptiv und als Schlaglicht verstanden werden. Ausnahmen sind Aalen, Ellwangen und Schwäbisch Gmünd. Hier wird angesichts der eher guten Hausarztversorgung im direkten Umfeld von eher geringer räumlicher Versorgungswirkung berichtet: ca. 80 % der Patienten in Aalen und Schwäbisch Gmünd kämen jeweils aus den Städten, ca. 70 % der Patienten in Ellwangen wohnten in der Stadt selbst. Auf den folgenden Rängen liegen erwartungsgemäß die jeweils umliegenden Städte und Gemeinden, wobei die weitere räumliche Aufteilung eher diffus bleibt.

Im Überblick über die kleineren Gemeinden wird nahegelegt, dass den Standorten in diesen Ortschaften eine auf die Gemeinde und maximal einzelne Nachbargemeinden bezogene Versorgungsfunktion zukommt. Zumeist gab es aus den kleineren Gemeinden jedoch nur ein bis maximal zwei Rückläufer. So gibt es über den Raum verteilt viele schlaglichtartige Einblicke, die zwar quantitativ nicht sinnvoll ausgewertet werden können, aber eben die stark lokale Wirkung der bestehenden Praxen in den ländlichen Bereichen des Kreises widerspiegeln.

### Weiterbildung

Ärztliche Weiterbildung – insbesondere durch einen Weiterbildungsverbund Allgemeinmedizin – stellt einen wichtigen Ansatz dar, um junge Ärzte in die Region zu locken. Derzeit werden die Weiterbildungsangebote im Ostalbkreis jedoch nicht im gewünschten Maß angenommen. Nur etwa die Hälfte der Hausärzte, die Fragen zur Weiterbildung beantwortet haben, verfügt überhaupt über eine Weiterbildungsermächtigung. Diejenigen, die eine Ermächtigung haben und teilweise im Weiterbildungsverbund aktiv sind, haben in der Mehrheit keine Ärzte in Weiterbildung in ihrer Praxis beschäftigt. Das gilt insbesondere für die Praxen außerhalb des Handlungsraums Aalen. Ähnliches wurde in den qualitativen Ärzteinterviews berichtet: Ärzte in Weiterbildung kämen zumeist nicht in den ländlichen Regionen an, sondern verblieben in den Städten. Vor diesem Hintergrund ist der Ausbau des Angebots im Weiterbildungsverbund zur Erhöhung der Attraktivität auch von peripher gelegenen Praxen dringend zu empfehlen (Kapitel 4.6).

Abbildung 20: Weiterbildungsermächtigungen und Ärzte in Weiterbildung

	Weiterbildungsermächtigung		
	Ja, AiW in Praxis	Ja, aber kein AiW	Nicht vorhanden
<b>Aalen</b>	5	7	10
<b>Ellwangen</b>	2	4	6
<b>Härtsfeld</b>	1	3	4
<b>Schw. Gmünd</b>	1	6	9
<b>Schwäb. Wald</b>	1	3	6
<b>Gesamt</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>35</b>

Quelle: Eigene Erhebung

## 4 Handlungsraumübergreifende Empfehlungen

### 4.1 Teilraumsensible Gesundheitspolitik

Der Ostalbkreis ist in sich kleinteilig und heterogen gegliedert. Dabei sind Infrastruktur, Bevölkerungsverteilung und -dichte, Landschaftsstruktur, Verknüpfung mit Nachbarkommunen und Landkreisen und nicht zuletzt das Versorgungsangebot ungleich verteilt. Im Rahmen der Einführung einer kleinräumigen hausärztlichen Bedarfsplanung wurden bereits Raumabgrenzungen geschaffen, die den unterschiedlichen Charakter und die unterschiedlichen Versorgungsverhältnisse abbilden. So lassen sich die Regionen um Aalen und Schwäbisch Gmünd deutlich von der ländlicheren Region Ellwangen abgrenzen, die wiederum eine weitaus stärker aufgestellte Versorgung aufweist als die Orte auf dem Härtsfeld oder im Schwäbischen Wald.

Damit bieten die Teilräume der kleinräumigen Bedarfsplanung eine gute räumliche Ebene für die weitere Gestaltung der Gesundheitspolitik. Sie bilden räumlich und funktional zusammenhängende Einheiten mit gemeinsamen und individuell abgrenzbaren Ausgangssituationen und Bedarfslagen. Vor diesem Hintergrund sollte eine dringend zu empfehlende weitere Beschäftigung mit der Sicherung der Gesundheitsversorgung insbesondere im Bereich der wohnortnahen hausärztlichen und nichtärztlichen Versorgung sensibel auf die individuellen Herausforderungen und Potenziale in den Teilräumen eingehen.

Grundsätzlich braucht es eine kreispolitische Einigung über die Bereitschaft zum Engagement im Gesundheitsbereich, einerseits zum endgültigen Zuschnitt der Handlungsräume, andererseits zu der kommunalen Handlungsbereitschaft. Das bedeutet vor allem eine Einigung in den Kreisgremien über Art und Umfang der Bereitschaft von der Flankierung von ärztlich getragenen Maßnahmen bis hin zur Übernahme von wirtschaftlicher und juristischer Verantwortung im Betrieb von Versorgungsangeboten. Hierbei sind insbesondere auch die in Kapitel 4.5 dargelegten Überlegungen zum Aufbau einer Trägerstruktur anzustellen und dem weiteren Vorgehen zu Grunde zu legen. Darauf aufbauend sollten Zielgrößen für die Versorgung in den Teilräumen formuliert werden. Dazu gehören Art und räumliche Struktur von Gesundheitszentren, möglicherweise anzugliedernde Facharztgruppen und andere Angebote wie z. B. Hebammenversorgung oder hausärztliche Belegbetten im Sinne einer Praxisklinik. Einen ersten Ausgangspunkt hierfür bilden die handlungsraumspezifischen Empfehlungen in Kapitel 4.

## 4.2 Ausbau der Gesundheitskoordination

Mit einem langjährigen Engagement in der Sicherung der Gesundheitsversorgung nimmt der Ostalbkreis bundesweit eine Vorreiterrolle ein. So hat sich in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft bereits 2009 eine Agenda gegeben, in der unter anderem die Handlungsfelder der Weiterbildung, der Sicherung der hausärztlichen Versorgung und der Förderung von Kooperationen erschlossen und eine aktive Rolle des Kreises eingeläutet wurden. Diese gilt es nun weiter auszubauen.

### 4.2.1 Entwicklung der Gesundheitskoordination zur Servicestelle

Ein umfassendes Engagement des Landkreises ist nur möglich, wenn in der Verwaltung die notwendigen Stellen geschaffen bzw. ausgebaut werden. Entsprechend ist das Aufgabenspektrum der Gesundheitskoordination für den Kreis zu erweitern: Die in den folgenden Kapiteln formulierten Ansätze sind nur umsetzbar, wenn die Gesundheitskoordination gestärkt wird und diese zusätzlichen Aufgaben aufnehmen kann.

Ziel sollte es sein, die Gesundheitskoordination zur Servicestelle und damit zum Ansprechpartner für Ärzte und andere Gesundheitsakteure auszubauen. Das Aufgabenspektrum wäre um folgende Punkte zu erweitern:

- Koordination der Dialogprozesse im Rahmen einer teilraumsensiblen Gesundheitspolitik
- Monitoring der lokalen Versorgungs- bzw. Bedarfslagen sowie von Nachbesetzungs- und Abgabeprozessen auf Basis der Gesundheitsdialoge und ergänzender statistischer Daten
- Aufbau, Koordination und Betrieb einer Servicestelle für Ärzte und andere Gesundheitsakteure: Beratung und Vermittlung bei Praxisentwicklungen mit Wirkung zur Versorgungssicherung (Gründung von LGZ, Vermittlung von Partnern), Koordinierung der ärztlichen Weiterbildung, Durchführen von Maßnahmen zur Nachwuchsförderung
- Gründung einer Trägergesellschaft zum Betrieb von Lokalen Gesundheitszentren in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft
- Koordination der Fördermaßnahmen bzw. Beteiligung durch den Kreis

### 4.2.2 Etablierung der Zukunftswerkstatt als Lenkungsgremium

Mit der Zukunftswerkstatt ambulante ärztliche Versorgung besteht bereits ein Gremium, das die gemeinsamen Aktivitäten von Landkreis und Ärzteschaft im Handlungsfeld der Versorgungssicherung bündelt. Im Rahmen der Erstellung der mit diesem Bericht vorgelegten Analyse hat die Gruppe bereits die Rolle eines Lenkungs- und Expertengremiums unter Beteiligung der Vertreter der zentralen Beteiligten eingenommen. Diese Rolle sollte ausgebaut und auf die Lenkung und Abstimmung der Aktivitäten der Servicestelle erweitert werden. Durch ihre Zusammensetzung kann die Gruppe einerseits als Fachgremium wirken, andererseits auch eine Scharnierwirkung in die Versorgungslandschaft hinein entfalten. Derzeit hat die Gruppe folgende Mitglieder:

- Geschäftsbereich Gesundheit der Landkreisverwaltung (vertreten durch die Beauftragte Gesundheitskonferenz/-planung)
- Landratsamt (vertreten durch die persönliche Referentin des Landrats)
- Vertreter der Kreisärzteschaft Schwäbisch Gmünd
- Vorsitzender der Ärzteschaft Aalen
- Geschäftsführung der Ostalbkliniken
- Bürgermeistervertreter
- Niedergelassene Ärzte
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Diese Gruppe sollte von Seite des Kreises durch die Leitungsebene des Geschäftsbereichs Gesundheit ergänzt werden, um von dieser Seite die strategische Ebene stärker einzubringen. Eine persönliche Teilnahme des Landrats wird bei ausreichend enger Abstimmung mit den nachgeordneten Vertretern des Landratsamts nicht als unbedingt notwendig gesehen, kann jedoch bei besonderen strategischen Entscheidungen zeitweise sinnvoll sein.

### 4.3 Teilraumdialoge

Im Zentrum einer teilraumsensiblen Gesundheitspolitik sollte der Dialog einerseits auf politischer Ebene mit den Städten und Gemeinden, andererseits zum weiteren Ausbau der mit den Gesundheitsakteuren erfolgen. Kernziel hierbei sollte es sein, die lokalen Bedürfnisse ausgehend von den Ergebnissen dieses Gutachtens weiter zu vertiefen und die skizzierten Handlungsansätze mit Leben zu füllen. Insbesondere gilt es, die Weichenstellung zum Aufbau Lokaler Gesundheitszentren vorzunehmen. So werden später Überlegungen zu konkreten Beteiligten, zu Trägerschaftsstrukturen sowie zu möglichen konkreten Standorten anzustellen sein. Zunächst gilt es jedoch, in den Handlungsräumen ein gemeinsames Problemverständnis herzustellen, auf dessen Basis gemeinsames Handeln aufbauen kann, und den Kreis als stärker handelnden und eingreifenden Partner in der Sicherung der Gesundheitsversorgung zu positionieren.

Auch in einem von kleineren, funktional zusammenhängenden Räumen ausgehenden Ansatz muss in einem ersten Schritt politisches „Kirchturmdenken“ überwunden werden. Der Idee, dass jede Gemeinde ihre eigene vollumfängliche medizinische Versorgung beibehalten kann und soll, ist somit der Ansatz einer regionalen Verantwortung gegenüber zu stellen. Dazu gehört insbesondere auch der Aufbau von starken Zentren, von denen aus dann wiederum die Versorgung in die Fläche hinein gewährleistet werden kann. Hierzu muss im Vorfeld geklärt werden, welche Rolle der Kreis bereit ist, in einer möglichen Trägergesellschaft zu übernehmen. Ebenfalls sollte geklärt werden, inwieweit Fördermöglichkeiten und Budgets zur interkommunalen Zusammenarbeit genutzt werden können, um gemeinsame Gesundheitsprojekte zu unterstützen.

### 4.3.1 Bürgermeistergespräche

Somit werden zunächst Gespräche mit den Bürgermeistern in den Teilräumen zu führen sein, in denen zum einen für die regionale Perspektive geworben und für die gemeinsamen Herausforderungen sensibilisiert, zum anderen der Kreis als Partner in der Sicherung der Gesundheitsversorgung positioniert wird und die Unterstützungsangebote des Kreises unterbreitet werden. Dem zu Grunde sollten die im vorliegenden Gutachten dargelegten regionalen Versorgungssituationen und Perspektiven liegen.

Am Ende geht es um die Feststellung, dass kleinteilige Alleingänge nicht ausreichen werden, um die notwendige Versorgung langfristig zu erhalten und dass stattdessen die funktional zusammenhängenden Städte und Gemeinden gemeinschaftlich handeln müssen. Weiterhin muss abgestimmt werden, wie weit sich auch die Städte und Gemeinden gemeinsam mit dem Kreis in den einzelnen Teilräumen in die entwickelten Versorgungslösungen einbringen (organisatorische Unterstützung bis Teilhabe an einer kommunalen Trägerschaft). Ausgehend von der zuvor erfolgten Positionierung des Kreises zu einer möglichen Trägerschaft können den Städten und Gemeinden Angebote und Konditionen zur Mitwirkung benannt werden.

### 4.3.2 Regionale Gesundheitsdialoge

Ausgehend von einer ersten politischen Verständigung über notwendige Maßnahmen wird der Schritt in langfristig zu etablierende Gesundheitsdialoge zu nehmen sein. Hier sind die Gesundheitsakteure der jeweiligen Handlungsräume zu beteiligen. Dazu zählen neben den Ärzten auch Apotheken und nichtärztliche Leistungserbringer sowie der Pflegebereich und Akteure z. B. in der Gesundheitsförderung. Die Gesundheitsdialoge haben zwei weitgehend voneinander unabhängig zu verfolgende Ziele:

#### **Umsetzung regionaler Handlungsansätze**

Das erste, kurz- bis mittelfristige Ziel der Dialogverfahren ist es, die Zielvorstellungen der Kommunen vorzustellen und zu diskutieren sowie die Gesundheitsakteure zur Mitwirkung einzuladen. Im Kern gilt es zu verhandeln, wie Lokale Gesundheitszentren und andere Ansätze ausgestaltet werden können, welche Akteure unter welchen Voraussetzungen bereit sind, sich in die Arbeit zum Aufbau einzubringen und welche Rolle die Städte und Gemeinden bzw. der Landkreis im Rahmen ihres zuvor vereinbarten Handlungsspektrums einnehmen können. Wichtige Partner sind hierbei insbesondere auch die bereits im Kreis etablierten innovativen Akteure wie etwa das MEDI-MVZ. Die Kernfragen müssen lauten: Wer übernimmt die Federführung im Aufbau (auch z. B. in Errichtung der Immobilie) und die wirtschaftliche/juristische Verantwortung? Wer bringt seine Praxis ein? Und: Welche Zusatzangebote können gemacht werden, um die neuen Strukturen attraktiv für junge Ärztinnen und Ärzte zu machen?

Eine wichtige Nachricht dabei lautet, dass die Ziele nicht gegen die Gesundheitsakteure oder mit Zwang durchgesetzt werden sollen, sondern dass eine gemeinsame Lösung angestrebt wird. Dennoch kann es nicht um die Erzeugung einer Einstimmigkeit über eine

Lösung gehen, sondern um die Entwicklung eines abgestimmten und gut kommunizierten Vorgehens. Letztendlich wird eine Variante für Aufbau, Beteiligung und kommunalen Anteil am Aufbau einer Versorgungslösung umzusetzen sein.

Sowie der Dialog mit den Ärzten als zentrale Versorgungsakteure etabliert ist, können weitere Gesundheitsakteure aus den Bereichen Pflege, nichtärztliche Leistungserbringung, Apotheken etc. einbezogen werden. Ziel ist es, einen andauernden und vertrauensvollen Dialog mit den lokalen Akteuren zu etablieren.

### **Regionales Versorgungsmonitoring**

Unabhängig von den kurz- bis mittelfristig erzielbaren Ergebnissen sollte es Ziel sein, die Dialoge als Teil eines langfristigen Versorgungsmonitorings zu etablieren. Hierbei geht es darum, die dynamische Entwicklung der lokalen Bedarfslagen von Nachbesetzungs- und Abgabeprozessen im Blick zu behalten. Mit dieser Verstetigung der mit dem Gutachten begonnenen dialogbasierten Erfassung der Versorgungssituation wird gewährleistet, dass der Kreis eine Rolle als Gestalter und Vermittlungsstelle in der Gesundheitsversorgung wahrnehmen kann.

## **4.4 Grundempfehlungen für Lokale Gesundheitszentren**

Im Zentrum der Empfehlungen steht der Aufbau Lokaler Gesundheitszentren für die Primärversorgung. Während im Vorfeld Empfehlungen zum Leistungsspektrum der Gesundheitszentren ausgesprochen werden können, sind die Fragen nach der kleinräumigen Organisation und der Umsetzung vor Ort noch nicht klar zu beantworten. Dies muss in Überlegungen zum Aufbau und Betrieb (Kapitel 4.5) und in den in Kapitel 4.2 skizzierten Teilraumdialogen geschehen. Dennoch können im Vorfeld Leitlinien für die Entwicklung formuliert werden.

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

Bei der Entwicklung Lokaler Gesundheitszentren ist es zentral, eine „Public Health“-Perspektive einzunehmen, damit das übergeordnete Ziel einer Sicherung der Versorgung auf regionaler Ebene bei der Steigerung der Attraktivität für potenzielle Nachfolger im Blick behalten wird. Der Zusammenschluss mehrerer Kleinpraxen zu einer Berufsausübungsgemeinschaft ist z. B. ein recht üblicher Prozess und resultiert nicht automatisch in innovativen Strukturen, sondern fällt in die Kategorie der Entwicklung ärztlicher Be-

triebe. Deshalb sollten die angestoßenen Prozesse einer kritischen Betrachtung unterzogen und kommunale Unterstützung an die Bedingung geknüpft werden, sodass die vorgeschlagenen Maßnahmen im Interesse der Versorgungssicherung wirksam sind. Dabei können folgende Leitfragen zu Hilfe genommen und im Vorfeld Mindestansprüche an die einzelnen Handlungsfelder gestellt werden:

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

Sofern die entwickelten Maßnahmen dem Anspruch der Versorgungssicherung nicht hinreichend gerecht werden, sollte von Seite der Kommunen darauf eingewirkt werden, beim Aufbau entsprechende Strukturen zu berücksichtigen und diese auch aktiv zu fördern.

#### 4.4.1 Hausärztliche Schwerpunktsetzung

Lokale Gesundheitszentren in den Handlungsräumen im Ostalbkreis werden in erster Linie empfohlen, um die hausärztliche Versorgung zu sichern. Hier ist der größte regelmäßige Versorgungsbedarf für die Bevölkerung gegeben und gleichzeitig die stärkste Ausdünnung in der Fläche zu beobachten: Traditionelle Klein- und Einzelpraxen können vielfach nicht mehr nachbesetzt werden, da der Betrieb dieser traditionellen Praxisformen für die nachrückende Ärztegeneration wenig attraktiv ist, während gleichzeitig ein Überangebot an freierwerdenden Praxen besteht. Dies gilt im Ostalbkreis gleichermaßen in den eher städtisch geprägten Handlungsräumen Aalen und Schwäbisch Gmünd wie auch in den ländlicheren Bereichen von Ellwangen, dem Härtsfeld und dem Schwäbischen Wald.

Dem hausärztlichen Kern können weitere Angebote angegliedert werden, die in Kapitel 4 teilraumspezifisch beschrieben werden. Die Integration der Versorgung mit fachärztlichen Leistungen wird dabei in den weniger zentralen Handlungsräumen des Kreises nicht empfohlen.

Grundsätzlich wird die fachärztliche Versorgung im Ostalbkreis in der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung – anders als in der hausärztlichen Versorgung – in vielen Facharztgruppen als vollversorgt beurteilt. In der auf Landkreisebene geplanten Allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind neue Niederlassungen bei HNO-, Kinder- und

Nervenärzten sowie bei Psychotherapeuten möglich. Mit Ausnahme der HNO-Ärzte (VG 98,8) liegen die Versorgungsgrade auch bei diesen Fachgruppen über 100. Das in Teilregionen empfundene Defizit beruht damit zunächst vor allem auf einem Verteilungs- und möglicherweise auf einem Effizienzproblem bei den bestehenden Anbietern.

Die fachärztliche Versorgung ist bereits jetzt auf die städtischen Regionen fokussiert. Fachärztliche Angebote profitieren oftmals stärker als Hausarztpraxen von einer institutionellen Nähe zu Kliniken und niedergelassenen Kollegen und sind gleichzeitig oftmals größere Praxen mit mehreren Ärzten, die teure Gerätschaften gemeinsam nutzen. Diese Praxen sind in kleineren und dadurch zumeist für Ärzte und Patienten schlechter zu erreichenden Orten nicht tragfähig. Eine vollumfängliche Facharztpräsenz wird insbesondere im Schwäbischen Wald und auf dem Härtsfeld kaum zu halten sein. Lokale Gesundheitszentren in den ländlichen Regionen können jedoch bei lokaler Unterversorgung Ausgangspunkt für Zweigsprechstunden durch niedergelassene oder ermächtigte Fachärzte sein. Räume, Administration, Serviceleistungen etc. sind in dem Fall durch das Lokale Gesundheitszentrum zu stellen.

#### 4.4.2 Struktur- und Angebotsentwicklung

Neben der Empfehlung einer hausärztlichen Schwerpunktsetzung gibt es nur eine allgemeingültige Empfehlung, wie die Struktur Lokaler Gesundheitszentren idealerweise aufzubauen ist: Sie müssen passgenau auf die spezifischen Bedürfnisse vor Ort und die dort vorhandenen Potenziale angepasst werden. Somit muss insbesondere die Frage der Trägerschaft (ärztlich, kommunal, Krankenhaus, Kassenärztliche Vereinigung oder eine Kooperation dieser Akteure) und der räumlichen Struktur der Situation angepasst gewählt werden. Erste Ansätze für die räumliche Struktur in den Teilräumen werden in den handlungsraumspezifischen Empfehlungen formuliert. Möglich sind sämtliche Mischformen zwischen zentralen Modellen mit einem gut erreichbaren Hauptstandort und vollständig dezentralen Modellen mit kleinen Praxen, die unter ein gemeinsames organisatorisches Dach gestellt werden. Ebenfalls möglich sind telemedizinische Angebote: So werden etwa in Baden-Württemberg derzeit sogenannte „OhneArztPraxen“ erprobt, bei denen speziell weitergebildete Medizinische Fachangestellte in Verbindung mit zugeschalteten Ärzten die Patientenkontakte abwickeln<sup>4</sup>.

Auch in der Angebotsstruktur gilt es, sich den lokalen Gegebenheiten anzupassen und sie zu nutzen. Obwohl eine fachärztliche Schwerpunktsetzung nicht empfohlen wird, gibt es dennoch ein breites Spektrum an Angeboten, die an die Lokalen Gesundheitszentren angegliedert werden können, um das Angebot für Ärzte und Patienten attraktiver zu gestalten. Denn der Aufbau Lokaler Gesundheitszentren erlaubt es, zuvor räumlich versplitterte Gesundheitsangebote zusammenzulegen und gleichzeitig Raum für neue Angebote zu schaffen. Im Dialog über die Entwicklung eines LGZ sollten daher auch folgende Gesundheitsakteure mit angesprochen werden:

- Vor Ort niedergelassene Fachärzte
- Physio- und Ergotherapeuten und Logopäden
- Vertriebe medizinischer Hilfsmittel (Sanitätshäuser)

---

<sup>4</sup> Mehr Informationen unter: [www.ohnearztpraxis.de](http://www.ohnearztpraxis.de)

- Apotheken
- Filialen und Beratungsstellen der Krankenkassen
- Mobile Pflegedienste, Pflegestützpunkt
- Anbieter aus der Gesundheitsförderung (z. B. Beratungsanbieter, Seniorensport)
- Gemeindeschwester

Mit diesen Akteuren wird zu klären sein, ob und in welcher Form eine Mitarbeit und Angliederung am Lokalen Gesundheitszentrum in Frage kommt. Diese kann in der Verlagerung der eigenen Räumlichkeiten in eine neue Immobilie (z. B. Fachärzte, Therapeuten, Beratungsstellen) oder der Verlagerung von Filialen (z. B. Sanitätshäuser, Apotheken) liegen, aber auch in Angeboten in den Räumen des LGZ (z. B. Sprechstunden, Seniorensport).

#### 4.5 Aufbau einer Trägergesellschaft für Lokale Gesundheitszentren

Der Übergang von einer stärker auf Lokalen Gesundheitszentren gestützten Versorgung setzt voraus, dass bestehende Praxen in diese neu aufzubauenden Gesundheitszentren (juristisch und wirtschaftlich, nicht zwingend räumlich) integriert werden. Im Idealfall handelt es sich dabei zunächst um Praxen, für die eine „traditionelle“ Nachfolgelösung (selbständiger Arzt sucht Nachfolger zur Übernahme der Praxis) absehbar nicht gefunden wird. In der Regel obliegt es dem abgebenden Arzt, zu entscheiden, ob und wann er die Nachfolgersuche als nicht aussichtsreich einstuft und davon ausgehend eine Abgabe seiner bisherigen Einzelpraxis an ein Lokales Gesundheitszentrum in Betracht zieht oder anstrebt. Eine frühe Entscheidung ermöglicht einen planbaren und geregelten Übergang und ist insofern vorteilhaft. Wichtig ist vor allem, dass die Praxis nicht (vorübergehend) geschlossen wird, damit die Patientenversorgung und die auch zur wirtschaftlichen Fortführung der Praxis wichtige Patientenbindung gewährleistet bleibt.

Besonders wichtig ist, dass zum Zeitpunkt der gewünschten Ab- und Weitergabe ein Lokales Gesundheitszentrum besteht, das die Praxis aufnehmen und integrieren kann. Dabei geht es weniger um die physische Existenz des Gesundheitszentrums als zunächst um die juristische Existenz und wirtschaftliche Handlungsfähigkeit einer entsprechenden Betreiber- oder Trägergesellschaft, die aktiv an der Gründung und Weiterentwicklung von Lokalen Gesundheitszentren arbeitet. Dies setzt insofern voraus, dass, bevor die Ab- und Weitergaben der Altpraxen in Gang kommen, eine entsprechende Trägergesellschaft gegründet wurde. Häufig besteht die Erwartung, dass sich entsprechende Initiativen aus der Ärzteschaft bilden. Dies können sowohl Einzelpersonen oder aber Kooperation von Ärzten sein. Auch Krankenhäuser können sich in dieser Hinsicht mit eigenen Tochtergesellschaften engagieren. Bislang sind in Deutschland unterschiedliche Formen zu beobachten (vgl. Exkurs).

Insgesamt gilt aber, dass ein derartiges Engagement mehr Ausnahme als Regel und keinesfalls flächendeckend vorhanden ist. In vielen Regionen werden deswegen Praxen insbesondere im hausärztlichen Bereich ohne Nachfolger geschlossen. Selbst wenn ein-

zelne Ärzte im Ostalbkreis das Interesse haben, eine leistungsfähige, größere Praxis aufzubauen (wie z. B. mit dem Medi MVZ in Aalen geschehen), ist damit keine flächendeckende Versorgung für den Landkreis garantiert. In den empfohlenen Teilraumdialogen wird deswegen nicht nur zu prüfen sein, welche Praxen für den Übergang in ein Lokales Gesundheitszentrum in Frage kommen, sondern auch, ob es einen Träger mit Interesse an der Übernahme von Praxen gibt und ob dessen Konzept eine ausreichende Versorgungssicherheit und -qualität für den jeweiligen Teilraum bietet. Insbesondere wenn dies nicht der Fall ist, sollte eine kommunal bzw. vom Landkreis initiierte Trägergesellschaft bereitstehen. Wichtig ist, dass deren Engagement vor Ort in Abstimmung mit den Gemeinden und den Ärzten im Teilraum gesteuert wird.

Eine derartige mehrheitlich kommunale Gesellschaft hätte im Schwerpunkt die Aufgabe, dort Praxen zu übernehmen,

- wo vorhandene Praxen keinen Nachfolger finden oder wo unabhängig von einer akuten Nachfolgeproblematik Praxisinhaber ein Interesse daraus haben,
- wo sich zur Sicherung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung der Aufbau eines Lokalen Gesundheitszentrums empfiehlt.

Die Möglichkeit zum Aufbau von Lokalen Gesundheitszentren entsteht dabei im Wesentlichen aus der schrittweisen Übernahme von Praxen und deren wirtschaftlicher, juristischer und fachlicher Integration in das Gesundheitszentrum. Unabhängig von den jeweils gesetzten räumlichen Schwerpunkten sollte die Gesellschaft sich als Versorger für den gesamten Landkreis verstehen. Im Grundsatz ist es denkbar, dass die Gesellschaft als Holding angelegt ist, sodass die Lokalen Gesundheitszentren als Tochtergesellschaften arbeiten, bei denen die jeweiligen ärztlichen Leitungen Mitgesellschafter sind. Dies würde es auch erleichtern, die aufgebauten Gesundheitszentren zur reprivatisieren, sofern dies beiderseits gewünscht ist. Für die Variante, bei der Lokale Gesundheitszentren unselbständige Betriebsstellen der Trägergesellschaft sind, spricht die Möglichkeit, die ärztliche Leitung ebenfalls im Angestelltenstatus zu belassen, sodass diese möglicherweise leichter zu besetzen sein werden. Es können aber auch beide Varianten nebeneinander betrieben werden, sodass die Einzelfallentscheidung von den jeweiligen örtlichen und persönlichen Konstellationen abhängig gemacht werden kann.

Ein wichtiger Aspekt der Geschäftstätigkeit wird sein, dass der Ankauf der Altpraxen nach klaren Bewertungsregeln erfolgt, sodass hier nicht der Eindruck einer Vorteilsgewährung entstehen kann. Ferner dürfte es auch für die Akzeptanz eines solchen Konstrukts in der Ärzteschaft wichtig sein, klar zu regeln, dass eventuell erwirtschaftete Überschüsse in die ambulante Versorgung und eng damit verbundene Leistungen zurückgeführt werden. Um die ärztliche Tätigkeit in den Gesundheitszentren zusätzlich attraktiv zu machen und um Kostenvorteile zu realisieren, ist es naheliegend, die Trägergesellschaft auch als Servicegesellschaft für den Betrieb der Gesundheitszentren anzulegen und die Gesundheitszentren dementsprechend von diesen Aufgaben zu entlasten. Dies kann z. B. umfassen:

- die Übernahmen von administrativen Aufgaben (Abrechnung, Buchhaltung, Lohnbuchhaltung etc.)
- den gemeinsamen Einkauf von Verbrauchsmaterialien und Einrichtungen

- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln
- den Betrieb einer gemeinsamen IT-Infrastruktur
- die Organisation der gegenseitigen Vertretung und der erforderlichen Bereitschaftsdienste, auch, um individuelle und verlässliche Arbeitszeitregelungen zu ermöglichen
- die Beschaffung (Bau, Anmietung) und Unterhaltung der Praxisräume
- das Angebot von ergänzenden Dienstleistungen (wie z. B. Patientenfahrdienste) in Eigenregie oder in Kooperation mit geeigneten regionalen Dienstleistern (Aushandeln von Kooperationsverträgen).

Gegebenenfalls können diese Leistungen zumindest teilweise auch für die nicht innerhalb der Trägergesellschaft organisierten Praxen angeboten werden. Ein derartiger Zusatznutzen für die niedergelassenen Ärzte kann die Zustimmung gegenüber einer entsprechenden kommunalen Gesellschaft erhöhen. Zu diesem Zweck empfiehlt sich auf dem Weg in die Gründung auch eine im Dialog mit der Ärzteschaft erarbeitete Machbarkeitsstudie.

## Best Practice: Lokale Gesundheitszentren

Einige Beispiele zeigen, wie Lokale Gesundheitszentren erfolgreich zur Sicherung der Gesundheitsversorgung beitragen. In diesen Zentren werden attraktive Arbeitsbedingungen für junge Nachwuchsärzte geboten. 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 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 Fachärzten.

Solche Gesundheitszentren können sowohl von Ärzten wie auch von Krankenhäusern, der KV oder Kommunen initiiert und in unterschiedlichen Rechtsformen getragen werden. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Organisationsform und ihrer räumlichen Organisation: Lokale Gesundheitszentren können zentral an einem Standort ihre Leistungen anbieten oder sie sind dezentral organisiert und haben mehrere Standorte.

**Abbildung 21: Trägerschaft und räumliche Struktur guter Beispiele für Gesundheitszentren**

Initiatoren/Träger	Standort/räumliche Organisation	
	zentral	dezentral
Ärzte	Gesundheitszentrum Büchenbeuren	Regiodocs, Ärztegemeinschaft Schladen
Krankenhaus		MVZ Mühlbachtal
Praxisnetz	Ärztegemeinschaft Liebenauer Feld	
Kommune	Gesundheitszentrum Einrich, Ärztezentrum Büsum	

### Ärztegemeinschaft Liebenauer Feld (eG)

Im Wormser Gesundheitsnetz WoGe sind 100 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 freiwerdenden Arztsitzen. 2015 wurde daher die Arztpraxis „Ärztegemeinschaft Liebenauer Feld“ eröffnet, in der eine hausärztliche und pädiatrische Praxis untergebracht ist. Die WoGe-Service GmbH (als hundertprozentige Tochter der WoGe) ist Dienstleisterin für die 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, Arbeits-

schutz, Rahmenverträge mit Dienstleistern, Teilnahme an integrierten Versorgungsverträgen (etwa zu Herzinsuffizienz) oder um 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 Ärzte die Praxis, während das Gesundheitsnetz WoGe die Dienstleistungen abseits der diagnostischen und therapeutischen Betreuung der Patienten leistet.

Abseits des Praxismanagements bietet das Wormser Gesundheitsnetz WoGe weitere Services an. Hierzu zählen Schulungen für Patienten (z. B. zum Thema Ernährung), zertifizierte Fortbildungen und Veranstaltungen für Ärzte wie z. B. Treffen zum Austausch der WoGe-Ärzte („Hausarzt trifft Facharzt“). Hinzukommend stehen in der Geschäftsstelle in Worms Besprechungs- und Schulungsräume zur Verfügung.<sup>5</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 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 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 und eine neue Ärztin wurden zunächst von 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 Patienten Versorgungskontinuität zu gewährleisten. Die Verbandsgemeinde als Träger der AÖR bietet den Ärzten flexible Arbeitszeitmodelle. Seit Oktober 2017 sind zwei Ärzte zu 100 %, eine Ärztin zu 50 % und zwei weitere Ärzte zu 50 % im MVZ beschäftigt. Ein Großteil der Medizinischen Fachangestellten aus den beiden Praxen wurde übernommen.

<sup>5</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)

### Ärztzentrum Büsum (gGmbH)

Bis 2014 praktizierten in Büsum (Schleswig-Holstein) fünf niedergelassene Hausärzte mit einem Altersdurchschnitt von 64 Jahren in Einzelpraxen. Da die Nachfolgersuche vergeblich blieb, baten vier der fünf 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 Hausärzte 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 vier Hausärzte sowie drei Weiterbildungsassistenten und acht MFAs. 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 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).

### 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 in Frage 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: 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.).

## 4.6 Ärztliche Nachwuchsförderung

Die Ausgangssituation im Bereich der (haus-)ärztlichen Weiterbildung im Ostalbkreis ist gut. Das Netz von an den Weiterbildungsverbund (WBV) angeschlossenen Praxen und Kliniken umfasst den gesamten Landkreis. Aber trotz der breiten Bereitschaft der Hausärzte im Kreis, in ihrer Praxis Studierende oder Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) aufzunehmen, ist das Angebot größer als die Nachfrage seitens des ärztlichen Nachwuchses. Das zeigen auch die Ergebnisse der Ärztebefragung (Kapitel 3).

So berichten beispielsweise Hausärzte aus dem Schwäbischen Wald, dass hier die Lage für junge Ärzte nicht attraktiv genug sei. Es fehle an Infrastruktur wie ÖPNV, aber auch an „Nachtleben“. Generell gelte: Je ländlicher die Praxis liegt, desto schwieriger sei es, junge Ärzte in Aus- und Weiterbildung zu gewinnen. Die meisten blieben in den Städten mit guter Infrastruktur und ÖPNV, wie z. B. Aalen oder Schwäbisch Gmünd.

Ziel einer weiteren ärztlichen Nachwuchsförderung sollte über die derzeitigen Initiativen und Maßnahmen hinaus die Schaffung von Angeboten und Anreizen sein, die die Tätigkeit in ländlicheren Regionen attraktiver machen könnten.

### 4.6.1 Maßnahmen für Ärzte in Weiterbildung

#### Schärfung des WBV-Profiles

Um die Gewinnung von ÄiW zu steigern, sollte eine Überprüfung der Koordinierung und des Angebotsumfanges im WBV erfolgen. Dabei geht es darum, die Rahmenbedingungen und besondere Kennzeichen des Weiterbildungsverbunds im Wettbewerb mit anderen Regionen zu schärfen und nach außen darzustellen - insbesondere, welche Vorteile der Verbund im Vergleich zu anderen Verbänden in der Region und im landesweiten Vergleich bietet. Leitfragen dazu sind: Wer sind wir? Was bieten wir? Was zeichnet uns aus?

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

- Erfolgt die Vermittlung der Lerninhalte in Klinik und Praxis strukturiert oder „nebenbei“ im Tagesgeschäft? Wird Zeit dafür reserviert, dem ÄiW bestimmte Techniken und Lernthemen systematisch zu vermitteln? Sind die Weiterbilder didaktisch geschult und gibt es Seminare zur gezielten Aufarbeitung fachlicher Inhalte?
- Die fachliche Vielfalt der am Verbund teilnehmenden Partner
- Ist eine Freistellung der ÄiW für Fortbildungen (mindestens fünf Tage im Jahr) möglich? Teilnahme und Kostenübernahme von Fortbildungen, Seminar- und Mentorenprogrammen?
- Wird dem ÄiW ein erfahrener Hausarzt als Mentor zur Verfügung gestellt (nicht der Arbeitgeber)?
- Findet eine Vernetzung der ÄiW untereinander statt (z. B. über gemeinsame Fortbildungen)?

- Gibt es Fortbildungen zu Themen wie Praxisorganisation und -management, Personalführung etc.?
- Können ggf. weitere Zusatzqualifikationen erworben werden, die später in der Praxis hilfreich sind oder aufgrund derer weitere Leistungen abgerechnet werden können? (z. B. Rettungsmedizin, Palliativmedizin, Geriatrie, Psychosomatik, Chirotherapie etc.). Erfolgt hierfür eine Freistellung oder werden diese sogar bezahlt?
- Mögliche Arbeitszeitmodelle, z. B. ist Teilzeitarbeit möglich, auch für männliche ÄiW?
- Werden flexible Lösungen angeboten, die vom Rotationsplan her auch einen Beginn der Weiterbildung in einer Praxis ermöglichen? Insbesondere für Frauen mit Familie könnte dies den Einstieg erleichtern.
- Urlaubsregelungen
- Gibt es weitere Unterstützungsangebote?
  - Arbeitsstelle für den Partner suchen
  - Unterstützung bei der Wohnungssuche
  - Wohnung/Haus finden
  - Kinderbetreuung organisieren
- Was zeichnet die Region aus?
  - Infrastruktur (Kita, Schulen, Versorgungseinrichtungen, etc.)
  - Kulturelle- und Freizeitangebote
  - Geografische Lage (Nähe zu...) und Verkehrsanbindung
  - Allgemeines Preisniveau
  - Landschaftliche Schönheit

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

Erfahrungsgemäß sind junge Menschen aus einer Region eher bereit, in diese Region zurückzukehren, weil sie sich hier verwurzelt fühlen. Daher wäre ein weiterer Ansatz, ÄiW ausfindig zu machen, die aus dem Ostalbkreis stammen und diese gezielt anzusprechen.

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

Auch wenn viele dieser Themen in den bisherigen Aktivitäten des Kreises bereits berücksichtigt und umgesetzt wurden, ist es sinnvoll, die Aufstellung als „Checkliste“ zu nutzen und die einzelnen Punkte daraufhin zu analysieren, in welcher Weise und von wem dies derzeit in der Praxis erfolgt und ob es Optimierungspotentiale gibt.

### **Zusatzangebote für spezielle Zielgruppen**

Attraktive zusätzliche Angebote könnten den WBV ebenfalls unter Mitbewerbern herausheben. Beispielsweise können bestimmte Zielgruppen in den Fokus genommen werden.

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

Ebenfalls ein wichtiger Faktor für junge Ärztinnen ist die Möglichkeit, sich mit Gleichgesinnten auszutauschen und sich einer Gruppe in ähnlicher Situation zugehörig zu fühlen. Einen solchen Rahmen bieten die Seminargruppen der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin. Aber auch vor Ort könnten die ÄiW dabei unterstützt werden, sich innerhalb des Weiterbildungsverbundes zu vernetzen und eine solche Gruppe zu bilden.

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

### **Einrichtung einer Servicestelle für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung**

Ein weiteres Zusatzangebot könnte eine individuelle Betreuung der jungen ÄiW und ihrer Familien sein, die über die derzeit von den Koordinierungsstellen, Kompetenzzentren Weiterbildung und den Ansprechpartnern in Kliniken und Praxen angebotene Unterstützung hinausgeht.

Im Rahmen des Weiterbildungsverbundes könnte eine zentrale Anlaufstelle als erster Ansprechpartner für junge Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung fungieren (vgl. Kapitel 4.2). Aufgabe dieser „Servicestelle“ für ÄiW wäre es, eine individuelle Beratung für jeden Bewerber anzubieten und mit ihm gemeinsam ein „Rundum-sorglos-Paket“ zu schnüren, das sowohl die berufliche als auch die private Situation berücksichtigt.

Im Einzelnen könnten folgende Maßnahmen angeboten werden:

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

#### 4.6.2 Maßnahmen für Medizinstudierende und Schüler

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 Landkreis aufmerksam zu machen.

Ein weiterer Baustein ist die enge Kooperation mit den Universitäten, um den Landkreis bei Studierenden bekannt zu machen. Eine besondere Herausforderung ist die Lage des Ostalbkreises in der Universitätslandschaft in Deutschland. Die nächstgelegene Universität mit einem allgemeinmedizinischen Institut ist die Universität Ulm in etwa einer

Stunde Fahrzeit. Deutlich weiter entfernt sind die Universitäten Tübingen und Würzburg (die Universität Stuttgart betreibt kein Institut für Allgemeinmedizin). Umso wichtiger ist es, die Studierenden an den Universitäten anzusprechen und hier gezielt Werbung für den Landkreis zu machen. Für PJler, die eine Rotation durch Lehrkrankenhaus und Praxis im Landkreis wahrnehmen wollen (z. B. je ein Tertial Chirurgie und Innere Medizin in der Klinik und ein Tertial Allgemeinmedizin in einer Hausarztpraxis), könnten z. B. ÖPNV-Zuschüsse für Wochenendheimfahrten oder ggf. sogar ein Mietwagen („PJ-Mobil“) bereitgestellt werden.

Ein weiteres Modul eines Nachwuchsförderungskonzepts ist eine systematische Nutzung aller Möglichkeiten zur Akquise von werdenden und jungen Ärzten, die das Studium abgeschlossen haben. Aktivitäten wie die der DonauDocs in der Stadt Tuttlingen in Baden-Württemberg<sup>6</sup> leisten hier einen entscheidenden Beitrag und sollten gezielt gefördert werden. Initiatoren dieser 2013 gegründeten Initiative waren junge Hausärzte und die Kommunalpolitik im Landkreis Tuttlingen. Neben einer eigenen Geschäftsstelle sowie einem Internet- und Youtube-Auftritt<sup>7</sup> finden jährlich die „DonauDoc Live-Events“ statt, bei denen ein buntes Programm mit Vorträgen, praktischen Workshops zu den Themen Nahttechniken, EKG und Notfallmedizin, persönlichen Gesprächen mit Kommunalpolitikern, niedergelassenen Ärzten und einer Beratung durch die KVBW stattfindet. Hospitationen in verschiedenen Hausarztpraxen ermöglichen persönliche Kontakte und Begegnungen mit jungen, hochmotivierten 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>8</sup>.

Unterstützt werden Schülerpraktika sowie Medizinstudierende mit Bücherstipendien, Praxistrainings (DonauDoc EKG- und Notfallkurs im Klinikum Landkreis Tuttlingen) und die 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 Landarztstätigkeit zu begeistern, ist das Angebot der „Landarztmacher“ im Bayerischen Wald<sup>9</sup>. Ausgehend von einer größeren Gemeinschaftspraxis haben sich mehrere Hausärzte vernetzt und bieten jeden Sommer und Winter je eine vierwöchige Famulatur für Gruppen von Medizinstudierenden mit einem hochattraktivem Programm an. Die Studierenden müssen sich mit einem Motivationsschreiben 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 und dann geht es in die praktische Ausbildung in unterschiedliche Praxen. Mittlerweile ist die Nachfrage nach Plätzen höher als das Angebot. Weitere, bereits bekannte Ansätze

<sup>6</sup> Siehe [www.tuttlingen.de/de/Leben-in-Tuttlingen/Service/Gesundheitswesen/Aerztliche-Versorgung/Donaudoc\\_Initiative](http://www.tuttlingen.de/de/Leben-in-Tuttlingen/Service/Gesundheitswesen/Aerztliche-Versorgung/Donaudoc_Initiative)

<sup>7</sup> Siehe [www.youtube.com/watch?v=XfVWS3uh0Mw](http://www.youtube.com/watch?v=XfVWS3uh0Mw)

<sup>8</sup> Siehe [www.donaudoc.de](http://www.donaudoc.de)

<sup>9</sup> Siehe [www.landarztmacher.de](http://www.landarztmacher.de)

sind die Landtage, bei denen Bürgermeister Medizinstudierende einladen, um mit einem attraktiven Angebot die Region vorzustellen<sup>10</sup> sowie die Initiative des Hausärzteverbands LandArztLebenLieben<sup>11</sup>.

---

<sup>10</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>11</sup> Siehe <https://www.perspektive-hausarzt-bw.de/aktionen/lall/> sowie <https://www.hausarzt-bw.de/news-13777/>

# 5 Handlungsraumspezifische Ergebnisse und Empfehlungen

## 5.1 Standortanalyse

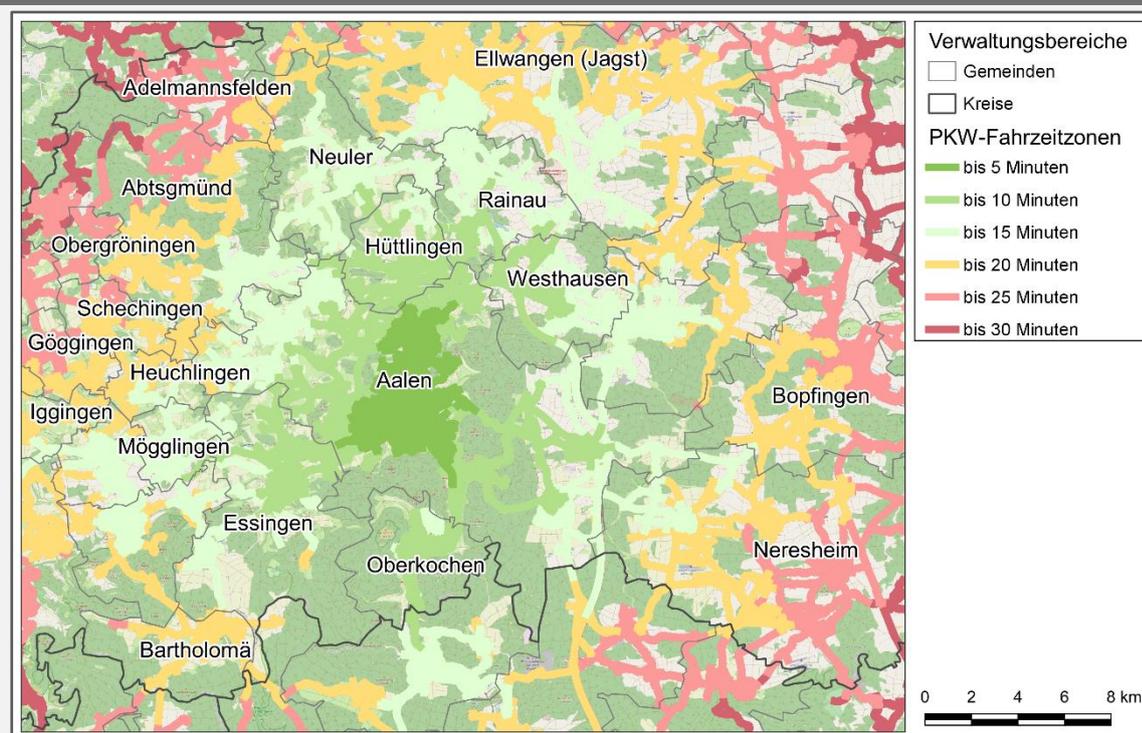
Ausgehend von der Analyse der Versorgungsstruktur im Ostalbkreis wurde eine Standortstruktur entwickelt, die zu einer nachhaltigen Sicherung der Versorgung geeignet ist und ausgehend von ihren Hauptstandorten die Versorgung in der Fläche und in den weniger erschlossenen Teilräumen des Kreises gewährleisten kann. Die Hauptstandorte sind dabei so im Kreisgebiet verteilt, dass einerseits eine gute Erreichbarkeit für die zu versorgende Bevölkerung gewährleistet ist und andererseits die Standorte eine geeignete Mindestgröße aufweisen können, die für den Aufbau und Betrieb innovativer Versorgungsstrukturen geeignet ist. Zielsetzung war eine Struktur von Standorten, die im Durchschnitt je 30.000 Patienten betreuen können. Die Zielgröße von 30.000 Patienten ist insbesondere in den stärker ländlich geprägten Regionen im Schwäbischen Wald und auf dem Härtsfeld bei zumutbaren Fahrzeiten nicht zu gewährleisten; hier werden kooperative Lösungen notwendig sein. So können beispielsweise mehrere kleinere Standorte in Doppelstrukturen betrieben werden. Mögliche Konstellationen hierzu werden in den folgenden Kapiteln beschrieben.

Im ersten Analyseschritt wurde eine Struktur entwickelt, die neun möglichst optimal erreichbare Standorte ausweist. Dabei wurden die bestehenden Strukturen und mögliche Anknüpfungspunkte bewusst ausgeblendet, um als Ausgangspunkt für weitere Modifizierung zunächst ein auf räumliche Zentralität hin optimiertes Versorgungsnetz zu generieren. Hierzu wurden, ausgehend von der kleinräumigen (100 m x 100 m) Bevölkerungsverteilung, zunächst die Siedlungsschwerpunkte der kreiszugehörigen Städte und Gemeinden bestimmt. Ausgehend von diesen Punkten wurden PKW-Fahrzeitzonen in 5-Minuten-Schritten erstellt. Diese bilden die Raumabschnitte ab, die sich bei normaler Fahrweise von dem Ausgangspunkt aus erreichen lassen. Somit lässt sich für jede Stadt/Gemeinde aussagen, wie lang die PKW-Fahrzeit zu einer beliebigen anderen Gemeinde ist.

Abbildung 22 zeigt beispielhaft die Erreichbarkeitszonen ausgehend von dem Siedlungsschwerpunkt der Stadt Aalen. Der dunkelgrüne Bereich ist mit dem PKW in 5 Minuten zu erreichen, der nächsthellere zwischen 5 und 10 Minuten usw.

Aalen, Bopfingen, Ellwangen und Schwäbisch Gmünd wurden als größte Städte des Kreises als erste Standorte und Ausgangspunkte der Analyse festgelegt, an denen in jedem Fall Versorgungsstandorte zu erhalten sind. Innerhalb von 20 Minuten lassen sich bei diesem Ausgangsszenario die Siedlungsschwerpunkte aller Städte und Gemeinden im Kreis erreichen. Die Isochronen wurden in einem 5-Minuten-Schritt zurückgezogen, so dass der Siedlungsschwerpunkt in den ersten Gemeinden nicht mehr abgedeckt war.

Abbildung 22: Fahrzeitzonen ausgehend vom Siedlungsschwerpunkt Aalen



Eigene Berechnung und Darstellung. Kartengrundlage: OpenStreetMap.

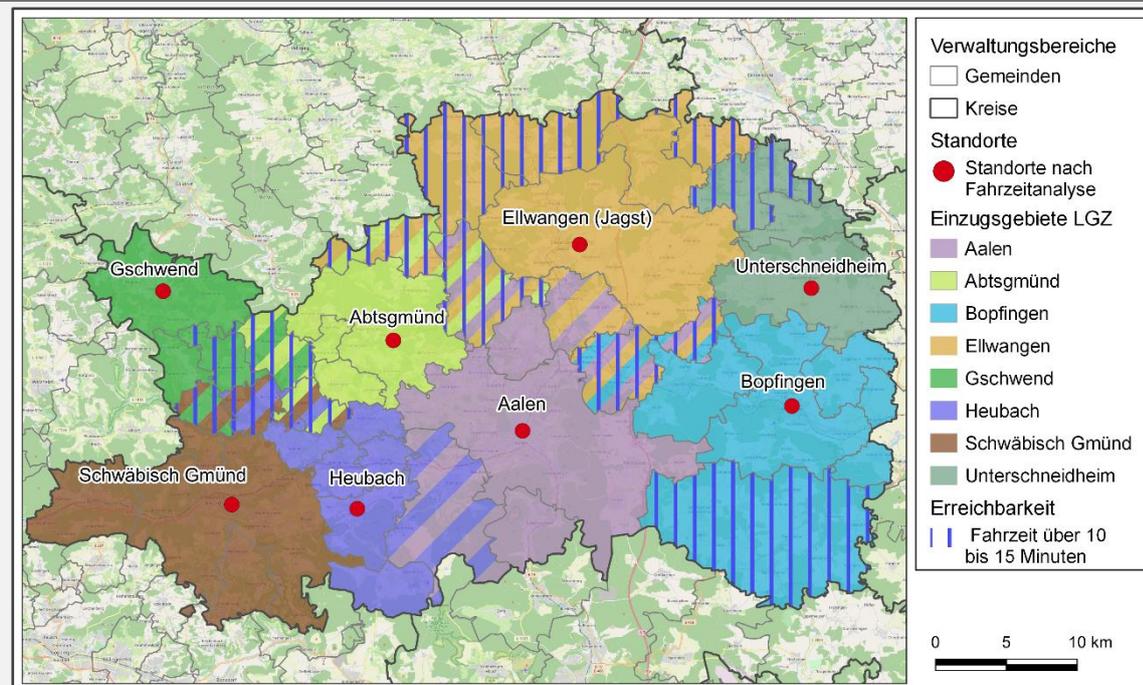
Ausgehend von diesen Gemeinden werden die nächsten zusätzlichen Standorte gesucht. Diese müssen im Umkreis von 10 Minuten um den nicht mehr abgedeckten Ort liegen und sollen mindestens 4.000 Einwohner aufweisen. Liegt in diesem Umkreis kein Ort mit mehr als 4.000 Einwohnern, wird der nächste Ort mit mehr als 4.000 Einwohnern gewählt, der zu einer verbesserten Erreichbarkeit führt. Ist dieser Ort bereits ein Standort, wird der nächstgrößte Ort unter 10.000 Einwohner im 10-Minuten-Umkreis gewählt. Aufgrund der geringen Größe der Städte und Gemeinden insbesondere im Schwäbischen Wald, um Ellwangen und auf dem Härtsfeld musste die geringe Mindesteinwohnerzahl für die Standorte gewählt werden.

Die Erreichbarkeitszonen der neu hinzugekommenen Orte werden nun mitbetrachtet. Von den Erreichbarkeitszonen aller Orte wird der Fahrzeitbereich bestimmt, bei dem alle Gemeinden gerade noch erreicht werden. Das Verfahren wird iterativ durchgeführt, bis von den Siedlungsschwerpunkten aller Städte und Gemeinden aus innerhalb von 15 Minuten ein Standort erreicht wird. Standorte gelten als gesetzt und werden in ihrem Einzugsbereich nicht mehr verkleinert, wenn sie von weniger als 30.000 Personen erreichbar sind. Im Fall des Ostalbkreises waren diese Kriterien bereits nach einem Durchgang erfüllt.

Bei der Zuteilung der Bevölkerung einzelner Gemeinden zu Versorgungsstandorten kommt es bei diesem Vorgehen zunächst zu Dopplungen. So kann eine Gemeinde von zwei oder drei Standorten in unter 15 Minuten erreichbar sein. Diese Dopplungen werden anhand eines Fahrzeitkriteriums aufgelöst und zugeordnet. So wird die Bevölkerung einer Gemeinde dem Standort zugeordnet, der in der kürzesten Zeit erreichbar ist. Sind mehrere Standorte mit der gleichen Fahrzeit erreichbar, wird das Patientenpotenzial

zwischen den Standorten aufgeteilt. Damit kann eine abschließende Abschätzung zu der durch die einzelnen Standorte zu versorgenden Bevölkerung (also des Patientenpotenzials) getroffen werden.

**Abbildung 23: Standorte nach Fahrzeitanalyse und periphere Räume**



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung. Kartengrundlage: OpenStreetMaps.

Durch dieses Vorgehen wurde die in Abbildung 23 dargestellte vorläufige Standortstruktur ermittelt. Die Patientenpotenziale der ermittelten Standorte sind:

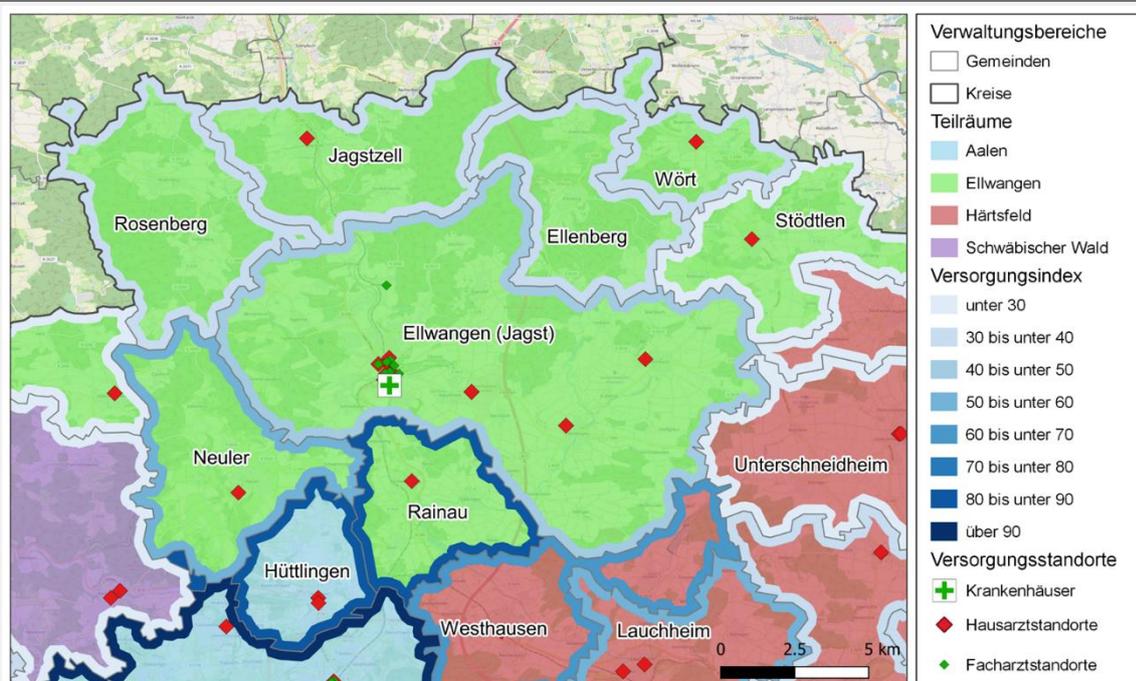
- Aalen: 90.352
- Abtsgmünd: 14.427
- Bopfingen: 30.594
- Ellwangen: 38.279
- Gschwend: 12.374
- Heubach: 30.266
- Schwäbisch Gmünd: 89.272
- Unterschneidheim: 8.437

## 5.2 Ellwangen

**Einwohnerzahl (Stand 31.12.2018)<sup>12</sup>: 42.781**

- Adelmansfelden: 1.688
- Ellenberg: 1.734
- Ellwangen (Jagst): 24.549
- Jagstzell: 2.319
- Neuler: 3.177
- Rainau: 3.318
- Rosenberg: 2.644
- Stöttlen: 1.889
- Wört: 1.463

**Abbildung 24: Versorgungsstandorte und Versorgungsindex Ellwangen**



Eigene Berechnung und Darstellung. Ärztedaten: KVBW, Stand: 01/2020. Kartengrundlage: OpenStreet-Map.

### 5.2.1 Sonderauswertung der Versorgungsstatistik<sup>13</sup>

**Hausärzte:** 24 (1.783 EW/Hausarzt. Kreis: 1.602 EW/Arzt), davon nach AOK-Daten zehn über 60 Jahre alt und drei über 65 Jahre alt.

**Fachärzte (allg. FÄ Versorgung): 26**

- Augenheilkunde: 2
- Chirurgie/Orthopädie: 7

<sup>12</sup> Bevölkerungsstatistik: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

<sup>13</sup> Quellen: Online-Arztuche der KVBW, AOK BW, Landratsamt Ostalbkreis, eigene Recherchen.

- Frauenheilkunde/Geburtshilfe: 5
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: 2
- Haut- und Geschlechtskrankheiten: 1
- Kinder- und Jugendmedizin: 2
- Nervenärzte: 2
- Psychotherapeuten: 3
- Urologen: 2

**Pflegeheime:** 7 (531 Plätze, 81 EW/Platz, Kreis: 106 EW/Platz; 22 Plätze/HA, Kreis: 15 Plätze/HA)

**Pflegedienste:** 8

**Krankenhäuser:** 1 (287 Betten, Kreis: 1.237 Betten)

## 5.2.2 Qualitative Einschätzung der Versorgungssituation

### Wie hat sich die Versorgung in den letzten Jahren entwickelt?

Um die haus- und fachärztliche Versorgung im Teilraum beurteilen zu können, wurden telefonische Interviews mit niedergelassenen Ärzten aus Ellwangen und Jagstzell geführt. Es wurde beschrieben, dass Ellwangen das Zentrum der Fachärztlichen Versorgung in dem betrachteten Teilraum sei. Die Patienten kämen auch aus Aalen, Crailsheim, Schwäbisch-Hall oder Dinkelsbühl nach Ellwangen, um einen Termin beim Gynäkologen wahrzunehmen.

Auch die hausärztliche Versorgung in Ellwangen sei gut und die Ärzte seien untereinander eng vernetzt. Das Einzugsgebiet reiche bis an die bayerische Landesgrenze heran. Dies liege auch daran, dass die Gemeinden Ellenberg und Rosenberg keine eigene hausärztliche Versorgung mehr hätten. Die Praxis in Rosenberg sei seit acht Jahren vakant. Die Kommune habe ein Pflegeheim mit Arztpraxis gebaut, aber keinen Arzt gefunden, der dort praktizieren möchte. Derzeit erfolge die ärztliche Betreuung der Heimbewohner durch einen Hausarzt aus Jagstzell.

In Jagstzell sei nur noch einer von ursprünglich drei Hausärzten übriggeblieben. Durch diesen Arzt sei die Versorgung der Einwohner aber noch gut gewährleistet. Stimpfach, eine nördlich von Jagstzell gelegene Gemeinde, würde nur noch durch eine Satellitenpraxis des MVZ Crailsheim versorgt, die an drei Vormittagen geöffnet habe. Diese Lösung sei jedoch nicht befriedigend für die Patienten. Der ursprünglich in Stimpfach praktizierende Hausarzt sei mit seiner Praxis nach Satteldorf, nördlich von Crailsheim, gezogen, um dort stärker sportmedizinisch tätig zu sein.

### Wo herrscht gefühlte Unterversorgung?

Eine kritische hausärztliche Versorgung zeige sich besonders in der nördlichen Region des Teilraums. Die Unterversorgung in Rosenberg und Ellenberg müsse durch die Gemeinden Ellwangen und Jagstzell aufgefangen werden. Die Patienten würden auch in

Crailsheim und Dinkelsbühl behandelt. Da Jagstzell auch nur noch einen Hausarzt habe, könnte die Situation in Zukunft kritisch werden.

### **Welche Fachgruppen sind ausgelastet?**

Insgesamt habe Ellwangen ein gutes Facharztangebot, das auch von den umliegenden Gemeinden genutzt würde. Die fachärztliche Versorgung erfordere von den Patienten Mobilität und ein hohes Maß an Geduld, wenn kein Notfall vorliege. Alle Fachrichtungen seien hiervon betroffen. Die beiden in Ellwangen ansässigen Neurologen würden am Limit arbeiten und die einzige Hautärztin sei auch sehr ausgelastet. Es fehle zudem ein Internist, der Endoskopien durchführen kann. Bis vor einem Jahr hätte man noch ein MVZ mit zwei Internisten gehabt. Die Ellwanger Ärzteschaft habe aber erreicht, dass CHA Zander (St. Anna – Virngrundklinik Ellwangen) auch auf Zuweisung von Hausärzten und Gynäkologen Endoskopien durchführen dürfe. Dies sei allerdings noch zu wenig. Die Patienten wichen nach Aalen, Dinkelsbühl oder auch nach Schwäbisch-Hall aus.

In der Radiologie entspanne sich die Situation demnächst, wenn das Krankenhaus in Ellwangen ein ambulantes MRT, CT und konventionelles Röntgen bekomme. Besonders schwierig sei die kardiologische und neurologische Versorgung der Patienten und auch Hals-Nasen-Ohren-Ärzte seien rar.

### **Gibt es weitere teilraumspezifische Probleme?**

Die Versorgungsmöglichkeiten für alte Patienten seien sehr eng gestrickt, die Plätze seien knapp. Häufig sei die hausärztliche Betreuung der Heimbewohner nicht gesichert. Pflegeheime würden in Gemeinden ohne eigenen Hausarzt gebaut, ohne mit den Ärzten der Nachbargemeinden im Vorfeld die medizinische Versorgung der Patienten zu besprechen.

Die Mobilität der alten Menschen nehme ab und sie wollten ortsständig bleiben. Die ambulante Pflege sei aber vielfach an ihrer Grenze. Das liege auch an Personalknappheit. Pflegeheimplätze seien hingegen vorhanden.

### **Wünsche der ortsansässigen Ärzteschaft**

Man wünsche sich, dass Ärzte, die eine Praxis verkaufen wollen, dies mit ihren Kollegen kommunizieren und man so gegebenenfalls gemeinsame Lösungen finden könne. Die Ärzte müssten sich mehr untereinander öffnen und miteinander reden.

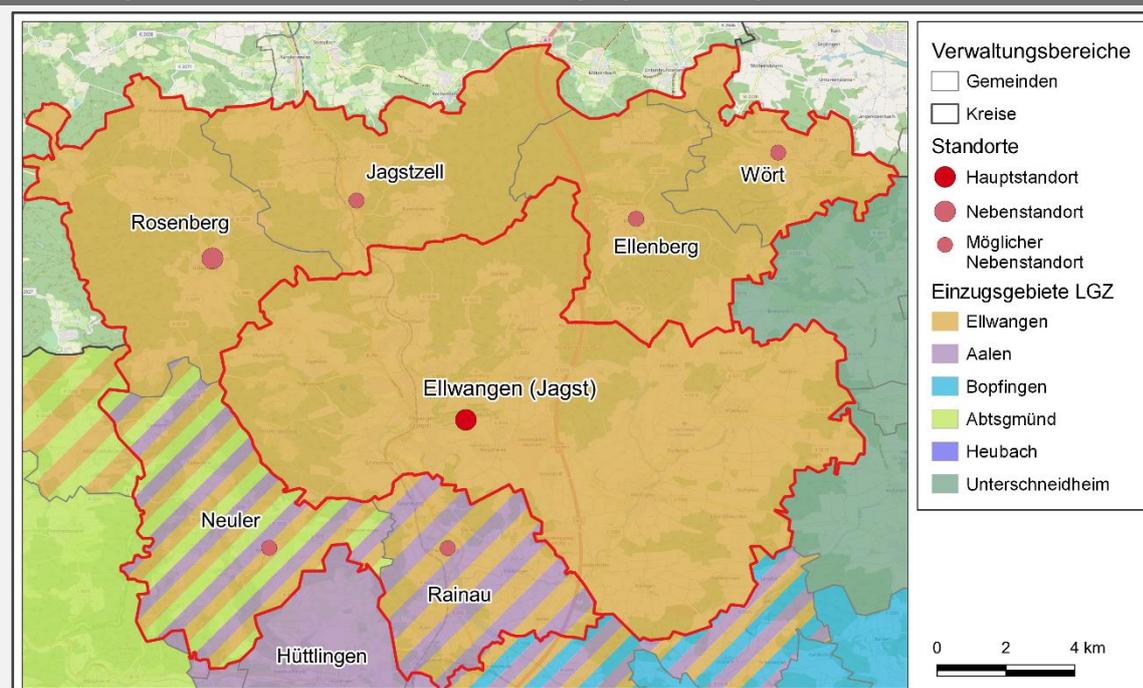
### **Mögliche Anknüpfungspunkte**

Mit dem Ärztezentrum Ellwangen gibt es ein Ärztehaus, das ein umfassendes Haus- und Facharztangebot umfasst: Gynäkologie, Neurologie, Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Psychiatrie, Ophthalmologie und Zahnarzt. Flankiert wird dies durch ergänzende Leistungen wie Optiker und Apotheken. Alle Praxen haben eine gemeinsame Telefonanlage und die Strukturen sind so, dass man das Ärztezentrum leicht in ein MVZ umwandeln könne. Die beteiligten Ärzte wollen aber bisher ihre Selbständigkeit nicht aufgeben.

In dem Zentrum gibt es eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis mit den Fachrichtungen Gynäkologie, Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin. Man nutze seit zehn Jahren Räumlichkeiten, Personal und Hardware komplett gemeinsam. Es finde dort ein intensiver fachlicher Austausch statt.

### 5.2.3 Strukturentwurf für Lokale Gesundheitszentren

Abbildung 25: Strukturentwurf für die Versorgung in Ellwangen



Eigene Darstellung

Im Handlungsraum Ellwangen stellen sich besondere Herausforderungen in der Festlegung von geeigneten Standorten. Als lokales Zentrum ist die Stadt Ellwangen ein nahegelegener zentraler Standort. Im Status Quo ist Ellwangen selbst jedoch insbesondere im hausärztlichen Bereich noch gut versorgt. Der akute Bedarf liegt in den kleinteilig gegliederten umliegenden Gemeinden, in denen in den vergangenen Jahren die Versorgung zurückgegangen ist. Aber: Aufgrund der Altersstruktur werden in den nächsten Jahren in Ellwangen mehrere Hausärzte aus der Berufstätigkeit aussteigen, sodass mittelfristig auch hier Bedarf entsteht. Das stellt die Akteure im Aufbau einer Versorgungsstruktur vor die Herausforderung, dass die Ärzteschaft in Ellwangen als Teilregion mit einem starken Handlungspotenzial aus sich heraus einen geringen Impetus hat, zur Sicherung der Versorgung im Umland aktiv zu werden.

Die Anfahrtswege in die umliegenden Gemeinden liegen zumeist zwischen 10 und 15 Minuten und sind damit eher hoch. Auch aus diesem Grund kann der Aufbau eines zentralen Lokalen Gesundheitszentrums in Ellwangen nicht empfohlen werden. Deshalb sollte hier – anders als in anderen Regionen – ein dezentraler Ansatz mit Erhaltung und gemeinsamer Bewirtschaftung von kleineren Praxisstandorten gewählt werden. Ausgangspunkt hierfür sollten die bestehenden Praxen in Ellwangen sein, die jedoch in den

Interviews nicht die Bereitschaft gezeigt haben, sich unter ein gemeinsames organisatorisches Dach zu begeben.

In jedem Fall sollten die mobil und stationär tätigen Pflegeanbieter eng einbezogen werden, um nach Möglichkeit die in der Region stark in Anspruch genommene Pflege zu stärken. Bei der Erweiterung von Arztpraxen sollte somit auch der Versorgungsbedarf in den Pflegeheimen (insbesondere auch in Rosenberg) berücksichtigt werden. Als dezentral tätige Unterstützung sollte ebenfalls die Einstellung einer Gemeindegeschwister für den Handlungsraum in Betracht gezogen werden, um auf den Trend zum Verbleib im eigenen Zuhause bei älteren Menschen zu reagieren und diese entsprechend zu beraten und zu unterstützen.

### **Ärztegetragene Lösung mit kommunaler Flankierung**

Eine bevorzugte Lösung wäre die enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Hausärzten. In Kooperation mit den Kommunen könnte so ein dezentrales Netz von Zweigstandorten in den Umlandgemeinden betrieben werden. In Ellwangen haben mehrere Hausärzte signalisiert, dass sie grundsätzlich interessiert wären, ihre Praxen mit angestellten Ärzten zu vergrößern. Es bestehe jedoch in Ellwangen selbst noch nicht genug Patientenpotenzial. Eine von Ellwangen ausgehende Ärzteskooperation könnte jedoch angestellte Ärzte beschäftigen, die teilweise in den jeweiligen Stammpraxen arbeiten und tageweise den Betrieb von Zweigpraxen in den umliegenden Gemeinden sichern. Ein erster naheliegender Nebenstandort wäre die vakante Praxis in Rosenberg. Weitere Nebenstandorte wären so zu etablieren, wie die Ärzte im Umland aus dem Berufsleben aussteigen oder der Kooperation beitreten.

In jedem Fall sollte ein gemeinsames organisatorisches Dach angestrebt werden, das für die Ellwanger Ärzte administrative Leistungen erbringt (z. B. als Teilleistung der Trägergesellschaft). Hierdurch wird der eher lose Charakter der vorgeschlagenen Struktur in Teilen kompensiert, sodass die Region für junge Ärzte interessant bleibt.

Die Rolle der Kommunen läge bei dieser Variante im Ankauf, der Renovierung und der (günstigen) Überlassung der ehemaligen Praxen bzw. dem Bau oder der Anmietung neuer, besser geeigneter Räume. Ob diese Rolle im Rahmen einer Trägergesellschaft oder davon losgelöst wahrgenommen wird, wird Sache der Verhandlungen zur Kooperationsanbahnung sein.

Sofern bei den Hausärzten in Ellwangen die Bereitschaft besteht, sich auch räumlich und im Praxisbetrieb zusammenzuschließen, kann das Ärztezentrum Ellwangen einen guten Anknüpfungspunkt bieten, der bereits viele Funktionen in sich vereint. Zusatzangebote sollten dabei jedoch selbstverständlich nicht in Konkurrenz zum Ärztezentrum stehen.

Um die Möglichkeit der Umsetzung dieser Variante zu eruieren, sind in einem ersten Schritt persönliche Gespräche mit den Hausärzten im Handlungsraum zu ihrer Kooperationsbereitschaft zu führen. Besonderer Wert sollte dabei auf die Praxen gelegt werden, die sich wachstumsbereit zeigen. Weiterhin sollte bereits in den Bürgermeistergesprächen (Kapitel 4.3.1) eine mögliche kommunale Zusammenarbeit in der Bereitstellung von ggf. notwendigen neuen Praxisräumen geklärt werden.

### Kommunale Lösung

Bei fehlender Mitwirkungsbereitschaft auf Ärzteseite (gerade auch mit Blick auf die Gründung eines organisatorischen Dachs für den Zusammenschluss) sollte ein Konzept zum Auffangen der Versorgungsbedarfe durch den Kreis entwickelt werden. In diesem Fall wäre die Trägergesellschaft maßgeblich gefordert. Gerade vor dem Hintergrund einer hochaltrigen Hausärzteschaft mit über einem Drittel der Ärzte über 60 Jahren und – laut Befragung – mindestens sechs anstehenden Praxisaufgaben in den nächsten drei Jahren müssen mittelfristig auch ohne direkte ärztliche Mitwirkung Lösungen geschaffen werden. Auch hier sollte die Planung für einen zentralen Standort in Ellwangen mit einzelnen Satelliten in den Umlandgemeinden entwickelt werden. Sofern bei einzelnen Ärzten in Ellwangen und in den Umlandgemeinden Mitwirkungsbereitschaft mobilisiert werden kann, sind diese mit einzubeziehen. Das Hauptaugenmerk eines solchen Konzepts zur Umsetzung durch die Trägergesellschaft muss jedoch auf der Sicherung der Versorgung liegen. So sollten mögliche Nebenstandorte im Dialog mit den Kommunen abgestimmt werden. Aufgrund der räumlichen Gliederung und der Trennung des Handlungsraums durch den Matzenbacher Wald empfehlen sich zwei Regionen, an denen jeweils ein Nebenstandort betrieben werden könnte:

- Östlich des Matzenbacher Walds: Ellenberg, Wört
- Westlich des Matzenbacher Walds: Rosenberg, Jagstzell
- Zusätzlich ggf. Nebenstandort in Neuler oder Rainau; beide Orte sind aber eher gut in die Region eingebunden.

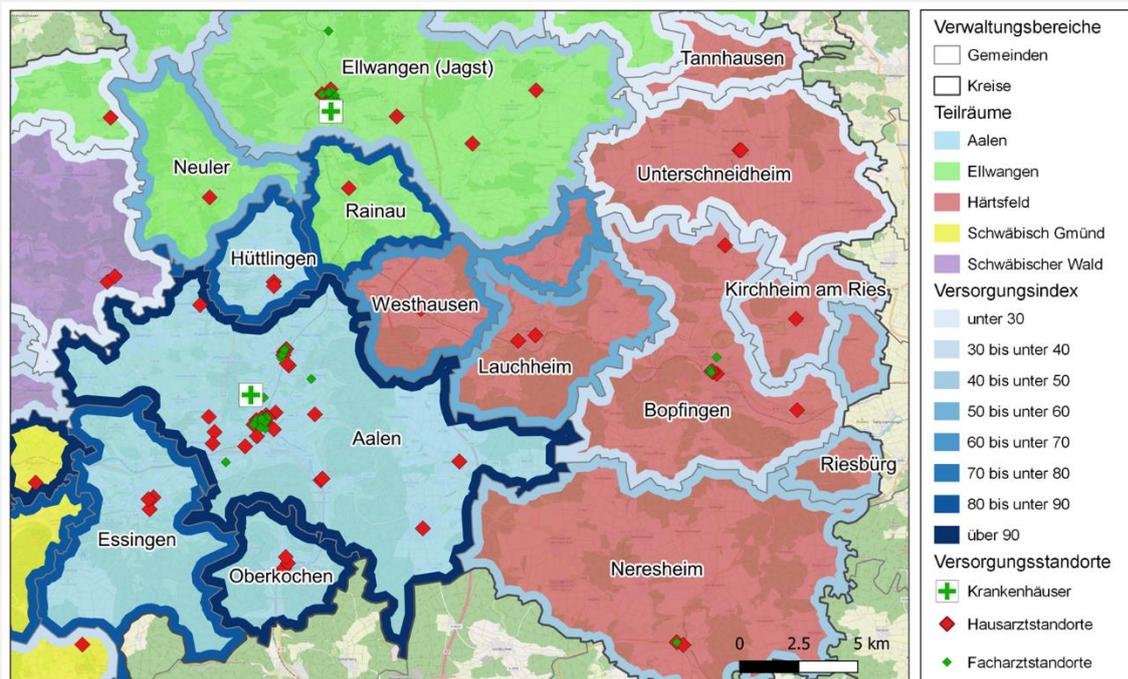
Dazu sollte ein klarer Zeitplan aufgestellt werden, der einerseits Zeit bietet, eine andere Lösung umzusetzen, andererseits aber auch eine Reißleine bietet, wenn die Prozesse nicht in gegebener Schnelle umgesetzt werden. Das Zieldatum für die Fertigstellung sollte fünf Jahre nicht überschreiten.

### 5.3 Härtsfeld

**Einwohnerzahl (Stand 31.12.2018)<sup>12</sup>: 41.159**

- Bopfingen: 11.727
- Lauchheim: 4.780
- Riesbürg: 2.314
- Unterschneidheim: 4.740
- Kirchheim am Ries: 1.820
- Neresheim: 7.945
- Tannhausen: 1.808
- Westhausen: 6.025

Abbildung 26: Versorgungsstandorte und Versorgungsindex Härtsfeld



Eigene Berechnung und Darstellung. Ärztedaten: KVBW, Stand: 01/2020. Kartengrundlage: OpenStreet-Map.

### 5.3.1 Sonderauswertung der Versorgungsstatistik<sup>13</sup>

**Hausärzte:** 24 (1.715 EW/Hausarzt, Kreis: 1.602 EW/Arzt)

**Fachärzte (allg. FÄ Versorgung):** 13

- Augenheilkunde: 2
- Chirurgie/Orthopädie: 4
- Frauenheilkunde/Geburtshilfe: 4
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: 0
- Haut- und Geschlechtskrankheiten: 0
- Kinder- und Jugendmedizin: 1
- Nervenärzte: 0
- Psychotherapeuten: 0
- Urologen: 2

**Pflegeheime:** 6 (349 Plätze, 118 EW/Platz, Kreis: 106 EW/Platz; 15 Plätze/HA, Kreis: 15 Plätze/HA)

**Pflegedienste:** 7

**Krankenhäuser:** 1 (55 Betten, Kreis: 1.237 Betten)

### 5.3.2 Qualitative Einschätzung der Versorgungssituation

#### Wie hat sich die Versorgung in den letzten Jahren entwickelt?

Es wurden Gespräche mit niedergelassenen Hausärzten aus Bopfingen geführt, um den Teilraum Härtsfeld bezüglich seiner ärztlichen Versorgung besser beurteilen zu können.

Die Zentren der hausärztlichen Versorgung seien Bopfingen und Neresheim. Es gebe in Bopfingen auch ein fachärztliches Angebot, doch es seien nicht alle relevanten Gruppen vertreten. Das sehr gut versorgte benachbarte Nördlingen werde auch von vielen Patienten aufgesucht.

Die größte Gemeinde in der Region Härtsfeld ist Bopfingen. Das hausärztliche Angebot wird hier als noch ausreichend beschrieben. Die Zahl der Praxen sei aber bereits leicht rückläufig. Ein hausärztlich tätiger Internist sei kurzfristig ausgefallen und seine Praxis musste geschlossen werden. Die Patienten wurden von den verbliebenen Hausärzten in Bopfingen aufgefangen. Die Arbeitsbelastung sei für die Hausärzte in Bopfingen gestiegen, die Dienstbelastung jedoch gesunken durch die einheitliche Vergabe der KV-Dienste im Ostalbkreis. In den vergangenen Jahren hätten bereits drei Praxen altersbedingt geschlossen und nur zwei seien dazugekommen, eine davon in Unterschneidheim.

Vor einigen Jahren wurde das Krankenhaus in Bopfingen geschlossen. An dem Standort seien keine ambulanten Strukturen der fachärztlichen Versorgung geschaffen worden, sodass ein Teil der Patienten des Krankenhauses nach Bayern abgeflossen sei, andere würden in den Ostalbkliniken behandelt.

Das zweite Zentrum der hausärztlichen Versorgung, Neresheim, ist mit vier allgemeinmedizinischen Arztsitzen und zwei angestellten Hausärzten gut versorgt, es stehen in den nächsten Jahren jedoch Praxisübergaben an. Man beklagt zudem, dass es keinen gynäkologischen Facharzt mehr gebe.

Anders sehe die Situation in den umliegenden kleinen Gemeinden aus. Die Gemeinde Tannhausen habe keinen Hausarzt mehr. Die Patienten seien nach Dinkelsbühl orientiert. Andere ließen sich in Bopfingen behandeln, sodass hierdurch die Belastung für die verbliebenen Hausärzte in Bopfingen weiter steige. Auch Riesbürg habe keinen eigenen Hausarzt. Die Region werde durch Ärzte aus Nördlingen und Bopfingen versorgt.

In Westhausen habe der Landkreis eine Doppelpraxis aufgekauft, die sonst unbesetzt geblieben wäre. In der Gemeinde drohe eine hausärztliche Unterversorgung. Einige Patienten ließen sich nun in Aalen behandeln, weniger in Bopfingen.

Unterschneidheim habe noch zwei hausärztliche Praxen, wo die Patienten der Gemeinde behandelt würden. In Kirchheim am Ries praktiziere noch ein Hausarzt, der ca. 55 Jahre alt sei. Die Gemeinde sei hiermit eigenständig in ihrer Versorgung.

### **Wo herrscht gefühlte Unterversorgung?**

Es drohte eine Unterversorgung in Westhausen, der der Landkreis durch den Kauf einer Doppelpraxis begegnet sei. Schlecht versorgt sei ebenfalls die Region Riesbürg, was zu einer zusätzlichen Belastung der Bopfinger Hausärzteschaft führe.

### **Welche Fachgruppen sind ausgelastet?**

Die fachärztliche Versorgung konzentriere sich auf Bopfingen und das benachbarte Nördlingen bzw. Dinkelsbühl für die Patienten im nördlichen Teilraum.

Die befragten Ärzte bemängeln, dass man weitere Neurologen und mindestens einen Psychiater sowie Gastroenterologen bräuchte. Auf einen Termin in den Bereichen Pulmonologie und Nephrologie warte man 3-6 Monate. Auch die Versorgung im Bereich der Kardiologie sei knapp. Aber das Krankenhaus in Nördlingen habe eine Zulassung für die ambulante kardiologische Versorgung. Daher wichen viele Patienten in die bayerische Nachbargemeinde aus.

Psychotherapeuten seien wie überall sehr gefragt mit Wartezeiten von ca. einem Jahr.

### **Gibt es weitere teilraumspezifische Probleme?**

Bei der Befragung der Ärzte aus Härtsfeld wurde bemängelt, dass die Abstimmungen im Entlassmanagement der Ostalbkliniken noch nicht ausgereift seien. Viele Patienten würden Freitag nachmittags entlassen und Kurzbriefe und Medikamente fehlten häufig.

Die Versorgung alter Patienten sei durch ein gutes Netz von Pflegeheimen in Bopfingen, Nördlingen und Wallerstein abgedeckt. Problematisch werde es, wenn multimorbide, geriatrische Patienten von außerhalb kämen und keinen eigenen Hausarzt mitbrächten.

### **Wünsche der ortsansässigen Ärzteschaft**

Es wurden viele Wünsche geäußert, die auch die Politik betreffen. So bestehe der Wunsch nach Entlastung von administrativen Tätigkeiten wie Gerätewartungen oder Hygieneauflagen und Abbau der Bürokratie.

Es wurde aber auch positiv angemerkt, dass die einheitliche Vergabe der KV-Dienste im Kreis bereits zu einer deutlichen Reduzierung der Dienstbelastung der im ländlichen Raum tätigen Ärzte geführt habe. Auch die Anzahl der Hausbesuche sei in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen und man werde durch VERAHs und NÄPas entlastet. Die Patienten seien zudem mobiler geworden.

Eine Vereinheitlichung der Software würde zu einer besseren Vernetzung von Krankenhaus und Praxen führen. Dies könnte das Entlassmanagement deutlich vereinfachen und die Schnittstellenproblematik reduzieren.

Außerdem bestehe der Wunsch nach Transparenz, wenn abgegebene Praxen von der Kommune aufgekauft werden. Erst sollten die Niedergelassenen befragt werden, ob eine Praxisübernahme möglich sei. Die Politik sollte immer die zweite Instanz sein.

### Mögliche Anknüpfungspunkte

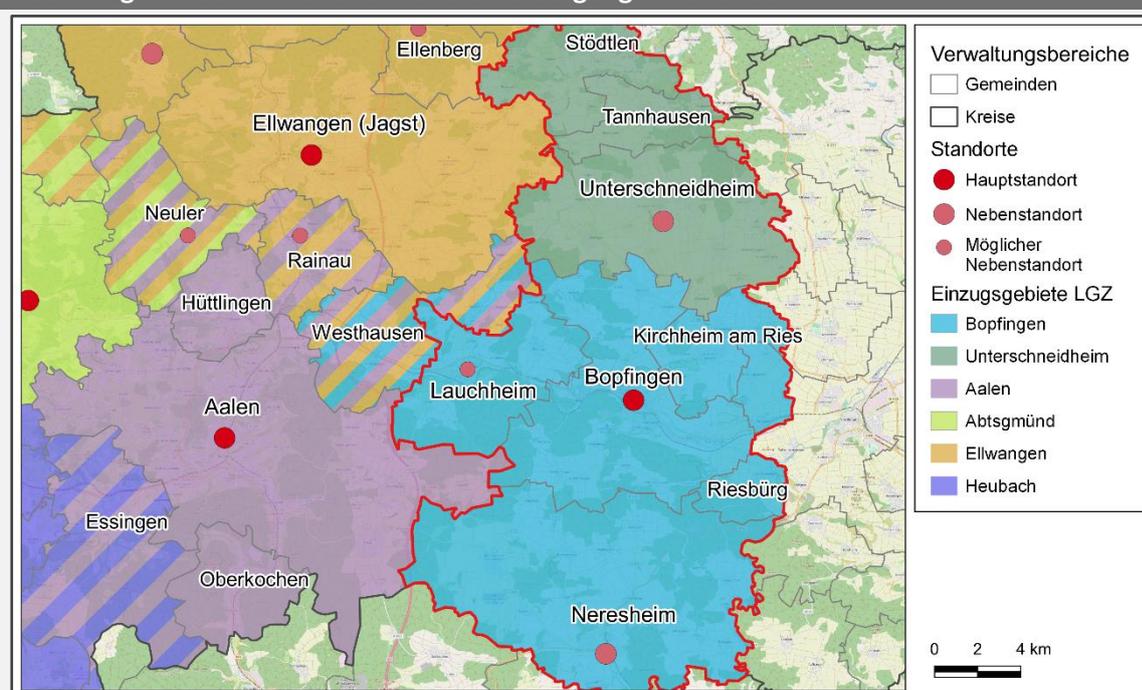
Man wünscht sich Praxisstrukturen mit selbständigen und angestellten Ärzten. Dies sollten aber keine zu großen Medizinischen Versorgungszentren sein. Angestelltenverhältnisse seien wichtig, besonders für Frauen mit Familie.

Derzeit seien Angestelltenverhältnisse aber teuer, da das Budget nicht mitwachsen. Dies müsste sich ändern. So wolle ein Arzt aus Bopfingen, dessen Praxis Lehrpraxis der Uni Ulm und Ausbildungspraxis im Weiterbildungsverbund ist, gerne weiterwachsen und noch einen Arzt anstellen. Doch derzeit rechne sich das nicht.

Wichtig sei den Ärzten in der Region das Nebeneinander von größeren Strukturen und der Selbständigkeit in kleineren Praxen.

### 5.3.3 Strukturentwurf für Lokale Gesundheitszentren

Abbildung 27: Strukturentwurf für die Versorgung in Härtsfeld



Eigene Darstellung

Der Handlungsraum Härtsfeld weist eine insgesamt eher ländlich-periphere Lage auf; auch die Kleinstädte können in ihrem Angebot nicht mit den wichtigeren Zentren mithalten. Das wird auch bei dem Versuch deutlich, über den Weiterbildungsverbund junge Ärzte in die Region zu bringen. Die Region wird als zu ländlich und als zu unattraktiv wahrgenommen, junge Ärzte bleiben eher in den größeren Städten im Kreis. Ebenfalls ist auf dem Härtsfeld die Facharztversorgung nur noch im Ansatz vorhanden. Facharztbehandlungen werden eher außerhalb des Handlungsraums erbracht. Dabei sind die Städte und Gemeinden im Osten des Kreises in der Tendenz stärker über die bayerische Grenze hinweg nach Nördlingen bzw. Dinkelsbühl orientiert, als in die größeren Zentren im Ostalbkreis.

Damit wird es im Handlungsraum primär darum gehen, die hausärztliche Versorgung zu sichern. Angesichts einer besonders hochaltrigen Ärzteschaft stehen umfassende Veränderungen an. Der Handlungsraum weist gleich mehrere zeitnah zu bewältigende Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung auf. Zum einen stehen Praxisabgaben in Lauchheim, Kirchheim am Ries (je eine Praxis) und Bopfingen (zwei Praxen) an. Ein möglicher Wegfall dieser Praxen würde eine für die Patienten ebenso wie für die verbliebenen Ärzte spürbare Schwächung des Versorgungsangebots bedeuten. Zum anderen entsteht auch in Neresheim durch eine große Anzahl anstehender altersbedingter Praxisabgaben (80 % in fünf Jahren) Interventionsbedarf.

Damit fallen mittelfristig in etwa die Hälfte der hausärztlichen Praxen Veränderungen an. Dies bedeutet einen dringenden Handlungsbedarf in der Sicherung der Versorgung, erlaubt aber gleichzeitig auch umfassende Maßnahmen seitens einer kommunal-ärztlichen Trägergesellschaft. Angesichts der im Falle umfassender Praxisschließungen drohenden Überbelastung der verbleibenden Praxen dürfte Vorbehalten gegenüber vermeintlicher Konkurrenz bei guter Kommunikation keine besondere Bedeutung zukommen. Es sollte deutlich werden, dass das Ziel darin liegt, mit aller Kraft die Versorgung zu sichern, nicht darin, etablierten Praxen Patienten strittig zu machen. Die Kooperationsbeziehungen im Handlungsraum wurden in den Interviews als besonders gut beschrieben. Diese guten Beziehungen sollten genutzt werden, um sich vor Ort alsbald zu den individuellen Zukunfts- und Ruhestandplänen und zu möglichen Zusammenschlüssen von Praxen abzustimmen.

Als Standorte für Lokale Gesundheitszentren wurden in der Analyse zunächst Bopfingen und Unterschneidheim herausgestellt. Diese sind geeignet, als Teile eines in der lokalen Identität zusammengehörigen Raums eine geteilte Struktur mit Hauptstandorten in Bopfingen und Unterschneidheim zu tragen. Die Standorte können entweder zentral tätig sein oder – bei einer ausreichenden Größe – auch Praxen in Lauchheim und Kirchheim als Nebenstandorte aufnehmen und weiterbetreiben. Vorrang muss dabei aber die Stabilisierung der Versorgung in Bopfingen als lokales Zentrum haben, das durch eine hochaltrige Ärzteschaft und anstehende Abgaben selbst eine riskante Versorgungssituation aufweist.

Im Süden des Handlungsraums befindet sich Neresheim in einer besonderen Situation. Dort sind die Hausärzte besonders hochaltrig (ca. 80 % sind älter als 60 Jahre), sodass binnen fünf Jahren ein umfassender Generationswechsel ansteht. Zudem ist Neresheim nicht gut an seine Nachbarn im Kreis angebunden. Auch über die Grenzen des Ostalbkreises hinweg befinden sich keine leistungsstarken Zentren, die die Versorgung in Neresheim auffangen könnten.

Dabei ist Neresheim historisch und in den alltäglichen Bezügen nicht Teil der Region: In der Wahrnehmung der regionalen Bezüge besteht keine Nähe zu Bopfingen. Somit kann nicht auf bestehenden Kooperationsstrukturen zurückgegriffen werden. Dennoch muss eine pragmatische Lösung gefunden werden, die auch den Erhalt der Versorgung in Neresheim ermöglicht. Hier werden lokale Trennungen und Rivalitäten zugunsten einer Zusammenarbeit zu überwinden sein. Standorte in Bopfingen und Neresheim können beispielsweise ein gemeinsames, organisatorisches Dach teilen, das Verwaltung, Personal-

führung, Immobilienbewirtschaftung und andere Aufgaben unter sich vereint, in der Außenwahrnehmung als Praxisstandorte dennoch getrennt bleiben. Hier geht es nicht darum, die Bewohner von Nehresheim für die Hausarztversorgung nach Bopfingen zu ziehen, sondern darum, ihnen durch die Kooperation in der Organisation von Praxisstrukturen die Versorgung vor Ort zu sichern.

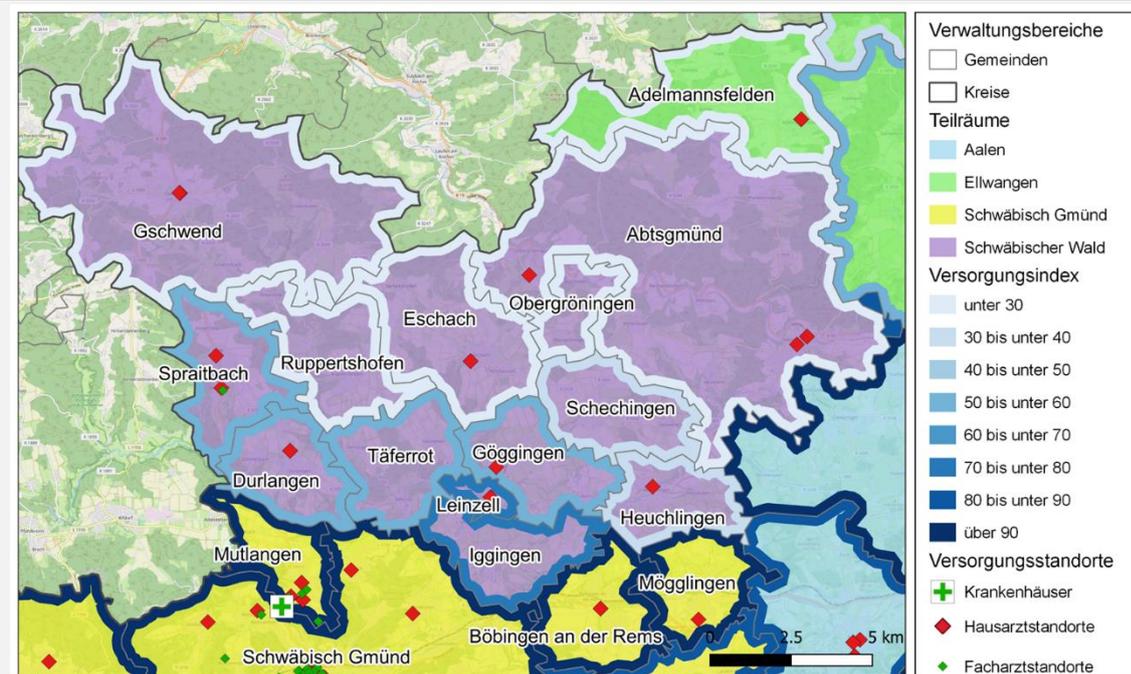
Wird angenommen, dass die 37.000 Einwohner im Einzugsgebiet zur Hälfte durch Lokale Gesundheitszentren versorgt werden, bestünde ein Potenzial für ca. zwölf Hausarzt-sitze. Da jedoch der Fortbestand der Versorgung in den traditionellen Hausarztpraxen sehr unsicher ist, muss empfohlen werden, hier im Zweifelsfall die Lokalen Gesundheitszentren so umfassend wie möglich zu entwickeln.

## 5.4 Schwäbischer Wald

**Einwohnerzahl (Stand 31.12.2018)<sup>12</sup>: 34.791**

- Abtsgmünd: 7.417
- Durlangen: 2.856
- Eschach: 1.770
- Göggingen: 2.479
- Gschwend: 4.888
- Heuchlingen: 1.858
- Iggingen: 2.589
- Leinzell: 2.041
- Obergröningen: 447
- Ruppertshofen: 1.845
- Schechingen: 2.268
- Spraitbach: 3.328
- Täferrot: 1.005

Abbildung 28: Versorgungsstandorte und Versorgungsindex Schwäbischer Wald



Eigene Berechnung und Darstellung. Ärztedaten: KVBW, Stand: 01/2020. Kartengrundlage: OpenStreet-Map.

#### 5.4.1 Sonderauswertung der Versorgungsstatistik<sup>13</sup>

**Hausärzte:** 16 (2.174 EW/Hausarzt. Kreis: 1.602 EW/Arzt)

**Fachärzte (allg. FÄ Versorgung):** 2

- Augenheilkunde: 0
- Chirurgie/Orthopädie: 0
- Frauenheilkunde/Geburtshilfe: 1
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: 0
- Haut- und Geschlechtskrankheiten: 0
- Kinder- und Jugendmedizin: 0
- Nervenärzte: 0
- Psychotherapeuten: 1
- Urologen: 0

**Pflegeheime:** 3 (151 Plätze, 230 EW/Platz, Kreis: 106 EW/Platz; 9 Plätze/HA, Kreis: 15 Plätze/HA)

**Pflegedienste:** 6

**Krankenhäuser:** keine

## 5.4.2 Qualitative Einschätzung der Versorgungssituation

### Wie hat sich die Versorgung in den letzten Jahren entwickelt?

Der Teilraum Schwäbischer Wald habe die schwierigste hausärztliche Versorgung im Kreis. Dies berichten Hausärzte aus Abtsgmünd, Untergröningen, Eschach, Spraitbach, Durlangen und Gschwend. Die fachärztliche Betreuung erfolge ausschließlich in den Zentren Aalen, Esslingen, Schwäbisch Gmünd oder Mutlangen.

Eine gute hausärztliche Versorgung biete die Gemeinde Abtsgmünd. Aber auch hier würde ein Hausarzt bald aus Altersgründen aufhören. Darüber hinaus müssten von Abtsgmünd aus die Nachbargemeinden mitversorgt werden. Schechingen habe keinen Hausarzt mehr und auch in Untergröningen musste die Hausarztpraxis aus Altersgründen geschlossen werden. Die gleiche Situation zeichne sich in Eschach ab, da die dort praktizierenden Allgemeinmediziner ebenfalls das Rentenalter erreicht und bisher keinen Nachfolger gefunden hätten.

Kritisch sei die Lage auch in Durlangen. Ein Hausarzt wolle seine Praxis in einem Jahr altersbedingt abgeben und suche einen Nachfolger. Aus einer Doppelpraxis sei seit 2017 eine Einzelpraxis geworden, da sich hier auch kein neuer Praxispartner gefunden habe. Die Nachbargemeinden Iggingen, Ruppertshofen und Täferrot hätten keine eigene hausärztliche Versorgung und müssten mit betreut werden. Auch in Spraitbach wurde aus einer Doppelpraxis eine Einzelpraxis und ein weiterer Hausarzt sei seit ca. vier Jahren auf der Suche nach einem Nachfolger.

Heuchlingen drohe ebenfalls eine Unterversorgung, wenn in 5-10 Jahren die Hausarztpraxis altersbedingt schliesse.

In Gschwend sei die hausärztliche Versorgung gut und es würden kleine Nachbargemeinden in einem Radius von ca. 15 km mitbetreut. Durch die Altersstruktur der Hausärzteschaft drohe hier aber ebenfalls ein Notstand. Eine Doppelpraxis in Gschwend-Kirchenkirnberg sei zum Jahreswechsel geschlossen worden.

### Welche Fachgruppen sind ausgelastet?

Die Region Schwäbischer Wald hat keine eigene fachärztliche Versorgung. Die Gastroenterologische Versorgung sei generell schwierig. Die Patienten führen nach Schwäbisch Gmünd und Mutlangen. Neurologen und Psychiater seien ebenfalls ausgelastet. In Wasseralfingen sei ein Neurologe niedergelassen. Pulmologen und Ophthalmologen fände man in Aalen, Ellwangen und Mutlangen. Hier müssten die Patienten lange auf einen Termin warten. Viele gingen erst einmal zum Optiker, bevor sie den Augenarzt aufsuchten.

Auch Termine beim Kardiologen bekomme man nur schwer, es würden Termine in 14 Monaten vergeben. Ebenfalls dringend gebraucht seien Orthopäden. Zum Rheumatologen führen Patienten 100 km weit und warteten sechs Monate auf einen Termin. Für andere Facharzttermine führen sie 30-50 km weit.

### **Gibt es weitere teilraumspezifische Probleme?**

Man sei sehr engagiert im Weiterbildungsverbund mit den Ostalbkliniken Aalen. Hier sei ein gutes Curriculum aufgelegt worden, sodass die Klinikzeit der Facharztausbildung Allgemeinmedizin in kürzester Zeit absolviert werden könne. Es kämen Mediziner aus Ulm oder Schwäbisch Gmünd nach Aalen. Nach der Klinikzeit fänden diese Assistenzärzte aber nicht den Weg bis in den Schwäbischen Wald, obwohl gute Lehrpraxen vorhanden seien. Die Region sei den jungen Ärzten zu ländlich.

Gemeinden wie z. B. Untergröningen seien mit dem ÖPNV nicht zu erreichen. Das mache die Praxisstandorte nicht attraktiv.

### **Wünsche der ortsansässigen Ärzte**

Die Hausärzte äußerten den Wunsch, dass man für die fachärztliche Versorgung der Patienten das Potential der Kliniken auch im ambulanten Bereich besser nutzen könnte.

Die Versorgung alter Patienten funktioniere durch eine gute Kommunikation mit der Sozialstation und mit der Geriatrie in Aalen. Lokale Pflegeplätze seien nicht ausreichend vorhanden. Man wünscht sich eine Akutgeriatrie am Ostalbklinikum Aalen. Eine psychosoziale Fachkraft, die die geriatrischen Patienten unterstützt, wird ebenfalls gewünscht.

Es solle in Zukunft ein Nebeneinander von MVZs und Einzelpraxen geben. So wären attraktive Arbeitsplätze im Angestelltenverhältnis vorhanden, aber es solle auch möglich sein, weiterhin selbständig zu arbeiten.

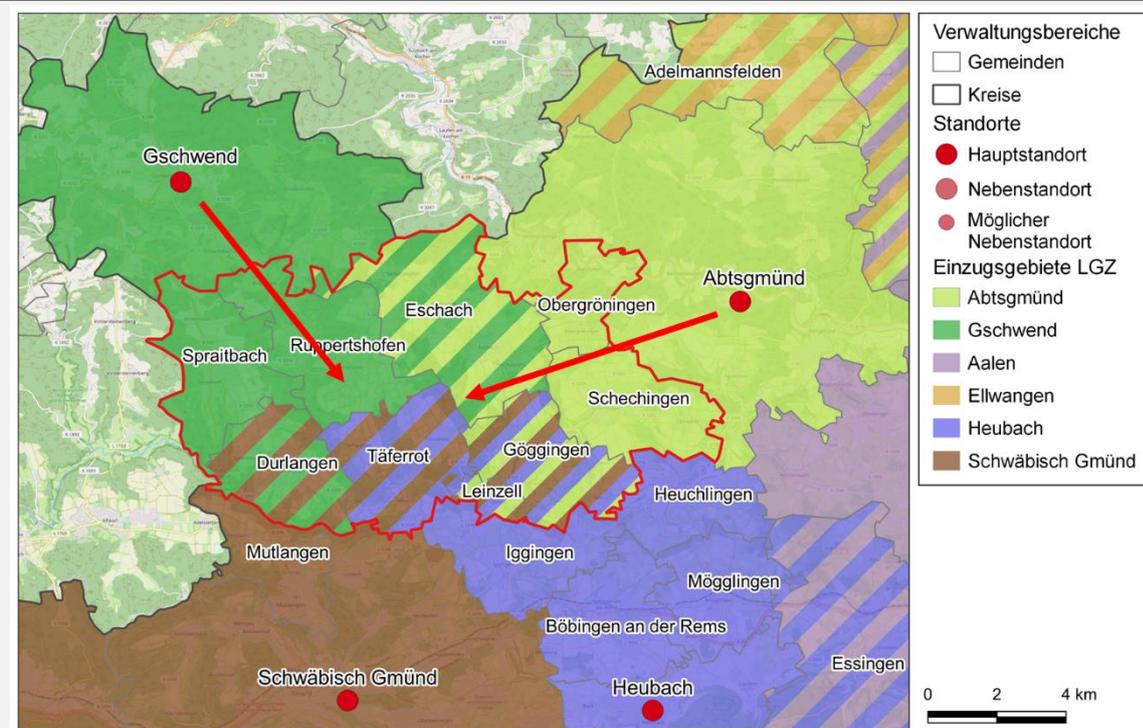
### **Mögliche Anknüpfungspunkte**

Mehrere Ärzte berichten, dass sie ihre Praxis gerne mit angestellten Fachärzten vergrößern würden. Hierfür wünschen sie sich jedoch stärkere finanzielle Unterstützung.

Man könne sich auch vorstellen, die Praxis in ein Kooperationsmodell zu geben, sofern die eigene Selbständigkeit erhalten bliebe. Andere würden die Praxis ebenfalls in ein Gesundheitszentrum integrieren, wenn es hierfür eine Betreibergesellschaft gebe.

### 5.4.3 Strukturentwurf für Lokale Gesundheitszentren

Abbildung 29: Strukturentwurf für die Versorgung im Schwäbischen Wald



Eigene Darstellung.

Der Handlungsraum Schwäbischer Wald ist bereits im Rahmen der Erprobung einer kleinräumigen hausärztlichen Bedarfsplanung als Region mit besonderem Interventionsbedarf aufgefallen. So wurde er als kleinräumiger Handlungsraum vom Planungsbereich Schwäbisch Gmünd abgetrennt. Durch den allgemeinen Rückgang der Versorgung und den daraus resultierenden Umstand, dass eine Niederlassung in Schwäbisch Gmünd immer noch möglich ist, zeigte die Maßnahme keine besondere Wirkung. Ob der Zugzwang auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung, der bei einer erneuten Unterversorgung des Teilraums entsteht, zu einer Verbesserung der Situation beitragen würde, bleibt ebenfalls fraglich. Damit bleibt es im Sinne der Sicherung der Versorgung für die Städte und Gemeinden im Schwäbischen Wald dringend zu empfehlen, die Stabilisierung der hausärztlichen Versorgung aus einer kommunal-ärztlichen Trägergesellschaft heraus anzustreben. Angebote der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind im Handlungsraum bereits im Status Quo fast gar nicht vertreten und werden auch kaum sinnvoll anzusiedeln sein. Mit Ausnahme von möglichen Zusatzangeboten wie z. B. einzelnen gynäkologischen und/oder urologischen Zweigsprechstunden zur Vorsorge bleibt die fachärztliche Versorgung somit dem Handlungsraum Schwäbisch Gmünd vorbehalten.

Im Ergebnis der Standortanalyse wurden Gschwend und Abtsgmünd als geeignete Standorte für Lokale Gesundheitszentren identifiziert. Im Vergleich zu anderen potenziellen Standorten im Ostalbkreis sind diese Orte jedoch immer noch eher klein und für sich nicht unbedingt in der Lage, Lokale Gesundheitszentren zu tragen. Daher empfehlen wir einen regionalen Ansatz mit zwei gleichwertigen Hauptstandorten in Gschwend und

Abtsgmünd und einem Fokus auf die Versorgung in der Fläche. Die Hauptstandorte würden dabei mit einem gemeinsamen Ärzteteam mit einer Stärke von bis zu neun Versorgungsaufträgen bewirtschaftet. Kontinuität an den Standorten würde durch die Medizinischen Fachangestellten vor Ort gewährleistet. In einem ersten Schritt zur Entwicklung einer solchen Struktur sollte insbesondere Kontakt zu den bestehenden Praxen an den beiden Standorten aufgenommen werden. Dort sind jeweils auch jüngere Ärzte tätig, die möglicherweise für eine Kooperation gewonnen werden könnten.

Neben dem Betrieb eines leistungsstarken Lokalen Gesundheitszentrums in den kleinen Städten im Schwäbischen Wald liegt die Herausforderung darin, die stark dörflich-ländlich geprägte Region in der Fläche zu versorgen. Eine Praxis für jede Gemeinde war und bleibt in dieser Region illusorisch; Ziel muss es sein, die bestmögliche Versorgung für die größte Zahl von Einwohnern zu gewährleisten. Das bedeutet vor allem, eingeschränkt mobilen Menschen, die nicht ohne Weiteres mit dem eigenen Auto in die nächste Praxis kommen können, einen längeren Verbleib im eigenen Heim zu ermöglichen. Das bedeutet, dass Lösungen implementiert werden müssen, um diese Personengruppe zu Hause zu versorgen. Mobile Personen, die nur in seltenen Ausnahmefällen hausärztliche Hausbesuche benötigen, werden außerhalb von Notfallsituationen die Fahrt zu den Hauptstandorten in Kauf nehmen müssen. Es gibt verschiedene Varianten von Mobilitätslösungen, die für die Region Schwäbischer Wald eingesetzt werden können:

- Besonderer Fokus auf Hausbesuche: Kombination von (ggf. Tele-)VERAHs und ärztlichem Hausbesuchs-Dienst nach Rotationsplan, jeweils mit praxiseigenem Auto
- Mobilitätsangebot für Patienten: Aufbau eines auf den zentralen Bereich des Handlungsraums Schwäbischer Wald ausgerichteten Mobilitätsangebots (z. B. Bürgerbus) als Hol- und Bringdienst
- Kombination aus beiden Varianten: Mobile VERAHs, Ärzte und Patienten

Gerade bei den Mobilitätsangeboten besteht besonderes Potenzial für die enge Beteiligung der Kommunen. So könnten diese etwa aus den kommunalen Fuhrparks Praxis-PKWs für Ärzte und VERAHs zur Verfügung stellen und/oder den Aufbau und Betrieb eines Bürgerbus-Angebots organisieren.

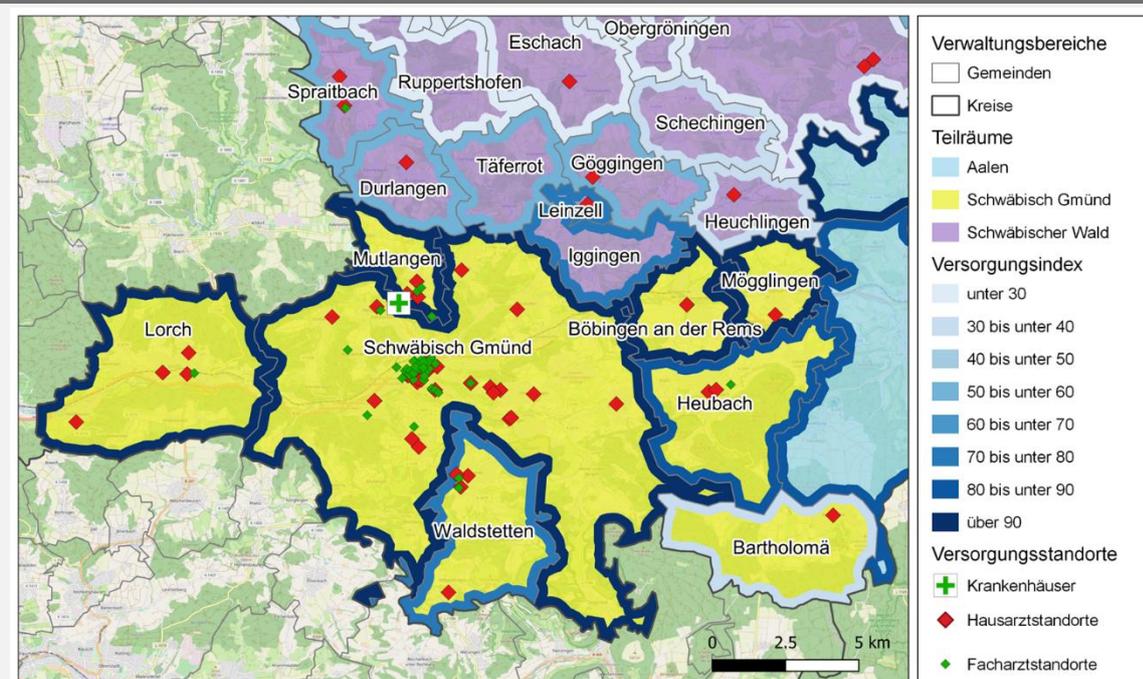
Perspektivisch denkbar ist ebenfalls der Aufbau und Betrieb einer Zweigpraxis in einer der kleineren Gemeinden als „Außenposten“, um die Fahrzeiten für Ärzte und Patienten möglichst gering zu halten. Derzeit werden noch einzelne Praxen in diesen Gemeinden betrieben. Diese könnten ggf. durch einen neuen Verbund übernommen werden und den Keim für eine solche Zweigpraxis bilden.

## 5.5 Schwäbisch Gmünd

**Einwohnerzahl (Stand 31.12.2018)<sup>12</sup>: 106.469**

- Bartholomä: 2.030
- Böbingen an der Rems: 4.565
- Heubach: 9.774
- Lorch: 10.885
- Mögglingen: 4.265
- Mutlangen: 6.664
- Schwäbisch Gmünd: 61.186
- Waldstetten: 7.100

**Abbildung 30: Versorgungsstandorte und Versorgungsindex Schwäbisch Gmünd**



Eigene Berechnung und Darstellung. Ärztedaten: KVBW, Stand: 01/2020. Kartengrundlage: OpenStreet-Map.

### 5.5.1 Sonderauswertung der Versorgungsstatistik<sup>13</sup>

**Hausärzte:** 74 (1.439 EW/Hausarzt. Kreis: 2.174 EW/Arzt)

**Fachärzte (allg. FÄ Versorgung):** 139

- Augenheilkunde: 11
- Chirurgie/Orthopädie: 26
- Frauenheilkunde/Geburtshilfe: 17
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: 3

- Haut- und Geschlechtskrankheiten: 6
- Kinder- und Jugendmedizin: 13
- Nervenärzte: 8
- Psychotherapeuten: 52
- Urologen: 3

**Pflegeheime:** 19 (1034 Plätze, 103 EW/Platz, Kreis: 106 EW/Platz; 14 Plätze/HA, Kreis: 15 Plätze/HA)

**Pflegedienste:** 17

**Krankenhäuser:** 2 (451 Betten, Kreis: 1.237 Betten)

### 5.5.2 Qualitative Einschätzung der Versorgungssituation

#### Wie hat sich die Versorgung in den letzten Jahren entwickelt?

Es wurden Ärzte aus Schwäbisch Gmünd, Durlangen und Heubach befragt.

Das Zentrum der fachärztlichen Versorgung sei Schwäbisch Gmünd. Hier sei auch die hausärztliche Versorgung relativ gut, viel besser als in den umliegenden Dörfern. 8-10 Ärzte seien aber bereits im Rentenalter und suchten Nachfolger. In den letzten Jahren seien auch 4-5 Praxen von jungen Allgemeinmedizinern übernommen worden.

In Großdeinbach, Wetzgau und Mutlangen gingen die Patientenströme hin und her. Hier sei die Versorgung noch in Ordnung. Die Ärzteschaft drohe jedoch zu überaltern. In Wetzgau habe eine Praxis ohne Nachfolge geschlossen, sodass die verbliebene Praxis nun überlastet sei.

In Heubach sei die Versorgung noch ausreichend, obwohl ein Arzt krankheitsbedingt aufgehört habe und ein weiterer die Praxis altersbedingt ohne Nachfolger schließen musste. Heubach mit Rosenstein und Mögglingen werde aus Oberkochen und Essingen mitversorgt. Die Situation spitze sich auch dadurch weiter zu, dass viele neue Pflegeplätze entstanden seien, ohne dass die medizinische Betreuung der Bewohner sichergestellt wurde. Dies würde bei der Planung der Pflegeheime nicht berücksichtigt.

In Mögglingen gebe es noch eine kleine Praxis, deren Betreiber bereits 70 Jahre alt sei. Die Praxis werde wohl in einem Jahr schließen. Eine zweite Praxis habe vor fünf Jahren geschlossen.

In Lorch habe ein Arzt nach langer Suche einen Nachfolger gefunden, aber die Ärzte einer Doppelpraxis würden bald aufhören. Die Gemeinde sei ein eigenständiges Versorgungsgebiet, es gebe wenige Überschneidungen mit Nachbargemeinden.

Aus Waldstetten kämen die Patienten auch nach Schwäbisch Gmünd.

In Böbingen an der Rems habe vor vier Jahren eine große Praxis geschlossen. Die Patienten würden in Heubach versorgt. Bartholomä sei nicht nach Heubach orientiert, die Gemeinde sei eigenständig in ihrer ärztlichen Versorgung.

### **Welche Fachgruppen sind ausgelastet?**

Schwäbisch Gmünd ist ein wichtiges Zentrum für die fachärztliche Versorgung. Aus dem Kreis würden dort 80 % fachärztlich versorgt, einige gingen auch nach Aalen, besonders aus der Gemeinde Möggingen.

Die Versorgung durch Neurologen sei unzureichend. Die Patienten ließen sich neurologisch in Göppingen behandeln. Und auch in der Kardiologie sei es schwierig, einen Termin zu bekommen. Man warte ca. sechs Monate. Es fehlten auch Ärzte der Fachrichtungen Psychiatrie/Psychotherapie, Augenheilkunde, Gynäkologie und Dermatologie. Rheumatologen fänden sich nur in Göppingen oder Stuttgart.

### **Gibt es weitere teilraumspezifische Probleme?**

Es gebe in Schwäbisch Gmünd eine gute ambulante Versorgung alter Menschen, aber die Rückmeldungen von den Pflegediensten an den Hausarzt seien mittelmäßig. Man berichtet aber auch von den kurzen Wegen in den dörflichen Strukturen. Da komme auch mal jemand vom Pflegedienst in der Praxis vorbei, um Dinge zu klären.

Man habe nur wenige Studenten für Famulaturen oder Blockpraktika in der Praxis, da die nächsten Universitäten Ulm, Tübingen und Würzburg weit weg seien.

### **Wünsche ortsansässiger Ärzte**

Es wurde der Wunsch geäußert, ein MVZ mit Angestelltenstruktur in der Region Spraitbach, Durlangen, Ruppertshofen, Eschach anzusiedeln. Ein möglicher Ort hierfür sei Spraitbach.

### **Mögliche Anknüpfungspunkte**

Ein Arzt aus Durlangen könnte sich vorstellen, die letzten Jahre seiner Tätigkeit im Angestelltenverhältnis zu praktizieren. Als Träger eines MVZ, z. B. in Spraitbach, könnte er sich einen Facharzt vorstellen oder auch die Kommune.

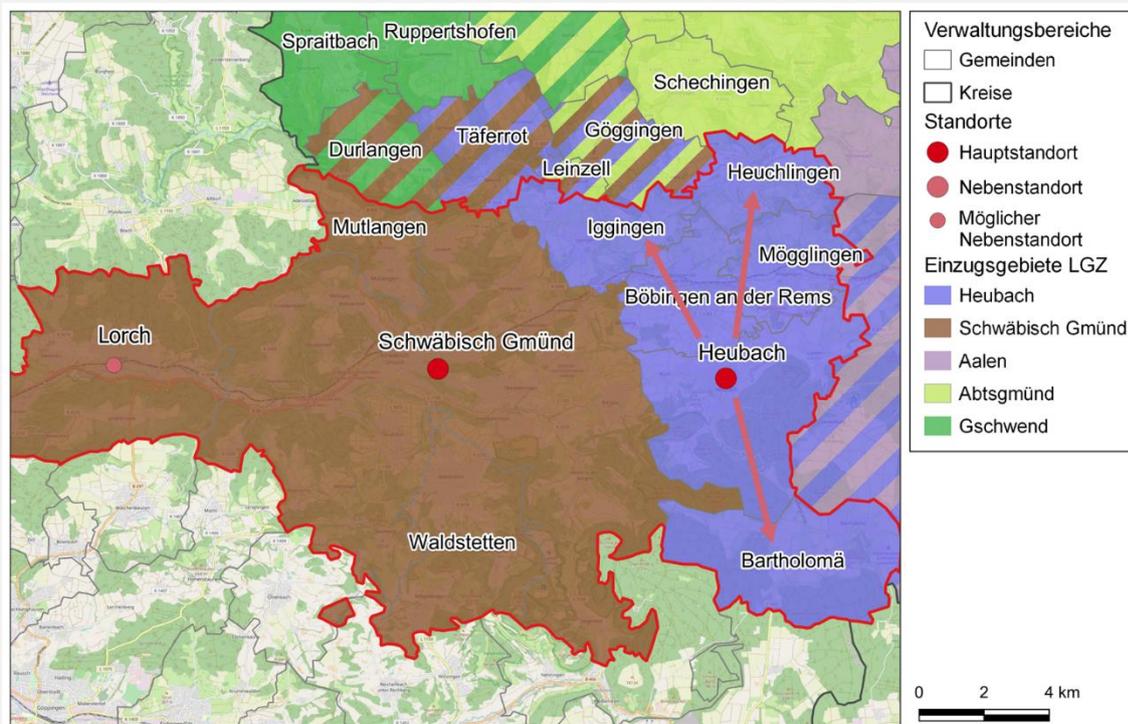
Eine Ärztin, die in Schwäbisch Gmünd niedergelassen ist, würde gerne mit angestellten Ärzten zusammenarbeiten. In einem ärztlich geführten MVZ zu arbeiten, könnte sie sich ebenfalls vorstellen. In Schwäbisch Gmünd gibt es zwei Hausärzte, die in einem Gebäude praktizieren. Hier wäre eine Verknüpfung dieser Praxen vorstellbar.

In Heubach gibt es eine Gemeinschaftspraxis mit angestellten Ärzten. Man beantrage gerade einen weiteren Kassensitz, um die Praxis zu vergrößern.

Es wurde die Idee geäußert, in entlegenen Pflegeheimen, wie z. B. in Lindach, Telemedizin nutzen. Die Pflegekräfte könnten Bilder von Auffälligkeiten schicken, die ihnen begegnen wie Druckstellen oder Entzündungen.

### 5.5.3 Strukturentwurf für Lokale Gesundheitszentren

Abbildung 31: Strukturentwurf für die Versorgung in Schwäbisch Gmünd



Eigene Darstellung

Im Ergebnis der Standortanalyse werden Schwäbisch Gmünd und Heubach als Standorte für Lokale Gesundheitszentren im Handlungsraum Schwäbisch Gmünd benannt. Schwäbisch Gmünd bietet als regionales Zentrum ein umfassendes haus- und fachärztliches Versorgungsangebot. Die Versorgungslage ist damit noch gut. Gleichwohl hat die Stadt Schwäbisch Gmünd einen ausgeprägten altersbedingten Handlungsbedarf insbesondere in der hausärztlichen Versorgung: Etwa die Hälfte der Hausärzte ist älter als 60 Jahre, ein Viertel ist über 65 Jahre alt.

Die in den Interviews befragten Ärzte zeigten sich hinsichtlich der erfolgreichen Abgabe von Praxen zunächst noch optimistisch: In der jüngeren Vergangenheit sei dies mehrfach geglückt. Die quantitative Befragung zeigen jedoch auch, dass gut 40 % der antwortenden Ärzte aus Schwäbisch Gmünd die Weitergabe ihrer Praxis für „nahezu unmöglich“ halten – hier gibt es keinen Unterschied zu den Einschätzungen der Ärzte außerhalb der Zentren Schwäbisch Gmünd und Aalen.

Im Umland wurde durch die befragten Ärzte ein Risiko der Unterversorgung insbesondere in Heubach und Nachbarorten sowie in Durlangen gesehen, außerdem stünde eine Doppelpraxis in Lorch vor der Praxisaufgabe. Ebenfalls würde eine Praxis in Mögglingen schließen müssen. Diese Einschätzungen zur Versorgungslage werden auch durch die Analyse gestützt.

Vor diesem Hintergrund wird zur Konsolidierung insbesondere der hausärztlichen Versorgungssituation in Schwäbisch Gmünd und Heubach der Aufbau eines Lokalen Ge-

sundheitszentrums mit zwei Hauptstandorten empfohlen. Ausgehend von diesen Aktivitäten sollten die Übernahme und der Weiterbetrieb von Praxen im Umland angestrebt werden.

Den Kern des Lokalen Gesundheitszentrums bildet der Standort Schwäbisch Gmünd. In einem ersten Schritt wird es hier darum gehen, auf das drohende Wegbrechen von Hausarzt- und ggf. Facharztpraxen zu reagieren. In der Entwicklung wird frühzeitig der Dialog insbesondere mit den Hausärzten vor Ort zu suchen sein, um die Mitwirkungsbereitschaft an einer solchen Lösung zu sondieren und idealerweise eine Keimzelle von ca. fünf Ärzten zu finden, die bereit sind, sich und ihre Praxen in das LGZ einzubringen und dort zunächst noch (selbstständig oder im Angestelltenverhältnis) tätig zu sein. Im Hintergrund steht dabei die Idee, den Kern für eine expansionsfähige Praxis zu schaffen, die bei Bedarf – also beim Wegfallen weiterer Arztsitze oder bei Mitwirkungsinteresse zusätzlicher älterer Ärzte – schnell reagieren und wachsen und so freier werdende Patienten aufnehmen kann.

Der zweite Hauptstandort in Heubach sollte analog zu Schwäbisch Gmünd aufgebaut werden, allerdings zunächst als kleinerer Standort ca. drei Ärzte zusammenführen, um die Situation vor Ort zu konsolidieren. Nach der Schließung von Praxen älterer Ärzte ist die Hausarztversorgung in Heubach geschwächt, weist jedoch eine junge Ärzteschaft auf. Als möglicher erster Anlaufpunkt besteht hier eine junge und wachsende Gemeinschaftspraxis.

Eine solche flexible Tätigkeit spielt eine besondere Rolle, wenn in einem nächsten Schritt ausgehend von den Zentren das Umland im Einzugsbereich von Schwäbisch Gmünd und Heubach in den Fokus genommen wird. So gilt es, das LGZ dahingehend auszubauen, dass es eine stärkere räumliche Versorgungswirkung entwickeln kann. So können dezentrale, arbeitsteilig betriebene Nebenstandorte etwa in Lorch (Bericht über anstehende Schließung einer Doppelpraxis in Interviews) oder einzelnen Gemeinden auf der Nord-Süd-Achse Iggingen/Heuchingen-Heubach-Bartholomä aufgebaut werden, um lokalisiert und gezielt Versorgungsdefizite auszugleichen. Eine wichtige Voraussetzung zur Mitwirkung im Lokalen Gesundheitszentrum sollte daher die Bereitschaft sein, eine Rolle in der Versorgung schwächer versorgter Umlandgemeinden zu spielen.

Grundsätzlich bietet insbesondere der Standort Schwäbisch Gmünd das Potenzial, auch Angebote der fachärztlichen Versorgung in das LGZ zu integrieren. Eine abschließende Empfehlung zu einem solchen Engagement kann an dieser Stelle jedoch noch nicht getroffen werden. Hierzu werden im Rahmen der Teilraumdialoge Gespräche insbesondere mit den älteren Fachärzten vor Ort zu ihren Zukunftsplänen und zur Nachfolgersuche zu führen sein. In einzelnen Facharztbereichen weist die Altersstruktur darauf hin, dass mittelfristig größerer Nachfolgerbedarf ansteht. Dazu zählen insbesondere die HNO- und Kinderärzte (2 von 3 bzw. 4 von 10 über 60, Versorgungsgrad jeweils ca. 100 %) und die Neurologen (2 von 6 über 60). Ferner ist die Hälfte der Augenärzte älter als 60 Jahre, wobei hier kreisweit nominell Überversorgung herrscht. Kreisweit herrscht ferner ein Mangel an Kinder- und Jugendpsychiatern. Die genaue Zusammensetzung hängt jedoch eher von dem Beteiligungswillen der Fachärzteschaft ab, als vom objektiven Bedarf.

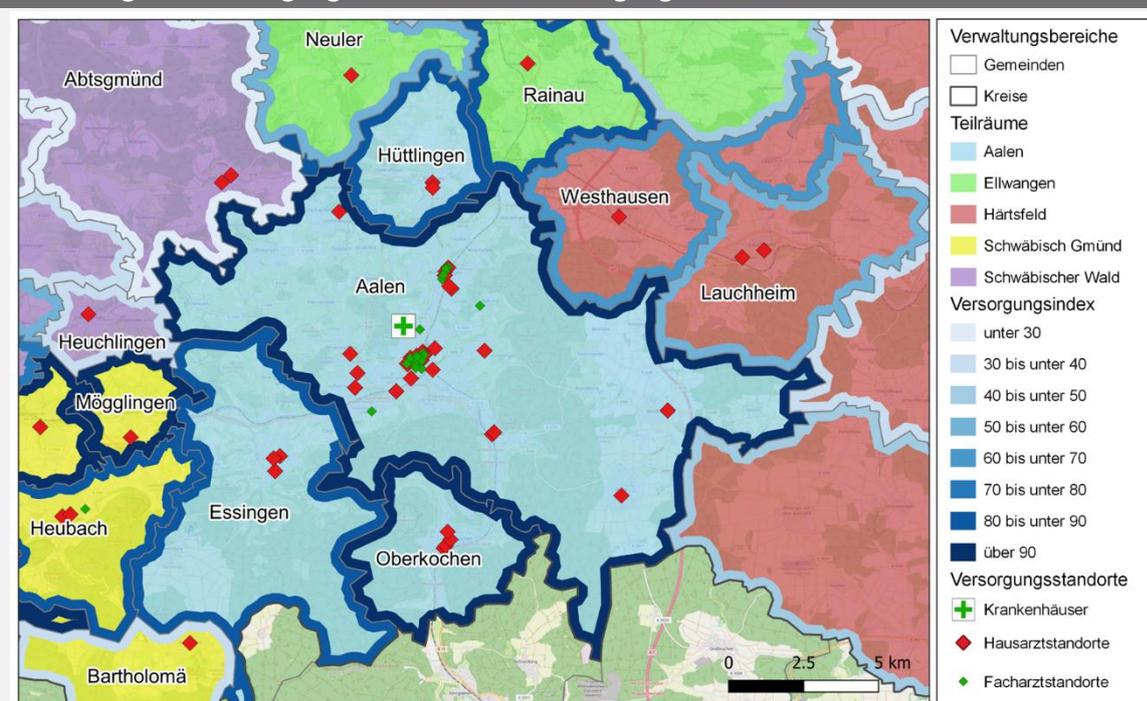
Sofern auf fachärztlicher Seite eine Bereitschaft zur Mitwirkung vorhanden ist, werden zusätzliche Vernetzungen innerhalb des LGZ möglich. So sind in einer Mindestvariante der Zugriff auf eine hausinterne elektronische Patientenakte und der direkte Kontakt zu Kollegen möglich. In einer engeren Zusammenarbeit können z. B. facharztübergreifende koordinierte Programme entwickelt und angeboten werden, in denen Patienten an einem Tag ein umfassender Gesundheitscheck mit altersgerechten Vorsorgeuntersuchungen angeboten wird. Ebenfalls denkbar sind beispielsweise krankheitsbildspezifische enge Kooperationen z. B. in der Betreuung von Diabetes- oder Geriatrie-Patienten.

## 5.6 Aalen

**Einwohnerzahl (Stand 31.12.2018)<sup>12</sup>: 88.802**

- Aalen: 68.456
- Essingen: 6.352
- Hüttlingen: 6.099
- Oberkochen: 7.895

**Abbildung 32: Versorgungsstandorte und Versorgungsindex Aalen**



Eigene Berechnung und Darstellung. Ärztedaten: KVBW, Stand: 01/2020. Kartengrundlage: OpenStreet-Map.

### 5.6.1 Sonderauswertung der Versorgungsstatistik<sup>13</sup>

**Hausärzte:** 58 (1.531 EW/Hausarzt. Kreis: 1.602 EW/Arzt)

**Fachärzte (allg. FÄ Versorgung):** 98

- Augenheilkunde: 7
- Chirurgie/Orthopädie: 17
- Frauenheilkunde/Geburtshilfe: 16
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: 4
- Haut- und Geschlechtskrankheiten: 3
- Kinder- und Jugendmedizin: 9
- Nervenärzte: 9
- Psychotherapeuten: 29
- Urologen: 4

**Pflegeheime:** 12 (885 Plätze, 100 EW/Platz, Kreis: 106 EW/Platz; 15 Plätze/HÄ, Kreis: 15 Plätze/HA)

**Pflegedienste:** 12

**Krankenhäuser:** 2 (444 Betten, Kreis: 1.237 Betten)

### 5.6.2 Qualitative Einschätzung der Versorgungssituation

In Aalen standen Anfang 2020 noch Interviews an, die aufgrund der sich entwickelnden Corona-Situation nicht mehr geführt werden konnten. Essingen ist damit leicht überrepräsentiert.

#### Wie hat sich die Versorgung in den letzten Jahren entwickelt?

Um die Versorgungssituation im Teilraum Aalen besser einschätzen zu können, wurde der direkte Dialog mit Hausärzten aus der Region Aalen gesucht. Das Facharztzentrum sei Aalen, wo alle Fachrichtungen vorhanden seien. Es werde aber auch das fachärztliche Angebot in Schwäbisch Gmünd genutzt. Im südlichen Teilraum sei man auch nach Heidenheim orientiert.

Aalen habe eine zunehmend hochaltrige Hausärzteschaft. Bisher sei das Versorgungsangebot noch gut, aber der Generationswechsel müsse gelingen. Ein positives Beispiel sei das MEDI-MVZ in Aalen, das von einem Hausarzt aus Essingen gegründet und geführt würde. (vgl. Kapitel 2.4). Durch dieses Konzept konnten zwei ältere Arzteehepaare, die sonst ihre Praxis geschlossen hätten, noch weiter gemeinsam mit angestellten, jüngeren Hausärzten praktizieren. Das eine Ehepaar sei inzwischen in Ruhestand gegangen. Dafür sei ein angestellter Arzt aus Ulm neu hinzugekommen.

Im Moment sei die hausärztliche Versorgung in Essingen gut. Die Einwohner würden in drei Praxen mit insgesamt sechs hausärztlich tätigen Ärzten behandelt. Die beiden Ärzte eines Praxisstandorts suchen Nachfolger, da sie jetzt 69 und 67 Jahre alt seien. Die Praxis

könnte als Zweigstelle des MVZ in Aalen weitergeführt werden. Die Essinger Hausärzteschaft versorge auch die Nachbargemeinden Dewangen und Mögglingen.

Oberkochen habe einen Stamm von zwölf Hausärzten mit einem Durchschnittsalter von 55-56 Jahren. Die Gemeinde sei hiermit eigenständig versorgt und es gebe noch Kapazitäten für einige Patienten der Nachbargemeinden Königsbronn und Mögglingen. Es sei eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) in Oberkochen und Heubach ansässig, die aus zwei Ärzten in Vollzeit sowie zwei Teilzeitkräften bestehe. Ein Arzt arbeite im Angestelltenverhältnis.

### **Welche Fachgruppen sind ausgelastet?**

Die Kardiologie sei ausgelastet. Die Patienten würden in Aalen oder Schwäbisch Gmünd behandelt. Die Kapazitäten in der Gastroenterologie in Aalen reichten nicht aus. Man ginge auch nach Schwäbisch Gmünd. Essingen habe zu wenig Gynäkologen, und auch in Oberkochen wünscht man sich wieder eine frauenärztliche Behandlung vor Ort. Für eine Behandlung beim Orthopäden, Gynäkologen oder Pädiater ginge man nach Aalen.

Besonders ausgelastet seien die Augenärzte. Einen Termin bekäme man erst in ca. sechs Monaten, ähnlich sehe es in der Neurologie aus.

### **Gibt es weitere teilraumspezifische Probleme?**

Krankentransporte seien ein großes Problem, sowohl bei der Klinikentlassung als auch bei der Notfalleinweisung. Man müsse auf RTW ausweichen oder auf Taxi mit Transportschein. So käme es dann auch zu späten Entlassungen am Freitagnachmittag, da früher kein Transport der Patienten möglich sei. Die Notfalldienste seien besser geregelt und dadurch sei die Dienstbelastung gesunken. Die Notfallpraxis wurde vor fünf Jahren an der Ostalklinik in Aalen eingerichtet. In Ellwangen sei eine weitere Notfallpraxis eingerichtet, die aber nur an den Wochenenden besetzt sei.

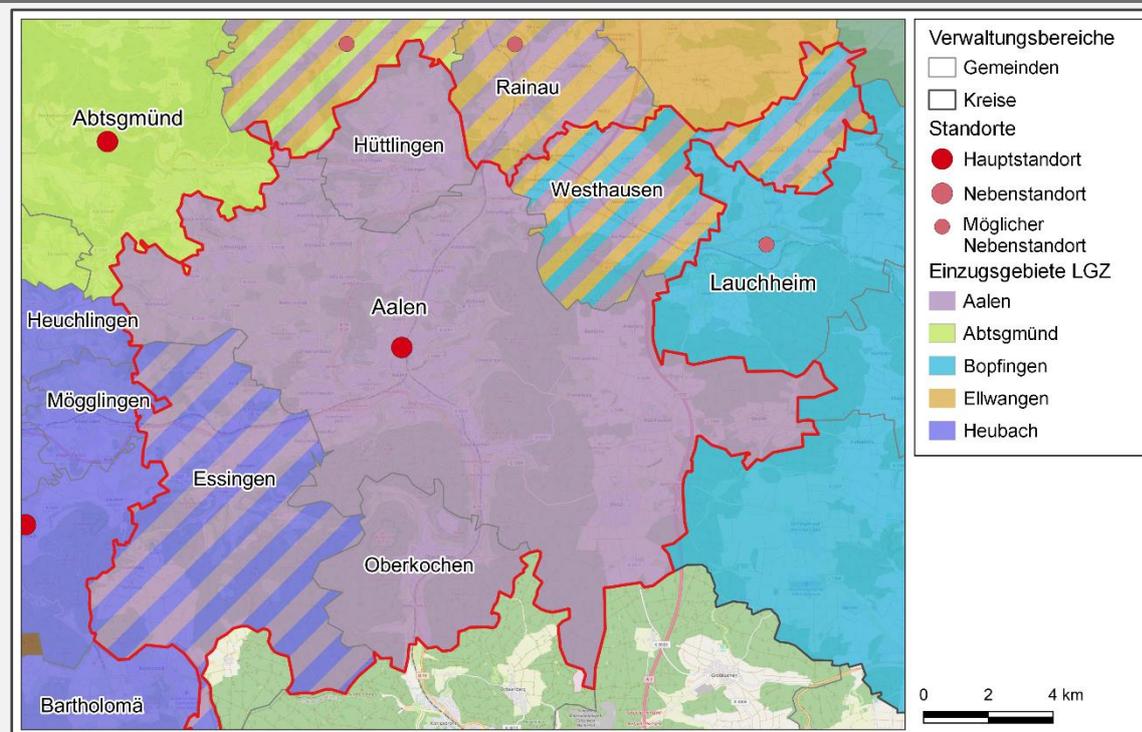
Das Angebot an Pflegeplätzen sei knapp. Es könne etliche Wochen dauern, bis man einen Heimplatz bekomme. In akuten Notfällen, wie der Unterbringung schwer Demenzkranker, gehe es schnell. Die ambulante Versorgung sei ausreichend, die Kurzzeitpflegeplätze im Sommer knapp. In Oberkochen gebe es eine gut funktionierende Sozialstation, kirchliche und freie ambulante Pflegedienste. Die Kommunikation dieser Einrichtungen untereinander sei gut. Die Betreuung der Heimpatienten sei mit sehr viel Bürokratie verbunden.

### **Mögliche Anknüpfungspunkte**

Auch im Teilraum Aalen gibt es gut qualifizierte Praxen, die dem Weiterbildungsverbund angeschlossen sind. Eine Praxis in Essingen ist Lehrpraxis der Universität Ulm und bildet regelmäßig Blockpraktikanten und demnächst auch einen Weiterbildungsassistenten aus. Das MEDI-MVZ in Aalen bietet jungen Ärzten einen attraktiven Arbeitsplatz im Angestelltenverhältnis.

### 5.6.3 Strukturentwurf für Lokale Gesundheitszentren

Abbildung 33: Strukturentwurf für die Versorgung in Aalen



Eigene Darstellung

Aalen nimmt als versorgungsstarker Standort eine zentrale Rolle für die Gesundheitsversorgung in der Region ein. Dabei weist es jedoch in noch größerem Maß als Schwäbisch Gmünd eine hohe Zahl älterer Hausärzte auf: die Hälfte der Hausärzte ist älter als 60 Jahre, insgesamt ein Drittel älter als 65 Jahre. Ebenfalls auffällig ist ein hoher Anteil älterer Ärzte bei einzelnen Facharztgruppen:

- 5 von 15 Chirurgen/Orthopäden über 60 Jahre
- 2 von 3 HNO über 60 Jahre
- 3 von 7 Neurologen über 60 Jahre, davon 2 über 65 Jahre
- 2 von 5 Urologen über 60 Jahre, davon 1 über 65 Jahre

Deshalb sollte – wie auch in Schwäbisch Gmünd – zunächst die Konsolidierung der Versorgung in der Kernstadt im Vordergrund stehen.

Auffällig ist die gegenüber dem Restkreis (inkl. Schwäbisch Gmünd) etwas positivere Einschätzung der Chancen für eine erfolgreiche Praxisabgabe durch die 20 Hausärzte, die die Befragung beantwortet haben: 70 % bezeichneten die Nachfolgersuche als „eher schwierig“, während nur zwei Hausärzte sie für nahezu unmöglich hielten. Das liegt möglicherweise auch daran, dass hier mit dem MEDI MVZ schon ein gutes Beispiel etabliert ist, das zeigt, dass attraktive Arbeitsangebote funktionieren können.

Die Kernherausforderung in der Rekrutierung von ärztlichem Nachwuchs wurde von den Machern des MEDI MVZ bereits erkannt: Es geht um die Bereitstellung von attraktiven Arbeitsplätzen, die jungen Ärzten die Entscheidung erleichtern, vor Ort tätig zu werden.

In Aalen sollte es vor diesem Hintergrund darum gehen, die durch das MEDI MVZ begonnene Entwicklung starker Versorgungsstrukturen weiter zu führen. Bei einem kommunalen Engagement sollte hierbei der Fokus darauf liegen, ausgehend von einer starken Struktur in Aalen perspektivisch auch in die umliegenden Städte Esslingen, Oberkochen, Westhausen und Hüttlingen sowie ggf. Rainau hineinzuwirken.

Zu Beginn der Aufbauphase eines LGZ muss über den Teilraumdialog hinaus ein enger Dialog mit den Betreibern des MEDI MVZ geführt werden, von welchem aus das weitere Vorgehen abzustimmen ist. Dabei geht es vor allem darum, das LGZ so aufzustellen, dass Konkurrenz und Konkurrenzdenken gegenüber dem bestehenden MVZ möglichst gering bleiben. Ebenfalls sollte sondiert werden, inwiefern das MEDI MVZ eine Keimzelle für den weiteren Aufbau von Strukturen sein kann.

Wie auch in Schwäbisch Gmünd bietet sich die Eingliederung von fachärztlichen Angeboten im LGZ an. Ebenfalls weisen auch hier einzelne Facharztbereiche einen besonders hohen Anteil hochaltriger Ärzte auf. Analog sollte auch hier der Dialog zur Fachärzteschaft gesucht werden, um eine mögliche Beteiligung zu prüfen.

## 6 Fazit

Die ambulante – insbesondere die hausärztliche – und die stationäre Gesundheitsversorgung befinden sich in einem Strukturwandel. Dabei geht der Trend zu einer „Urbanisierung“ der Versorgung, in der die Versorgungsangebote immer weiter in den Städten zentralisiert werden. Kleinere stationäre Einrichtungen betrifft das ebenso wie niedergelassene Ärzte, wobei die Treiber bei den Krankenhäusern die Wirtschaftlichkeit der Häuser und bei den Ärzten die Präferenzen des Nachwuchses sind. Damit einhergehend findet ein Wandel hin zu größeren Betriebsformen statt, die ein erweitertes Angebot sowohl für Selbstständige und angestelltes Personal als auch für Patienten bieten.

So gilt es, gemeinsam mit den jeweils vor Ort relevanten Gesundheitsakteuren Lösungen zu entwickeln, die die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ebenso stärken wie die Qualität der Arbeitsplätze im Gesundheitssektor. Dabei liegt der Schlüssel zu einer besseren Versorgung gerade im Angebot attraktiver Arbeitsplätze: Werden diese geboten, können Ärzte und qualifizierte MFA gewonnen und das Versorgungsangebot stabilisiert werden. Um insbesondere im hausärztlichen Bereich, aber auch für die damit verknüpften Berufsfelder solche Arbeitsplätze anbieten zu können, sind leistungsfähige und entsprechend modern aufgestellte Praxen zentral. Um diese zu entwickeln, wird für die meisten Handlungsräume das Modell der Lokalen Gesundheitszentren aus dem Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit aus dem Jahr 2014 empfohlen. Dieses umfassende Versorgungsmodell kann als hausärztliche Primärversorgungspraxis mit einigen Hausärzten in beliebiger Rechts- und Organisationsform starten und in der Folge Schritt für Schritt mit weiteren Elementen ausgebaut werden (z. B. fachärztliche Zweigsprechstunden, strukturierte proaktive Versorgungsangebote für chronisch kranke, ältere Patienten durch nichtärztliches Praxispersonal, Einbeziehung weiterer Berufsgruppen und ihrer Angebote, zugeschnitten auf die zu versorgende Bevölkerung, Mobilitätsangebote etc.).

Der Ostalbkreis hat sich das Ziel gesetzt, den auf verschiedenen Ebenen vorhandenen Herausforderungen bei der Sicherung der Gesundheitsversorgung aktiv zu begegnen. Vor diesem Hintergrund zielen die Empfehlungen der vorgelegten Analyse darauf ab, dass sich der Kreis in einem höheren Maße in die Entwicklung und Gestaltung der Versorgung einbringt. So soll der Kreis sein Engagement so stärken können, dass gemeinsam mit den Gesundheitsakteuren Ansätze zur Versorgungssicherung entwickelt werden und er von Gesundheitskoordination und Monitoring bis hin zur Teilhabe an einer Trägergesellschaft zum Betrieb moderner Praxen agieren kann.

Ausgangspunkt dieser Arbeit sollte eine dialogbasierte, auf die jeweiligen spezifischen Bedürfnisse und Potenziale zugeschnittene teilraumsensible Gesundheitspolitik sein. So gilt es, die möglichen Ansätze und Allianzen mit Blick auf die Handlungsräume zu schärfen, ein langfristig angelegtes Monitoring der Gesundheitsversorgung zu entwickeln sowie innovative und leistungsfähige Versorgungsangebote zu schaffen. Hierzu werden erste Diskussionsansätze und mögliche Anknüpfungspunkte vor Ort aufgezeigt, die es in

enger Zusammenarbeit mit den Akteuren vor Ort weiter zu entwickeln gilt. Der Grundgedanke der Empfehlungen ist es somit, dass der Landkreis im Verbund mit den Städten und Gemeinden die Rolle eines Moderators, Impulsgebers und letztendlich auch Trägers bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung übernimmt.

Dass die auf den Dialog fokussierte Kooperation zwischen Kommunen und Gesundheitsakteuren zu befriedigenden Lösungen bei der langfristigen Sicherung der Gesundheitsversorgung führt, kann allerdings nicht vorausgesetzt werden. Insbesondere das unternehmerische Engagement zur Übernahme von Praxen ohne Nachfolger und deren Integration in leistungsfähige Verbünde stellt sich häufig als schwierig heraus. Insofern verbindet sich mit dem vorliegenden Gutachten die Empfehlung an den Kreis, umfassender in die Verantwortung für die Versorgungssicherung einzusteigen. Dies kann bedeuten,

- klare Versorgungsziele für Teilräume zu definieren, deren Nichterreichung einen politischen Interventionsbedarf begründet,
- eine Trägergesellschaft (z. B. in Form eines kommunalen Unternehmens, auch in Kooperation mit Kliniken, Ärztenetzwerken etc.) zu gründen, die Lokale Gesundheitszentren durch Aufnahme vorhandener Praxen entwickelt und betreibt und
- schließlich flankierende Leistungen zu erbringen oder zu finanzieren (z. B. auch auf Basis eines teilraumorientierten Förderbudgets), die es den vorhandenen Praxen ermöglichen, besondere Versorgungsbedarfe zu bedienen (z. B. Unterstützung bei der Einrichtung von dezentralen Sprechstunden oder Filialpraxen, Betrieb von Fahrdiensten, Ausbildung und Ausrüstung von besonders qualifizierten MFA für die häusliche Betreuung immobiler Patienten).

Neben diesen je nach Umsetzungsdruck und Umsetzungswillen kurz- bis mittelfristig wirksamen Ansätzen zur Gewinnung insbesondere von ärztlichen Arbeitskräften gilt es, auch längerfristig junge Mediziner in die Region zu bringen bzw. sie dort zu halten. Hierzu sollten die bestehenden Weiterbildungsangebote ausgebaut und möglichst in Kooperation mit jungen, engagierten Ärzten im Kreis ein Programm zur frühzeitigen Nachwuchsförderung (z. B. nach dem Vorbild von DonauDoc) aufgelegt werden. Zusätzlich zum Fokus auf der ärztlichen Seite der Gesundheitsversorgung sollte, auch gesteuert über die Teilraumdialoge, ebenfalls der Pflegesektor gestärkt werden.





Landratsamt Ostalbkreis  
Stuttgarter Straße 41  
73430 Aalen  
Telefon 07361 503-0  
[info@ostalbkreis.de](mailto:info@ostalbkreis.de)  
[www.ostalbkreis.de](http://www.ostalbkreis.de)