

Thomas Stinn

Die Gesundheitsregion als zukunftsfähiges Konzept für ländliche Räume

Raumrelevante Handlungsstrategien im Kontext
regionaler Gesundheitsversorgung



Rural Areas: Issues of local and regional development Vol.3
Ländliche Räume: Beiträge zur lokalen und regionalen Entwicklung Bd.3

LIT

Thomas Stinn

Die Gesundheitsregion
als zukunftsfähiges Konzept
für ländliche Räume

RURAL AREAS

Issues of local
and regional development

LÄNDLICHE RÄUME

Beiträge zur
lokalen und regionalen Entwicklung

Edited by / herausgegeben von

Prof. Dr. Ulrike Grabski-Kieron
(Universität Münster)

Prof. Dr. Ingo Mose
(Universität Oldenburg)

PD Dr. Anja Reichert-Schick
(Universität Trier)

Dr. Annett Steinführer
(Thünen-Institut Braunschweig)

Band / Volume 3

LIT

Thomas Stinn

Die Gesundheitsregion als zukunftsfähiges Konzept für ländliche Räume

Raumrelevante Handlungsstrategien
im Kontext regionaler Gesundheitsversorgung

LIT

Bildnachweise auf Umschlag:

Bild oben: © Marco2811, Lizenz erworben auf www.fotolia.com

Bild unten links: © thanksforbuying, Lizenz erworben
auf www.fotolia.com

Bild unten rechts: © SG-design, Lizenz erworben auf www.fotolia.com



Gedruckt auf alterungsbeständigem Werkdruckpapier entsprechend
ANSI Z3948 DIN ISO 9706

D 6

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-643-13792-0 (brosch.)

ISBN 978-3-643-33792-4 (PDF)

Zugl.: Münster (Westf.), Univ., Diss., 2017

© **LIT VERLAG** Dr. W. Hopf Berlin 2017

Verlagskontakt:

Fresnostr. 2 D-48159 Münster

Tel. +49 (0) 2 51-62 03 20

E-Mail: lit@lit-verlag.de <http://www.lit-verlag.de>

Auslieferung:

Deutschland: LIT Verlag, Fresnostr. 2, D-48159 Münster

Tel. +49 (0) 2 51-620 32 22, E-Mail: vertrieb@lit-verlag.de

E-Books sind erhältlich unter www.litwebshop.de

Vorwort der Herausgeber

Die Reihe „Ländliche Räume – Beiträge zur lokalen und regionalen Entwicklung/Rural areas: Issues of local and regional development“ verfolgt das Ziel, eine Plattform für den wissenschaftlichen Austausch über aktuelle Fragen sozialer, politischer, ökonomischer, humanökologischer und kultureller Transformationen ländlicher Räume in Deutschland und Europa zu sein. Sie versteht sich als Publikationsorgan einer interdisziplinären Forschung über ländliche Räume. Die Reihe ist darauf ausgerichtet, einerseits wissenschaftstheoretische Fragen zu adressieren, andererseits Ergebnisse und Erkenntnisse angewandter wissenschaftlicher Zugänge zur Entwicklung ländlicher Räume zu publizieren. Sowohl Sammelbände als auch Monographien (z. B. Dissertationen) in deutscher oder englischer Sprache werden veröffentlicht.

Der vorliegende Band entspricht dieser Zielsetzung und dem Anspruch der Herausgeber, aktuelle Diskurse zu Themen ländlicher Raumentwicklung aufzugreifen und zu intensivieren: Die Problematik einer tragfähigen Daseinsvorsorge in ländlichen Regionen Deutschlands hat sich durch den demographischen Wandel zu einem viel beachteten Thema entwickelt, das aktuell unter verschiedenen Perspektiven Gegenstand mannigfaltiger fachlicher Diskurse ist. Fragen zukunftsweisender Gesundheitsversorgung und solche nach der Tragfähigkeit medizinischer Infrastrukturen sind dabei von hoher Bedeutung.

Vor dem Hintergrund des wachsenden Problemdrucks greifen Governance-Konzepte in ländlichen Räumen mehr und mehr auch Themen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und der Sicherung gesundheitlicher (Nah-)Versorgung auf. Regionale Entwicklungsprozesse erhalten durch erweiterte Akteursnetzwerke, an denen u. a. auch Vertreter des Gesundheitswesens und der Gesundheitswirtschaft beteiligt sind, neue Impulse. Zahlreiche Modell- und Pilotprojekte haben in den letzten Jahren nicht nur in Deutschland, sondern auch in europäischen Nachbarländern alternative oder innovative Handlungskonzepte der Gesundheitsvorsorge entworfen, erprobt und ihre Praxistauglichkeit unter Beweis gestellt. Das Konzept der Gesundheitsregionen, dem sich der vorliegende Band widmet, fügt sich in diesen Kontext ein und kann als ein theoretisches und praktisches Konzept zur Regionalentwicklung interpretiert werden. Es findet damit

seine unmittelbaren Bezugspunkte zu Fragen der ländlichen Entwicklung und zur angewandten Geographie ländlicher Räume.

Im vorliegenden Band geht Thomas Stinn der Frage nach, ob das Konzept „Gesundheitsregion“ tatsächlich ein Handlungsansatz sein kann, mit dem die medizinische Versorgung und damit die Lebensqualität in ländlichen Räumen nachhaltig sichergestellt und unterstützt werden kann. Er überführt seine Untersuchung in Handlungsempfehlungen, die geeignet sind, die aktuellen Diskurse zu befruchten. Das Thema ist wissenschaftliche wie planungspraktisch von hoher Relevanz. Dafür gilt dem Autor der Dank der Reihenherausgeber.

Für die Herausgeber
Ulrike Grabski-Kieron

Vorwort

Die vorliegende Schrift wurde im Sommersemester 2016 an der Philosophischen Fakultät (im Fach Geographie) der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster als Dissertation angenommen.

An erster Stelle und besonders herzlich danke ich meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Ulrike Grabski-Kieron. Durch ihre Vorlesungen sowie mehrere Gespräche zur ländlichen Raumforschung und zur Geographie ländlicher Räume konkretisierte sich mein Dissertationsvorhaben. Als ihr Doktorand ermöglichte sie mir, mich noch tiefer mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Während der Zielkonzeption, der Feldphase sowie bei der Niederschrift konnte ich sowohl durch ihre vielen wertvollen Ratschläge, als auch die Gewährung größtmöglicher wissenschaftlicher Freiheit dieses Projekt erfolgreich zum Ende führen. Außerdem hat sie mit ihrem vielfach motivierenden Zuspruch die Arbeit an diesem Projekt erheblich erleichtert. Auch danke ich vielmals Herrn Prof. Dr. Ingo Mose, der sich unkonventionell als Zweitgutachter gewinnen ließ. Sowohl meinen beiden Betreuern als auch Frau Dr. Annett Steinführer und Frau PD Dr. Anja Reichert-Schick danke ich für die Aufnahme meiner Arbeit in die vorliegende Schriftenreihe.

Weiterhin danke ich sehr herzlich den drei Geschäftsstellen der Gesundheitsregionen Göttingen, Frau Bianca Dietrich, Carus Consilium Sachsen, Frau Sabine Rößing sowie Coburg, Frau Nadine Wuttke, die mich bei der Durchführung der empirischen Feldarbeit hervorragend unterstützt und die sich zur Befragung bereit erklärt haben. Gleichmaßen gilt mein Dank den vielen befragten Experten der Gesundheitsregionen sowie den niedergelassenen Haus- und Fachärzten der Region, die sich die Zeit für meine mündliche Befragung bzw. für das Ausfüllen des Fragebogens genommen haben. Neben den drei Gesundheitsregionen konnte ich auch ein ehemaliges Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Medizinstudierenden in Deutschland, Herrn Pascal Nohl-Deryk, für die Befragung gewinnen, dem ich an dieser Stelle meinen Dank ausspreche. Ohne die Unterstützung der Vielzahl an Befragten, wäre die Bearbeitung dieser Thematik nicht möglich gewesen und hat damit einen wesentlichen Teil zum Fortkommen dieses Pamphlets beigetragen.

Außerordentlicher Dank gilt meinem ehemaligen Arbeitskollegen am IfG, Herrn Christian Velten, der mich sehr bei der Ordnung und Strukturierung

meiner Gedanken unterstützt hat. Ferner danke ich allen (auch ehemaligen) Mitarbeitern des Instituts für Geographie, die mir mit wissenschaftlichen Gesprächen oder einfach nur als Leidensgenossen mit motivierendem Zuspruch zur Seite gestanden haben. Namentlich besonders hervorheben möchte ich Herrn Gerald Staacke, Frau Lena Neubert, Herrn Lars Schulze-Beusingsen, Frau Jana Werring, Herrn apl. Prof. Dr. Karl Martin Born, Herrn Matthias Kling für das professionelle Setzen des Textes und Frau Claudia Schroer für die Kartenerstellung sowie Frau Kirsten Linnemann. Vielen Dank Euch für Eure wertvolle Unterstützung.

Ohne ein starkes privates Umfeld wäre es sehr viel anstrengender gewesen, dieses Projekt abzuschließen. Aus diesem Grund danke ich meinem engsten Münsteraner Freundeskreis für die tolle Unterstützung. Sie haben mich regelmäßig daran erinnert, dass Freizeit und Abschalten ein nicht unerheblicher Teil des Projekts sind und auch Quell neuer Inspirationen und Ideen sein kann.

Mein Größter Dank gebührt schließlich meinen drei Brüdern Dietmar, Stephan und Marc sowie meinen Eltern Eleonore sowie Dietmar Stinn für die bedingungslose Unterstützung und den festen Glauben an mich.

Thomas Stinn, Frankfurt am Main im April 2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Herausgeber	V
Vorwort	VII
Abkürzungsverzeichnis	XIII
Abbildungsverzeichnis	XV
Tabellenverzeichnis	XIX
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung und Leitfragen	5
2 Ländliche Räume und gesundheitsbezogene Daseinsvorsorge – Herausforderungen und Trends	9
2.1 Demografische Treiber und räumliche Verteilung gesundheitlicher Versorgungsleistungen	14
2.1.1 Verteilungsproblematik des medizinischen Versorgungsangebots	14
2.1.2 Zukünftiger medizinischer Versorgungsbedarf	16
2.1.3 Bevölkerungsalterung und -rückgang – Herausforderung für die gesundheitsbezogene Infrastruktur	18
2.1.4 Ärztliche Dienstleister – Älter und weniger	22
2.2 Öffentliche Daseinsvorsorge unter sich verändernden Rahmenbedingungen	24
2.2.1 Das Zentrale-Orte-Konzept im Kontext flächendeckender Gesundheitsversorgung	28
2.2.2 Gesundheitsversorgung in den Leitbildern der Raumordnung .	30
3 Das Konzept „Gesundheitsregion“ – Handlungsstrategie für die Regionalentwicklung	33
3.1 Eine Auswahl regionaler Handlungsansätze zur Sicherung medizinischer Versorgung in ländlichen Räumen	34
3.1.1 Modellvorhaben der Raumordnung (MORO-Aktionsprogramm)	34
3.1.2 Informationskampagnen der Kassenärztlichen Vereinigungen .	36
3.1.3 BMBF-Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“	37
3.1.4 Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V.	39

3.2	Modelle von Gesundheit und Krankheit – Prävention und Gesundheitsförderung	40
3.3	Das Konzept der Therapeutischen Landschaften	41
3.4	Evaluation von Regionsnetzwerken mit Fokus auf die medizinische Versorgungssicherung	43
3.5	Typisierung und Definition von Gesundheitsregionen	45
4	Organisation der Gesundheitsversorgung in Deutschland im Spiegel der Regionalentwicklung	49
4.1	Strukturen und Akteure von Gesundheitssystemen	49
4.2	Versorgungsstruktur des deutschen Gesundheitssystems	51
4.2.1	Ambulant-ärztliche Versorgungsstruktur	57
4.2.2	Stationär-ärztliche Versorgungsstruktur	62
4.2.3	Integrierte Versorgung – Ein Überblick	69
4.3	E-Health/Telemedizin und Gemeindeschwester – Innovative Ansätze für eine flächendeckende medizinische Versorgung	71
4.4	Prävention und Gesundheitsförderung	77
4.5	Pflege als zentraler Leistungsbereich einer altersgerechten Gesundheitsversorgung	82
4.6	Regionale Gesundheitsversorgung im Kontext von Raumordnung und Regional Governance	84
5	Forschungsdesign und Methoden	87
5.1	Evaluierung versorgungsorientierter Gesundheitsregionen – Methoden	88
5.1.1	Identifikation von Schlüsselthemen zur Versorgungssicherung in ländlichen Räumen	89
5.1.2	Ableitung von Bewertungskriterien	89
5.2	Kriteriengestützte Auswahl der Fallstudien	91
5.3	Methodenset im Rahmen der empirischen Erhebung	94
5.3.1	Leitfadengestützte Experteninterviews	95
5.3.2	Standardisierte Befragung	98
5.3.3	Auswertung der Datenerhebung und Ergebnisdarstellung	100
6	Kurzportraits der Fallstudien	103
6.1	Gesundheitsregion Göttingen – Regionsprofil	103
6.1.1	Konzept, Ziele und Projekte	107
6.1.2	Medizinische Versorgungssituation	109

6.2	Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen – Regionsprofil	113
6.2.1	Konzept, Ziele und Projekte	116
6.2.2	Medizinische Versorgungssituation	120
6.3	Gesundheitsregion Coburg – Regionsprofil	126
6.3.1	Das MORO-Aktionsprogramm Regionale Daseinsvorsorge/ Gesundheitsregion Coburg	128
6.3.2	Medizinische Versorgungssituation	131
7	Empirische Ergebnisse	135
7.1	Synopse der Fallstudien-Rahmenbedingungen	135
7.1.1	Struktur der Trägerorganisationen	135
7.1.2	Motive, Ziele und Aufgaben der Geschäftsstellen der Gesund- heitsregionen	136
7.1.3	Regionsübergreifende Zusammenfassung	138
7.1.4	Verständnis der Partnerakteure von Gesundheitsregion	139
7.1.5	Einschätzung der medizinischen Versorgungssituation	147
7.1.6	Hemmnisse im Gesundheitswesen	156
7.2	Schlüsselthemenspezifische Auswertung	168
7.2.1	Schlüsselthema I: Nachwuchsförderung/-gewinnung	169
7.2.2	Schlüsselthema II: Akteursvernetzung/Kooperationen und Delegation	178
7.2.3	Schlüsselthema III: Integration von Telemedizin	187
7.2.4	Schlüsselthema IV: Präventions- und Gesundheitsförderungs- maßnahmen	193
7.3	Das Konzept „Gesundheitsregion“ im Spiegel der Diagnose	198
7.3.1	Rahmenbedingungen der jeweiligen Fallstudien	198
7.3.2	Bewertung des Konzepts „Gesundheitsregion“	200
7.4	Zusammenfassung der Schlüsselthemen-Diagnose	211
8	Handlungsempfehlungen zur Unterstützung der Versorgungs- sicherung in ländlichen Räumen durch Gesundheitsregionen	215
8.1	Übergeordnete Handlungsfelder außerhalb des GR-Konzepts	216
8.1.1	Umbau der Honorarpolitik	216
8.1.2	Umstellung der „Bedarfs“-planung auf Ermittlung von tatsäch- lichen Versorgungsbedarfen	218
8.1.3	Erhöhung der Patientenmobilität	220
8.2	Schlüsselthemen-spezifische Handlungsfelder	221
8.2.1	Nachwuchsförderung und -gewinnung	221
8.2.2	Kooperationen/Akteursvernetzung und Delegation	224

8.2.3 Telemedizin	227
8.2.4 Prävention und Gesundheitsförderung	228
8.3 Übertragbarkeit des Konzepts „Gesundheitsregion“	229
9 Fazit und Ausblick	233
Literaturverzeichnis	237
Anhang	259

Abkürzungsverzeichnis

AMiCE	Amicable Network of Academical Medical Centres in Europe
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BÄK	Bundesärztekammer
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
BMVI	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
BPL-RL	Bedarfsplanungsrichtlinie
BVA	Bundesversicherungsamt
CCS	Carus Consilium Sachsen
DeGEval	Deutsche Gesellschaft für Evaluation
DITIB	Diyanet Isleri Türk Islam Birliği (Türkisch-Islamische Union der Anstalt für Religion e. V.)
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFRE	Europäischer Fonds für regionale Entwicklung
ePA	elektronische Patientenakte
FDZ	Forschungsdatenzentrum
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GB-E	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GR	Gesundheitsregion
GWG	Gesellschaft für Wirtschaftsförderung und Stadtentwicklung Göttingen
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KGS	Krankenhausgesellschaft Sachsen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KPI	Key performance indicators

KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
KVS	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LEP	Landesentwicklungsplan
LGZ	Lokales Gesundheitszentrum
LROP	Landesraumordnungsprogramm
MASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen
MORO	Modellvorhaben der Raumordnung
MUGV	Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (heute MLUL) des Landes Brandenburg
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PKV	Private Krankenversicherung
RePlaI	REgionales PLAnungsInstrument
RFDS	Royal flying doctor service
RKI	Robert-Koch-Institut
ROG	Raumordnungsgesetz
RROP	Regionales Raumordnungsprogramm
SÄK	Sächsische Ärztekammer
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistik- und Analyse-Software
STP	Stichprobe
SVR	Sachverständigenrat
UKD	Universitätsklinikum Dresden
TMZ	Telemedizinisches Zentrum
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
WHO	World Health Organisation
WiDo	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen
WIP	Wissenschaftliches Institut der PKV
ZOK	Zentrale-Orte-Konzept

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Siedlungsstrukturelle Kreistypen 2015	10
Abb. 2:	Wachsende und schrumpfende Städte und Gemeinden in Deutschland	11
Abb. 3:	Einflussfaktoren regionaler und kommunaler Raument- wicklung	13
Abb. 4:	Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur 1960 bis 2060	19
Abb. 5:	Regionale Alterung 2010 bis 2030 – Durchschnittsalter 2010 bis 2030	20
Abb. 6:	Anteil der Menschen mit mindestens einer chronischen Krankheit	21
Abb. 7:	Durchschnittsalter der Ärzte	22
Abb. 8:	Themen und Akteure der regionalen Gesundheitsversorgung	33
Abb. 9:	Lage der Modellregionen „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“	35
Abb. 10:	Typisierung von Gesundheitsregionen	46
Abb. 11:	Rahmendefinition Gesundheitsregion	47
Abb. 12:	Grundelemente von Gesundheitssystemen	50
Abb. 13:	Steuerungsinstrumente der Gesundheitspolitik	50
Abb. 14:	Zusammenhänge der Grundelemente des deutschen Ge- sundheitssystems	52
Abb. 15:	Entwicklung der Gesundheitsausgaben von 1992 bis 2012 in Deutschland	53
Abb. 16:	Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Einrichtungen 2012	55
Abb. 17a:	Ausgaben nach stationären Einrichtungen 2012	56
Abb. 17b:	Ausgaben nach ambulanten Einrichtungen 2012	56
Abb. 18:	Systematik der Bedarfsplanung nach Neufassung der BPL-RL	59
Abb. 19:	Versorgungsebenen und zugehörige räumliche Planungs- zuschnitte	60
Abb. 20:	Hauptgliederungskriterien von Krankenhäusern	63
Abb. 21:	Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser . .	64
Abb. 22a:	Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung 2013	66
Abb. 22b:	Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung 2013 Szenario „Schließung des jeweils nächsten Kranken- hausstandortes“	67

Abb. 23:	Behandlungsbezogene Telematikanwendungen	73
Abb. 24:	Ausgewählte Nutznießer und Nutzen der Gesundheitstele- matik	75
Abb. 25:	Pflegebedürftige in Deutschland 1999 bis 2013	83
Abb. 26:	Charakteristika und Kennzeichen von Regional Governance	85
Abb. 27:	Zweistufige Auswahl der Gesundheitsregionen	91
Abb. 28:	Lage und Landkreise der ausgewählten Fallbeispiele . . .	93
Abb. 29:	Ablauf der Feldphase	95
Abb. 30:	Akteursebenen und ausgewählte Akteure des deutschen Gesundheitswesens	96
Abb. 31:	Altersverteilung der niedergelassenen Ärzte aller drei GR	99
Abb. 32:	Geschlechterverteilung der niedergelassenen Ärzte aller drei GR	100
Abb. 33:	Lage und Landkreise der Gesundheitsregion Göttingen . .	103
Abb. 34:	Lage und Landkreise der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen	113
Abb. 35:	Lage und administrative Grenzen der Gesundheitsregion Coburg	126
Abb. 36:	Einschätzung der Kenntnisse über Ziele und Maßnahmen der GR Göttingen	140
Abb. 37:	Einschätzung der Kenntnisse über Ziele und Maßnahmen der GR Sachsen	142
Abb. 38:	Einschätzung der Kenntnisse über Ziele und Maßnahmen der GR Coburg	145
Abb. 39:	Einschätzung der hausärztlichen Versorgungssituation (GR Göttingen)	148
Abb. 40:	Einschätzung der fachärztlichen Versorgungssituation (GR Göttingen)	149
Abb. 41:	Einschätzung der hausärztlichen Versorgungssituation (GR Sachsen)	152
Abb. 42:	Einschätzung der fachärztlichen Versorgungssituation (GR Sachsen)	153
Abb. 43:	Einschätzung der hausärztlichen Versorgungssituation (GR Coburg)	155
Abb. 44:	Einschätzung der fachärztlichen Versorgungssituation (GR Coburg)	155

Abb. 45:	Erhöhung der GR-Attraktivität zur Nachwuchsgewinnung – Maßnahmen	170
Abb. 46:	Vernetzungscharakter des GR-Konzepts für niederge- lassene Ärzte	180
Abb. 47:	Maßnahmen zur Ausweitung von Delegation	181
Abb. 48:	Einschätzung der Kenntnisse im Bereich telemedizinischer Verfahren	188
Abb. 49:	Einschätzung des möglichen Nutzens telemedizinischer Verfahren	189
Abb. 50:	Relevanz von Präventions- und Gesundheitsförderungs- maßnahmen	193
Abb. 51:	Einschätzungen zu Präventions- und Gesundheitsförde- rungsmaßnahmen	194

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Gewinnerregionen des BMBF-Wettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft“	38
Tab. 2:	(Modell-)Projekte für arztentlastende medizinische Fachkräfte	77
Tab. 3:	Bewertungskriterien für die jeweiligen Themen	90
Tab. 4:	Sozioökonomische und -demographische Regionalkennziffern der GR Göttingen	104
Tab. 5:	Kurzprofil des Konzepts Gesundheitsregion Göttingen . . .	107
Tab. 6:	Indikatoren der stationär-medizinischen Versorgungssituation in der GR Göttingen	110
Tab. 7:	Hausärztlicher Versorgungsgrad in der GR Göttingen	111
Tab. 8:	Allgemeiner fachärztlicher Versorgungsgrad der GR Göttingen	112
Tab. 9:	Sozioökonomische und -demographische Regionalkennziffern der Sachsen	114
Tab. 10:	Kurzprofil der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen	116
Tab. 11:	Indikatoren der stationär-medizinischen Versorgungssituation in der GR Sachsen	121
Tab. 12:	Hausärztlicher Versorgungsgrad in der GR Sachsen	123
Tab. 13:	Allgemeiner fachärztlicher Versorgungsgrad in der GR Sachsen	124
Tab. 14:	Sozioökonomische und -demographische Regionalkennziffern der GR Coburg	127
Tab. 15:	Kurzprofil der Gesundheitsregion Coburg	128
Tab. 16:	Indikatoren der stationär-medizinischen Versorgungssituation in der GR Coburg	132
Tab. 17:	Hausärztlicher Versorgungsgrad in der GR Coburg	132
Tab. 18:	Allgemeiner fachärztlicher Versorgungsgrad in der GR Coburg	133

1 Einleitung

*„Die Gesundheit ist zwar nicht alles,
aber ohne Gesundheit ist alles nichts“*

— Arthur Schopenhauer
(dt. Philosoph, 1788–1860)

1.1 Problemstellung

Der aktuell in Deutschland geführte Diskurs um eine zukunftsfähige Sicherung gesundheitlicher Versorgungsleistungen, insbesondere in ländlichen Räumen, ist vor dem Hintergrund sich verändernder Rahmenbedingungen von vielschichtigen Herausforderungen geprägt. Das im Zentrum stehende Problem ist die sich in ländlichen (meist dünn besiedelten und peripheren) Regionen zurückziehende gesundheitsbezogene Infrastruktur (siehe Kap. 2). Dazu zählen insbesondere niedergelassene Landarztpraxen, bei denen sich Nachfolgelösungen aufgrund attraktiverer Rahmenbedingungen in Städten als schwierig erweisen sowie stationäre Abteilungen in Krankenhäusern, die u. a. wegen des Bevölkerungsschwundes nicht mehr tragfähig betrieben werden können (siehe Kap. 2.1 ff. sowie Kap. 4.2 ff.).

Für den ambulant-medizinischen Bereich formulieren es Uhlemann u. Lehmann (2011, S. 15) wie folgt: „Solange Niederlassungsmöglichkeiten in attraktiven Städten und Kreisen bestehen, haben potenzielle Praxisstandorte in ländlichen, strukturschwachen Gebieten einen massiven Standortnachteil [...]“ (vgl. Faller 2014; SVR Gesundheit 2014). Davon betroffen sind allerdings nicht mehr nur periphere ländliche Räume, sondern auch andere ländliche Räume in der Nähe zu Mittel- und Oberzentren. Als Hauptursache und Treiber dieser Entwicklung gilt der demographische Wandel (siehe Kap. 2.1), welcher mittelbar immer neue Reformen im Gesundheitswesen zur Folge hat – wie bspw. das sog. Landarztgesetz (vgl. Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung 2012, GKV-VStG). Dabei geht auf der stationär- und ambulant-medizinischen Angebotsseite die teilräumliche Ausdünnung des Standortnetzes mit entsprechenden Konzentrationsprozessen einher. Demgegenüber steht das veränderte Nachfrageverhalten nach Versorgungsleistungen in einer älter werdenden Bevölkerung. Mit der Alterung der Bevölkerung werden in absehbarer Zukunft insbesondere der Bedarf an hausärztlicher Versorgung

(vgl. Libbe 2012; S. 122, Barta 2010; George u. Banat 2010; Jacobs u. Schulze 2011; Kuhn u. Klingholz 2013; Lehnert u. König 2012; Neu 2011; Reiners 2011; Saß et al. 2010) und damit auch der Handlungsdruck auf ländliche Regionen mit Schrumpfungstendenzen bezüglich der Vorhaltung einer adäquaten medizinischen Versorgung zunehmen.

Dass auch die Raumordnung und -planung vor dem Hintergrund der Daseinsvorsorge hierbei eine wesentliche Rolle spielt, ist nicht zuletzt durch das sog. Gleichwertigkeitspostulat begründet. Dieses kann als Ausdruck sozialen Ausgleichs und des Zielens auf Verteilungsgerechtigkeit auf der Grundlage des Grundgesetzes interpretiert werden (vgl. Grabski-Kieron u. Stinn 2011, S. 51). Wenngleich die Diskussion über die „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ in der einschlägigen Literatur (vgl. Barlösius 2006; BBSR 2012a; Blotevogel 2005; Einig 2008; Fürst u. Mäding 2011; Hahne 2005; Hübler 2005; Kaltenbrunner 2005; Klee 2006; Krummheuer et al. 2010; Kuhn u. Klingholz 2013; Reichel 2009; Rosenfeld u. Weiß 2010) eine Kontroverse im Hinblick auf die Ausgestaltung dieses Grundsatzes ist, so wird überwiegend an diesem Postulat in Form des „Gewährleistungsstaates“ festgehalten (siehe Kap. 2.2).

Dabei zeigt die Problematik deutlich auf, dass neben dem Gleichwertigkeitspostulat als staatstragendem Prinzip raumrelevanter Politiken auch die tradierten Planungs- und Ordnungsinstrumente, wie bspw. das Zentrale-Orte-Konzept nach Christaller und die Leitbilder der Raumordnung (siehe Kap. 2.1.1 u. 2.2.2) weitreichend mit der medizinischen Versorgungssicherung verwoben sind. Neben dem sog. Kernbereich der ärztlichen Versorgung (stationär- und ambulant-medizinischer Bereich) (siehe Kap. 4.2 ff.) mit ihren Planungen (Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenhausplanung der Bundesländer), sind auch die angrenzenden Bereiche des Gesundheitswesens involviert, wie bspw. der Pflegebereich, Apotheken, Physiotherapeuten etc. Unverkennbar sind bei diesem Strukturwandel in der regionalen Gesundheitsversorgung vielfältige Politik- und Wissenschaftsbereiche auf allen Ebenen gefordert, die Herausforderungen der medizinischen Versorgungssicherung und -planung in der Fläche mithilfe integrierter Versorgungskonzepte zu lösen (siehe Kap. 4.2.3).

Die regionale Gesundheitsversorgung entwickelt sich somit zu einem zentralen Handlungsfeld ländlicher Entwicklungsplanung und ist im Rahmen innovativer Handlungsansätze stärker als bisher miteinzubeziehen (vgl.

Grabksi-Kieron u. Stinn 2011, S. 51). Libbe (2012, S. 123) fordert vor diesem Hintergrund die Stärkung der Gemeinden und Landkreise bei der Sicherstellung medizinischer Infrastrukturen in der Rolle als regionale Koordinatoren. Auch Faller (2014, S. 10) argumentiert in eine ähnliche Richtung und sieht die Organisation und Koordination des Wandels des Standort- und Betriebsformengefüges in der ambulant-ärztlichen Versorgung als eine „nur in den Regionen selbst zu bewältigende Aufgabe“ (ebd.; Jäger 2002; SVR Gesundheit 2014). Schließlich gewinnen nach Krafft et al. (2010, S. 24 f.) im Hinblick auf die teilräumlich angespannten öffentlichen Finanzen sowie die erforderlichen Strukturanpassungen nicht nur die Gesundheitssystemforschung, sondern auch die an ihr mitwirkenden wissenschaftlichen Fachgebiete wie bspw. entsprechende Teildisziplinen der Geographie an Bedeutung (siehe Kap. 3.2).

Hierbei sollten neben den Herausforderungen auch die Chancen regionaler Akteursvernetzung als eine wichtige Möglichkeit, Impulse für die Regional- sowie ländliche Raumentwicklung zu setzen, identifiziert und in Wert gesetzt werden.

Gerade die Gesundheitswirtschaft wird von vielen regionalen Akteuren nicht nur im Hinblick auf ihr ökonomisches Potenzial erkannt, sondern eröffnet auch weitreichende Perspektiven für die lokale und regionale Struktur-, Arbeitsmarkt- und Technologiepolitik (vgl. Goldschmidt u. Hilbert 2009, S. 33; Böhm 2010; Claussen 2005; Dehning u. Dostalek 2012). Als entscheidender räumlicher Bezugsmaßstab wird sich zukünftig verstärkt die Region als zentrale Gestaltungsebene durchsetzen, da der größte Teil der Gesundheitsleistungen im direkten Kontakt zum Patienten „vor Ort“ erbracht wird. Damit verbunden ist die fortschreitende Erkenntnis, dass sich eine höhere Effizienz und Qualität im Versorgungsgeschehen nur unter der Voraussetzung realisieren lässt, auf regionaler Ebene verstärkt und unter Berücksichtigung regionalspezifischer Rahmenbedingungen zu kooperieren (vgl. Hilbert u. Kluska 2012, S. 227 f.; siehe auch Kühn 2001).

Mit den tradierten Planungsinstrumenten der Kassenärztlichen Vereinigungen (Bedarfsplanung für die ambulant-ärztliche Versorgung) sowie der Landes- und Regionalplanung allein, wird es nach Hilligardt (2010, S. 227) dementsprechend nicht möglich sein, die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig sicherzustellen. Bspw. ist der Rückgriff der Kassenärztlichen Bedarfsplanung auf die Raumkategorien des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) sowie textliche

Verweise in den Raumordnungsplänen auf die Bedarfsplanung sinnvoll und notwendig. Jedoch sei ein „echtes Verzahnen“ in Form gemeinsam erarbeiteter Strategieansätze „nicht feststellbar“. Wenngleich zahlreiche Maßnahmen und Initiativen jenseits der formellen Instrumente in die richtige Richtung weisen, so fordert Hilligardt einen intensiveren und über bisherige Schranken hinweg zu etablierenden Dialog der Akteure (vgl. ebd. S. 227 ff.). Demgemäß sind für Kühn (2001, S. 50) Integration und Regionalität die entscheidenden Parameter für ein bürgernahes Gesundheitssystem: „Regionalität ist ein immanenter Bestandteil der Integration. Was immer durch Gesetz und öffentliche Finanzierung ermöglicht und gefordert wird, es ist nur so nützlich, wie es sich auf lokaler bzw. regionaler Ebene konkretisiert“ (ebd.).

Diese Ausführungen zeigen, dass im Kontext der Sicherstellung regionaler Gesundheitsversorgung und der damit in Verbindung stehenden Akteursvernetzung zahlreiche ungenutzte Potenziale in den Regionen selbst brachliegen. Einen Ansatz jenseits formeller Planungen und Programme zeigt diesbezüglich das informelle Regionalkonzept Gesundheitsregion auf, um u. a. gerade in von Schrumpfungstendenzen betroffenen ländlichen Räumen die medizinische Grundversorgung zu sichern (siehe Kap. 3). Hierbei geht es im Kern um den Aufbau eines regionalen Gesundheitsdialogs bzw. -netzwerks, welcher/welches auf die zukunftsfähige und kooperative Gestaltung einer medizinischen Versorgungslandschaft abzielt. Auftrieb und stärkere öffentliche Aufmerksamkeit erhielt dieses Instrument durch den in 2007 ausgerufenen Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“, der durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiiert und gefördert wurde.

Was sich allerdings konkret im Sinne einer definitorischen Begriffsklärung und den regionalspezifischen Inhalten und Zielen hinter einer Gesundheitsregion verbirgt und welchen Einfluss diese im Hinblick auf die medizinische Versorgungssicherung in ländlichen Räumen ausübt, wurde bisher nur unzureichend untersucht bzw. wissenschaftlich aufgearbeitet. Dieser Aufgabe widmet sich die vorliegende Arbeit, denn gerade die raumwirksamen Effekte dieses Instruments können Ansätze für eine langfristig stabile medizinische Versorgung in ländlichen Räumen darstellen.

Dass die Gleichung „dünn besiedelte, ländliche Räume = schlechte medizinische Versorgung“ nicht zwangsläufig stimmt, zeigen internationale

Best-Practice-Beispiele aus Ländern mit teils räumlich erheblich geringerer Bevölkerungsdichte (im Vergleich zur BRD). Dazu zählen beispielhaft

- das Tel-Lappi-Projekt in Finnland: Projekt zur Unterstützung der medizinischen Grundversorgung durch bessere Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten mittels Telemedizin (vgl. Varesmaa-Korhonen 2003),
- der Royal Flying Doctor Service (RFDS) in Australien: Modell zur Gewährleistung der ärztlichen Versorgung in dünn besiedelten Räumen Australiens mittels Flugzeugen (vgl. Beivers 2010) und
- ländliche Kleinkrankenhäuser in den USA: Krankenhausstruktur in den USA ist von erheblich kleineren Kliniken als in der BRD geprägt. Diese sind häufig durch belegärztliche Abteilungen¹ charakterisiert, sodass die Kosten reduziert und die Qualität erhalten werden (vgl. Beivers u. Spangenberg 2008).

Diese Beispiele zeigen, dass die Sicherung einer medizinischen Grundversorgung für die lokale Bevölkerung in ländlichen Gebieten keine unlösbare Aufgabe darstellt. Inwieweit das Konzept Gesundheitsregion zu diesem räumlichen Entwicklungsziel beiträgt, untersucht die vorliegende Arbeit.

1.2 Zielsetzung und Leitfragen

Zahlreiche Kommunen und Landkreise haben sich zu Gesundheitsregionen konstituiert und unterschiedliche Lösungsansätze erarbeitet und erprobt bzw. befinden sich noch in diesem Prozess. Gerade für zahlreiche dünn besiedelte ländliche Räume, die in besonderer Weise von den altersstrukturellen Verschiebungen betroffen sind (siehe Kap. 2.1.3), gilt es, sich der Thematik der Sicherung einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung zu stellen und nachhaltige Strategien für eine bedarfsgerechte Versorgung auf den Weg zu bringen. Ausgangspunkt der vorliegenden angewandt-geographischen Dissertation ist die zu prüfende Annahme, ob die Initiierung und Förderung regionaler Akteursnetzwerke in Form von Gesundheitsregionen mit ihren regionalspezifischen Maßnahmen geeignet sind, die medizinische Versorgung und damit die Lebensqualität der ländlichen Bevölkerung in Zukunft aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren. Als ein bereits durch die

¹ Nach § 121 SGB V sind in belegärztlichen Abteilungen Belegärzte tätig. Diese nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil und sind nicht im Krankenhaus angestellt, können dort allerdings Patienten voll- bzw. teilstationär behandeln.

Bundesregierung in Form des oben genannten Wettbewerbs gefördertes Konzept, liegt der Handlungs- und Forschungsauftrag dieser Arbeit auf der Untersuchung und Evaluierung dieses Instruments. Aufgrund der Vielfalt vorhandener Gesundheitsregionen und ihrer regional angepassten Maßnahmen(-bündel), sollen diese zunächst typisiert und das Konzept erstmals allgemeingültig definiert werden (siehe Kap. 3.4).

Dabei werden die Potenziale dieses heterogenen Handlungsansatzes im Hinblick auf den Einfluss sowie Mehrwert für die Sicherung der medizinischen Versorgung (insb. ambulant) in ländlichen Regionen unter Einbeziehung der beteiligten Akteure bewertet (siehe Kap. 7.3 ff.).

Die vorliegende Arbeit will den beschriebenen angewandt-geographischen Forschungskontext mit der Sicherung medizinischer Versorgungsinfrastuktur verknüpfen und mithilfe der Evaluationsforschung konkrete Handlungsempfehlungen für Akteure aus Gesundheitswirtschaft, Politik und Verwaltung entwickeln. Der Ruf nach mehr regionaler Vernetzung einerseits und der seit ca. zwei Jahrzehnten verstärkten Erprobung lokaler sowie regionaler Modellprojekte zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in ländlich dünn besiedelten Räumen andererseits, zeigt auf, dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung hiermit erforderlich wird und gestärkt werden muss. Mit dieser Arbeit soll ein Beitrag dazu geleistet und die zukünftige Auseinandersetzung fundiert und weiter angeregt werden.

Zur Operationalisierung der oben dargestellten Handlungserfordernisse leiten sich die nachfolgend aufgeführten handlungsleitenden Forschungsfragen ab, die im Rahmen der Untersuchung und anschließenden Auswertung entsprechende Berücksichtigung finden und den Gang der Untersuchung maßgeblich prägen:

Leitfrage I: Was versteht man unter Gesundheitsregionen (definitorische Begriffsklärung und Typen) und welche Ziele werden damit verfolgt?

Leitfrage II: Welche Maßnahmen sind notwendig, um medizinische Versorgungsangebote auch zukünftig in ländlichen Räumen insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der sinkenden Attraktivität des Landarztberufs sicherzustellen?

- Leitfrage III:** Sind das Konzept Gesundheitsregion und die innerhalb dieses Konstrukts initiierten Maßnahmen(-bündel) geeignet, die medizinische Versorgung in ländlichen Räumen zukünftig sicherzustellen? Welche Maßnahmen sind besonders dafür geeignet und welche Akteure sind dabei (vorrangig) einzubinden?
- Leitfrage IV:** Welche Rolle spielt das Konzept Gesundheitsregion im Kontext der regionalen/ländlichen Entwicklung (z. B. regionale Wertschöpfungskette Arbeitsplatzentwicklung, Attraktivität der Region)?
- Leitfrage V:** Ist das Konzept Gesundheitsregion auf andere ländliche Regionen übertragbar?

2 Ländliche Räume und gesundheitsbezogene Daseinsvorsorge – Herausforderungen und Trends

Ländliche Räume unterliegen seit vielen Jahren einem Struktur- und Funktionswandel, der u. a. maßgeblich durch die demografische Entwicklung geprägt und beeinflusst wird. Dabei hat der Begriff „ländlicher Raum“ mehrere Dimensionen und ist als heterogener Sammelbegriff unterschiedlicher ländlicher Raumtypen zu verstehen.² Vielfach sind ländliche Räume im öffentlichen Diskurs von Bevölkerungsdichten und Entfernungsmaßen (siehe Abb. 1) geprägt (vgl. Born 2011, S. 7).

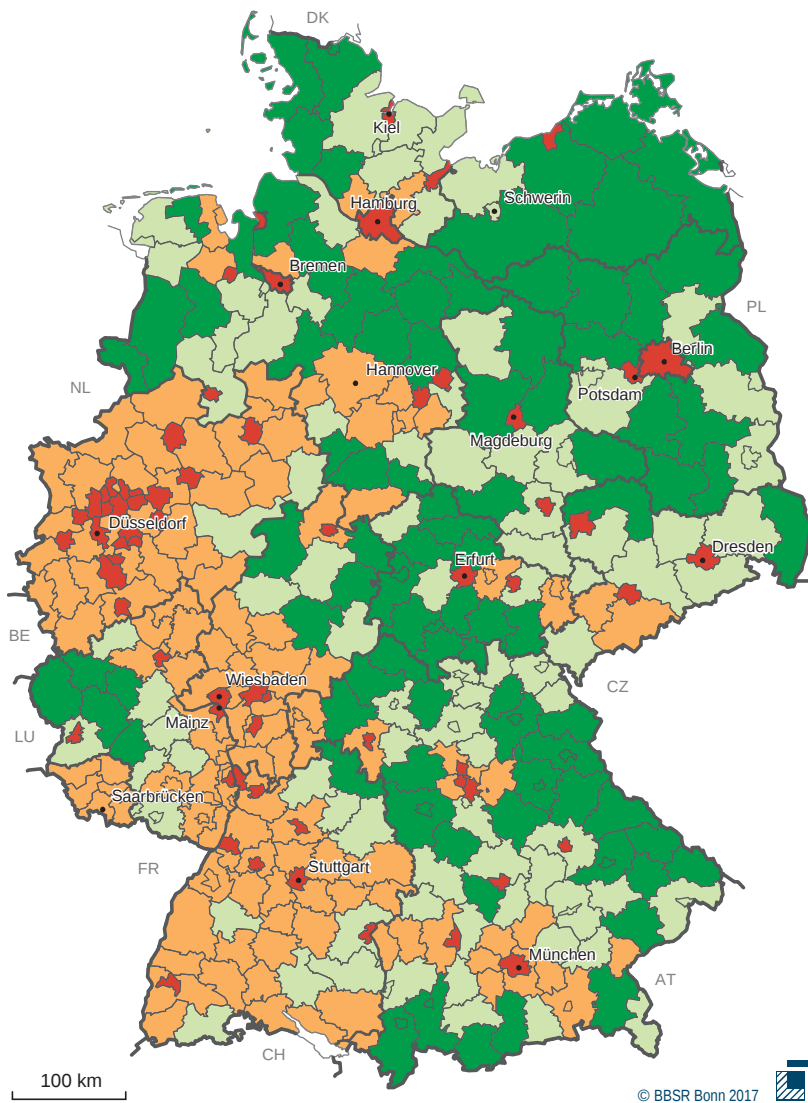
Die Wirtschafts-, Landschafts- und Siedlungsentwicklung ländlicher Räume wird insbesondere durch Akteure und Akteursnetzwerke beeinflusst, welche die Realisierung innovativer Konzepte und Projekte im Rahmen der Regionalentwicklung entscheidend prägen (vgl. ebd. S. 10 f.).³

Nach Keim 2006 findet eine sog. Peripherisierung einzelner ländlicher Räume statt, dessen Folgen sich in den bekannten Schlagwörtern dünner Besiedlung, Überalterung, erschwelter Erreichbarkeit von Oberzentren, sich zurückziehenden Infrastrukturen etc. niederschlagen. Hierbei spielt das ZentraleOrte-Konzept nach Christaller (1980) eine wesentliche Rolle, ist dieses doch ein elementares Regulationsinstrument, um das in Art. 72 II des Grundgesetzes verankerte Ziel gleichwertiger Lebensverhältnisse mithilfe der Raumordnung (§ 1 II ROG) umzusetzen (vgl. Einig 2008, S. 27). Das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS)⁴ führt hierzu weiter aus: „Neben der Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Leistungen hat das Thema Gesundheit eine sehr große Bedeutung für die Attraktivität von Regionen, da die ärztliche Versorgung als elementarer Bestandteil der Grundversorgung anzusehen ist und demzufolge ein sehr hoch bewerteter Standortfaktor ist“ (BMVBS 2011, S. 47; Beivers u. Spangenberg 2008).

² Zur vertiefenden Auseinandersetzung mit ländlichen Raumtypen siehe BBSR 2012b; Grabski-Kieron 2010; Henkel 2004; Grundmann 2011; Korff u. Stadelbauer 2008; Mose 2005.

³ Als Arbeitsdefinition des ländlichen Raumes in dieser Arbeit unter Zuhilfenahme der Siedlungsdichte Siedlungsräume unterhalb von 150 Einwohnern pro km² gemeint

⁴ Seit 17. Dezember 2013 unbenannt in Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI)



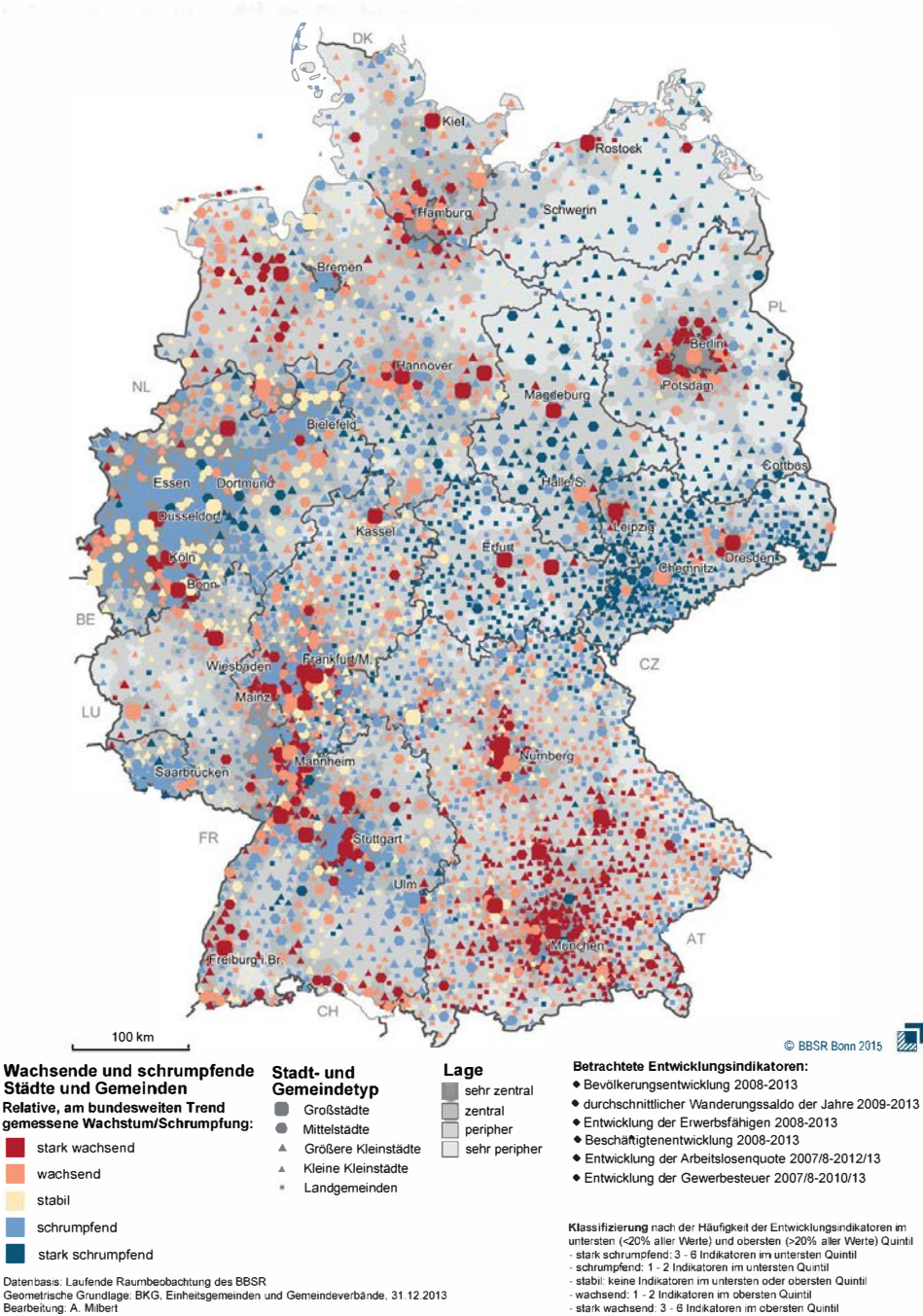
Siedlungsstrukturelle Kreistypen 2015

- kreisfreie Großstadt
- städtischer Kreis
- ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen
- dünn besiedelter ländlicher Kreis

Datenbasis: Laufende Raumbeobachtung des BBSR
 Geometrische Grundlage: Kreise (generalisiert)/
 Kreisregionen des BBSR,
 31.12.2015 © GeoBasis-DE/BKG
 Bearbeitung: P. Kuhlmann

Quelle: BBSR 2017

Abb. 1: Siedlungsstrukturelle Kreistypen 2015



Quelle: BBSR 2015, S. 11

Abb. 2: Wachsende und schrumpfende Städte und Gemeinden in Deutschland

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) typisiert auf städtischer/gemeindlicher und Kreisebene zudem anhand von sechs Indikatoren in wachsende und schrumpfende Räume (siehe Abb. 2).

Schrumpfungstendenzen finden sich meist abseits der Ballungsgebiete und urbanen Zentren in den peripheren Räumen wieder (in Abb. 2 berechnet für Städte und Gemeinden) – und das nahezu flächendeckend in der gesamten BRD. Dass dies zunehmend spürbare Auswirkungen u. a. auch auf die medizinische Versorgung hat, ist offenkundig. Dabei beeinflusst diese Entwicklung sowohl die ambulante als auch die stationäre medizinische Versorgung gleichermaßen.

Während es zunehmend schwieriger wird, für niedergelassene Ärzte nahe des Pensionsalters eine Nachfolge für ihre Praxis zu finden, geht mit dem Konzentrationsprozess im stationär-ärztlichen Bereich ein steter Bettenabbau einher. Beide Prozesse führen zu einer Verschärfung des Abbaus regionaler Gesundheitsversorgungsleistungen in der Fläche (vgl. Grabski-Kieron u. Stinn 2011, S. 50 f.). Beetz 2006 mahnt allerdings an, dass ländliche Räume nicht grundsätzlich als Problemgebiete zu sehen sind, wenngleich sich hier die Folgen des demografischen Wandels – verbunden mit einem wirtschaftlichen und politischen Funktionsverlust – besonders häufig und einschneidend darstellen (vgl. Beetz 2006, S. 27). Dies ist schließlich auch durch den fortwährenden Prozess der Globalisierung und den Wettbewerb zwischen Regionen begründet. Der Entwicklung des Schrumpfens und des Entleerens ländlicher Räume gilt es dabei, mit partizipativen Handlungsansätzen entgegenzutreten und Schrumpfung als Möglichkeit zur Neupositionierung und nicht als „Verwaltung des Niedergangs“ zu verstehen (vgl. Rink 2014, S. 11). Hierbei treten neben formell-planungsrechtlichen immer häufiger informelle (Governance-)Instrumente der Raumordnung und Regional- und Strukturpolitik in den Vordergrund, die Netzwerk- und Kooperationsideen integrieren.

Auch stellt die von Goldschmidt u. Hilbert 2009 umschriebene „Chancenperspektive“ einen zukunftsweisenden Ansatz dar. Sie sprechen vor dem Hintergrund der Interdependenzen des Gesundheitswesens und der Wirtschaft von einem Paradigmenwechsel. In ihrem Beitrag „Von der Last zur Chance“ seien die Ausgaben für Gesundheit bisher als belastende Verpflichtung von der Gesellschaft begriffen worden. Mittlerweile werde das Potenzial, welches als Antriebsfeder für Innovationen und zur Schaffung von Arbeitsplätzen gesehen werden könne, mehr und mehr erkannt (vgl.

Goldschmidt u. Hilbert 2009, S. 32; siehe auch Böhm 2010; Claussen 2005). Auch sie verstehen den steigenden Stellenwert der regionalen Ebene als räumlichen Dreh- und Angelpunkt, um durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure aus unterschiedlichen Branchen Zukunftsstandorte der Gesundheitswirtschaft zu schaffen (vgl. ebd., S. 34 f.). Die Einflussfaktoren ländlicher Raumentwicklung finden sich demnach in einem Geflecht unterschiedlicher Prozesse und Strukturen wieder (siehe Abb. 3).



Quelle: Eigene Darstellung nach Troeger-Weiß 2010, S. 27, verändert

Abb. 3: Einflussfaktoren regionaler und kommunaler Raumentwicklung

Dabei sind im Kontext der Sicherung medizinischer Versorgung besonders der demografische Wandel, der Wettbewerb zwischen Regionen (um Bevölkerung und Arbeitsplätze) sowie der wirtschaftliche Strukturwandel von zentraler Bedeutung. Diese Aspekte gilt es im Rahmen einer innovativen Regionalentwicklung vorrangig zu berücksichtigen, um der „Abwärtsspirale“ (Kaltenbrunner 2006, S. 393) im Sinne einer strukturellen Schrumpfung entgegenzuwirken.

2.1 Demografische Treiber und räumliche Verteilung gesundheitlicher Versorgungsleistungen

Eingebettet in eine Fülle unterschiedlicher und sich mitunter gegenseitig beeinflussender Problemfelder und Einflussfaktoren ländlicher Raumentwicklung, werden ländliche Räume in Bezug auf die Gesundheitsversorgung besonders durch die demografische Entwicklung teils räumlich negativ geprägt. Wesentliche Determinanten hierbei sind

- die Alterung der ländlichen Bevölkerung sowie der ländlichen Ärzteschaft,
- die absolute Bevölkerungsabnahme und
- die Binnenmigration (insb. Wegzug Jüngerer).

Obwohl die absolute Zahl der berufstätigen Ärzte (ambulant und stationär) bei gleichzeitiger Bevölkerungsabnahme in Deutschland seit vielen Jahren stetig steigt (vgl. Bundesärztekammer (BÄK) 2014), werden teils räumliche Versorgungsengpässe festgestellt. Dieser vordergründig paradox wirkende Zusammenhang bedarf im Rahmen der demografischen Trends in Deutschland einer auf der räumlichen Maßstabsebene der „Region“⁵ fokussierten näheren Erläuterung. Aufgrund der Vielzahl von Arbeiten zur demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, will das vorliegende Kapitel 2.1 jedoch keine erneute Repetition hierzu liefern, sondern vielmehr die Schlüsselaussagen und die daraus erwachsenden Folgen darlegen und in den Kontext dieser Arbeit einbetten.

2.1.1 Verteilungsproblematik des medizinischen Versorgungsangebots

Zeitungsartikel wie „Wenn der Doktor nicht mehr kommt“ (Süddeutsche Zeitung 2014), „34.000 Ärzte zu viel (Handelsblatt 2015) oder „Lockruf der Provinz“ (ZEIT 2015) prägen immer häufiger die Nachrichtenlandschaft. Sie stehen als Synonym für eine einerseits sich in ländlichen Gebieten zurückziehende ärztliche Versorgung und andererseits einem Überangebot in urbanen Zentren.

Vor allem die (Über-)Alterung der Bevölkerung – ergo die Nachfrageseite – bringt eine Verlagerung im Gesundheitsangebot mit sich (vgl. Henke 1985, S. 220; Rosenfeld 2010, S. 3; Spanner 2009, S.1; Einig 2008, S. 25), die „[. . .]

⁵ Zur Regionalorientierung siehe John u. Winkelhake 1997 u. SVR Gesundheit 2007.

entsprechende Anpassungen bei den Kapazitäten und Produkten in quantitativer und qualitativer Hinsicht erfordern“ (Böhm 2010, S. 465, auch Einig u. Spangenberg 2009). Auch wenn es „[...] einen einzigen objektiv messbaren ‚Bedarf‘ nicht geben wird“ (Henke 1985, S. 220; siehe auch Adler u. Knesebeck 2011), so kann dennoch in der ambulant vertragsärztlichen Versorgung eine ausgeprägte räumliche Diskrepanz quantitativer Versorgungskapazitäten zwischen urbanen und ruralen Regionen konstatiert werden (vgl. SVR Gesundheit 2014, S. 349). Während städtische Räume vielfach ein Überangebot haus- und insbesondere fachärztlicher Versorgung ausweisen,⁶ liegen die Versorgungsgrade in ländlichen Räumen teilweise deutlich darunter. Bezogen auf den Gesamttraum der BRD muss also von einer Verteilungsproblematik gesprochen werden, nicht von einem Ärztemangel.

Zwei groß angelegte Studien zu Karriereerwartungen deutscher Medizinstudenten untermauern diesen sich zukünftig noch verschärfenden Trend: „General practice, in particular in rural locations, was significantly less favoured than work as a specialist in cities“ (Gibis et al. 2012, S. 327; siehe auch Adler u. Knesebeck 2011; Faller 2014; Gitschier 2012; Hartmannbund 2012; Kopetsch 2010; Richter-Kuhlmann 2010; SVR Gesundheit 2009 u. 2014). Bereits diese kurze Einführung zur ärztlichen Versorgungssituation lässt den Rückschluss zu, dass weniger ein absoluter Mangel an Ärzten besteht, als vielmehr eine am tatsächlichen Bedarf vorbeigehende räumliche Verteilung (vgl. Klose u. Rehbein 2011 u. 2015). Wie bereits oben erwähnt, liegt allerdings hierin das grundsätzliche Problem, dass es bis heute eine Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs nicht gibt (vgl. Adler u. Knesebeck 2011; AOK 2011; Kuhn u. Klingholz 2013; SVR Gesundheit 2014; Uhlemann u. Lehmann 2011). Insbesondere vom SVR Gesundheit wird in seinem Gutachten von 2014 kritisch angemerkt, dass auch nach Verabschiedung des sog. Landarztgesetzes die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen die Versorgungsrealität nur unzureichend abbildet und somit nach wie vor Versorgungsungleichheiten verdeckt.

Diese Verteilungsproblematik niedergelassener Ärzte wird mitursächlich auf folgende Punkte zurückgeführt:

- a) (Re-)Urbanisierungstrend (brain-drain),

⁶ Siehe hierzu die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade der Bedarfsplanung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen

- b) Imageproblem ländlicher Räume (z. B. durch Entleerungsprozesse, geringere regionalwirtschaftliche Leistungsfähigkeit, geringere Bildungs-, Nahversorgungs-, Kultur- und Freizeitinfrastruktur etc.)
- c) Imageproblem des Fachs Allgemeinmedizin und damit verbundenes Missverhältnis ausscheidender Ärzte zu Nachwuchsmedizinerinnen mit allgemeinmedizinischer Facharztspezialisierung und
- d) Feminisierung des Arztberufes und damit einhergehender Rückgang des ärztlichen Arbeitszeitvolumens trotz steigender Arztzahlen.

Entscheidende Kriterien des Standortwahlverhaltens niederlassungswilliger Ärzte sind weiterhin Aspekte wie Infrastruktur, familienfreundliches Umfeld (Kitas, Schulen), Arbeitsmöglichkeiten für den Partner und Freizeitmöglichkeiten der Umgebung. Insbesondere beim Ärztenachwuchs werden ländliche Räume bzgl. der obigen Kriterien als ungünstig empfunden. Diese werden mit schlechteren Arbeitsbedingungen (bspw. durch mehr Bereitschaftsdienste) und einem geringeren Privatversichertenanteil (und damit geringeren Verdienstmöglichkeiten) als weniger attraktiv gegenüber urbanen Standorten angesehen (vgl. SVR Gesundheit 2014; siehe auch Kopetsch 2010; Libbe 2012; Sundmacher u. Ozegowski 2013; Steinhäuser et al. 2011; SVR Gesundheit 2009). Die Existenz zweier Versicherungssysteme (GKV und PKV) und die damit verbundene systembedingte „Lenkung“ niederlassungswilliger Ärzte wirken einer bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung zusätzlich entgegen und verschärfen die Allokationsproblematik (vgl. Sundmacher u. Ozegowski 2013, S. 35).

Hingegen stellt sich die Flächendeckung mit stationären Dienstleistungen der Grundversorgung (noch) gut bis sehr gut dar (vgl. Beivers 2010, S. 23; Beivers u. Spangenberg 2008, S. 91 f.). Gleichwohl wird es gerade für kleine ländliche Krankenhäuser zunehmend schwieriger, dem Kostendruck im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund der vielfach unzureichenden Investitionsfinanzierung standzuhalten. Einer Studie von 2014 nach wird es bis 2020 in der ländlichen Krankenhausversorgung zu einer Marktbereinigung kommen, die durch Bettenabbau, Fusionen und auch Abteilungs- oder gar Standortschließungen geprägt sein wird (vgl. BDO AG 2014).

2.1.2 Zukünftiger medizinischer Versorgungsbedarf

Jenseits des aufgezeigten angebotsbezogenen Strukturwandels gesundheitlicher Versorgungsleistungen, besteht weiterhin die ungeklärte Frage nach

dem zukünftigen nachfragebezogenen Versorgungsbedarf einer schrumpfenden und alternden Gesellschaft. Hierzu soll kurz auf die sog.

- a) Morbiditätsexpansions-Hypothese sowie die ihr gegenüberstehende
- b) Morbiditätskompressions-Hypothese

Bei der Morbiditätsexpansions-Hypothese (a) geht man im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt davon aus, „[...] dass die moderne Medizin die Menschen kränker macht, weil sie Hochrisikopatienten, die ohne moderne Medizin sterben würden, am Leben erhält. Zudem erlauben frühe, insbesondere gengestützte Diagnosen, die oft lange vor der klinischen Manifestation einer Krankheit gestellt werden könne, auch frühe Interventionen. Das bedeutet, dass die behandlungsbedürftigen Krankheitsphasen verlängert werden“ (Adler u. Knesebeck 2011, S. 234).

Demgegenüber steht die Morbiditätskompressions-Hypothese (b), „[...] die davon ausgeht, dass die moderne Medizin mit dazu beiträgt, schwere, teure lebensbedrohliche Krankheiten durchschnittlich auf ein höheres Lebensalter zu verschieben, sodass Kosten eher verschoben, aber bezogen auf die Jahre der erweiterten Lebensspanne nicht erhöht werden“ (ebd.). Adler u. Knesebeck (2011, S. 233) werfen zudem folgende zwei zentrale Fragen auf: „Wie hoch ist der zusätzliche Bedarf an Ärzten mit fortschreitender Alterung der Bevölkerung anzusetzen? Und wird dieser zusätzliche Bedarf durch einen gegebenenfalls erwartbaren Bevölkerungsrückgang zum Teil ausgeglichen?“.

Wenngleich kein einheitlicher Konsens bezüglich der beiden Theorien sowie zum zukünftigen Ärztebedarf besteht, so wird in der einschlägigen Literatur überwiegend von einer Leistungsausweitung und höheren Gesundheitskosten für die Zukunft ausgegangen (siehe Beivers u. Spangenberg 2008; Beivers 2010; Fendrich et al 2010; Winter et al. 2006; Agenon GmbH 2009; Saß et al. 2010; Peters et al. 2010). Somit wird sich mehrheitlich an der Morbiditätsexpansionstheorie (a) orientiert. Dies lässt sich auch daran ablesen, dass nach Debong u. Osmialowski (2013, S. 204) die Berücksichtigung des Demografie-Faktors in denjenigen Planungsbereichen, deren Bevölkerung einen überdurchschnittlich großen Anteil an Personen ab 65 Jahren und älter haben, ein höherer Versorgungsbedarf besteht.

Vor dem Hintergrund der aufgeführten Ursachen der Verteilungsprobleme muss folglich das Ziel sein, „[...] zumindest dem überwiegenden Teil der Einwohner den Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen zu

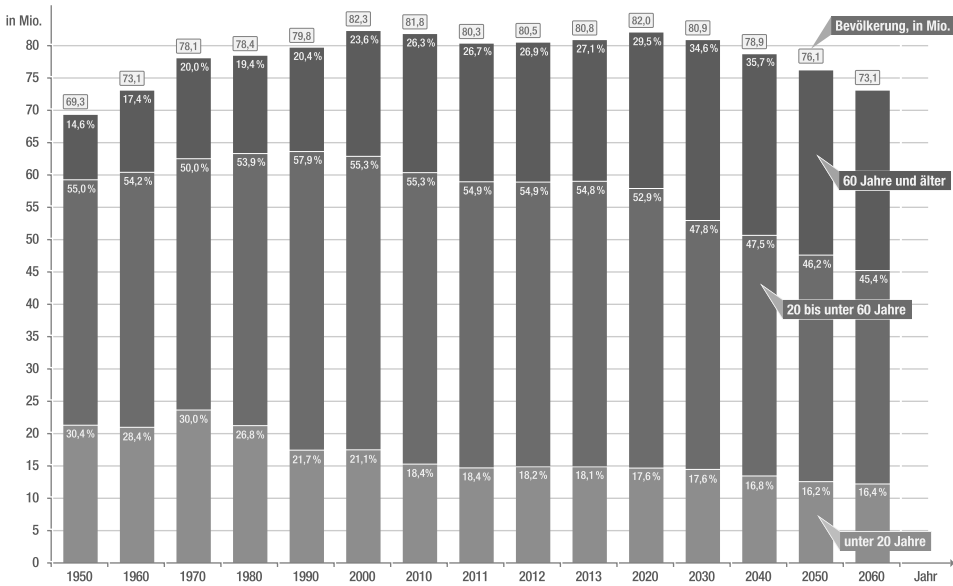
garantieren und über diese Basisgewährleistung gesundheitlichen Schutzes eine Teilhabe am [...] gesellschaftlichen Wohlstand sicherzustellen“ (Döring et al. 2005, S. 5). Die Vermeidung medizinisch unterversorgter Gebiete ist demnach eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe vor dem Hintergrund der Gewährleistung gleichwertiger Lebensverhältnisse. Im Kontext der finanziellen Tragfähigkeit des Gesundheitssystems wird analog dazu der Ruf nach einem Abbau der teuren und unwirtschaftlichen Überversorgung in den städtischen Räumen lauter, da sie ebenjene Ressourcen bindet, die zum Abbau regionaler Ungleichheiten benötigt werden (vgl. GKV Spitzenverband 2010, S. 2; Beivers u. Spangenberg 2008, S. 98). Jacobs (2011, S. 160) konstatiert in diesem Zusammenhang, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des SGB V nicht nur für ländliche Räume, sondern in gleicher Weise für urbane Räume zu beachten sei.

2.1.3 Bevölkerungsalterung und -rückgang – Herausforderung für die gesundheitsbezogene Infrastruktur

Der demographische Wandel stellt aufgrund der sinkenden Geburtenzahlen und einer gleichzeitig steigenden Lebenserwartung einen prägnanten Wandel im Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands dar. Dementsprechend nimmt nicht nur die absolute Zahl, sondern auch der relative Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung Deutschlands zu (siehe Abb. 4). Dabei steigt der absolute Anteil der Älteren (60 Jahre und älter) bis 2030 an, während der relative Anteil sogar bis 2060 weiter zunimmt. Dieser seit den 1970er Jahren zu beobachtende Prozess einer sich verändernden Altersstruktur der Bevölkerung mit steigenden Anteilen älterer Menschen bei gleichzeitig sinkenden Anteilen Jüngerer wird als demografische Alterung charakterisiert (vgl. Nowossadeck 2012, S. 1). Abbildung 4 veranschaulicht sowohl die auf der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes beruhende vergangene Entwicklung seit 1960 bis heute, als auch die Prognose bis 2060.

Der Anteil der unter 20-Jährigen hat sich zwischen 1960 und 2010 von rd. 28 Prozent auf rd. 18 Prozent reduziert während der Anteil der 60-Jährigen und älter im selben Zeitraum von rd. 17 Prozent auf rd. 26 Prozent gestiegen ist. Dieser Alterungsprozess wird sich bis 2060 programmatisch fortsetzen. 2060 wird der Anteil der 60-Jährigen und älter bei knapp 40 Prozent liegen. Mehr als jeder dritte Bundesbürger wird dann 60 Jahre oder älter sein, während der Anteil der Jüngeren (unter 20 Jahre) mit moderater Dynamik auf knapp

16 Prozent weiter absinken wird. Dieser Prozess der Veränderung der Relation von Beitragszahlern zu Leistungsempfängern wird auch erhebliche Auswirkungen auf die Sozialversicherungssysteme haben und vielleicht die bedeutendste Herausforderung für die Krankenversicherungen werden (vgl. Ulrich 2013, S. 69 f.).



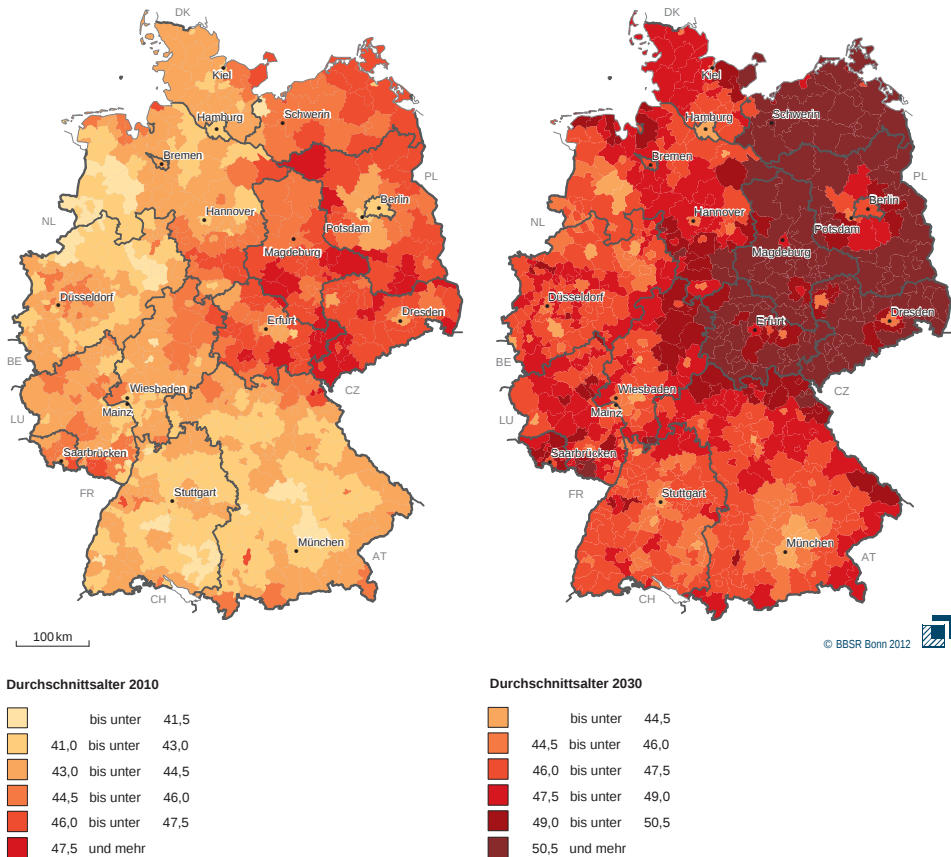
Quelle: bpb (Bundeszentrale für politische Bildung) 2015, auf der Grundlage der Daten der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes

Abb. 4: Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur 1960 bis 2060

In räumlicher Hinsicht stellt sich die regionale Alterszusammensetzung unterschiedlich dar. Abbildung 5 zeigt, dass sich in der BRD von 2010 bis 2030 insgesamt das Durchschnittsalter erhöht, jedoch regional in unterschiedlicher Intensität. Vor allem der nordöstliche Teil Deutschlands – mit Ausnahme der städtischen Ballungsgebiete Dresden, Leipzig, Erfurt, Berlin inklusive Speckgürtel – ist für 2030 dunkelrot eingefärbt und deutet auf ein nahezu flächendeckendes Durchschnittsalter oberhalb von 50 Jahren hin. Die alten Bundesländer weisen – sowohl heute (2010) als auch prognostisch in 2030 – etwas jüngere Tendenzen auf, obschon auch südliche und nördliche Teile Niedersachsens, Nordhessen, Nordbayern sowie Teile von Rheinland-Pfalz und das Saarland von einem relativ hohen Durchschnittsalter in 2030 gekennzeichnet sein werden.

2010

2030

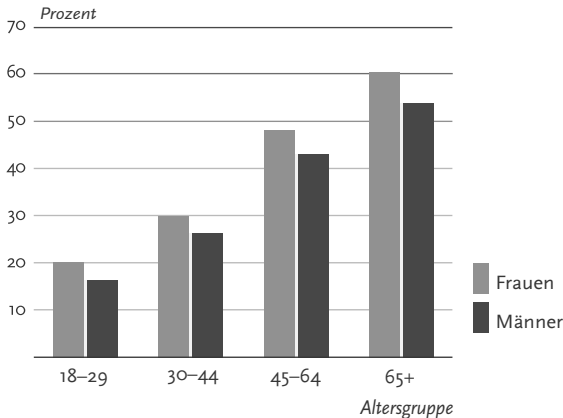


Quelle: BBSR 2012c

Abb. 5: Regionale Alterung 2010 bis 2030 – Durchschnittsalter 2010 bis 2030

In Analogie zur Abbildung 4 zeigt Abbildung 5 die zukünftig flächendeckende Alterung der Bevölkerung Deutschlands, welche sich in besonders starkem Maße in Nordostdeutschland entfalten wird. Und dies hat neben den erheblichen Folgen für das Sozialversicherungssystem auch auf die Inanspruchnahme ärztlicher sowie pflegerischer Leistungen maßgeblichen Einfluss, da mit steigendem Lebensalter auch das individuelle Krankheitsrisiko wächst (siehe Böhm 2010; Giesel et al. 2013; Gottwald u. Löwer 2009; Henke 1985, Nowossadeck 2012; Saß et al. 2009). Vor diesem Hintergrund ist speziell die primärmedizinische Versorgung mit besonderen Herausforderungen konfrontiert und bedarf einer individuellen Betrachtung der Hausarztversorgung (vgl. SVR Gesundheit 2009, S. 311). Dabei

stellt das mit steigendem Alter erhöhte Risiko zu erkranken eine zentrale Aufgabe gerade für Hausärzte dar. Mit höherem Alter treten außerdem, wie Abbildung 6 zeigt, tendenziell häufiger chronische Krankheiten und Multimorbidität (d. h. gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Erkrankungen) auf (vgl. Nowossadeck 2012, S. 3).



Quelle: Nowossadeck 2012, S. 3; Datenbasis: GEDA 2009

Abb. 6: Anteil der Menschen mit mindestens einer chronischen Krankheit

Die im Zuge des demografischen Wandels am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe der 65-jährigen und älter verzeichnet mit über 50 Prozent (Männer) bzw. 60 Prozent (Frauen) die höchsten Anteile chronischer Erkrankungen. Dabei liegen Behandlungsdauer sowie -häufigkeit bei diesen Erkrankungen in der Regel höher als bei nicht-chronischen, so dass die Morbiditätsexpansions-Hypothese erneut gestützt wird. Auch der Raumordnungsbericht 2011 konstatiert zusammenfassend, dass mit zunehmender Alterung „ärztliche Leistungen vermehrt in Anspruch genommen werden müssen“ (BBSR 2012a, S. 47).

Ein weiterer maßgeblicher Trend der Bevölkerungsentwicklung ist der absolute Rückgang der Bevölkerungszahl in Deutschland. Nach der in Abbildung 4 dargestellten Variante,⁷ sinkt die Bevölkerung von knapp 82 Mio. (2010) auf rd. 70 Mio. Einwohner in 2060. Legt man einen positiven Wanderungssaldo von lediglich 100.000 Personen p. a. zugrunde und behält alle anderen Variablen bei, sinkt die Bevölkerung bis zum Jahr 2060 sogar auf 64,7 Mio. Einwohner (vgl. Statistisches Bundesamt 2009). Ganz gleich

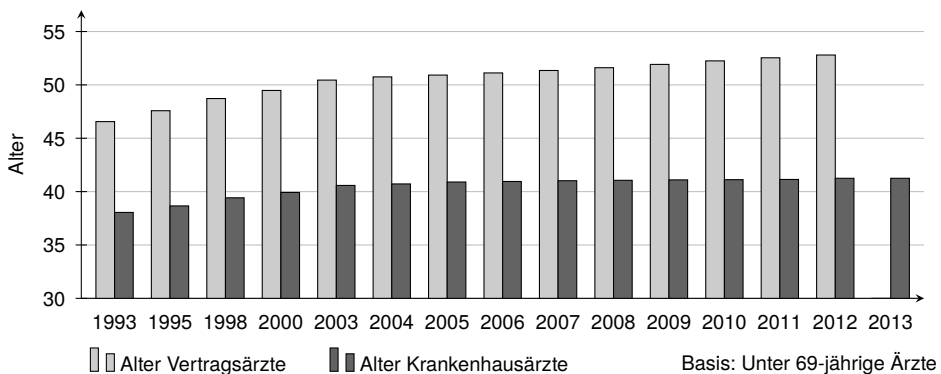
⁷ Annähernd konstante Geburtenhäufigkeit, moderater Anstieg der Lebenserwartung sowie ein positiver Wanderungssaldo von 200.000 Personen p. a. ab 2020

welches Schrumpfungsszenario angelegt wird, haben die dargestellten Schrumpfungs- und Alterungstendenzen, gerade für viele dünn besiedelte ländliche Räume erhebliche Konsequenzen sowohl für die Nachfrage- als auch die Angebotsseite.

2.1.4 Ärztliche Dienstleister – Älter und weniger

Generell wird der angenommenen zunehmenden Nachfrage nach Gesundheitsgütern ein sich vermindernendes Arbeitskräftepotenzial gegenüberstehen (vgl. Böhm 2010, S. 471). Dies lässt sich auch gut aus der Wahl der Studienfächer ablesen. Viele Fächer, die zum Beruf und zur Tätigkeit am Patienten ausbilden, verzeichnen Studierendenverluste (vgl. Kopetsch 2010).

Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte ist in Deutschland moderat aber stetig gestiegen und im Jahre 2012 mit rund 53 Jahren vergleichsweise hoch (siehe Abb. 7). Gepaart mit der analogen Entwicklung der lediglich geringen Zunahme der Ärztezahl unter 35 Jahren von 18 Prozent in 2013 (vgl. auch Adler u. Knesebeck 2011, S. 231), wird das Gesundheitswesen zukünftig noch deutlicher als heute in starker Konkurrenz mit anderen Branchen um junge, qualifizierte Arbeitskräfte stehen (vgl. Ulrich 2013, S. 69).



Quelle: BÄK 2014, verändert

Abb. 7: Durchschnittsalter der Ärzte

Nach der aktuellen Situation ist davon auszugehen, dass viele Arztpraxen der kurz vor dem Rentenalter stehenden Haus- und Fachärzte in dünn besiedelten peripheren Räumen mit hoher Wahrscheinlichkeit ohne Nachfolger bleiben werden (vgl. BMVBS 2011, S. 47; Fallner 2014, S. 7). Stellt man diese Fakten (weniger junge Ärzte, weniger Ärzte in der kurativen

Medizin, sinkendes Arbeitszeitvolumen) nun in den Kontext der Alterung der Dienstleistungserbringer, so zeichnet sich ein zunehmend erhöhter Handlungsdruck mit Blick auf die Sicherstellung der (haus-) ärztlichen Versorgung ab.⁸

Die zukünftig gefährdete hausärztliche Versorgung bedarf der Erarbeitung von Konzepten, die eine dezentrale sowie zentrale Versorgung forcieren (vgl. SVR Gesundheit 2009, S. 33). Außerdem appelliert der SVR an die Landes- und Raumplanung, gerade in dünn besiedelten strukturschwachen Regionen, die Gesundheitspolitik hierbei zu unterstützen (vgl. ebd., S. 503).

Maßgebliche Impulse für die angesprochene Neuausrichtung und Stärkung ländlicher Räume und ihrer Infrastruktur können einerseits durch die Revitalisierung von Ausstattungselementen (z. B. nicht genutzte Verwaltungsgebäude als Arztpraxen nutzen) gegeben werden. Andererseits sollte die innovative Erweiterung von Akteursnetzwerken (z. B. verstärkte Einbeziehung der Gemeindeschwester in der ländlichen Gesundheitsversorgung) Berücksichtigung finden (vgl. Born 2011, S. 10).

Die vorangegangenen Erkenntnisse (Kap. 2.1.1 bis 2.1.3) lassen sich folglich durch den nachfrageseitigen Strukturwandel einer älter werdenden Bevölkerung mit veränderten Versorgungsansprüchen auf der einen Seite beschreiben. Auf der anderen (Angebots-)Seite stehen strukturelle Veränderungen einer gleichermaßen älter werdenden und zu großen Teilen kurz vor dem Pensionsalter stehenden Ärzteschaft sowie Nachwuchsmediziner mit gewandelten Erwartungen an Arbeitsalltag und Umfeld.

Diese bereits jetzt, aber mehr noch in der Zukunft die medizinische Versorgungssituation wesentlich prägenden Entwicklungen sind in den Kontext der raum- und gesundheitspolitisch relevanten Debatte zu gleichwertigen Lebensverhältnissen eingebettet und werden auf die unterschiedliche Nachfrage- sowie Angebotsentwicklung flexibel reagieren müssen (vgl. Einig u. Spangenberg 2009, S. 2 u. 13). Von diesen Entwicklungen ist auch das Gleichwertigkeitspostulat betroffen, welches mit seinen verschiedenen Deutungen zu Aufrechterhaltung und Neuinterpretation im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge nachfolgend dargestellt wird.

⁸ Einen Überblick über die statistische Diskrepanz zwischen Angebot und „Bedarf“ im allgemein- bzw. hausärztlichen Bereich bietet die Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) 2014.

2.2 Öffentliche Daseinsvorsorge unter sich verändernden Rahmenbedingungen

Dem Prinzip der Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse wird auch zukünftig die kontroverse Diskussion um dessen Ausgestaltung erhalten bleiben. Dabei stellt sich eine Forderung als zentral heraus, und zwar „[. . .] dass es zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse nicht notwendig ist, die Verschiedenartigkeit der Teilräume in Gleichförmigkeit zu überführen, wohl aber extreme Unterschiede in den Lebensverhältnissen abzubauen sind“ (Barlösius 2006, S. 20). Im Kontext der Raum- und Strukturpolitik ist diese Mindestforderung eine wichtige Maxime, bei der jedoch im Hinblick auf Schrumpfungs- und Entleerungstendenzen berechtigterweise gefragt werden muss, ob diese negativen Tendenzen „[. . .] in den peripheren Räumen mit einem angemessenen Aufwand an Mitteln gestoppt und eine Stabilisierung erreicht werden kann“ (Beivers 2010, S. 120). Denn teilträumlich besteht die Gefahr, dass ein Großteil einer „[. . .] auf Transferzahlungen angewiesene[n] alternde[n] und schrumpfende[n] ländliche[n] Bevölkerung ohne nennenswerte Innovationspotenziale zurückbleibt“ (Neu 2014, S. 118). Es gilt vor diesem Hintergrund, ein zeitgemäßes Verständnis gleichwertiger Lebensverhältnisse zu entwickeln und dieses raum- und strukturpolitisch umzusetzen.

Moderne Neuinterpretationen des Gleichwertigkeitspostulats sehen demnach nicht mehr die „Gleichverteilung als Gerechtigkeitsmaß“ (Barlösius 2006, S. 19; siehe auch Klee 2006) für theorie- und handlungsleitend, sondern vielmehr eine territoriale und soziale Integration der Gesellschaft als Basis. Diese geht weit über das reine zur Verfügung stellen infrastruktureller Versorgungsleistungen hinaus (vgl. Neu 2011, S. 46). Zudem wird die vorhandene räumliche Verschiedenartigkeit nicht negiert, sondern diese soll ausdrücklich zugelassen und als gleichberechtigt anerkannt werden (vgl. Barlösius 2006, S. 19 f.). Interpretiert werden kann diese Vorstellung von Gleichwertigkeit als die Abkehr vom Gießkannenprinzip und damit der undifferenziert gleichmäßigen Förderung sowie einer pauschalen Verpflichtung des Staates zum Ausgleich (vgl. Hahne 2005, S. 260).

Dies drückt sich auch im Wandel des erfüllenden Wohlfahrtsstaats zum modernen Gewährleistungsstaat aus. Kernidee ist eine arbeitsteilige Gemeinwohlverwirklichung, bei der Private, neben der staatlichen Gemeinwohlverantwortung, mit in die öffentliche Aufgabenerfüllung einzubeziehen sind

(vgl. Einig 2008, S. 20 f.). Essentiell ist in diesem Zusammenhang, dass die Bürger nicht als Ausfallbürgen fehlender Infrastruktur verstanden bzw. degradiert werden dürfen (vgl. Neu 2011, S. 48). Die Raumordnung ist hierbei als Regulierungsinstanz zu verstehen, die die räumliche Verteilung sowohl der öffentlichen als auch der privaten Dienstleistungsanbieter regelt (vgl. Einig 2008, S. 24 f.). Da durch die oben skizzierte Bevölkerungsentwicklung in Deutschland nahezu alle Daseinsvorsorgebereiche betroffen sind, ist gerade das Anpassungs- und Abstimmungsvermögen der Raumordnung gefragt, regulierend und koordinierend einzugreifen. (vgl. ebd., S. 26).

Genau hier setzt die Kritik des BMVBS an und spricht als Folge des vorherrschenden Ressortprinzips von einem partiell sehr stark eingezäunten Zusammenwirken zwischen Raumordnung und Fachplanungen (vgl. BMVBS 2010b, S. 21). Deshalb hebt Einig (2008, S. 26) selbstbewusst hervor, dass nur eine integrierende Gesamtplanung wie die Raumordnung gewährleisten könne, dass die vielfältigen Maßnahmen zur Anpassung der Daseinsvorsorge bereichsübergreifend realisiert würden. Es bedarf also neben der Expertise der jeweiligen Fachplanungen, die Standards in Form von Normen und Richtwerten in den jeweiligen infrastrukturellen Daseinsvorsorgebereichen setzt (vgl. BMVBS 2010b, S. 3), einer besseren Kommunikation und Vernetzung der Ressorts mit einer überfachlichen Koordinationsinstanz. Hieraus lässt sich ableiten, dass die Zusammenarbeit und Kooperation der Fachplanungen mit der Raumordnung noch erhebliche, nicht genutzte Potenziale besitzen, die es gilt im Zuge einer gemeinsamen Hinwendung zu mehr koordiniertem Austausch im Rahmen der Anpassung der Daseinsvorsorge auszuschöpfen.

Ein Zielkonflikt soll im Zuge der laufenden sowie zukünftigen Anpassungsmaßnahmen allerdings nicht außer Acht gelassen werden. Einerseits wird ein Ausgleich zwischen Regionen unterschiedlicher Entwicklungsstufen als Ausdruck des aus dem Sozialstaatsprinzip abgeleiteten Gleichwertigkeitspostulats gefordert. Hier liegt der Fokus auf Verteilungssystematiken zugunsten schrumpfender bzw. benachteiligter Räume. Andererseits wird aus großräumiger Sicht das Ziel verfolgt, aufstrebende und aussichtsreiche Orte bzw. urbane Zentren als Träger zukünftiger Entwicklungen zu identifizieren und zu fördern. Der Schwerpunkt liegt hier auf Wachstumsstrategien im Rahmen des Leitbildes „Wettbewerbsfähigkeit stärken“. Obgleich die Konzentration auf Wachstumsstimulation wichtig und opportun ist, so muss das Verteilungsziel im Sinne eines Mindestausgleichs (Mindeststandards)

weiterhin aufrechterhalten und verwirklicht werden. Diesen Balanceakt zu verwirklichen und umzusetzen ist Hauptaufgabe und -verpflichtung der aktuellen und künftigen raumrelevanten Politiken (vgl. Kaltenbrunner 2006, S. 394 f.; siehe auch Hahne 2005).

Die KruX dieses von Kaltenbrunner 2006 angesprochenen augenscheinlichen Zielkonflikts zwischen Wachstumsförderung und Ausgleichsmaßnahmen liegt darin, diesen nicht als ebensolchen zu verstehen, sondern vielmehr das Nebeneinander unterschiedlicher räumlicher Entwicklungsdynamiken und damit auch unterschiedlicher Maßnahmen(-bündel) anzuerkennen. Wachstums- und Ausgleichsstrategien stehen somit als Teil eines gesamtträumlichen Entwicklungsansatzes gleichberechtigt nebeneinander. Entscheidend ist hierbei, dass ein Grundkonsens über die staatliche bzw. private Bereitstellung infrastruktureller Ausstattungsmerkmale unter Zuhilfenahme hinreichend flexibel handhabbarer „Mindeststandards“ herbeigeführt wird (vgl. Hahne 2005, S. 262). Mit anderen Worten: „Die Infrastrukturen sollten so konzipiert sein, dass sie sich variabel einer veränderten Nachfrage anpassen können und Anreize für eine nachhaltige Ressourcennutzung bieten“ (Neu 2011, S. 48).

Mindeststandards mit konkreten Aussagen zu Erreichbarkeiten und Tragfähigkeitsgrenzen für unterschiedliche Einrichtungen der Daseinsvorsorge sind die entscheidenden Qualitätsparameter, die unter Berücksichtigung regionalspezifischer Rahmenbedingungen anzupassen sind.⁹ Diese müssen demografische Faktoren wie die zukünftige Siedlungsdichte sowie die Bevölkerungsdynamik mit einbeziehen. Der Raumordnungsbericht 2011 spricht bei den oben erwähnten „konkreten Aussagen zu Erreichbarkeiten und Tragfähigkeitsgrenzen“ von noch zu entwickelnden Orientierungswerten. In Bezug auf diesen noch stärker als bisher zu führenden Abstimmungsprozess wird wiederholt die Kooperation zwischen Vertretern der Raumordnung sowie der Fachpolitiken gefordert (vgl. BBSR 2012a, S. 55).

Der Blick über den Tellerrand macht deutlich, dass dünnst besiedelte Gebiete bspw. in Skandinavien durch eine an vordefinierten Mindeststandards ausgerichtete Politik „lebenswert(er)“ gestaltet werden können (vgl. Hahne 2005, S. 262) – ohne die ebenfalls wichtige Wachstumsstimulation verdichteter Gebiete aufzugeben. Das BMVBS (2010b, S. 3) hat vor dem Hintergrund der Mindeststandardthematik speziell Schrumpfungsräume

⁹ Vertiefend zur Aufrechterhaltung von Mindeststandards bei Versorgungseinrichtungen in ländlichen Räumen siehe BBSR 2012a, Löwer 2009, Troeger-Weiß 2012.

als Hauptadressaten im Blick. Allerdings müssen zur Realisierung und Konkretisierung von Mindeststandards veränderte Zielvorgaben und innovative und ggfs. neue Instrumente eingesetzt werden. Die veränderten Einzugsbereiche führen hierbei zu der Notwendigkeit, die bestehenden Mindeststandards zu überprüfen und bei Bedarf neu festzulegen (vgl. Einig 2009, S. 5). In vier Infrastrukturbereichen schulische Grundbildung, Postdienste, Telekommunikationsdienste sowie Medizinische Grundversorgung sieht Hahne (2005, S. 262 f.) für periphere Räume die Notwendigkeit der Schaffung eines Mindestangebots. Neu (2014, S. 118) sowie das BBSR (2012a, S. 144) fügen noch Verkehrswege bzw. Öffentlicher Verkehr hinzu.

Unabhängig davon, inwieweit diese Auswahl noch ergänzt oder modifiziert werden kann, ist die Schaffung eines Mindestangebots in diesen Infrastrukturbereichen als Basis zur Gewährleistung einer Chancengleichheit für die ländliche Bevölkerung von entscheidender Bedeutung (vgl. Beivers 2010, S. 192). Hierbei wird es neben der Erprobung der oben angesprochenen neuen Instrumente und Ansätze für die Raumordnung vor allen Dingen darum gehen, den optimalen Standort jener Versorgungsdienstleistungen zu ermitteln und festzulegen. Bedingung für die teils räumlich notwendige Anpassung einer effizienten und wirkungsvollen Infrastruktur ist allerdings, dass die regionalen und kommunalen Entscheidungsträger hinlänglich über interregionale Ungleichheiten informiert sind (vgl. Rosenfeld 2010, S. 3). Dies macht entsprechende Analysen, Gutachten und Modellprojekte erforderlich, die es gilt, gerade in ländlichen Räumen mit strukturellen Schwächen vermehrt zu initiieren und zu erproben.

Zusammenfassend machen die veränderten Rahmenbedingungen ein zukunftsgerichtetes Umdenken in der Gleichwertigkeitsdebatte im Rahmen des raumordnerischen Leitbildes „Daseinsvorsorge sichern“ (siehe hierzu auch Kap. 2.2.2) und eines modernen Gewährleistungsstaates notwendig.

Folglich fordert das zeitgemäß interpretierte Gleichwertigkeitspostulat in einem Land räumlicher Vielfalt, eine verstärkte Hinwendung zu regional angepassten Handlungsansätzen (vgl. Beivers 2010, S. 40 f.), insbesondere in dem als zentral erachteten Bereich der medizinischen Grundversorgung. Demzufolge steuert die Sicherung der öffentlichen Daseinsvorsorge – auf welche die Raumplanung auch abzielt – einen wichtigen Teil zur Gesundheitsversorgung und damit zur Schaffung von Lebensqualität bei (vgl. Claussen 2005, S. 267).

Ein wichtiges Instrument im Rahmen der Raumordnung spielt dabei das Zentrale-Orte-Konzept, welches nachfolgend im Kontext des Daseinsvorsorgebereichs Gesundheitsversorgung einer näheren Darstellung bedarf.

2.2.1 Das Zentrale-Orte-Konzept im Kontext flächendeckender Gesundheitsversorgung

Durch das aus der Christallerschen Zentrale-Orte-Theorie abgeleitete Zentrale-Orte-Konzept soll ein vielfältiges Bündel an Daseinsvorsorgeangeboten zu angemessenen Erreichbarkeitsbedingungen räumlich organisiert und bereitgestellt werden (vgl. Blotevogel 2005, S. 1313; siehe auch Einig 2008; Pütz u. Spangenberg 2006). Die zwei wesentlichen Aufgaben für die Raumplanung mittels des Zentrale-Orte-Konzepts liegen in der Versorgungsfunktion einerseits und der Entwicklungsfunktion andererseits. Während die Versorgungsfunktion, wie eingangs erwähnt, auf die Flächendeckung von Versorgungsleistungen in zumutbaren Entfernungen zielt, liegt der Fokus bei der Entwicklungsfunktion auf umfänglichen entwicklungspolitischen Aufgaben gerade für Mittel- und Oberzentren (vgl. Blotevogel 2005, S. 1313). Zur Herstellung der im Kapitel zuvor dargestellten gleichwertigen Lebensverhältnisse spielt dieses ordnungspolitische Instrument eine entscheidende Rolle, welches allerdings – ähnlich wie das Gleichwertigkeitspostulat – nach einer flexiblen Handhabung und Anpassung an die beschriebene Bevölkerungsentwicklung verlangt. Denn auf Grund der in zahlreichen Teilräumen stattfindenden Unterschreitungen von Auslastungsgrenzen bestehender Infrastruktureinrichtungen und Schrumpfungstendenzen wird die Versorgung mit Daseinsvorsorgeleistungen nicht mehr auf dem heutigen Standard zu halten sein. Die erforderlichen Straffungsmaßnahmen und die Diskussion um neue Mindeststandards der Daseinsvorsorge machen das Zentrale-Orte-Konzept jedoch auch heute noch für die Landesplanung zu einem unverzichtbaren Instrument (vgl. Einig 2008, 27 ff.; siehe auch Hahne 2005; Rosenfeld 2010).

Herdt (2010, S. 9) stellt den zentralen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitswesen, dem demografischen Wandel und dem Zentrale-Orte-Konzept im Rahmen der Daseinsvorsorge heraus: „Eine Besonderheit des Gesundheitswesens weist auf die schwierige Situation schrumpfender Räume hin: Da die Inanspruchnahme altersabhängig ist, nimmt selbst bei demografisch bedingter Schrumpfung oder arbeitsmarktinduzierter Abwanderung die Nachfrage nicht zwangsläufig ab. Allerdings schwinden die

Potenziale für ein tragfähiges Versorgungsangebot“. Neben der Forderung nach der Festsetzung neuer Mindeststandards betont Herdt auch ergänzende Ansätze interkommunaler sowie regionaler Kooperationen. So stellen diese durch die funktionsergänzende Wahrnehmung von Aufgaben einen zentralen Aspekt für die Festlegung von Funktionsteilungen im Rahmen der Zentrale-Orte-Konzepte dar (vgl. ebd.; siehe auch BBSR 2012a).

Für die möglichst flächendeckende Versorgung gesundheitlicher Leistungen (ambulant und stationär) der Bevölkerung kann das Zentrale-Orte-Konzept folglich auch künftig als richtungsweisendes Orientierungsinstrument Anwendung finden. Dabei bedarf es neben dem Ruf nach Anpassungsmaßnahmen (bspw. in Form dezentraler Konzentrationsprozesse) auch neuer innovativer Handlungsansätze zur Sicherstellung einer wohnortnahen Grundversorgung. Gerade für ländliche Räume ist die Stärkung der Mittelzentren mit dem über ihre eigenen Grenzen hinausgehenden Bedeutungsüberschuss für die sie umgebenden (ländlichen) Gebiete daher relevant.

Forderungen nach den oben angesprochenen innovativen Ansätzen der Leistungserbringung im Rahmen des Zentrale-Orte-Konzepts könnten somit bspw. in Gestalt temporärer und mobiler Angebotsformen erbracht werden (vgl. BBSR 2012a, S. 55). Dezentral konzentrierte Ärzte- und Gesundheitszentren sowie Arztfilialen sind in diesem Zusammenhang stets wiederkehrend genannte Ansätze, um einerseits ein diversifiziertes medizinisches Dienstleistungsportfolio mit entsprechender Qualität kostenoptimiert (d. h. tragfähig) anbieten zu können. Andererseits wird ein Mindestmaß an erreichbarer gesundheitlicher Infrastruktur für die Bevölkerung bereitgestellt. Darüber hinaus könnte in solchen Zentren bei entsprechender Betriebsstruktur der Forderung der angehenden Jungmediziner nach kooperativen Arbeitsformen (bspw. in einem Anstellungsverhältnis) eine zeitgemäße Berufsausübung ohne hohe Initialkosten Rechnung getragen werden. Hier wird es zukünftig darum gehen, die Zusammenarbeit zwischen Orts-, Regional- und Landesplanungen, Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie ländlichen Krankenhäusern zu verstärken und zu festigen, um die gebietsspezifisch optimalen Standorte solcher Versorgungsangebote im Sinne eines abgestuften und funktionsteilig organisierten Gesamtgebietes auszurichten.

Hier gilt einmal mehr, einen fortlaufenden Kommunikationsprozess zwischen den angesprochenen und ggfs. weiteren mittel- bzw. unmittelbar involvierten Akteuren nachhaltig aufrecht zu erhalten. Der Dialog zwischen den Raumordnungsträgern und den Trägern der ärztlichen Belange sollte

vor dem Hintergrund des teilräumlich verstärkten Problemdrucks deutlich intensiviert werden.. Das Zentrale-Orte-Konzept bietet hierfür ein theoretisch fundiertes sowie praktisch umsetzbares Instrument, welches durch stetige Überprüfung der tatsächlichen räumlichen Verhältnisse flexibel anzupassen ist (z. B. durch die Laufende Raumbeobachtung des BBSR) und somit das Ziel gleichwertiger Lebensverhältnisse zeitgemäß berücksichtigt.

2.2.2 Gesundheitsversorgung in den Leitbildern der Raumordnung

Dem Raumordnungsbericht (BBSR, 2012a) nach soll mit dem Leitbild Daseinsvorsorge sichern die Reorganisation von Strategien, Instrumenten und Standards weiterentwickelt werden, um gemäß des Gleichwertigkeitspostulats auch künftig eine infrastrukturelle Grundausstattung in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Öffentlicher Verkehr sicherzustellen (vgl. BBSR 2012a, S. 144). Impulse setzt die Bundesraumordnung hierbei mit unterschiedlichen Modellvorhaben der Raumordnung (MORO) insbesondere in vom demografischen Wandel besonders betroffenen Regionen (siehe Kap. 4.1). Entscheidend und maßgeblich für die Gesundheitswirtschaft ist neben diesem Leitbild, auch das Leitbild „Wettbewerbsfähigkeit stärken“, leiten sich aus diesen beiden doch die zentralen Herausforderungen und Handlungserfordernisse für die zukünftige räumliche Distribution von Versorgungsinfrastruktureinrichtungen sowie für die Ausstattung der Regionen mit diesen ab (vgl. Grabksi-Kieron u. Löwer 2007, S. 79).

Wenngleich sich dieses Leitbild überwiegend an die Akteure und Entscheidungsträger der Raumordnung richtet, so ist doch implizit damit auch die Forderung verbunden, die Zusammenarbeit von Akteuren der Raumordnung mit den Trägern der Fachplanungen sowie insgesamt eine Betonung des Kooperationsgedankens sowohl öffentlicher als auch privater und zivilgesellschaftlich positionierter Akteure im Sinne einer arbeitsteiligen Gemeinwohlorientierung zu fördern und zu stärken (vgl. Einig 2008, S. 25 ff.).

Dabei ist eine zentrale Aufgabe neben kompromissfähigen Vereinbarungen zwischen den Akteuren nach Einig (2008, S. 33) speziell jene, verbindliche Regelungen für die vereinbarten Ziele z. B. in Form raumordnerischer Verträge zu treffen. Dies ist die Aufgabe der jeweiligen Landes- und Regionalplanungen, hier als koordinierende Instanz und „Netzwerkmanager“ entsprechend einzuwirken. In diesem Zusammenhang wird stets auch die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle zur Bedingung gemacht, bei

denen Niedergelassene (sowohl Haus- als auch Fachärzte) und Krankenhäuser künftig nicht dem Konkurrenzdenken verhaftet bleiben, sondern eine funktionsteilige, regionale Einheit bilden (vgl. Spanner 2009, S. 1).

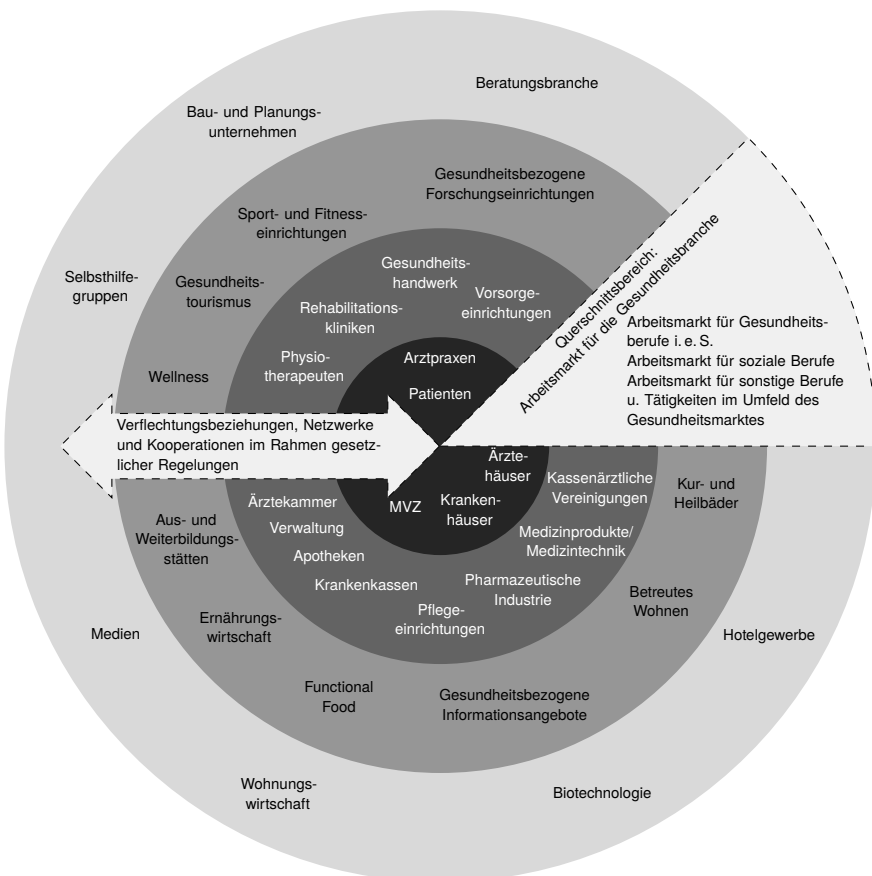
Ländliche und städtische Verflechtungsbeziehungen unterliegen je nach Lage im Netz von Entwicklungsachsen qualitativen und quantitativen Veränderungen. Dabei sind die Parameter zur Einschätzung und Bewertung „starker“ und „schwacher“ Räume neben der ökonomischen und politischen Ausgangssituation vor allen Dingen die infrastrukturelle Ausstattung in den Bereichen Bildung, Gesundheit, Verkehr und Kultur (vgl. Grabski-Kieron 2010, S. 41 f.).

Vor dem Hintergrund der in Kap. 2 ff. geschilderten Entwicklungstrends im ländlichen Raum, wird der Ruf nach Mindeststandards in der Daseinsvorsorge, bei den Erwerbsmöglichkeiten, in der Infrastrukturausstattung etc. in Verbindung mit der Neuinterpretation des Zentrale-Orte-Konzepts immer lauter. Die Gesundheitsversorgung stellt einen zentralen Bestandteil dieser Debatte dar (vgl. Löwer 2009, S. 97).

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass im Rahmen des Leitbildes „Daseinsvorsorge sichern“ sowohl die Träger der Raumordnung als auch die Träger der gesundheitsspezifischen/ärztlichen Belange verstärkt zusammenarbeiten müssen (siehe hierzu SVR Gesundheit 2007; SVR Gesundheit 2009; BBSR 2012a; SVR Gesundheit 2014; BMVBS 2010b). Insgesamt muss dem interkommunalen Zusammenwirken eine höhere Bedeutung als bisher zukommen (vgl. BBSR 2012a, S. 146).

3 Das Konzept „Gesundheitsregion“ – Handlungsstrategie für die Regionalentwicklung

Durch die Vielzahl unterschiedlicher und sich teilträumlich überschneidender bzw. parallel laufender regionaler Projekte und Maßnahmen, soll zunächst eine Übersicht aktueller Versorgungskonzepte mit konkretem Regionsbezug dargestellt werden. Die anschließenden Ausführungen zu theoriegeleiteten Gesundheitsmodellen verfolgt dabei den Zweck, eine wissenschaftstheoretische Basis aus der Synthese ländlicher Raumforschung und regionaler Gesundheitsversorgung zu liefern und dabei den Fokus auf Gesundheit (nicht Krankheit) zu legen.



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Potratz u. Hilbert 2003 u. Preusker 2008

Abb. 8: Themen und Akteure der regionalen Gesundheitsversorgung

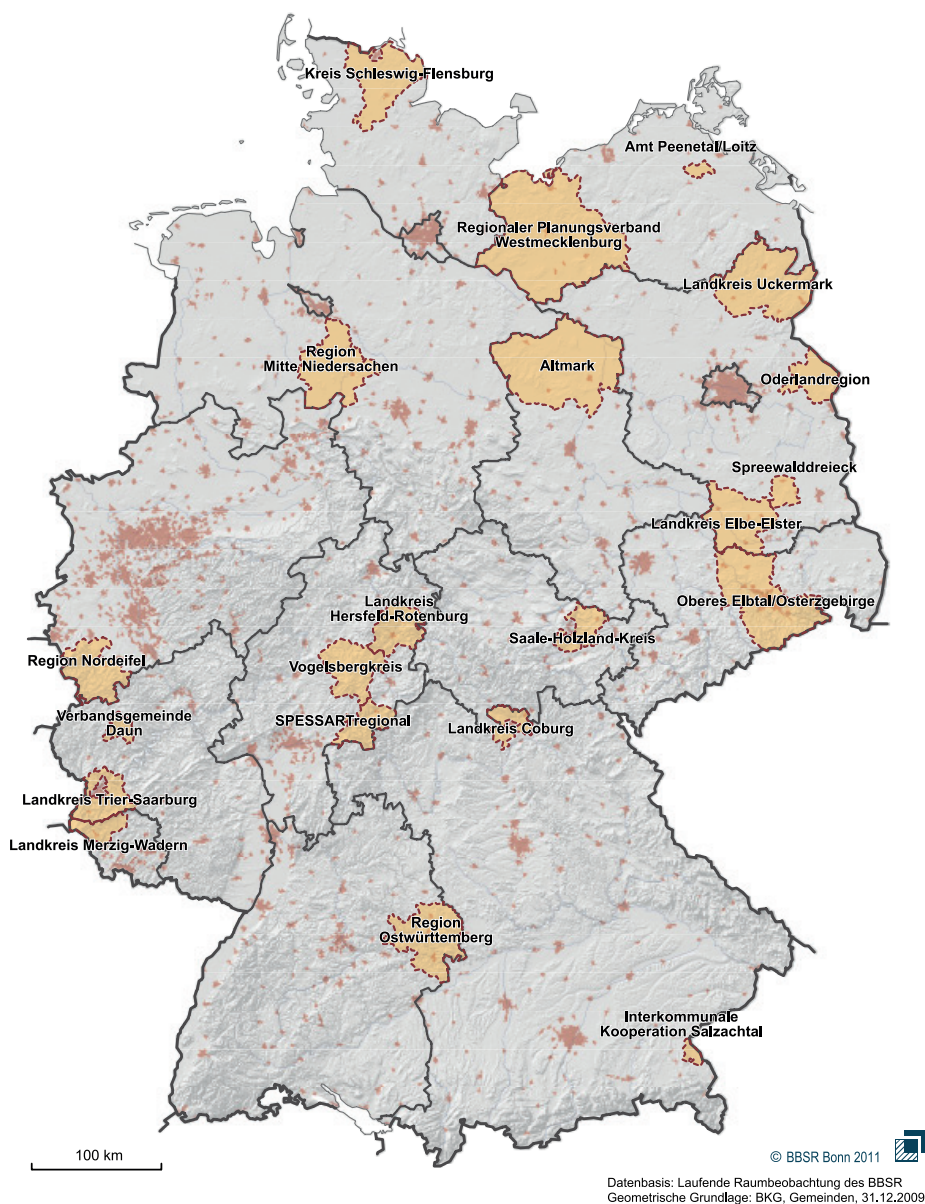
Abbildung 8 veranschaulicht die Einbindung regionaler Gesundheitsversorgung in ein weit verzweigtes Akteurs- und Themengeflecht, welche auch das Konzept Gesundheitsregion charakterisiert. Kern dieses abgewandelten und erweiterten Zwiebelmodells sind die ambulant- sowie stationär-ärztlichen Versorgungsbereiche in den unterschiedlichen Organisationsformen. Ganz bewusst wurde der Begriff „Patienten“ mit in den inneren Kreis aufgenommen, um die zentrale Bedeutung medizinisch/ärztlich versorgungsbedürftiger Personen zu verdeutlichen. Der um diesen Kern liegende „Ring“ benennt die weithin direkt mit dem ärztlichen Leistungsgeschehen verbundenen vor- und nachgelagerten Akteure und Dienstleistungsbereiche. Dieser ist wiederum von den Randbereichen des Gesundheitsmarktes umgeben, welcher schließlich von den Nachbarbranchen des äußersten Rings ergänzt wird. Dabei beinhalten alle Bereiche jeweils spezifische Arbeitsmärkte (siehe Abb. 8). Gerade im Hinblick auf die regional stark verankerte ambulante und stationäre medizinische Versorgung gilt es, tradierte und starre räumliche Denkmuster aufzubrechen und neu zu denken, um regionale Kooperationen und Netzwerke im Sinne der Nachfrage- und Angebotsseite zukunftsfähig zu gestalten.

3.1 Eine Auswahl regionaler Handlungsansätze zur Sicherung medizinischer Versorgung in ländlichen Räumen

3.1.1 Modellvorhaben der Raumordnung (MORO-Aktionsprogramm)

Ein bedeutender integrierter Ansatz regionaler Daseinsvorsorgeplanung (und damit u. a. auch medizinischer Versorgungseinrichtungen) ist das „MORO-Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“ des BMVI (ehem. BMVBS). Die Initiative widmet sich ländlichen Räumen in ausgewählten Modellregionen, die im Zuge des demografischen Wandels besonderen Herausforderungen bei den Infrastrukturanpassungen gegenüberstehen (siehe Abb. 9). Ziel ist die Erarbeitung und Anwendung einer Regionalstrategie zur Sicherung der Daseinsvorsorge.

Von den dargestellten 21 Modellregionen hat die überwiegende Mehrzahl (17) auch einen Themenschwerpunkt in der Gesundheitsversorgung gesetzt, was erneut als Indikator für die Relevanz dieses elementaren Infrastrukturbereichs auch im Hinblick auf das Leitbild „Daseinsvorsorge sichern“ gewertet werden kann. Mit unterschiedlichen Maßnahmen wird der veränderten Nachfrage- und Angebotssituation entgegengewirkt.



Quelle: BMVI 2011

Abb. 9: Lage der Modellregionen „Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge“

Zentrale Ergebnisse der bisherigen Modellvorhaben sind die im Rahmen der Bevölkerungsentwicklung fortzuführenden Anpassungsmaßnahmen der entsprechenden Infrastrukturen sowie das Festhalten an der Gewährleistung angemessener Daseinsvorsorgeleistungen. Außerdem soll die Grundversorgung ländlicher Räume durch die Stabilisierung kleinerer Städte und Gemeinden auf Basis des Zentrale-Orte-Prinzips gesichert werden (vgl. BBSR 2012a, S. 146).

Bei der Analyse der Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung innerhalb des Aktionsprogramms wird deutlich, dass ein Fokus auf der Sicherstellung ambulant-(haus-)ärztlicher Versorgung liegt. Im Rahmen der aufgezeigten Problemfelder in der ambulanten Versorgung sowie des dazu vergleichsweise (noch) hohen Grades an Flächendeckung stationär-medizinischer Einrichtungen und einer im stationären Bereich insgesamt (noch) guten Versorgungssituation (siehe Kap. 4.2.2) erscheint dies sinnvoll und geboten. Gleichwohl wird es jedoch auch zukünftig immer wichtiger werden, die intersektorale Vernetzung zwischen Akteuren medizinischer Dienstleistungsangebote mithilfe koordinierender Raumordnungs-/Planungsinstanzen, stärker als bisher auszubauen und zu stärken, um drohende Versorgungslücken zu verhindern.

3.1.2 Informationskampagnen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Neben der Raumordnung/-planung haben auch die gesundheitspolitischen Akteure/Institutionen wie die KBV sowie die Landes-KVen eigene Kampagnen und Projekte initiiert, um auf die teils räumlichen ärztlichen Versorgungsengpässe zu reagieren und aufmerksam zu machen. Die zwei Informationskampagnen „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ sowie „Lass Dich nieder“ starteten Mitte 2013 bzw. Mitte 2014 und sind u. a. mithilfe von Großflächenplakaten im gesamten Bundesgebiet öffentlichkeitswirksam realisiert worden.

Mit Themen zum Ärztemangel, Bürokratieabbau, Versorgungsqualität, Honorar sowie Familie und Beruf, ist das Ziel der Aufklärungskampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ die Verbesserung des Arztbildes in der Öffentlichkeit. Die daraus entstandene Nachwuchsoffensive „Lass Dich nieder“ hat angehende junge Ärzte im Fokus und will Jungmediziner nach dem Studium von einer Niederlassung in der ambulanten Patientenversorgung gerade in ländlichen Gebieten überzeugen. Anlass dieser ebenfalls

u. a. mit Großplakaten werbenden Maßnahme ist der in einigen ländlichen Regionen drohende oder bereits existente (Haus-)Ärztmangel. (vgl. KBV o. J. b). Neben diesen werbe- und öffentlichkeitswirksamen Kampagnen der KBV in Verbindung mit den Landes-KVen, haben die jeweiligen Landes-KVen auch noch eine Vielzahl diverser eigenständiger Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen erarbeitet.

3.1.3 BMBF-Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“

Obwohl der Begriff Gesundheitsregion und die regionale sowie zum Teil bundeslandweite verstärkte Themenkonzentration auf die Gesundheitswirtschaft schon seit etwa Anfang/Mitte der 90er Jahre existiert, so hat das Raumkonzept Gesundheitsregion erst in den letzten Jahren erheblich an Fahrt aufgenommen. Die in immer mehr Kommunen, Landkreisen und Bundesländern wachsenden Erkenntnis, dass die Gesundheitswirtschaft nicht nur beachtliche regionalökonomische Potenziale birgt, sondern auch wichtige Impulse in (strukturschwachen) ländlichen Räumen für die Gesundheitsversorgung setzt, hat maßgeblich zu dieser Entwicklung beigetragen. Ausschlaggebend daran beteiligt war der vom BMBF initiierte Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“.

Auf der Internetpräsenz des BMBF findet sich auch die Rubrik Gesundheitsregionen. Diese BMBF-Initiative „Gesundheitsregionen der Zukunft“ ist als eines von drei Förderformaten innerhalb der Gesundheitswirtschaft dargestellt. Erklärtes Ziel dieses Wettbewerbs, zu welchem in 2008 85 Regionen ihre Antragsskizzen eingereicht haben, ist es, „[. . .] eine verbesserte medizinische Versorgung der Menschen zu erreichen“ (BMBF o. J.). Wichtige Voraussetzung zur Erreichung dieses Ziels ist laut des BMBF die „[. . .] enge, regional fokussierte Vernetzung aller am Innovationsprozess beteiligten Akteure [. . .]“ (ebd.), damit sich alle Potenziale in der Wertschöpfungskette entwickeln und entfalten können.

In den Förderrichtlinien zu diesem Wettbewerb des BMBF vom 22.01.2008 soll im Rahmen der zielorientierten Nutzung von Forschung und Entwicklung in den Gesundheitsregionen der Zukunft:

- „die Selbstorganisation und Vernetzung der relevanten Akteure aus Gesundheitsversorgung, Forschung und der Wirtschaft (insbesondere auch der Dienstleistungswirtschaft) in Form gemeinsamer Forschungsprojekte unterstützt werden,

- die Profilbildung durch die Definition von Entwicklungsschwerpunkten und die Realisierung und Umsetzung beispielhafter Prozess- und Produktinnovationen im Sinne marktfähiger Lösungen gefördert werden,
- der Transfer von innovativen, qualitäts- und effizienzfördernden Lösungen in die Versorgung beschleunigt werden,
- die interdisziplinäre, berufsgruppen- und sektorübergreifende Zusammenarbeit in der Gesundheitswirtschaft verbessert werden,
- der Gesundheitssektor stärker internationalisiert werden, z. B. durch Patientenimport oder Serviceexport“ (BMBF 2008).

Die fünf „Gewinner-Regionen“, die 2010 vom BMBF gekürt worden sind (siehe Tab. 1), erhielten für weitere vier Jahre eine Förderung zur Realisierung ihrer Projekte (Realisierungsphase). Die Ergebnisse sollen Leuchtturmcharakter für andere Regionen entfalten und neue Wege der Regionalentwicklung aufzeigen (vgl. BMBF 2010).

Tab. 1: Gewinnerregionen des BMBF-Wettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft“

Gewinner-Region	Konzept/Zielsetzung
GesundheitsMetropole Hamburg HIC@RE Gesundheitsregion Ostseeküste	Netzwerk psychische Gesundheit Aktionsbündnis gegen multiresistente Bakterien
Metropolregion Rhein-Neckar	Patient Empowerment durch Produkt- u. Prozessinnovationen
FONTANE Gesundheitsregion Nordbrandenburg	Telemedizin unterstützt Hausärzte
Gesundheitsregion REGiNA	Anwenderzentrum für Regenerative Medizin

Quelle: Zusammenstellung nach BMBF 2010

Zu der Initiative „Gesundheitsregionen der Zukunft“ wird außerdem seit 2012 eine wissenschaftliche Begleitforschung gefördert, die die unterschiedlichen Maßnahmen und Projekte zur erfolgreichen Entwicklung von Gesundheitsregionen untersucht. „Dabei sollen die Regionen zum einen bei der Umsetzung, Verbreitung und Integration ihrer spezifischen Innovationen unterstützt werden. Zum anderen sollen verallgemeinerbare Erkenntnisse zur erfolgreichen Entwicklung von Gesundheitsregionen, zum Innovationsmanagement, zur Zukunftsfähigkeit der verschiedenen Modelle sowie zur nachhaltigen Förderung generiert werden“ (BMBF 2010). Die Begleitforschung hat eine Laufzeit von fünf Jahren bis Ende Januar 2017.

3.1.4 Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V.

Der unabhängig vom BMBF-Wettbewerb ebenfalls Anfang 2008 gegründete Verein „Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen“ sieht in der Gesundheitswirtschaft als größter Wirtschaftsbranche Deutschlands ebenfalls einen „[...] Innovationstreiber mit herausragender Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit des Standortes Deutschland“ (Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. o. J.). Ziel dieses sich als Dachorganisation für die mittlerweile 19 Mitgliederregionen¹⁰ verstehenden Vereins ist es, diese in ihren Zielstellungen zu unterstützen und die Erkenntnisse der (Fach-) Öffentlichkeit zugänglich zu machen sowie den Austausch der Gesundheitsregionen untereinander zu fördern. Im Rahmen dieser Chancenperspektive (siehe auch Kap. 2) sieht der Verein folgende vier Ziele der Gesundheitsregionen als entscheidend an. „Die Regionen der Gesundheitswirtschaft zielen darauf:

- sich zu besonders innovativen und leistungsfähigen Standorten für gesundheitsbezogene Kompetenzen und Angebote zu machen,
- die gesundheitliche Lebensqualität und Versorgung engagiert und wegweisend zu verbessern,
- mehr überregionale und internationale Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Angeboten zu mobilisieren,
- die Beschäftigung in ihren gesundheitsbezogenen Einrichtungen und Unternehmen deutlich zu steigern“ (Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. o. J.).

Vor dem Hintergrund der Darstellung sowohl des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen, als auch des Wettbewerbs Gesundheitregionen der Zukunft kann jenseits bestehender und komplexer Regelsysteme die Forderung nach mehr Zusammenarbeit und abgestimmten und transparenten Prozessen zwischen den beteiligten Akteuren als zentral konstatiert werden. Gerade die Veröffentlichung möglicher Lösungsansätze zur Sicherung regionaler Gesundheitsversorgung durch Plattformen wie die zwei oben genannten, stellt eine wichtige Säule im Gesamtkontext des Konzepts Gesundheitsregion dar.

¹⁰ Stand: April 2015

3.2 Modelle von Gesundheit und Krankheit – Prävention und Gesundheitsförderung

Das bundesdeutsche Gesundheitssystem ist nach wie vor überwiegend kurativ, also auf die Behandlung von Krankheiten, ausgerichtet und somit krankheitsfokussiert (vgl. Faltermaier u. Wihofszky 2010, S. 257). Dieses biomedizinische Krankheitsmodell hat im Laufe der Zeit Zuwachs durch zahlreiche weitere Modelle von Gesundheit und Krankheit neben der klassischen Medizin bekommen (holistisches Risikofaktorenmodell, soziokulturelle Krankheitsmodelle, psychosomatische Krankheitsmodelle, biopsychosoziales Krankheitsmodell¹¹). Eine bahnbrechende Neuorientierung war das Salutogenesemodell von Antonowsky (1979), welches erstmals den Fokus auf Gesundheit und nicht auf Krankheit richtete. Im Zentrum steht die Annahme, dass Gesundheit und Krankheit die zwei gegensätzlichen Knotenpunkte eines multidimensionalen Kontinuums auf der einen Seite sind und auf der anderen Seite den Grundzustand des Menschen darstellen. Man versteht Krankheiten folglich als normale Ereignisse des Lebens und verklärt Krankheit nicht als Abnormität (vgl. Bengel et al. 2001, S. 16). Kistemann und Claßen (2012, S. 112) führen hierzu weiter aus: „Krankheit ist nach diesem Modell ein in den Fluss des Lebens eingebetteter Prozess der ‚Entsundung‘“.

Die Erweiterung des Salutogenese-Modells durch Welbrink und Franke (2000) schaffte dann die Theoriebasis für Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Kistemann u. Claßen 2012, S. 112). Dazu heißt es in Franke und Witte (2009): „Das erweiterte Salutogenese-Konzept überwindet wesentliche Beschränkungen des biomedizinischen Paradigmas [...] [und] schafft die Theoriebasis für eine Gesundheitsförderung, die auf Stärkung der gesellschaftlichen und individuellen Ressourcen zielt und damit aus der Sackgasse relativer Erfolglosigkeit einer am Risikofaktorenmodell orientierten Prävention führen kann“ (zitiert in Kistemann u. Claßen 2012, S. 112). Diese Stärkung gesellschaftlicher sowie individueller Ressourcen ist nicht nur Basis von Kur- und Heilbädern bzw. Wellnessdestinationen, sondern sie steht auch im Kontext von Gesundheitsregionen im Vordergrund. Jene gesamtgesellschaftliche Aufgabe gilt es, speziell auf der lokalen bzw. regionalen Ebene in Form optimaler Versorgungsstrukturen zu manifestieren.

¹¹ Zur weiteren Vertiefung bezüglich Krankheitsmodelle siehe Durkheim 1897; Parsons 1964; Keupp 1988; Freud 1940; Lazarus 1974; Engel 1976; Mertens 2005 (zitiert in Kistemann u. Claßen 2012)

3.3 Das Konzept der Therapeutischen Landschaften

Die Neuorientierung hin zur Gesundheit sowie ihrer Prävention – und damit weg von der kurativen Medizin – stelle laut Kearns u. Moon (2002) die räumliche Dimension in den Mittelpunkt. Dort heißt es: „Alles, was an Orten als sozial konstruiertem und komplexem Phänomen in Erscheinung tritt, hat Bedeutung für die Gesundheit“ (zitiert in Kistemann u. Claßen 2012, S. 113). Aus dieser Annahme leiten sich Schnittmengen zwischen den wissenschaftlichen Disziplinen der Geographie (geographische Gesundheitsforschung) sowie aus der Public Health ab. Nach Anthamatten u. Hazen (2011, S. 2) heißt es hierzu entsprechend: „Much health geography overlaps with public health research in terms of subjects of study.“ In ihrer Monographie zur Geography of Health (2011) sehen sie – ähnlich wie Kearns u. Moon (2002) – einen zentralen Mehrwert in der wissenschaftlichen Zuwendung der Geographie zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung, welche die Verschiedenartigkeit räumlicher Muster zu erklären versucht. „Considering health and healthcare through a geographic lens can inform our understanding of this diversity of issues. With a focus on how and why things vary across space, geographers are well placed to consider not only spatial patterns such as disease distributions, but also how people organize themselves across space and in relationship with their environments“ (ebd., S. 1).

In diesem Zusammenhang kann Geographische Gesundheitsforschung auf eine lange Tradition zurückblicken und ist als interdisziplinärer und multidimensionaler Forschungszweig der Geographie zu deuten (vgl. Kistemann et al. 2011, S. 386). Ein historischer Blick zum Anfang des 20. Jahrhunderts zeigt außerdem bereits eine frühe Verbindung auch von Raumplanung und Gesundheitswesen. Standen damals Themen wie Stadthygiene bzw. Sozialhygiene als Schnittmenge von Raumplanung und Gesundheitswesen im Fokus, so geht es heute insbesondere mit Blick für ländliche Räume um quantitative und qualitative Versorgungsstandards der Bevölkerung (vgl. Claussen 2005, S. 264). Die räumliche Sicht auf das Themenfeld Gesundheit blickt folglich nicht nur auf eine lange Vergangenheit zurück, sondern ist insbesondere im Zeichen des demographischen Wandels und des Strukturwandels ländlicher Räume aktueller denn je.

Zunächst noch als Medizinische Geographie (oder Geomedizin) bezeichnet, hat sich dieser Zweig im Rahmen einer seit rd. zwei Dekaden verstärkten Hinwendung zur Gesundheit vornehmlich im angelsächsischen Raum hin

zu einer ‚post-medizinischen‘ Geographie der Gesundheit (Geography of Health) entwickelt (siehe hierzu Kearns 1993). Dieser Begriff findet seit einigen Jahren auch in der deutschsprachigen Literatur Verwendung (vertiefend siehe Kistemann et al 2011). Vor dem Hintergrund des Konzepts der Therapeutischen Landschaften, welches durch eine Publikation von Gesler (1992) mit dem Titel „Therapeutic Landscapes: medical issues in light of the new cultural geography“ Beachtung fand, wird dieses Modell von Claßen u. Kistemann (2012, S. 116) als das neue Paradigma der Geographie der Gesundheit auch in Deutschland postuliert. Dabei werden Therapeutische Landschaften beschrieben als eine „[. . .] vielschichtige, facettenreiche Metapher für die Realisierungen gesundheitsrelevanter Prozesse im Neben-, Mit- und Übereinander natürlicher und gestalteter, realer und imaginierter, strukturalistischer und symbolischer Räume“ (ebd., S. 118).

Das so beschriebene Modell, lässt teilweise auch Überschneidungspunkte mit dem in dieser Arbeit näher zu untersuchenden Konzept der Gesundheitsregion zu. Allerdings liegt der Schwerpunkt der Therapeutischen Landschaften auf naturalistischen Landschaften und dessen Implikationen auf die Gesundheit. Demgegenüber ist bei Gesundheitsregionen der Fokus auf akteursorientierte Strukturen und Prozesse (Netzwerke und Kooperationen) zur medizinischen Versorgungssicherung gerichtet, die mittelbar auf Gesundheit zielen.

Dennoch ist es als wichtiges Basismodell heranzuziehen, um auch das Konzept Gesundheitsregion mit seinen Überschneidungspunkten von Gesundheit(-sversorgung), Raum und sozio-ökonomischen Strukturen zu beschreiben bzw. zu erklären. Insbesondere die Blickwinkel der Raumordnung/-planung sowie der Regionalentwicklung sind es, die es gilt im wissenschaftlichen Kontext der Gesundheitsgeographie (speziell im deutschsprachigen Raum) zukünftig stärker miteinzubeziehen, da diese die offene, flexible und anwendungsorientierte Subdisziplin der Geographie der Gesundheit mit ihrem Praxisbezug in ihrer Entwicklung weiter anregen kann.

3.4 Evaluation von Regionsnetzwerken mit Fokus auf die medizinische Versorgungssicherung

Wichtige Themenfelder im Rahmen der Evaluation sind:

- a) Ländliche dünn besiedelte Räume mit demographisch negativen Entwicklungstendenzen und ungünstigen Lagebedingungen (peripher)
- b) Sich aus diesen Räumen zurückziehende medizinische Infrastrukturen und damit einhergehenden Verteilungsdisparitäten von Gesundheitsangeboten (Daseinsvorsorge und Gesundheitsversorgung)
- c) Kooperationsanstrengungen und Forderungen nach verstärkter Kooperation und Vernetzung regionaler und lokaler Akteure (Regionalentwicklung und Netzwerkforschung)
- d) Theoretische Diskursentwicklungen von Krankheit hin zu Gesundheit und damit einer Entwicklung hin zu präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen

Vor dem Hintergrund des Konzepts Gesundheitsregion verbinden sich diese Themen miteinander zu einem neuen Themenkomplex, der weder in der aktuellen geographischen Forschungslandschaft existiert, noch in der Public Health oder der Evaluationsforschung einen Schwerpunkt hat. Die Untersuchung und Bewertung lokaler/regionaler Netzwerke mit Bezug zur Sicherung der Gesundheitsversorgung steht somit als bisher unzureichend behandelter Forschungsbereich im Mittelpunkt dieses Forschungsinteresses und soll auf ein angewandt-geographisches Fundament gestellt werden.

Laut Arentz (2009, S. 142) werden die zukünftigen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung nur diejenigen Leistungserbringer überstehen, die sich in sektorenübergreifenden Verbünden organisieren. In diesem Punkt liegen Chance und Hemmnis zugleich. Während das Hemmnis in der vielfach angemahnten Sektorisierung der Gesundheitsversorgung liegt, kann mithilfe einer bestmöglichen Vernetzung (auch über Sektorengrenzen hinweg) eine flächendeckende Grundversorgung in hoher Qualität gewährleistet werden, was als Chance zu interpretieren ist (vgl. Koch 2009, S. 462).

Netzwerkforschung unterscheidet mehrere Netzwerktypen. Nach Bachinger u. Pechlaner (2011, S. 4) sind die Unterscheidungsmerkmale von Netzwerken

- a) Akteure,
- b) Beziehungsqualität,
- c) räumliche Ausdehnung und

d) Koordinationsmechanismen.

Außerdem verfolgen Netzwerke nach Dickinson (2003, S. 276, zitiert in ebd., S. 5) ein gemeinsames Ziel der handelnden Akteure. Dieses zu entwickelnde Ziel sei zur Netzbildung umso hinderlicher, je stärker es auf das Allgemeinwohl abzielt, da der individuelle Nutzen für potenzielle Mitglieder wenig transparent sei (vgl. Adrian 2003, S. 42, zitiert in ebd.).

Genau diese Problematik könnte auch Teil des GR-Konzepts sein, da die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in hohem Maße auf das Wohl der Allgemeinheit abzielt. Die Akteursmotivation zur Vernetzung zu stimulieren sowie die klare Nutzendarstellung für jeden Akteur sichtbar zu machen, stellen entscheidende Aufgabenfelder des GR-Trägers dar (Integrationsgeschick erforderlich).

Als besondere Netzwerkform sind regionale Netzwerke (wie das GR-Konzept) durch die räumliche Nähe der Partnerakteure charakterisiert, was sich positiv auf die Entwicklung gemeinsamer Wertvorstellungen auswirkt. Insgesamt liegen die Vorteile regionaler Vernetzung in „produktionsorientierte[n] Effizienz- und Effektivitätsvorteilen, Innovationsvorteilen sowie räumlichen Agglomerationseffekte[n]“ (vgl. ebd. S. 8 u. 15). Entscheidend für die Realisierung dieser Vorteile ist die Fähigkeit des Netzwerks, mittels eines geeigneten Governance-Systems Rahmenbedingungen zu schaffen, welche die Vernetzung der Akteure unterstützt. Als geeignet in diesem Zusammenhang gilt ein regionales Governance-System, wenn es die Aspekte Vertrauen, Reputation, Fairness und Reziprozität integriert (vgl. ebd. S. 21 f.).

Ob und inwieweit die Gesundheitsregion diese Faktoren, Aspekte und Voraussetzungen umschließt und erfüllt, soll mithilfe der Evaluation des Konzepts ermittelt werden. Dabei orientiert sich die vorliegende Evaluation gemäß den Standards der Evaluation der DeGEval (Gesellschaft für Evaluation) an den vier grundlegenden Eigenschaften:

- a) Nützlichkeit: Evaluation richtet sich am Zweck der Bewertung sowie am Informationsbedarf der Nutzer aus
- b) Durchführbarkeit: Evaluation wird realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst geplant und ausgeführt
- c) Fairness: In der Evaluation wird respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen umgegangen (u. a. Offenlegung der Ergebnisse)

- d) Genauigkeit: Evaluation bringt gültige Informationen und Ergebnisse zu dem identifizierten Gegenstand und den entwickelten Fragestellungen hervor und vermittelt diese entsprechend (vgl. DeGEval 2008, S. 10 ff.).

Die in der Evaluation vorhandene Einteilung in formative (während eines Projekts) und summative (nach Abschluss eines Projekts) Evaluationen (vgl. Kuckartz et al. 2008, S. 19) kann bei der Evaluation des Konzepts Gesundheitsregion nicht trennscharf erfolgen. Da einige Projekte in den Regionen möglicherweise abgeschlossen sind und andere noch laufen, werden Elemente von beiden Evaluationstypen berücksichtigt.

In der Regionalentwicklung setzt sich nach Wiechmann u. Beier (2004, S. 388 ff.) die Erkenntnis durch, dass Lerneffekte der beteiligten Akteure die zentrale Rolle spielen, um Entscheidungsgrundlagen für zukünftiges Handeln zu ermitteln. Ziel sollte es demnach sein, die Erfolgs- und Hemmnisfaktoren bei der Entwicklung und Umsetzung des Konzepts Gesundheitsregion im Rahmen der Bewertung zu identifizieren und darauf aufbauend Empfehlungen abzuleiten.

So können bspw. für benachteiligte (ländliche) Teilräume innovative und zukunftsweisende Raumkonzepte wie die GR erprobt und mittels Monitoring und Evaluation angepasste Maßnahmen(-bündel) erarbeitet werden. Mit dem vorliegenden Forschungsansatz wird außerdem dem Gleichwertigkeitsgrundsatz der Raumordnung Rechnung getragen, um räumliche Disparitäten abzubauen bzw. zu vermeiden – ganz im Sinne einer ausgeglichenen Raumstruktur. Dabei meint eine ausgeglichene Raumstruktur mit Verweis auf das Zentrale-Orte-Konzept die Aufteilung funktionsräumlicher Einheiten zu einem Gesamtraum, in dem heterogene Teilräume jeweils unterschiedliche Funktionen übernehmen – und dies bei gleichwertiger Grundausrüstung der erforderlichen Versorgungsinfrastruktur.

3.5 Typisierung und Definition von Gesundheitsregionen

Während der Desktop-Recherche und Untersuchung der Gesundheitsregionen konnten strukturelle Analogien zwischen den Gesundheitsregionen identifiziert werden. Die Typisierung der Regionen verfolgt das Ziel, einen besseren Überblick über dieses noch junge Konzept zu geben. Außerdem

kann durch die Ausdifferenzierung und Typisierung der Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit näher eingegrenzt werden. Dies ist für die Untersuchung insbesondere bei der Auswahl der Fallstudien von entscheidender praktischer Bedeutung.

Als Vorgriff auf die gewonnen Erkenntnisse während der Desktop-Recherche, soll hier bereits erwähnt werden, dass sich neben der Individualität und Einzigartigkeit jeder Region im Hinblick auf die thematische Orientierung und räumliche Zielsetzung eine Dreigliedrigkeit bzgl. der Regionstypen herauskristallisierte. Nach der Raumtypisierung des BBSR (2012b) handelt es sich hier ergo um eine thematische und problembezogene Raumtypisierung. Diese orientiert sich an der im Branchenreport „Gesundheitsregionen und Gesundheitsinitiativen“ des BMWi (2011) dargestellten Klassifizierung, die jedoch entsprechend um einen Regionstyp von zwei auf drei Raumtypen ergänzt und ausdifferenziert wird.

Typ I Versorgungsorientierte Gesundheitsregion	Themenfokus liegt verstärkt auf Projekten und Initiativen, die auf die Verbesserung bzw. Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung vor Ort abzielen (um bspw. einem drohenden oder bereits gefühlten Ärztemangel entgegenzuwirken)
Typ II Medizin- u. (bio-) technologieorientierte Gesundheitsregion	Themenfokus liegt hauptsächlich auf der Vernetzung und Bildung von Partnerschaften von Forschungseinrichtungen (u. a. Labore, Institute, Hochschulen) und Unternehmen im Life Science-Bereich (z. B. Pharmakonzerne) und zur Bildung wirtschaftlicher Cluster
Typ III Tourismusorientierte Gesundheitsregion	Themenfokus liegt auf der Vernetzung von Partnern und Einrichtungen aus dem Bereich Tourismus (z. B. Reiseveranstalter, Hotels) und der Gesundheitswirtschaft (z. B. Pflegeeinrichtungen, Reha-Kliniken), wobei Wellness und Erholung im Vordergrund stehen

Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 10: Typisierung von Gesundheitsregionen

Diese in Abbildung 10 dargestellte Typisierung der ermittelten Gesundheitsregionen in Deutschland soll als grobe Zuordnung der zahlreichen regionalen Konzepte zu Gruppen/Klassen dienen, die nicht auf eine starre Trennung der Regionen abzielt, sondern vielmehr die Arbeits- und Themenschwerpunkte verdeutlichen soll. Dabei ist der überwiegende Teil der Gesundheitsregionen nicht ausschließlich einem Typus zuzuordnen. Im Rahmen der Analyse der ermittelten Konzepte kann in einem Ergebnisvorgriff konstatiert werden, dass in einer Gesundheitsregion jeweils Projekte

und/oder Ziele aus meist zwei der oben genannten Typen verfolgt werden. Die überwiegend versorgungsorientierten bzw. tourismusorientierten Regionen sind meist eng mit dem jeweils anderen Typus verwandt und verfolgen ähnliche Strategien und Projekte. Alle Gesundheitsregionen eint die bereits angesprochene Netzwerk- und Kooperationsorientierung der beteiligten Akteure. Erst durch ihre inhaltliche Schwerpunktsetzung kann die Region einem oder mehreren der oben dargestellten Typen zugeordnet werden.

Als Merkmale für die Zuordnung der Gesundheitsregionen zu einem/mehreren der drei Typen diene die Betrachtung der jeweiligen Satzungen (Vereinszweck) bei den Initiativen/Konzepten, die als Verein konstituiert sind. Bei den als GmbH oder in sonstiger Form begründeten Regionen wurden zumeist unter dem Punkt „Über uns“ o. ä. das Ziel und der Zweck der Institution bzw. des Konzepts ersichtlich.

Obwohl in der einschlägigen Literatur häufig von dem Konstrukt „Gesundheitsregion“ die Rede ist, existiert bislang dennoch keine einheitliche, allgemeingültige Definition. Ein erster Definitionsvorschlag von George (2009) nimmt zwar eine grobe Typisierung vor, vertieft bzw. konkretisiert allerdings nur rudimentär. Auch wird der zentrale Aspekt der „Region“ als raumfunktionales Element nicht dezidiert hervorgehoben, sodass die vorliegende Arbeit gemäß Abbildung 11 eine entsprechend allgemeingültige Rahmendefinition formuliert:

Das Konzept „Gesundheitsregion“ ist ein Zusammenschluss von meist räumlich benachbarten Gemeinden und/oder Kreisen sowie im Gesundheitswesen und der Gesundheitswirtschaft oder angrenzenden Bereichen tätigen Partnern und Institutionen, um durch (Neu-) Organisation und Kooperation regionalspezifische Kompetenzen und Handlungsfelder mit Bezug zur medizinischen Infrastruktur zu identifizieren, zu erschließen und zu entwickeln. „Gesundheitsregionen“ können demzufolge als informelle Instrumente nach § 13 II 2. u. 3. ROG eingestuft werden. Ziele sind insbesondere die Schaffung einer nachhaltigen, medizinischen Versorgungssicherung der Bevölkerung, die allgemeine regionale Attraktivitätssteigerung, die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven und damit die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der Region mit Hilfe einer partnerschaftlich abgestimmten Kooperations- und Kommunikationskultur in einem regionalen/interkommunalen Netzwerk.

Abb. 11: Rahmendefinition Gesundheitsregion

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BMWi 2011 u. George 2009

Die Aufgabe der Trägergesellschaft einer Gesundheitsregion, die meist in der Rechtsform eines Vereins, aber auch als GmbH (oder in einer anderen Rechtsform) organisiert sein kann, und häufig auch in bereits bestehenden Institutionen wie Wirtschaftsförderungen, Landesministerien, Krankenhäusern und Landratsämtern integriert ist, liegt in der interkommunalen Koordinierung, Organisation und Vernetzung der ansässigen Institutionen und Dienstleister der Gesundheitswirtschaft. Dabei übernimmt die Gesundheitsregion auch die Aufgabe des Moderators und der Öffentlichkeitsarbeit, um in Abstimmung und im Dialog mit den Mitgliedern und Partnern regionale Handlungsschwerpunkte (bspw. in Form von Arbeitskreisen) herauszuarbeiten und schließlich konkrete Projekte und Maßnahmen zu entwickeln und durchzuführen. Als Informationsplattform für die Mitglieder und die interessierte Bevölkerung sowie zur Präsentation von (Projekt-)Ergebnissen und Fortschritten dient ein Internetauftritt.

Insgesamt versteht sich nach dieser Rahmendefinition des Konzepts Gesundheitsregion diese nicht als Akteur mit eigenständigen Zielen, sondern vielmehr als Regionalmanagement und regionale Dialog- und Vernetzungsplattform der Akteure der Gesundheitswirtschaft und angrenzenden Bereichen.

4 Organisation der Gesundheitsversorgung in Deutschland im Spiegel der Regionalentwicklung

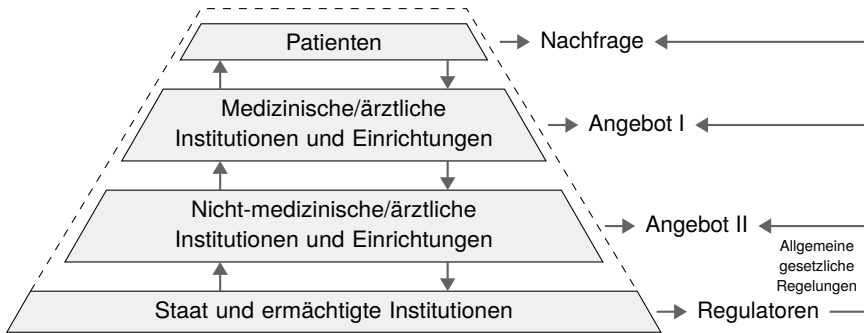
4.1 Strukturen und Akteure von Gesundheitssystemen

Zunächst folgt eine Abgrenzung bzw. Beschreibung der Termini „Gesundheitswesen“ und „Gesundheitsmarkt/-wirtschaft“. Mit diesen beiden Begriffen wird in jüngerer Zeit, in Analogie zum Gleichwertigkeitspostulat, der Wandel vom Versorgungsstaat zum Gewährleistungsstaat beschrieben. Der Entwicklungspfad zeigt von einem überwiegend staatlich regulierten Subsystem in Richtung eines Systems mit steigendem Anteil wettbewerblich orientierter Selbststeuerungsmechanismen. Neben der Tatsache, dass es sich bei dem Gesundheitswesen um ein zentrales Element des sozialen Sicherungssystems handelt, wird es andererseits immer mehr als Dienstleistungs- und Produktionsgüterbereich innerhalb der Volkswirtschaft verstanden, welches Randbereiche und Nachbarbranchen im Rahmen eines erweiterten Verständnisses inkludiert (vgl. Preusker 2008, S. 1 f.). Im Kern kann man die Gesundheitswirtschaft somit nicht als fest umrissene Branche bezeichnen, „[...] sondern [als] ein Konglomerat verschiedener gesundheitsbezogener Zweige. Wesentlich ist, dass der Gesundheitswirtschaft ergänzend jene Bereiche zugeordnet werden, die ohne die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen vermittelt werden, also den direkten Käufen der [...] Konsumenten zuzuordnen sind“ (Böhm 2010, S. 461). Grundsätzlich werden drei Idealtypen von Gesundheitssystemen unterschieden:

- a) Privates Gesundheitssystem,
- b) Staatliches Gesundheitssystem (Beveridge-System) und
- c) Gemischtes Gesundheitssystem (Bismarck-System) (vgl. Glied 2011, zitiert in Penter u. Augurzky 2014, S. 9).

Während beim überwiegend auf marktwirtschaftlichen Elementen basierenden privaten Gesundheitssystem (a) auf Probleme, wie bspw. Verteilungsungleichheiten, mit einem Minimum staatlicher Regulationsmechanismen reagiert wird, findet bei Beveridge-Systemen (b) ein umfänglicher Eingriff durch den Staat statt. Die zuvor erwähnte Mischvariante, das sog. Bismarck-System (c), welches man in Deutschland vorfindet, ist gekennzeichnet durch marktwirtschaftliche Elemente, staatliche Regulierung sowie ein staatliches Angebot (hierzu auch Döring et al. 2005).

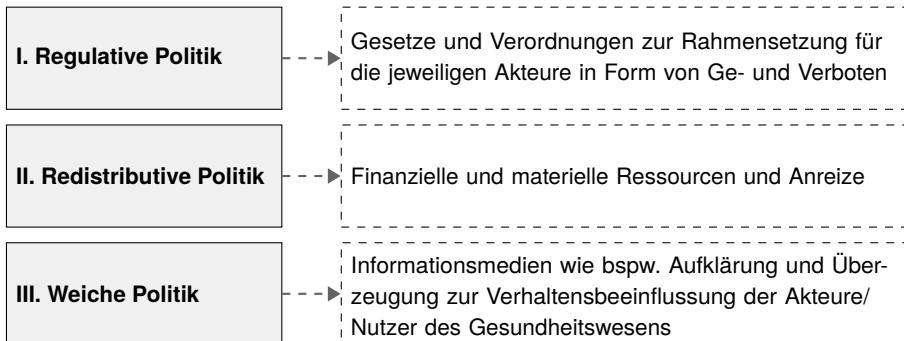
Unabhängig von der jeweiligen Form des Systems finden sich die in Abbildung 12 dargestellten Grundelemente in allen drei Systemen wieder.



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pentter u. Augurzyk 2014, S. 10

Abb. 12: Grundelemente von Gesundheitssystemen

Zentrale Steuerungsinstrumente der Gesundheitspolitik werden dabei in drei Bereiche gemäß Abbildung 13 unterteilt.



Quelle: Eigene Darstellung nach Mosebach et al. 2010, S. 372

Abb. 13: Steuerungsinstrumente der Gesundheitspolitik

Dieser zum Grundverständnis von Gesundheitssystemen beitragenden Darstellung soll mit Blick auf das deutsche Gesundheitssystem eine überblicksartige Betrachtung der Versorgungsstruktur folgen, die für den Untersuchungsgegenstand sowie die gesamte Arbeit von zentraler Bedeutung ist.

4.2 Versorgungsstruktur des deutschen Gesundheitssystems

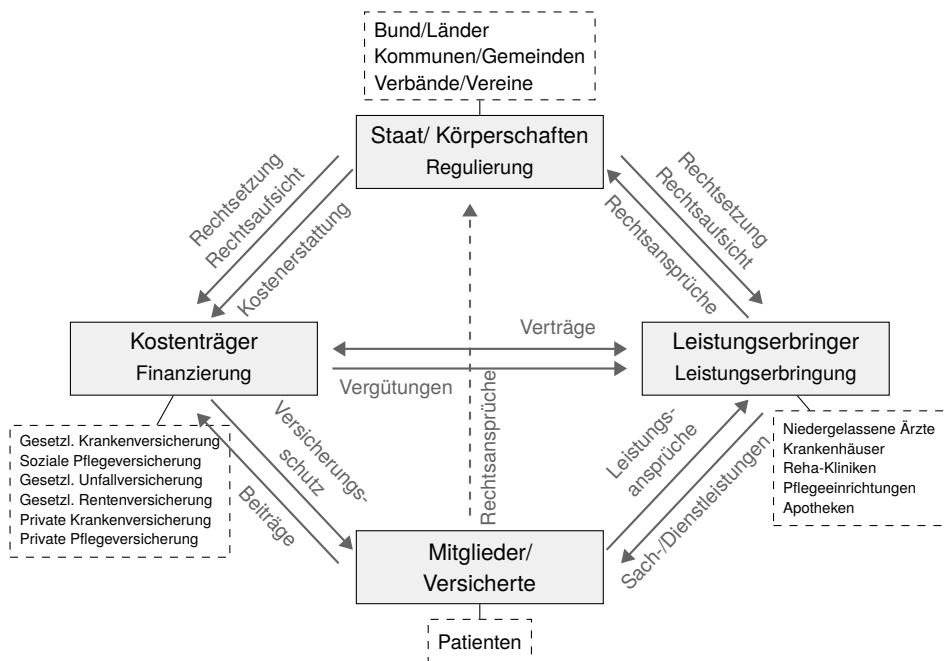
Nimmt man die Versorgungsstrukturen in den Blick, so kann eine Gliederung in präventive, ambulante und stationäre Versorgung, Rehabilitation und Pflege sowie die Versorgung mit Arzneimitteln vorgenommen werden (vgl. Schwarz et al. 2012, S. 301). Nach Simon (2013, S. 122) werden diese Bereiche zur Leistungserbringung gezählt. Kernaspekte im Rahmen der Grundstruktur des deutschen Gesundheitssystems sind daneben die Regulierung, die Finanzierung sowie die Patienten als Konsumenten bzw. Nachfrager (siehe Abb. 14). Bei der Finanzierung sind die Zuständigkeiten durch den Staat gesetzlich geregelt und wie folgt gegliedert:

- a) Die Vergütung der medizinischen und pflegerischen Versorgung findet durch die gesetzlichen sowie privaten Kranken- und Pflegeversicherungen statt.
- b) Die Finanzierung der Behandlung von Arbeitsunfällen wird durch die gesetzliche Unfallversicherung getragen.
- c) Die Kosten für die medizinische und berufliche Rehabilitation liegen im Verantwortungsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung (vgl. Simon 2013, S. 132).

Subsummiert werden die Kostenträger unter dem Begriff der Sozialversicherung. Dieses System bietet den Mitgliedern der Versicherungen einen entsprechenden Versicherungsschutz, der durch Versicherungsbeiträge gedeckt wird. Gegenüber den Anbietern von Gesundheitsleistungen haben die Versicherten Leistungsansprüche, die sie bspw. in Form von Krankheitsbehandlungen in Arztpraxen, Krankenhäusern etc. wahrnehmen.

Das in Deutschland verhältnismäßig hohe Maß an staatlicher Regulierung hängt dabei stark mit dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes zusammen. Allerdings muss der Staat die zu gewährleistende Daseinsvorsorge nicht ausschließlich selbst erbringen, sondern hat als letztentscheidende Instanz dafür Sorge zu tragen, mithilfe rechtlicher Rahmenseetzungen adäquate Bedingungen für eine ausreichende Versorgungsstruktur zu schaffen. Aus diesem Grund ist die konkrete Ausformung der Versorgung überwiegend Verhandlungssache zwischen der Finanzierungsseite (Gesetzliche Krankenkassen (GKV) und den Leistungserbringern (Kassenärztliche Vereinigungen (KV) (vgl. Simon 2013, S. 122 ff.).

Die KVen sind ebenfalls Körperschaften des öffentlichen Rechts, denen mit weiteren Körperschaften und Verbänden in Deutschland eine zentrale Rolle bei der Leistungserbringung zukommt. Neben Bund und Ländern stehen noch die Gemeinden und kreisfreien Städte, die allerdings nicht Teil des Staates sind, sondern Gebietskörperschaften mit dem Recht auf kommunale Selbstverwaltung. Als Träger von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen liegen ihre Aufgaben im Wesentlichen in der Leistungserbringung (siehe Abb. 14) (vgl. ebd.).



Quelle: Eigene ergänzte Darstellung nach Simon 2013, S. 139

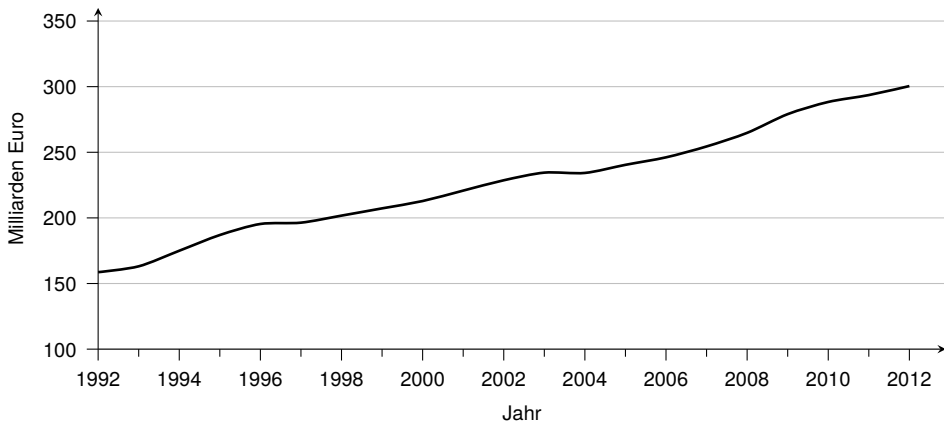
Abb. 14: Zusammenhänge der Grundelemente des deutschen Gesundheitssystems

Da die Leistungserbringung vor dem Hintergrund der in Kapitel 2 geschilderten Problemlagen in Deutschland insbesondere in dünn besiedelten ländlichen Räumen vor großen Herausforderungen steht, soll dieser Teil des Gesundheitswesens – und im Besonderen die hausärztliche Versorgung – genauer untersucht werden. Die sich abzeichnenden teilträumlichen Versorgungsungleichheiten innerhalb des Bereichs der medizinischen/ärztlichen Leistungserbringung stehen somit im Vordergrund und direkten Zusammenhang einer sich am Sozialstaatsprinzip orientierenden nachhaltigen Raumentwicklung.

Gesundheitsausgaben

Bevor der Blick auf die Strukturen der Leistungserbringer gerichtet wird, soll die Darstellung der Gesundheitsausgaben in Deutschland kurz beleuchtet werden.

Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben nimmt seit den 70er Jahren einen stetig steigenden Verlauf (siehe Abb. 15). Insgesamt beliefen sich die Ausgaben laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GB-E) im Jahr 2012 auf rd. 300 Mrd. Euro.



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2015a

Abb. 15: Entwicklung der Gesundheitsausgaben von 1992 bis 2012 in Deutschland

Schaut man auf den Ausgangswert der Abbildung 15 von 1992 mit rd. 150 Mrd. Euro, so haben sich die Ausgaben in zwanzig Jahren nahezu verdoppelt (inflationsunbereinigt). Schon Ende der 70er Jahre sprach man von der sog. „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, woraufhin in regelmäßigen Abständen Kostendämpfungsmaßnahmen folgten, z. B. in Form von Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungen (siehe hierzu Preusker 2008, Busse et al. 2013, Nagel 2013).

Da in Deutschland die Einnahmen der GKV¹² durch Versichertenbeiträge direkt an die Bruttolöhne gekoppelt sind, erhöht sich mit dem Beitragsatzanstieg auch unmittelbar der Arbeitgeberanteil, was bedeutet, dass die gesamten Arbeitskosten steigen. Unter anderem aus diesem Grund

¹² Laut Statistischem Bundesamt sind rd. 87 Prozent der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert (siehe Fachserie 13, 2012)

ist die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung von gesamtwirtschaftlicher Bedeutung. Diese Ausgangssituation des Beitragssatzanstiegs spitzt sich zudem durch den demografischen Wandel (weniger Beitragszahler) und den medizinisch-technischen Fortschritt (Leistungsausweitung) weiter zu (vgl. Döring et al. 2005, S. 2 ff.). So führt der medizinisch-technische Fortschritt – anders als in anderen Branchen – nicht zu nennenswerten Personalveränderungen im Gesundheitswesen (vgl. Böhm 2010, S. 471). Somit steht der personalintensive und standortgebundene Gesundheitssektor in einem wirtschaftspolitischen Zielkonflikt von Lohnkostenniveau, Bevölkerungsentwicklung und Wachstumspotenzial (vgl. Döring et al. 2005, S. 4).

Vergleicht man die Gesundheitsausgaben mit anderen OECD-Ländern, steht Deutschland mit einem Anteil von 11,3 Prozent der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung nach den USA, Niederlanden und Frankreich an vierter Stelle der höchsten Ausgaben (vgl. OECD 2014, S. 1).

Wenngleich damit keine Aussagen über das Versorgungsniveau getroffen werden können, so lassen sich dennoch einige wichtige Aspekte ableiten. Es lässt sich bspw. anhand der Einteilung in öffentliche und private Ausgaben im relativen Vergleich für Deutschland festhalten, dass dem Gesundheitsbereich aus staatlicher Perspektive – neben der Ausgabenhöhe – eine hohe Relevanz beigemessen wird, ist der Anteil öffentlicher Ausgaben (8,7 Prozent) im Vergleich zu den privaten (2,7 Prozent) doch mehr als dreimal so hoch.

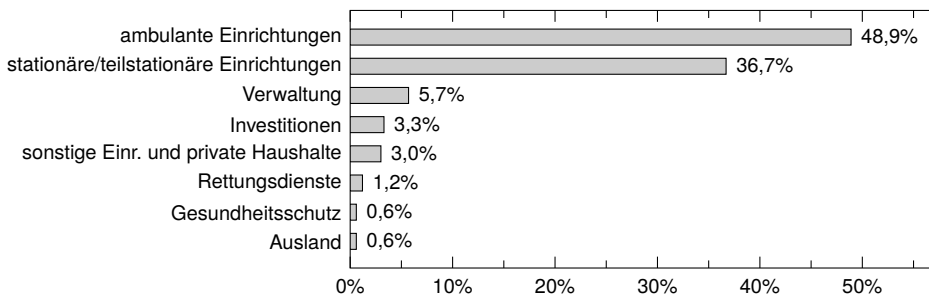
Eine Veröffentlichung vom WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) aus 2009 stellt zudem einen weiteren wichtigen Punkt (die Altersstruktur) im Zusammenhang mit den Gesundheitskosten heraus. Da Deutschland über eine „relativ alte Bevölkerung“ verfügt und die Gesundheitskosten mit steigendem Alter stark zunehmen, sind damit auch erhebliche Auswirkungen auf die insgesamt anfallenden Gesundheitsausgaben zu erwarten. Im Kern kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf nicht zu den höchsten zählen und man dementsprechend auch nicht von einem überdurchschnittlich kostenintensiven Gesundheitswesen sprechen könne (vgl. Niehaus u. Finkenstädt 2009, S. 22).

Gleichwohl werden unter Berücksichtigung der bereits genannten Faktoren (demografischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt) gerade zukünftig erhebliche Anstrengungen für ein tragfähiges Finanzierungssystem unternommen werden müssen. In Anlehnung an Raffelhüschen (1999)

und Fetzer et al. (2004): „Man kann die Ergebnisse auch so interpretieren, dass wir uns heute einen Umfang an sozialen Leistungen in der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung gönnen, der für die nachfolgenden Generationen mit den bestehenden Finanzierungssystemen nicht aufrecht zu erhalten ist“ (zitiert in Oberender u. Zerth 2010, S. 137).

Es sei jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die u. a. demografisch bedingte Kostenentwicklung sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich zwar steigt, sich allerdings nicht eine explosionsartige Ausgabensituation ergeben wird. Zukünftig wird es mehr darum gehen, das Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben in der Balance zu halten (vgl. Noethen 2011, S. 674 f.).

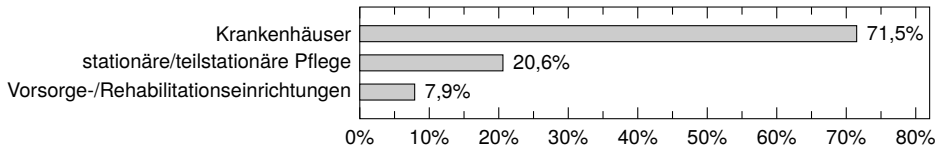
Zentral für die vorliegende Arbeit im Zusammenhang mit den Gesundheitsausgaben ist die Kernaussage der Abbildung 16, dass der weitaus größte Teil der Ausgaben im Gesundheitswesen bei den stationären und ambulanten Einrichtungen liegt.



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2014a

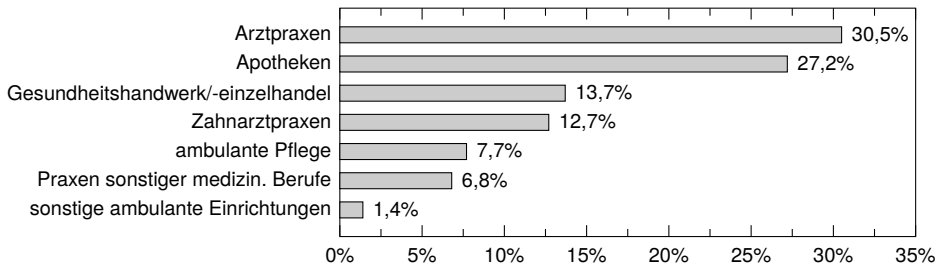
Abb. 16: Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Einrichtungen 2012

Schlüsselt man die stationären und ambulanten Einrichtungen weiter auf (siehe Abb. 17a und Abb. 17b), so sind mit rd. 79 Mio. Euro (71,5 Prozent) bei den stationären Einrichtungen die Krankenhäuser die Hauptausgabenposten. Bei den ambulanten Einrichtungen stehen die niedergelassenen (Zahn-) Ärzte mit knapp 64 Mio. Euro (43,2 Prozent) an der Spitze der Ausgaben.



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2014a

Abb. 17a: Ausgaben nach stationären Einrichtungen 2012



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2014a

Abb. 17b: Ausgaben nach ambulanten Einrichtungen 2012

Diese Veranschaulichung zu den Gesundheitsausgaben und ihren Hauptkostenträgern bzw. -einrichtungen soll einen Überblick über die wichtigsten Ausgabenzweige des deutschen Gesundheitssystems geben und unterstreicht die Relevanz der im Fokus stehenden ambulant-ärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung.¹³ Im Zusammenhang damit steht die seit Langem kontrovers geführte Debatte über die Versorgungssituation, welche von zwei sich gegenüberstehenden Argumentationssträngen geprägt ist. Während die „Geldgeberseite“ in Gestalt der GKV lediglich einige Versorgungsengpässe in ländlichen Räumen, dafür aber massive Versorgungsüberhänge in Ballungsgebieten sieht, warnen die Ärzteverbände wie Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) weiterhin vor

¹³ Im Zusammenhang mit den Ausgaben im ambulant-ärztlichen Bereich, wird häufig die Vergütung der Ärzte, welche aus der Gesamtvergütung, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und dem Verteilungsmaßstab besteht, als problematisch betitelt. Dieser Problemdiskurs mit seinem regelmäßig wiederkehrenden Medienecho soll an dieser Stelle jedoch nicht weiter vertieft werden. Obwohl dieser Bereich mittelbar auch für die Versorgungssituation relevant ist, so ist die Debatte um die ausgesprochen komplizierte Verteilungssystematik überwiegend ein Thema für die Gesundheitsökonomie und die Akteure selber. Zur weiteren Vertiefung siehe u. a. AOK Bundesverband 2011; Kopetsch 2010; KBV 2013)

einem zunehmenden Ärztemangel (vgl. Adler 2011, S. 228). Auf beiden Seiten werden entsprechende Statistiken und Argumente angeführt, die die eigenen Standpunkte untermauern.

Ergänzend zu den Ausführungen der Ausgabensituation des deutschen Gesundheitssystems, gilt es generell die Betrachtung des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitswirtschaft nicht allein unter ökonomischen Gesichtspunkten vorzunehmen. Gesundheitssysteme bzw. „Gesundheitswirtschaften“ sind im Gegensatz zu anderen Branchen und Wirtschaftszweigen ungleich häufiger und in stärkerem Maße von ethisch-moralischen Fragen betroffen (vgl. Böhm 2010, S. 461). Stets bedarf es der Berücksichtigung eines auf dem Sozialstaatsprinzip der BRD legitimierten Anspruchs auf Basisssicherung gesundheitlichen Schutzes, die für alle Bevölkerungsgruppen frei zugänglich ist und bleiben muss.

4.2.1 Ambulant-ärztliche Versorgungsstruktur

Der Kern der ambulant-ärztlichen Versorgung setzt sich in Deutschland nach dem fünften Sozialgesetzbuch aus allen ärztlichen Behandlungsleistungen zusammen, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten ausreichend und zweckmäßig sind (vgl. § 28 I SGB V) und außerhalb von Kliniken (Akut-, Fach- und Rehakliniken) erbracht werden. Dabei findet eine Unterteilung in die Bereiche hausärztliche, fachärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung statt. Die ambulant-ärztliche Versorgung nimmt eine Protagonistenrolle innerhalb des Gesundheitswesens ein, da niedergelassene Ärzte, insbesondere Hausärzte, in der Regel die erste Anlaufstelle für Patienten darstellen (vgl. Gerlinger u. Burkhardt 2014). Neben der ambulant-ärztlichen Versorgung zählen die Gesundheitsfachberufe (z. B. Ergo- und Physiotherapeuten) sowie das in den Arztpraxen angestellte Fachpersonal auch zur ambulanten Versorgung (vgl. Preusker 2008, S. 95), die sog. ambulant-nichtärztlichen Dienstleister.

Die fast ausschließlich durch niedergelassene Ärzte erbrachte ambulant-ärztliche Versorgung in Deutschland stellt im internationalen Vergleich eine charakteristische Eigenart dar (vgl. Gerlinger u. Burkhardt 2014). Insbesondere die spezialfachärztliche Versorgung wird, z. B. in den USA, durch angestellte Ärzte in Krankenhäusern erbracht, womit die Krankenhäuser wesentlich an der ambulanten Versorgung beteiligt sind. Gerade dieser Aspekt ist einer der Hauptkritikpunkte des deutschen Gesundheitswesens,

stellt diese immer noch weitgehend strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung nach wie vor eine der zentralen Ursachen für Ineffizienzen und mangelnde Zufriedenheit dar (vgl. Döring et al. 2006, S. 19; siehe auch Anthuber 2006; Preusker 2008).

Jenseits dieses charakteristischen Merkmals ist die Vertragsärzteschaft in Deutschland zudem in 17 Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert, die zusammen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bilden (vgl. KBV 2014). Im Kern haben die KVen folgende Aufgaben:

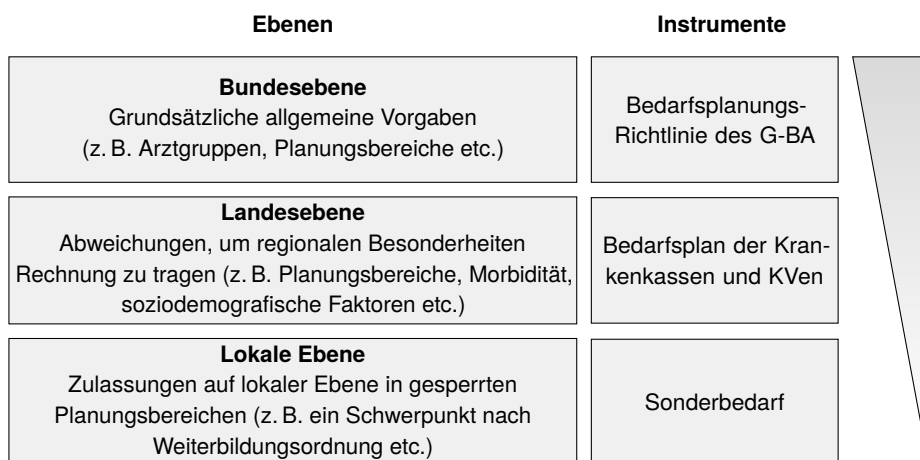
- a) Sicherstellungsauftrag,
- b) Gewährleistungspflicht und
- c) Interessenvertretung.

An erster Stelle haben die KVen die vertragsärztliche Versorgung der GK-V-Versicherten sicherzustellen (a). Zweitens sollen sie gewährleisten, dass die vertragsärztliche Versorgung sowohl die gesetzlichen als auch die vertraglichen Obliegenheiten erfüllt (b) und drittens nehmen sie die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahr (c) (vgl. Nagel 2013, S. 131). Die Steuerung der Versorgung durch die vertragsärztliche Bedarfsplanung gibt es seit 1977 und wurde seitdem nicht mehr grundlegend reformiert, was als wesentlicher Kritikpunkt angeführt wird. Außerdem ist dies das Jahr der Einführung des ersten Kostendämpfungsgesetzes. Seitdem war und ist die Gesundheitspolitik stark von einer Kostenbegrenzung in der ambulanten Versorgung geprägt, um die sich ausdehnenden Tendenzen von Leistungen und Kosten zu bremsen (vgl. ebd., S. 133; siehe auch Kap. 4.2).

Der Sicherstellungsauftrag (a) ergibt sich aus den §§ 72 bis 76 des SGB V und legt darin das Ziel einer ausgewogenen und bedarfsgerechten vertragsärztlichen Versorgung fest. Die Aufstellung der dafür erforderlichen Bedarfspläne durch die KVen ist in § 99 SGB V geregelt. Besonders vor dem Hintergrund der zunehmenden Gefährdung einer flächendeckenden (haus-)ärztlichen Versorgung sind die Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung und der Vermeidung von Versorgungsdisparitäten in den letzten Jahren zunehmend in die Kritik geraten. Aus diesem Grund wird der Sicherstellungsauftrag vor dem Hintergrund des Ziels dieser Arbeit näher erläutert.¹⁴

¹⁴ Da der Aspekt a) für diese Arbeit ausschlaggebend ist, siehe für nähere Erläuterungen zu b) und c) Nagel 2013, S. 132 f.

Erste wesentliche Änderungen der Rahmenbedingungen für die gefährdete ambulant-ärztliche Versorgung in dünn besiedelten ländlichen Gebieten brachte das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) in 2007. Die wichtigsten Änderungen betreffen die Möglichkeit der Eröffnung von Zweigpraxen, die Teilzeitarbeit von Vertragsärzten und den Wegfall der maximalen Altersgrenze von 68 Jahren zur Berufsausübung. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in 2012 – auch als Landarztgesetz bezeichnet – wurden weitere Rahmenbedingungen mit dem Ziel geschaffen, die Ärzteverteilung insbesondere zugunsten ländlicher und strukturschwacher Regionen zu optimieren (vgl. SVR Gesundheit 2014, S. 353). Dazu gehörten u. a. die Aufhebung der Residenzpflicht sowie die Änderung der regionalen Planungsbereiche (Mittelbereiche) zur kleinräumigeren Bedarfsplanung. Die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) des G-BA trat ein Jahr später (2013) in Kraft und ist wie in Abbildung 18 dargestellt aufgebaut.



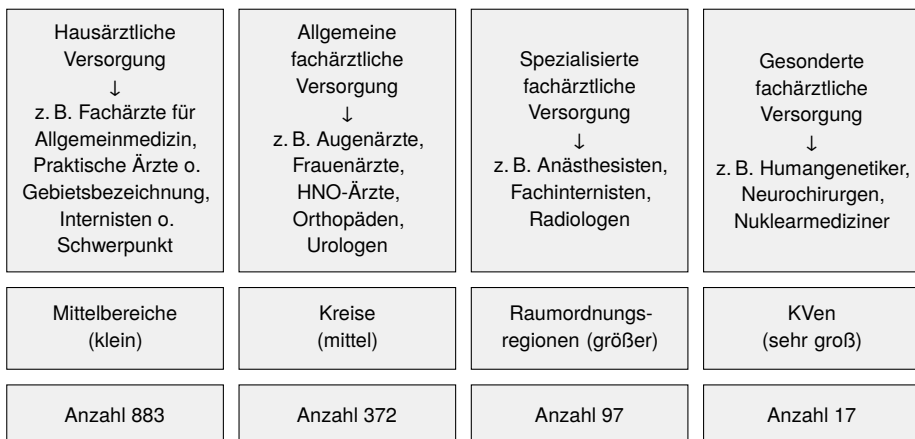
Quelle: KBV 2013, verändert

Abb. 18: Systematik der Bedarfsplanung nach Neufassung der BPL-RL

Entsprechend wurden die Paragraphen zur Aufstellung der Bedarfspläne im fünften Sozialgesetzbuch geändert. Zentral ist hierbei wie erwähnt der § 99 I SGB V. Darin heißt es (Stand: 23. Dezember 2014): „Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. *Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des G-BA abgewichen werden*“ (eigene Hervorhebung).

In dieser aktuellen Fassung wird deutlich, dass eine flexiblere Handhabung der Bedarfsplanung unter besonderer Berücksichtigung der Problemlagen ländlicher Räume Eingang gefunden hat. Außerdem wird explizit die Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung erwähnt, was die Relevanz raumordnerischer Belange und die Interdisziplinarität der Thematik unterstreicht.



Quelle: KBV 2013, verändert und ergänzt

Abb. 19: Versorgungsebenen und zugehörige räumliche Planungszuschneitte

Nach der Neufassung der BPL-RL werden vier Versorgungsebenen mit jeweils spezifischen Raumzuschnitten unterschieden (siehe Abb. 19). So wird den jeweiligen Arztgruppen ihr entsprechender räumlicher Einzugsbereich zugeordnet. Dabei wurden die Raumabgrenzungen vom BBSR auf der Grundlage der Landesentwicklungspläne übernommen (vgl. KBV 2013, S. 7). Hierzu heißt es von der KBV: „Mit dem Verweis des G-BA auf die Vorgaben einer Dienststelle der Bundesverwaltung wird die Rechtssicherheit des Planungskonzepts insgesamt gestärkt, da die zugrunde liegenden Raumplanungskonzepte nicht willkürlich gewählt sind, sondern auch in anderen Zusammenhängen der Raumplanung (z. B. Verkehrswegeplanung,

Planung des öffentlichen Nahverkehrs, Schulplanung etc.) zur Anwendung kommen“ (ebd.). Zudem bestehe auf dieser räumlichen Basis die Möglichkeit der KVen und Krankenkassen, „[...] regional eigene kohärente und vergleichbare ‚Gesundheitsregionen‘ [zu] bilden, die dann Grundlage der Bedarfsplanung für eine Versorgungsebene sein können“ (ebd., S. 8).

Im Rahmen der bisherigen Maßnahmen attestiert der SVR Gesundheit (2014, S. 348) laut seinem jüngsten Gutachten diesen allerdings nur mäßigen Erfolg bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung, wenngleich sie in die richtige Richtung gingen. Das grundsätzliche Problem, auch nach Inkrafttreten des Landarztgesetzes, wurde laut des aktuellen SVR-Gutachtens nicht behoben: Es gebe nach wie vor keine wirkliche Bedarfsermittlung, die konkret aufzeige, wie hoch der tatsächliche zeitliche Versorgungsaufwand bspw. eines Hausarztes im Durchschnitt für einen z. B. 60-jährigen Patienten für eine adäquate Versorgung sei (vgl. ebd., S. 356). Aktuell bedient sich die Bedarfsplanung weiterhin am starren Versorgungskonzept und weist je Fachgruppe Verhältniszahlen (Arzt pro Einwohner) aus, die jedoch nicht den realen Bedarf abbilden, da die eingeführten kleineren Mittelbereiche für die hausärztliche Bedarfsplanung teilweise immer noch zu groß sind oder spezielle räumliche Gegebenheiten (z. B. schlechte Verkehrsanbindungen) nicht berücksichtigen.

Aus diesem Grund spricht der Sachverständigenrat dezidiert von der Notwendigkeit der Durchführung empirisch angelegter Studien zur tatsächlichen Bedarfsermittlung (Versorgungsforschung). Dies könne in Form der Erfassung der Arbeitsleistung sowie des Tätigkeitsspektrums der Arztpraxen zur Bemessung des konkreten Versorgungsbeitrags stattfinden (vgl. ebd.).

Vor dem Hintergrund der skizzierten Problemlage, die die Kommunen unter zunehmenden Handlungsdruck setzt und der damit verbundenen gesundheitspolitischen Brisanz „[...] sollten die Städte, Gemeinden und Landkreise stärker noch als heute eine koordinierende Rolle in der Sicherstellung medizinischer Infrastruktur übernehmen“ (Libbe 2012, S. 123). „Für die Stadtentwicklungsplanung und die ländliche Raumentwicklungsplanung bedeutet die Sicherstellung [...] die Bedarfe an hausärztlicher Versorgung und die Angebotssituation zu erfassen und zu bewerten“ (ebd.). Im Rahmen der sich zukünftig verstärkenden Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung in strukturschwachen Gegenden, die aktuell besonders die östlichen, allerdings immer häufiger auch die westlichen Bundesländer

betreffen, fordert der SVR Gesundheit (2009, S. 33) regionsspezifische Versorgungsentwürfe, die sich sowohl an dezentralen als auch an zentralen Verteilungsstrategien für Hausärzte orientieren.

Darüber hinaus sollte eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit in Form integrierter Versorgungsansätze stattfinden, wie sie seit Jahren von unterschiedlichen Seiten gefordert wird. „Die Öffnung des stationären Bereiches für die ambulante Versorgung ist für den Fall einer Unterversorgung im ambulanten Bereich explizit vorgesehen. Derzeit entfalten aber weder finanzielle Anreize, noch die zeitlich befristete Option, dass Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung teilnehmen können, eine nachhaltige Wirkung“ (Libbe 2012, S. 120). Hier könnten vorhandene Standortstrukturen, wie in anderen Gesundheitssystemen anderer Länder (z. B. USA) seither Usus, genutzt werden (siehe Beivers u. Spangenberg 2008; Busse u. Wörz 2009). Neben der sektorübergreifenden Patientenversorgung stellt Nagel (2013, S. 138) außerdem die berechtigte Frage, inwieweit bei einer sich zukünftig stärker verzahnten Leistungserbringung der Sicherstellungsauftrag, welcher aktuell allein bei den KVen liegt, verbleiben kann. Wenn die ambulanten und die stationären Leistungserbringer näher zusammenrücken sollen, so wird man früher oder später nicht umhinkönnen, auch die vorgelegerten Planungsinstanzen (KVen für die ambulante und Bundesländer für die stationäre Versorgung) neu zu organisieren.

4.2.2 Stationär-ärztliche Versorgungsstruktur

Unter der stationär-ärztlichen Versorgung wird die „[...] medizinische und pflegerische Versorgung in einem Krankenhaus einschließlich der Unterbringung und Verpflegung [...]“ (Preusker 2008, S. 102) subsummiert.

Während die Planung der ambulant-ärztlichen Versorgung durch öffentlich-rechtliche Körperschaften (KVen) organisiert ist, findet die Krankenhausplanung durch die jeweiligen Bundesländer statt. Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) haben die Länder Krankenhaus- und Investitionspläne zu erstellen, „[...] um eine leistungsfähige, wirtschaftliche und patientennahe Versorgung zu gewährleisten“ (Nagel 2013, S. 154). Die in die landesspezifischen Krankenhauspläne aufgenommenen Krankenhäuser, werden nach den in Abbildung 20 dargestellten Kriterien gegliedert.



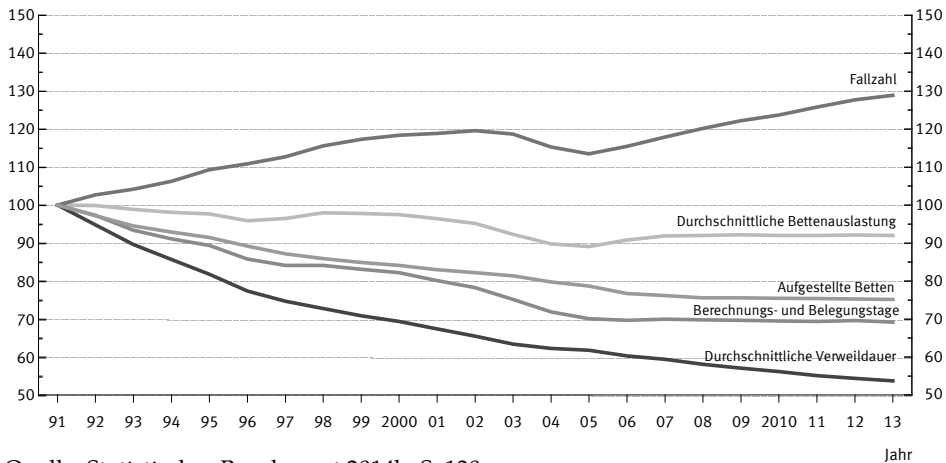
Quelle: Eigene vereinfachte Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2014b, S. 3

Abb. 20: Hauptgliederungskriterien von Krankenhäusern

Die Einteilung von Krankenhäusern entsprechend der jeweiligen Landesgesetze erfolgt je nach Bundesland entweder in vier bzw. drei Versorgungsstufen (Häuser der Grund-, Regel-, Schwerpunkt und Maximalversorgung) oder nach Kriterien, wie z. B. Fachrichtungen, Bettenkapazitäten etc. Daneben gibt es noch Fachkrankenhäuser, die lediglich Kranke bestimmter Krankheitsarten oder bestimmter Altersstufen (z. B. Orthopädieklinik, Kinderklinik) aufnehmen. Da die sich unterscheidenden Merkmale zwischen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung eher marginal sind, wird sich hier an den drei einschlägigen Versorgungsstufen (sowie Fachkrankenhäusern) orientiert. Die Klassifikation der Krankenhäuser zu einer der Versorgungsstufen ist speziell für die Kalkulation der öffentlichen Investitionsförderung relevant. Prämisse für die öffentliche Bezuschussung ist grundsätzlich die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes. Bei zugelassenen Häusern werden die Krankenhausbehandlungen durch die Krankenkassen in Form DRG-basierter Fallpauschalen¹⁵ finanziert. Für die Kostenübernahme der Krankenhausinvestitionen (Krankenhausbau, Großgeräte etc.) sind die Bundesländer zuständig. Man spricht von der sog. dualen Finanzierung. Nicht zugelassene Häuser werden für gewöhnlich als Privatkliniken betrieben und behandeln lediglich Selbstzahler (vgl. Ulrich 2008, S. 88).

¹⁵ Seit 2004 wird die stationäre Vergütung von Behandlungsleistungen durch DRGs (Diagnosis Related Groups) abgerechnet. „Dieses Patientenklassifikationssystem erlaubt die Zusammenfassung einzelner stationärer Behandlungsepisoden zu Gruppen anhand bestimmter Kriterien“ (Nagel 2013, S. 155). Für nähere Informationen zum DRG-System siehe Nagel 2013, S. 155 ff.; Preusker 2008, S. 114 ff.; Simon 2013, S. 416 ff.)

Der Strukturwandel im Krankenhauswesen ist vor dem Hintergrund der Einführung der Fallpauschalenvergütung sowie der demografischen Entwicklungen immer mehr in den Vordergrund getreten. Seit 1991 ist die Entwicklung durch einen steten Betten- sowie Häuserabbau gekennzeichnet. Gleichzeitig sank die Verweildauer von 14 Tagen (1991) auf 7,7 Tage (2012) und die Fallzahlen stiegen kontinuierlich an (siehe Abb. 21).



Quelle: Statistisches Bundesamt 2014b, S. 130

Abb. 21: Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser

Gründe für die Verweildauerverkürzung sind u. a. im medizinisch-technischen Fortschritt (z. B. durch die Möglichkeiten des ambulanten Operierens) sowie dem Sparzwang der Krankenhäuser durch die DRGs begründet (vgl. Preusker 2008, S. 116). Jenseits des stationären Kapazitätsabbaus kann in Deutschland ergo ein im internationalen Vergleich gut erreichbares Angebot an stationären Dienstleistungen konstatiert werden (siehe auch Beivers 2010; Reifferscheid et al. 2015; Scheller-Kreinsen u. Krause 2015). Entscheidend für die wohnortnahe stationäre Versorgung der Patienten ist allerdings – in Analogie zur ambulant-ärztlichen Versorgung – neben einer ausreichenden Zahl an Betten und Häusern insbesondere die tatsächliche Erreichbarkeit von Krankenhäusern, ergo die Wohnortnähe. Sie bestimmt den regionalen Versorgungsgrad aus Patientensicht. (vgl. Beivers 2010, S. 20 f.). Aus diesem Grund müssen die jeweiligen Krankenhäuser stets im Hinblick auf die konkrete Bevölkerungsdichte und die durchschnittlich zu versorgenden Einwohner betrachtet werden. Um Aussagen über tatsächliche lokale Versorgungsgrade machen zu können, ist zudem eine sektorübergreifende Betrachtung angezeigt (vgl. SVR Gesundheit 2014, S. 414).

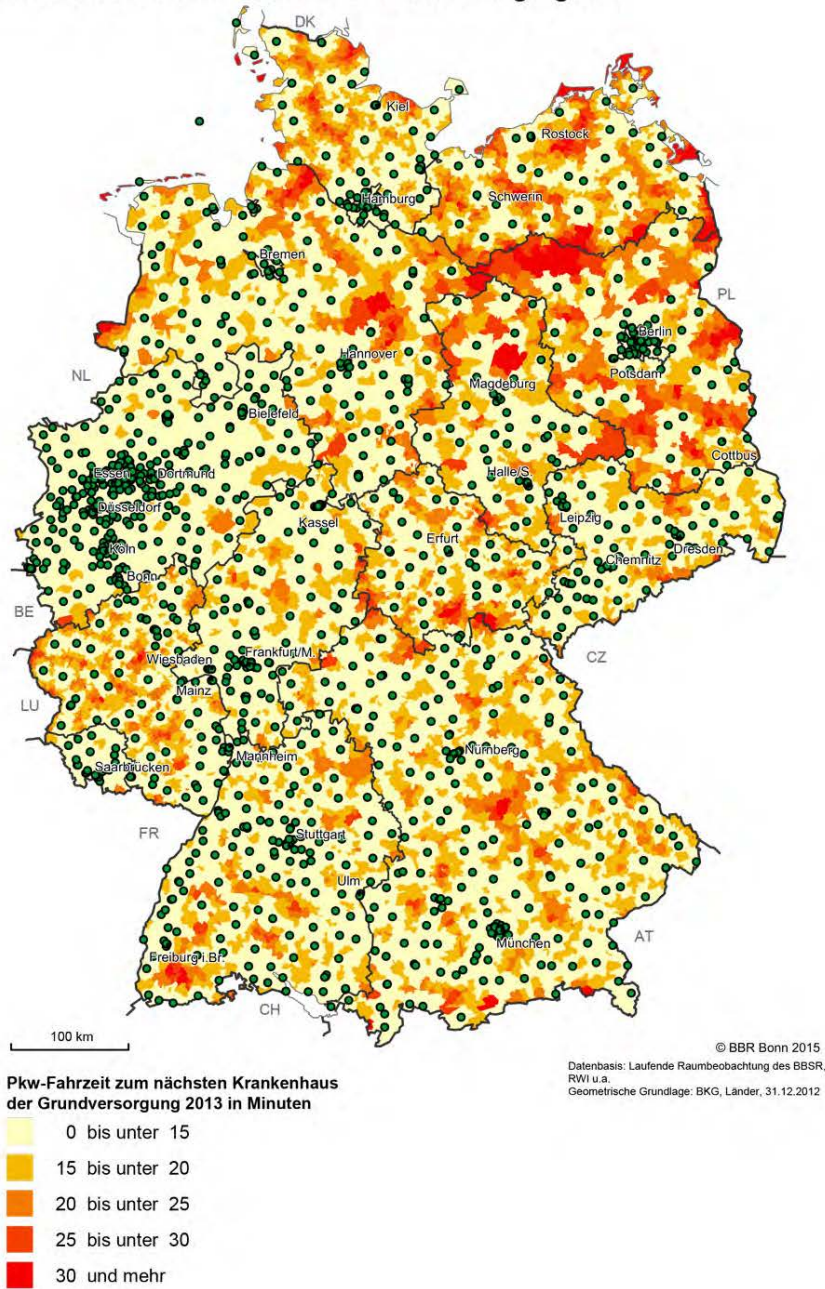
Situation ländlicher Krankenhausversorgung

Im Hinblick auf die stationäre Versorgung der ländlichen Bevölkerung werden alle Krankenhäuser, die sich nach den siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBSR in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen sowie in dünn besiedelten ländlichen Kreisen befinden (siehe hierzu BBSR 2012b, S. 50 ff.), als ländliche Krankenhäuser bezeichnet. Demnach befinden sich 36 Prozent aller Allgemeinkrankenhäuser sowie 28 Prozent aller Betten in ländlichen Regionen. Nach der Bettengrößenklasse überwiegen im ländlichen Raum kleinere Häuser unter 200 Betten mit rd. 59 Prozent an der Gesamtheit aller Häuser im ländlichen Raum, aufgeteilt in Krankenhäuser mit unter 100 Betten (rd. 24 Prozent) und Krankenhäuser mit 100–199 Betten (rd. 35 Prozent) (vgl. Blum et al. 2014, S. 10).

In der Arbeit von Beivers (2010, S. 20) wird bei Anwendung des Christalerschen Zentrale-Orte-Konzepts auf die Krankenhausstandorte deutlich, dass ein wesentlicher Teil der Häuser in nicht-urbanen Räumen verortet ist. Die Kopplung von Kliniken an zentrale Orte (im ländlichen Raum meist Mittelzentren) sichert so eine abgestufte stationäre Gesundheitsversorgung (vgl. Beivers u. Spangenberg 2008, S. 92). Die Karte zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung vom BBSR (2012a) veranschaulicht diesen Sachverhalt (siehe Abb. 22a).

Lediglich in den überwiegend in Nordostdeutschland vorhandenen Räumen müssen 20 Minuten und mehr mit dem PKW zurückgelegt werden, um das nächste Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen (Status Quo-Karte). Laut Beivers u. Spangenberg (2008, S. 92) sind demnach nur 2,3 Prozent der Bevölkerung von über 20-minütigen Fahrzeiten betroffen. Erste Anhaltspunkte für einen zukünftig drohenden Versorgungsengpass zeigen sich nur in dünn besiedelten ländlichen Räumen bei dem Wegfallszenario (siehe Abb. 22b). Hier können die Krankenhäuser mit besonderer regionalspezifischer Versorgungsrelevanz identifiziert werden, die sog. sole provider. Speziell diese sole provider, die bei Wegfall zu erheblichen Fahrzeitverlängerungen jenseits der 20-Minutenschwelle führen würden, gilt es künftig zu sichern, um die derzeitige flächendeckende stationäre Versorgungssituation aufrechtzuerhalten (vgl. ebd.).

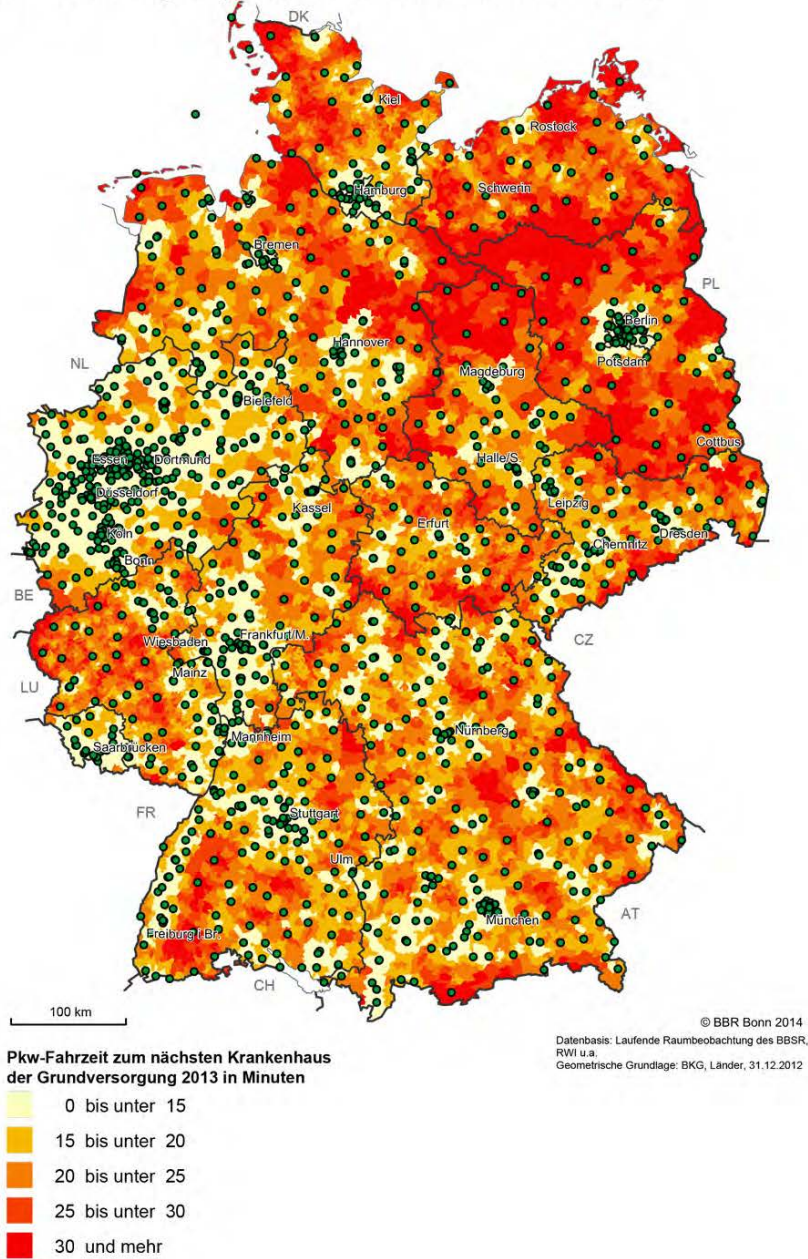
Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung 2013



Quelle: BBSR 2012a, S. 49

Abb. 22a: Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung 2013

**Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung 2013 -
Szenario "Schließung des jeweils nächsten Krankenhausstandortes"**



Quelle: BBSR 2012a, S. 49

Abb. 22b: Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung 2013
Szenario „Schließung des jeweils nächsten Krankenhausstandortes“

Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings die nicht unwesentliche Tatsache, dass laut Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) 2015 im Bundesdurchschnitt lediglich rd. 37 Prozent der Patienten durch das wohnortnächste Krankenhaus der Grundversorgung behandelt werden. Sogar in den dünn besiedelten ländlichen Kreisen (gem. Raumabgrenzungen des BBSR 2012b) findet eine Behandlung durch das wohnortnächste Krankenhaus der Grundversorgung nur in rd. 46 Prozent aller Fälle statt. Somit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Erreichbarkeit von Krankenhäusern (gemäß dieser Ergebnisse) lediglich ein Faktor von mehreren ist, der den Standort der stationären Behandlung beeinflusst. Wesentlich für die Wahl des Krankenhauses sind darüber hinaus laut des jüngsten Krankenhaus-Reports Patientenpräferenzen sowie das Ein- und Zuweiserverhalten (vgl. Scheller-Kreinsen u. Krause 2015, S. 37 ff.).

Neben der stationären Gesundheitsversorgung der Bevölkerung übernehmen Krankenhäuser in ländlichen Räumen allerdings weitere wichtige Aufgaben. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser (a) sichern zusammen mit dem Rettungsdienst (b) sowie dem ärztlichen Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte (c) die Notfallversorgung (sog. dreigliedrige Notfallversorgung) (vgl. SVR Gesundheit 2014, S. 443 ff.). Auch schließen ländliche Krankenhäuser teilträumlich Versorgungslücken im ambulanten Bereich. Nicht zuletzt ist ein Krankenhaus im ländlichen Raum meist der größte Arbeitgeber und damit auch ein zentraler Wirtschaftsfaktor für die Region (vgl. Blum et al. 2014, S. 30 f.).

Die wesentlichen Herausforderungen der stationären Versorgung in ländlichen Räumen liegen aktuell im Erhalt der Wirtschaftlichkeit und der Investitionsfähigkeit sowie – analog zum ambulanten Bereich – im sich weiter verstärkenden Fachkräftemangel. Außerdem werden die duale Finanzierung¹⁶ der Krankenhäuser sowie das Sicherstellungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen als bedeutsame Problemursachen neben der durch den demografischen Wandel steigenden Morbiditätslast genannt (vgl. Preusker 2008, S. 110 ff.; Reifferscheid et al. 2015).

Während ländliche Krankenhäuser durch Schaffung besserer Arbeitsbedingungen im Wettbewerb um Fachkräfte (z. B. durch abgestimmte Verbundweiterbildungen) selber einen wichtigen Beitrag leisten können, müssen im Rahmen der Reorganisation der Finanzierung politische Akteure aktiviert

¹⁶ Zur alternativen monistischen Finanzierung siehe Preusker 2008, S. 111 ff.; SVR Gesundheit 2007; SVR Gesundheit 2009; SVR Gesundheit 2014

werden. Auch wird häufig das Argument der sektoral stärkeren Verzahnung vor dem Hintergrund der Integrierten Versorgung bemüht. Hier müssen Anreize für eine breitere Beteiligung ländlicher Krankenhäuser an der ambulanten ärztlichen Versorgung geschaffen werden, die an der Schnittstellenproblematik ansetzt (vgl. ebd.). Außerdem gilt auch für den stationären Bereich, neben der Sicherung gefährdeter Standorte, der Bindung von Ressourcen in überversorgten (meist verdichteten) Räumen durch entsprechende Maßnahmen zugunsten erhöhter Kapazitäten in ländlichen Räumen entgegenzuwirken (vgl. SVR Gesundheit 2014, S. 448).

4.2.3 Integrierte Versorgung – Ein Überblick

Als Integrierte Versorgung wird aufgrund der Verträge nach § 140b SGB V der Aufbau einer verschiedene Leistungssektoren übergreifenden Versorgung der Versicherten verstanden. Mit Initiierung der Integrierten Versorgung ist ein tiefgreifender Umbruch des Gesundheitswesens in Deutschland hin zu einer sektorübergreifenden Versorgung verbunden. Derzeit ist die Versorgungssituation jedoch (noch immer) überwiegend durch die Konkurrenz einzelner, sektoral getrennter Leistungserbringer geprägt, die zu einer teilsystemorientierten statt zu einer patientenorientierten Versorgung führt. Diese unzureichende Integration der verschiedenen Versorgungssektoren charakterisiert das wesentliche Rationalisierungspotenzial im Gesundheitswesen und führt ferner zu einem vermeidbaren Informationsverlust. Bspw. bei dem Wechsel vom niedergelassenen Praxisarzt zum Krankenhaus und umgekehrt ergeben sich in der Behandlungskette häufig Komplikationen. Dies können unproduktive und überflüssige Doppeluntersuchungen, unterschiedliche medikamentöse Therapien, mangelhafte Nachsorge und Fehleinweisungen sein (Stichwort: Über-, Unter- und Fehlversorgung). Diese negativen Auswüchse sollen durch die Stärkung der Integrierten Versorgung und das Prinzip „ambulant vor stationär“ bewältigt werden (vgl. Nagel 2013, S. 281).

Wichtige Bestrebungen zur Überwindung der aktuell noch weitgehend starren Struktur liegen in der Realisierung einer bevölkerungsbezogenen Flächendeckung der Versorgung (vgl. ebd.). Die bereits mehrfach angesprochene Forderung nach mehr Kooperation zur Hebung von Effizienzreserven findet sich ergo auch in den entsprechenden gesetzlichen Regelungen zur Gesundheitsversorgung wieder. In diesem Zusammenhang vertritt Arntz (2009, S. 142) die These, dass zukünftig nur diejenigen Akteure die

gesundheitspolitischen Herausforderungen bewältigen werden, die zu strategischen Kooperationen sowohl in horizontaler als auch vertikaler Hinsicht fähig und bereit sind. Dies ergibt sich insbesondere aus der Tatsache, dass in einem wettbewerblich geprägten Krankenkassensektor verstärkt die Notwendigkeit zu Effizienzsteigerungen in der Versorgung besteht. Und das Steigern von Effizienz und Wirtschaftlichkeit wird nach einschlägiger Meinung¹⁷ – neben Prozessoptimierungen (vgl. Böckelmann u. Grautmann 2009, S. 550) – über Maßnahmen realisiert, die die einzelnen Versorgungsbereiche in Form fach- und sektorenübergreifender Kooperationen intelligenter miteinander verzahnen. Dabei können gemäß § 140a SGB V u. a. vertragsärztlich tätige, niedergelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, MVZ, Pflegeeinrichtungen, Praxiskliniken, pharmazeutische Unternehmen, Medizinproduktehersteller etc. als Partner der Krankenkassen an Integrierten Versorgungsmodellen teilnehmen.

Anreize für die Stärkung jener Maßnahmen könnten Erfolgsbeteiligungen der Leistungserbringer aufgrund erzielter Einsparungen sein, die die Akteure durch Zusammenschluss zu regionalen Gesundheitsunternehmern erwirtschaften¹⁸ (vgl. Straub u. Lütjohann 2007, S. 94). Durch die Übertragung der Verantwortung von regionaler Versorgungsqualität entstehen neue Anreizmuster, die weniger von der Nutzen- und Gewinnmaximierung des einzelnen Leistungserbringers als vielmehr von einer regionalen Gesamtverantwortung geprägt sind. Dies kommt letztlich auch dem Patienten zugute. Ein patientenfokussiertes Versorgungsmanagement zur besseren Überwindung von Schnittstellen zwischen den Sektoren ist gemäß Nagel (2013, S. 286) dementsprechend erforderlich und notwendig (vgl. ebd.).

Bezogen auf die regionale Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen werden Gesundheitsnetzwerke als Handlungsoption und Instrument der Regionalentwicklung und regionalen Wirtschaftsförderung hervorgehoben. Da die Versorgungssicherung eng mit der Sicherung von Arbeitsplätzen in Verbindung steht, muss es ein zentrales Anliegen von Gemeinden, Kreisen und Regionen sein, die Akteure der Gesundheitswirtschaft hierbei entsprechend zu fördern bzw. zu unterstützen. Öffentliche Akteure können hierbei als Moderatoren und Initiatoren auftreten (vgl. Böckelmann

¹⁷ Siehe u. a. Lange et. al. 2012, Mühlbacher et. al. 2002, Pelleter 2012, Schwenk 2009

¹⁸ Siehe hierzu als sog. Best-Practice-Beispiel Hermann et al. (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert die Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings.

u. Grautmann 2009, S. 550) und so den Kooperations- und Netzwerkprozess gezielt steuern. Gerade die Gesundheitsbranche ist in besonderem Maße auf Kooperationsstrukturen angewiesen, so dass das Augenmerk regionaler Netzwerkförderung verstärkt auf die Akteure medizinischer Versorgung, die Krankenkassen sowie Nachbarbereiche gelegt werden sollte (ebd. S. 551). Umgekehrt sollten die Gesundheitsakteure allerdings auch offen und zugänglich für Kooperationen mit Akteuren der Raumordnung/-planung sein. Ein neuer Steuerungsansatz könnte folglich eine stärkere Verzahnung nicht nur von Akteuren der Gesundheitswirtschaft untereinander (sprich Integrierte Versorgung), sondern auch mit Trägern der Regionalentwicklung sein. Hierzu müsste der Versorgungsansatz der Integrierten Versorgung mit dem Ansatz regionaler Netzwerke bzw. dem Regional Governance-Ansatz verknüpft werden.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass ein Mentalitätswechsel bzw. Kulturwandel im Gesundheitswesen stattfinden muss, der gelebte Zusammenarbeit und sektorenübergreifende Kooperation im Sinne der Patienten, der Leistungserbringer und der Kostenträger auch im Rahmen raumordnerischer Aspekte forciert. Gerade integrierte Versorgungskonzepte könnten zukünftig unter stärkerer Einbindung der Raumordnung (als koordinierendes/moderierendes Schnittstellenmanagement) wichtige Impulse auch für die Regionalentwicklung geben. Mögliche Formen der Vernetzung mit erfolgversprechenden Einsatzmöglichkeiten in der medizinischen Versorgung ländlicher Räume werden nachfolgend skizziert.

4.3 E-Health/Telemedizin und Gemeindeschwester – Innovative Ansätze für eine flächendeckende medizinische Versorgung

Mit Einzug des Internets als Massenmedium hat sich in den letzten 20 Jahren auch in der Gesundheitsbranche ein noch junger Zweig entwickelt, der unter dem interdisziplinären Begriff Electronic Health (E-Health) subsummiert wird. Unter anderem spricht man hier auch gleichbedeutend von Telemedizin oder Gesundheitstelematik (vgl. Nagel 2013, S. 291). Der Begriff vereint die Bereiche Gesundheitswesen, Telekommunikation und Informatik und beschreibt „[. . .] demnach alle [integrierten] einrichtungsübergreifenden und ortsunabhängigen Anwendungen der Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen zur Überbrückung von Raum und Zeit“ (Haas 2006, S. 6). Nach Field (1996, S. 16) ist Telemedizin

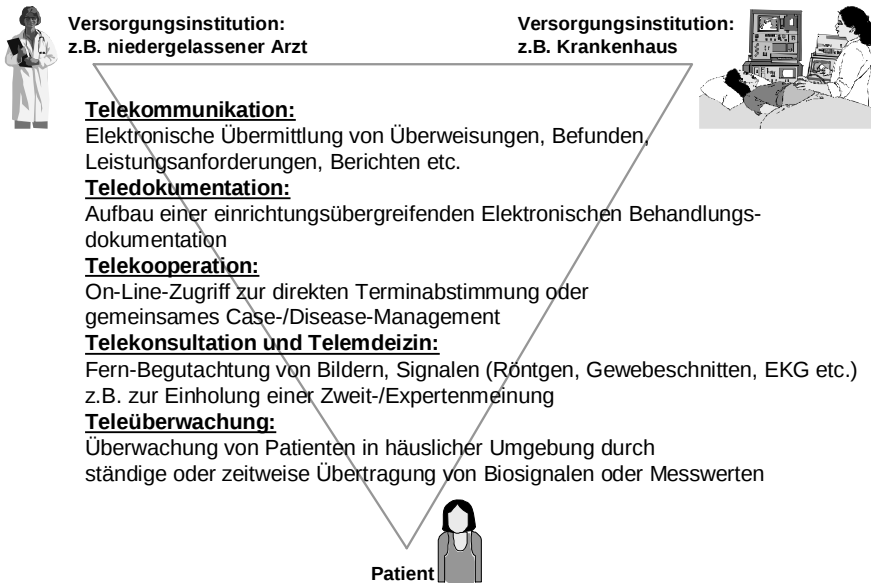
definiert als „[. . .] the use of electronic information and telecommunications technologies to provide and support healthcare when distance separates the participants.“

Ziele der Telemedizin sind nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „die Verbesserung des Zugriffs auf Informationen sowie eine Verbesserung der Qualität und Effektivität der Gesundheitsversorgung“ (WHO 2005, zitiert in Haas 2006, S. 8). Die Optimierung der Qualität und Effektivität im Zusammenhang mit der Überbrückung von Raum und Zeit spielen im Rahmen der ländlichen Versorgungssicherung eine zentrale Rolle. Sie können dazu beitragen, distanzbedingte Ungleichheiten (z. B. aufgrund von Mobilitätseinschränkungen älterer Patienten) in der Versorgung zu mindern bzw. abzubauen.

Telemedizinische/E-Health-gestützte Anwendungen können im gesamten Spektrum der medizinischen Versorgung eingesetzt werden. Dementsprechend finden sie sich in der Prävention, der Diagnose, der Therapie, der Rehabilitation und der Pflege wieder. Unterschieden wird hierbei grundsätzlich nach den primär beteiligten Akteuren in sog. doc2doc-Anwendungen und doc2patient-Anwendungen. Bei ersteren werden Informationen zwischen Ärzten bzw. sonstigen Gesundheitsberufsgruppen ausgetauscht (z. B. Telekonsilien, Telekonferenzen). Doc2patient-Anwendungen beschreiben hingegen die Kommunikation zwischen Arzt bzw. health care professional und Patient (z. B. Telekonsultation, Telemonitoring). Die drei wesentlichen telemedizinischen Anwendungen sind

- a) Telemonitoring: doc2patient-Anwendung, bei der (regelmäßig) Patientendaten bzw. Vitalparameter erfasst und übermittelt werden (Ziel: Überwachung des Gesundheitszustandes).
- b) Telekooperation: Durchführung von Konsilien und Konferenzen (auch Übermittlung und Bewertung von Befunden) zwischen Ärzten inklusive nicht-ärztlicher Fachkräfte.
- c) Teletherapie: Beteiligung von nicht vor Ort anwesenden Ärzten/nicht-ärztlichen Fachkräften an konkreten, auf die Informations- und Kommunikations-Technologie gestützten Behandlungen (vgl. Schröder et al. 2009, S. 19 ff.).

In nachfolgender Abbildung 23 werden Beispiele für behandlungsbezogene Telematikanwendungen dargestellt.



Quelle: Haas 2006, S. 16

Abb. 23: Behandlungsbezogene Telematikanwendungen

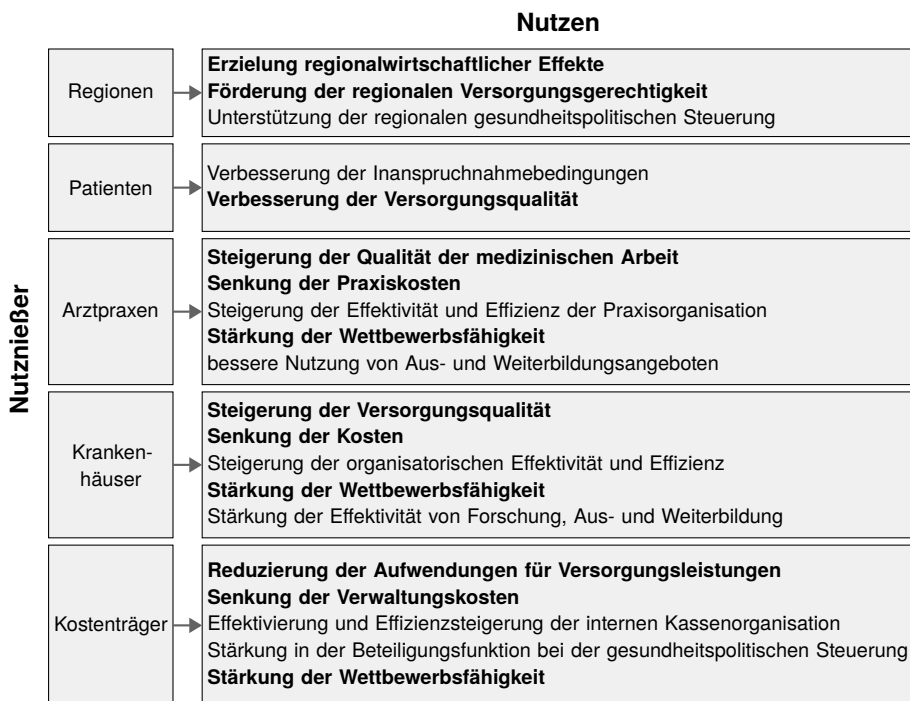
Abbildung 23 zeigt einen integrierten Versorgungsansatz unter Zuhilfenahme E-Health-gestützter Anwendungen, in welchem einrichtungs- und sektorenübergreifend z. B. Befunde des Patienten auf elektronischem Wege ausgetauscht und weitere Schritte der Therapie abgestimmt werden. Bei diesen patientenbezogenen telemedizinischen Anwendungen, die bspw. auch nach erfolgter stationärer und ambulanter Behandlung im häuslichen Umfeld durch das Monitoring von elektronisch übertragenen Messwerten des Patienten fortgeführt werden können, soll eine transparente und möglichst unterbrechungsfreie sowie multidisziplinär abgestimmte Behandlung ermöglicht werden. Erfolgsvoraussetzung solcher Prozesse sind einerseits das Vorliegen und die für alle Beteiligten zur Verfügung stehende elektronische Datenbasis der Patienten (Stichwort: elektronische Patientenakte, kurz ePA) sowie die Akzeptanz telemedizinischer Anwendungen. Sie greifen mitunter weitreichend in juristische und organisatorische Zusammenhänge ein, sodass sichergestellt werden muss, dass sie sich an der Versorgungspraxis orientieren und nicht über die Kompetenz, die Interessen und traditionellen Verfahrensmuster von Patienten, Ärzten und anderen Gesundheitsberufen hinwegsetzen (vgl. Hilpert 2012 u. Schmidt u. Koch 2005, zitiert in Putlitz et al. 2013, S. 207).

Aus Abbildung 23 leitet sich außerdem ab, dass ein weiterer „Akteur“ innerhalb der Gesundheitstelematik Einzug in das Versorgungsgeschehen hält: Das Telemedizinische Zentrum (TMZ), welches als Schaltzentrale spezifischer Programme agiert und die Datenbasis sowie das gesamte Telemedizinmanagement vorhält. Diese Zentren können bspw. an Kliniken oder MVZs angegliedert sein oder selbstständig operieren (vgl. Putlitz et al. 2013, S. 211).

Die Studie der AGENON GmbH (vgl. Schröder et al. 2009, S. 76) kommt im Rahmen ihrer Expertenbefragung¹⁹ zu dem Ergebnis, dass die Mehrzahl der befragten Ärzte einen großen Nutzen für die ambulante ärztliche Versorgung insbesondere bei Herz-Kreislauf- und Diabetes-Patienten erwartet. Auch andere, größer angelegte Studien und Forschungsprojekte zur Telemedizin kommen zu positiven Ergebnissen (siehe Budych et al. 2011; Hilpert 2012; Institut für Demoskopie Allensbach 2010; Trill 2011). So heißt es etwa bei Klusen u. Meusch 2002 (zitiert in Turek 2012, S. 373): „[Die Telemedizin] wird bereits seit Beginn der 2000er Jahre als eine medizinisch sinnvolle und gesundheitsökonomisch effiziente Versorgungsform gesehen“. Eine systematische Gliederung des Nutzens und der Nutznießer von Gesundheitstelematik hat Schulenberg (1995) (zitiert in Haas 2006, S. 12) vorgenommen, von denen die ausgewählten Nutznießer gemäß Abbildung 24 profitieren können.

Während der Nutzen der aufgeführten Akteure wie bspw. Regionen, Ärzte oder Krankenhäuser vielfach in Kostensenkungen, Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit und auch der für ländliche Räume wichtigen Förderung der regionalen Versorgungsgerechtigkeit liegt, existiert dennoch ein zentrales Problem: der wissenschaftlich messbare Nutzen vieler Projekte (vgl. Haas 2006, S. 13). Obwohl es, wie oben dargestellt, Studien mit positiven Umfragewerten in der Anwendung telemedizinischer Projekte gibt, so hat diese junge Versorgungsform auch seine Opponenten, überwiegend in Bezug auf haftungsrechtliche Fragestellungen. Deshalb wird es hier auf die Entwicklung von Qualitätskriterien ankommen, um entsprechende Evaluationen durchzuführen und schließlich die erfolgreichen Projekte mit Modellcharakter auf andere Regionen übertragen zu können und in den Regelleistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen.

¹⁹ Innerhalb der Studie wurden sieben Experteninterviews mit aktiven Akteuren aus dem Bereich der Telemedizin im überwiegend ländlich geprägten Bundesland Brandenburg



Quelle: Eigene Darstellung nach Schulenberg 1995, zitiert in Haas 2006, S. 12 f.

Abb. 24: Ausgewählte Nutznießer und Nutzen der Gesundheitstelematik

Gemeindeschwestermodell/Delegation

Eine besondere Form der medizinischen Versorgung teilweise mittels telemedizinischer Anwendungen, welche für ländliche und periphere Räume in den letzten Jahren erhöhte Aufmerksamkeit erlangte, ist das sog. Gemeindeschwestermodell. Das erste Modellprojekt hierzu nannte sich AGnES (Arztentlastende Gemeinde-nahe E-healthgestützte Systemische Intervention) und wurde zur Vermeidung einer drohenden medizinischen Unterversorgung in den vier Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt von 2005 bis 2008 durchgeführt. Zweck dieses Modells war es, einen Kanon bestimmter ärztlicher Leistungen von Hausärzten auf darauf besonders geschulte Mitarbeiterinnen zu delegieren, um damit Hausärzte in ländlichen Regionen zu entlasten (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Lan-

geführt. Aufbau, Ziel und weitere detaillierte Ergebnisse können Schröder et al. 2009 entnommen werden.

des Brandenburg (MASGF) 2013). Im Fokus standen (und stehen) Patienten, „[...] bei denen präventive Leistungen, eine regelmäßige Überwachung der Therapie oder ein Monitoring des Gesundheitszustands erforderlich sind. Daten über den Gesundheitszustand des Patienten werden vor Ort elektronisch dokumentiert und per Datenfernübertragung direkt in die Praxis-EDV des Hausarztes eingespeist“ (SVR Gesundheit 2009, S. 431). Die im oben genannten Zeitraum durchgeführten rd. 10.000 Hausbesuche bei ca. 1.500 Patienten durch die „AGnES“ haben in der anschließenden Evaluation zu positiven Ergebnissen hinsichtlich der Weiterführung dieser Versorgungsform geführt. Von Seiten des überwiegenden Teils der teilnehmenden Hausärzte wurde u. a. konstatiert, dass

- a) die Qualität dieser Versorgung vergleichbar ist, mit einer üblichen Betreuung durch den Hausarzt (92 Prozent) und
- b) sich das Konzept entlastend auf die eigene Tätigkeit auswirkt (90 Prozent).

Die Patientenseite bewertete

- c) die AGnES-Fachkräfte als kompetente Ansprechpartnerinnen (99 Prozent) und könnte sich vorstellen, dass
- d) die Hausärzte lediglich in dringenden medizinischen Fällen die Hausbesuche durchführen und die Gemeindeschwester die übrigen Visiten erledigt (94 Prozent) (vgl. MASGF 2013).

Die aussichtsreichen Evaluationsergebnisse haben mitunter dazu geführt, dass das Gemeindeschwestermodell AGnES seit April 2009 in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen überführt wurde und die speziell geschulten Fachkräfte nun unter dem Namen nicht-ärztliche Praxisassistentinnen (NäPa) mit einem eigens dafür entwickelten Curriculum tätig sind (vgl. ebd.). Parallel dazu wurden ähnliche Modell- und Pilotprojekte mit modifizierten Bedingungen zur Kooperation von ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräften in der hausärztlichen Primärversorgung ins Leben gerufen (siehe Tab. 2).

Ohne näher auf die jeweiligen Gemeindeschwestermodelle einzugehen (siehe hierzu u. a. SVR Gesundheit 2009, Kalitzkus et. al. 2009), kann aufgrund der Vielzahl an Projekten, die in zahlreichen Gemeinden und Landkreisen durchgeführt werden, und der Überführung des AGnES-Modells in die Regelversorgung, von einem Teilerfolg für die ländliche

Versorgungssicherung gesprochen werden. Allerdings werden auch Risiken bzw. Herausforderungen thematisiert. So wird u. a. eine Zunahme von Bürokratie und Abstimmungsproblemen durch diese Modelle befürchtet (vgl. SVR Gesundheit 2009, S. 432), die es gilt zukünftig durch einheitliche Ausbildungsstandards der Fachkräfte, strukturierte Behandlungs-routinen und entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen (auch bzgl. Haftungs-fragen) abzubauen. Zentral ist hierbei nach Koch et al. (2009, S. 464), dass der Arzt durch diese pflegerischen Assistenzkonzepte entlastet wird.

Tab. 2: (Modell-)Projekte für arztentlastende medizinische Fachkräfte

Akronym	Bezeichnung
AGnES (NäPa)	Arztentlastende, gemeinden nahe, E -Health-gestützte, s ystemische Intervention (seit April 2009: n icht-ärztliche P raxisassistentin)
AGnESzwei	Fallmanagerin AGnES (siehe oben) mit erweiterten Befugnissen
MoPra	M obile P raxisassistentin
VerAH	V ersorgungsassistentin in der H ausarztpraxis
EVA	E ntlastende V ersorgungsassistentin
MoNi	M odell N iedersachsen
HELVER	Arzt h elferinnen in der ambulanten V ersorgung

Quelle: Eigene Darstellung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass diese Form der Kooperation (ob mit oder ohne E-Health-gestützte Anwendungen) für ländliche Regionen eine Möglichkeit ist, medizinisch unterversorgte oder von drohender Unterversorgung betroffene Gebiete bei der Sicherstellung gesundheitlicher Infrastruktur zu unterstützen. Gesundheitstelematik und damit in Verbindung stehende innovative Versorgungsformen (siehe Gemeindeschwestermodelle) können folglich als Merkmale neuer, die regionspezifischen Problemlagen aufgreifende Handlungsansätze interpretiert werden, die ländliche Räume nicht nur in der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung stärken, sondern auch regionalökonomische, politische und gesellschaftliche Impulse initiieren können.

4.4 Prävention und Gesundheitsförderung

Im Rahmen der aufgezeigten Versorgungsstrukturen und -formen konnte dargelegt werden, dass die Ausrichtung des Gesundheitssystems (wie in den meisten westlichen Gesundheitssystemen) überwiegend auf Kuration

und Therapie fokussiert ist und u. a. durch die Finanzierungsmodalitäten im Hinblick auf die Sektoren nur gering integriert ist. Allerdings ist in den letzten zwanzig Jahren eine steigende Forcierung präventiver Ansätze in der Medizin zu verzeichnen (vgl. Hurrelmann et al. 2010, S. 17; Mosebach et al. 2010). Gemäß § 1 SGB V sind die gesetzlichen Krankenkassen hauptverantwortlich für die Finanzierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Hurrelmann et al. (2010) sprechen bei Gesundheitsförderung von einer Promotionsstrategie, wohingegen die Prävention den Fokus auf eine Vermeidungsstrategie legt. Es handelt sich folglich um sich ergänzende Interventionsformen, die sich in verschiedenen Bereichen wie Früherkennung schon etabliert haben und fließend ineinander übergehen (vgl. Nagel 2013, S. 216).

Das Spektrum präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen gliedert sich dabei in

- a) Gesundheitskommunikation
z. B. Schulungen, präventive Beratungen durch den Arzt, massenmediale Kampagnen,
- b) Unterstützende Maßnahmen
z. B. Anreizsysteme wie Bonusprogramme der Krankenkassen, die gesundheitsförderliches Verhalten materiell belohnen, Tabaksteuer und
- c) Restriktive Maßnahmen (gesundheitsförderliches Verhalten wird zur Pflicht)
z. B. Anschnallpflicht beim Autofahren, Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden (vgl. Nagel 2013, S. 216 f.).

Auch wenn die Krankenkassen die Hauptverantwortlichen bei der Finanzierung dieser Maßnahmen sind, so sind bei Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen doch eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure und Institutionen involviert. Hierzu zählen

- staatliche (u. a. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Robert-Koch-Institut (RKI), Landesministerien, Landesgesundheitsämter, kommunale Gesundheitsämter, Schulen, Kindergärten),
- halb-staatliche (u. a. Gesetzliche Krankenkassen, Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen) und

- nicht-staatliche (u. a. Ärzte, Apotheker, Private Krankenkassen, (Sport-)Vereine, Netzwerke wie bspw. Gesundes Städte-Netzwerk) Träger (vgl. ebd., S. 218 ff.).

Grundgedanke der Finanzierung von Präventionsmaßnahmen ist die Vermeidung von (i. d. R. höheren) Krankheitskosten (vgl. Nagel 2013, S. 225), die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren (vgl. § 20 I 2 SGB V). In einer Gesellschaft mit einer deutlichen Zunahme des Anteils älterer Personen, ist der Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung – insbesondere zur Erhaltung der Selbstständigkeit und Abwendung von Pflegebedürftigkeit – bspw. im Rahmen integrierter Versorgungsansätze besonders wichtig (vgl. Naegele 2009, S. 150). Das BMG hat daher die Bedeutung dieses Bereichs in seiner Präventionsstrategie von 2012 hervorgehoben und damit wohl auch der von verschiedenen Seiten ausgehenden Forderung nach einem Präventionsgesetz und einer insgesamt stärkeren Forcierung dieses Bereichs Rechnung getragen.²⁰ Ziel dieser Strategie ist es, „[. . .] das Wissen, die Befähigung und die Motivation der Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten für jedes Alter zu stärken und damit gesundheitliche Risiken zu reduzieren“ (BMG 2012, S. 1).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hebt in seinem (jüngsten) Gutachten von 2014 erneut die präventiven und rehabilitativen Potenziale vor allem im Alter hervor, wenngleich diese Forderung in der Präventionsdiskussion lange Zeit als eher verhalten bewertet wurde. Hierzu heißt es weiter: „Inzwischen hat ein Umdenken eingesetzt. Befördert wird dies durch die Studienlage, denn zunehmend mehr Untersuchungen haben in den vergangenen Jahren gezeigt, dass Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebensphasen sinnvoll und erfolgversprechend sind – so auch im Alter“ (SVR Gesundheit 2014, S. 487).²¹

²⁰ Unter anderen fordern Trojan u. Süß (2010, S. 344) ein Präventionsgesetz, welches eine Verbesserung der Voraussetzungen für gemeindeorientierte Gesundheitsförderung und Prävention schafft. Auch Hurrelmann et al. (2010, S. 21 f.) sieht neben den Sozialversicherungsträgern vorwiegend Regierungsorganisationen von Bund, Ländern und Kommunen in der Pflicht und propagiert eine stärkere Miteinbeziehung weiterer Politikbereiche wie Wirtschaft, Arbeit, Bildung, Städtebau, Verkehr etc.

²¹ Weitergehende Literatur und Informationen zu Präventionsstudien und -untersuchungen siehe: Bouchard et al. 2012; Ferrucci 2008; Hamer et al. 2014; Holmerová et al. 2010; King et al. 2000; Renner u. Staudinger 2008, zitiert in SVR Gesundheit 2014, S. 487.

Gerade weil seit Jahren mehr oder weniger gleichbleibend rd. 4 Prozent für Prävention an den gesamten Gesundheitsausgaben aufgewendet werden, gilt es stärker als bisher (gerade unter Berücksichtigung der Studien- und Untersuchungsergebnisse zur Prävention) präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu forcieren und die Diskussion von der Geldfrage auf die Bewertung der Effektivität von Projekten zu fokussieren (vgl. Preusker 2008, S. 254).

Im Zusammenhang mit der bereits beschriebenen Problematik für ländliche Räume mit Erreichbarkeitsproblemen von medizinischen Versorgungsdienstleistungen, begründet sich eine besondere Bedeutung für ebensolche Maßnahmen. Eine verstärkte Förderung von Gesundheit sowie Verhütung von Krankheiten bzw. Reduzierung der negativen Auswirkungen kann die Erreichbarkeitsproblematik zwar nicht direkt verbessern, jedoch die Häufigkeit der Inanspruchnahme positiv beeinflussen. Hierbei können auch telemedizinische Konzepte helfen, bspw. Routineuntersuchungen chronischer (und gut behandelbarer) Erkrankungen aus der Ferne mittels Datenübermittlung durchzuführen.²² Auch stellt das Gemeindeschwestermodell (wie oben dargestellt) eine Unterstützungsoption dar, die ärztliche Nachbesetzungsproblematik abzumildern und in dünn besiedelten ländlichen Gegenden zu intensivieren, um die immer „knapper werdende“ Ressource Landarzt zu schonen. Haisch et al. (2010, S. 431) heben in diesem Kontext auch die vielfältigen Möglichkeiten gerade der niedergelassenen Ärzte für erfolgreiche Prävention/Gesundheitsförderung hervor, da sie durch ihre natürliche Einbettung in ein ähnliches gemeinsames räumliches Umfeld sowie die Kenntnis der jeweiligen Krankheitsgeschichte individuelle Maßnahmen einleiten können.

Fehlen allerdings präventive und gesundheitsförderliche Angebote, „[. . .] liegt eine organisatorische Grenze vor, die in ländlichen Räumen offenbar immer bedeutsamer wird“ (Haisch et al. 2010, S. 433). Daher wird es gerade in ländlichen Regionen zukünftig darum gehen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Gestalt der Gesundheitsämter wieder zu stärken, beziehen sich ihre Aufgaben doch auf kommunaler Ebene auf zahlreiche Themengebiete der Primärprävention (vgl. Mosebach et al. 2010, S. 373). Da sich der Erfolg von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung jedoch überwiegend mittel- bis langfristig zeigt (vgl. BMG 2012, S. 1) und

²² Siehe hierzu die Expertise der Agenon GmbH 2009; Badrnejad 2012; Bartmann et al. 2012)

sich dementsprechend nur schwer evaluieren lässt, ist die Bereitschaft für höhere Investitionen bei den Kostenträgern gedämpft. Zwar sind die Ausgaben für diesen Bereich seit den 1990er Jahren fast kontinuierlich gestiegen (in 2013 waren es rd. 10,9 Mrd. Euro; vgl. Statistisches Bundesamt 2015a), jedoch ist der Anteil an den Gesamtausgaben über diese Zeitspanne relativ unverändert zwischen 3,5 Prozent und 4,0 Prozent geblieben.

Neben der Finanzierung solcher Maßnahmen durch die Krankenkassen sind darüber hinaus öffentliche Mittel und Fördergelder von hoher Bedeutung. Zuwendungen von Städten und Kommunen sind neben den Geldern von Bundes- und Landesministerien eine zentrale Komponente. Aufgrund der Finanzknappheit der Gemeinden ist jedoch bspw. auch bei gemeindenahen Ansätzen eine ausschließliche und langfristige Finanzierung aus kommunalen Mitteln nicht tragfähig/möglich. Dieser Tatsache geschuldet ist der Umstand, dass schon heute und mehr noch in der Zukunft eine Mischfinanzierung an Relevanz gewinnt bzw. gewinnen wird (vgl. Nagel 2013, S. 225 f.).

Da gerade mit Bezug zu ländlichen Räumen in der einschlägigen Fachliteratur das sozialökologische Modell von Gesundheit²³ mit dem Prinzip der Gemeindeorientierung bzw. der gemeindenahen Versorgung vielfach herangezogen wird, kann die Verbesserung der Möglichkeiten kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention hier einen wichtigen Beitrag zu den genannten Zielen leisten.

Erfolgsfaktoren dafür sind bei derart breitgestreuten Akteurskonstellationen u. a. horizontale und vermehrt sektorale Kooperationen (siehe Kap. 4.2.3) sowie:

- „[. . .] eine Geschäftsstelle/Infrastruktur bzw. ein engagiertes Gesundheitsamt,
- ein politischer Wille und definierter Auftrag mit möglichst präziser Aufgaben- bzw. Prioritätenfestlegung,
- personelle und materielle Ressourcen,
- Fähigkeiten zur Gesundheitsberichterstattung, neutraler Moderation sowie Public-Health-Grundlagenwissen“ (ebd., S. 336 ff.).

²³ Tiefergehende Erläuterungen zum sozialökologischen Modell siehe Trojan u. Süß 2010; Bengel et al. 2001)

In einem solch multidimensionalen Prozess, der die Potenziale der Gesunderhaltung und die Strategien ihrer Aktivierung beinhaltet, werden einheitliche Qualitätsmerkmale benötigt, um eine zielbezogene Erfolgskontrolle in Form von Evaluationen durchzuführen. Hier ist die Mitwirkung aller maßgeblichen Akteure entscheidend, ebensolche kongruenten Zielkriterien zu entwickeln, damit entsprechende Best-Practice-Regionen lokalisiert und in der Folge die Basis für eine bundesweite Ausweitung geschaffen werden kann (vgl. Nagel 2013, S. 226).

Wenngleich u. a. durch das oben beschriebene, überwiegend noch fehlende einheitliche Qualitätsmanagement auch immer wieder von einigen Seiten der ökonomische Nutzen von Prävention und Gesundheitsförderung infrage gestellt wird, so kann dennoch ein Zugewinn an Lebensqualität erzielt werden. Hier sollten die Maßnahmen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen integrierter Versorgungsansätze und vor dem Hintergrund gleichwertiger Lebensverhältnisse ansetzen. Demzufolge fordert der SVR Gesundheit (2009, S. 31) angesichts der nach wie vor nur gering ausgeschöpften Reserven im Kontext altersspezifischer Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen nachdrücklich eine Berichtigung hin zu einem Ausbau dieses Bereichs.

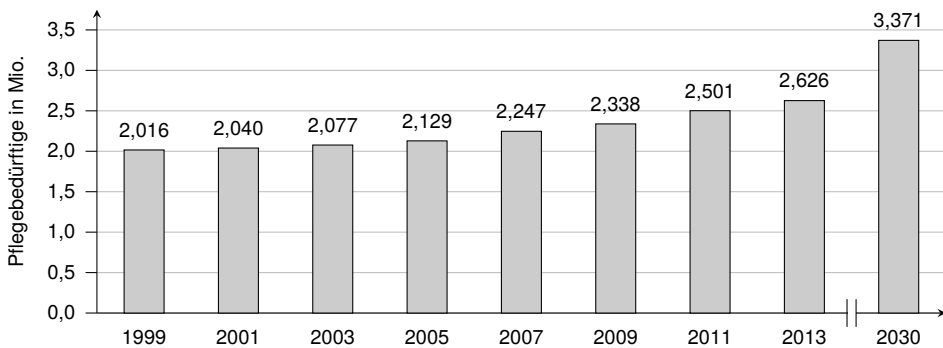
4.5 Pflege als zentraler Leistungsbereich einer altersgerechten Gesundheitsversorgung

Wenngleich die bereits dargestellten Ausführungen und das Ziel der vorliegenden Arbeit den Analysefokus auf die Bereiche der ambulant- und stationär-ärztlichen Versorgung deutlich gemacht haben, so ist dennoch ein kurzer Überblick über den direkt angrenzenden Leistungsbereich der Pflege sinnvoll. Dies leitet sich speziell aus dem multidisziplinären Themenkomplex sowie der Alterung der Bevölkerung ab und soll demzufolge kurz skizziert werden. Zwar sind auch die Themen der Rehabilitation und Arzneimittelversorgung für die Gesundheitsversorgung (auch in ländlichen Regionen) nicht unerheblich, würden jedoch über den Schwerpunkt der Arbeit hinausgehen.

Ambulante und (teil-)stationäre Pflegeversorgung

Im Rahmen der pflegerischen Langzeitversorgung geht es um „[...] Menschen mit dauerhaften Gesundheitseinbußen und Funktionseinschränkungen

gen, wie sie mit chronischen Krankheiten, Behinderung und Pflegebedürftigkeit einhergehen und schließt das gesamte Spektrum an unterschiedlichen Versorgungsmaßnahmen ein, die zur Bewältigung damit verbundener Selbstversorgungsdefizite erforderlich sind“ (SVR Gesundheit 2014, S. 457). Die fortschreitende Alterung wird in Deutschland zu einem steigenden Bedarf an Pflegeleistungen führen, wobei die Pflegeleistungen, je nach Pflegebedarf, ambulant (ambulante Pflegedienste, pflegende Angehörige etc.) und (teil-)stationär (Pflegeheime, Seniorenresidenzen etc.) erbracht werden. Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht bei Anerkennung der Pflegebedürftigkeit zu einer der drei Pflegestufen gemäß § 15 SGB XI durch die Pflegekassen.



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2015b und Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010

Abb. 25: Pflegebedürftige in Deutschland 1999 bis 2013

Wie Abbildung 25 zeigt, ist sowohl die vergangene Entwicklung pflegebedürftiger Patienten kontinuierlich angestiegen (2,6 Mio. Pflegebedürftige) und auch eine prognostische weitere Zunahme bis 2030 auf dann rd. 3,4 Mio. Pflegebedürftige wird angenommen. Grabski-Kieron u. Löwer (2007, S. 83) sehen in Verbindung mit tendenziell schwindenden Familien- und Sozialstrukturen in diesem Anstieg der Pflegebedürftigen einen analog wachsenden Bedarf an ambulanten und stationären Pflegeangeboten. Besonders prekär wird die Versorgung mit Pflegedienstleistungen laut Grabski-Kieron u. Löwer in ländlich-peripheren Räumen, da hier die Erreichbarkeit stationärer Angebote, die meist nur in den zentralen Orten verortet sind, schlecht ist und zudem die langen Wegstrecken für die ambulanten Dienste teuer sind. Der prozentuale Anteil der Zuhause versorgten Pflegebedürftigen lag im Jahr 2013 bei rd. 71 Prozent und spielt damit die

weitaus größte Rolle. In Pflegeeinrichtungen vollstationär untergebrachte Patienten machten in 2013 einen Anteil von rd. 29 Prozent aus. Somit nimmt das Zuhause als Gesundheits- und Pflegestandort weiterhin einen zentralen Platz in der Pflege ein.

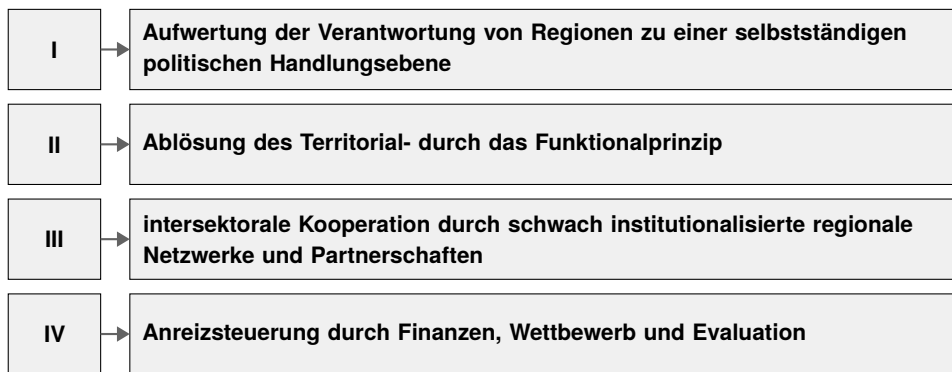
Da die bereits beschriebene Alterung der Bevölkerung und damit auch die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit regional sehr heterogen verläuft (vgl. Beivers 2010), wird zukünftig verstärkt nach regionalspezifisch angepassten Handlungsstrategien verlangt, die wohnortnahe sowie häusliche Pflege ermöglichen und stärken. Dies umfasst auch die Integration und Koordination der Pflege mit der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung sowie weiteren Teilbereichen der Gesundheitswirtschaft und Nachbarbranchen (z. B. Wohnungs- und Immobilienwirtschaft). Nagel (2013, S. 351) geht in diesem Zusammenhang davon aus, dass die Gesundheits- und Krankenpflege zu den Berufen der Zukunft zählen werde. Hier werde es unter anderem um neue Ausbildungsstrategien und gezielte Nachwuchsförderung gehen, da offenbar auch hier die Gewinnung ausreichend qualifizierter Nachwuchskräfte eine zentrale Herausforderung sein wird.

4.6 Regionale Gesundheitsversorgung im Kontext von Raumordnung und Regional Governance

Die im Fokus stehenden ländlichen Räume sind in vielfältiger Weise sowohl durch das formal-rechtliche System der bundesdeutschen Raumplanung, als auch durch die informelle Planung geprägt. Besonderer Schwerpunkt soll im Kontext des Konzepts Gesundheitsregion auf den informell-planerischen Governanceformen liegen, wenngleich formelle und informelle Planungsansätze in der Planungspraxis häufig in Form sich überlagernder Prozesse auftreten und sich ergänzen (vgl. Knieling et al. 2003 u. Selle 1994, zitiert in Danielzyk 2005, S. 467).

Seit den 1990er Jahren gewinnt in der Regionalentwicklung die Selbststeuerung der Akteure und Stakeholder eine wachsende Bedeutung. Diese Ansätze werden unter dem Terminus „Governance“ zusammengefasst (Benz 2004, S. 18). Aus regulationstheoretischer Perspektive besteht nach Mayntz und Scharpf (1995, S. 13) die Zielsetzung dabei in der Verabschiedung und Umsetzung von gemeinschaftlichen und verbindlichen Regelungen.

Als Kennzeichen von Regional Governance können nach Giessen (2010, S. 6) die in Abbildung 26 aufgeführten Aspekte angeführt werden, wobei Fürst und Straße (2003, S. 442) zudem im Rahmen von Selbststeuerungsprozessen den Regional Governance innewohnenden Bezug zu dem die Region prägenden Wirtschaftsbereich als entscheidend betrachten. Wenngleich auch durch diesen Ansatz der Regionalentwicklung und -politik die Interessen der beteiligten Akteure keinesfalls ausschließlich homogenen Charakter aufweisen (gerade im Gesundheitswesen nicht), so bietet Regional Governance dennoch vielfältige Möglichkeiten ländlicher Raumentwicklung. Aufgrund des Netzwerkansatzes und der Flexibilität von Regional Governance kann Regionalpolitik vor dem Hintergrund des Querschnittscharakters ländlicher Problemlagen und ländlicher Politik effektiver gestaltet werden (vgl. Giessen 2010, S. 6 f.).



Quelle: Eigene Darstellung nach Giessen 2010, S. 6

Abb. 26: Charakteristika und Kennzeichen von Regional Governance

Die vermehrte Entstehung regionaler Initiativen mit Governancecharakter, zu denen Gesundheitsregionen zweifelsohne zählen, ist in diesem Zusammenhang als Indikator sowohl für den kommunalen bzw. regionalen Handlungsdruck einerseits, als auch für die Erkenntnis, dass auf der räumlichen Ebene der Region vielfältige und effiziente Steuerungsmöglichkeiten existieren andererseits, zu werten. Deutlich wird diese Tatsache u. a. dadurch, dass zunehmend nicht-investive Maßnahmen und Governanceformen aufgrund kommunal und regional angespannter Haushaltskassen gefördert werden, um endogene Ressourcen in Form staatlich-privater Kooperationen und Netzwerke zu mobilisieren (vgl. Wotha u. Bittner 2011, S. 109).

Grundsätzlich wird im Zusammenhang mit Netzwerken und regionalen Kooperationen von der Raumordnung immer häufiger das Management dieser Formen der Zusammenarbeit erwartet (vgl. Einig 2008, S. 33), die damit eine zentrale Schnittstelle zwischen den Akteuren einnimmt. Dabei fordert die oben beschriebene veränderte Problemstruktur in der Raumentwicklungspolitik keine Betrachtung der einzelnen Sektoren, sondern eine Querschnittpolitik, die sich als nicht-hierarchischen Aushandlungsprozess zwischen den beteiligten Akteuren versteht (vgl. Eberlein u. Kerwer 2002, zitiert in: Giessen 2010, S. 4 ff.). Darüber hinaus ist ein gemeinsamer Regionsbezug im Rahmen einer Gemeinwohlorientierung als maßgebliche Komponente und Erfolgsfaktor von Regional Governance zu betrachten (vgl. Fürst u. Straße 2003, S. 443).

Zusammenfassend sind bei dem Konzept der Gesundheitsregion viele der charakterisierenden Prozesse des Regional Governance wiederzufinden. Man könnte auch von „Regional Healthcare Governance“ sprechen, um den oben angesprochenen Wirtschaftsbereich, um den es beim GR-Konzept geht, miteinzubeziehen. Bei diesem Ansatz wird es darum gehen, ein verstärktes „aufeinander Zugehen“ und die Intensivierung von Kommunikations- und Abstimmungsprozessen der unmittelbar und mittelbar an der medizinischen Versorgung beteiligten Personen in ländlichen Räumen zu stärken. Die teils für Versorgungsdefizite ursächlichen sektoralen Schnittstelleprobleme in der Gesundheitsversorgung sollten im Kontext eines Regional Healthcare Governance in den Fokus genommen werden. So könnte man Mehrwert mithilfe kooperativer Abstimmungsprozesse zwischen regionalen Akteuren schaffen, um eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

5 Forschungsdesign und Methoden

Bei der Desktoprecherche von Gesundheitsregionen wurden keine Regionen in die Suchdatenbank aufgenommen, die ausschließlich oder überwiegend Kur-, Heilbad- oder Wellnesscharakter aufzeigen. Diese sind dem so genannten „zweiten“ Gesundheitsmarkt zuzuordnen, der „[...] alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet“ (BMG 2013) und damit vom Ansatz tendenziell dem Modell der Therapeutischen Landschaften zuzuordnen ist (siehe Kap. 3.3).

Der „erste“ Gesundheitsmarkt „[...] umfasst [hingegen] den Bereich der ‚klassischen‘ Gesundheitsversorgung, [der] größtenteils durch Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) (einschließlich Pflegeversicherung) sowie durch Arbeitgeber [...], den Staat (z. B. Beihilfe für Beamte und Pensionäre, Zuschüsse zur GKV) und weitere Sozialversicherungsträger geprägt ist“ (ebd.). Letzterer ist für die vorliegende Arbeit maßgeblich.

Der Recherche und Datenaufbereitung der Gesundheitsregionen folgte die Typisierung wie in Abbildung 10 dargestellt. Die gewonnenen Informationen wurden dann zur Ableitung einer bis dahin nicht existierenden, einheitlichen Rahmendefinition verwertet (siehe Abb. 11).

Auf dieser Grundlage konnte das Forschungsdesign weiter konkretisiert werden, welches sich neben der o. g.

- a) Primär-/Sekundärdatenrecherche und -aufbereitung außerdem aus einer
- b) quantitativen Datenerhebung in Form einer standardisierten, schriftlichen Befragung und aus einer
- c) qualitativen Datenerhebung mithilfe leitfadengestützter Experteninterviews

zusammensetzt und demzufolge eine Methodentriangulation darstellt.

Im Anschluss daran wurden vier Schlüsselthemen identifiziert, die sich als zentral im Kontext der Versorgungssicherung ländlicher Räume herausgestellt haben. Diese stellen die Rahmenstruktur der Datenerhebung, des Bewertungsrahmens und der anschließenden Auswertung dar und werden im Kap. 5.1.1 dezidiert vorgestellt. Außerdem bildet das so entstandene Themengerüst die Basis für die erforderlichen und daraus abgeleiteten

Bewertungskriterien zur Evaluation der Gesundheitsregionen. Somit sind eine stringente Erhebungs- sowie Auswertungs- und Ergebnisstruktur gewährleistet, die dem Ziel der Arbeit Rechnung tragen.

Mit den hier ausgewählten, sich ergänzenden Erhebungs- und Analyseinstrumenten können einerseits eine profunde und aussagekräftige Datenbasis über den Untersuchungsgegenstand Gesundheitsregion erhoben und andererseits Erkenntnisse über das Wirkungsgefüge und aktuelle Entwicklungen innerhalb der Gesundheitsregionen in Erfahrung gebracht werden. Dabei soll evaluiert werden, inwieweit die Maßnahmen(-bündel)/Projekte innerhalb einer Gesundheitsregion zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen beitragen und damit das Konzept Gesundheitsregion insgesamt zweckmäßig ist. Hierfür wurden mithilfe eines weiteren Kriteriensets (siehe Kap. 5.2) drei Fallstudien aus der beschriebenen GR-Recherche innerhalb Deutschlands zur näheren Untersuchung ausgewählt. Die Darstellung der jeweiligen Arbeitsschritte der Fallstudienuntersuchung ist Gegenstand dieses Kapitels 5 sowie der nachfolgenden Unterkapitel.

5.1 Evaluierung versorgungsorientierter Gesundheitsregionen – Methoden

Um das GR-Konzept bezüglich seines Beitrags zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen zu evaluieren, bedarf es eines kriteriengestützten Bewertungsrahmens. Die Tatsache, dass das GR-Konzept noch nicht Gegenstand einer Evaluation mit Fokus auf den Beitrag zur medizinischen Versorgungssicherung für ländliche Räume war, macht das erstmalige Zusammentragen thematisch und zielspezifisch geeigneter Bewertungskriterien notwendig. „Damit jedoch auf soziale Veränderungsprozesse eingewirkt werden kann, müssen deren bestimmenden Faktoren und ihre Wirkungszusammenhänge bekannt sein“ (Stockmann 2010, S. 15), um Aussagen darüber treffen zu können, inwieweit die initiierten Projekte und Maßnahmen bereits Erfolge bzw. positive Entwicklungen angestoßen haben. Nachfolgend werden zunächst die abgeleiteten vier Schlüsselthemen (Kap. 5.1.1) sowie die Bewertungskriterien (Kap. 5.1.2) skizziert.

5.1.1 Identifikation von Schlüsselthemen zur Versorgungssicherung in ländlichen Räumen

Die Bewertungskriterien sollten sich entsprechend der Zielsetzung der Arbeit an die Anforderungen der Sicherstellung medizinischer Versorgung orientieren. Nach umfassenden hermeneutischen Verfahren und Vorabinterviews mit Experten aus dem Gesundheitswesen (Hausärzte und KV) lassen sich vier Hauptthemen ableiten, die im Rahmen der Sicherstellung medizinischer Versorgung in ländlich geprägten Räumen eine maßgebliche Relevanz besitzen:

1. Nachwuchsförderung/-gewinnung
2. Förderung von Akteursvernetzung/Kooperationen und Delegation
3. Förderung der Integration von Telemedizin
4. Förderung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Diese vier Schlüsselthemen stellen die inhaltliche Basis für die Bewertung des GR-Konzepts im Hinblick auf die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen dar. Außerdem wurden zwei weitere Themenfelder hinzugefügt, um Einschätzungen zur jeweils aktuellen Versorgungssituation vor Ort sowie zur jeweiligen GR-Struktur zu erheben. Dabei bezieht sich das erste Themenfeld auf das organisatorische Konzept Gesundheitsregion, während sich das Zweite der aktuellen regionalen Versorgungssituation widmet. Diese Struktur zieht sich wie bereits erwähnt sowohl durch die qualitative als auch die quantitative Feldarbeit.

5.1.2 Ableitung von Bewertungskriterien

Im Rahmen der Bewertung der Gesundheitsregionen wird ein differenziertes, kriterienbasiertes Evaluationsvorgehen verfolgt, welches anhand der einschlägigen Literatur auf die vorliegende Thematik angepasst ist (siehe Kuckartz et al. 2008; Mayring 2009; Sedlacek 2004 u. Stockmann 2010).

Zweck der Evaluation ist die aus und mit diesem Konzept resultierenden Wirkungen bzw. angestoßenen Entwicklungsimpulse im Hinblick auf die medizinische Versorgungssicherung für ländliche Räume zu erfassen und zu bewerten, um daraus Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Versorgungssicherung abzuleiten. Außerdem soll das Verständnis und die Funktionsweise des Konzepts Gesundheitsregion transparent gemacht und gefördert werden (in Anlehnung an Hummelbrunner 2002, S. 134, zitiert

in Wiechmann u. Beier 2004, S. 388). Im Kern geht es einerseits um die Identifikation von Erfolgs- sowie Hemmnisfaktoren bei der Umsetzung der Maßnahmen und Projekte des Konzepts Gesundheitsregion und andererseits um Schaffung einer Informationsgrundlage zur Ableitung von Handlungsempfehlungen für die gezielte Optimierung der Versorgungssicherung in dünn besiedelten ländlichen Räumen mithilfe dieses Konzepts (vgl. Wiechmann u. Beier 2004, S. 390). Außerdem können Informationen über bisherige Projektergebnisse gewonnen, Umsetzungs- und Kooperationsprobleme identifiziert und Handlungsbedarfe abgeleitet werden.

Das hierfür erforderliche Kriterienset ist im Hinblick auf die Zielsetzung und die Schlüsselthemenstruktur entwickelt und zugeschnitten (siehe Tab. 3; detaillierte Erläuterungen zu den Kriterien siehe Anhang 3).

Tab. 3: Bewertungskriterien für die jeweiligen Themen

Themenfeld „Struktur der Gesundheitsregion als Institution“ Problemdruck/-präsenz „Ärztmangel“ Zielakzeptanz bei den Zielgruppen Öffentlichkeitsarbeit/Präsenz Bisherige Projektergebnisse (Highlights)
Schlüsselthema I: „Nachwuchsförderung/-gewinnung“ Anreize für Jungmediziner/Medizinabsolventen Regionsattraktivität für Jungmediziner insgesamt (Außenimage der Region) Räumliche Bindungsstrategie (von Nachwuchs-Leistungserbringern) „Vermarktungs-“Strategie frei werdender Arztsitze
Schlüsselthema II: Themenfeld „Akteursvernetzung/Kooperation und Delegation“ Vernetzungskultur (Anreize u. Hemmnisse) Einflussnahme auf Netzwerkentwicklung durch GR Einschätzung von Delegation und Gemeindeschwestermodell
Schlüsselthema III: „Telemedizin“ Einschätzung der Unterstützungsleistung in der Versorgungssicherung Einschätzung zur Ausweitung telemedizinischer Maßnahmen zur Versorgungssicherung
Schlüsselthema IV: „Prävention und Gesundheitsförderung“ Einschätzung zu Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Ergänzung/Unterstützung der Versorgungssicherung Einschätzung der GR als Organisator von gesundheitsfördernden/präventiven Projekten

Quelle: Eigene Zusammenstellung und Darstellung

Wenngleich diese Auswahl von einer Vielzahl möglicher weiterer Kriterien schon eine Bewertung darstellt, so finden im Rahmen des vorliegenden Sets mit Blick auf die ausgearbeitete Schlüsselthemenstruktur sowie des Ziels der Arbeit die wesentlichen Aspekte, die mittelbar oder unmittelbar mit der medizinischen Versorgungssicherung zusammenhängen, Eingang in das Bewertungssystem. Die zur Feldphase zählenden quantitativen und qualitativen Befragungen b) und c) werden in den Kapiteln 5.3.1 sowie 5.3.2 detailliert beschrieben und erläutert.

5.2 Kriteriengestützte Auswahl der Fallstudien

Mit Blick auf das Ziel dieser Arbeit, welches die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der ländlichen Bevölkerung betrachtet, wird in der weiteren Untersuchung der Fokus auf den Regionstyp I (Versorgungsorientierte Gesundheitsregion) gelegt (siehe Typisierung in Abb. 10). Dies stellt bereits ein Kriterium für die Auswahl der Fallstudien dar. Um einerseits eine gewisse Vergleichbarkeit der Regionen und ggfs. Übertragbarkeit zu ermöglichen und andererseits eine möglichst differenzierte Ergebnisstruktur des Untersuchungsgegenstands Gesundheitsregion zu gewinnen, wurden folgende Anforderungen an die auszuwählenden Gesundheitsregionen in einem zweistufigen Auswahlverfahren gemäß Abbildung 27 gestellt.



Quelle: Eigene Zusammenstellung und Darstellung

Abb. 27: Zweistufige Auswahl der Gesundheitsregionen

Die erste Stufe der Auswahl und Reduzierung infrage kommender Regionen soll gewährleisten, dass die auszuwählenden Fallbeispiele vorrangig das Ziel der medizinischen Versorgungssicherung mithilfe geeigneter Projekte verfolgen, eine vergleichbare Datengrundlage durch die administrative Abgrenzung vorhanden ist, es sich um ländlich geprägte (Teil-)Räume innerhalb der Region handelt und diese zum Zeitpunkt der Untersuchung aktiv mit der Entwicklung und Umsetzung aktueller Projekte und Maßnahmen befasst ist. Diese Kriterien müssen alle Regionen gleichermaßen erfüllen. In einem zweiten Schritt soll die finale Auswahl eine gewisse Heterogenität der Regionen bewirken, um differenzierte Aussagen und insgesamt eine breite Aussagekraft innerhalb der getroffenen Vorauswahl (s. Stufe I) zu erreichen.

Da die Untersuchung ländlicher Räume im Fokus steht und die meist mehrere Landkreise umfassenden Gesundheitsregionen häufig auch urbane, dicht besiedelte (Teil-) Räume umfassen, sei an dieser Stelle hervorgehoben, dass der Beitrag des Konzepts Gesundheitsregion speziell für die ländlichen Teilräume untersucht wird.

Mithilfe dieses Kriteriensets wurden drei geeignete Fallstudienregionen aus der im Rahmen dieser Arbeit ermittelten Grundgesamtheit von 82 Gesundheitsregionen (Stand: Mai 2013) ausgewählt (siehe Abb. 28), die in den Kapiteln 6.1 bis 6.3 näher beschrieben werden. Mit Blick auf die Typen ländlicher Räume, konnten mit dieser Auswahl unterschiedliche ländliche Räumtypen (in Bezug auf Lage u. Siedlungsdichte) für die Befragung gewonnen werden, was im Hinblick auf die Aussagekraft und Übertragbarkeit der Untersuchungsergebnisse des GR-Konzepts positiven Einfluss hat.



Quelle: Eigene Darstellung; Kartengrundlage: BBSR 2012b, S. 47

Abb. 28: Lage und Landkreise der ausgewählten Fallbeispiele

5.3 Methodenset im Rahmen der empirischen Erhebung

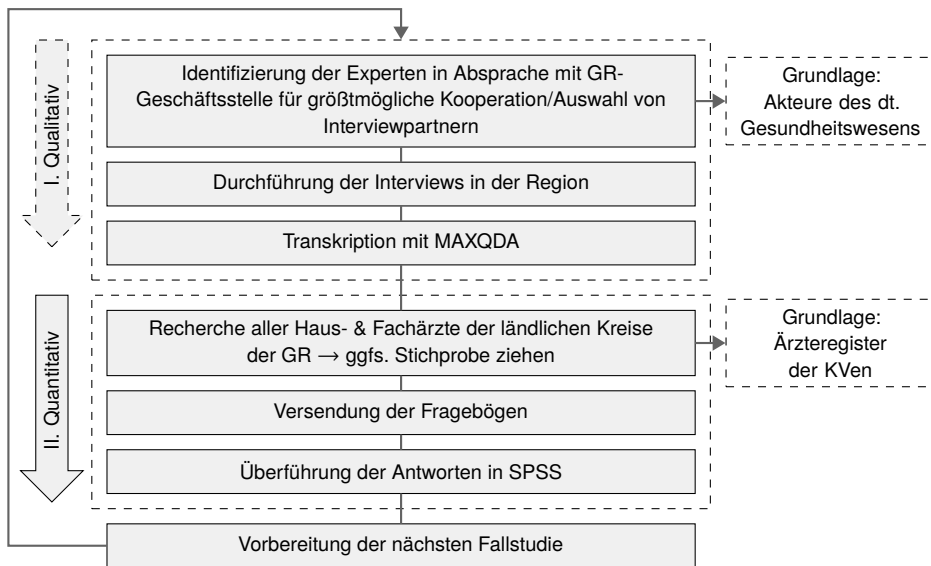
Die im Rahmen der Evaluation von versorgungsorientierten Gesundheitsregionen gewählte Methodentriangulation basiert neben der Primär- und Sekundärdatenrecherche und Literaturarbeit im Wesentlichen aus den leitfadengestützten Experteninterviews sowie einer quantitativen fragebogengestützten Erhebung. Einerseits sollen so methodischen Schwächen der jeweils verwendeten Methode kompensiert und andererseits zusätzliche Erkenntnismöglichkeiten genutzt werden (vgl. Lamnek 2005, S. 279). Dies erscheint in der vorliegenden Arbeit aus dem Grund sinnvoll, da die Sichtweisen und Einschätzungen von kommunalen oder politischen Körperschaften und Institutionen zur medizinischen Versorgungssicherung teils stark gegensätzlich geprägt sind. Somit wird einer zu stark einseitig eingefärbten Untersuchung entgegengewirkt. Ferner führt ein solches Vorgehen nach Lamnek 2005 zu differenzierteren theoretischen sowie praktischen Erkenntnissen, welche der Ergebnisvalidierung dieses noch recht neuen und weitgehend unerforschten Konzepts zugutekommt (siehe auch Flick 2007, S. 570; Kromrey 2009, S. 506).

Während die qualitative Methode der leitfadengestützten Experteninterviews das Wissen und die Einschätzungen von Personen in kommunalen und regionalen Institutionen und Körperschaften in Bezug auf das GR-Konzept erhebt, liegt der Schwerpunkt der quantitativen Datenerhebung auf den Einschätzungen von niedergelassenen Haus- und Fachärzten zur Gesundheitsregion.

Die Erhebung folgte wissenschaftstheoretisch sowie methodologisch den Regeln der qualitativ / quantitativ empirischen Sozialforschung und jeweils regionsspezifisch und in zwei Schritten (siehe Abb. 29).

Zunächst wurden in der ersten (qualitativen) Phase mithilfe der GR-Geschäftsstellen die Experten (siehe Kap. 5.3.1) identifiziert und angeschrieben. Daraufhin wurde eine Interviewroute erstellt und die Befragung vor Ort (i. d. R. bei der Arbeitsstelle des jeweiligen Experten) mithilfe des dafür entwickelten Leitfadens durchgeführt. Anschließend erfolgte die Transkription des aufgenommenen Gesprächsmaterials in üblichem Schriftdeutsch. Parallel zum letzten Schritt konnten – mit Unterstützung der jeweiligen KVen – die Empfänger der quantitativen Fragebögen ermittelt und der Versand vorbereitet und durchgeführt werden. Nach Rücklauf der Fragebögen wurden diese in SPSS (Version 22) eingepflegt. Dann folgten nach

demselben Schema die zweite und dritte Fallstudienregion. Diese beiden Methoden sollen nun nachfolgend kurz erläutert werden.



Quelle: Eigene Zusammenstellung und Darstellung

Abb. 29: Ablauf der Feldphase

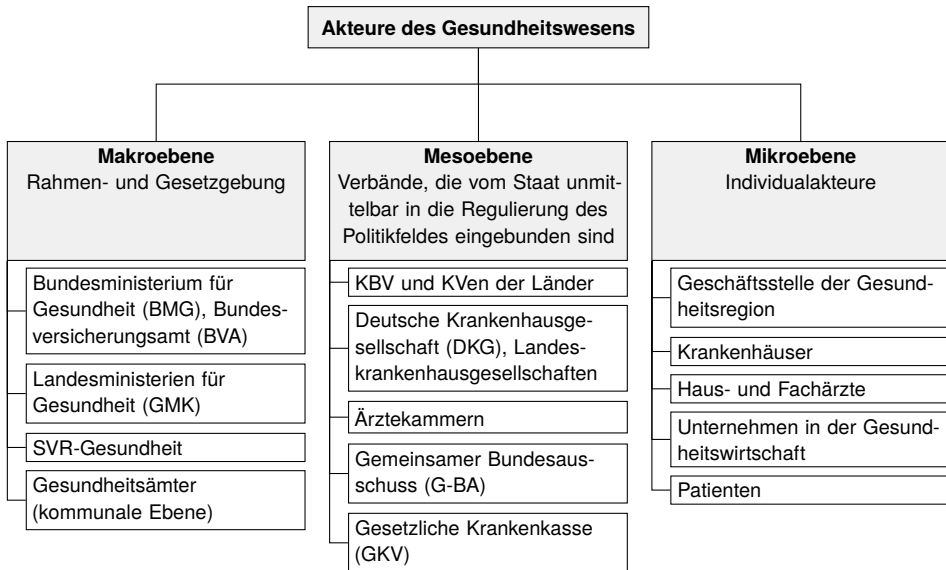
5.3.1 Leitfadengestützte Experteninterviews

Einen zentralen Bestandteil innerhalb der Evaluation und des Forschungsprojektes insgesamt stellen die leitfadengestützten Experteninterviews in den drei Fallstudienregionen dar. Es wurden insgesamt 31 Interviews mit 34 Gesprächspartnern geführt.

Auswahl der Interviewpartner und Expertenstatus

Die Interviewpartner wurden durch die Entscheidung, welches Expertenwissen Gegenstand der Untersuchung ist, ausgewählt und strukturiert. Dabei ist die zentrale Schwierigkeit, diejenigen Personen ausfindig zu machen, denen ein Expertenstatus zukommt (vgl. Przyborski u. Wohlrab-Sahr 2014, S. 134). Experten werden dabei als „[...] Personen, die über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“ (ebd.) definiert.

Auf Grundlage der Hauptakteure des deutschen Gesundheitswesens, wurden die Experten für diese Forschungsarbeit ausgewählt (siehe Abb. 30).



Quelle: Eigene Darstellung nach Gerlinger u. Noweski 2012

Abb. 30: Akteursebenen und ausgewählte Akteure des deutschen Gesundheitswesens

Im Rahmen der Befragung und der vorliegenden Akteursstruktur wurde versucht, ein möglichst breites Spektrum an Experten für ein Interview zu gewinnen. Auf der Makroebene sind insbesondere die Institutionen wie bspw. Gebietskörperschaften und ihnen nahen Institutionen (z. B. Bürgermeister, Landräte, Regionalmanagement-mitarbeiter etc.) wichtige Interviewpartner. Auf der Mesoebene wurden Krankenkassen, Bezirksdirektionen der KVen und Ärztekammern bzw. Arztverbände Niedergelassener als Interviewpartner angefragt. Schließlich wurden die Akteure auf der Mikroebene wie niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser, die Leistungsempfänger (Patienten) sowie Unternehmen mit Bezug zur Gesundheitswirtschaft und die Geschäftsstellen der Gesundheitsregionen untergliedern befragt.

Aufgrund der Tatsache, dass das Konzept Gesundheitsregion kommunale und regionale Entscheidungsträger mit Bezug zur regionalen Gesundheitsversorgung adressiert, wurde auf die Befragung der Leistungsempfängerseite (Patienten) verzichtet, um die Datenmenge handhabbar zu halten. Weiteren Forschungsbedarf gibt es demnach im Hinblick auf die

unmittelbaren Wirkungen auf den Patienten durch Implementierung und Realisierung der Maßnahmen und Projekte des Konzepts Gesundheitsregion. Die Frage könnte lauten: Wurden durch Maßnahmen und Projekte der Sicherstellung und Anpassung medizinischer Versorgungsangebote die Versorgungsqualität und die Erreichbarkeit für die Patienten verbessert?

Zur konkreten Identifizierung möglicher Gesprächspartner wurde vorab mit jedem der drei Leitungen oder stellvertretenden Leitungen der Gesundheitsregionen eine Liste an in der jeweiligen Region ansässigen und am Versorgungsgeschehen partizipierenden Personen/Institutionen oder mit der Organisation desselbigen abgestimmt. Es wurde folglich das Prinzip des Theoretical Sampling angewendet.²⁴ Diese wurden postalisch kontaktiert und im Rahmen der jeweiligen Feldphase anschließend Termine mit Ihnen vereinbart.

Die Auswertung des qualitativen Materials, welches in Form von Interviewtranskripten vorliegt, u. a. auch als sog. fixierte Kommunikation definiert, findet mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse (siehe Mayring 2008) statt. Dabei werden die Inhalte des Datenmaterials in ihrem sozialen Sinnzusammenhang interpretiert, wobei der Blickwinkel der Experten herausgearbeitet wird. Die qualitative Inhaltsanalyse verfolgt in diesem Kontext eine Interpretation, die intersubjektiv nachvollziehbar, überprüfbar und inhaltlich möglichst ausführlich ist (vgl. Bortz u. Döring 2006, S. 328 f.).

Erstellung des Interviewleitfadens

Im Hinblick auf das Zielsystem dieser Arbeit, orientiert sich der Interviewleitfaden an der Schlüsselthemenstruktur und „[. . .] die der Untersuchung zu Grunde liegende[n] Problemstellung [. . .]“ (Mayer 2013, S. 44). Das heißt, es wurde ein „Masterleitfaden“ (siehe Anhang) konzipiert, der alle Themenkomplexe abdeckt und aus dem im Hinblick auf die zu befragende Person jeweils die passenden Fragen ausgewählt wurden. Die Fragen sind dabei im Hinblick auf die Charakteristik qualitativer Interviews ausschließlich offen formuliert.

Vor der eigentlichen Befragung wurde ein Pretest durchgeführt, um eventuelle Missverständnisse durch unverständliche oder zu komplexe Fragen zu vermeiden. Der Pretest fand an zwei Terminen statt. Der erste Termin wurde mit einem niedergelassenen Arzt durchgeführt und der zweite mit einem

²⁴ Zur Repräsentativitätsproblematik sowie zu Verzerrungen im Rahmen des Theoretical Samplings siehe Lamnek 2005, S. 384 ff.

Vertreter einer Kassenärztlichen Vereinigung. Mögliche unberücksichtigte Themen konnten so mitaufgenommen und die praktische Durchführbarkeit der Befragung getestet und optimiert werden.

Der Logik der oben genannten Gliederung der Schlüsselthemen folgend, ist der Leitfaden für die qualitativen Interviews in insgesamt sieben Abschnitte gegliedert:

- A) Entstehungshistorie und Aufbau der Gesundheitsregion
- B) Stand der gesundheitlichen Versorgung und Entwicklungen & Rahmenbedingungen innerhalb der Gesundheitsregion
- C) Nachwuchsförderung/-gewinnung
- D) Akteursvernetzung/Kooperation und Delegation
- E) Integration von Telemedizin
- F) Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen
- G) Abschließende Gesamteinschätzung des GR-Konzepts. Die Abschnitte C–F greifen dabei die Schlüsselthemen gem. Kap. 5.1.1 auf.

5.3.2 Standardisierte Befragung

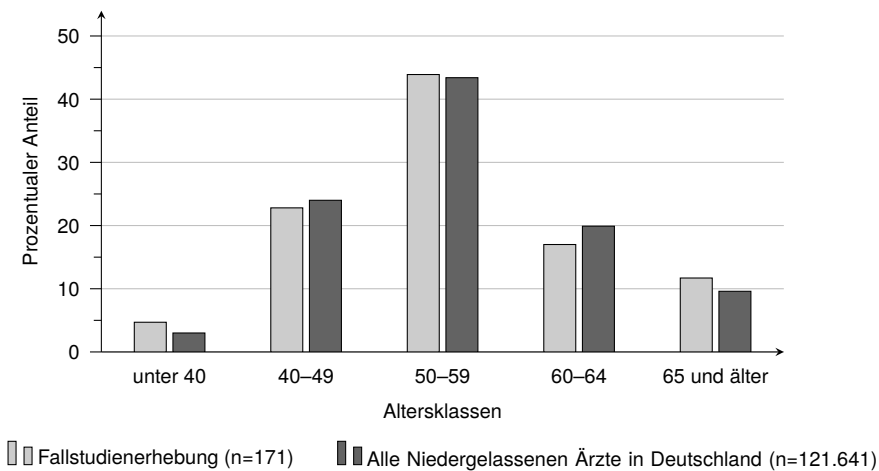
Die quantitative Erhebung wurde für jede Region jeweils nach den qualitativen Interviews durchgeführt. Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, wurden die Fragebögen inklusive frankiertem Antwortcouvert per Post verschickt. Eine Online-Befragung ist aufgrund vielfach nicht vorhandener (oder zugänglicher) Mailadressen der Ärzte ausgeschieden.

Die erste schriftliche Befragung (Gesundheitsregion Göttingen) fand von Oktober bis November 2013 statt. Von Januar bis Februar 2014 wurden die niedergelassenen Ärzte aus der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen befragt. Schließlich fand die schriftliche Befragung in Coburg von März bis April 2014 statt. Dabei wurden in allen drei Regionen die Adressdaten der niedergelassenen Ärzte entweder durch Anfrage bei der zuständigen Bezirksdirektion der KV oder direkt auf der KV-Homepage in der Arztsuche ermittelt. Sowohl in der GR Göttingen (275 Ärzte) als auch in der GR Coburg (177 Ärzte) wurden alle niedergelassenen Arztpraxen der jeweiligen ländlichen Räume angeschrieben. Aufgrund der erhöhten Kosten durch die Postvariante, konnte in der verhältnismäßig großen GR Sachsen nicht die Grundgesamtheit von rd. 1.700 Ärzten der vier ländlichen Kreise angeschrieben werden. Von dieser Grundgesamtheit wurde je Kreis eine Zufallsstichprobe von 25 Prozent der Ärzte gezogen (systematische

Zufallsstichprobe nach Reuber u. Pfaffenbach 2005, S. 55) und angeschrieben (Bautzen: 120; Görlitz: 103; Meißen: 104; Sächs. Schweiz: 98 → STP = 425 Ärzte).

Die Rücklaufquoten liegen bei 23 Prozent (GR Göttingen, $n=62$), 21 Prozent (GR Sachsen, $n=91$) und 15 Prozent (GR Coburg, $n=25$). Das Ergebnis des Rücklaufs ist mit Ausnahme der GR Coburg als moderat erfolgreich zu werten, allerdings ist die Anzahl der Antworten in allen drei Regionen zu gering, als dass man von einer allgemeinen Repräsentanz der Stichproben ausgehen kann. Ziel des quantitativen Ansatzes ist es allerdings auch nicht, eine repräsentative Umfrage niedergelassener Ärzte in ländlichen Räumen durchzuführen, sondern vielmehr die qualitativen Aussagen der Experten mithilfe des quantitativen Ansatzes zu stützen bzw. ggfs. zu entkräften. Dies ist mit den jeweiligen Rücklaufquoten gegeben. Außerdem kann so die aktuelle Einschätzung des Problemdrucks von der Leistungserbringungsseite ermittelt werden.

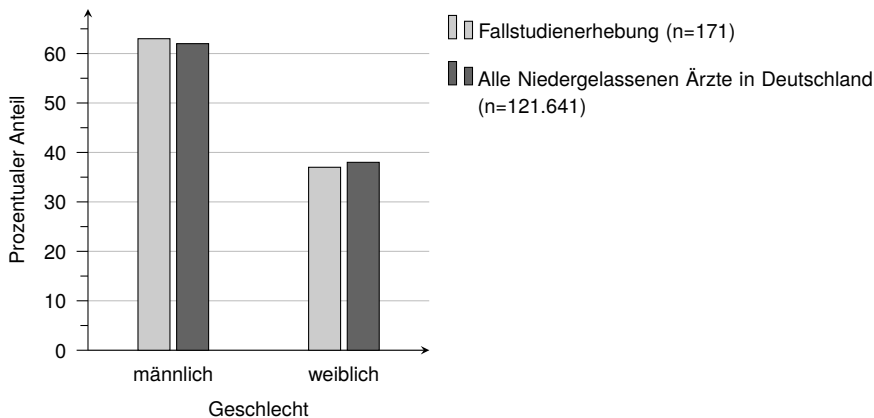
Die Altersverteilung der Gesamt-STP (Summe aller Fallstudien) zeichnet ein relativ exaktes Abbild der niedergelassenen Ärzte in Deutschland nach (siehe Abb. 31).



Quelle: Eigene Darstellung; Datengrundlage: Eigene Erhebung und Ärztestatistik der BÄK vom 31.12.14

Abb. 31: Altersverteilung der niedergelassenen Ärzte aller drei GR

Auch die Geschlechterverteilung des Gesamtsamples liegt gleichauf mit der bundesweiten Verteilung (siehe Abb. 32).



Quelle: Eigene Darstellung; Datengrundlage: Eigene Erhebung und Ärztestatistik der BÄK vom 31.12.14

Abb. 32: Geschlechterverteilung der niedergelassenen Ärzte aller drei GR

Lediglich bei dem Verhältnis von niedergelassenen Hausärzten zu Fachärzten (ohne Allgemeinmedizin) weicht die Gesamt-STP relativ deutlich vom bundesweiten Verhältnis ab. Während die drei Fallstudien in Summe ein 50 zu 50-Verhältnis aufweisen, gibt es in Deutschland mit 88.583 Fachärzten (ca. 73 Prozent) insgesamt deutlich mehr Fachärzte als Haus- und Allgemeinmediziner (33.058; ca. 27 Prozent).

Gründe für die Nichtteilnahme an der Befragung sind u. a. wenig Zeit, hohe Frustration und viele Befragungen. Insgesamt liegt mit $n=178$ ein relativ kleines Gesamtsample vor, welches dennoch Ergebnisse der qualitativen Erhebung in der Tendenz zu stützen bzw. zu hinterfragen vermag. Im Rahmen der jeweiligen regionalen Auswertungen der quantitativen Befragung muss lediglich die Aussagekraft des relativ kleinen Coburger Samples mit $n=25$ mit Vorsicht betrachtet werden. Hier können Verzerrungen weniger sicher ausgeschlossen werden, als in den beiden anderen GR.

5.3.3 Auswertung der Datenerhebung und Ergebnisdarstellung

Die Auswertung der erhobenen Daten in den drei Fallstudienregionen orientiert sich vor dem Hintergrund des beschriebenen Ablaufschemas (siehe Abb. 29) im Schwerpunkt an Schlüsselthemen sowie den vorangestellten Themenbereichen (siehe Tab. 3). Zunächst werden die qualitativen Experteninterviews in Analogie zu dem entwickelten Kriterienset

schlüsselthemenspezifisch ausgewertet und daran anschließend gemäß der dieser Arbeit zugrundeliegenden Zielstellung interpretativ ausgewertet. Dies geschieht unter Zuhilfenahme der qualitativen Datenanalysesoftware MaxQDA (Version 11). Dabei wurden die erstellten Transkripte gemäß den Interviewzeitpunkten fortlaufend nummeriert und in einem ersten Schritt explorativ als auch gemäß der Schlüsselthemenstruktur umfangreich kodiert. In einem zweiten Schritt konnte das anhand des so entstandenen Kodierleitfadens strukturierte Interviewmaterial paraphrasiert, zusammengefasst und anschließend textlich dargestellt werden. Darüber hinaus erfolgte die Auswertung der schriftlichen Befragung der Haus- und Fachärzte mittels SPSS (Version 22).

Durch die Wahl dieses Forschungsdesigns wird einerseits ermöglicht, Erkenntnisse und Aussagen über jede der drei Fallstudienregionen auf der Grundlage der quantitativen und qualitativen Datenerhebung zu treffen. Andererseits können nach synthetischer Verbindung der Ergebnisse beider Erhebungsmethoden Empfehlungen für andere Regionen mit ähnlichem Handlungsdruck bzw. einer ähnlichen Problemlage abgeleitet werden.

6 Kurzportraits der Fallstudien

6.1 Gesundheitsregion Göttingen – Regionsprofil



Quelle: Eigene Darstellung. Kartengrundlage: DLM1000 © GeoBasis-DE / BKG 2015

Abb. 33: Lage und Landkreise der Gesundheitsregion Göttingen

Die Gesundheitsregion Göttingen besteht aus den Landkreisen Göttingen, Osterode am Harz sowie Northeim und liegt am südlichen Ende des Bundeslandes Niedersachsen (siehe Abb. 33). Sie grenzt im Süden an den Kreis Kassel in Hessen und den Werra-Meißner-Kreis in Thüringen sowie im Osten an den Kreis Höxter in NRW und im Norden und Nordwesten an die niedersächsischen Kreise Holzminden, Hildesheim und Goslar. Wirtschaftliches und bevölkerungsmäßiges Zentrum ist das Oberzentrum und die Universitätsstadt Göttingen im gleichnamigen Landkreis. Es gibt außerdem mit Hannoversch Münden und Duderstadt zwei Mittelzentren sowie neun Standorte mit grundzentralen Funktionen (vgl. LROP 2008 für Niedersachsen und RROP 2010 für LK Göttingen). Im Landkreis Northeim befinden sich die vier Mittelzentren Bad Gandersheim, Einbeck, Northeim und Uslar. Darüber hinaus gibt es zehn Grundzentren und Ortsteile mit grundzentralen Funktionen (vgl. RROP 2006 für LK Northeim). Der im Norden bzw. nordöstlichen Teil der Region gelegene Landkreis Osterode am Harz verortet als Mittelzentrum lediglich Osterode am Harz sowie sechs Grundzentren (vgl. RROP 1998 für LK Osterode). Verkehrstechnisch liegt die Gesundheitsregion an der Schnittstelle der Autobahnen A7 und A38 und somit in der geographischen Mitte der Bundesrepublik Deutschland.

Tab. 4: Sozioökonomische und -demographische Regionalkennziffern der GR Göttingen

Regionalkennziffer	LK Göttingen	LK Northeim	LK Osterode
Fläche in km ²	1.117	1.267	636
Anteil der Siedlungs- und Verkehrsfläche in %	14,5	11,5	10,7
BIP pro Kopf in Euro 2012	30.635	24.229	29.256
Einwohner 2012	247.988	135.418	75.245
Prognose Entwicklung Einwohner 2009–2030	–8,4	–14,3	–18,4
Einwohner je km ²	222	107	118
Anteil der unter 18-Jährigen in % 2011	15,2	16	14,9
Anteil der 18- bis 24-Jährigen in % 2011	9,8	7,4	6,8
Anteil der 25- bis 44-Jährigen in % 2011	26,8	22,1	21,3
Anteil der 45- bis 64-Jährigen in % 2011	29	30,7	30,2
Anteil der 65-Jährigen und älter in % in 2011	19,2	23,8	26,8
Anteil der Hochbetagten (75 Jahre u. älter) in % 2011	9,4	11,7	13,2
Gesamtwanderungssaldo je 1.000 Einwohner in % 2012	2,5	–1,5	–3,1
Natürlicher Saldo je 1.000 Einwohner in % 2012	–2,8	–6,7	–9,3
Schulabgänger mit Allgemeiner Hochschulreife in % 2012	42,9	32,9	27,2
Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss in % 2012	4,1	6	5,6
Arbeitslosenquote in % der Erwerbspersonen 2012	6,1	7,1	8,7
Arbeitslosenquote in % der unter 25-Jährigen Erwerbspersonen 2012	4,5	7,1	8,2
Durchschn. PKW-Fahrzeit zum nächsten Mittel- oder Oberzentrum in Minuten 2012	9	7	14
Durchschn. PKW-Fahrzeit zum nächsten Oberzentrum in Minuten 2012	17	31	46

Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen 2012 u. 2014

Mit einer Fläche von 1.117 km² und einer Einwohnerzahl von rd. 248.000 (inkl. Göttingen Stadt) liegt die Siedlungsdichte des Landkreises Göttingen bei 222 Einwohnern pro km² (siehe Tab. 4). Nach den siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBSR (2012b) handelt es sich um einen städtischen Kreis.²⁵ Mit Blick auf den Anteil der Siedlungs- und Verkehrsfläche von 14,5 Prozent wird der eher städtische Charakter des Kreises mit seinem zentral gelegenen Oberzentrum gegenüber Northeim (11,5 Prozent) und Osterode (10,7 Prozent) unterstrichen. Aufgrund der geringen Siedlungsdichte von nur 107 Einwohnern pro km² und einer insgesamt ländlichen Raumstruktur (siehe Anteil Siedlungs- u. Verkehrsfläche) zählt der Landkreis Northeim zu den „dünn besiedelten ländlichen Kreisen“. Damit unterscheidet er sich

²⁵ Mehr Informationen zur Typisierung der siedlungsstrukturellen Kreistypen siehe Raumabgrenzungen und Raumtypen des BBSR (2012b), S. 50 ff.

insofern siedlungsstrukturell vom Landkreis Osterode, als dass dieser mit 118 Einwohnern pro km² und vergleichbar geringer Verkehrs- und Siedlungsfläche zu den „ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen“ zählt, wenngleich beide damit gemäß BBSR (2012b) zum ländlichen Raum zählen.

Der Kreis Göttingen ist tendenziell „jünger“ als die beiden anderen Kreise, betrachtet man die Anteile der entsprechenden Altersgruppen. So sind die Anteile der 18- bis 24-Jährigen (rd. 10 Prozent) sowie insbesondere der 25- bis 44-Jährigen (rd. 27 Prozent) höher, was mitunter durch den Status Universitätsstadt der Kreisstadt Göttingen (rd. 20 Prozent Studierende) und durch die Arbeitsmarktsituation im Oberzentrum bedingt ist. Bei der Altersstruktur der beiden ländlichen Kreise sind tendenziell nicht nur weniger jüngere Einwohner im Erwerbsalter (exkl. 45- bis 64-Jähriger), sondern auch die Anteile der „65-Jährigen und älter“ sowie der „Hochbetagten“ sind ungünstiger (ergo höher). Dabei schneidet Osterode hier jeweils noch etwas „schlechter“ (=geringere Anteile bei den Jüngeren und höhere Anteile bei den 65-Jährigen und älter) ab als Northeim. Dem bundesdeutschen Trend der Bevölkerungsschrumpfung folgend, stehen die Geburtenzahlen in der gesamten Gesundheitsregion in negativem Verhältnis zu den Sterbezahlen, allerdings in Northeim und Osterode nochmals deutlich negativer (siehe Natürlicher Saldo je 1.000 EW, Tab. 4). Bei den Wanderungen ist zu konstatieren, dass Göttingen eine Zuzugsregion ist (+2,5 Prozent je 1.000 EW), während die beiden ländlichen Kreise hingegen Einwohner durch Fortzüge verlieren.

Insgesamt wird die Gesundheitsregion Göttingen bis 2030 überdurchschnittlich hohe Bevölkerungsverluste zu verzeichnen haben, insbesondere Northeim (–14,3 Prozent) und Osterode (–18,4 Prozent). Man kann folglich grob eine Zweiteilung der Gesundheitsregion vornehmen; einerseits die vom demografischen Wandel stark betroffenen ländlichen Kreise (Northeim und Osterode) und andererseits den Zuzugsraum und dynamischen Landkreis Göttingen (siehe Abb. 33).

Dies zeigt sich auch in der Typisierung des BBSR in wachsende und schrumpfende Kreise. Der Kreis Northeim und der Kreis Osterode werden als schrumpfend charakterisiert, während Göttingen zu den stabilen Landkreisen zählt.²⁶ Eine Zuordnung zu einem der o. g. Typen lässt Rückschlüsse auf den Einfluss struktureller Defizite auf die jeweilige Kreisentwicklung

²⁶ Die Einteilung in schrumpfend oder wachsend bemisst sich dabei an sechs sozio-ökonomischen bzw. soziodemografischen Indikatoren. Für nähere Informationen zur Klassifizierung siehe BBSR 2012b, S. 56.

zu (vgl. BBSR 2012b, S. 56). Dies ist für eine grobe Einordnung der Kreise hilfreich, wenngleich der Blick dieser Typisierung auf Gemeindeebene in der Regel ein erheblich heterogenes Bild der Region mit schrumpfenden, stabilen und wachsenden Gebieten skizziert. Entsprechend gilt bei dieser auf Kreisebene aggregierten Typisierung besondere Sorgfalt bzw. Wahrung der Verhältnismäßigkeit bezüglich darauf beruhender Aussagen. Es bleibt allerdings festzuhalten, dass die beiden ländlichen Kreise der Gesundheitsregion insgesamt eine geringere Entwicklungsdynamik aufweisen.

Ein wichtiger Standortfaktor der Region und der Kreisstadt Göttingen ist das Universitätsklinikum, das als Maximalversorger eine erhebliche Rolle (auch jenseits der administrativen Gesundheitsregionsgrenzen) sowohl für die (vorrangig) stationär-medizinische Versorgung als auch für den regionalen Arbeitsmarkt spielt. Insgesamt liegt ein starker Fokus innerhalb der GR auf der Stadt Göttingen was die Ausbildungs-, Berufs-, Einkaufs- und kulturelle Infrastruktur angeht.

6.1.1 Konzept, Ziele und Projekte

Tab. 5: Kurzprofil des Konzepts Gesundheitsregion Göttingen

Kurzbeschreibung	
Zweck des Vereins Gesundheitsregion Göttingen e. V. ist die Förderung der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Region Göttingen. Dies soll erreicht werden durch Entwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung hinsichtlich der demographischen Veränderungen, durch Unterstützung des Informations- und Erfahrungsaustauschs zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung sowie durch Förderung der Aus- und Weiterbildung in der Region.	
Räumliche Abgrenzung	Kernraum bilden die Stadt Göttingen sowie die Landkreise Göttingen, Northeim und Osterode am Harz
Gründungsjahr	2010
Finanzierung	Der Verein finanziert sich aus Mitgliedsbeiträgen, Spenden und Zuwendungen
Träger und organisatorische Struktur	Gesundheitsregion Göttingen e. V. Vorstand bestehend aus acht Mitgliedern, Geschäftsstelle der GR ist in die GWG Gesellschaft für Wirtschaftsförderung und Stadtentwicklung Göttingen mbH integriert und wird durch eine Netzwerkkordinatorin geleitet
Themenfokus	Die Mitglieder der Gesundheitsregion Göttingen e.V. haben derzeit die folgenden Themengruppen gebildet: – Themengruppe Prävention – Themengruppe Pflege/Versorgungskonzepte – Themengruppe Aus- und Weiterbildung Diese erarbeiten jeweils konkrete Projekte. Außerdem gibt es eine Veranstaltungsreihe, das „Gesundheitsforum“ der Gesundheitsregion Göttingen, bei der aktuelle Themen behandelt werden und die sowohl Mitgliedern als auch Interessierten offen steht.
Mitgliederstruktur	105 Mitglieder (Stand: 09.05.2016, Desktop-Recherche), unterteilt in „Ärzte und Therapeuten“, „Ausbildung und Beruf“, „Dienstleistungen“, „Kommune“, „Krankenhäuser“, „Senioreneinrichtung“, „Verbände“ und „Vereine“

Quelle: Eigene Darstellung nach Gesundheitsregion Göttingen e. V. o. J.

Inhaltliche Schwerpunkte der Gesundheitsregion Göttingen sind Themen zur Prävention, Senioren und Aus- und Weiterbildung (siehe Tab. 5). Dabei wird die Bevölkerungsentwicklung der Region als Treiber und mitursächlicher Problemschwerpunkt identifiziert. Auf der Webpräsenz heißt es dazu: „Besonders im Hinblick auf den demografischen Wandel und die rückläufigen Bevölkerungszahlen ist das fachkundige Handeln in diesem Bereich notwendig. Die Einwohner der Region sollen nachhaltig zum Thema Gesundheit informiert und unterstützt werden“ (Gesundheitsregion Göttingen e. V., o. J.). Im Folgenden sollen die Projekte der Kernthemen (siehe „Themenfokus“ in Tab. 5) schlaglichtartig vorgestellt werden:

Themengruppe Prävention

„Wir verfolgen den Gedanken der Prävention mit dem Ziel, Menschen aller Altersklassen zu motivieren, aus eigenem Antrieb heraus, vorbeugend und nachhaltig, für ihre seelische, geistige, körperliche und soziale Gesundheit zu sorgen“ (ebd.).

Zielgruppen für diesen Themenbereich sind Kinder und Jugendliche/ Schüler sowie Personen, die sich im Berufsleben befinden (vgl. ebd.). Auch hier ist ein Projekt initiiert worden, welches den Titel „Auswirkungen der neuen Medien auf unsere physische, psychische und soziale Gesundheit“ trägt und eine Laufzeit von rd. einem Jahr hatte. Ziel des Projekts war es, die Herausforderungen im angemessenen Umgang mit Internet, Smartphone, Tablet und Co. unter diversen Fragestellungen zu identifizieren.

Themengruppe Pflege/Versorgungskonzepte

- Prävention im Alter
- Soziale Netzwerke im Alter
- Sicherstellung der medizinischen Versorgung und Pflege
- Selbstbestimmtes Wohnen im Alter
- Handlungsfeld Demenz

In dem vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration geförderten Projekt „Einsamkeit und Ehrenamt im Alter – an der Schnittstelle zwischen Arbeitsleben und Ruhestand“ ging es (in einem nicht näher spezifizierten Projektzeitraum) um die Frage, „[. . .] ob der Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand Gefahren der Vereinsamung birgt und wie man diesen begegnen könnte“ (Gesundheitsregion Göttingen e. V., o. J.). Hierbei ging es überwiegend um soziale Netzwerke im Alter (s. o.).

Themengruppe Aus- und Weiterbildung

- Fokus ist das Image und Marketing von Gesundheitsberufen in der Gesundheitsregion zu untersuchen und zu forcieren sowie dem allgemeinen Fachkräftemangel in der Region zu begegnen.

Bereits umgesetzte Projekte sind

- die Erarbeitung eines gemeinsamen Flyers/Katasters über die Ausbildungsangebote/-anbieter,

- die Durchführung von drei Pflegebörsen in Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit,
- eine gemeinsame Pflegeinitiative mit der Stadt und dem Landkreis Göttingen
- das Projekt „Zukunft Altenpflege“, welches mit der VHS durchgeführt wurde und
- 1. und 2. Interkulturelle Ausbildungsmesse in Göttingen, 2014 und 2015 „Markt der Berufe“.

Aktuell werden laut des Internetauftritts drei Projekte bearbeitet (Stand März 2016). Diese sind:

- interkulturelle Ausbildungsmesse in der DITIB Gemeinde in Göttingen,
- Pflegebörse in Kooperation mit der Agentur für Arbeit Göttingen und
- regionales Fachkräftebündnis.

Zusammenfassend wird ein breites Spektrum an Maßnahmen und Projekten zur Ergänzung der Versorgungssicherung initiiert und durchgeführt. Erkennbar wird hierbei der interdisziplinäre Charakter und das Suchen, Aktivieren und Kooperieren von und mit Akteuren im Gesundheitswesen und angrenzenden Bereichen.

6.1.2 Medizinische Versorgungssituation

Die Betrachtung ausgewählter Indikatoren zur Gesundheitsversorgung in der Region soll einen Überblick und eine relative Vergleichbarkeit zu den anderen Regionen liefern. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass es sich lediglich um bedingt aussagefähige Kennzahlen handelt, da z. B. bei der Arzt-Einwohner-Dichte Verteilungsdisparitäten innerhalb größerer Gebietseinheiten nicht dargestellt werden. Auch nach der Verabschiedung des sog. Landarztgesetzes werden kleinräumige Versorgungslücken immer noch nicht adäquat abgebildet (siehe hierzu Bertelsmann Stiftung 2014, SVR Gesundheit 2009 u. 2014).

Stationäre Versorgung

Schaut man sich gemäß Tabelle 6 die Anzahl der Krankenhäuser in der Region an, so ist erkennbar, dass Göttingen mit acht Allgemeinhäusern sowie einem Universitätsklinikum und einer Bettendichte von 11,6 je 1.000 EW sowohl erheblich über dem Bundesdurchschnitt (BRD: 6,1 je 1.000

EW) als auch innerhalb der GR Göttingen weit vor den anderen beiden Landkreisen liegt. Insgesamt ist Göttingen in der stationär-medizinischen Versorgung gut aufgestellt, was nicht zuletzt auch an der Universitätsklinik in Göttingen liegt. Hier wird von der Grundversorgung bis zur hochspezialisierten Medizin die gesamte Bandbreite der stationären – und mit einem MVZ der ambulanten – Versorgung angeboten. Auch ein Blick auf das Erreichbarkeitsmodell des BBSR im Raumordnungsbericht zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung bestätigt der Region eine gute bis sehr gute Erreichbarkeit stationärer Grundversorgung (vgl. BBSR 2012a, S. 49). Lediglich ein kleines Gebiet im Südosten des Landkreises Osterode benötigt mehr als 20 Minuten mit dem PKW, um ein Krankenhaus aufzusuchen. Der überwiegende Teil der Region benötigt unter 20 Minuten, häufig sogar nur 5–10 Minuten PKW-Fahrzeit.

Tab. 6: Indikatoren der stationär-medizinischen Versorgungssituation in der GR Göttingen

Indikator	LK Göttingen	LK Northeim	LK Osterode
Allgemein-/Plankrankenhäuser	8 + 1 (Unikl.)	3	4
Krankenhausbetten	2.868	469	395
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner	11,6	3,5	5,2

Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familien, Gesundheit und Integration 2013

Hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung

Die ambulant-medizinische Versorgung sieht für die GR Göttingen in der Statistik ebenfalls unproblematisch aus, muss allerdings differenziert betrachtet werden, da die vielfach zitierten zu großen Raumzuschnitte der Bedarfsplanung teilräumliche Lücken nicht oder nur unzureichend darstellen. Vor Verabschiedung und Inkrafttreten des Landarztgesetzes waren die räumlichen Planungsbereiche für Hausärzte und Fachärzte Kreisfreie Städte, Landkreise oder Kreisregionen. Nun versucht man in der hausärztlichen Bedarfsplanung durch kleinräumigere Gebietszuschnitte – sog. Mittelbereiche – (und weitere Faktoren, siehe hierzu die neue Bedarfsplanungsrichtlinie) den tatsächlichen Bedarf besser abzubilden.

Die drei Landkreise die vor dem Landarztgesetz gleichzeitig die drei Planungsbereiche darstellten, wurden hierzu in acht Planungsbereiche unterteilt. Rein statistisch hat sich dadurch jedoch kein Gebiet herauskristal-

liert, in welchem aktuell oder zukünftig (lt. Bedarfsplanung der KVN) eine Unterversorgung vorhanden ist oder droht – weder in der hausärztlichen noch in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (siehe Bedarfsplan Niedersachsen Fortschreibung 01/2014). Tabelle 7 weist aus, dass der Versorgungsgrad in der hausärztlichen Versorgung mit Ausnahme zweier Mittelbereiche in der GR Göttingen gut bzw. überwiegend überversorgt – also für weitere Niederlassungen gesperrt – ist. In den Mittelbereichen Duderstadt und Osterode am Harz ist der Planungsbereich offen (fett markiert), sodass Hausarztniederlassungen möglich sind.

Tab. 7: Hausärztlicher Versorgungsgrad²⁷ in der GR Göttingen, Stand 30.11.2013

	Planungsbereich	Versorgungsgrad
LK Göttingen	Göttingen	128,9
	Duderstadt	105,9
	Hann. Münden	111,9
LK Northeim	Northeim	126,6
	Einbeck	129,4
	Bad Gandersheim	129,9
	Uslar	136,7
LK Osterode am Harz	Osterode am Harz	107,3

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN 2014, Anlage 2.2 des Bedarfsplans Niedersachsen 2014

Auch die allgemeine fachärztliche Versorgung (siehe Tab. 8) weist statistisch keine Mangelsituation aus. Lediglich drei Planungsbereiche sind offen (fett markiert), was freilich – wie oben in der hausärztlichen Versorgung – nicht automatisch als Mangel interpretiert werden kann. Selbst in den ländlich geprägten Kreisen finden sich teilweise sehr hohe Versorgungsgrade, z. B. bei Kinderärzten in Osterode mit 174 oder bei Chirurgen in Northeim mit rd. 247. Auf der Grundlage der o. g. statistischen Daten weist die medizinische Versorgungssituation in der GR Göttingen aktuell keine Versorgungsgpässe auf. Ob und inwieweit dies durch die Einschätzungen

²⁷ Erläuterung zum Versorgungsgrad: Bei einem Versorgungsgrad von 100 v. H. sind laut BPLRL so viele Ärzte zugelassen, wie zur Deckung des Versorgungsbedarfs benötigt werden. Bei einem Versorgungsgrad von 110 v. H. und höher wird von einem überversorgten Planungsbereich gesprochen, sodass der Planungsbereich für die Arztgruppe grds. für weitere Niederlassungen gesperrt wird. Ab einem Versorgungsgrad von 75 v. H. und darunter (bei Hausärzten) und von 50 v. H. und darunter (bei Fachärzten) geht man von Unterversorgung bzw. einer drohenden Unterversorgung aus. Zur weiteren Vertiefung siehe die BPL-RL des G-BA

der interviewten Experten sowie die schriftliche Befragung bestätigt wird, veranschaulichen die Ausführungen in Kapitel 7.

Tab. 8: Allgemeiner fachärztlicher Versorgungsgrad der GR Göttingen

Arztgruppe	Versorgungsgrad im Planungsbereich		
	Göttingen	Northeim	Osterode am Harz
Augenarzt	159,5	126,2	153,0
Chirurgen	235,4	247,3	121,8
Frauenärzte	162,7	143,4	113,9
HNO-Ärzte	192,8	104,6	137,3
Hautärzte	190,8	133,3	115,0
Kinderärzte	139,4	120,3	174,0
Nervenärzte	213,2	119,8	139,9
Orthopäden	129,8	123,7	103,1
Psychotherapeuten	414,0	152,9	105,5
Urologen	152,9	114,9	126,3

Quelle: Eigene Darstellung nach KVN 2014, Anlage 2.2 des Bedarfsplans Niedersachsen 2014

6.2 Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen – Regionsprofil



Quelle: Eigene Darstellung. Kartengrundlage: DLM1000 © GeoBasis-DE / BKG 2015

Abb. 34: Lage und Landkreise der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen

Die GR Sachsen erstreckt sich über Ostsachsen mit den Landkreisen Meißen, Bautzen, Görlitz, Sächsische Schweiz sowie die Landeshauptstadt Dresden (siehe Abb. 34). Im Norden grenzt sie dabei an die brandenburgischen Kreise Elbe-Elster, Oberspreewald-Lausitz und Spree-Neiße, im Osten an Polen, im Süden an die Tschechische Republik und im Westen an die sächsischen Kreise Mittelsachsen und Nordsachsen. Gemäß des Landesentwicklungsplans (LEP) 2013 befinden sich mit Dresden, Hoyerswerda, Bautzen und Görlitz vier Oberzentren, von denen die Landeshauptstadt Dresden als großer Verdichtungsraum eine herausragende Rolle im Hinblick auf die Entwicklungsdynamik der Region Ostsachsen spielt. Das Staatsministerium für Inneres des Freistaates Sachsen weist in seinem LEP ferner 14 Mittelzentren aus. In Meißen sind dies Riesa, Großenhain, Meißen, Coswig und Radebeul. In Bautzen sind es Radeberg und Kamenz. Der Landkreis Görlitz verortet mit Weißwasser, Niesky, Löbau und Zittau vier Mittelzentren und in der Sächsischen Schweiz befinden sich die Orte Pirna, Dippoldiswalde und Freital mit mittelzentralen Funktionen (siehe Abb. 34 u. LEP 2013).

Mit Blick auf die Bevölkerungsentwicklung in Ostsachsen kommt der Sicherung der Zentralen Orte eine wichtige Rolle in Bezug auf die zu versorgenden ländlichen Räume zu. Eine der Hauptaussagen des LEP 2013 ist demzufolge das klare Bekenntnis zu zentralörtlichen Kristallisationskernen (vgl. Sächsisches Staatsministerium des Innern 2013, S. 32).

Die Verkehrsinfrastruktur der GR Sachsen ist mit wichtigen nationalen sowie europäischen Autobahnen ausgestattet. Neben der Europastraße 40 (E40), die in Ostsachsen als A44 und A4 in Ost-West-Richtung verläuft, kreuzen sich diese mit den in Nord-Süd-Richtung verlaufenden Autobahnen A13 und A17 und stellen damit bedeutende Verkehrsachsen dar.

Tab. 9: Sozioökonomische und -demographische Regionalkennziffern der Sachsen

Regionalkennziffer	Dresden	LK Bautzen	LK Görlitz	LK Meißen	LK Sächsische Schweiz
Fläche in km ²	328	2.391	2.106	1.452	1.654
Anteil der Siedlungs- und Verkehrsfläche in %	40,4	10	11,2	10,9	9,2
BIP pro Kopf in Euro 2011	28.816	20.551	20.920	21.712	17.666
Einwohner 2012	525.105	310.898	264.673	244.717	245.927
Prognose Entwicklung Einwohner 2009-2030	1,8	-20,7	-23,8	-13,9	-9,9
Einwohner je km ²	1.599	130	126	168	149
Anteil der unter 18-Jährigen in % 2011	14,2	13,9	13,3	13,9	14,2
Anteil der 18- bis 24-Jährigen in % 2011	10	6,1	6,1	6	6,1
Anteil der 25- bis 44-Jährigen in % 2011	30	23,2	21,6	23,5	23,4
Anteil der 45- bis 64-Jährigen in % 2011	24,2	31,9	32,3	31,5	31
Anteil der über 65-Jährigen in % in 2011	21,7	24,8	26,7	25,2	25,2
Anteil der Hochbetagten (75 Jahre u. mehr) in % 2011	10	11,8	12,9	11,9	11,7
Gesamtwanderungssaldo je 1.000 Einwohner in % 2012	11,3	-4	-4,3	-1,7	2,6
Natürlicher Saldo je 1.000 Einwohner in % 2012	1,8	-4,7	-7,5	-4,5	-4,1
Schulabgänger mit Allgemeiner Hochschulreife in % 2012	38	27,3	24	25,8	25,5
Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss in % 2012	8,5	9,9	11,9	9	9,2
Arbeitslosenquote in % der Erwerbspersonen 2012	9,1	9,9	12,7	9,3	8,9
Arbeitslosenquote in % der unter 25-Jährigen Erwerbspersonen 2012	7,9	7,6	9,1	8,4	8,1
Durchschn. PKW-Fahrzeit zum nächsten Mittel- oder Oberzentrum in Minuten 2012	0	13	11	10	16
Durchschn. PKW-Fahrzeit zum nächsten Oberzentrum in Minuten 2012	0	18	31	41	36

Quelle: Eigene Darstellung nach Carus Consilium Sachsen GmbH o. J.

Die Region ist mit Ausnahme des Verdichtungsraums Dresden ländlich geprägt. Die Landkreise Bautzen, Meißen und Sächsische Schweiz sind siedlungsstrukturell als ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen typisiert. Görlitz als östlichster Teilraum gilt nach dem BBSR als dünn besiedelter ländlicher Kreis. Die jeweiligen Anteile der Siedlungs- und Verkehrsfläche dieser vier Kreise mit 9,2 Prozent bis 11,2 Prozent und Einwohnerdichten zwischen 126 und 168 Einwohnern pro km² untermauern den ländlichen Charakter dieser Region.

Wie auch in der GR Göttingen sind in der GR Sachsen die Anteile der 18–24-Jährigen (bis zu 3,9 Prozent geringer) sowie der 25–44-Jährigen (bis zu 8,4 Prozent geringer) in den ländlichen Kreisen teilweise deutlich geringer, als im urbanen Zentrum Dresden (siehe Tab. 9). Ebenfalls beträgt der Unterschied des Anteils der über 65-Jährigen zwischen Dresden und den ländlichen Kreisen bis zu 5 Prozent, wenngleich der Anteil der Hochbetagten zwischen urbanem Zentrum und ländlichem Raum mit bis zu 2,9 Prozent Differenz nicht ganz so deutlich ausfällt. Bezüglich der Altersstruktur ist auch in dieser Gesundheitsregion eine tendenziell ungünstigere Altersgruppenverteilung zu Ungunsten der ländlichen Kreise zu konstatieren.

Entwicklungsdynamisch hemmend wirken zudem die bis auf den Kreis Sächsische Schweiz negativen Wanderungssaldi der ländlichen Kreise sowie der jeweiligen natürlichen Wanderungssaldi, die in allen vier ruralen Landkreisen negativ ausfallen. Die Bevölkerungsprognose bis 2030 reiht sich in diesen ungünstigen Entwicklungstrend mit Werten von –20,7 Prozent in Bautzen und –23,8 Prozent in Görlitz ein.

Unter Einbezug weiterer Strukturindikatoren des BBSR (2012b) verwundert es nicht, dass die vier ländlichen Kreise als „stark schrumpfend“ typisiert werden und sich hier – anders als bei der GR Göttingen – auf der Gemeindeebene bezüglich der Typisierung in schrumpfend, stabil und wachsend keine wesentlichen Differenzen zur Kreisebene abzeichnen. Resümierend kann man hier von einer Region mit großen strukturellen Defiziten sprechen. Diese gilt es mit entsprechenden Anpassungsmaßnahmen abzumildern – mit Blick auf die stark schrumpfende und alternde Bevölkerungsstruktur gerade auch in der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum.

Auch in dieser Gesundheitsregion ist die Kernstadt (Dresden) ein zentraler Standort bezüglich ökonomischer, sozialer und kultureller Belange für die angrenzenden Landkreise und darüber hinaus für die gesamte Region. Im Gegensatz zur GR Göttingen ist durch die vorhandenen anderen drei Oberzentren sowie die Verkehrsachsen allerdings eine etwas ausgewogenere zentralörtliche Struktur gegeben.

6.2.1 Konzept, Ziele und Projekte

Tab. 10: Kurzprofil der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen

Kurzbeschreibung	
Die Gesundheitsregion Sachsen vernetzt regionale Institutionen und Unternehmen aus Forschung, Krankenversorgung, Prävention und Nachsorge mit räumlichem Schwerpunkt auf Ostsachsen. Dabei geht es um die Initiierung, Steuerung und Koordination von Konzepten zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, gerade auch in ländlichen Räumen.	
Räumliche Abgrenzung	Zur GR Sachsen gehören die Landkreise Bautzen, Görlitz, Meißen und Sächsische Schweiz-Osterzgebirge sowie die kreisfreie Landeshauptstadt Dresden
Gründungsjahr	2008 (im Rahmen einer Beteiligung am bundesweiten Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“)
Finanzierung	In den ersten beiden Runden des Wettbewerbs gehört das CCS zu den Gewinnern (=Fördermittel vom BMVBS)
Träger und organisatorische Struktur	Die Carus Consilium Sachsen (CCS) GmbH ist ein Tochterunternehmen des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus an der TU Dresden (UKD). Die Geschäftsstelle ist im Universitätsklinikum integriert und besteht aus einem achtköpfigen Team.
Themenfokus	Wohnortnahe und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgungssicherung insbesondere für den ländlichen Raum. Maßnahmen sind: – Aufbau von Versorgungsnetzen, – spezialisierte Angebote im Verbund und – gemeinsame Qualitätskriterien im Hinblick auf Kosten, Leistung und Zugang zu innovativen Versorgungsangeboten in Projekten der GR Themenbereiche mit jeweils konkreten Projekten sind: – Demographie und flächendeckende Versorgungskonzepte – Telemedizin – Fachkräftegewinnung – Interessenvertretung, Wissenstransfer, Kommunikation – Gutachten und Studien
Mitgliederstruktur	177 Mitglieder (Stand: 09.05.2016, Desktop-Recherche), unterteilt in „Bildungs- u. Forschungseinrichtungen“, „Niedergelassene Haus- u. Fachärzte sowie MVZs“, „Bund, Land u. Kommune“, „Krankenhaus-, Reha- u. Vorsorgeeinrichtungen“, „Wirtschaft“, „Stiftungen“, „Träger gesetzlicher Kranken- u. Unfallversicherungen“ und „Verbände u. Vereine“

Quelle: Eigene Darstellung nach Carus Consilium Sachsen GmbH, o. J.

Ein zentraler Leitsatz der GR Sachsen im Hinblick auf Strategie und Ziel des Konzepts lautet: „Die Gesundheitsregion mit ihren starken Partnern aus allen Bereichen der medizinischen Versorgung versteht sich als Impulsgeber und Motor moderner, flächendeckender und qualitätsgesicherter medizinischer Angebote“ (Carus Consilium Sachsen 2014). Zusammenfassend liegt der Schwerpunkt vor dem Hintergrund des Themenfokus (siehe Tab. 10) in der Versorgungssicherung, der Telemedizin, der Nachwuchsgewinnung sowie der Informations- und Kommunikationsförderung. Ein räumlicher Schwerpunkt liegt auf der wohnortnahen und bezahlbaren medizinischen Versorgung in ländlichen Gebieten, was gleichzeitig eine der primären Herausforderungen darstellt (vgl. Carus Consilium Sachsen o. J.). Die Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen GmbH sieht sich selbst demnach als „Steuerungseinheit“, um „[. . .] Konzepte zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, gerade auch in Regionen abseits der noch immer zumeist gut versorgten Ballungsräume zu initiieren, zu steuern und zu koordinieren“ (ebd.). Somit definiert die Gesundheitsregion ihre Kernaufgabe im Vernetzen von Akteuren des Gesundheitswesens, um Maßnahmen zur medizinischen Versorgungssicherung zu erarbeiten und durchzuführen und über geeignete Kommunikationswege gezielt darüber zu informieren.

Es zeigen sich in dieser Gesundheitsregion große Schnittmengen zwischen den GR-Themenschwerpunkten und den Schlüsselthemen, die der Autor dieser Arbeit aus den theoretischen Überlegungen zur regionalen Versorgungssicherung (siehe Kap. 5.1.1) erarbeitet hat. Dieser Umstand gewinnt besonders im Rahmen der Evaluierung der durchgeführten regionalen Maßnahmen der Gesundheitsregion an Relevanz, da diese als Überbau und Bewertungsmaßstab eine entscheidende Rolle für die zu entwickelnden Handlungsempfehlungen spielen. Außerdem untermauern diese in der Gesundheitsregion drängenden Themen somit nicht nur die theoretische Relevanz der in Kapitel 5.1.1 abgeleiteten Schlüsselthemen, sondern dass diese auch in der Praxis als wesentliche Themenschwerpunkte identifiziert wurden, um zukunftsfähige Versorgungslösungen regional zu implementieren. Im Folgenden sollen daher die konkreten Projekte und Maßnahmen der GR laut Internetauftritt kurz vorgestellt werden:

Themenfeld „Demographie und flächendeckende Versorgungskonzepte“

Modellprojekt: Familiengesundheitspaten

Beschreibung: Unterstützung und Förderung der gesundheitlichen und sozialen Entwicklung von Kindern in den ersten drei Lebensjahren

Themenfeld „Telemedizin“

Projekt: Schlaganfall-Netzwerk – SOS-NET

Beschreibung: Verbesserung und Anpassung der Versorgungsstrukturen für die Akutversorgung von Schlaganfallpatienten mittels Videokonferenzsystem, um telemedizinische Mitbeurteilung akuter Schlaganfallpatienten zu gewährleisten und den Aufbau eines einheitlichen Qualitätsstandards in der Region zu unterstützen.

Projekt: Nachsorgeprogramm SOS-Care

Beschreibung: „Ziel und Grundlage eines Behandlungsvertrages auf der Basis der Integrierten Versorgung (IV) ist der strukturierte Austausch und die intensive Zusammenarbeit nach Entlassung des Patienten aus der Reha durch intensiven Austausch aller Beteiligten an der Schlaganfallnachsorge“.

Projekt: CCS Telehealth Ostsachsen

Beschreibung: „Entwicklung einer offenen und erweiterbaren Telemedizin-Infrastruktur für Krankenhäuser und ambulante Praxen in der Region Ostsachsen. Ziel ist, Patienten vor allem in ländlichen Regionen mit geringer Arztdichte medizinisch besser zu versorgen“. In Zusammenarbeit mit T-Systems werden drei Projekte initiiert: Telecoaching (Behandlung von Herzinsuffizienz), Tele-Stroke (Schlaganfallnachsorge) und Telepathologie (Zweitbefundung von Gewebeprobe). Das Carus Consilium Sachsen stellt die medizinische Expertise bereit und nimmt eine koordinierende Rolle ein. T-Systems entwickelt hierfür die technische Infrastruktur.

Themenfeld „Fachkräftegewinnung“

- Projekt:** Weiterbildungsverbund Carus Consilium Sachsen
- Beschreibung:** In Zusammenarbeit mit teilnehmenden Praxen und Kliniken geht es darum, junge Mediziner in Sachsen für die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu begeistern und auf die Tätigkeit als niedergelassener Hausarzt vorzubereiten. Mitglieder des Weiterbildungsverbundes CCS sind Hausarztpraxen, Krankenhäuser, Rehakliniken und niedergelassene Fachärzte, die gemeinsam eine fundierte und strukturierte Facharztausbildung sicherstellen möchten. Innerhalb des fünfjährigen Curriculums ist eine zweijährige Ausbildung in der ambulanten Versorgung vorgesehen.

Themenfeld „Interessenvertretung, Wissenstransfer, Kommunikation“

- Projekt:** Amicable Network of Academical Medical Centres in Europe (AMiCE)
- Beschreibung:** Es handelt sich hierbei um ein europäisches Universitätsklinikum-Netzwerk, bei dem das Carus Consilium Sachsen auf europäischer Ebene gemeinsame Projekte von acht Mitglieds-Kliniken in den Bereichen medizinische Lehre, Forschung und Krankenversorgung initiiert und begleitet.
- Projekt:** Healthy Saxony (im Aufbau befindliche Kommunikationsplattform für die Gesundheitswirtschaft in Sachsen)
- Beschreibung:** Unterstützung des Austauschs zwischen Wirtschaft, Wissenschaft und Politik und Herstellung von Verbindungen zu anderen Regionen der Gesundheitswirtschaft in Deutschland und im Ausland.
- Projekt:** Partnerdialog CCS
- Beschreibung:** Jährlicher Branchentreffpunkt von rd. 200 Partnern und Interessierten aus Forschung, Krankenversorgung, Gesundheitsvorsorge, Patientenvertretung sowie Wirtschaft und Politik aus der Gesundheitsregion CCS, als Kommunikationsplattform für neue Ideen, Kontakte und Netzwerke.

Themenbereich „Gutachten und Studien“

Beschreibung: In Zusammenarbeit mit den Partnern des CCS werden Gutachten und Studien unter versorgungspolitischen Fragestellungen, wie z. B. die Versorgung in strukturschwachen Regionen, bearbeitet und veröffentlicht.

Beispiele: RePLaI (bereits abgeschlossen):
Entwicklung einer objektiven Planungsgrundlage für die Landesbettenplanung in der Gesundheitsregion CCS
Koloskopie-Studie (bereits abgeschlossen):
sektorübergreifende Qualitätssicherung der symptombezogenen Indikationskoloskopie sowie der Vorsorgekoloskopie mit Definition von verbindlichen Key Performance Indicators (KPI) in der Gesundheitsregion
Tele-Stroke-Pomerania (bereits abgeschlossen):
Konzeptionierung des Projektes „Tele-Stroke-Netzwerk“ in der Euroregion POMERANIA für eine verbesserte Schlaganfallversorgung in der Akutphase (vgl. Carus Consilium Sachsen GmbH o. J.).

Wie auch in der GR Göttingen geht es in den kurz dargestellten Projekten und Themenfeldern um die Erarbeitung konkreter Lösungen für die insbesondere durch den demografischen Wandel verursachten Anpassungserfordernisse in der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen. Dies soll durch die aus den o. g. Bereichen des Gesundheitswesens kommenden Akteure in abgestimmten und vernetzten Arbeitsgruppen unter Koordination der Geschäftsstelle der GR Sachsen realisiert werden. Der Ansatz ist auch hier, Akteure aus den jeweiligen Bereichen, die vorher nicht oder nur teilweise miteinander kommuniziert oder kooperiert haben, zum Dialog und zur Zusammenarbeit unter professioneller Koordination zu bewegen und Impulse zu geben.

6.2.2 Medizinische Versorgungssituation

Die Sicherung der Versorgung für die ländlichen Gebiete wird in der Region Ostsachsen mit Blick in die Zukunft ein wichtiges Handlungsfeld werden. Wie bereits im oberen Teil der Raumdeskription deutlich geworden ist, wird die GR Sachsen von den Auswirkungen des demografischen Wandels besonders stark betroffen sein. Aus diesem Grund werden sich Politik sowie

Akteure aus dem Gesundheitswesen gemeinsam mit Lösungsstrategien und Maßnahmen zur Versorgungssicherung auseinandersetzen müssen. Zunächst soll auch hier allerdings erst ein Blick auf die Statistik geworfen werden, bevor die empirischen Daten im Fokus stehen.

Stationäre Versorgung

Eine Studie des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz von 2010 kommt zu der Einschätzung, dass die Zahl der Patientenfälle von 2007 bis 2020 im gesamten Bundesland Sachsen um 3 Prozent wachsen wird, während die Bevölkerung (siehe Tab. 9) im gleichen Zeitraum stark schrumpfen wird. Dies wird mit einem wachsenden Anteil an 60-Jährigen und älter erklärt, die tendenziell häufiger Krankenhausaufenthalte benötigen. Man geht ergo davon aus, dass sich trotz Bevölkerungsschrumpfung die Zahl der Patientenfälle aufgrund der Alterung erhöht (siehe Tabelle 8, alle fünf Einheiten mit zweistelligen Wachstumsraten bei der Krankenhaushäufigkeit). Ein Blick auf die Karte des BBSR zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grund- bzw. Regelversorgung (siehe Abb. 22a in Kap. 4.2.2) weist für die GR Sachsen vor allem im östlichen Teil (Landkreise Bautzen und Görlitz) zwischen den Oberzentren schon größere Gebiete aus, bei denen die PKW-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Regelversorgung über 20 Minuten liegt. Hier wird es zukünftig darum gehen, ein auf die Bevölkerung zugeschnittenes stationäres Versorgungsnetz aufrecht zu erhalten, welches ökonomisch tragfähig, qualitativ hochwertig und für die ländliche Bevölkerung in adäquater Erreichbarkeit liegt.

Tab. 11: Indikatoren der stationär-medizinischen Versorgungssituation in der GR Sachsen

Indikator	Dresden	LK Bautzen	LK Görlitz	LK Meißen	LK Sächs. Schweiz
Allgemein-/ Plankrankenhäuser	6 + 1 (Unikl.)	7	7	4	6
Krankenhausbetten	3.555	1.782	1.939	1.207	1.258
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner	6,8	5,7	7,3	4,9	5,1

Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familien, Gesundheit und Integration 2013

Grundsätzlich kann man bei den Zahlen aus Tabelle 11 aber (noch) keine Mangelsituation in der stationären Versorgung herauslesen, auch wenn die Bettenanzahl je 1.000 EW bis auf Dresden und Bautzen etwas unterhalb des Bundesdurchschnitts von 6,1 Betten je 1.000 EW liegt. In Bezug auf die flächenmäßige Größe der vier ländlichen Landkreise, die jene der Gesundheitsregion Göttingen erheblich übertrifft, verwundert die vergleichsweise hohe Anzahl an Krankenhäusern in den sächsischen Landkreisen nicht. Laut Krankenhausplan des Freistaates Sachsen 2014 wird die Krankenhausentwicklung durch die folgenden vier Aspekte beeinflusst werden:

- „wachsender Bedarf an Gesundheitsleistungen aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts,
- limitierte finanzielle und personelle Ressourcen der Krankenhäuser,
- Ausweitung transsektoraler, integrierter Versorgungsmodelle und
- Verschärfung des Wettbewerbs aufgrund zunehmender Angebotstransparenz und Mündigkeit der Patienten“ (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2014, S. 18).

Die Ziele und Grundsätze des Landesentwicklungsplans sowie der entsprechenden Regionalpläne sind bei der Krankenhausplanung, wie bundesweit üblich, zu berücksichtigen. Auch im Krankenhausplan wird die Fachkräftegewinnung thematisiert und nicht nur als Problem in der ärztlichen Niederlassung, sondern auch im stationären Bereich gesehen. Dazu heißt es: „Angesichts knapper Personalressourcen und gleichzeitig steigender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Patienten bleibt die Konsolidierung und das Bemühen um eine stabile Personalwirtschaft eine anspruchsvolle Aufgabe“ (ebd., S. 22). Zudem wird durch die dünner werdende Personaldecke in der ärztlichen Niederlassung die Übernahme oder das Zusammenwirken von ambulant und stationär weiter an Dynamik gewinnen.

Hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung

Betrachtet man zunächst die hausärztliche Versorgung der Gesundheitsregion, so fällt auf, dass laut Tabelle 12 schon erheblich mehr offene Mittelbereiche ausgewiesen werden (fett markiert) als in der GR Göttingen. Bis auf den Mittelbereich Radeberg können sich in allen Mittelbereichen Hausärzte niederlassen. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen hat zudem für die ostsächsischen Mittelbereiche Görlitz, Weißwasser und Zittau eine drohende Unterversorgung festgestellt (kursiv markiert). Das Sozialministerium

sieht in diesem Zusammenhang vor dem Hintergrund der Altersstruktur der aktuell niedergelassenen Ärzte das Problem der Wiederbesetzung von Arztsitzen (insb. im hausärztlichen Bereich) in ländlichen Räumen, sodass die Versorgungsdichte abnimmt (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz 2011). Aus diesem Grund wurde bereits ein „Maßnahmenkatalog für eine bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten“ erarbeitet und verabschiedet. Wichtige Eckpunkte dieses Maßnahmenkatalogs sind bspw. die Stärkung des Faches Allgemeinmedizin im Studium, Errichtung von Sonderkontingenten von Studienplätzen für angehende Landärzte, bessere Vergütung von Landärzten, bis hin zu Entlastungsmaßnahmen durch Delegation nichtärztlicher Tätigkeiten (ebd.).

Tab. 12: Hausärztlicher Versorgungsgrad in der GR Sachsen

	Planungsbereich	Versorgungsgrad
LK Bautzen	Bautzen	105,5
	Bischofswerda	106,8
	Hoyerswerda	95,2
	Kamenz	109,5
	Radeberg	112,9
LK Görlitz	Görlitz	92,5
	Löbau	104,6
	Niesky	109,9
	Weißwasser	94,9
	Zittau	102,0
LK Sächs. Schweiz	Dippoldiswalde	93,8
	Freital	89,1
	Neustadt	106,3
	Pirna	96,1
Dresden, Stadt	Dresden	102,8
LK Meißen	Großenhain	92,6
	Meißen	109,6
	Radebeul	100,7
	Riesa	107,0

Quelle: Eigene Darstellung nach KVS 2013a, Anlage 1.1.1 des Bedarfsplans 2013, Fortschreibung vom 01.01.2014

Die Erarbeitung eines solchen Maßnahmenkatalogs sowie die Beteiligung der wichtigen Institutionen zu dieser Thematik machen deutlich, dass die hausärztliche Versorgung zukünftig nicht mehr in allen ländlichen

Teilräumen gesichert ist. Die Ausweisung mehrerer Mittelbereiche, in denen eine Unterversorgung droht, zeigt in diese Richtung, wenngleich aktuell noch keine akute Unterversorgung (Allgemeine Verhältniszahl wird um 25 Prozent unterschritten) existiert.

Tab. 13: Allgemeiner fachärztlicher Versorgungsgrad in der GR Sachsen

Arztgruppe	Versorgungsgrad im Planungsbereich			
	Bautzen	Hoyerswerda, Stadt/ Lkr. Kamenz	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	Löbau-Zittau
Augenarzt	107,7	116,9	128,5	133,3
Chirurgen	169,1	188,6	275,9	180,0
Frauenärzte	134,3	135,7	141,7	119,6
HNO-Ärzte	113,1	129,6	133,0	120,8
Hautärzte	140,3	161,1	136,8	118,1
Kinderärzte	173,1	213,9	222,8	184,3
Nervenärzte	153,5	140,7	171,2	104,1
Orthopäden	132,9	129,1	113,2	121,9
Psychotherapeuten	89,8	103,1	87,4	81,2
Urologen	124,1	126,0	178,2	123,8

Arztgruppe	Sächsische Schweiz	Weißeritzkreis	Dresden	Meißen	Riesa-Großenhain
Augenarzt	129,8	102,9	123,5	111,6	112,3
Chirurgen	188,0	140,5	121,3	290,5	159,8
Frauenärzte	152,1	131,9	117,8	110,6	115,8
HNO-Ärzte	147,8	82,6	117,9	127,7	156,8
Hautärzte	121,8	137,8	120,0	130,6	155,7
Kinderärzte	283,2	156,4	169,3	231,4	268,0
Nervenärzte	128,2	131,5	123,1	115,8	119,1
Orthopäden	132,7	129,1	119,4	110,6	121,3
Psychotherapeuten	143,5	146,0	132,9	101,3	83,5
Urologen	130,8	116,0	120,8	140,0	127,2

Quelle: Eigene Darstellung nach KVS 2013b, Anlagen 1.1.2 bis 1.1.11 des Bedarfsplans 2013, Fortschreibung vom 01.01.2014

Ein Blick auf die Versorgungsgrade der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (siehe Tab. 13) sieht gegenüber der hausärztlichen Versorgung statistisch gesehen insgesamt besser aus. Über die fett markierten offenen Planungsbereiche hinaus, gibt es allerdings auch hier in einigen Gebieten Arztgruppen, bei denen eine Unterversorgung droht. Diese droht in Löbau-Zittau für Nervenärzte. Ferner weist die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen sog. „Bezugsregionen“ aus. Laut Definition der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), kann mit dieser Kategorie trotz des nicht Unterschreitens der Allgemeinen Verhältniszahl ausgewiesen werden, dass „[. . .]

Versorgungsschiefen in Teilbereichen eines Planungsbereichs vorliegen, die weitergehende Fördermaßnahmen erfordern“ (KBV 2013, S. 16) und somit zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Für die Bezugsregion Weißwasser gibt es demnach zusätzlichen Versorgungsbedarf bei Augenärzten und für die Bezugsregion Großenhain bei Nervenärzten. Bei allen anderen Arztgruppen ist die Versorgungssituation gemäß den Zahlen aus Tabelle 13 als gut bis überversorgt zu bezeichnen.

Zusammenfassend herrscht in der GR Sachsen ein heterogenes Bild der Versorgungssituation vor. Noch scheint die Versorgungssituation laut Statistik ausreichend – und in vielen Planungsbereichen auch gut bzw. überversorgt – zu sein. Jedoch droht besonders bei der hausärztlichen Versorgung nach den Berechnungen der KV Sachsen in den kommenden Jahren in einigen Teilräumen eine Unterversorgung zu entstehen. Auch in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung schrumpft die Versorgungsdichte für einige Fachärzte in Teilräumen der Gesundheitsregion.

Jenseits dieser Hinweise für eine abnehmende Versorgungsdichte in der medizinischen Versorgung bleibt festzuhalten, dass es sich dabei nicht um flächenhafte, dramatische Phänomene handelt. Inwieweit das Konzept GR Sachsen das Potenzial hat, hierbei unterstützend zu wirken, soll die empirische Erhebung aufzeigen.

6.3 Gesundheitsregion Coburg – Regionsprofil



Quelle: Eigene Darstellung. Kartengrundlage: DLM1000 © GeoBasis-DE / BKG 2015

Abb. 35: Lage und administrative Grenzen der Gesundheitsregion Coburg

Als oberfränkische Region liegen der Landkreis Coburg und die gleichnamige und zentral inmitten des Landkreises liegende kreisfreie Stadt im Norden Bayerns. Die nördliche bzw. nordwestliche Begrenzung der bevölkerungs- und flächenmäßig kleinsten Fallstudienregion ist durch die beiden thüringischen Landkreise Hildburghausen und Sonneberg gegeben. Im Osten grenzt sie an den oberfränkischen Landkreis Kronach, im Süden an Lichtenfels und Bamberg sowie im Süden bzw. Südwesten an den unterfränkischen Landkreis Haßberge. Der Landkreis mit seinen zwei Mittelzentren Rödentel und Neustadt bei Coburg umgibt vollständig das Oberzentrum Coburg (siehe Abb. 35). Mit einer Siedlungsdichte von 147 EW je km² zählt diese Fallstudie zu den bayerischen Entwicklungsregionen ländlicher Prägung. Auch wenn das BBSR (2012b) bezüglich der siedlungsstrukturellen Raumtypen den Landkreis zu den städtischen Kreisen zählt, müsste man hier richtigerweise von einem ländlichen Kreis mit Verdichtungsansätzen sprechen, was in diesem Fall auch angenommen wird.

Mit Blick auf den Anteil der Siedlungs- und Verkehrsfläche (siehe Tab. 14) von lediglich rd. 13 Prozent ist diese Annahme außerdem vertretbar und sinnvoll. Die rd. 87.000 Einwohner verteilen sich im Landkreis auf 17 Gemeinden bzw. Städte und erwirtschaften im Vergleich zum Oberzentrum Coburg lediglich ein BIP pro Kopf (2011) von ca. 22.000 Euro, was etwa einem Drittel des BIP pro Kopf der Stadt Coburg entspricht. Betrachtet

man das Coburger Land vor dem Hintergrund der Strukturindikatoren des BBSR zur Einordnung in schrumpfende und wachsende Kreise, so kann man insgesamt von einem wachsenden Kreis sprechen. Auf Gemeindeebene zeichnet sich in dieser Region ein erheblich differenzierteres Bild ab. Neben der wachsenden Stadt Coburg gibt es im Landkreis sowohl wachsende, stabile als auch schrumpfende Gemeinden.

Tab. 14: Sozioökonomische und -demographische Regionalkennziffern der GR Coburg

Regionalkennziffer	Coburg	LK Coburg
Fläche in km ²	48	590
Anteil der Siedlungs- und Verkehrsfläche in %	41,3	13,1
BIP pro Kopf in Euro 2011	67.141	22.281
Einwohner 2012	41.022	87.006
Prognose Entwicklung Einwohner 2009-2030	-12,7	-11,9
Einwohner je km ²	849	147
Anteil der unter 18-Jährigen in % 2011	14,7	16,2
Anteil der 18- bis 24-Jährigen in % 2011	8,6	7,9
Anteil der 25- bis 44-Jährigen in % 2011	24,2	23,4
Anteil der 45- bis 64-Jährigen in % 2011	29,6	31
Anteil der über 65-Jährigen in % in 2011	22,9	21,4
Anteil der Hochbetagten (75 Jahre u. mehr) in % 2011	11,5	10,3
Gesamtwanderungssaldo je 1.000 Einwohner in % 2012	5,8	0,1
Natürlicher Saldo je 1.000 Einwohner in % 2012	-5,1	-4,7
Schulabgänger mit Allgemeiner Hochschulreife in % 2012	32,2	15,9
Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss in % 2012	7	8
Arbeitslosenquote in % der Erwerbspersonen 2012	6,5	4,7
Arbeitslosenquote in % der unter 25-Jährigen Erwerbspersonen 2012	4,9	4,1
PKW je 1.000 Einwohner 2012	557,7	602
Durchschn. PKW-Fahrzeit zum nächsten Mittel- oder Oberzentrum in Minuten 2012	0	11
Durchschn. PKW-Fahrzeit zum nächsten Oberzentrum in Minuten 2012	0	14

Quelle: Eigene Darstellung nach Bayerisches Landesamt für Statistik 2014

Insgesamt kann man bei dieser Fallstudie folglich (wie auch in Göttingen) von einer recht heterogenen Entwicklung bezüglich der Strukturindikatoren sprechen, wenngleich auf Kreisebene aggregiert eine wachsende Region vorliegt. Die Bevölkerungsentwicklung zeigt im Hinblick auf die Gesamteinwohnerzahl bis zum Jahre 2030 ebenfalls in eine stark negative Richtung, wobei die Spitzenwerte der GR Sachsen von über 20 Prozent nicht

erreicht werden. Hier werden es zwischen rd. 12 und 13 Prozent weniger Einwohner bis 2030 sein. Wie auch in den anderen beiden Gesundheitsregionen übernimmt die Kernstadt (Coburg) wichtige Versorgungsfunktionen für den gesamten Landkreis. Das Landratsamt Coburg spricht von einer „[...] klare[n] Ausrichtung auf das in der Mitte liegende Oberzentrum“ (Landratsamt Coburg 2013, S. 12). Auch hier geht man mit dem bundesdeutschen Trend: stetig weniger und mehr ältere Menschen. Die sich daraus ergebenden Anpassungserfordernisse waren der Grund für die Ausarbeitung einer Regionalstrategie im Rahmen des „Aktionsprogramms regionale Daseinsvorsorge“.

6.3.1 Das MORO-Aktionsprogramm Regionale Daseinsvorsorge/ Gesundheitsregion Coburg

Tab. 15: Kurzprofil der Gesundheitsregion Coburg

Kurzbeschreibung	
Der Landkreis sowie die Stadt Coburg sind im Rahmen des Aktionsprogramms regionale Daseinsvorsorge neben anderen Themen mit der ärztlichen Versorgung und der Gesundheitsförderung betraut gewesen. Im Aktionszeitraum von 2012 bis Ende 2013 ging es darum, in Zusammenarbeit mit Bevölkerung, Kommunalpolitik und Trägern der Daseinsvorsorge die vielfältigen infrastrukturellen Leistungsangebote vor dem Hintergrund des demographischen Wandels anzupassen.	
Räumliche Abgrenzung	Das Coburger Land umfasst das Oberzentrum Coburg und den Landkreis Coburg
Gründungsjahr	Antragstellung Herbst 2011 (im Rahmen des Aktionsprogramms des BMVBS „Regionale Daseinsvorsorge“)
Finanzierung	Personal- und Projektmittel des Bundes für den zweijährigen Arbeitsprozess von ca. 170.000 EUR
Träger und organisatorische Struktur	Regionalmanagement Stadt und Landkreis Coburg GmbH und Landratsamt Coburg, für diesen Zeitraum (und darüber hinaus) wurde eine Vollzeitstelle für alle koordinierenden Aufgaben geschaffen und mit einer Soziologin besetzt
Themenfokus	Zwei von insgesamt zehn Handlungsfeldern (ursprünglich acht) innerhalb des Aktionsprogramms sind mit Gesundheitsthemen befasst: – Ärztliche Versorgung und – Gesundheitsförderung
Mitgliederstruktur	Die Steuerungsstruktur des Aktionsprogramms bestand im Wesentlichen aus einer Entscheidungsebene (Landrat, Bürgermeister u. Fraktionsvorsitzende der Kreistagsfraktionen) sowie der operativen Arbeitsebene (Geschäftsstelle MORO), außerdem war im Rahmen der Arbeitskreisgründungen die Bürgerbeteiligung ein wichtiger Bestandteil des Aktionsprogramms

Quelle: Eigene Darstellung nach Landratsamt Coburg 2013

Bei dieser Fallstudienregion handelte es sich während der Erhebung nicht klassischerweise um eine Gesundheitsregion nach der in Kapitel 3.5 entwickelten Rahmendefinition mit alleinigem Fokus auf Themen des Gesundheitswesens und angrenzenden Bereichen. Vielmehr hat man sich vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in der Region Coburg und damit einhergehenden Anzeichen von Tragfähigkeitsproblemen in mehreren lokalen Angebotsbereichen der Grundversorgung für das MORO „Aktionsprogramm Regionale Daseinsvorsorge“ als Modellregion beworben (siehe Kap. 3.1.1).

Ziel dieser Maßnahme für vom demografischen Wandel besonders betroffene ländliche Räume ist es, „[...] eine Regionalstrategie vorausschauend und kooperativ zu erarbeiten, die festlegt, wie die erforderlichen Infrastrukturanpassungen gestaltet werden können“ (Landratsamt Coburg 2013, S. 8). Erst nach dem Ende des MORO-Projekts hat man sich für die in Bayern sog. Gesundheitsregion Plus beworben und wurde in 2015 anerkannt. Das MORO-Projekt kann mitunter folglich als „Vorarbeit“ zu einer Gesundheitsregion interpretiert werden.

Die Themen der medizinischen Versorgungssicherung, die hier unter die Schlagwörter „Ärztliche Versorgung“ und „Gesundheitsförderung“ fallen (siehe Tab. 15), sind in dieser Fallstudie zwei von insgesamt zehn Handlungsfeldern innerhalb des übergeordneten Aktionsprogramms regionale Daseinsvorsorge (Modellregion). Der inhaltliche Handlungsansatz erstreckt sich dementsprechend auf alle gefährdeten Bereiche der lokalen bzw. regionalen Daseinsvorsorge (ebd. S. 18 f.).

Dieser Aspekt muss im Rahmen der Evaluation berücksichtigt werden, da folglich der Fokus nicht nur auf der Gesundheitsversorgung liegt, sondern innerhalb des Programms lediglich einen Teilbereich ausmacht und nicht alle Anstrengungen auf die medizinische Versorgungssicherung abzielen. Dennoch ist die Vorgehensweise in den zwei Themenfeldern „Ärztliche Versorgung“ und „Gesundheitsförderung“ mit denen aus den anderen beiden Gesundheitsregionen vergleichbar. Auch hier versucht man mithilfe des Aufbaus einer Kooperationsplattform, wichtige Akteure aus den jeweiligen Bereichen in einen interdisziplinären Kommunikationsprozess zu bringen und Impulse zur Zusammenarbeit und zur gemeinsamen Um- oder Neugestaltung zu setzen.

Die Förderdauer des Aktionsprogramms lief für die Jahre 2012 und 2013 und wurde vom BMVBS gefördert. In einem partizipativen Arbeitsprozess zwischen der interessierten Bevölkerung, der Kommunalpolitik sowie den verschiedenen Trägern der Daseinsvorsorge wurden zehn Handlungsfelder identifiziert und daraufhin zehn Arbeitskreise gegründet. Für die fachliche und operative Steuerung wurde eine Geschäftsstelle im Planungsstab Landkreisentwicklung mit einer zusätzlichen Vollzeitstelle für alle koordinierenden Aufgaben geschaffen und über den Förderzeitraum hinaus etabliert (vgl. Landratsamt Coburg 2013, S. 16).

Wie erwähnt gibt es auch Themenfelder zu anderen Daseinsvorsorgebereichen, wie bspw. ÖPNV, Brandschutz, Nahversorgung etc., die neben den Gesundheitsthemen ebenfalls bearbeitet wurden. Im Kontext dieser Arbeit sollen allerdings nur die gesundheitsorientierten Felder beleuchtet und bezüglich ihrer Ziele nachfolgend kurz skizziert werden:

Handlungsfeld „Ärztliche Versorgung“

- „Verständnis für die Belange der Ärztinnen/Ärzte auf dem Land entwickeln,
- Rahmenbedingungen schaffen, die die Wiederbesetzung von Praxen befördern können,
- Entlastung für die praktizierende Ärzte schaffen (bspw. durch die Unterstützung der Bereitschaftspraxis),
- Versorgung schwer erreichbarer Zielgruppen verbessern und
- Aufnahme in die Fördergebietskulisse zur Niederlassung von Hausärzten auf dem Land vorantreiben“ (Landratsamt Coburg 2013, S. 82).

Besonderer Fokus dieses Handlungsfeldes liegt auf der Einrichtung der Bereitschaftsdienstpraxis mit einem Hol- und Bringdienst für Patienten.

Handlungsfeld „Gesundheitsförderung“

- „Konzentration auf das Thema Bewegung (insb. die Altersgruppen der 10–18-Jährigen sowie der 65–80-Jährigen),
- Erarbeitung eines Angebotsüberblicks zum Thema Gesundheitsförderung,
- Vernetzung der Akteure durch jährlich stattfindende regionale Gesundheitskonferenz und
- Regelmäßige Gesundheitsberichterstattung“ (ebd., S. 87).

Da die Förderperiode für das Aktionsprogramm bereits während dieser Erhebung abgelaufen war, verspricht die Auswertung der Expertenbefragung besonders interessant zu werden, da nun ex post bewertet werden kann, inwieweit ein solcher Prozess nachhaltige Ergebnisse für die Bevölkerung und die Akteure vor Ort erbracht oder zumindest angestoßen hat.

6.3.2 Medizinische Versorgungssituation

Der Status Quo der medizinischen Versorgungssituation ist wie in den anderen beiden Gesundheitsregionen von den entscheidenden zwei Trends der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland, Schrumpfung und Alterung, charakterisiert. Bei hoher Altersstruktur der niedergelassenen Ärzteschaft und wenigen bis gar keinen niederlassungswilligen Jungmedizinerinnen besteht die Gefahr, dass in den Gebieten, in denen die Praxis ohne Nachfolge bleibt und infolgedessen geschlossen wird, Erreichbarkeitsdefizite und Versorgungslücken entstehen. Für den stationären Bereich gibt es die gleiche Sorge, wobei die Krankenhausversorgung in Deutschland insgesamt bezüglich der Erreichbarkeit als verhältnismäßig gut bezeichnet werden kann (siehe Kap. 4.2.2).

Stationäre Versorgung

Mit in Summe drei Krankenhäusern und einer aktuellen PKW-Erreichbarkeit dieser stationären Einrichtungen von unter 20-Fahrminuten (siehe BBSR 2012a, S. 49) ist der stationäre Bereich noch adäquat versorgt. Bei dem Wegfallszenario hingegen ergeben sich erste Angebotslücken bzw. Wegzeiten von über 20-PKW-Minuten bis zum nächstgelegenen Krankenhaus der Grund- bzw. Regelversorgung. Diese finden sich im Norden und Nordwesten des Landkreises Coburg. Mit 1,1 Betten je 1.000 Einwohner liegt die Bettendichte im Landkreis Coburg ohnehin schon auf unterdurchschnittlichem Niveau (siehe Tab. 16). Allerdings ist dies nicht automatisch als Indikator für eine schlechte Versorgung zu deuten.

Was hingegen als Indikator für eine (im positiven Sinne) ausreichende Versorgung im Krankenhausbereich gewertet werden kann, ist die Tatsache, dass dieser Infrastrukturbereich nicht als Handlungsfeld in der Agenda des Aktionsprogramms auftaucht. Es kann folglich angenommen werden, dass eine ausreichende stationäre Versorgung gegeben ist und es hier zukünftig darum gehen wird, dieses Niveau zu sichern.

Tab. 16: Indikatoren der stationär-medizinischen Versorgungssituation in der GR Coburg

Indikator	Coburg	LK Coburg
Allgemein-/Plankrankenhäuser	1	2
Krankenhausbetten	510	93
Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner	12,4	1,1

Quelle: Eigene Darstellung nach Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit 2013

Hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung

Interessant bei der hausärztlichen Versorgung (überwiegend unabhängig vom Standort) ist der Umstand, dass sich die Ermittlung von Mangel- oder nicht Mangelsituation offenbar nicht statistisch manifestieren lässt. Die Bedarfsermittlung mit nun – nach Einführung des Landarztgesetzes – kleineren Gebietszuschnitten (den Mittelbereichen) hat zwar zu einer etwas kleinräumigeren Bedarfszahlenermittlung geführt, aber das Problem regionaler Disparitäten nicht behoben. Schaut man sich die hausärztlichen Versorgungsgrade der Fallstudie Coburg (siehe Tab. 17) an, so kann man sowohl im Planungsbereich Coburg als auch im Planungsbereich Neustadt bei Coburg lediglich von offenen Bereichen sprechen, nicht aber von einer Mangelsituation. Laut telefonischer Auskunft der zuständigen Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern gibt es zudem für beide Mittelbereiche weder eine Unterversorgung noch eine drohende Unterversorgung. Die Ergebnispublikation des Aktionsprogramms spricht allerdings eine andere Sprache.

Tab. 17: Hausärztlicher Versorgungsgrad in der GR Coburg

	Planungsbereich	Versorgungsgrad
LK Coburg	Coburg	105,4
	Neustadt bei Coburg	107,1

Quelle: Eigene Darstellung nach KVB 2013, Anlage 2.2, Fortschreibung vom 27.05.2013

Dort heißt es, dass zusätzlich zu den zwei bereits in 2012 geschlossenen Hausarztpraxen „[...] in absehbarer Zeit noch sieben weitere Hausarztstandorte in Stadt und Landkreis ihre Praxis schließen [werden]“ (Landratsamt Coburg 2013, S. 80). Darüber hinaus gehen infolge der Altersstruktur rd. 25 Prozent der Hausärzte voraussichtlich binnen fünf Jahren in den

Ruhestand (ebd.). Fraglich bleibt vor diesem Hintergrund, weshalb die Kassenärztliche Vereinigung nicht zumindest eine drohende Unterversorgung für den hausärztlichen Bereich ausweist, um entsprechende Maßnahmen vorzubereiten und die Problemlage transparent darzustellen. Hier wird die Auswertung der Experteninterviews möglicherweise entsprechende Anhaltspunkte hervorbringen, um diese unterschiedlichen Sichtweisen und zahlengestützten Differenzen zu erläutern.

Ein grundsätzliches Problem neben den aufkeimenden Lücken im Standortnetz von Niedergelassenen entsteht außerdem dabei, dass bei zukünftig schrumpfender Ärztezahl, die verbleibenden Ärzte in Bezug auf den Bereitschaftsdienst erstens häufiger in Bereitschaft und zweitens für größere Versorgungsgebiete (und damit weitere Wegstrecken) zuständig sein werden. Deshalb liegt ein besonderer Projektschwerpunkt im Rahmen des Aktionsprogramms, wie oben erwähnt, in der Einrichtung einer Bereitschaftsdienstpraxis mit Hol- und Bringdienst für Patienten.

Erste Angebotslücken im Kontext des Bereitschaftsdienstes sind bereits seit 2012 vorhanden, da seitdem kein Bereitschaftsdienst mehr für die HNO-Arztgruppe besteht. Ansonsten sind bis auf drei Arztgruppen (Augenärzte, Hautärzte und Psychotherapeuten) alle dargestellten Planungsbereiche für weitere Zulassungen gesperrt, ergo laut Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern gut versorgt (siehe Tab. 18).

Tab. 18: Allgemeiner fachärztlicher Versorgungsgrad in der GR Coburg

Arztgruppe	Versorgungsgrad
Augenarzt	108,7
Chirurgen	214,9
Frauenärzte	120,6
HNO-Ärzte	122,9
Hautärzte	92,5
Kinderärzte	142,9
Nervenärzte	144,2
Orthopäden	128,1
Psychotherapeuten	96,2
Urologen	142,3

Quelle: Eigene Darstellung nach KVB 2013, Anlage 2.2, Fortschreibung vom 27.05.2013

Zusammenfassend kann „auf dem Papier“ keine Mangelsituation konstatiert werden. Hier bestätigt sich erneut die bereits in Kapitel 4.2.1 konstatierte Problematik auch der neuen Bedarfsplanung, die den realen Versorgungsbedarf bzw. die tatsächliche Versorgungslage offenbar nach wie vor nicht sachgerecht abbildet. Diese in allen drei Regionen konfligierende Sachlage gilt es innerhalb der empirischen Auswertung näher zu erörtern.

7 Empirische Ergebnisse

Die Analyse und Bewertung der Erhebung fußt auf den aus den Forschungsfragen entwickelten hinführenden Themen, den vier Schlüsselthemen (siehe Kap. 5.1.1) sowie auf dem Bewertungskriterienset (siehe Kap. 5.1.2). Die Struktur der Ergebnisdarstellung folgt dabei den aus dem Fragebogen behandelten (Schlüssel-) Themen und untergliedert dann in die untersuchten Fallstudien. Da nicht die Regionen als solche im Vordergrund stehen, sondern das Konzept Gesundheitsregion, bietet sich die themenspezifische Auswertung an, um den Mehrwert dieses Instruments zu ermitteln und nachher die Frage der Übertragbarkeit für andere Regionen zu beantworten. Demzufolge ist durch die den (Schlüssel-)Themen nachgeordnete Untergliederung in Fallstudien eine umfassende Ergebnisdarstellung entstanden, die eine transparente und nachvollziehbare Struktur gewährleisten soll.

Kapitel 7.1 behandelt im Schwerpunkt Themengebiete (Ausgangssituation), die die Hinführung zur Schlüsselthemenauswertung (Kap. 7.2) ebnen. Dabei werden die zentralen Ergebnisse in den Ergebnisboxen dargestellt. Die Detailauswertung der jeweiligen Fallstudien folgt jeweils direkt im Anschluss.

Während sich im Kapitel 7.1 in den gelben Ergebnisboxen qualitative und quantitative Ergebnisse zusammengefasst wiederfinden, beinhalten die blauen Ergebnisboxen der Schlüsselthemen ausschließlich qualitative Ergebnisse. Die quantitativen Ergebnisse der Schlüsselthemen folgen jeweils direkt im Anschluss. Eine synthetische Verbindung von quantitativen und qualitativen Ergebnissen findet einerseits innerhalb der Detailauswertungen der Fallstudien statt und auf einer aggregierten Ebene anschließend im Bewertungskapitel 7.3.

7.1 Synopse der Fallstudien-Rahmenbedingungen

7.1.1 Struktur der Trägerorganisationen

Zunächst ist festzustellen, dass die drei Fallstudien rechtlich-institutionell unterschiedlich aufgestellt sind. Während die Gesundheitsregion Göttingen als Verein konstituiert und als Stabsstelle innerhalb der Gesellschaft für Wirtschaftsförderung und Stadtentwicklung Göttingen integriert ist, wird

die Gesundheitsregion Sachsen als GmbH und Tochterunternehmen des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus geführt. Träger des Konzepts im Coburger Land ist die Regionalmanagement Stadt und Landkreis Coburg GmbH und das Landratsamt Coburg, welche somit in der Regionalverwaltung aufgehängt ist. So sind Göttingen und Coburg entsprechend in Regionalentwicklungsinstitutionen integriert, während Sachsens Gesundheitsregion als Tochtergesellschaft eines stationären Leistungserbringers agiert. Diese Verschiedenartigkeit ist im Hinblick auf die Einordnung und Bewertung der finanziellen Ausgangssituation sowie die inhaltliche Schwerpunktsetzung mit zu berücksichtigen.

7.1.2 Motive, Ziele und Aufgaben der Geschäftsstellen der Gesundheitsregionen

Gesundheitsregion Göttingen

Zu den Gründungsmotiven und zum Selbstverständnis führt der Träger der Gesundheitsregion Göttingen an:

„[. . .] regionale Akteure miteinander zu vernetzen, zu einem besseren Austausch hier zu bringen und die Kommunikation untereinander zu fördern – Wissenstransfer [. . .]“ (I1: 2).

„Da hat man sich jetzt auf drei große Ziele verständigt, die in Themengruppen organisiert sind“ (I1: 6).

Hier werden der Netzwerkcharakter, sprich das Zusammenbringen von regionalen Akteuren sowie eine Förderantragsinstitution in den Vordergrund gestellt. Außerdem wird selbstkritisch erwähnt, dass sich eine unmittelbare Verbesserung für den Patienten noch nicht eingestellt habe, da solche Prozesse entsprechend Zeit benötigten und häufig im Hintergrund Optimierungspotenzial ausschöpften.

Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen

Die Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen stellt die regionale Problemlage in Bezug auf die demografische Entwicklung in den Vordergrund, die einen Handlungsdruck erzeugt und so zur Gründung der Gesundheitsregion geführt habe:

„Es war schon die Erkenntnis, dass wir hier natürlich [. . .] mit manchen Problemen, mit manchen Bevölkerungsentwicklungsproblemen, mit manchen demografischen, sozio-ökonomischen Problemen früher und dringender konfrontiert werden, als das in anderen Regionen Deutschlands der Fall sein wird“ (I 12: 4).

Konkret genannt werden dabei etwa der Wegzug der jungen Bevölkerung aus den ländlichen Regionen, die damit einhergehenden Schwierigkeiten der Aufrechterhaltung bestimmter Versorgungs- und Infrastrukturleistungen, das drohende Gefälle an Versorgungsqualität Stadt–Land sowie die Kostenentwicklungen, die mit der demografischen Entwicklung (insb. Überalterung) zusammenhängen. Hierzu I 12 weiter: „Und man hat diese Entwicklung antizipiert und hat diese Gesundheitsregion aufgesetzt, um diese Probleme auch zu adressieren“ (I 12: 4). Das erklärte Ziel, welches sich aus dieser Ausgangslage herauskristallisiert habe, sei, die Versorgung zukunftssicher zu machen und innovative Versorgungsprojekte gemeinsam zu initiieren, bspw. wie der Arzt zum Patient kommt oder umgekehrt. Zentrale Frage sei dabei gewesen, wie man durch koordiniertes Arbeiten gewisse Vorhaltungsleistungen gemeinsam erbringen und die Kosten in den Griff bekommen kann (vgl. I 12: 4).

Dabei stellt I 12 (6) die Konsensfindung der Interessen sowohl des Trägers der Gesundheitsregion als auch die der einzelnen Akteure und die konkrete Nutzendarstellung für die (zu gewinnenden) Partnerakteure als wichtige Voraussetzung für das Zustandekommen konkreter Projekte heraus.

Gesundheitsregion Coburg

In Coburg geht es u. a. ebenfalls aufgrund der Überalterung der Bevölkerung um die (haus-)ärztliche Versorgungssicherung und der damit in Verbindung stehenden Wiederbesetzungsproblematik von (Haus-)Arztpraxen.

„Wir haben dann das Thema gewählt: Gesundheit und ärztliche Versorgung, haben dann einen Arbeitskreis konstituiert, mit verschiedenen Vertretern [. . .] und da kam immer wieder das Thema auf der einen Seite hausärztliche Versorgung, als der Knackpunkt schlechthin und Prävention auf der anderen Seite [. . .]“ (I 25: 9).

Zu den Zielen werden insbesondere die Sicherung der ärztlichen Versorgung sowie die Prävention herausgestellt:

„Für uns war einfach wichtig, dass die Bevölkerung [. . .] in der Region hausärztlich versorgt ist [. . .], auch fachärztlich versorgt, aber das stand eher so hinten an. Hausärztlich versorgt an erster Stelle. Und das die Leute über Gesunderhaltungsmaßnahmen informiert sind, wenigstens informiert. Das war so unsere Prämisse, unsere Zielstellung, weil wir gesagt haben, wir werden immer älter, die Lebenserwartung steigt, d. h. auch, dass wir länger im Berufsleben sind, d. h. wir müssen uns gesund halten. Und das waren so die zwei Hauptziele“ (I25: 11).

Bezüglich der Aufgaben und der Funktion versteht sich der Träger der Initiative im Coburger Land wie folgt:

„Also wir können immer nur die koordinierende Rolle haben. Die Umsetzungsrolle an sich können wir nicht übernehmen, aber wir können anstoßen. Wir können anleiten. Wir können Kooperationen anstoßen, auch diese Netzwerke. Ich meine, dieses Netzwerk, was wir da jetzt haben oder diesen Arbeitskreis mit den vielen Institutionen, da profitiert ja jede einzelne Kommune bei uns [in der Region]. Das können wir übernehmen. Also wir haben immer eine Koordinationsfunktion. So würde ich uns einschätzen“ (I25: 60).

7.1.3 Regionsübergreifende Zusammenfassung

Während sich der Träger der ersten Region (trotz vergleichbar negativer Bevölkerungsprognose, siehe Kap. 6.1) tendenziell einem nicht so hohen Problemdruck ausgesetzt sieht und in erster Linie als Gründungsmotiv und Hauptaufgabe die Optimierung der Vernetzung regionaler Akteure für einen besseren Austausch untereinander nennt, liegt bei letzteren beiden bereits ein (gefühlter) Problemdruck vor. Jenseits dieser Äußerungen werden für alle drei Gesundheitsregionen laut Statistik vergleichbare negative Bevölkerungsprognosen aufgestellt, die die medizinische Versorgung vor erhebliche Herausforderungen stellen wird.

Zusammenfassend verstehen sich alle drei Gesundheitsregionen in vergleichbarer Weise als Vernetzungsstelle bzw. Netzwerkplattform, welche die maßgeblichen regionalen Akteure der Gesundheitswirtschaft zum Dialog anregt, vernetzt und regionale (Modell-)Projekte initiiert. Dabei werden

jeweils die regionalspezifischen Problemlagen aufgegriffen, um als regionaler Ansprechpartner/Moderator/Kümmerer innovative Lösungsstrategien zur medizinischen Versorgungssicherung zu erarbeiten.

7.1.4 Verständnis der Partnerakteure von Gesundheitsregion

Analog zum vorherigen Kapitel wird nachfolgend das Verständnis der Partnerakteure der Gesundheitsregionen zum GR-Konzept untersucht. Wichtige Kriterien sind hierbei die Zielakzeptanz des Konzepts bei den regionalen Partnerakteuren sowie die regionale Präsenz/Öffentlichkeitsarbeit. In Anlehnung an die aus der Webrecherche ermittelten Informationen zu den jeweils selbstgesteckten Zielen der Gesundheitsregionen sollen anschließend die Aufgabenbereiche kurz skizziert werden, die die Partnerakteure der jeweiligen Gesundheitsregionsgeschäftsstelle zuschreiben.

Gesundheitsregion Göttingen

Ergebnisbox GR Göttingen

Verständnis der Partnerakteure von Gesundheitsregion

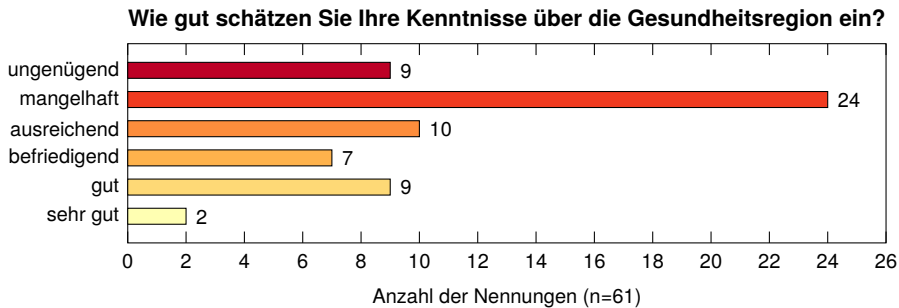
Zusammenfassend liegt laut den Partnerakteuren und den Niedergelassenen die Problematik des Konzepts GR schwerpunktmäßig in folgenden Bereichen:

- Administrativ zu groß gefasste Region
- Involvierung zu vieler Akteure bereits zu Beginn
- Wirtschaftliche Einzelinteressen (ökonomisches Kalkül) einzelner Akteure
- Keine klare Nutzendarstellung für Teilregionen (bspw. die Landkreise/ einzelne Gemeinden) und zu starke Fokussierung auf die Stadt Göttingen
- Geringe öffentliche Präsenz und geringe Kenntnis über die Ziele der GR bei den Partnerakteuren und den Niedergelassenen

Die Äußerungen der Partnerakteure in der Region Göttingen zeichnen ein weitaus heterogeneres Bild des Verständnisses von Gesundheitsregion. Jenseits der guten Absichten, die dem Konzept von den Partnerakteuren hinsichtlich der Versorgungssicherung unterstellt werden, stehen die befragten Akteure dem Konzept mit Skepsis bezüglich möglicher positiver Effekte gegenüber.

Quantitative Befragung

Die nachfolgende Abbildung 36 zeigt, dass die Zielsetzung und die Maßnahmen des Konzepts von den niedergelassenen Ärzten in der Region (analog zur Expertenbefragung) ebenfalls lediglich mäßig bekannt sind.



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 36: Einschätzung der Kenntnisse über Ziele und Maßnahmen der GR Göttingen

Von den befragten Ärzten kennen sich lediglich rd. 18 Prozent (11) gut bis sehr gut und rd. 28 Prozent (17) befriedigend bis ausreichend mit den Zielen und Maßnahmen der Gesundheitsregion aus, während die Mehrheit mit 54 Prozent (33) nur wenig oder gar keine Kenntnis hat.

Zusammenfassung

Insgesamt zeichnet sich eine deutliche Unkenntnis der Interviewten zu den Tätigkeitsfeldern der GR Göttingen und insgesamt zu diesem Konzept ab. Dabei reichen die Einschätzungen von „[dieser Gesundheitsregionsverein] ist für den Patienten oder Kunden öffentlich nicht so extrem in der Wahrnehmung. Es ist ein Verein, der für meinen Eindruck beim Kunden noch nicht so richtig angekommen ist“ (I 6: 1) bis hin zu „ich kenne das Konzept ja eigentlich nicht“ (I 7: 91) oder „wir haben mit dem Verein Gesundheitsregion im Moment nicht wirklich viele Berührungspunkte“ (I 8: 7).

Einerseits kann die geringe Präsenz der Gesundheitsregion bei den Befragten als Indikator für das noch sehr frühe Stadium, in dem sich das Konzept in Göttingen befindet, interpretiert werden. Andererseits könnte dies allerdings auch auf Akzeptanzprobleme des Konzepts sowie fehlende oder zu geringe Öffentlichkeitsarbeit und mangelnde Einbindung der Akteure bezüglich der Vorhaben der GR Göttingen hindeuten.

Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen

Ergebnisbox GR Sachsen

Verständnis der Partnerakteure von Gesundheitsregion

In der GR Sachsen ist mehrheitlich eine positive Haltung zum GR-Konzept vorhanden, wobei diese an folgende Aspekte und Forderungen geknüpft ist:

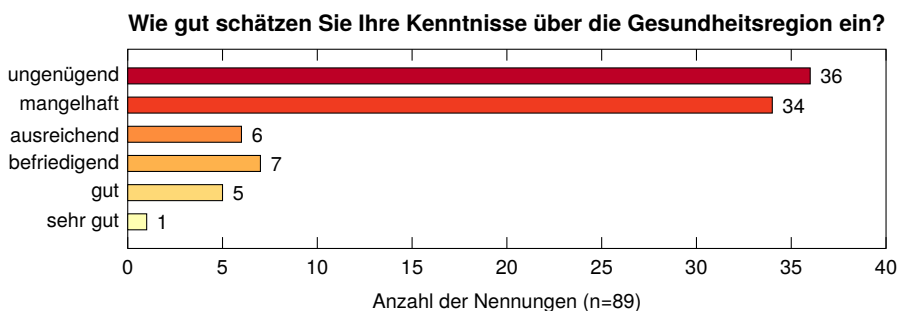
- Verständnis des GR-Konzeptes als regionale Vernetzungsplattform mit Modellcharakter
- Funktion als Vermittlungs- und Koordinationsinstanz zwischen den Partnerakteuren
- Notwendigkeit und Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen mit Umsetzungsplanung im GR-Konzept
- Notwendigkeit zur Transparenz und Kommunikation (Öffentlichkeitsarbeit) von GR-Maßnahmen hinsichtlich der Partnerakteure
- Sehr geringe Präsenz bei den niedergelassenen Ärzten
- Differenzierung in Strukturplanung und regionales Management erforderlich, um Aufgabenbereiche des GR-Konzepts zu definieren
 - Gewinnung von Ärzten für ländliche Räume: grundsätzlich Aufgabe der KV und der Landesärztekammer (GR kann lediglich unterstützen)
 - regionale bzw. kommunale Einzelfalllösungen bei der Ärztegewinnung mitunter Aufgabe der Gesundheitsregion als regionaler Managementgesellschaft und Netzwerkplattform (Koordination)
- Relevanz, ökonomische Interessen der regionalen Akteure zu berücksichtigen und in Einklang mit dem Patientenwohl zu bringen: Voraussetzung, um Gesamtidee der Region mit Einzelinteressen der zentralen Akteure (ambulante und stationäre Versorger) in gemeinsam entwickelter Netzwerkstrategie zu harmonisieren
- Vertragliche Fixierung der Inhalte, Ziele und Aufgaben einer GR als wichtiger Erfolgsfaktor, um konkrete Netzwerkleistungen von den Akteuren einfordern zu können

Im Rahmen der Befragung der Akteure in Sachsen ist das Thema ökonomischer (Einzel-)Interessen tendenziell weniger negativ behaftet, als in der Gesundheitsregion Göttingen. Gemäß der befragten Krankenkasse (I 20: 21) kann man ein ökonomisches Interesse der einzelnen Partnerakteure nicht grundsätzlich als für die Versorgungssicherung hemmend interpretieren. Gleichwohl wird es in diesem Zusammenhang wichtig sein, einerseits die „richtigen“ Anreize für die regionalen Einzelakteure zu setzen und andererseits damit im Ergebnis auch dem Wohl der Bevölkerung/Patienten gerecht zu werden. Diese komplexe Herausforderung beinhaltet sowohl eine gesundheitsökonomische Seite, die im Hinblick auf die Zielstellung dieser Arbeit nicht weiter vertieft werden soll und eine regionalstrategische Netzwerkdimension.

Im Gegensatz zur Gesundheitsregion Göttingen sind lediglich bei einem befragten Partnerakteur (I 23: 2) (Klinik) das Konzept Gesundheitsregion sowie die Ziele nicht präsent. Insgesamt scheint hier – u. a. auch aufgrund der Unterstützung der Außendarstellung und Öffentlichkeitsarbeit der Gesundheitsregion durch eine Agentur – ein professionelles Selbstmarketing der Gesundheitsregion für eine höhere Akzeptanz und Informationsdurchdringung als in der Göttinger Gesundheitsregion stattzufinden.

Quantitative Befragung

Wirft man einen Blick auf Abbildung 37, so entsteht ein anderes Bild über die Präsenz der GR-Sachsen, zumindest bei den regional niedergelassenen Ärzten.



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 37: Einschätzung der Kenntnisse über Ziele und Maßnahmen der GR Sachsen

Die deutliche Mehrheit der befragten niedergelassenen Haus- und Fachärzte (knapp 80 Prozent) ist mit diesem Konzept wenig oder gar nicht vertraut. Ein Grund für die niedrige Präsenz der Gesundheitsregion bei Niedergelassenen könnte in der – bei konkreten Projekten – vorrangigen Fokussierung auf Trägerorganisationen (wie bspw. Kliniken, Verbände etc.) liegen. Dennoch könnte ein höherer Durchdringungsgrad des Konzepts CCS bei den Ärzten ein wichtiges Element beim Thema der Praxisnachfolgelösungen sein, sodass die Öffentlichkeitsarbeit auch hier noch ausbaufähig ist.

Zusammenfassung

Insgesamt herrscht unter den befragten Akteuren der GR Sachsen überwiegend Konsens darüber, mehr und besser miteinander zu kooperieren. Auch sehen viele der Befragten Potenziale zur Verbesserung der Versorgungssicherung mithilfe des GR-Konzepts, da ein Akteursaustausch durch

die Projekte stattfinden. Allerdings sind auch kritische Meinungen unter den Akteuren erkennbar. So bestehe die Gefahr, dass es außer einigen Konferenzen und Hochglanzbroschüren keinen nennenswerten Mehrwert für die Versorgungssicherung gebe.

Insbesondere der hohe Anteil an niedergelassenen Ärzten, die dieses Konzept gar nicht oder nur wenig kennen, kann als unvorteilhaft gewertet werden. Hier entfalten sich bei der GR Sachsen durch die Nähe zu einem stationären Dienstleister vor dem Hintergrund der Sektorengrenzen (stationär/ambulant) möglicherweise Vorbehalte auf Seiten der ambulant-niedergelassenen Ärzte. Regionale Versorgungsstrategien bedürfen einer von der Mehrzahl der Akteure getragenen Zustimmung, um konkrete Projekte zu initiieren und durchzuführen. Auch wenn der Bekanntheitsgrad und die Nähe zu den Partnerakteuren in der GR Sachsen deutlich höher ist, als in der GR Göttingen, so ist mit Blick auf die Befragung der Niedergelassenen noch Optimierungspotenzial vorhanden.

Die GR wird – mit Einschränkungen – überwiegend als erfolversprechender Ansatz im Rahmen des Wandels von der sektoren- zur regionenorientierten Planung verstanden, von welchem neben einem sektoren- auch ein branchenübergreifendes Selbstverständnis (Integration von: Wohnungswirtschaft, Verkehrsbetriebe, Telekommunikation, Angebote für Angehörige, Bildung/Schulen etc.) gefordert wird. So hat man die Möglichkeit „im Kleinen zu testen“ und bei entsprechender Eignung, die Übertragbarkeit auf andere Räume zu prüfen.

Gesundheitsregion Coburg

Ergebnisbox GR Coburg

Verständnis der Partnerakteure von Gesundheitsregion

Das Projekt zur Sicherung der medizinischen Versorgung in der GR Coburg wird von den Partnerakteuren positiv aufgenommen. Zusammenfassend werden folgende Charakteristika von den Akteuren als zentral hervorgehoben bzw. gefordert:

- GR-Konzept als sinnvolle Unterstützungsmaßnahme zur Sicherung der ärztlichen Versorgung: GR als Kommunikations- und Moderationsplattform bzw. übergeordnete regionale Koordinationsplattform zur Akteursvernetzung
- Verständnis der GR als Dachorganisation regionaler Versorgungsnetzwerke, die neben Gesundheitsthemen die Region infrastrukturell stärkt und insgesamt attraktiv gestaltet
- Relevanz des verstärkten Akteursaustausches durch regelmäßige Treffen in Form von Arbeitskreisen (mit positiver Wirkung für die Vernetzung der Akteure)
- Vorbehalte gegenüber Integration des Netzwerkmanagements in Verwaltungsinstitution: eher gewünscht ist ein Gesundheitsmanager/Gesundheitsökonom, da in städtischer oder regionaler Verwaltungsinstitution zu wenig Know-How über Gesundheitswesen
- Politische Lethargie (wie Verwaltungsinstitutionen oder Bürgermeister) als Hemmnis, um GR-Konzept zügig voranzubringen
- Gesicherte Finanzierung der geplanten Maßnahmen durch MORO-Programm sowie Anschlussfinanzierung der Koordinationsstelle (nach Programmende) als wichtige Grundlage für erfolgreiche Durchführung

Insgesamt stößt die Initiative bei den meisten Partnerakteuren auf positives Interesse und aktives Engagement, wobei häufig der grundsätzliche Austausch und die Verzahnung mehrerer Maßnahmen mithilfe einer übergeordneten Dachorganisation als für die Region förderlich benannt werden (vgl. u. a. I 26: 4; I 29: 6). Gesundheitsversorgung kann gemäß der Befragten als ein wichtiger Baustein innerhalb des vielfältigen Bereichs regionaler Infrastrukturen verstanden werden, den es gilt, mit kommunalen und regionalen Akteuren zu sichern, um so „lebenswerte“ Räume zu schaffen.

Sowohl von einem stationären Leistungserbringer als auch der befragten Krankenkasse wird eine ausreichende Hausarzttdichte für die Region als wichtiges Merkmal einer funktionierenden und vor allen Dingen kosteneffizienten (ambulant vor stationär) Gesundheitsversorgung benannt (vgl. I 27: 14; I 29: 6). Das befragte Klinikum I 27 (14) führt dazu aus:

„Wenn kein Hausarzt da ist, dann gehen die Leute nicht zum Hausarzt, sondern dann kommen sie irgendwann, wenn es gar nicht mehr geht, in die Klinik und das ist die teuerste Versorgung“.

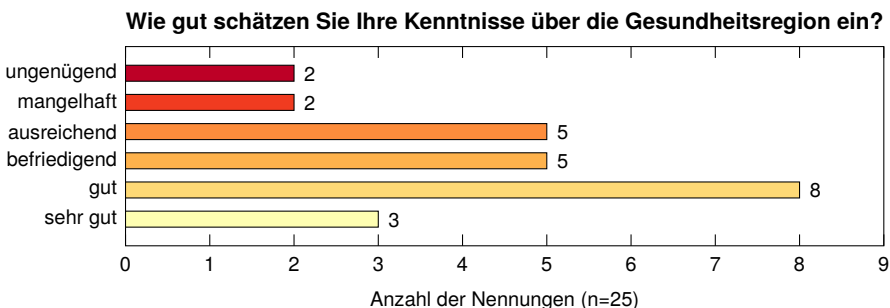
Daher seien solche regionalen Versorgungsnetzwerke wie eine Gesundheitsregion auch sinnvoll, um als Dachorganisation neben Gesundheitsthemen auch mit Themen zur Stärkung und Sicherung der gesamten regionalen Infrastruktur eine Region attraktiv zu gestalten. Hierzu I27 (18):

„Und die Gesundheitsregion insgesamt...das ist einfach für mich das ‚Drumherum-Konstrukt‘. Das eine kann nicht ohne das andere, weil es auch darum geht, wie die Verkehrsanbindung ist, sind die Einkaufsläden da, gibt es auch eine Feuerwehrversorgung und das ganze Trulala, was da ist. Also ich brauche kein funktionierendes Gesundheitssystem, wenn ich drum herum nichts mehr habe“.

Auch nach diesem Verständnis von „Gesundheitsregion“ geht es um eine übergeordnete regionale Koordinationsstelle, die Akteure (interkommunal) vernetzt und zur Kommunikation anregt sowie die zahlreichen regionalen Infrastrukturaspekte auch jenseits der Gesundheitsversorgung integriert und als „Ganzes“ betrachtet.

Quantitative Befragung

Was die Kenntnisse der Niedergelassenen im Coburger Land betrifft, so kann hier ein deutlicher Unterschied zu den beiden anderen Fallstudien festgestellt werden.



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 38: Einschätzung der Kenntnisse über Ziele und Maßnahmen der GR Coburg

Die Haus- und Fachärzte sind aufgrund der Bereitschaftsdienstproblematik in der GR Coburg und dem ausgearbeiteten GR-Projekt zur Einrichtung einer ambulanten Bereitschaftspraxis unmittelbare Adressaten eines konkreten Projekts. Demzufolge sind die Niedergelassenen laut Abbildung 38 erheblich besser über die Ziele und Maßnahmen der GR informiert (44 Prozent sehr gut bis gute Kenntnisse und 40 Prozent befriedigende bis ausreichende Kenntnisse), als dass in den Fallstudien in Niedersachsen und Sachsen der Fall ist.

Zusammenfassung

Insgesamt wird die Initiative in Coburg durch den verstärkten Akteursaustausch von allen befragten Interviewpartnern begrüßt und grundsätzlich positiv bewertet. Besonders hervorgehoben und als Erfolgsfaktor eingeschätzt werden dabei die regelmäßigen Treffen der beteiligten Akteure in Arbeitskreisen. Die GR wird als koordinierende Kommunikationsplattform und positive Unterstützungsmaßnahme für den bei der KV liegenden Sicherstellungsauftrag in Form eines Kümmerers gewertet. So könne ein verstärktes Zusammenwachsen der Akteure realisiert werden.

Gemäß den Aussagen der befragten Akteure sowie der schriftlichen Befragung, ist die GR Coburg hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit und der Präsenz aufgrund der engen Zusammenarbeit mit den Schlüsselakteuren der Gesundheitswirtschaft ein hoher Bekanntheitsgrad zu bescheinigen. Wenngleich die Region im Vergleich zu den anderen beiden Regionen um ein vielfaches kleiner ausfällt (und somit der Abstimmungsaufwand sowie die Koordinationsleistung geringer ausfallen), so ist dies dennoch überwiegend auf den professionell moderierten regelmäßigen Austausch und konkrete zeitlich fixierte Zielvorgaben zurückzuführen. Es bleibt jedoch abzuwarten, inwieweit die angestoßenen Entwicklungen auch nachhaltig aufrechterhalten werden können und weitere Verbesserung in der regionalen Gesundheitsversorgung nach sich ziehen.

Neben der medizinischen Versorgung zielt das GR-Konzept im Coburger Land allerdings noch auf weitere Infrastrukturbereiche (siehe Kurzprofil Tab. 15). Dieser ganzheitliche Regionsansatz mit einer umfassenden Ausrichtung auf mehrere Infrastrukturbereiche kann als weiterer zentraler Erfolgsfaktor der Maßnahmen im Coburger Land gewertet werden. Die mit einer Gesundheitsregion vergleichbaren Maßnahmen des MORO-Programms im Coburger Land leisten damit einen wichtigen Beitrag, um die

Region insgesamt zu stärken. So können sich sowohl mittelbar als auch unmittelbar positive Wirkungen für die medizinische Versorgungssituation entfalten.

Auch scheint der regionalspezifische Handlungsdruck bei den Partnerakteuren (insb. bei Niedergelassenen im Rahmen der Nachbesetzungsproblematik) eine entscheidende Rolle für das aktive Engagement und die Mitarbeit (und damit für den Erfolg des Konzepts) zu spielen. Je größer das Problem, desto eher die Wahrscheinlichkeit der Akteure, sich aktiv mit einzubringen.

7.1.5 Einschätzung der medizinischen Versorgungssituation

Zur Bewertung und Einschätzung der medizinischen Versorgungssituation (insb. der ambulanten Versorgung) in den drei Fallstudien, wurde bei der qualitativen Befragung um eine persönliche Stellungnahme und Beurteilung zur aktuellen sowie zukünftigen ärztlichen Versorgungssituation gebeten. Analog dazu wurden die niedergelassenen Haus- und Fachärzte um ihre Einschätzung zur aktuellen sowie zukünftigen Versorgungssituation befragt. Da Berichte und statistische Kennzahlen, wie bspw. die jeweiligen Versorgungsgrade der KVen (siehe Kap. 4.2.1), nur begrenzt Aussagen zu kleinräumigen Versorgungslücken zulassen, soll dieser Teil der Befragung den statistischen „Versorgungs-Status-Quo“ um die gefühlte Versorgungssituation ergänzen.

Gesundheitsregion Göttingen

Ergebnisbox GR Göttingen

Einschätzung der medizinischen Versorgungssituation

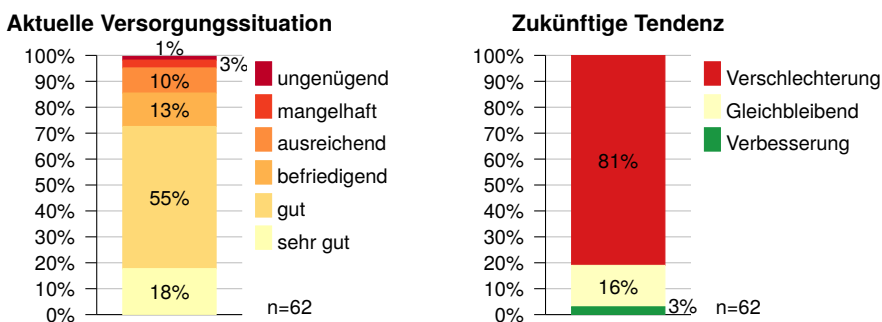
- Ambulant-ärztliche Versorgungssituation nach Einschätzung der Experten und niedergelassenen Ärzte: (noch) gut
- Einschätzung für die Zukunft: überwiegende Verschlechterung (sowohl bei der qualitativen als auch der quantitativen Erhebung)
- Handlungsbedarf zur Sicherstellung der Versorgung jedoch nicht von allen Akteuren gleich bewertet: heterogenes Problembewusstsein/-wahrnehmung; die qualitative Erhebung lässt unterschiedliche Betroffenheit der Akteure erkennen

In der GR Göttingen ist laut den Aussagen aller Befragten aktuell kein Ärztemangel vorhanden bzw. noch nicht vorhanden und die allgemeine Gesundheitsversorgung wird grundsätzlich als gut erachtet.

Für die Zukunft wird hingegen ein insgesamt negativeres Bild gezeichnet. Bei der Mehrheit der Antworten liegt die Betonung bezüglich der aktuell ausreichenden bzw. guten Versorgungssituation auf dem Wort „noch“. Mehrere Befragte sehen das auf die Region zukommende Versorgungsproblem in der Altersstruktur der aktuell praktizierenden Ärzte (vgl. I 3: 11; I 4: 60; I 6: 30; I 8: 1; I 10: 6).

Quantitative Befragung

Analog zu den Expertengesprächen fällt auch die schriftliche Befragung der Haus- und Fachärzte aus (siehe Abb. 39).



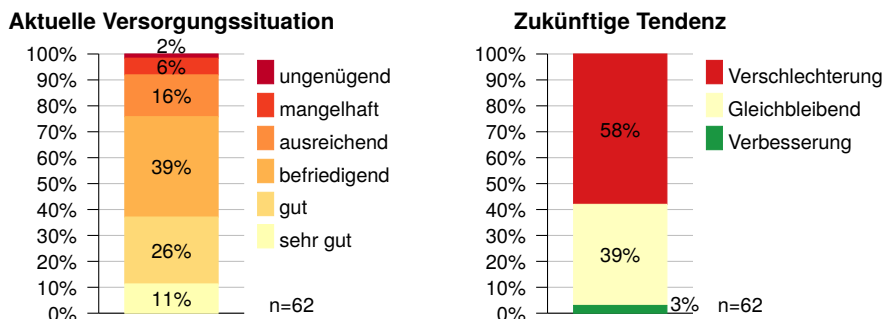
Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 39: Einschätzung der hausärztlichen Versorgungssituation (GR Göttingen)

So schätzen rd. 73 Prozent der Niedergelassenen die aktuelle hausärztliche Versorgungssituation als gut bis sehr gut ein und weitere knapp 23 Prozent als befriedigend bzw. ausreichend. Lediglich eine Minderheit von ca. 4 Prozent sieht jetzt schon eine Mangelsituation. Demgegenüber ist eine große Mehrheit von ca. 81 Prozent davon überzeugt, dass sich die hausärztliche Versorgung in Zukunft verschlechtern wird, während 16 Prozent der Befragten keine Veränderung prognostizieren und nur 3 Prozent von einer Verbesserung ausgehen.

Nicht mehr ganz so eindeutig wird die Versorgungssituation mit Fachärzten gesehen. Nur noch rd. 37 Prozent der Befragten schätzen die aktuelle fachärztliche Versorgung auf dem Land als gut bis sehr gut ein. Der überwiegende Teil von zusammen ca. 55 Prozent bewertet diesen Versorgungsbereich als befriedigend bzw. ausreichend und eine auch hier eher kleine Minderheit von ca. 8 Prozent sieht die Facharztversorgung schon jetzt als schlecht (mangelhaft bzw. ungenügend) an. Von einer zukünftigen

Verschlechterung der Situation geht auch hier die Mehrheit (58 Prozent) aus, wobei hier immerhin rd. 38 Prozent mit tendenziell gleichbleibenden Verhältnissen rechnen (siehe Abb. 40).



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 40: Einschätzung der fachärztlichen Versorgungssituation (GR Göttingen)

Einen sehr interessanten Aspekt im Kontext der allgemeinen Debatte um den „Ärzttemangel“ in Deutschland führen ein Bürgermeister (I2) und ein Klinikum (I5) an. Sie sind nicht der häufig zitierten Meinung, dass Deutschland in weiten Teilgebieten einem Ärztemangel entgegensteuere. Vielmehr würden „viel zu viele unnötige Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden“ (I2: 76) bzw. man habe in Deutschland „zu viel (Spezialisten-)Medizin“ bzw. „zu viel Paramedizin“ (I5: 72). Auch der Hausarztverein I11 ist der Auffassung, dass der prognostizierte mögliche Mangel an Hausärzten in der Fläche nicht so eintreffen wird, wie es teilweise öffentlich diskutiert werde (vgl. I11: 5).

Zusammenfassung

Jenseits der aufgeführten und in die Zukunft prognostizierten teils räumlichen Mangelsituationen besonders in peripheren ländlichen Gebieten der Göttinger Gesundheitsregion, stellt sich die Versorgung sowohl nach den Zahlen der KV (siehe Tabelle 5 und Tabelle 6) als auch nach den Einschätzungen der befragten Interviewpartner und niedergelassenen Ärzte derzeit insgesamt als (noch) gut dar. In diesem Zusammenhang äußert die KV einen zentralen Punkt für den medizinischen Nachwuchs als auch für die Bedarfsplanung: „Das ist ein reiner Nachfragermarkt. Also die jungen Ärzte können jetzt halt entscheiden, wo sie tätig werden“ (I10: 20). Hier wird deutlich, dass selbst die KV die Steuerungsfähigkeit der Bedarfspla-

nung kritisiert und im Rahmen einer bedarfsgerechten Ärzteverteilung Handlungsbedarf besteht.

Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen

Ergebnisbox GR Sachsen

Einschätzung der medizinischen Versorgungssituation

- Aktuelle und besonders die zukünftige Versorgungssituation in der Einschätzung fast aller Partneraktuelle der GR: eher schlecht, da das Alter der derzeit Niedergelassenen überdurchschnittlich hoch ist und eine hohe Zahl von Praxisaufgaben bzw. von Nachfolgeproblemen absehbar ist
- Hausärztliche Versorgung nach Ansicht der Mehrheit der niedergelassenen Ärzte: gut (70 Prozent); Prognose: je 50 Prozent Verschlechterung sowie gleichbleibend
- Einschätzung der derzeitigen fachärztlichen Versorgung: deutlich schlechter (40 Prozent gut, 40 Prozent befriedigend bis ausreichend und 20 Prozent mangelhaft); Prognose: Mehrheit schätzt die fachärztliche Versorgung gleichbleibend ein (60 Prozent), 40 Prozent sehen zukünftige Verschlechterung
- Bevölkerungsentwicklung (insbesondere in ländlichen Gebieten) als treibender Negativfaktor nach Einschätzung der niedergelassenen Ärzte

In Analogie zu den Versorgungsgraden der KV (siehe Tabelle 9 und Tabelle 10) fällt die Einschätzung der mündlich befragten Akteure insbesondere zur ambulanten Versorgungssituation schlecht aus. I 12 (10) hebt die Vorhaltung pädiatrischer (kinderärztlicher) Versorgung in den ländlichen Gebieten der Gesundheitsregion als zukünftig problematisch hervor. Ursache sei die Überalterung der Haus- und Kinderärzte. Damit würden Niederlassungssitze vakant werden, die schwer durch den jungen Medizinernachwuchs zu besetzen seien, da diese eher in urbanen Zentren arbeiten wollten. Außerdem ließen sich junge Familien tendenziell eher in städtischen Gebieten nieder, sodass die ohnehin schrumpfende Bevölkerung in ländlichen Regionen weiter abnehme. Dies habe zur Folge, dass sich der Quotient [Arzt/Einwohner] verschiebe und sich damit der zahlenmäßige Bedarf gemäß der Bedarfsplanung nur schwer abbilden lasse. Hierzu I 12 (10) weiter: „Wenn man das auf die Region legt, dann hat man Mühe zu begründen, dass dort ein Mangel entsteht. Das ist ganz schwer zu dokumentieren. Gefühlt ist der Mangel da“.

Mit diesen Ausführungen weist die Geschäftsstelle der GR Sachsen auf die begrenzte Anwendungstauglichkeit der Bedarfsplanung hin. Beispielsweise liegt die Verhältniszahl für Hausärzte bundesweit bei 1.671 (vgl. G-BA 2012). Das bedeutet, dass pro 1.671 Einwohner ein Hausarzt vorhanden sein

soll. Schrumpft allerdings die Bevölkerung in einem Gebiet, sinkt nach dieser Systematik auch der rechnerische Bedarf an Ärzten, obwohl laut den Ausführungen aus Kapitel 2.1.2 bei geringerer aber durchschnittlich älterer Bevölkerung nicht grundsätzlich auch weniger Ärzte benötigt werden.

Viele Befragte konstatieren im Zusammenhang mit der Versorgungssituation in den ländlichen Gebieten die Wiederbesetzungsproblematik freierwerdender Arztsitze sowie die ungünstige demografische Entwicklung (I 16: 2; I 17: 15; I 18: 14; I 20: 9; I 23: 39). Allerdings sprechen sowohl die Sächsische Ärztekammer (I 16) als auch die Krankenkasse (I 20) nicht von einem strukturellen Ärztemangel, sondern stellen das Verteilungsproblem heraus, womit indirekt erneut die kassenärztliche Bedarfsplanung in der Kritik steht.

Entsprechend werden die Problemursache sowie die daraus erwachsenden Herausforderungen einer zukunftsfähigen Versorgungssicherung von allen Akteuren gleichermaßen identifiziert sowie als erheblich eingeschätzt. Ferner ist zu erkennen, dass durch diese Entwicklungen für die befragten Akteure ein „sich aufeinander zu bewegen“ unumgänglich ist. Wie dieser Abstimmungs- und Zieldefinitionsprozess allerdings konkret ausgestaltet werden muss, wird nur in Ansätzen skizziert. Überwiegend sprechen die Akteure zwar von verstärkter Zusammenarbeit, die stattfinden müsse, allerdings ohne detaillierter darauf einzugehen. Gerade vor diesem und dem nachfolgenden Aspekt ist es besonders wichtig, eine neutrale und sachlich-objektive Kooperationsstelle wie eine Gesundheitsregion zu etablieren, die eben dieses Aktionshemmnis abbaut und die entsprechenden Akteure zum Dialog zusammenführt.

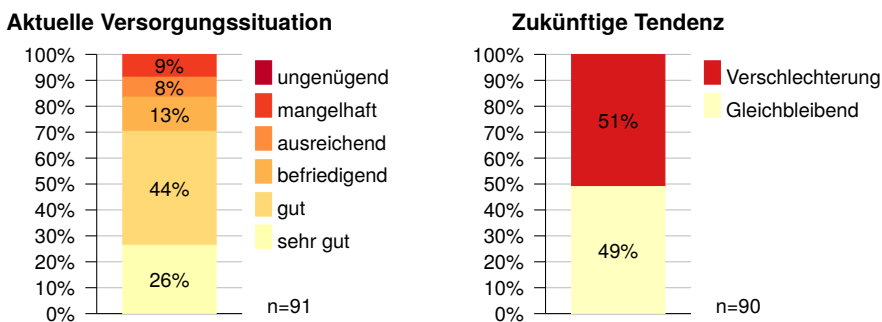
Im Rahmen der Befragung zur Versorgungssituation in Sachsen werden außerdem Dissonanzen zwischen den gesundheitspolitischen Institutionen der Region sichtbar (vgl. I 21; 42), die die Zusammenarbeit hemmen.

Der mehrfach von verschiedenen Experten angesprochene sog. gefühlte Mangel aus Sicht der Nutzer/Patienten, welcher längere Wegstrecken der Patienten zum Arzt oder längere Wartezeiten auf einen Arzttermin beschreibt, wird von der KGS wie folgt aufgegriffen: „Also Mangel kann etwas Objektives sein. Mangel kann aber auch etwas Gefühltes sein. Das ist eine der großen Schwierigkeiten glaube ich, in der gesamten Debatte, dass es ja keinen belastbaren Befund, keinen empirischen Befund gibt“ (I 21: 41). Diese Aussage untermauert die Kritik des SVR Gesundheit (2014, S. 356) an

der Bedarfsplanung, dass es keine wirkliche Bedarfsermittlung gebe und kann als wiederkehrender Appell an eine dringlich weiterzuentwickelnde „echte“ Bedarfsplanung gewertet werden. Hierfür müssen tatsächliche Versorgungsbedarfe der Bevölkerung ermittelt und nicht Versorgungsgrade fortgeschrieben werden.

Quantitative Befragung

Eine deutliche Mehrheit von rd. 70 Prozent der befragten niedergelassenen Ärzte schätzt die aktuelle hausärztliche Situation im Gegensatz zu den mündlich interviewten Experten als gut bis sehr gut ein und auch prognostisch ist die Einschätzung deutlich positiver geprägt als bei den Interviewexperten (siehe Abb. 41).

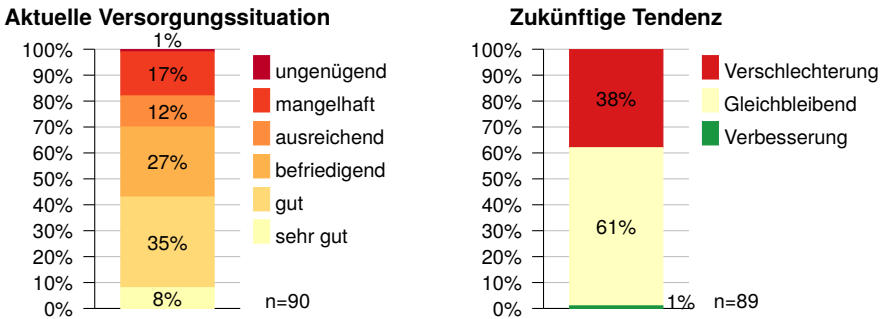


Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 41: Einschätzung der hausärztlichen Versorgungssituation (GR Sachsen)

Während die eine Hälfte der Ärzte eine Versorgungsverschlechterung im hausärztlichen Bereich kommen sieht, geht die andere Hälfte von einer zukünftig gleichbleibenden Situation aus.

Demgegenüber wird die fachärztliche Versorgung aktuell von nur rd. 40 Prozent der Ärzte als gut bis sehr gut beurteilt (siehe Abb. 42). Weitere knapp 40 Prozent erachtet die fachärztliche Situation als befriedigend bis ausreichend und rd. 18 Prozent der Ärzte schätzt sie als mangelhaft und schlechter ein. Die zukünftigen Aussichten werden hier von der Mehrheit mit rd. 60 Prozent als gleichbleibend erachtet, während rd. 40 Prozent von einer Verschlechterung ausgeht.



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 42: Einschätzung der fachärztlichen Versorgungssituation (GR Sachsen)

Beide vorangegangenen Abbildungen weisen darauf hin, dass Handlungsbedarf besteht, um die zukünftig prognostizierte Versorgungsverschlechterung bei Hausärzten (rd. 50 Prozent) und bei Fachärzten (rd. 40 Prozent) abzuwenden. Allerdings sieht ein großer Teil der niedergelassenen Ärzte in der Region Sachsen sowohl seine aktuelle als auch zukünftige Situation nicht als desolat an und zeigt sich im Vergleich zu der GR Göttingen optimistischer.

Zusammenfassung

Im Ergebnis sehen in der GR Sachsen sowohl die Mehrheit der Experten als auch rd. die Hälfte der schriftlich befragten niedergelassenen Ärzte die Bevölkerungsentwicklung in ländlichen Räumen als eine der zentralen handlungsleitenden Ursachen zukünftiger Versorgungsengpässe. Der sich aus der alternden und sinkenden Bevölkerungsentwicklung erwachsenden Herausforderung der Nachbesetzung frei werdender Arztsitze, müsse durch konkrete Kooperationen und eine stärkere Zusammenarbeit der Akteure entgegengewirkt werden.

In diesem Zusammenhang kann die sektorale Trennung ambulanter und stationärer Versorgungsinstitutionen nach wie vor als Hemmschuh insbesondere in ländlichen Räumen konstatiert werden, was sektorübergreifende Kooperationen bzw. integrierte Versorgungsansätze erneut in den Vordergrund stellt. Die politischen Instanzen scheinen trotz der seit einiger Zeit absehbaren Entwicklungen der Versorgungssituation in ländlichen Regionen und der mehrfach vom SVR Gesundheit (2007, 2009, 2014) erarbeiteten

und publizierten Empfehlungen zur Versorgungssicherung nur sehr langsam entsprechende Anreizkulissen zu mehr Kooperationen zu initiieren. Entsprechend der vorliegenden Ergebnisse kann der Handlungsdruck im ambulant-ärztlichen Versorgungsbereich als offenkundig und sich zukünftig verstärkend eingeschätzt werden.

Gesundheitsregion Coburg

Ergebnisbox GR Coburg

Einschätzung der medizinischen Versorgungssituation

- Aktuelle Versorgung in der Bewertung der Mehrheit sowohl der interviewten Experten als auch der Niedergelassenen: gut bis ausreichend
- Prognose der Versorgung: nach Einschätzung der Experten und niedergelassenen Ärzte in der GR Coburg am negativsten
- Nachbesetzungsproblematik niedergelassener Arztpraxen als zentrales zukünftiges Versorgungshemmnis: Nachwuchsförderung daher wichtiges Handlungserfordernis; vorrangige Aufgabe der Politik (Land und Bund)
- Forderung nach einer Reform der Bedarfsplanung
- Hohe Erwartungshaltung der Patienten: „Ich kann doch nicht sieben Kilometer bis zum nächsten Arzt fahren“ (I28: 10)

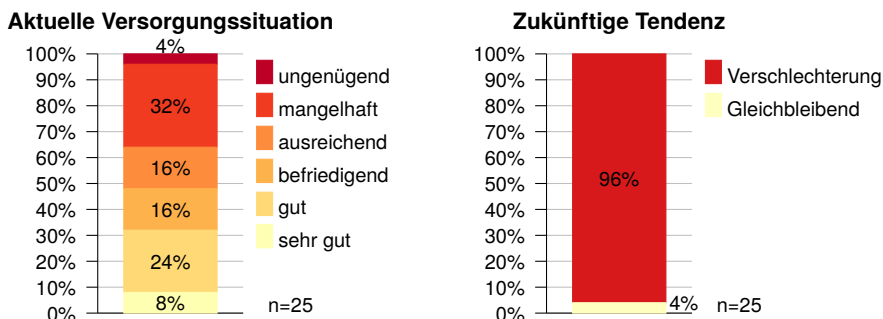
Der überwiegende Teil der befragten Experten schätzt die aktuelle Versorgungssituation als noch ausreichend bzw. noch gut ein, allerdings entstehe auf Grund der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte (insb. Hausärzte) in den kommenden fünf bis zehn Jahren ein Versorgungsengpass (I24: 9 u. 40; I25: 15; I26: 6; I28: 10; I29: 12). Jenseits der Versorgungsungleichheiten innerhalb der deutschen Grenzen, die in Teilräumen vorhanden seien, hebt I28 (10) den grundsätzlichen „sehr hohen Stand der medizinischen Versorgung“ in Deutschland sowie die in der breiten Bevölkerung vorhandene hohe Erwartungshaltung („Ich kann doch nicht sieben Kilometer bis zum nächsten Arzt fahren“) (I28:10) hervor.

Quantitative Befragung

Da die Stichprobe mit $n=25$ deutlich geringer ist, als bei den anderen beiden Gesundheitsregionen, ist die Aussagekraft der im Coburger Land durchgeführten quantitativen Befragung grundsätzlich eingeschränkt. Der Vollständigkeit halber sowie zur Ableitung von Tendenzen werden die Ergebnisse dennoch dargestellt.

Gemäß den befragten Ärzten schätzen bereits 36 Prozent die aktuelle hausärztliche Situation als mangelhaft bzw. ungenügend ein. Außerdem

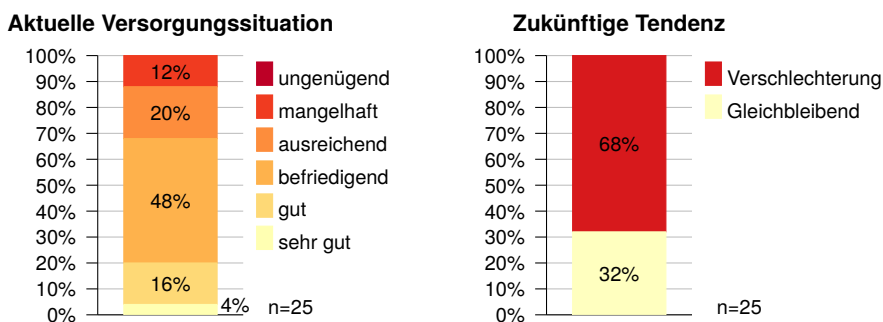
prognostizieren fast alle eine Verschlechterung der hausärztlichen Versorgung (siehe Abb. 43), womit die Ärztebefragung ein vergleichbares Ergebnis zu den Expertenbefragungen in dieser Region aufweist.



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 43: Einschätzung der hausärztlichen Versorgungssituation (GR Coburg)

Bei der fachärztlichen Versorgung werden die aktuelle sowie die zukünftige Situation etwas positiver beurteilt (siehe Abb. 44), jedoch können auch diese Einschätzungen nicht als zufriedenstellend bzw. „bedarfsgerecht“ interpretiert werden. Die Nachbesetzungsproblematik spiegelt sich deutlich auch in diesen quantitativen Ergebnissen wider. Die Unzufriedenheit über die aktuelle sowie zukünftige ärztliche Versorgungssituation ist im Coburger Land im Vergleich zu den anderen beiden Fallstudien folglich am deutlichsten erkennbar.



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 44: Einschätzung der fachärztlichen Versorgungssituation (GR Coburg)

Zusammenfassung

Nebst der generellen Alterung sowohl der Ärzteschaft als auch der Bevölkerung insgesamt und den damit verbundenen Nachbesetzungsproblemen insbesondere in ländlichen Räumen, wird die Versorgungssituation (hier überwiegend des ambulanten Bereichs) als noch ausreichend beschrieben, welche sich in den kommenden Jahren laut der befragten Experten und der Niedergelassenen perspektivisch deutlich verschlechtern werde. Die in den Interviews wiederkehrenden Schlagwörter „demografischer Wandel“, „Altersstruktur“, „noch gute Versorgung“ zeigen auch im Coburger Land einen erhöhten Handlungsdruck bei der Suche nach innovativen und nachhaltigen Versorgungsansätzen zur Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum auf.

Symptomatisch bei der gesamten Diskussion zum Phänomen „Ärztemangel“ ist die begriffliche Unbestimmtheit bzw. Unschärfe des häufig erwähnten Ausdrucks „Bedarf“. Dies spiegelt sich in einer sehr heterogenen Beschreibung der jeweiligen Vorstellungen zu einer „bedarfsgerechten“ Versorgung wider.

7.1.6 Hemmnisse im Gesundheitswesen

Bei dieser Kategorie geht es um Probleme und Herausforderungen, die die Befragten im Zusammenhang mit der Sicherung der Versorgungssituation in ihrer Region sehen (raumspezifisch) bzw. gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, die grundsätzlich im Gesundheitswesen als hinderlich eingeschätzt werden. Einige dieser Hemmnisse gehen bereits aus den zuvor analysierten Antwortkategorien hervor, sollen an dieser Stelle jedoch ergänzt und explizit hervorgehoben werden, um regionalspezifisch drängende Problemstellungen zu identifizieren und damit den potenziellen Mehrwert und die Unterstützungsleistung des Konzepts Gesundheitsregion im Hinblick auf die Sicherung medizinischer Versorgung in ländlichen Räumen herauszuarbeiten.

Gesundheitsregion Göttingen

Ergebnisbox GR Göttingen

Hemmnisse im Gesundheitswesen

- Bürokratieabbau insbesondere durch Reduzierung der Dokumentationspflichten
 - Ärzte wollen Ihrer Kernaufgabe (Patientenversorgung) nachgehen können (Politik gefordert)
- Honorarpolitik reformbedürftig
 - Diskrepanzen zwischen
 - ▷ Gerätemedizin und sprechender Medizin,
 - ▷ städtischen und ländlichen Arztpraxen sowie
 - ▷ privat und gesetzlich versicherten Patienten.
 - Falsche Anreizstruktur: Ärzte bekommen Geld für kranke Patienten, nicht für gesunde
 - Gefahr der Unwirtschaftlichkeit durch nach wie vor nicht überwundene Sektorengrenzen
- Unsicherheit sowohl bei aktuell tätigen Niedergelassenen, als auch bei Niederlassungswilligen geschürt: kontraproduktiv für Nachwuchsgewinnung
- Teilräumliche Notwendigkeit von Konzentrationsprozessen (z. B. Ärztehaus), um Wirtschaftlichkeit und Qualität gewährleisten zu können mit Folgen für eine Vergrößerung der Entfernungen zwischen Patient und Arzt
- Kompromissbereitschaft auch von den Patienten gefordert: längere Wege, dafür effiziente und zukünftig tragfähige Versorgungsstruktur

Probleme die auf der Ebene gesetzesspezifischer Rahmenbedingungen angesprochen werden, sind insbesondere die steigende Bürokratie und Dokumentationspflicht der Ärzte, die Honorarpolitik, das Regressrisiko sowie die Erreichbarkeitsverhältnisse. Auf der Seite der raumspezifischen Hemmnisse wurden insbesondere die abnehmende Arztdichte und räumliche Konzentrationsprozesse von Gesundheitsdienstleistungen und die damit einhergehenden Erreichbarkeitsprobleme für Patienten thematisiert.

Beim Thema Bürokratie bzw. Dokumentationspflicht wird die akute Patientenversorgung (tendenziell sinkend) in das Verhältnis zur administrativen Schreibtischarbeit (tendenziell steigend) der Ärzteschaft gesetzt und deutlich kritisiert. Als Lösungsansatz sieht der Hausarztverein die Entbürokratisierung, welche letztendlich durch eine „intelligente Honorarpolitik“ zu schaffen sei (vgl. I 11: 30).

Alle Gesprächspartner, die die Honorarpolitik angesprochen haben, sehen hierbei auch erheblichen Reformbedarf. Kritisiert wird insbesondere die

vergütungsseitige Diskrepanz zwischen Gerätemedizin und sprechender Medizin (vgl. I 5: 34; I 6: 41) sowie zwischen städtischen und ländlichen Arztpraxen (vgl. I 8, I: 15). Hier sei laut I 6 (41) vorrangig die Kassenärztliche Vereinigung gefordert, neue Rahmenbedingungen zu schaffen. Im Rahmen der honorarpolitischen Debatte in der Göttinger Region kann festgehalten werden, dass ein grundsätzlicher Reformbedarf insbesondere bei den Anreizstrukturen besteht, um Effizienzreserven zu mobilisieren und damit die bundesdeutsche Gesundheitsversorgung insgesamt „gerechter“ zu vergüten.

Das Regressrisiko, welches insbesondere für ambulant tätige Einzelpraxen eine ökonomische Gefahr darstellen kann, wird von Krankenkasse und KV in der Region als derzeit medial sehr präsent, aber als tendenziell weniger erheblich beschrieben. Gleichwohl entfaltet diese Thematik Verunsicherung und abschreckende Wirkung auf eine Niederlassung und kann somit als sensible Stelle der Nachwuchskräfte gewertet werden.

Rund die Hälfte der Befragten sieht zwar in Zukunft Probleme bei der Nachbesetzung vertragsärztlicher Praxen in der Fläche, allerdings wird das räumliche Zentralisieren bzw. Konzentrieren von Gesundheitsleistungen an adäquaten Standorten, bspw. in Form von Ärztehäusern, für sinnvoll, ja teilweise notwendig erachtet (hierzu I 1: 34, 36, 48; I 2: 72, 74; I 3: 15, 17; 49, 51, 58; I 7: 27, 29; I 9: 42; I 10: 34). Im Vordergrund stehen hierbei die zukünftige Gewährleistung von Effizienz und Qualität der Versorgung. Dies sei bei einer klassischen Einzelpraxis nicht überall möglich.

Die von den Befragten angesprochene Idee ist allerdings nicht ausschließlich alleine auf Konzentrationsprozesse zur Erhöhung der medizinischen Ergebnisqualität gerichtet. Mit Qualität ist in diesem Sinne eher eine übergeordnete und effizientere Vorhaltung von Gesundheitsleistungen gemeint. Dies kann einerseits Kosten einsparen und andererseits aufgrund von Synergieeffekten und sektorübergreifenden Versorgungsstandorten zu einer besseren räumlichen Versorgungssituation bspw. aufgrund geringerer Informationsverluste führen.

Im Rahmen der Befragung wird deutlich, dass die teilträumlich notwendigen Konzentrationsprozesse der medizinischen Leistungserbringung (z. B. Versorgungszentren, Ärztehäuser etc.) zukünftig nicht aufzuhalten bzw. sogar notwendig sein werden. Die einerseits damit von den Befragten in Verbindung gebrachte Versorgungsqualität und -effizienz wird begrüßt. Andererseits werden sich bezüglich einer wohnortnahen Versorgung insbeson-

dere in ländlichen Räumen zwangsläufig (Distanzvergrößerung zwischen Patient und medizinischer Dienstleistung) neue Herausforderungen ergeben. Demzufolge rücken bei einer älter werdenden und damit tendenziell immobileren Bevölkerung Mobilitätskonzepte (z. B. Patientenbus) und neue Versorgungsformen (z. B. Gemeindeschwester) in den Fokus. Diese werden losgelöst vom GR-Konzept genannt und als Lösungsideen vorgeschlagen.

Genau in dieser Symbiose, nämlich der Entwicklung von Mobilitätskonzepten auf der einen Seite und den Vorstellungen der Ärzte zu Erreichbarkeitsoptimierungen auf der anderen Seite, sieht der Hausarztverein mögliche Lösungsansätze: „Öffentlichen Personennahverkehr näher an die ärztlichen Kollegen heranbringen“ (I 11: 10). Jenseits der möglichen Verbesserungspotenziale und teilträumlichen Notwendigkeit alternativer Mobilitätskonzepte zur Erreichbarkeit ärztlicher Versorgung, weist der Hausarztverein auf das insgesamt hohe Versorgungsniveau und die vergleichsweise dichte Besiedlung in Deutschland hin. Man dürfe das Thema teilträumlicher Versorgungslücken nicht „überdramatisieren“ (vgl. I 11: 13).

Zusammenfassung

Laut den befragten Experten ist das Thema Bürokratieabbau eines der zentralen Hemmnisse, bei denen die Politik gefordert ist, Ärzten größeren Handlungsspielraum zu gewährleisten, damit diese der Patientenversorgung nachgehen können. Weitere hemmende Aspekte sind die Missverhältnisse sowie Fehlanreize in der Honorarpolitik und das zu Unsicherheiten führende Regressrisiko.

Im Rahmen des Themas Erreichbarkeit wird die Vernetzung von Leistungserbringern hervorgehoben. Hierbei kann die Gesundheitsregion insbesondere den Dialog der regional ansässigen Akteure anstoßen und koordinieren. Bei der Vorhaltung effizienter, qualitativ hochwertiger und tragfähiger Versorgung einerseits und Wohnortnähe der Versorgung andererseits wird man zukünftig insbesondere in ländlichen Räumen Kompromisse eingehen müssen. Erste, allerdings weitgehend unkonkrete, Vorschläge zur Überwindung dieser Herausforderung können in einer Patientenmobilitätsstrategie liegen. Durch die räumliche Verankerung des GR-Konzepts könnten hier wesentliche Vorteile der Gesundheitsregion gegenüber Einzelmaßnahmen liegen.

Insgesamt zeigen die Äußerungen der Befragten auf, dass jenseits der lokalen und regionalen Ebene der Gesundheitsversorgung dahinter liegende Herausforderungen stehen, die durch eine Gesundheitsregion identifiziert

und adressiert werden können. Dieses Potenzial, einen durch die Gesundheitsregion initiierten Kommunikationsprozess zwischen den Leistungserbringern und lokalen sowie regionalen Gebietskörperschaften anzustoßen, kann als wichtiger Erfolgsfaktor dieses Konzepts gewertet werden. Voraussetzung dafür ist, dass die identifizierten Hemmnisse zu Lösungsansätzen führen, die wiederum in lokalen und regionalen Projekten/Maßnahmen umgesetzt werden und zur Versorgungssicherung in ländlichen Räumen beitragen.

Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen

Ergebnisbox GR Sachsen

Hemmnisse im Gesundheitswesen

- Kritik an Bedarfsplanung
 - Systematik der Bedarfsermittlung mit hemmenden Folgen für ländliche Versorgungsprojekte und Praxisnachbesetzungen: Zentrales Handlungsfeld
 - Forderung an die KV tätig zu werden, um kleinräumig Bedarfe ermitteln zu können
- Konzentrationsprozesse nicht als negative Entwicklung eingeschätzt, wenn Orientierung an abgestufter Versorgungsstruktur
 - Konzentration bei Fachärzten
 - Dekonzentration bei Hausärzten
- Kompromissbereitschaft auch von den Patienten gefordert: weitere Entfernungen werden in Teilräumen unvermeidbar sein
- Honorarpolitik reformbedürftig
 - Ökonomische wie auch versorgungstechnische Nachteile durch teilweise entgegengesetzte Anreizwirkungen zwischen verschiedenen Leistungserbringern
 - Optimierung der Honorarpolitik nicht nur Aufgabe der übergeordneten politischen Instanzen, sondern auch der Akteure vor Ort
- Sektorengrenzen als Vernetzungshemmnis
 - Abrechnungs- und planungstechnische Unterschiede bei ambulanter und stationärer Versorgung erschweren Netzwerkaktivitäten
 - GR-Konzept zum Abbau der Versorgungsgrenzen sinnvoll
 - Vorschlag: Öffnung der stationären Versorgungseinrichtungen für ambulant tätige Ärzte

In der Region Sachsen werden im Rahmen gesundheitspolitischer Hemmnisse zur Sicherung der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen – aber auch über räumliche Gebietskategorien hinweg – die Bedarfsplanung der KV, die Honorarpolitik sowie die heterogenen räumlichen Ausgangssituationen angeführt.

Die GR-Geschäftsstelle (I 12) erachtet die Bedarfsplanung als für bestimmte Teilräume zur Bedarfsermittlung ungeeignet und führt dies als zentrales Hemmnis zur Förderung von ländlichen Versorgungsprojekten an. Insbesondere für die ländlichen Räume ist nach den Ausführungen von I 12 (10) die Bedarfsplanung zur Versorgungssicherung hinderlich und steht einer wohnortnahen Versorgung sogar im Wege. Die aus der Versorgungsrealität kommende Darstellung der eingeschränkten Tauglichkeit des KV-Instruments Bedarfsplanung, bestätigt erneut die mehrfach angemahnte Reform dieses Instruments durch den SVR Gesundheit.

Grundsätzlich sehen I 16, I 19 (8), I 21 (23) und I 22 (9) Konzentrationsprozesse im Versorgungsgeschehen nicht als negativ an, wenn entsprechende Maßnahmen getroffen werden bzw. sich diese entlang einer abgestuften Versorgungsstruktur orientieren. I 16 (8) gibt zu bedenken, dass eine hohe Arztdichte zwar zunächst theoretisch zu kürzeren Wartezeiten führe (und damit auch einen Beitrag zur regionalen Versorgungsqualität leiste), aber nicht grundsätzlich zu einer höheren medizinischen Qualität.

Bezüglich der heterogenen räumlichen Ausgangssituationen ländlicher Räume in Deutschland hebt die GR-Geschäftsstelle (I 12: 14) regionalspezifische Lösungsstrategien hervor. Gerade in den problembehafteten Gebieten könnten vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung telemedizinische Maßnahmen in Form von Ambient-assisted-living-Systemen Versorgungslücken schließen oder zumindest abmildern (I 12: 6). Auch die KV Sachsen (I 15: 20) hält die individuelle Lösungsfindung vor Ort für entscheidend und sieht in weiteren gesetzlichen Maßnahmen keine Alternative. In diesem Zusammenhang seien laut SÄK „Trampelpfade“ etwas „ziemlich Konstantes“, sodass hier individuell geprüft werden müsse, welche Erfordernisse bzw. Bedarfe es in den jeweiligen Gebieten gebe (vgl. I 15 I: 16). Als zentrale unterschiedliche Ausgangsbedingungen für entsprechende Lösungsansätze kann man nach I 20 bspw. die Nähe zu städtischen Agglomerationen, aber auch den Leidensdruck der ansässigen Leistungserbringer anführen (I 20: 44; auch I 12: 14).

Honorarpolitik

Die Befragten I 12, I 17 und I 19 stellen die unterschiedlichen Vergütungsmodalitäten sowie die Sektorengrenzen insgesamt als zentrales Hemmnis bspw. für die hoch gehaltenen und dringend erforderlichen Netzwerkaktivitäten

heraus: „Ein Hindernis für die Vernetzung ist einfach das Arbeiten in den jeweiligen Sektoren. Also ambulante und klinische Versorgung sind eben doch noch zwei Welten, abrechnungstechnisch und planungstechnisch“ (I 12: 22). I 15 hinterfragt die Anreizstruktur zur verstärkten Netzbildung und sieht darin tendenziell eher die Notwendigkeit für den einzelnen Leistungserbringer betriebswirtschaftlich wettbewerbsfähig zu bleiben: „Das muss nicht immer gut für den Patienten sein“ (I 15 I: 28). Allerdings fügt er hinzu, dass der Aufbau von Behandlungspfaden durch vernetzte Strukturen, die optimal für den Patienten sind, grundsätzlich „vernünftig“ sei. Die Krankenkasse (I 20) sieht im Rahmen der Honorarpolitik die Schwierigkeit, diese komplexen Budget-, Verteil- und Planungsmechanismen „umzubauen“, auch deswegen, weil es so viele politische Entscheidungsträger und Stakeholder gebe, die bei einer Umverteilung erstmal vorsichtig seien (vgl. I 20: 15).

Im Zusammenhang mit dem GR-Konzept führt er an, dass es funktionierende Gesundheitsregionen gebe, bei denen die Stakeholder allerdings tendenziell eher altruistisch handelten und damit keine ökonomischen Vorteile hätten. Hier seien die Anreize falsch gesetzt (I 20: 23).

Die von der Krankenkasse angeführten Beispiele (I 20: 36) fehlgeleiteter Anreizstrukturen zeigen teilweise deutlich auf, dass die aktuellen Anreize eine optimalere Patientenversorgung für den einzelnen Leistungserbringer behindern und gesamtwirtschaftliche Nachteile erzeugen. Die von der Krankenhausgesellschaft angesprochene Idee eines „regionalen Budgets“ könnte hier die Leistungsanreize sinnvoller setzen.

Zusammenfassung

Die Bedarfsplanung für dünn besiedelte ländliche Räume wird als unzureichend empfunden, um kleinräumige Versorgungsbedarfe abbilden zu können. Daran ist die Forderung an die KVen und die damit verbundenen politischen Instanzen (BMG) geknüpft, die Bedarfsplanung zu modifizieren. Gleichzeitig wird gefordert, die Erreichbarkeit medizinischer Leistungserbringer durch ein abgestuftes System von Konzentration bei Fachärzten und Dekonzentration bei Hausärzten herzustellen. Diese Abstufung entspricht auch der KV-Bedarfsplanung (siehe räumliche Versorgungsebenen); allerdings auf der ersten Versorgungsebene der Hausärzte (sog. Mittelbereiche) bedarf es laut der Erhebung einer Reform (s. o.). Auch von den Patienten selbst (insb. im ländlichen Raum) wird ein höheres Maß an Flexibilität abverlangt.

Darüber hinaus macht die heterogene räumliche Ausgangssituation regionalspezifische Versorgungsformen und -projekte erforderlich, allerdings nicht in Form neuer Gesetze, sondern durch vergrößerte lokale und regionale Handlungsspielräume. Hier wird von der Politik gefordert, ländliche Gebiete im Kontext einer ausgeglichenen gesamträumlichen Struktur insgesamt (nicht nur Gesundheit) stärker zu fördern (Stadt braucht Land, Land braucht Stadt)

Auch die Anreizstrukturen des aktuellen Vergütungssystems ist nach Expertenmeinungen erheblich reformbedürftig. Teilweise entstehen durch entgegengesetzte Anreizwirkungen zwischen verschiedenen Leistungserbringern sowohl ökonomische als auch versorgungstechnische Nachteile.

Insgesamt ist der Umbau dieses Bereichs des Gesundheitswesens besonders heikel und kompliziert, da vielfältige Interessenlagen und zahlreiche Stakeholder involviert sind. Diese Reform stellt sich einerseits als Aufgabe der Akteure vor Ort, konkrete Lösungsvorschläge zu erarbeiten (GR-Konzept hier förderlich), andererseits auch als Aufgabe der Politik, diese zu prüfen und entsprechend nachhaltig in gesetzliche Rahmenbedingungen oder neue Handlungsspielräume zu gießen.

Gesundheitsregion Coburg

Ergebnisbox GR Coburg

Hemmnisse im Gesundheitswesen

- Räumliche Ärztekonzentrationen als notwendige Folge von Entleerungstendenzen und Nachfolgeproblemen
 - Nicht automatisch Versorgungsverschlechterung
 - Notwendigkeit alternativer Angebotsformen (z. B. Gemeindeschwester) sowie innovativer Mobilitätskonzepte für Mindestmaß an Grundversorgung für immobile Bevölkerungsgruppen in dünn besiedelten ländlichen Räumen
 - Abgestuftes Modell sinnvoll: Dekonzentration bei Hausärzten, Konzentration bei Fachärzten
 - Forderung an Patienten: weitere Entfernungen müssen für tragfähige Versorgungsstruktur in einigen peripheren und dünn besiedelten Regionen akzeptiert werden (siehe oben: alternative Mobilitätskonzepte)
- Regionale Attraktivitätssteigerung, um im Wettbewerb der Regionen bestehen zu können
- Orientierung des Infrastrukturausbaus am funktionalen Grundgerüst des Zentrale-Orte-Konzepts mit dem Ziel: ausgewogene und wettbewerbsfähige Regionsstruktur
- Forderung des Abbaus überbordender Bürokratie, damit der Arzt seinen Kernaufgaben nachgehen kann
- Reformierung der Honorarpolitik, da falsche Anreizwirkungen
 - Diskrepanzen zwischen
 - ▷ städtischen und ländlichen Arztpraxen,
 - ▷ Haus- und Fachärzten sowie
 - ▷ privat und gesetzlich versicherten Patienten
 - Förderung des Dialoges und der Vernetzung im Zuge einer neuen Honorarpolitik, die Regionalbudgets einen größeren Stellenwert beimisst als der Einzelbonifizierung
 - Anforderung an die Bedarfsplanung, eine bessere Verteilung der Ärzte zu erreichen

(De-)Konzentration/Erreichbarkeit

Im Rahmen von Entleerungstendenzen ländlicher Räume sehen die KV Bayern (vgl. I 26: 13) sowie ein Bürgermeister (vgl. I 28: 5) ärztliche Angebotskonzentrationen als teilräumliches Entwicklungserfordernis an. Hierbei sei nach I 26 zentral, wie diese sich vergrößernden Wegstrecken zwischen Arzt und Patient auch für die ältere (evtl. immobile) Landbevölkerung zu überwinden sei. Dafür könne man neben einer allgemeinärztlichen Versorgungseinheit möglicherweise stundenweise Sprechstunden anderer Fachärzte anbieten (vgl. I 26: 13).

Vor diesem Hintergrund sieht der Hausärzterein I 24, B2 (67) neben Patiententransportkonzepten auch die Möglichkeit, Gemeindeschwestern für ausgewählte Hausbesuche einsetzen zu können, um die knapper werdenden Zeitressourcen der Ärzte für ihre ärztlichen Tätigkeiten zu sichern.

Das befragte Klinikum (I 27) versteht Konzentrations- und Dekonzentrationsprozesse als sich nicht gegenseitig ausschließende Entwicklungen, sondern diese gehörten in einem abgestuften Prozess zusammen. So seien sowohl Dekonzentrationsprozesse bei der hausärztlichen Versorgung sinnvoll und anzustreben, als auch Konzentrationsprozesse bei der fachärztlichen Schiene, auch aus Qualitätssicherungsaspekten (vgl. I 27: 14). Im Zusammenhang mit den längeren Wegstrecken ist die Krankenkasse (I 29) bei der heute jungen Generation davon überzeugt, dass diese aufgrund des hohen Motorisierungsgrades kein Hemmnis mehr seien (vgl. I 29: 19).

Heterogene räumliche Ausgangssituation

Hierbei spielen laut den Expertenaussagen der Wettbewerbscharakter zwischen Regionen eine wichtige Rolle. So müsse man Regionen im Allgemeinen attraktiv gestalten, um Abwanderungstendenzen entgegenzuwirken. Wichtige Bereiche, die zur Attraktivitätssteigerung gehörten, seien nach I 24, B2 (47) nicht nur für angehende Ärzte, sondern über alle Branchen hinweg u. a. die Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen, Stärkung der Kinderbetreuung und Aufrechterhaltung erreichbarer Schulstandorte in ländlichen Räumen. Die GR-Geschäftsstelle I 25 (38) ist davon überzeugt, dass der Reurbanisierungstrend keine dauerhafte Entwicklung sei, sondern, dass sich dieser auch in umgekehrter Weise wieder in Richtung der ländlichen Räume entwickeln werde (z. B. durch stetig steigende Wohnraumkosten u. -preise in städtischen Gebieten).

Bürokratie/Dokumentationspflicht

Die häufig genannten bürokratischen Hürden werden im Coburger Land in zweierlei Hinsicht thematisiert. Einerseits bei der Beantragung von Projekten und Initiativen wie einer Gesundheitsregion (Fördermittelantrag) und zum anderen bei der ärztlichen Tätigkeit (Dokumentationspflicht). Die GR-Geschäftsstelle (I 25) appelliert an eine niedrigschwelligere Antragstellung:

„Wir haben gering besetzte Kommunen. Das heißt, viele Mitarbeiter in den Kommunen haben doppelte Funktionen. [...] Und wenn da

*jetzt jemand noch Projektgelder akquirieren sollte...Wer soll das tun?
[...] Wir verwalten uns manchmal selbst“ (I 25: 60).*

Auch solle laut I 25 (60) die Bürokratie bei der Abrechnung der Ärzte abgebaut werden, wenngleich einige Kontrollinstanzen grundsätzlich Sinn machen.

Honorarpolitik

Wie in den Gesprächen mit den Experten der anderen beiden Regionen, wird auch in der Region Coburg auffallend häufig die Honorarpolitik als zentrales Hemmnis innerhalb des Gesundheitssystems angesprochen. So kritisiert I 24, B1 (51) die falschen Anreizwirkungen in der Bonifizierung der Ärzte (Kassenpatienten vs. Privatpatienten) und dass die tendenzielle Überversorgung in urbanen Räumen mit dem Instrument des Praxisaufkaufs durch die KV (gem. § 103 IIIa SGB V) keinen durchschlagenden Erfolg zeitigen wird.

Laut ärztlichem Kreisverband (I 24, B1) gebe es eine Dominanz der Fachärzte in der Vertreterversammlung der KVen, was in einer „ungerechten“ Verteilung der Gelder sowie einer stärker fachärztlich orientierten Ärztepolitik resultiere. Wenngleich diese Ausführung überwiegend standespolitischen Charakter besitzt, so vermag diese allerdings einen für die Ärzteschaft zentralen Problemschwerpunkt der Honorarpolitik zwischen Haus- und Fachärzten sowie städtischen und ländlichen Praxen zu verdeutlichen. Dieser trägt entscheidend zur raumspezifischen Fehl-, Über- und Unterversorgung bei. Wie stark die Lenkungsanreize der aktuellen Honorarpolitik in Bezug auf die Standortwahl Niederlassungswilliger ausfallen, wird an folgendem Beispiel der Krankenkasse I 29 deutlich:

„Wenn ich die Möglichkeit habe, aufgrund der jetzigen Strukturen, meine Praxis in einem Ballungszentrum anzusiedeln, wo vielleicht auch noch mehr PKV-Versicherte Patienten leben, sprich mehr Einnahmen darüber generiert werden können und ich politisch nichts an dem Verteilungsmechanismus ändere, dann wird sich auch nichts daran ändern“ (I 29: 18).

Folglich steht die Ausgestaltung des Vergütungssystems u. a. auch in direktem Zusammenhang mit der Standortwahl niederlassungswilliger Ärzte (aktuell überwiegend zu Ungunsten ländlicher Räume). Hier steht die Bedarfsplanung erneut in der Kritik, da die ‚bedarfsgerechte‘ Verteilung

niederlassungswilliger Ärzte nur unzureichend durch dieses Instrument sichergestellt wird.

Laut ärztlichem Kreisverband (I 24, B1: 79) und Hausärzteverein (I 24, B2: 81) müsse zudem die Politik jenseits von Anschubfinanzierungen im Rahmen von „Gesundheitsregionen“ oder „Modellregionen“ Anschlussförderungen für von diesen Initiative eingeleitete Maßnahmen bereitstellen. Und genau da seien die unterschiedlichen Geldtöpfe (stationär, ambulant, pflegerisch) wieder hinderlich, da bspw. Mobilitätskonzepte für die Raumüberwindung der Arzt-Patienten-Beziehung primär keine ärztliche Leistung sei. Jeder sehe nur sein eigenes (abteilungs- oder institutionsgebundenes) Budget, sodass I 24, B1 (83) an eine übergeordnete Honorarpolitik (z. B. Regionalbudget) appelliert. Diese führe zu einer höheren Vernetzung der Akteursgruppen und zu einer besseren und gerechteren Vergütung.

Insgesamt werden die Honorarpolitik und die gesamte Finanzpolitik innerhalb des Gesundheitswesens als dringend reformbedürftig von den Befragten eingeschätzt, um sowohl die übergeordnete Schnittstellenproblematik zwischen den Vergütungsinstitutionen auf der einen und zwischen den Leistungserbringern auf der anderen Seite abzubauen.

Zusammenfassung

Laut einigen Experten wird man der Bevölkerung in ländlichen Räumen tendenziell längere Wegstrecken abverlangen müssen. Dafür sei ein diversifiziertes Angebot (an Haus- und Fachärzten) an Versorgungsknotenpunkten möglich. In der Analyse der Aussagen zu Entwicklungen zukünftiger Standortverteilungen ärztlicher Versorgungsdienstleistungen stellen sich grundsätzlich alle Befragten auf räumliche Zusammenlegungs- bzw. Konzentrationstendenzen ein. Allerdings halten es alle für nötig, geeignete Maßnahmen zur intelligenten Raumüberwindung zu ergreifen, um insbesondere in der Grundversorgung ein Mindestmaß an erreichbarer ärztlicher Versorgung aufrechtzuerhalten. In diesem Zusammenhang sind Transportkonzepte für Patienten und das Gemeindeschwestermode (für Routinetätigkeiten und einfache medizinische Befunde) zur Arztentlastung erforderlich. Dazu ist es jedoch nötig, einen entsprechenden Leistungskatalog vorzulegen.

Eine Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen, die Stärkung der Kinderbetreuung und die Aufrechterhaltung erreichbarer Schulstandorte in ländlichen Räumen werden als zentrale Erfolgsfaktoren zur Sicherung medi-

zinischer Versorgung und ländlicher Räume insgesamt angesehen. Dazu ist eine sinnvolle interkommunale Verteilung von Infrastruktur erforderlich. Das ZOK erweist sich dafür als wichtiges Steuerungsinstrument.

Zum Bürokratieabbau, der insbesondere die Abrechnung und die Dokumentationspflicht in Arztpraxen betrifft, sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu ändern. Nur so können Verwaltungskosten reduziert und die Patientenversorgung als ureigene Aufgabe der niedergelassenen Ärzte gestärkt werden. Auch die Vergütungsmodalitäten innerhalb der ambulanten Ärzteschaft sind reformbedürftig. Dies betrifft einerseits die Differenzen zwischen Fach- und Hausärzten sowie zwischen urbanen und ländlichen Praxisstandorten. Vor dem Hintergrund des hippokratischen Eides kann der Privatpatientenanteil einer Region nicht als Standortwahlkriterium die Regel sein, denn der Arzt handelt nicht als Gewerbetreibender.

Im Rahmen der Honorarpolitik wird über alle drei Fallstudien hinweg deutliche Kritik an den Verteilmechanismen und den damit bereits aus der Literatur angesprochenen Fehlanreizen geäußert. Das GR-Konzept kann hier mithilfe von modellhaften Versorgungsprojekten mittelbare Impulse setzen, diese Fehlentwicklungen durch innovative und auf die jeweilige Region abgestimmte Versorgungsformen zu korrigieren und neue Wege zu gehen und so die politischen Instanzen zu adressieren.

7.2 Schlüsselthemenspezifische Auswertung

In diesem Teil der Auswertung sollen nun nacheinander die vier Schlüsselthemen behandelt werden. Dabei orientiert sich die Darstellung an einer Voranstellung der zusammengefassten qualitativen (Ergebnisboxen) sowie quantitativen Ergebnisse (Diagramme sowie textlicher Ausführung). Daran schließt sich eine zusammenfassende Detailauswertung für jede Fallstudie an. Die zu dem ersten Bereich gestellten Fragen stützen sich u. a. auf folgende Kriterien:

- Anreize für Jungmediziner/Medizinabsolventen, um diese für die Region zu gewinnen und zu binden,
- Regionsattraktivität für Jungmediziner (Außenimage der Region) sowie
- „Vermarktungs-“ Strategie (Nachbesetzungsstrategie) frei werdender Arztsitze

7.2.1 Schlüsselthema I: Nachwuchsförderung/-gewinnung

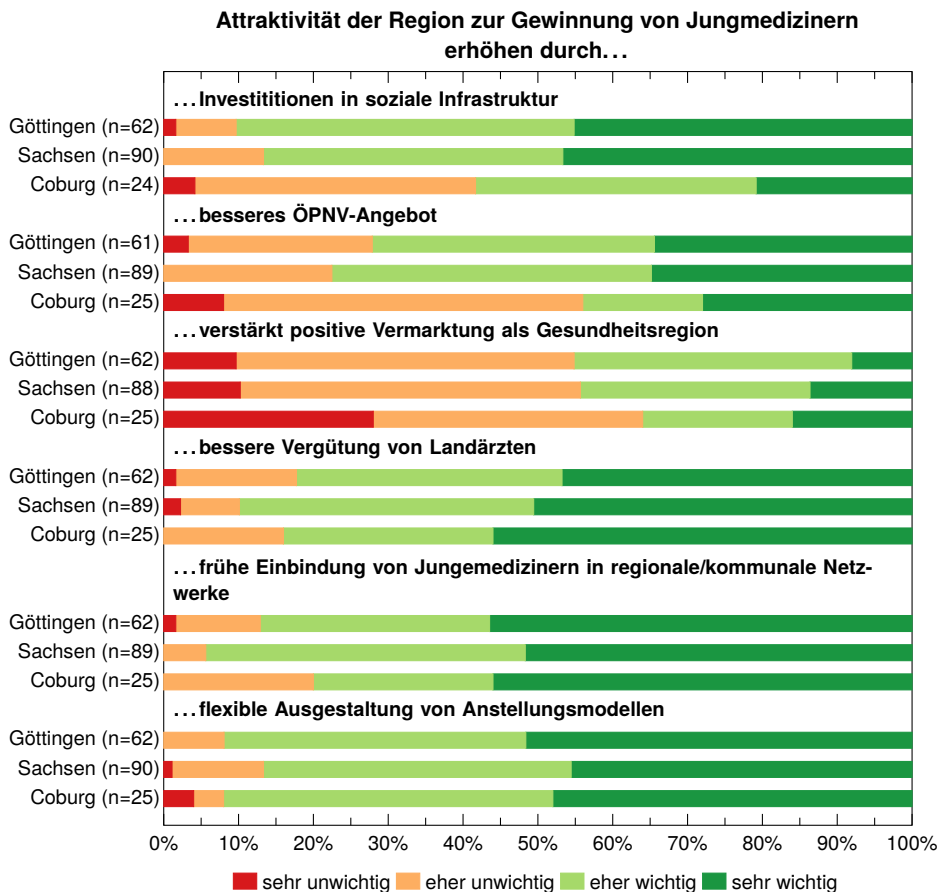
Die zu diesem Thema gestellten Fragen stützen sich u. a. auf Kriterien, die Anreizstrukturen für Jungmediziner bzw. Medizinabsolventen in den Fokus nehmen, um die (werdenden) Mediziner für die jeweilige Region zu gewinnen und daran zu binden. Es wurde u. a. erfragt, wie wichtig die Regionsattraktivität für Jungmediziner bzw. das Außenimage der Region ist. Auch waren wünschenswerte Strategien und Maßnahmen für die Nachwuchsförderung und -gewinnung in ländlichen Räumen Gegenstand der Befragung, sodass eine breite Ergebnisstruktur gewährleistet werden kann.

Regionsübergreifende Ergebnisse: Schlüsselthema I

Regionsübergreifende Ergebnisbox

Schlüsselthema I: Nachwuchsförderung und -gewinnung

1. Mindestmaß an Regionsattraktivität zentral zur Nachwuchsgewinnung
 - Soziales: Kitas, Schulen
 - Verkehr: Fernverkehr mit Autobahnen u. Zügen sowie ÖPNV, Nähe zu Mittel-/Oberzentren
 - Freizeit: z. B. Shoppingmöglichkeiten, Restaurants, Cafés, Bars
 - Kultur: z. B. Museen, Theater, Konzerte
 - Arbeit: Jobmöglichkeiten für den Partner
 - Gesamtregionale Aufgabe (nicht nur von der GR zu leisten)
2. Relevanz des Fachs Allgemeinmedizin/Image Hausarztberuf
 - Forderung nach hausärztlicher Ausbildung während des Studiums (z. B. durch Pflichtquartal in hausärztlicher Praxis, Landfamulatur)
 - Imageaufwertung des Hausarztberufs u. a. durch einschlägige politische Instanzen (G-BA, BÄK, KBV) → GR-Bezug herstellen (was kann die GR hier machen?)
 - Selektion von Medizinstudierenden aus ländlichen Räumen für Landarztberuf
3. Stipendienprogramme mit Raumbindung
 - Kontroverse Einschätzungen
 - Pro: Finanzielle Förderung für Studierende, Nachwuchssicherung für das jeweilige Gebiet
 - Contra: Verfrühte fachliche und räumliche Festlegung, Niederlassung i. d. R. 10–12 Jahre nach Studienbeginn (Risiko: Einschränkung beruflicher und privater Entfaltung durch zu frühe Festlegung)
4. Wertewandel bei Jungmediziner*innen
 - Gehälter sekundär, regionales Infrastrukturangebot sowie Flexibilität wichtiger
 - Anstellung vs. Selbstständigkeit
5. Forderung geringerer Arbeitsbelastung und geregelter Bereitschaftsdienste



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 45: Erhöhung der GR-Attraktivität zur Nachwuchsgewinnung – Maßnahmen

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zu den vorgeschlagenen Nachwuchsgewinnungsmaßnahmen sind in allen drei Regionen bis auf zwei Bereiche ähnlich (siehe Abb. 45). So schätzen die befragten niedergelassenen Ärzte flexible Anstellungsmöglichkeiten, eine frühe Einbindung von Jungmedizinerinnen in regionale Netzwerke sowie eine bessere Vergütung von Ärzten auf dem Land als eher wichtig bzw. sehr wichtig ein. Als am unwichtigsten schätzen die Ärzte aller GR die verstärkt positive Vermarktung als Gesundheitsregion ein. Offenbar wird der Mehrwert der GR von einem Großteil der Niedergelassenen im Kontext der Nachwuchsförderung nicht gesehen bzw. nicht damit in Verbindung gebracht. Dies kann als Ergebnis der verhältnismäßig geringen Präsenz des Konzepts GR bei den Ärzten interpretiert werden.

Die zwei unterschiedlich bewerteten Bereiche sind ein besseres ÖPNV-Angebot und die Forderung nach Investitionen in die soziale Infrastruktur. Während die Befragten der GR Göttingen und Sachsen die Infrastrukturinvestitionen mit jeweils rd. 90 Prozent als eher wichtig bzw. sehr wichtig gleichermaßen hoch bewerten, ist dieser Aspekt lediglich für knapp 60 Prozent der befragten Ärzte in Coburg relevant. Ein besseres ÖPNV-Angebot wird von rd. 55 Prozent der Coburger Ärzte als eher unwichtig bzw. sehr unwichtig erachtet. Demgegenüber sind es in der GR Sachsen knapp 80 Prozent und in der GR Göttingen rd. 70 Prozent der Befragten, die es als eher wichtig bzw. sehr wichtig einschätzen. Offenkundig sind die beiden letztgenannten Bereiche im Coburger Land für die Mehrheit der Ärzte adäquat ausgebaut und bedürfen keiner prioritären Zuwendung im Rahmen regionaler Gesundheitsversorgungsprojekte.

Position des ehemaligen Bundesvertreters der Medizinstudierenden in Deutschland (I31)

Um die Stimme der zukünftig praktizierenden Mediziner im Rahmen der Empirie abzubilden, jedoch aus praktischen Gründen keine weitere quantitative Befragung der Medizinstudierenden in Frage kam, wurde stellvertretend der ehemalige Bundesvertreter der Medizinstudierenden interviewt. Wenngleich die nachfolgende Darstellung nicht die gesamte Medizinstudierendenschaft repräsentiert, so kann sie doch in gewissen Grenzen als Gradmesser für die Kollektivmeinung der Medizinstudierenden genutzt werden. Da mit dieser Position die Interessen der Medizinstudierenden zu vertreten sind, erscheint dieses Vorgehen vertretbar und opportun. Schwerpunkt der Befragung lag auf der Nachwuchsförderung.

Nachwuchsförderung und Kooperation (I31)

Präferenzen der Nachwuchsmediziner im Rahmen einer niedergelassenen Tätigkeit liegen laut I31 viel stärker in der Vernetzung und Kooperation mit den Berufskollegen und weiteren Gesundheitsdienstleistern, als bei der aktuell praktizierenden Ärztegeneration. Die Gründe dafür liegen überwiegend in

- der Verteilung finanzieller Verantwortung einer Praxisgründung auf mehrere Köpfe (angehende Mediziner wollen Risiko nicht alleine tragen) und
- den sich wandelnden Wertevorstellungen von Freiberuflichkeit und Anstellung

So ist die Selbstständigkeit weniger wichtig, wenn Tätigkeit an sich erfüllend ist. Auch die Flexibilität ist wichtiger als Selbstständigkeit (angestellter Arzt kann Arbeitsplatz leichter wechseln, als selbstständiger Arzt in eigener Niederlassung (13). Immerhin ist die Flexibilität als angestellter Arzt erheblich familienfreundlicher (18).

Der Wandel des Berufsverständnisses bei der heranwachsenden Arztgeneration beinhalte auch die Abkehr von der Mentalität der 24-Stunden-Erreichbarkeit. Die junge Ärztegeneration fordert Flexibilität in Form lokaler Gesundheitszentren mit Anstellungsmöglichkeiten und unterschiedlichen Fachrichtungen, die abwechselnd Sprechstunden anbieten. Dies mache insbesondere für die ländlich-peripheren Räume Sinn, bei denen die Nachbesetzung von Arztpraxen vor dem Hintergrund der schrumpfenden Bevölkerung nicht mehr tragbar sei, aber man dennoch verschiedene Gesundheitsleistungen vorhalten will (19). Kommunale bzw. regionale Aufgabe könne dabei sein, den dazugehörigen Fahrdienst für von diesem Gesundheitszentrum weiter entferntere Siedlungsschwerpunkte zu organisieren bzw. bereitzustellen (19).

Insgesamt gebe es laut I31 kaum echte Nachwuchsanreize. Die stärksten Anreize seien „motivierte lokale Gruppen, die selbst was in die Hand nehmen“ (14). Dies sei aufgrund regionaler Eigenheiten allerdings auch nicht ganz einfach. So könne man das Konzept Gesundheitsregion nicht per se vom Bund oder Land fördern, nur weil es eine Gesundheitsregion ist. Die regionalen Kommunikations- und sonstige Infrastrukturen seien sehr unterschiedlich und es gebe keine Blaupause für eine Gesundheitsregion bzw. noch keine verbindlichen Vorgaben (14). Grundsätzlich sei es allerdings sinnvoll, Kommunikation im Gesundheitswesen zu vereinfachen („Papierkram“ vs. E-Administration). „Papierkram“ berge das Risiko von Informationsverlusten und könne zudem nicht barrierefrei übertragen werden, womit I31 indirekt auf den Abbau ärztlicher Dokumentationspflichten anspiele (14).

Auf die Frage, inwieweit eine Gesundheitsregion (nach der vom Autor festgelegten GR-Rahmendefinition; siehe Abb. 11) einen Anreiz bzw. Mehrwert für Medizinstudierende darstelle, äußerte sich I31 positiv. Die Koordinationsfunktion einer GR sei wichtig und sinnvoll, um regionale Vernetzung zu fördern und um die Arztressource für solche Steuerungsaufgaben zu schonen (19). Es handele sich für ihn bei diesem Konzept um einen zentralen

Standortfaktor und Wachstumsanreiz, wenn sich eine Region als GR aufstellt. Ein regionaler Ansprechpartner, der Informationen und Hilfestellungen vor Ort gibt und koordiniert, wie bspw. ein Weiterbildungsverbund, sei ein positives Argument bei der Standortwahl für eine GR (19).

Welche Nachwuchsgewinnungsmaßnahmen für ländliche Räume und den Landarztberuf an sich aus seiner Sicht sinnvoll und wünschenswert sind, sollen die nachfolgenden Punkte darlegen:

- Exposition während des Studiums: Medizinstudierende mit Tätigkeit als Landarzt konfrontieren und Landfamulaturen verpflichtend anbieten (23)
- Selektion von Medizinstudierenden, die aus ländlichen Räumen stammen. Sie gehen tendenziell eher wieder in ländliche Räume zurück (21)
- Fach „Allgemeinmedizin“ an Universitäten stärken, d. h. auch ärztliche Tätigkeit in ländlichen Räumen interessant und „sexy“ gestalten (23). Ein Blockpraktikum in einer Landarztpraxis kann mit wenig Aufwand für die Kandidaten organisiert werden
- Kulturelle und Freizeitinfrastruktur sind wichtig. Sie betonen die Nähe zu Mittel- bzw. Oberzentren (25)
- Arbeitsangebote für den Partner in Mittel- und Oberzentren erheblich größer (Bspl. bei großen/wichtigen Professuren: „da gibt es für den Partner meist ein Arbeitsangebot direkt mit dazu“). Hier sind kommunale und regionale Institutionen gefordert, die sich für Ärzte in diesem Bereich einsetzen und Lösungen finden (25)
- Marktübliches sicheres Gehalt sowie Festanstellungsmöglichkeit (31)
- Ausstattung von Praxisräumen (31)
- Geregelter Bereitschaftsdienste (nicht zu viele): „Das bewegt tatsächlich die (angehenden) Ärzte meiner Generation“ (31).

Delegation und Telemedizin (I 31)

Deutlich erkennbar sei die Aufgeschlossenheit des ärztlichen Nachwuchses zu Themen wie Delegation und Telemedizin. Während Delegation von vielen aktuell Niedergelassenen (insb. Älteren) in Zusammenhang mit Einfluss- und Einkommenseinbußen gebracht werde, sei dies bei der heranwachsenden Ärztegeneration eher normal, um bei der Arbeit entlastet zu werden. Es müsse nicht alles vom Arzt durchgeführt werden (8).

Außerdem betonte I31 im Zusammenhang mit Telemedizin den Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit, der durch entsprechende Anwendungen gehoben werden könne. So könne der im ländlichen Raum lebende Schlaganfallpatient von dem hochspezialisierten Know-How eines über E-Health-gestützte Verfahren hinzukonsultierten Arztes profitieren (34). Neben der Haltung, dass die Grundversorgung auch zukünftig möglichst vor Ort gewährleistet werden müsse, sieht I31 durch Telemedizin (im doc2patient-Bereich) mit entsprechendem Monitoring die Möglichkeit für ländliche Räume, Konsultationsanlässe zu reduzieren und damit auch die Arbeitsbelastung von Landärzten zu verringern (35).

Grundsätzliches Hemmnis innerhalb der ambulanten Gesundheitsversorgung sei die Bedarfsplanung, die dringend reformiert werden müsse. Hier solle nicht eine Fortschreibung stattfinden, sondern ein Bedarfsplan aufgestellt werden. Als Lösungsbeispiel nennt I31 die Berechnung des tatsächlichen Ärztebedarfs je Fachrichtung, um diese Zahlen dann auf die jeweiligen Regionen/Standorte legen zu können. Diese könne man auch in Form staatlicher Lenkungsansätze andiskutieren (41).

Zusammenfassend ist I31 dem GR-Konzept positiv gegenüber aufgeschlossen und sieht neben den zu verbessernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen (insb. Bedarfsplanung) die oben genannten Anreizmaßnahmen für Nachwuchsmediziner als zentral an, um ländliche Versorgung attraktiv zu gestalten. I31 hebt für die Sicherung der Versorgung in ländlichen Regionen die folgenden Anreize besonders hervor:

- Frühe Konfrontation von Medizinstudierenden mit Landarztstätigkeit z. B. durch Landfamulaturangebote
- Weiterbildungsangebote zum Facharzt für Allgemeinmedizin fördern
- Auswahl von Medizinstudierenden, die aus ländlichen Räumen stammen
- Fach „Allgemeinmedizin“ an Universitäten stärken
- Bei Suche nach Praxisnachfolge auch Aufzeigen von Jobmöglichkeiten für den Partner
- Geregelte Bereitschaftsdienste.

Insbesondere bei den letzten beiden Aspekten können sich regionale/kommunale Institutionen bzw. auch ein GR-Konzept engagiert an Nachwuchsmediziner richten und als Ansprechpartner und Koordinator laut I31 Mehrwert für Niederlassungswillige bieten.

Detailauswertung je Gesundheitsregion: Schlüsselthema I

Zusammenfassung Gesundheitsregion Göttingen

- Wichtige Standortpräferenzen sowohl für Experten als auch Niedergelassene: Kinderbetreuung, Schulangebot, Arbeitsmöglichkeiten für den Partner, fachlicher Austausch mit anderen Kollegen und Fortbildungsoptionen, Freizeitgestaltungsmöglichkeiten und Kultur in der Region, attraktiver Wohnraum sowie Vergütung: regionalspezifische Umfeld- und Standortbedingungen; dazu auch Wertewandel (Einkommen weniger wichtig als Freizeit)
- zu absolvierende Bereitschaftsdienste bzw. ärztliche Notdienste
- Stipendienprogramme mit Raumbindung: kontroverse Position
- GR-Geschäftsstelle hebt Pflegeberufe und nicht-ärztliche Tätigkeiten als unterstützungswürdig hervor: Kooperation zwischen Akteuren der Gesundheitsregion und der Volkshochschule in Göttingen wird diskutiert, um auch nicht-akademische bzw. nicht-ärztliche Berufe in der Region zu stärken
- Schüler an Gesundheitsberufe heranzuführen
- mehr Ärzte für Allgemeinmedizin ausbilden (z. B. im Rahmen eines Pflichtquartals)
- neben Ausbildungsförderung auch Niederlassungsformen flexibilisieren und neue Niederlassungsformen erproben (Forderung sowohl der Experten als auch der Niedergelassenen)

Im Rahmen der Nachwuchsförderung ist die Gesundheitsregion Göttingen noch mit verhältnismäßig wenigen Maßnahmen und Projekten vertreten. Es wird erkennbar, dass sich das Konzept hier noch in einem Anfangsstadium befindet und weitere Anstrengungen zu unternehmen sind (allerdings auch schon geplant sind), um in diesem Bereich einen entsprechend „sichtbaren“ Beitrag zur Versorgungssicherung beizusteuern und dem Vereinszweck Rechnung zu tragen.

Zusammenfassung Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen

- Standortpräferenzen zur Nachwuchsgewinnung vergleichbar mit denen der GR Göttingen (adäquate Infrastrukturen)
- Gehaltsvorstellungen schon vor Studienbeginn für Kandidaten relevant
- SÄK hat eigenes Projekt zur Nachwuchsgewinnung aufgelegt → enge Kooperation mit den Gebietskörperschaften

- GR Sachsen hat Projekt zur Förderung und Sicherstellung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses aufgelegt (CCS Weiterbildungsverband): niederlassungsinteressierte Ärzte können Weiterbildung zum Allgemeinmediziner unterbrechungsfrei und nach festgelegtem Plan in der Region absolvieren
- Neben regulärer Niederlassungsförderung der KV (vergleichbar mit den anderen KVen im Bundesgebiet) hat die KV Sachsen ein Modellprojekt für 20 Medizinstudierende erarbeitet, welches die Kandidaten finanziell während ihres Studiums fördert und die Förderung mit einer räumlichen Bindungsstrategie verbindet: Stipendienprogramm mit Raumbindung (nach Absolvierung)
- Das befragte ländliche Klinikum setzt auch auf Weiterbildungsmaßnahmen im eigenen Betrieb und anschließende Raumbindung
- Neben diesen Fördermaßnahmen sieht SÄK die positive Darstellung der Region Ostsachsen als wichtige und zentrale Aufgabe des GR-Konzepts (Kommunikation u. Vernetzung der Akteure sowie Regionsmarketing als entscheidende GR-Maßnahmen)
- (Staatliche gelenkte) Medizinerverteilung wie bei Lehrern wird von zwei Experten als mögliches Instrument zu einer bedarfsgerechten Verteilung insbesondere in ländlichen Gebieten vorgeschlagen
- Quantitative Befragung lässt auch hier in der Region erkennen, dass das GR-Konzept (noch) nicht unmittelbar von den aktuell Niedergelassenen als regionales Netzwerkinstrument zur Nachwuchsgewinnung aufgefasst wird (GR-Konzept bei Niedergelassenen vielfach unbekannt). Wenngleich die Maßnahmen primär Nachwuchsmediziner und nicht aktuell Niedergelassene adressiert, so ist das Wissen über diese Maßnahmen auch für die bereits Niedergelassenen von Bedeutung, damit das GR-Konzept von einer breiten Mehrheit getragen wird und entsprechend erfolgreich ist.

Zusammenfassung Gesundheitsregion Coburg

- Ausbau sozialer und verkehrlicher Infrastruktur wird auch in der dritten Fallstudie von den Experten als wesentlich zur regionalen Attraktivitätssteigerung bewertet, um so für den Medizernachwuchs attraktiv zu sein und sich mit einer potenziellen Niederlassung in ländlichen Räumen auseinanderzusetzen
- Nähe bzw. gute Erreichbarkeit größerer Zentren ist hier ein wichti-

- ger Standortfaktor (sei mit der vor wenigen Jahren fertiggestellten besseren Autobahnanbindung Rechnung getragen worden)
- Besonders in dieser Region wird der Zusammenhang zwischen der allgemeinen Attraktivitätssteigerung der Region und einer erfolgreichen Nachwuchsgewinnung hervorgehoben und als gesamtregionale Aufgabe verstanden
 - Neben konkreten Maßnahmen zur Gewinnung niederlassungswilliger Ärzte (z. B. Weiterbildungsverbünde, Stipendien mit Raumbindung, flexible Anstellungsmöglichkeiten etc.) muss die Region an sich attraktiv sein: Nach Ansicht der meisten befragten Experten ist dies durch die Kernstadt mit ihrem ansprechenden Stadtbild (Burgen, Schlösser, historischer Stadtkern) und einem vielfältigen kulturellen und landschaftlichen Regionsangebot (Landestheater, landschaftlich ansprechendes Umland) gegeben
 - Fokus der Bemühungen des Modellprojektes bzw. der Gesundheitsregion sind attraktive Rahmenbedingungen bei der Arbeitszeit niedergelassener Ärzte
 - Konkretes Ergebnis des GR-Konzepts: Einrichtung einer Bereitschaftspraxis zur Reduzierung der Arbeitsbelastung durch Bereitschafts- bzw. Notdienste für die Niedergelassenen
 - Dieses Ergebnis wird von allen Befragten als wichtiger Meilenstein im Rahmen des Schlüsselthemas Nachwuchsgewinnung bewertet
 - Stipendienvergabe mit Raumbindung wird auch hier unterschiedlich bewertet
 - Stattdessen plädieren die Gegner für konkrete Einzelmaßnahmen wie kostenneutrale Zurverfügungstellung von Praxisräumlichkeiten. Diese trügen erheblich mehr zur Sicherstellung einer Grundversorgung bei
 - Außerdem Forderung, das Image des Hausarztberufs zu verbessern und angehende Ärzte schon während des Studiums stärker an diese Facharztausbildung heranzuführen
 - Auch wird offenbar – wie in den anderen beiden Fallstudien – das GR-Konzept von den Niedergelassenen (noch) nicht als Vernetzungsmaßnahme für Jungmediziner interpretiert, weshalb eine verstärkte Nutzendarstellung des GR-Konzepts von der GR-Geschäftsstelle anzustreben ist

Insgesamt kann durch die Maßnahmen des GR-Konzepts allerdings ein breit angelegter und in Gang gekommener Kommunikationsprozess zwischen

wichtigen regionalen Akteuren konstatiert werden, der im Rahmen der Expertengespräche bei fast allen auf positive Resonanz stößt. Legt man entsprechend den Fokus einer Gesundheitsregion zugrunde, mithilfe eines Kommunikationsprozesses zwischen den regionalen Gesundheitsakteuren die Nachwuchsgewinnung durch konkrete Maßnahmen zu unterstützen, so kann man hier von einem erfolgreichen ersten Schritt sprechen, welcher die Arbeitszeiten durch eine neu geschaffene Bereitschaftspraxis positiv beeinflusst.

7.2.2 Schlüsselthema II: Akteursvernetzung/Kooperationen und Delegation

Bei diesem Schlüsselthema stehen die von den Befragten genannten Hemmnisse und Anreize der Vernetzungskultur im Mittelpunkt der Analyse. Zudem wurde erfragt, inwiefern zusätzliche Kooperationen erwünscht sind, von denen sich die Akteure einen Mehrwert zur Stabilisierung der Gesundheitsversorgung erhoffen (Einflussnahme auf Netzwerkentwicklung durch GR). In diesem Kontext wurden die Interviewpartner um eine Einschätzung zum Konzept der Gemeindeschwester gebeten, wie also das Instrument der Delegation eine arztentlastende und für die Patientenversorgung positive Wirkung entfalten könnte.

Regionsübergreifende Ergebnisse: Schlüsselthema II

Regionsübergreifende Ergebnisbox

Schlüsselthema II: Akteursvernetzung/Kooperationen und Delegation

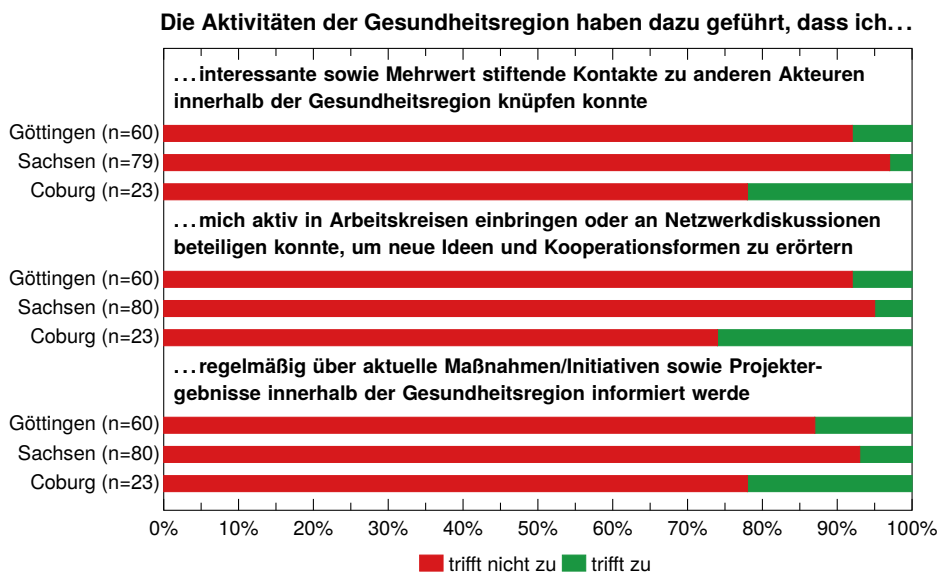
1. Ablehnende Haltungen und Vorbehalte gegenüber dem GR-Konzept bei den zu adressierenden Akteuren teilweise durch regelmäßige Vernetzungsbestrebungen der GR abgebaut: weitere Überzeugungsarbeit erforderlich
2. Unterschiedliche Arbeitsstände der GR-Konzepte bei der Netzwerkentwicklung
3. Wunsch der Akteure nach verstärkter intersektoraler Zusammenarbeit in allen drei GR gleichermaßen ausgeprägt
 - Berücksichtigung sowohl der Einzelinteressen als auch einem akteursübergreifenden regionalen Versorgungsziel gefordert
 - Hemmnisse: Sektorengrenzen, Kirchturmdenken, gegenläufige wirtschaftliche Einzelinteressen, geringes Wissen über Vernetzungspotenziale des GR-Konzepts
4. Regionale Präsenz der GR mittels effektiver Öffentlichkeitsarbeit ist entscheidende Voraussetzung für Akteursdialog und -vernetzung im Rahmen von GR-Projekten

- Kenntnisse über jeweilige GR bei den befragten Partnerakteuren unterschiedlich → verstärkte und effektive Öffentlichkeitsarbeit von den Befragten gefordert
- 5. Schlüsselakteure, die in einem GR-Konzept von den befragten Partnerakteuren als besonders wichtig erachtet werden:
 - Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, Krankenkasse, regionale Klinik, Hausarztverein und kommunale Verwaltungsinstitutionen (z. B. Fachressorts wie Gesundheitsamt, Regionalentwicklungsamt, WiFö etc.)
 - Teilweise Zweifel bei der Integration von Bürgermeistern u. Landräten aufgrund von Wahlperiodendenken (mögliches Hemmnis)
- 6. Partnerakteure fordern Monitoring und Evaluation der GR-Maßnahmen, um Transparenz zu gewährleisten und konkrete Ergebnisse liefern zu können → wird in allen GR durch Abschlussberichte, Pressemitteilungen, Gutachten und Studien realisiert
 - GR könnte diese Informationen neben der Veröffentlichung auf der eigenen Homepage lt. Erhebung auch in Printform zur Verfügung stellen (z. B. Apotheken-Umschau)
- 7. Kontroverse Ansichten zur Installation des GR-Konzepts in einer Region; Aufhängung der GR bei
 - einer Klinik: Klinikinteressengetrieben vs. finanziell bessere Ausstattung
 - einer regionalen Verwaltungsinstitution: Wahrnehmung als Behörde und Kompetenzvorbehalte („die verstehen unsere Probleme nicht“) vs. Neutralität
- 8. Intensiver und regelmäßiger Austausch der Akteure mithilfe der GR als „Moderator“ in thematischen Arbeitskreisen wird in GR-Konzept von allen Partnerakteuren als wichtig und entscheidend für konkrete Ergebnisse hervorgehoben
- 9. Delegation mittels entsprechend ausgebildeter Gemeindeschwester bzw. Praxisassistentin wird in allen drei GR zur Arztentlastung positiv eingeschätzt
- 10. Voraussetzungen zur Ausweitung delegierbarer Leistungen:
 - Klärung der Haftungsfragen
 - Erstellung eines nicht-ärztlichen Leistungskatalogs
 - Zusatzausbildung für Arztpraxispersonal

Ein eindeutiges Ergebnis liefert die Frage nach dem Vernetzungscharakter des GR-Konzepts für die niedergelassenen Ärzte in Abbildung 46. Hier konnten von der weit überwiegenden Mehrheit der Niedergelassenen in allen drei Regionen

- a) weder Kontakte zu anderen Akteuren innerhalb der jeweiligen Region durch die GR-Aktivitäten geknüpft werden,
- b) noch konnten sie sich in AKs oder Netzwerkdiskussionen einbringen, die von der GR initiiert wurden,

- c) noch wurden sie regelmäßig über die GR-Maßnahmen bzw. Projektergebnisse informiert.



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

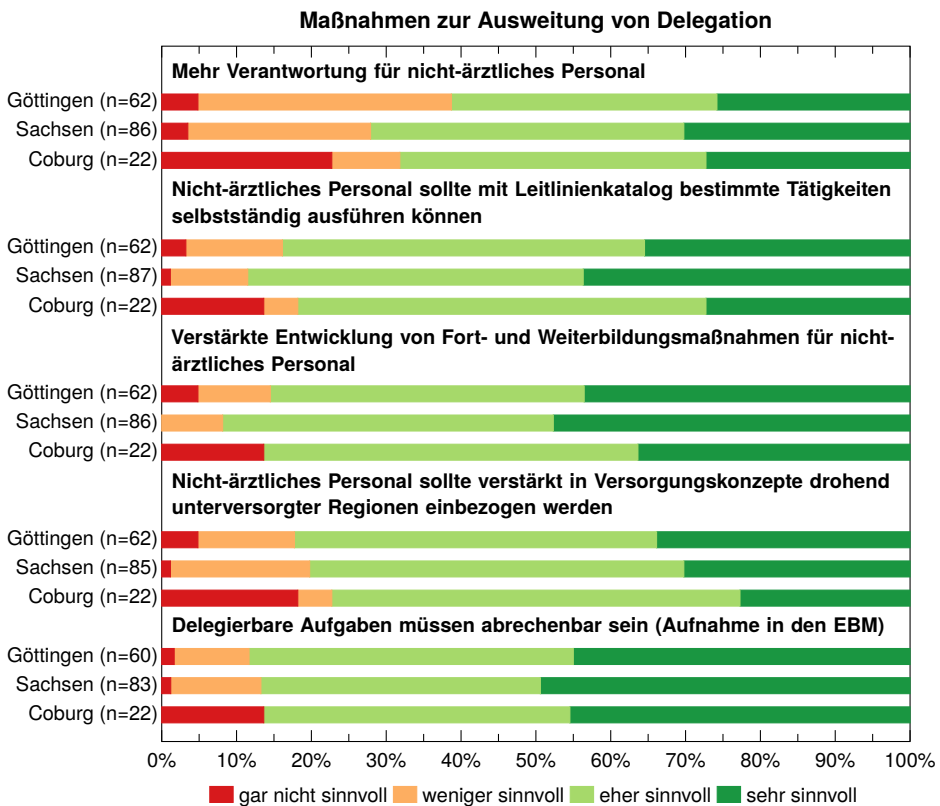
Abb. 46: Vernetzungscharakter des GR-Konzepts für niedergelassene Ärzte

Erkennbar ist das durchweg „bessere“ Abschneiden der GR Coburg gegenüber den anderen beiden GR (in allen drei Antwortkategorien etwa 50 Prozent häufigere Positivantworten), jedoch auf insgesamt niedrigem Niveau von maximal rd. 25 Prozent. Mit diesem deutlichen Ergebnis wird einerseits veranschaulicht, dass die direkten Adressaten des GR-Konzepts (zumindest in den hier analysierten Fallstudien) nicht die niedergelassenen Ärzte sind. Dementsprechend kann konstatiert werden, dass das Konzept im Hinblick auf das aktive Hinwirken von Vernetzungen zwischen Niedergelassenen und anderen Akteuren ausbaufähig ist. Insbesondere vor dem Hintergrund der Ziele der Gesundheitsregionen, sind der Dialog sowie die Netzwerkarbeit zwischen Gesundheitsdienstleistern (inklusive der niedergelassenen Ärzte) zentrale Bausteine zur Sicherung der Gesundheitsversorgung.

Im Rahmen des Themas Delegation, welches speziell die niedergelassenen Ärzte betrifft, werden von den fünf vorgeschlagenen Maßnahmen zur Ausweitung delegierbarer Leistungen in Abbildung 47, vier als von der überwiegenden Mehrheit eher sinnvoll oder sehr sinnvoll eingeschätzt

(zusammengefasst je rd. 80–90 Prozent). Zu den vier als sinnvoll erachteten und auszuweitenden Maßnahmen zählen nach den befragten Ärzten gemäß Abbildung 47.

- die selbstständige Ausführung bestimmter festgelegter Tätigkeiten,
- eine entsprechend zu verstärkende Zusatzausbildung für das nicht-ärztliche Personal, welches die zusätzlichen Tätigkeiten übernimmt,
- der verstärkte Einsatz dieses zusätzlich ausgebildeten Personals in drohend unterversorgten Gebieten und
- die Vergütung des festgelegten delegierbaren Aufgabenkanons, durch Aufnahme in den EBM.



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 47: Maßnahmen zur Ausweitung von Delegation

Jedoch sind sich die Ärzte bei der Übertragung von mehr Verantwortung an nicht-ärztliches Personal nicht so einig. Die GR Sachsen und Coburg liegen mit eher sinnvoll oder sehr sinnvoll zusammengefasst bei jeweils „nur“ rd. 70 Prozent, während es in der GR Göttingen „nur“ rd. 60 Prozent der Befragten sind, die pauschal mehr Verantwortung an nicht-ärztliches Personal übertragen wollen. Hier sind, wie aus der qualitativen Befragung bereits hervorgeht, das Thema der Haftungsfragen sowie die Angst vor Kontrollverlust bestehende Hemmnisse.

Detailauswertung je Gesundheitsregion: Schlüsselthema II

Zusammenfassung Gesundheitsregion Göttingen

- GR-Konzept versteht sich als Netzwerkplattform, welche Vertrauen zu den Akteuren aufbauen will, um dann eine gemeinsame regionale Versorgungsstrategie zu erarbeiten. Voraussetzung dafür ist überregionale Sichtbarkeit der Gesundheitsregion mittels Öffentlichkeitsarbeit, wie sie in der GR-Göttingen noch im Aufbau bzw. einem sehr frühen Stadium ist. Dies bestätigen auch zahlreiche befragte Experten. Allerdings gilt es bei der GR-Göttingen zu berücksichtigen, dass der Geschäftsstellenwechsel und die damit verbundenen Unstimmigkeiten der Fortführung des Konzepts zu einem Pausieren der Tätigkeiten geführt haben.
- GR-Konzept kann Zusammenarbeit bzw. Kooperation zwischen Leistungserbringern unterstützen und den ersten Impuls zur Zusammenarbeit geben. Dafür ist ein hoher Grad an öffentlicher Aufmerksamkeit und Sichtbarkeit erforderlich, um als Vernetzungs- und Koordinationsinstrument von den Akteuren wahrgenommen zu werden
- Hier schlagen sich die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Niedergelassenen nieder: Mehrwert zur Kooperation durch das GR-Konzept wird deutlich mehrheitlich nicht erkannt
- Bei der Entwicklung von GR-Projekten zu beachten: das von mehreren Befragten monierte ökonomische Einzelinteresse einiger Akteure soll durch ein übergeordnetes Ziel (welches sowohl den Partnerakteuren als auch dem Patienten dient) ersetzt werden
- Teilweise deutlich gegenläufige wirtschaftliche Interessen der Akteure sind hier ein konstatiertes Hemmnis. Erneut wird hiermit indirekt die Honorarpolitik kritisiert, welche die Kooperation von Leistungserbringern in Teilbereichen unattraktiv macht

- Grundsätzlich wird die verstärkte (auch sektorale) Zusammenarbeit zwischen den Akteuren als wünschenswert und wichtig von den Befragten beurteilt. Insbesondere werden hier ein stärkerer Austausch sowie eine stärkere Kooperation zwischen den Gebietskörperschaften und der KV vorgetragen, da so die Versorgungsbedürfnisse bzw. -bedarfe der jeweiligen Gebiete – jenseits der statistischen Versorgungsgrade der KV – realitätsnah artikuliert werden können
- Mehrere der Befragten nahmen den jeweils anderen Akteur in die Pflicht
 - Potenzial für das GR-Konzept, die entsprechenden Akteure in einem konstruktiven Dialog zusammenzuführen, um konkrete Kooperationsprojekte anzustoßen und koordinativ zu begleiten
 - Außerdem kann so positiv auf eine intelligente Honorarpolitik hingewirkt werden, welche sowohl kooperative als auch wettbewerbliche Elemente integriert
- Delegation wird überwiegend positiv eingeschätzt und kann als zusätzliches Instrument bei der Versorgungssicherung unterstützen und den Arzt entlasten

Insgesamt wird von allen Akteuren das Thema Kooperation als eines der zentralen Aspekte für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung (in ländlichen Räumen) postuliert. Dabei wird einerseits erkennbar, dass ein Mehrwert für jeden Einzelakteur als auch ein Gesamtnutzen für die Region in Form einer gesicherten Gesundheitsversorgung angestrebt werden muss (siehe Kap. 3.4). Gerade die teilweise unterschiedlichen Vorstellungen genannter Akteurskonstellationen können durch einen von der Gesundheitsregion angestoßenen und koordinierten Kommunikationsprozess mit einer gemeinsam definierten Zielvorstellung zu einem konkreten Handlungsauftrag für das GR-Konzept erklärt werden. Die GR Göttingen ist hier noch wie erwähnt in einem frühen Konzept-Stadium, weshalb konkrete Projekte zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern noch nicht auf den Weg gebracht wurden.

Zusammenfassend sind bisher in Ansätzen Kommunikationsstrukturen zwischen Leistungserbringern und kommunalen/regionalen Gebietskörperschaften z. B. in Form von Arbeitskreisen und Sitzungen durch die GR erkennbar. Das Konstrukt GR steckt in der Region Göttingen (wie von einigen Akteuren erwähnt) noch in den Kinderschuhen, sodass die Einflussnahme auf Netzwerkentwicklungen durch die GR noch verhältnismäßig

überschaubar ist. Den überwiegenden Aussagen bezüglich einer möglichen Akteursvernetzung zu urteilen, stehen dem Konstrukt GR allerdings die meisten Partnerakteure positiv gegenüber, was als günstige Voraussetzung zu vermehrten Kooperationsanstrengungen zu bewerten ist.

Zusammenfassung Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen

- GR Sachsen hat im Vergleich zur GR Göttingen anfänglich ablehnenden Haltungen zu diesem Konstrukt bei den Akteuren weitgehend abgebaut
- Nähe des GR-Konzepts zum Universitätsklinikum wird von einigen Akteuren als Hindernis angesehen (Klinikinteressen)
- Kritik an Sektorentrennung sowie teilweise schlechte Kommunikation zwischen den Leistungserbringern
- Fehlende oder falsche Anreize für versorgungssichernde Kooperationen zwischen Akteuren als zentrales Hemmnisse
- Herausforderung des Konzepts Gesundheitsregion, neue Anreizmechanismen (z. B. Regionalbudgets, regional abgestimmte Versorgungspfade über Sektorengrenzen hinweg) zu erproben und an die politischen Instanzen Lösungsvorschläge zu adressieren
- Forderung, die Planungs-, Vergütungs- und Zulassungssysteme zu reformieren, um Kooperationen zu ermöglichen
- Aufgabe der Geschäftsstelle der GR, als öffentlichkeitswirksames Sprachrohr der Partnerakteure zu agieren und sich als Anlaufpunkt zu verstehen
- Schriftliche Vereinbarungen und Verträge mit allen wesentlichen Punkten zu Kooperationsgegenstand und -ziel sowie zum Kooperationsprozess festhalten
- Region positiv darstellen und entsprechende Infrastrukturangebote schaffen (durch GR): GR begleitet Akteure als Vernetzungskoordinator und Moderator
- Kooperationszwang in regionalem Netzwerk nicht grds. positiv: kann für den einzelnen Akteur möglicherweise nur den Zweck haben, konkurrenzfähig zu bleiben, ohne dem Patientenwohl zu dienen
- Neben konkreten Maßnahmen (die öffentlich gefördert werden) auch zentral, dass die geförderten Projekte vorzeigbare Veränderungen herbeiführen: Notwendigkeit einer transparenten Evaluation und eines Monitoring
- Kommunale/regionale Akteure wie Bürgermeister und Landräte

- können u. a. aufgrund kurzer Amtszeit mit sich rasch ändernden Interessenlagen Kooperationsprozesse behindern → Demgegenüber tragen kommunale bzw. regionale Fachressorts unbedingt zu Kooperationsprozessen bei (da nicht an Legislaturperioden geknüpft)
- Delegation ärztlicher Leistungen nur als Zusatz und nur für ein klar abgegrenztes Tätigkeitsfeld sinnvoll, um Versorgungslücken aufzufangen
 - Katalog mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Tätigkeiten gefordert
 - Durchsetzung von Praxisassistentenmodellen voraussichtlich in ländlichen Räumen deutlich schneller, da heute schon Arztzeit aufgrund unbesetzter Arztsitze fehle.

Insgesamt konnte in der Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen durch die fortwährende Überzeugungsarbeit an einer gemeinsamen Versorgungsstrategie und dem Aufzeigen möglicher regionaler Akteurskooperationen ein eigenes Profil entwickelt werden. Mithilfe eines solchen Regionsprofils ist es leichter, konkrete Versorgungsprojekte zu initiieren und umzusetzen bzw. die Zusammenarbeit insgesamt zu verbessern.

Zusammenfassung Gesundheitsregion Coburg

- Interessenkonflikte zwischen der Krankenkasse und dem Hausärzterverein.
- Aufhängung des GR-Konzepts in Verwaltungsinstitution bzw. bei einer Gebietskörperschaft wird kritisch gesehen. Befürwortung eines Gesundheitsökonom bzw. -manager
- Bzgl. der Integration von Bürgermeistern in entsprechende Kooperationsgespräche, wird auch in dieser Region das Problem des Wahlperiodendenkens geäußert. Gerade aus diesem Grund sollte GR-Geschäftsstelle in einer politikunabhängigen Verwaltungsinstitution angesiedelt sein
- Auch in der dritten Fallstudie fällt auf, dass die Präsenz und Öffentlichkeitsarbeit verbesserungswürdig ist. Wenngleich in dieser im Vergleich kleinen GR die Miteinbeziehung der Akteure erheblich besser zu sein scheint, so kann dies nicht darüber hinweg täuschen, dass auch hier noch bei der Öffentlichkeitsarbeit sowie der öffentlichen Präsenz Optimierungspotenzial besteht
- Höhere Qualität und Quantität bei der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern und der GR-Geschäftsstelle sehen mehrere befragte Akteure als wesentlich an und fordern dies ein

- Im Rahmen der Kommunikationsstrukturen zwischen Leistungserbringern und kommunalen/regionalen Institutionen kann in dieser Region von einem Erfolg gesprochen werden, wenn auch weitere Anstrengungen über das MORO-Projekt hinaus zu unternehmen sind
- GR-Konzept hat hier laut den Aussagen mehrerer Akteure zu einem intensiven Austausch und letztendlich auch zu einem vorzeigbaren Ergebnis in Form der Einrichtung einer Bereitschaftspraxis geführt
- Neben den zu berücksichtigenden Einzelinteressen der Partnerakteure eines solchen Konzepts, wird auch in dieser Region die Einführung institutionsübergreifender Versorgungsziele angesprochen
- Schaffung von Anreizen und Steuerungsmechanismen, die die regionale Zusammenarbeit stärken und das Ziel der Versorgungssicherung in den Mittelpunkt stellen. Dies wird als größte Herausforderung gesehen, trage aber sowohl dem Ziel einer adäquaten Patientenversorgung als auch dem Ziel ökonomischer Einzelinteressen der Akteure Rechnung

Insgesamt sind die zu integrierenden Akteure im GR-Konzept Coburg vergleichbar mit den Antworten der ersten beiden Fallstudien, allerdings wird hier ähnlich wie in Göttingen eine starke Fokussierung auch der kommunalen und regionalen politischen Instanzen gefordert. Mit dem GR-Konzept ist dies in weiten Teilen geschehen. Die Wegeüberwindung und Entlastung des Arztes durch delegierbare Leistungen wird als zentraler Nutzen für ländliche Gebiete eingeschätzt, da unbesetzte Arztstühle häufig zu Mehrarbeit bei den verbleibenden Ärzten führen. Zusammenfassend sehen alle befragten Akteure einen erheblichen Mehrwert in insgesamt besseren Kommunikationsstrukturen, um Kooperationen und eine bessere Zusammenarbeit zu forcieren.

Die Ausführungen zeigen, dass von allen Seiten mehr und bessere Kommunikationsstrukturen gefordert werden und für die künftigen Aufgaben insbesondere der Nachwuchsgewinnung für den ländlichen Raum Anreize für mehr gelebte Zusammenarbeit gesetzt werden müssen.

7.2.3 Schlüsselthema III: Integration von Telemedizin

Regionsübergreifende Ergebnisse: Schlüsselthema III

Regionsübergreifende Ergebnisbox

Schlüsselthema III: Telemedizin

1. Doc2doc-Anwendungen:

- Überwiegend positive Beurteilung von telemedizinischen Anwendungen zur Vernetzung von Gesundheitsdienstleistern (Kooperationsvehikel) und schnelleren Informationsaustausch
- GR-Geschäftsstelle hat koordinierende Rolle und veröffentlicht Projektergebnisse

2. Doc2patient-Anwendungen:

- Pro: Kann in ausgewählten medizinischen Bereichen mittels digitaler Hilfestellung Ärzte in der Patientenversorgung unterstützen und sektorale Arbeitsteilung erleichtern
- Contra: Ablehnung der Instrumentalisierung der Medizin durch Telemedizin insbesondere in ländlichen Räumen mit hohem Anteil älterer Patienten; Zweifel an tatsächlicher Arbeitserleichterung, da neue Technik zusätzliches Personal erfordert

3. Positive Erfahrungen aus konkreten Telemedizinprojekten (doc2doc-Anwendung) in GR Sachsen zeigen mögliche Einsatzgebiete bei der Unterstützung der Patientenversorgung auf

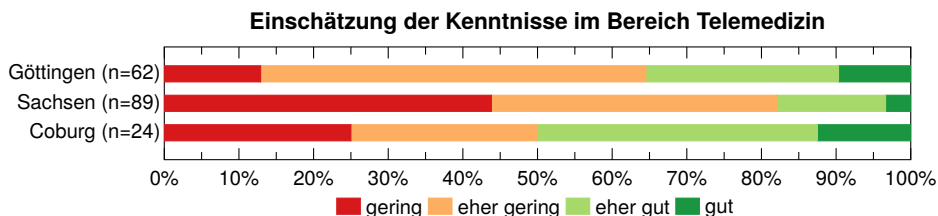
4. Bedingung für Ausweitung von Telemedizin:

- Erzielung finanzieller/zeitlicher Einspareffekte in der Versorgung (Effizienzsteigerung)
- Persönliches Arzt-Patienten-Verhältnis muss erhalten bleiben
→ Automatisierung nicht gleich Optimierung

5. Zentrales Hemmnis von Telemedizinprojekten: Überführung von Modellprojekten in Regelleistung, da langer und komplizierter Beweisprozess

Die Frage nach der Einschätzung der eigenen Anwendungskenntnisse telemedizinischer Verfahren soll sog. Pseudowissen offenlegen. Besonders in der GR Sachsen sind die geringen Kenntnisse zur Telemedizin mit rd. 80 Prozent unter den befragten Ärzten eklatant (siehe Abb. 48). Dementsprechend müsste sich in der weiteren Befragung zur Telemedizin die Zahl der Antworten reduzieren, da nur wenige Ärzte über ausreichende Kenntnisse verfügen. Mit Blick auf die abgegebenen Antworten in der nachfolgenden Abbildung 49 hat sich bei der GR Sachsen tatsächlich eine Reduzierung der Antworten von n=89 auf n=64 bzw. n=62 ergeben, was einer Schrumpfung von rd. 30 Prozent entspricht. Es sollte angenommen werden, dass bei

wahrheitsgemäßer Beantwortung der nachfolgenden Fragen zur Telemedizin diese 30 Prozent aus der Masse derer stammen, die in der Abbildung 48 gering angekreuzt haben. Da jene Masse allerdings mit rd. 40 Prozent größer ist, sind einige Befragte in der Abbildung 49, die lediglich über geringes Wissen in diesem Bereich verfügen, aber dennoch Ihre Meinung abgegeben haben. Dies muss bei der Interpretation berücksichtigt werden.



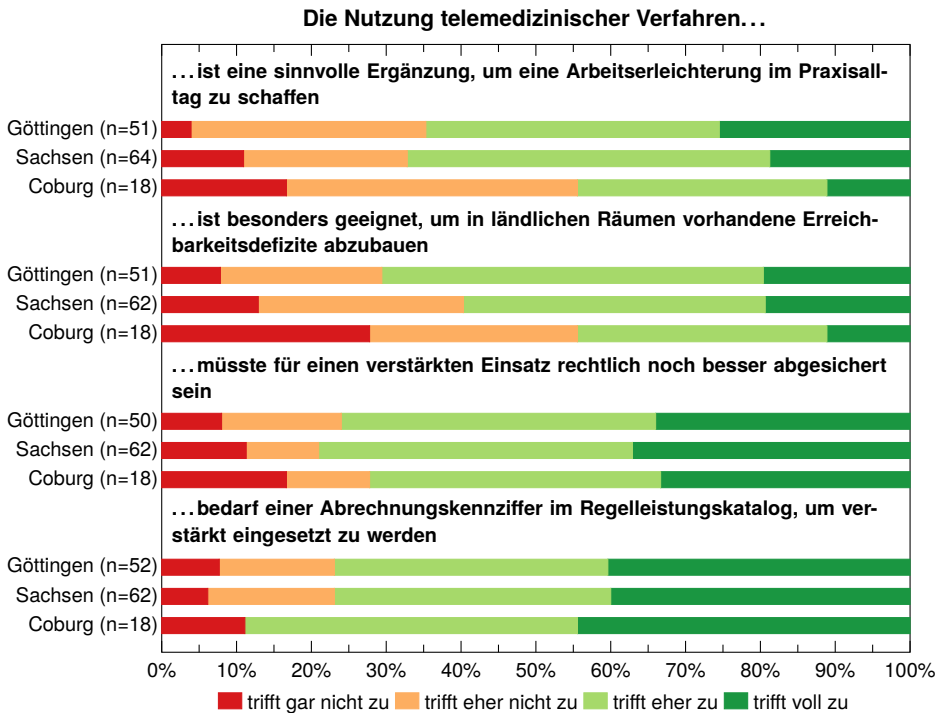
Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 48: Einschätzung der Kenntnisse im Bereich telemedizinischer Verfahren

In der GR Göttingen ist der geringe Kenntnisstand unter den Ärzten zum Themenfeld Telemedizin mit rd. 65 Prozent ebenfalls recht hoch, während sich in der GR Coburg die eine Hälfte der Befragten (eher) gut und die andere (eher) gering auskennt. Insgesamt kann man in allen drei Regionen von einem geringen Kenntnisstand der Niedergelassenen in diesem Bereich sprechen, welcher mitunter auf das hohe Durchschnittsalter der Befragten zurückzuführen ist. Für einen Großteil der Ärzte wäre es nicht rentabel, in Technik zu investieren, die sich in ihren verbleibenden Erwerbsjahren nicht mehr amortisieren würde. Wie sich an den Ausführungen der Studierendenvertretung (I31) (siehe Kap. 7.2.1) ableiten lässt, ist die Haltung zu Telemedizin bei den nachfolgenden Medizinergenerationen grundsätzlich offener.

Jenseits des Kenntnisstandes, ist die Frage bedeutend, ob die Niedergelassenen in der verstärkten Nutzung von E-Health-Anwendungen Chancen sehen, die Versorgung in ländlichen Regionen zu unterstützen und zu sichern. Überwiegend einig sind sich die befragten Ärzte laut Abbildung 49 in der zwingenden Abrechenbarkeit telemedizinischer Anwendungen, um sie vermehrt einzusetzen. Jeweils knapp 80 Prozent der Ärzte sehen das in der GR Göttingen und in der GR Sachsen so, in der GR Coburg sind es sogar fast 90 Prozent. Einig sind sich die Ärzte über alle drei Fallstudien hinweg auch bei der Klärung der rechtlichen Absicherung und Haftungsfragen in Bezug auf den Einsatz telemedizinischer Anwendungen (jeweils rd. 75 Prozent). Dass telemedizinische Anwendungen dazu geeignet sind,

Entfernungen in der Versorgung digital zu überbrücken (sowohl doc2doc als auch doc2patient), und damit ländliche Versorgungslücken zu schließen, sehen in Coburg mit knapp 45 Prozent nicht mal die Hälfte der befragten Ärzte. In Sachsen stimmen dieser Behauptung schon rd. 60 Prozent zu und in der GR Göttingen ist es mit 70 Prozent die deutliche Mehrheit.



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 49: Einschätzung des möglichen Nutzens telemedizinischer Verfahren

Neben den Erwartungen an telemedizinische Anwendungen im regionalen Versorgungskontext sind auch die Erwartungen an eine Erleichterung im Praxisalltag unterschiedlich. Während in Göttingen und Sachsen jeweils rd. 65 Prozent der Befragten eine Arbeitserleichterung erwarten, erwarten dies in Coburg nur knapp 45 Prozent.

Zusammenfassend zeichnet das Thema Telemedizin im Rahmen der Befragung ein heterogenes Bild bezüglich der Erwartungen an diese Technik (Abbau von Versorgungslücken und Arbeitserleichterungen) sowie ein eher homogenes Ergebnisbild bei den Anforderungen daran (bessere rechtliche Absicherung und Vergütungsmodalitäten). Klar wird, dass sich bei neuen

Techniken und neuen Arbeitsabläufen Euphorie und Skepsis mischen, was sich anschaulich in den obigen Ergebnissen widerspiegelt.

Detailauswertung je Gesundheitsregion: Schlüsselthema III

Zusammenfassung Gesundheitsregion Göttingen

Der Gesundheitsregionsverein hat selbst keine Telemedizinprojekte initiiert oder angestoßen. Dementsprechend werden nachfolgend die Einschätzungen und Meinungen zu den Themen telemedizinische Anwendungen und delegierbare Leistungen im Kontext der Versorgungssicherung in ländlichen Räumen zusammenfassend dargestellt.

Im Kern wird Telemedizin dort als unterstützende Maßnahme in der Versorgung für sinnvoll erachtet, wo sie Arbeit erleichtert, Kosten spart, den Arzt von Routinetätigkeiten entlastet und/oder Wegzeiten einspart. Insgesamt scheint dieser Themenbereich jedoch (noch) keine große Rolle in der GR Göttingen zu spielen und teilweise auch kritisch gesehen. Dies kann mitunter durch das Fehlen eines entsprechenden Projekts in der Region zusammenhängen, sodass keine greifbaren regionalspezifischen Ergebnisse vorliegen.

- Doc2patient-Anwendungen werden lediglich als punktuell sinnvoll und potenziell hilfreiche Ergänzung zur Patientenversorgung eingeschätzt
- überwiegende Mehrheit der Experten sieht keinen großen Mehrwert für die Versorgungssicherung: generelle Überschätzung der Möglichkeiten durch Telemedizin
- Telemedizinprojekte können als Kooperationsanreize fungieren
- Zwingendes Erfordernis bei Telemedizinprojekten: Ersparnis
- Zweifel an tatsächlicher Arbeitserleichterung, da neue Technik weiteres Personal erfordert
- Positive Wirkung eines persönlichen Arztgesprächs sollte nicht unterschätzt werden
- Instrumentalisierung der Medizin durch Telemedizin gerade im ländlichen Raum mit hohem Anteil älterer Patienten nicht sinnvoll

Zusammenfassung Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen

Im Gegensatz zur Gesundheitsregion Göttingen hat die GR Sachsen drei Projekte im Telemedizinbereich angestoßen und unterstützt dabei die unterschiedlichen Akteure bei der Umsetzung. Laut der GR-Geschäftsstelle und den webbasierten Informationen der Gesundheitsregion geht es darum, den

Patienten auch in der Fläche hochspezialisiertes Know-How insbesondere in der Radiologie zur Verfügung zu stellen.

- positive Erfahrungen mit den drei Telemedizinprojekten: ländliche Bevölkerung profitiert mithilfe der doc2doc-Anwendung vom Know-How der Universitätsmedizin
- digitale Hilfestellungen im doc2patient-Bereich sollen allerdings nicht den Arzt ersetzen, sondern sind zur Unterstützung in der Versorgung angelegt und sollen die sektorale Arbeitsteilung erleichtern und forcieren
- GR fungiert hier als zentraler Schlüsselakteur, indem die notwendigen Akteure zunächst durch die GR „an einen Tisch“ gebracht werden und somit (Telemedizin-)Netzwerke entstehen
- Telemedizin zur Versorgungssicherung in ländlichen Räumen besitzt für ÄK und KV lediglich geringe Priorität (Skepsis, u. a. wegen hoher Initialkosten)
- Einsparungen bei Versorgungsprozessen sowie die Ausrichtung von Modellprojekten am regionalspezifischen Bedarf als Voraussetzung für Telemedizinprojekte
- Schwierigkeit: Vitaldatenmonitoring erzielt nicht bei allen Patienten einer Krankheit dieselben positiven Effekte (kriterienbasierter Auswahlkatalog für Zielpatienten erforderlich), Automatisierung nicht immer gleich Optimierung

Zusammenfassung Gesundheitsregion Coburg

Ein Großteil der Experteneinschätzungen aus den vorangegangenen Untersuchungen zu E-Health-Anwendungen wurde auch von den Befragten im Coburger Land geäußert. Dazu zählt insbesondere die überwiegend positive Haltung zur Gesundheitstelematik als unterstützendes und ergänzendes Instrumentarium im Kontext der Versorgungssicherung.

- Überwiegend positive Haltung zur Gesundheitstelematik als unterstützendes und ergänzendes Instrumentarium im Kontext der Versorgungssicherung
- Es darf allerdings nicht noch mehr Bürokratie auf die Ärzteschaft zukommen und Haftungsfragen (auch in Verbindung mit einer „Gemeindeschwester“) müssen schnellstmöglich geklärt werden

- Teilweise vorgebrachte Technikferne älterer Patienten im Zusammenhang mit dem Umgang E-Health-gestützter Anwendungen eher ein Vorurteil
- Persönliche Arzt-Patienten-Beziehung wird als das die Medizin charakterisierende Merkmal herausgestellt. Telemedizin ist für ausgewählte wenige Gebiete dennoch sinnvoll
- Komplizierter und langer Beweisprozess zur Überführung von E-Health-Projekten in Regelleistung wesentliches Hemmnis
- Telemedizinprojekte hängen außerdem entscheidend vom Willen bzw. Unwillen der Akteure zur Zusammenarbeit und Vernetzung ab (Voraussetzung). Das GR-Konzept kann hier (wie bei GR Sachsen) Akteure als initiale und begleitende Anlaufstelle zusammenführen und Impuls für mehr gelebte Kooperation setzen

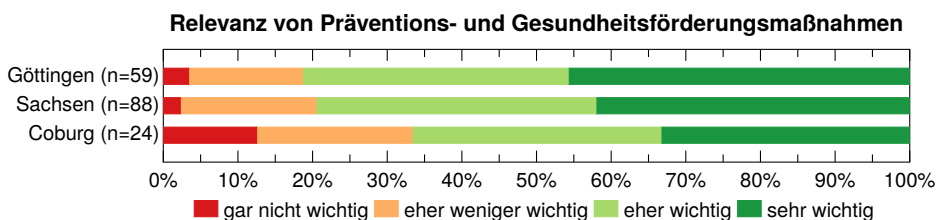
Insgesamt spielt hier der Regionsbegriff eine wichtige Rolle und auch eine Koordinierungsstelle (wie bspw. eine GR) kann hier zur Vernetzung der unterschiedlichen Professionen und Institutionen als wichtiger Mittler fungieren und eine entscheidende Anlaufstelle von Projekten sein.

7.2.4 Schlüsselthema IV: Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Regionsübergreifende Ergebnisse: Schlüsselthema IV

Regionsübergreifende Ergebnisbox Schlüsselthema IV: Prävention

1. In allen drei Regionen bestehen laufende oder abgeschlossene Präventionsprojekte, die durch die GR-Konzepte initiiert wurden und positiv bewertet werden (meist Bewegungs- oder Ernährungsprojekte)
 - Wichtig ist insbesondere die Aktivierung sog. Risikopatienten
2. Gesetzliche Krankenkassen als Schlüsselakteur für Präventionsmaßnahmen
3. Präventionsmaßnahmen können von GR-Konzept profitieren und forciert werden
 - umgekehrt kann sich Bekanntheitsgrad des GR-Konzepts dadurch erhöhen
4. Präventionsmaßnahmen können Vernetzung regionaler Akteure steigern, da so Dialog zwischen Kindergärten, Schulen, Ärzten und der Bevölkerung entsteht
5. Kollektiv soll durch Aktionen/Projekte in Kindergärten, Schulen und Betrieben zu gesundheitsbewusstem Handeln motiviert werden
 - Ziel: gesundheitsorientierte Gestaltung von Lebensräumen
6. Honorierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen als zentrales Hemmnis für Ausweitung
 - Akquise finanzieller Förderung schwierig, da Messbarkeit von Effekten meist nur langfristig möglich
 - Experten fordern von der Gesundheitspolitik aktive Unterstützung von Regionen bei Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

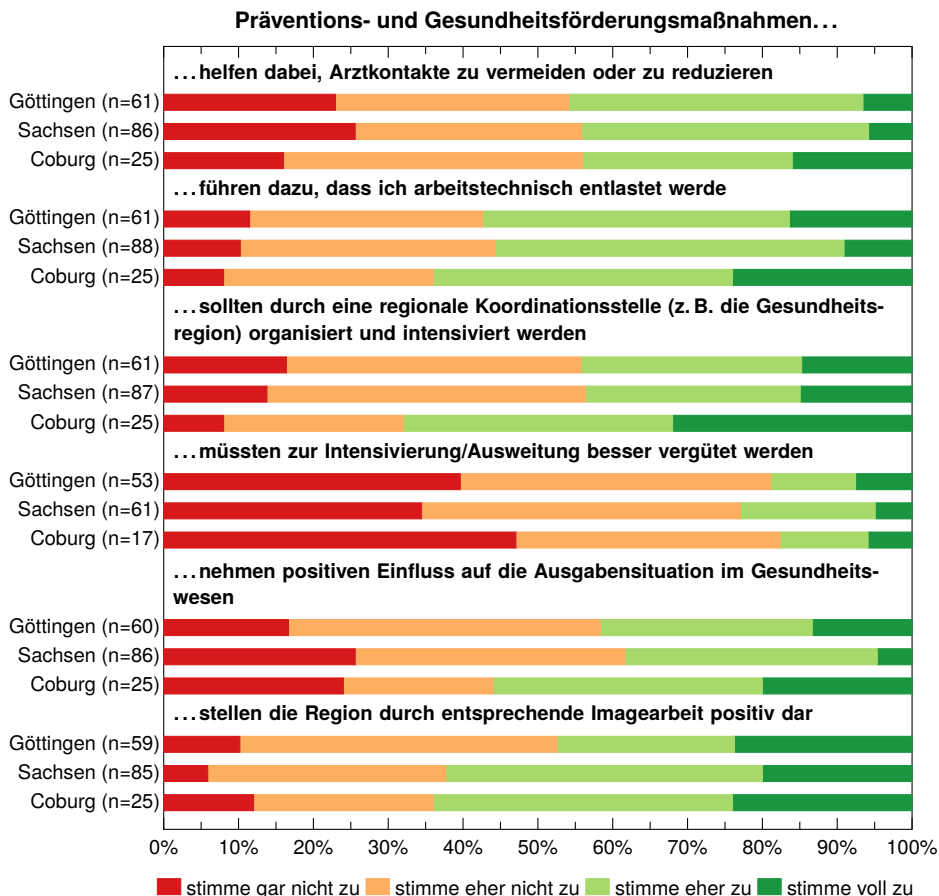


Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 50: Relevanz von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Die befragten Ärzte messen dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung hohe Relevanz bei. In der GR Göttingen und in der GR Sachsen wird Prävention etwa zu gleichen Anteilen als eher wichtig bzw. sehr wichtig eingestuft und liegt jeweils addiert bei rd. 80 Prozent. In Coburg ist die Situation nicht ganz so eindeutig, mit rd. zwei Drittel der Befragten wird

Prävention jedoch ebenfalls überwiegend als wichtig eingeschätzt (siehe Abb. 50). Diese Abweichung zu den anderen beiden GR kann aus der erheblich geringeren Rücklaufquote resultieren.



Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung

Abb. 51: Einschätzungen zu Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Bei der Einschätzung der Wirkungen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen wird lediglich der Aspekt der Vergütung über alle Regionen hinweg gleichermaßen wichtig beurteilt, wie Abbildung 51 zeigt. Dieses Ergebnis ist analog zu der in der qualitativen Erhebung vielfach geäußerten Forderung nach besserer Vergütung von Präventionsmaßnahmen. Hervorzuheben ist die in allen Regionen von den befragten ähnlich beurteilte Hypothese, dass durch Präventionsmaßnahmen eher keine arbeitstechnische Entlastung eintritt. Geht man davon aus, dass eine

gesündere Bevölkerung weniger häufig zum Arzt geht, was zumindest in allen drei Regionen jeweils rd. 55 Prozent der Befragten so einschätzen, dann verwundert dieses Ergebnis. Möglicherweise wird die zeitliche Ersparnis reduzierter Arztkontakte durch den Zeitaufwand der Durchführung präventiver Maßnahmen (Patientengespräche, -aufklärung, -edukation etc.) wieder aufgezehrt.

Dass das Konzept Gesundheitsregion als Koordinationsstelle Präventionsmaßnahmen forcieren soll, sehen in den GR Göttingen und Sachsen jeweils rd. die Hälfte (55 Prozent) der Befragten. In Coburg sind es gerade einmal ein Drittel der Niedergelassenen. Offensichtlich verorten viele Ärzte diese Tätigkeit primär bei sich, als dass auf regionaler Ebene Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt und koordiniert werden.

Die positive Außendarstellung einer Region durch Präventionsmaßnahmen wird nur von der knappen Mehrheit der Niedergelassenen in der GR Göttingen als zutreffend eingeschätzt. In den beiden anderen Fallstudien stimmen jeweils knapp zwei Drittel (eher bzw. gar) nicht zu. Schließlich wird der positiven Beeinflussung der Ausgabensituation im Gesundheitswesen durch Präventionsmaßnahmen nicht so eindeutig zugestimmt, wie man es vermuten könnte. In den GR Göttingen und Sachsen sind es „nur“ rd. 60 Prozent, in der GR Coburg nur rd. 45 Prozent. Geht man davon aus, dass durch Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen die Bevölkerung gesünder ist (und damit weniger kurativ behandelt werden muss), müsste man insgesamt Einsparungen realisieren können. Da die ökonomischen Effekte dieser Maßnahmen nur schwer gemessen werden können, ist die Resonanz innerhalb der Befragung möglicherweise nicht so eindeutig ablesbar.

Detailauswertung je Gesundheitsregion: Schlüsselthema IV

Zusammenfassung Gesundheitsregion Göttingen

- Das grundsätzlichen Problem von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen liegt in der Honorierung. Diese Leistungen werden offenbar nur vergleichsweise gering bezahlt, was sich auch in der Befragung der niedergelassenen Ärzte widerspiegelt, die eine bessere Vergütung von Präventionsmaßnahmen für erforderlich halten, um sie auszuweiten. Generell schätzt die Mehrheit der befragten Ärzteschaft (rd. 77 Prozent) die Bedeutung von Prävention als eher wichtig oder sehr wichtig ein

- Im Gegensatz dazu wird die rein ökonomische Betrachtung von Präventionsmaßnahmen der ethisch-moralischen Verpflichtung gegenübergestellt: Wenn die Lebensqualität von Patienten mit präventiven oder gesundheitsfördernden Maßnahmen erhöht werden könne, müsse dies nicht grundsätzlich einzelwirtschaftlichen Belangen genügen, sondern im Gesamtkontext einer gesünderen Bevölkerung und höheren Lebensqualität Anerkennung finden
- Das abgeschlossene GR-Projekt zu Prävention mit Schulen ist in der Region positiv bewertet worden. Es ist gerade für eine Gesundheitsregion ein wichtiges Thema, um so in den Dialog mit Schulen, medizinischen Leistungserbringern und der Bevölkerung zu kommen. Solche Projekte haben folglich nicht nur Aufklärungs- und Gesunderhaltungscharakter, sondern können auch als erster Vernetzungserfolg gewertet und für weiterführende Projekte und Maßnahmen genutzt werden

Insbesondere bei diesem Schlüsselthema sind laut den Experten aber nicht nur die niedergelassenen Ärzte gefordert, tätig zu werden, sondern auch die Bevölkerung selbst. Ein zentraler Schlüsselakteur ist hierbei die Krankenkasse, die als Impulsgeber und Initiator Anreize z. B. in Form von Bonusprogrammen setzen kann.

Zusammenfassung Gesundheitsregion Carus Consilium Sachsen

- Im Rahmen des Projekts „Familiengesundheitspaten“ tritt die GR als Vermittlungs- und Schulungsinstitution auf: Projekt wurde positiv aufgenommen und von einer anderen Region übernommen (Übertragbarkeit und „Lernende Regionen“)
- teilweise Stigmatisierung von Prävention hinderlich, um diese durchzuführen bzw. aufzusetzen
- Bei Präventionsangeboten und -projekten ist Information der Öffentlichkeit besonders wichtige Aufgabe (hier kann das GR-Konzept zentrale Rolle spielen)
- Krankenkasse sieht gesundheitsorientierte Gestaltung von Lebensräumen als zentralen übergeordneten Handlungsauftrag. Kollektiv müsse durch Aktionen in Kindergärten, Schulen und Betrieben zu gesundheitsbewusstem Handeln motiviert werden (nicht singuläre Angebote u. Einzelmaßnahmen)
- gezielte Aktivierung von „Risikopatienten“ zu Präventionsmaßnahmen schwierigste Aufgabe für Krankenkasse

- Hierfür wurde in der Region Sachsen finanzielle Anreizkulisse durch die Krankenkasse initiiert, die Ärzte bei erfolgreicher Aktivierung von Risikopatienten zu Präventionsmaßnahmen bonifiziert
- Öffentlichkeitsarbeit könne im Rahmen der GR-Tätigkeit durch gezielte Publikation von Ergebnissen in der Apothekenumschau gefördert werden. Dies erreicht in der Regel große Resonanz

Zusammenfassend werden Prävention- und Gesundheitsförderungsprojekte begrüßt und überwiegend positiv bewertet. Allerdings ist die Suche nach Geldgebern für Präventionsprojekte schwierig. Die Schwierigkeit bei Präventionsprojekten liegt darin, konkrete Ergebnisse zu liefern, die sich meist erst spät zeigen (wenn sie überhaupt messbar sind).

Zusammenfassung Gesundheitsregion Coburg

- GR ist mit einer Projektidee zur Bewegung für Jugendliche im Rahmen von Präventionsmaßnahmen vertreten und lobt jährlich den Wettbewerb „Gesund leben in der Region Coburg – Jugend bewegt“ aus
- Auch im Coburger Land wird die Finanzierung von Präventionsprojekten als zentrales Hemmnis für eine verstärkte Hinwendung zu mehr Prävention identifiziert. Hier müsse sich die Politik laut der Befragten auf die Regionen zu bewegen und finanzielle Unterstützung leisten
- Gewinnung von Risikopatienten wird hier ebenfalls angesprochen und als schwierig bewertet (da Interesse an jenen Maßnahmen meist gering)
- Öffentliche Sportveranstaltungen, die großräumig beworben werden, sind eine Möglichkeit zu mehr Prävention und werden in der GR auch umgesetzt

Auch in dieser Region wird die Finanzierung von Prävention als entscheidende Hürde identifiziert. Insgesamt gibt es in der GR Coburg noch weiteres Entwicklungspotenzial in diesem Bereich. Erste Ansätze sind durch den o. g. Wettbewerb vorhanden. Als flankierende Maßnahme von Gesundheitsversorgungsprojekten ist dieser Wettbewerb sinnvoll, jedoch könnte hier durch weitere präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen die Zusammenarbeit zwischen der GR, der Krankenkasse sowie der KV verstärkt werden.

7.3 Das Konzept „Gesundheitsregion“ im Spiegel der Diagnose

7.3.1 Rahmenbedingungen der jeweiligen Fallstudien

Aus den Ergebnissen der empirischen Untersuchung leiten sich allgemeine Handlungserfordernisse im Rahmen des Gesundheitswesens ab. Sie stellen unter anderem die Grundlage für die Bewertung des GR-Konzepts dar und sind andererseits das Fundament, auf dem die Empfehlungen zur Optimierung dieses Konzepts und der regionalen Versorgungssicherung abgeleitet werden.

- Öffentlichkeitsarbeit und gezielte Information insbesondere der regional ansässigen Gesundheitsdienstleister über Maßnahmen und Ergebnisse des GR-Konzepts sollten intensiviert werden
- Erhöht Akzeptanz des GR-Konzepts bei den Partnerakteuren, den zukünftig noch zu gewinnenden Akteuren sowie bei der regionalen Bevölkerung
- Versachlichung der Diskussion über „Ärztmangelthematik“ mit Vertretern der Ärzteschaft (KV, ÄK und Hausärzteverein), den Krankenkassen sowie kommunalen Vertretern bzw. Fachressorts mit dem Ziel einer kleinteiligen „echten“ Bedarfsplanung (nicht jede Arztpraxis muss nachbesetzt werden)
- Dringende Reform der Bedarfsplanung, um „Bedarf“ messbar zu machen und für teilräumliche „echte“ Bedarfslücken Gegenmaßnahmen einleiten zu können. Bedarfsermittlung sollte von starren Versorgungsgraden (lediglich Orientierungsgröße) entkoppelt werden
- Regionale Versorgungsmessen/-veranstaltungen sollten Bevölkerung über zukünftige neue Versorgungskonzepte informieren, um Verständnis und Akzeptanz in der Bevölkerung bei zukünftig verringerter Versorgungsdichte zu schaffen:
 - Eine geringere Versorgungsdichte muss nicht schlechtere Versorgung bedeuten. Doch ist die Entwicklung alternativer Versorgungsformen sinnvoll.
 - Auch Standortkonzentrationen sind als Teil regional abgestufter Versorgungsstrukturen teilräumlich sinnvoll
- Ärztliche Nachwuchsgewinnung sollte von den regionalen Akteuren in Regionen mit drohender ärztlicher Unterversorgung als zentrales Handlungsfeld begriffen werden

- Die Sicherung technischer, sozialer, verkehrlicher und kultureller Infrastrukturen ist grundsätzlich für die Regionsattraktivität und regionale Wettbewerbsfähigkeit wichtig
- Imageverbesserung des Hausarztberufs muss auf allen Ebenen forciert werden. Geeignete Handlungsfelder liegen in/ergeben sich wie folgt:
 - Im Rahmen der Hochschulpolitik: Schaffung von Studienangeboten (z. B. allgemeinmedizinische Lehrstühle, hausärztliches Pflichtquartal)
 - Im Rahmen der Vergütung: gleichwertige Gehaltsstrukturen zwischen städtischen und ländlichen Hausarztpraxen schaffen und Verringerung des Regressrisikos. Die Vergütung muss sich an der Qualität und Quantität des Arbeitsaufwands orientieren (nicht am Verhältnis von Privat- zu Kassenpatienten)
 - In den Regionen: regionale Versorgungsnetzwerke (z. B. mit Anstellungsmöglichkeiten) können angehenden Medizinern Planungssicherheit, Flexibilität und professionelles Arbeitsumfeld im Team bieten. Dies erhöht Jobattraktivität und damit die räumliche Bindungswirkung interessierter Nachwuchskräfte
- Arbeitsintensive Dokumentationspflichten in der Patientenversorgung abbauen, um knapper werdende Arztressource in ländlichen Räumen für ärztliche Tätigkeiten zu sichern
- Sektorengrenzen behindern die Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringer (z. B. ambulant und stationär) zur Versorgungsoptimierung nach wie vor und sollten daher weiter abgebaut werden
- Akteursauswahl sollte im Rahmen einer GR-Gründung in erster Instanz folgende Akteure integrieren: Gesetzliche Krankenkasse(n), Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, Hausarztverein, regionale Krankenhäuser, regionale/kommunale Interessenvertretungen bzw. Fachressorts. Mit diesen zunächst gemeinsame Versorgungsstrategie erarbeiten. Dann können weitere Akteure sukzessive integriert werden (je nach regionaler Problemlage und Projektmaßnahmen)

7.3.2 Bewertung des Konzepts „Gesundheitsregion“

Grundlage zur verbal-argumentativen Bewertung des GR-Konzepts im Hinblick auf den Nutzen und Mehrwert für die Sicherung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen sind die aus den Schlüsselthemen abgeleiteten Bewertungskriterien sowie die oben dargestellten Handlungserfordernisse.

Schlüsselthema I: Nachwuchsförderung/-gewinnung

Infrastrukturelle Ausstattungsmerkmale einer Region (siehe regionsübergreifende Ergebnisbox Schlüsselthema I) stellen eine zentrale Entscheidungsgrundlage für oder gegen einen Standort für Nachwuchskräfte dar. Grundsätzlich ist die Bewertung eines zukünftigen möglichen Arbeits- und Lebensstandortes für potenzielle Nachwuchskräfte im Gesundheitswesen (aber auch generell) vielschichtig und individuell verschieden. Dennoch haben die empirischen Ergebnisse besonders wichtige und für die Standortentscheidung zentrale Standortfaktoren bestätigt, die es gilt in einer Region vorrangig zu sichern, zu entwickeln und zu verbessern, um als Region für Nachwuchskräfte in Betracht zu kommen (allgemeine Regionsattraktivität).

Diese Aufgabe der regionalen Entwicklung ist allerdings nicht originäre Aufgabe des GR-Konzepts, kann und sollte die vorrangig damit betrauten regionalen Institutionen (Regionalentwicklungsämter, kommunale und regionale Ämter etc.) dabei allerdings unterstützen. Die Erhebungen haben gezeigt, dass das GR-Konzept in der Lage ist, die Region als Gebiet mit aktiver Regionalentwicklung für den Nachwuchs dynamisch darzustellen und zu unterstützen, indem sich die Gesundheitsregion auch als Kümmerer und Ansprechpartner für Niederlassungswillige versteht und positioniert. Dies kann in Form (allgemein-)ärztlicher Weiterbildungsprojekte für niederlassungswillige Nachwuchsmediziner (z. B. Weiterbildungsverbund in GR Sachsen) oder mit Ausbildungsperspektiven für nicht-ärztliches Personal (z. B. Pflegebörsen in GR Göttingen) stattfinden.

Die Nachwuchsförderungsmaßnahmen der untersuchten GR haben laut eigenen Aussagen regen Zulauf und werden von den Nachwuchskräften genutzt. Dies zeigt, dass abgestimmte regionale Weiterbildungsangebote einen konkreten Mehrwert für Nachwuchsmediziner und nicht-ärztliches Personal entfalten können.

Da Stipendienprogramme mit Raumbindung in keiner der untersuchten GR-Fallstudien Teil des GR-Konzepts sind, sondern neben dem GR-Konzept von anderen Akteuren durchgeführt werden, ist diese Maßnahme nicht Teil der Bewertung. Dennoch ist bei der kontroversen Diskussion um dieses Instrument von entsprechenden Instanzen zu evaluieren, inwieweit es eher zu Mitnahmeeffekten führt oder tatsächlich die Niederlassung junger Mediziner in ländlichen Räumen positiv beeinflussen kann.

Im Rahmen des Wertewandels angehender Mediziner mit erhöhten Ansprüchen an Flexibilität und geregelten Bereitschaftsdiensten (gerade in ländlichen Gebieten problematisch), sollten die regionalen Nachwuchsmaßnahmen angepasst werden. Konkret bedeutet das, dass bspw. die Nachfolgelösung einer Landarztpraxis nicht nach dem starren Schema ein Arzt geht in den Ruhestand und ein Nachfolger wird gesucht abläuft, sondern z. B. frühzeitig mit der Nachfolgesuche begonnen wird und folgende Überlegungen dabei im Fokus stehen: Wie könnte man einem möglichen Interessenten eine flexible Anstellung mit Anbindung an das regionale Krankenhaus und die Integration in ein regionales Ärztenetz anbieten? Die Anforderungen an flexible bzw. alternative Nachfolgelösungen werden zukünftig weiter steigen, so dass in ländlichen dünn besiedelten Regionen nach neuen Ansätzen gesucht werden muss.

Auch wenn eine solche Aufgabe primär bei der KV angesiedelt ist, so kann eine regionale neutrale Koordinationsstelle wie eine GR hierbei vermittelnd und koordinierend unterstützen. Aktuell scheinen flexible Anstellungsoptionen insbesondere für den ländlichen Raum größere Erfolgsaussichten bei Nachfolgelösungen zu haben. Eingebettet in ein koordinierendes GR-Konzept erhöhen sich so die Chancen auf erfolgreiche Praxisnachfolgen, da diese dem niederlassungsinteressierten Nachwuchs einen Ansprechpartner zur Seite stellen, der als Kümmerer wichtige regionale Kontakte herstellen und durch den Niederlassungsprozess begleiten kann.

Zusammenfassend bietet eine Gesundheitsregion mit einem inhaltlichen Schwerpunkt im Bereich Nachwuchsförderung/-gewinnung einen tatsächlichen Mehrwert für Nachwuchskräfte, der Bindungswirkung entfalten kann.

Maßnahmen und Anreize, die als Erfolgsfaktoren einer Gesundheitsregion im Rahmen der Nachwuchsförderung bzw. -gewinnung zu subsummieren sind:

- GR-Geschäftsstelle als regionaler Ansprechpartner für niederlassungswillige Nachwuchskräfte mit Informationen und Services rund um die Niederlassung sowie das Arbeiten und Leben in der jeweiligen Region
- GR-Geschäftsstelle versteht sich als Kümmerer und erste Anlaufstelle
- Z. B. Hilfestellungen bei der Wohnungssuche und Behördengängen, bei der Jobsuche des Partners etc. geben
- Regionale Anbindung an Universitäten mit allgemeinmedizinischen Lehrstühlen und Lehrkrankenhäusern prüfen
- Strukturierte Weiterbildungsangebote zur allgemeinmedizinischen Facharztausbildung (z. B. Projekt Weiterbildungsverbund in GR Sachsen)
- Ländliches Ärztenetzwerk etablieren und bewerben, um Blockpraktika bzw. Landfamulaturen in der Region anbieten zu können
- GR-Geschäftsstelle und ländliche Ärztenetzwerke profitieren voneinander, wenn sie sich vernetzen und diese Angebote überregional bewerben. GR kann mithilfe des Ärztenetzwerks die Region für den Nachwuchs attraktiv darstellen und eine GR-Identität schaffen und das Ärztenetzwerk kann durch die Außendarstellung der GR Nachwuchs für die Region gewinnen und damit Praxisnachfolgen realisieren bzw. einleiten
- Potenzielle Nachwuchsmediziner identifizieren und ansprechen, die aus der entsprechenden Region stammen (Selektion). Diese Maßnahme kann eine GR begleiten bzw. koordinieren
- Alternative Niederlassungsformen (z. B. Gesundheitszentrum) mit flexiblen Anstellungsmöglichkeiten für Nachwuchsärzte mit Akteuren vor Ort entwickeln

Schlüsselthema II: Akteursvernetzung/Kooperationen und Delegation

Im Fokus stehen die Bewertung der Vernetzungskultur sowie die Frage, inwieweit das GR-Konzept Kooperationsanreize setzt und Hemmnisse in der Akteursvernetzung abbaut. Dazu ist es wesentlich, ob das GR-Konzept geeignet ist, regionale Akteure für ein gemeinsames Ziel (Sicherung der Gesundheitsversorgung) zu gewinnen. Außerdem soll bewertet werden, wie das Thema Delegation (z. B. Gemeindeschwestermode) im Rahmen der Versorgungsoptimierung eingeschätzt wird.

Die Bewertung des GR-Konzepts im Hinblick auf die erfolgreiche Vernetzung regionaler Partnerakteure fällt heterogen aus. Gemäß den regions-

übergreifenden Ergebnissen ist die Qualität der Vernetzung in den drei Fallstudien unterschiedlich, u. a. aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsstände der GR. Über alle GR hinweg lässt sich allerdings festhalten, dass neue Kommunikationsstrukturen unter einigen Partnerakteuren angestoßen und geschaffen wurden, die zu konkreten Projekten innerhalb der jeweiligen GR geführt haben und teilweise noch laufen bzw. fortgeführt werden. Auch sind sich alle Befragten einig darüber, das Vernetzungsgeschehen vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung insbesondere in ländlichen Räumen weiter voranzutreiben. Der Wunsch nach verstärkter Vernetzung ist bei allen Partnerakteuren und in allen GR vorhanden, allerdings gibt es

- a) systemimmanente (Sektorengrenzen etc., siehe Kap. 7.3.1),
- b) regionsspezifische (institutionelle Differenzen) und
- c) akteursspezifische (personelle Differenzen) Hemmnisse,

die das Konzept nicht alleine bewältigen kann. Vielmehr soll durch den angestoßenen Vernetzungsprozess der Dialog zwischen den Akteuren zur Verständigung auf eine gemeinsame Versorgungsidee verstärkt werden. Insgesamt ist man sich in allen GR überwiegend einig, dass es (wie schon in Kap. 4.2.3 aus der Literatur gefordert) neue Anreizmuster durch die Übertragung der Verantwortung regionaler Versorgungsqualität geben muss. Insbesondere die systemimmanenten Hemmnisse führen dazu, dass die meisten Akteure im Gesundheitswesen nicht dazu motiviert werden zusammenzuarbeiten. Wenn die Zusammenarbeit nur dort funktioniert, wo die Akteure altruistisch handeln, dann kann dies keine Basis für zukunftsfähige Strategien sein. Um einen Vernetzungsprozess unterstützend zu koordinieren, ist die GR ein geeignetes Instrument, da es die Selbstorganisation und Kommunikation der Akteure in einem regionalen Netzwerk erhöht. Bei den vorgestellten Projekten der GR (siehe GR-Profile, Kap. 6.1.1, 6.2.1 u. 6.3.1) ist dies erfolgreich gelungen bzw. wird noch umgesetzt. Es bedarf allerdings einer weiteren Forcierung.

Zwei Aspekte sind dafür wesentlich, die in die Aufgabenbereiche des GR-Konzepts fallen:

- Regionale Schlüsselakteure in den Prozess der regionalen Versorgungsidee integrieren (siehe Ergebnisbox Schlüsselthema II)
- Regionale GR-Präsenz mittels effektiver Öffentlichkeitsarbeit erhöhen, um größtmögliche Akzeptanz für die GR-Maßnahmen bei den Partnerakteuren zu erzielen.

Einerseits konnten in allen drei Fallstudien fast alle genannten Schlüsselakteure zum Austausch mit dem GR-Konzept gewonnen und teilweise zu konkreten Projekten bewegt werden, was positiv zu bewerten ist. Andererseits haben die qualitativen, aber besonders die quantitativen Ergebnisse gezeigt, dass die Präsenz der GR jeweils erheblich verbessert werden muss. Während einzelne interviewte Partnerakteure dem Konzept skeptisch gegenüberstanden, mehrheitlich aber eine offene und positive Haltung konstatiert werden konnte, haben die niedergelassenen Ärzte keinen (Vernetzungs-) Mehrwert erkennen können und zwar aufgrund des geringen Wissens über die jeweiligen GR-Konzepte. Auch wenn niedergelassene Ärzte nicht die primären Adressaten von GR-Projekten sind, so haben sie dennoch eine zentrale Rolle im Rahmen der Gesundheitsversorgung. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der schlechten quantitativen Ergebnisse bezüglich des geringen Wissensstandes über die GR bei Niedergelassenen, gibt es in diesem Bereich erheblichen Verbesserungsbedarf über alle GR hinweg. Nur wenn die regionale Versorgungsidee eine Mehrheit von Institutionen und Personen aus dem Gesundheitswesen hinter sich versammeln kann, können sich Projektideen entwickeln und daraus Mehrwert für die regionale Versorgungssicherung entstehen.

Wie sich aus den Statistiken und auch aus den Befragungen gezeigt hat, sind nicht alle ländlichen Regionen gleichermaßen von zukünftigen Versorgungsengpässen betroffen. Gerade weil man sich teilträumlich in einer solch komfortablen Situation befindet, sollten sich die Schlüsselakteure der Gesundheitsversorgung frühzeitig mit der Versorgungssicherung auseinandersetzen. Bspw. gibt es im ländlichen Kreis Northeim (GR Göttingen) aktuell und auch in naher Zukunft keine prognostizierten Versorgungsdefizite. Dennoch ist es sinnvoll, bereits jetzt innerhalb einer GR für mögliche zukünftige Veränderungen in der Gesundheitsversorgung sensibilisiert zu sein und im Rahmen eines GR-Konzepts sowohl die Bevölkerung (mittels Präventionsangeboten) als auch die Schlüsselakteure in einem regionalen GR-Netzwerk zu integrieren. So können Optimierungsprozesse aus einer verhältnismäßig starken regionalen Position in Gang gesetzt werden, die die Zukunftsfähigkeit von medizinischen Versorgungsstrukturen vorteilhaft beeinflussen können.

Positiv zu bewerten sind im Rahmen der Netzwerkarbeit, insbesondere in einem GR-Anfangsstadium, die regelmäßigen Treffen in Form von Arbeitskreisen und die damit erforderliche professionelle Koordination. Besonders

in der GR Coburg im Rahmen der MORO-Arbeit wurde die Arbeit in den Arbeitskreisen als sehr positiv von den Akteuren bewertet. Und damit das GR-Konzept erfolgreich funktionieren kann und sich Netzwerke festigen, sind ein Konzeptmonitoring sowie eine Evaluation der GR-Maßnahmen erforderlich. Diese Ergebnisse sollten veröffentlicht werden, um das GR-Konzept transparent zu machen.

Alle drei GR berichten von Arbeitsständen, Ergebnissen sowie Projekterfolgen auf Ihren Internetseiten. Abschlussberichte, Pressemitteilungen sowie Zwischenergebnisse werden auf den jeweiligen Online-Plattformen zur Verfügung gestellt. In der GR Sachsen präsentiert man ausgewählte GR-Maßnahmen u. a. auch auf Messen und Konferenzen, und stellt Videobeiträge (z. B. Interviews) solcher Veranstaltungen auf der Homepage zur Verfügung. Auf diese Weise stärkt man zusätzlich die Sichtbarkeit der GR-Projekte und des GR-Konzepts selbst.

Delegation

Im Rahmen der Thematik der Ausweitung delegierbarer Leistungen für nicht-ärztliches Personal, ist man sich in den GR überwiegend einig, dass dies zur Unterstützung der Versorgung hilfreich sein kann, wenn die ermittelten Voraussetzungen gegeben sind (siehe regionsübergreifende Ergebnisbox Schlüsselthema II). Diese sind in einem gesundheitspolitischen Diskurs zu erarbeiten und bedürfen einer rechtsverbindlichen Verankerung. Da laut der Aussage eines Experten die Realität teilweise die rechtlichen Rahmenbedingungen überholt, gilt es hier in der näheren Zukunft diesem Erfordernis Rechnung zu tragen. Es handelt sich dabei allerdings vorrangig um Leistungen, die in eine Arztpraxis bzw. ein Praxisnetzwerk zu integrieren sind und somit vorrangig von Ärzteseite (z. B. von der KV oder Ärztereinen) zu koordinieren und zu organisieren ist. Eine GR kann hier bei der Vermittlung von Gemeindeschwestern unterstützen und über solche Arbeitsentlastungsstrukturen für Ärzte berichten, um bei potenziellen Nachwuchskräften zusätzlich Interesse zu wecken.

Abschließend leistet das GR-Konzept im Rahmen der Vernetzung einen konkreten Mehrwert in Form eines interkommunalen bzw. regionalen Diskurses mit Bezug zur medizinischen Versorgungssicherung sowie konkreten Kooperationen. Die identifizierten Schlüsselakteure sind in allen GR in das Konzept involviert, wenngleich in sehr unterschiedlicher Intensität und Qualität. Dabei müssen die Vernetzungspotenziale eines GR-Konzepts

immer vor dem Hintergrund der regional- und akteursspezifischen Rahmenbedingungen bewertet werden. Die teilweise überheblich wirkenden Einschätzungen einiger weniger Skeptiker gegenüber dem GR-Konzept zeigen auf, wie komplex und schwierig die ersten Schritte in einem solchen Kooperations- und Vernetzungsprozess sind. Auch wenn fast alle Befragten die Vernetzung gerade in ländlichen Räumen für sinnvoll erachten und sich verstärkte Zusammenarbeit wünschen, offenbarten sich teilweise Skepsis und Vorbehalte gegenüber dem Konzept. Diese resultieren in den vorliegenden Regionen überwiegend aus

- unkonkreten Zielvorstellungen,
- zu geringer Einbeziehung einiger Akteure,
- dem Vorbehalt es könne sich um Einzelinteressen (wirtschaftlich, institutionell, teilträumlich) handeln und
- teilweise der Aufhängung des GR-Konzepts an Institutionen, die ihre eigenen Interessen verfolgen (welche mit der Gesamtregion bzw. einigen regionalen Akteuren geringe oder gar keine Überschneidungspunkte haben).

Gerade aus diesem Grund gibt es weiteren Optimierungs- und Handlungsbedarf im GR-Marketing und in der Kommunikation gegenüber den regionalen Partnerakteuren. Die oben genannten Vorbehalte zeigen auf, dass der Nutzen und Mehrwert des Konzepts teilträumlich (noch) nicht ausreichend dargestellt wurde.

Dennoch hat das GR-Konzept bisher in allen drei Fallstudien zu einem regen Diskurs über tradierte Versorgungsroutinen und zu regionalen Netzwerken im medizinischen Versorgungskontext geführt, die weiterhin überprüft und evaluiert werden müssen. Außerdem macht das GR-Konzept auf bestehende Versorgungshemmnisse aufmerksam, wenngleich diese bereits seit Längerem bekannt sind. Dieser Mehrwert des GR-Konzepts ist als zentral und besonders wichtig zu bewerten, da hierbei konkrete Handlungserfordernisse sowohl für die Akteure auf der Makroebene (z. B. Landes- und Bundesgesundheitsministerien) als auch für die Akteure auf der Mesoebene (z. B. KVen, Ärztekammer, G-BA, Krankenkassen etc.) identifiziert und adressiert werden (siehe Abb. 30). Die mit der Vernetzung erzielbaren Effekte wie barrierefreier Informationsfluss zwischen Leistungserbringern, Aufbrechen sektoraler Schnittstellenprobleme (insb. ambulant und stationär) etc. und damit möglicher Versorgungsoptimierungen – insbesondere in dünn besiedelten ländlichen Räumen – werden überwiegend durch die

falschen Anreizstrukturen der aktuellen Honorarpolitik erheblich behindert. Dies erschwert die (inter-)sektorale Zusammenarbeit erheblich oder macht sie teilweise unmöglich.

Gesundheitsregionen machen auf diese Vernetzungs- und damit Versorgungshemmnisse aufmerksam und fördern sowohl den regionalen Dialog als auch den Dialog mit den übergeordneten Instanzen (Makro- u. Mesoebene). Dies kann und sollte als ein grundlegender Baustein zur Optimierung kooperationsfördernder Anreizstrukturen von Gesundheitsministerien, den KVen, dem G-BA sowie den Krankenkassen genutzt werden. In Zeiten, in denen Vernetzung, Austausch und Kooperation stetig an Gewicht gewinnen und den Zeitgeist der heranwachsenden Ärztegeneration im Zusammenhang mit der Forderung von Teamwork und Flexibilität treffen, ist die Relevanz dieses Schlüsselthemas verstärkt zu berücksichtigen.

Schlüsselthema III: Telemedizin

Telemedizinische bzw. E-Health-Maßnahmen werden in den Fallstudien lediglich in einer Gesundheitsregion in Form eines GR-Projekts (GR Sachen) initiiert und umgesetzt. Demzufolge stützt sich die Bewertung dieses Schlüsselthemas überwiegend auf die Einschätzungen der befragten Akteure, inwieweit Telemedizin die Versorgungssicherung unterstützen könnte und in welchen Bereichen man eine Ausweitung fördern sollte. Wie bereits in Kap. 4.3 dargestellt, bedarf es der Differenzierung telemedizinischer Maßnahmen in doc2doc- und doc2patient-Anwendungen.

Jenseits dieser Unterscheidung, spiegeln die Ergebnisse der erhobenen Daten die Positionen aus der Literatur (siehe Kap. 4.3) relativ exakt wider. Grundsätzlich ist die Mehrheit der Interviewten telemedizinischen Anwendungen im doc2doc-Bereich positiv gegenüber eingestellt, während bei doc2patient-Anwendungen überwiegend kein erhöhter Mehrwert in der Patientenversorgung (nur aufgrund der Technisierung von Abläufen) eingeschätzt wird. Patientenversorgung wird nach wie vor überwiegend als persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient verstanden und geschätzt. Außerdem werden offene Haftungsfragen, hohe Anschaffungs- und Schulungskosten sowie die teure Einrichtung von Datenverarbeitungszentren und ein langer Beweisprozess über den Nutzen telemedizinischer Maßnahmen als zentrale Hemmnisse formuliert. Der geringe Wissensstand über Anwendungsmöglichkeiten bei den befragten niedergelassenen Ärzten führt zusätzlich zu Berührungsängsten und Vorbehalten gegenüber Telemedizin.

Zwar wird im Rahmen der Patientenversorgung in dünn besiedelten ländlichen Räumen die Position vertreten, dass eine Versorgung mittels E-Health-Apparaturen (z. B. Videozuschaltung des Arztes aus der Praxis, während die Gemeindeschwester bei Hausbesuchen vor Ort beim Patienten ist) besser sei, als keine Versorgung. In von wichtigen Verkehrs- und Entwicklungsachsen verhältnismäßig weit entfernten und dünn besiedelten Gebieten könne diese Art der Versorgung punktuell unterstützen. Dennoch wird gefordert, eine flächendeckende Grundversorgung durch Fachärzte für Allgemeinmedizin (Hausärzte) auch (oder gerade) in solchen Regionen zu gewährleisten. Das GR-Konzept kann mit eigenen initiierten Telemedizinmaßnahmen Aufklärungsarbeit (sowohl bei Ärzten als auch bei der Bevölkerung) leisten, um möglichen zukünftigen Versorgungserfordernissen in dünn besiedelten ländlichen Räumen, die effizient über Telemedizinprojekte umsetzbar sind, den Weg zu ebnen.

Wie man Berührungsängste und Umsetzungshemmnisse im Zusammenhang mit E-Health-Maßnahmen abbauen kann, zeigt die GR Sachsen im Rahmen ihrer Telemedizinprojekte. Die im Nachgang zu der empirischen Erhebung veröffentlichten Informationen zu den Telemedizinprojekten machen deutlich, wie wichtig eine koordinierende Schnittstellenfunktion sowohl zur Initiierung als auch zur erfolgreichen Weiterentwicklung regionaler Zusammenschlüsse ist. Mithilfe der Akquisition von Fördermitteln (das Telemedizinprojekt „CCS Telehealth Ostsachsen“ wird durch EFRE gefördert) konnte das Telemedizinprojekt auf ein finanzielles Fundament gestellt und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Stand Mai 2016 ist das Projekt CCS Telehealth Ostsachsen deutschlandweit das größte Telemedizinprojekt, welches erfolgversprechende Versorgungsansätze in einem regionalen Telemedizinnetzwerk entwickelt. Die GR hat dabei eine koordinierende Funktion und zeigt erneut ihr Potenzial als Kooperationsvehikel und zur Etablierung neuer Versorgungswege.

Auch wenn innerhalb der drei Fallstudien lediglich eine GR Telemedizinprojekte anschiebt und umsetzt, so zeigt dieses Beispiel, dass mögliche Effizienzreserven und eine optimalere Patientenversorgung Ziele sind, die in Form von GR-Projekten weiter verfolgt werden sollten. So können neue innovative Wege in der Versorgung von Patienten in dünn besiedelten ländlichen Räumen auf ihre Tauglichkeit und Zukunftsfähigkeit getestet und ggfs. auf andere Regionen übertragen werden.

Schlüsselthema IV: Prävention und Gesundheitsförderung

Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen können als die am schnellsten und einfachsten aufzusetzenden Maßnahmen für eine GR betrachtet werden, wenn es um Gesundheitskommunikation in Form von Schulungen zu gesundheitsförderndem Verhalten, Ernährungstipps, massenmedialen Kampagnen etc. geht. Hier kann die GR Projekte bspw. mit Bildungs- und Betreuungseinrichtungen wie Schulen und Kitas, aber auch mit Pflegeheimen etc. aufsetzen und begleiten.

Die Untersuchung der drei Fallstudien zeigt bei allen Regionen aktive Projektarbeit in diesem Bereich (z. B. Ernährungstipps in Kitas und Schulen: GR Coburg, Umgang mit neuen Medien in Schulen: GR Göttingen, Erziehungsunterstützung junger Eltern: GR Sachsen). Diese Projekte werden aufgrund der positiven regionalen Resonanz fortgeführt bzw. erneut durchgeführt. Das GR-Konzept kann folglich im Rahmen von Präventionsprojekten Mehrwert für die Bevölkerung in Form von Informationsveranstaltungen bieten und ähnlich wie bei dem Schlüsselthema III (Telemedizin) die Vernetzung regionaler Akteure vorantreiben (GR als Vernetzungsvehikel).

Die in Kapitel 4.4 skizzierten Erfolgsfaktoren werden in den untersuchten Fallstudien entsprechend berücksichtigt. Mit der GR gibt es eine koordinierende Geschäftsstelle, die

- eine koordinierende Geschäftsstelle, die einen politischen und regionalspezifischen Willen hat, präventive bzw. gesundheitsfördernde Projekte zu initiieren und mittels Projektpartnern in einem regionalen Netzwerk umzusetzen,
- die personelle und materielle Ressourcen bereitstellt oder diese durch Partnerakteure identifiziert und für das Projekt gewinnt (insbesondere Krankenkasse wichtiger Schlüsselakteur, siehe § 1 SGB V) und die
- mithilfe einer neutralen Moderation den Prozess begleitet und Informationen über das Projekt sowie Projektergebnisse veröffentlicht (Stichwort Gesundheitsberichterstattung).

Die durchgeführten oder noch laufenden Präventionsprojekte werden in allen drei GR von den GR-Geschäftsstellen selbst, als auch von den Partnerakteuren positiv bewertet und führen zu einer vorteilhaften Wahrnehmung der GR als räumliche Einheit (Stichwort: regionale Identität schaffen). Im Gegensatz zu den in den GR durchgeführten Präventions-

und Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden regionale Gesundheitsmessungen als alternatives Instrument im Kontext der Gemeindeorientierung unterschiedlich bewertet. Möglicherweise bedarf es eines neuen Formats zur Vermittlung von gesundheitsförderndem und präventivem Verhalten, z. B. nach dem Vorbild der GR-Projekte.

Neben der Gesunderhaltung der regionalen Bevölkerung insgesamt, stehen Risikopatienten (z. B. Übergewichtige, Raucher etc.) und die Gewinnung dieser Gruppe für Präventionsmaßnahmen besonders im Fokus (der Krankenkassen). Da diese Aufgabe insbesondere die Krankenkassen tangiert (siehe Detailauswertung der jeweiligen GR) und einen primär ökonomisch getriebenen Hintergrund hat, sind hier die Krankenkassen gefordert, entsprechende Lösungen zu erarbeiten. Dies geschieht aktuell in der GR Sachsen. Dort erprobt man mit niedergelassenen Ärzten ein Anreizsystem, bei dem Ärzte bei erfolgreicher Zuführung von Risikopatienten zu passenden Präventionsmaßnahmen bonifiziert werden. Daraus wird erneut deutlich, dass die Aufgabenverteilung und die unterschiedlichen Verantwortungsbereiche klar definiert sein müssen, um mögliche Überschneidungen oder Doppelstrukturen zwischen GR und Partnerakteuren zu vermeiden.

Größtes Hemmnis von Präventionsmaßnahmen und dessen Ausweitung ist, ähnlich wie bei Telemedizin, der lange Beweisprozess für den wirtschaftlichen Nutzen sowie die grundsätzliche Schwierigkeit diesen zu messen. Hier fordern die untersuchten GR mehr Unterstützung durch gesundheitspolitische Instanzen (wie bspw. Ministerien, Gesundheitsämter) aber auch durch Krankenkassen, um die in Kap. 4.4 beschriebenen einheitlichen Qualitätsmerkmale für eine zielbezogene Erfolgskontrolle zu entwickeln.

Zusammenfassend bieten Präventionsprojekte eines GR-Konzepts eine gute Möglichkeit, das Konzept selbst sowie die Ziele und Maßnahmen der GR einem breiten regionalen Publikum näher zu bringen und regionale Identität durch interkommunale Projekte zu schaffen und zu stärken. Dies konnte in allen drei Fallstudien teilweise erreicht werden und ist insbesondere durch die Intensivierung der regionalen Präsenz und Öffentlichkeitsarbeit zu verbessern. Prävention und Gesundheitsförderung sind grundsätzlich sinnvoll, da sie durch Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Hinauszögerung von Krankheiten die Häufigkeit von Arztbesuchen reduzieren helfen und somit mittelbar die medizinische Versorgung unterstützen, indem sie weniger in Anspruch genommen werden muss. Das GR-Konzept ist folglich

dazu geeignet, dieses Ziel mit konkreten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten zu unterstützen und die regionale Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Handeln zu motivieren. So dient das GR-Konzept auch dem regionalen Diskurs über Gesundheit(-sversorgung) und der Verankerung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auch die Eigenverantwortung der Bevölkerung beinhaltet.

7.4 Zusammenfassung der Schlüsselthemen-Diagnose

Die Handlungsbedarfe innerhalb der Versorgungssicherung werden durch das GR-Konzept identifiziert und müssen adressiert werden, damit tradierte Verhaltensroutinen aufgebrochen werden können. So kann durch regionale Erfordernisse das Gesamtsystem in Gestalt eines Bottom-up-Prozesses reformiert und die Versorgung vor Ort sichergestellt werden.

Die Erhebungen haben gezeigt, dass das GR-Konzept in der Lage ist, die Region als Gebiet mit aktiver Regionalentwicklung für den Nachwuchs dynamisch darzustellen. Die empirisch gestützten Erfolgsfaktoren einer GR im Kontext der Nachwuchsförderung und -gewinnung fußen einerseits auf gemachten Erfahrungen und der Bewertung der befragten Experten. Andererseits wurden im Rahmen der Befragung auch Forderungen und Einschätzungen formuliert, dessen Umsetzung noch aussteht und zu bewerten ist. Zentraler Mehrwert einer GR gegenüber einer Region ohne dieses Konzept für die Nachwuchsgewinnung ist, wenn sie sich als regionaler Ansprechpartner und Koordinator für niederlassungswillige Nachwuchskräfte und sich damit als Ausbildungspartner positioniert. Je einfacher der Prozess der Weiterbildung gestaltet wird, desto eher können sich Nachwuchsmediziner und nicht-ärztliches Personal mit der eigentlichen Arbeit (Patientenversorgung) befassen. Das Motto für Nachwuchsförderungsprojekte könnte lauten: Die GR als regional vernetzter Dienstleister für Nachwuchsmediziner und nicht-ärztliches Personal.

Neue Kommunikationsstrukturen wurden unter einigen Partnerakteuren angestoßen und geschaffen, die zu konkreten Projekten innerhalb der jeweiligen GR geführt haben und teilweise andauern. Die GR hat folglich einen konkreten Vernetzungsmehrwert und führt zu einem Akteursaustausch und zu konkreter Zusammenarbeit, die im Rahmen der Versorgungssicherung positiv zu bewerten sind. Demgegenüber ist die regionale GR-Präsenz

allerdings in allen drei Regionen ausbaufähig und die Versammlung der regionalen Partnerakteure hinter einem Versorgungsziel scheint eine der größten Hürden zu sein, Akteure für konkrete Versorgungsprojekte zu gewinnen und Skepsis gegenüber dem GR-Konzept abzubauen (siehe Kap. 3.4).

Insbesondere die Identifizierung von Versorgungsdefiziten, die durch das Gesundheitssystem hervorgerufen werden (z. B. wenn aktuelle Anreizkulisen die Vernetzung regionaler Akteure erschweren oder verhindern) sind ein zentraler Mehrwert eines GR-Konzepts, um genau diese Missstände an die entsprechenden Gremien und politischen Instanzen zu adressieren und mit diesen alternative Wege zu entwickeln.

Telemedizinische Maßnahmen spielen im Versorgungskontext eine eher untergeordnete Rolle, wie die Fallstudienauswertung gezeigt hat. Während Telemedizin lediglich in einer GR mittels großer Partner (T-Systems und Förderung durch EFRE) erprobt wird, ist dieses Thema in den anderen beiden Regionen im Rahmen des GR-Konzepts nicht relevant. Offenbar ist die Versorgungsnot (noch) nicht so groß, als das im Rahmen von doc2patient-Anwendungen über solche Versorgungsformen nachgedacht werden muss, zumal diese Versorgungsform häufig mit hohen initialen Kosten verbunden ist, die die Krankenkassen häufig nicht bereit sind zu übernehmen. Dagegen wird Telemedizin im Doc2doc-Bereich erheblich positiver bewertet und könnte sich im Rahmen der digitalen Praxis- und Klinikführung laut Expertenmeinung zukünftig weiter durchsetzen und etablieren.

Insgesamt wird Telemedizin im Rahmen der Versorgungssicherung eher geringer Mehrwert zugesprochen, kann aber regionalspezifisch sinnvoll sein und Leuchtturmcharakter entwickeln (siehe GR Sachsen). Dies ist jeweils regionsspezifisch zu bewerten, ob und wenn ja inwieweit telemedizinische Projekte sinnvoll sein können. Die Koordination und Umsetzung solcher Projekte kann allerdings mithilfe eines GR-Konzepts entscheidend vorangetrieben werden.

Da die Durchführung und Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen die einfachste und schnellste Art sind, wie sich GR-Konzepte produktiv und positiv in der Region positionieren können, sollte dieses Themenfeld grds. in einem GR-Konzept integriert sein. Die Fallstudienuntersuchung hat gezeigt, dass in allen drei Regionen positive Effekte sowohl im Rahmen der inhaltlichen Auswertung und Ergebnisdarstellung der Projekte entstanden sind, als auch, dass die GR ein breites Publikum

ansprechen und so für Gesundheitsthemen sensibilisieren können. Prävention und Gesundheitsförderung sind folglich zur Erfahrbarmachung der GR-Arbeit sowohl für potenzielle Partnerakteure als auch für die regionale Bevölkerung sinnvoll und für das GR-Ziel zweckdienlich.

Das GR-Konzept ist nach Berücksichtigung der empirischen Ergebnisse sowie dessen Bewertung als durchaus mehrwertstiftendes informelles Instrument in der Unterstützung der medizinischen Versorgungssicherung in ländlichen Räumen zu bewerten. In welchen Bereichen sowohl des GR-Konzepts als auch im Gesundheitswesen weiterer Handlungsbedarf besteht, um die Sicherung der Versorgung noch effektiver zu unterstützen und welche Maßnahmen dafür eingeleitet werden sollten, ist Gegenstand des nachfolgenden Kapitels.

8 Handlungsempfehlungen zur Unterstützung der Versorgungssicherung in ländlichen Räumen durch Gesundheitsregionen

Alleine die Tatsache, dass das BMBF den sog. Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ ausgeschrieben und Fördermittel zur Optimierung tradierter medizinischer Versorgungsstrukturen bereitgestellt hat, zeigt die Dringlichkeit und den Reformbedarf der Sicherung der Gesundheitsversorgung. Darin spiegeln sich vielfältige Handlungserfordernisse wider, die durch einen Bottom-up-Prozess antizipiert und zukunftsfähig neu- bzw. umgestaltet werden sollen.

Gerade die Veränderungen in der Bevölkerungszusammensetzung (mehr Ältere, weniger Jüngere) sowie die zahlenmäßige Schrumpfung führen in einigen ländlichen dünn besiedelten Räumen zu Versorgungsdefiziten. Diese Versorgungsungleichheiten gilt es mithilfe geeigneter Instrumente und Maßnahmen abzubauen, um gleichwertige Lebensverhältnisse in allen Teilräumen der Bundesrepublik Deutschland gewährleisten zu können. Aus diesem Grund werden mithilfe von Gesundheitsregionen Maßnahmen und Projekte erprobt, die die regionale Gesundheitsinfrastruktur helfen sollen zu sichern.

Die vorangegangene fallstudienbezogene Untersuchung und Bewertung des Konzepts Gesundheitsregion hat gezeigt, dass dieses Konzept die Sicherung der Gesundheitsversorgung in wichtigen Bereichen (Nachwuchsförderung/-gewinnung, Akteursvernetzung, Telemedizin und Prävention) unterstützen kann. Allerdings konnten bei der Fallstudienuntersuchung auch Hemmnisse und Schwierigkeiten in Verbindung mit dem GR-Konzept festgestellt werden. Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen greifen diese teils regionalspezifischen, teils gesundheitssystemspezifischen Herausforderungen auf und verstehen sich als Optimierungsvorschläge für das mithilfe des GR-Konzepts verfolgten originären Ziels der Unterstützung der medizinischen Versorgungssicherung insbesondere in ländlichen und dünn besiedelten Räumen.

8.1 Übergeordnete Handlungsfelder außerhalb des GR-Konzepts

Im Rahmen der empirischen Untersuchung haben sich Themengebiete im Gesundheitswesen herauskristallisiert, bei denen erheblicher Nachbesserungsbedarf besteht, damit auf der lokalen sowie regionalen Ebene Versorgungsverbesserungen eintreten können bzw. die Versorgung sichergestellt werden kann. Diese Handlungsfelder haben gemäß der Befragten hohen Reformbedarf und stellen somit die Basis für die nachfolgenden Handlungsempfehlungen dar.

8.1.1 Umbau der Honorarpolitik

Das aktuelle Vergütungssystem entlohnt vorrangig die kurative Arbeit am Patienten mittels Einzelleistungsvolumina, ohne Anreize für eine regional gesündere Bevölkerung bei den Leistungserbringern zu setzen. Ein so geartetes Versorgungssystem setzt für Leistungserbringer folglich eine Anreizkulisse, die darauf abzielt, möglichst viele Menschen medizinisch zu behandeln. Ein Arzt oder eine Klinik, deren Auslastung zu gering ist, können langfristig ökonomisch nicht bestehen. In einem solchen Versorgungssystem steht die Krankheit im Fokus, nicht die Gesundheit.

Solange die Anreizkulisse Einzelleistungen in den Fokus stellt und nicht z. B. ganze Regionen mittels eines wissenschaftlich fundierten Regionalbudgets (berechnet anhand statistischer Krankheitshäufigkeiten, Krankheitsschwere, Altersstruktur und weiterer Daten einer regionalen Population), wird der Schwerpunkt der Leistungserbringer auch zukünftig auf der Krankheitsbehandlung liegen.

Vor diesem Hintergrund müssen die gesundheitspolitischen Instanzen einen „Umbau“ der Leistungsanreize in die Wege leiten, der eine effiziente und gesundheitsorientierte Versorgungsmotivation der Leistungserbringer vorsieht. Dazu müssen sich Bundes- und Landesgesundheitsministerien zusammen mit Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und Gesundheitsämtern auf pauschale Regionalbudgets mit einheitlichen Versorgungsleitlinien (zumindest in ländlichen Räumen) verständigen. Mithilfe eines solchen Regionalbudgets (siehe hierzu auch Best-Practice-Beispiele wie „Gesundes Kinzigtal“) wird bei den Leistungserbringern innerhalb einer festgelegten Region der Leistungsanreiz auf die

nachhaltige Gesunderhaltung (u. a. mithilfe zahlreicher Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote) der Bevölkerung gelegt. Je gesünder die Bevölkerung in dieser Region ist, desto besser für

- a) die Leistungserbringer: Bei Nichterreichen der Regionalbudgetgrenze kann der Rest an die Leistungserbringer als sog. „Gesundheitsdividende“ ausgeschüttet werden (Gewährung eines ökonomischen Anreizes, mit optimaler Versorgung verknüpft),
- b) die Bevölkerung selbst: Vermittlung einer höheren Lebensqualität und
- c) die Kostenträger: Reduzierung der Kosten.

Dass bei der empirischen Erhebung dieser Arbeit vielfach festgestellte Erfordernis des Mehrwerts für jeden einzelnen am GR-Konzept beteiligten Akteur, wird bspw. im Kinzigtal-Modell berücksichtigt. Auch jenseits dieses Best-Practice-Modells muss der Einzelnutzen deutlich werden, um regionale Akteure für das GR-Konzept zu gewinnen. Aus diesem Grund sind zu Beginn eines GR-Konzepts gemeinsame Versorgungsleitlinien zu erarbeiten, an denen sich der Nutzen für die Einzelakteure ableiten lässt.

Gerade für ländliche dünn besiedelte Regionen muss die Anreizsystematik innerhalb der Honorarpolitik hin zu Regionalbudgets umgebaut werden, um intersektorale Vernetzungshemmnisse abzubauen, Gesundheit und Prävention (nicht Krankheit und Kuration) in den Vordergrund der Versorgung zu stellen und im Ergebnis effizientere Strukturen zu entwickeln.

Daneben sollten Korrekturen in der Vergütung von Landärzten gemäß ihrer geleisteten Arbeit stattfinden, nicht anhand der Anzahl ihrer Privatpatienten. Die Höhe des Arztgehalts muss sich an der geleisteten Arbeit orientieren, nicht am Standort der Praxis, da ländliche Arztpraxen so von vorne herein unattraktiv für den Nachwuchs erscheinen.

Das Dilemma der ländlichen Hausarztpraxen liegt offenbar darin begründet, dass laut der empirischen Erhebung die Politik der Ärzteschaft erstens überwiegend von Fachärzten jenseits der Allgemeinmedizin und zweitens von Praxisinhabern in der Stadt gesteuert wird. So entstehen bereits bei der standespolitischen Weichenstellung Ungleichgewichte in der Interessenvertretung von Haus- zu Fachärzten sowie von Land- zu Stadtärzten. Hier bedarf es einer Stärkung der haus-/allgemeinärztlichen Standesvertretung innerhalb des ärztlichen Politikbetriebs, die insbesondere durch die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung zu bewerkstelligen ist.

Dementsprechend können die (honorarpolitischen) Interessen von Haus- und Fachärzten leistungsgerecht (und nicht standortabhängig) abgebildet werden.

8.1.2 Umstellung der „Bedarfs“-planung auf Ermittlung von tatsächlichen Versorgungsbedarfen

Die aktuelle räumliche Verteilungsplanung ambulant-niedergelassener Leistungserbringer wird seit ihrer Einführung in den 1990er Jahren lediglich fortgeschrieben. Zahlreiche Befragte in den drei Fallstudien haben diesen Umstand betont kritisiert und plädieren für die Erarbeitung einer „echten“ Bedarfsplanung, die u. a. regionale Demographie- und Morbiditätsfaktoren sowie die dafür erforderliche ärztliche Arbeitszeit berücksichtigt (siehe auch Forderungen des SVR Gesundheit 2014). Gerade in ländlichen und von Schrumpfungstendenzen betroffenen Gebieten ist dieses Instrument zur Verteilung von Ärzten besonders wichtig, geht es doch i. d. R. in diesen Räumen um Versorgungslücken, die auf der Basis eines bedarfsorientierten Planungsinstruments frühzeitig antizipiert und vermieden werden können.

Aktuell schrumpft bei einer sinkenden Bevölkerungszahl in einer Region gleichzeitig der zahlenmäßig durch die Bedarfsplanung auszuweisende Bedarf an Ärzten, obwohl gerade bei älteren Personen Krankheitshäufigkeit und -dauer tendenziell steigen. Für (ländliche) Räume mit sinkenden Einwohnerzahlen (aber relativ mehr Älteren) entsteht daraus die Schwierigkeit, möglichen Mehrbedarf aufgrund einer regionalspezifischen Alterung der Bevölkerung zu begründen. Diese Problematik wurde in allen drei Regionen gleichermaßen häufig und eindringlich konstatiert. Die Unschärfe des Begriffs „bedarfsgerecht“ kann als zusätzliches Hemmnis hervorgehoben werden. Wenn das Ziel der Bedarfsplanung, nämlich die Schaffung „bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen“, bereits uneinheitlich interpretiert wird, weil eine echte Bedarfsermittlung nicht stattfindet, muss die „Bedarfs“-planung in der aktuellen Form zur Ermittlung des räumlichen Ärztebedarfs als ungeeignet bewertet werden.

Aktuell schrumpft bei einer sinkenden Bevölkerungszahl in einer Region gleichzeitig der zahlenmäßig durch die Bedarfsplanung auszuweisende Bedarf an Ärzten, obwohl gerade bei älteren Personen Krankheitshäufigkeit und -dauer tendenziell steigen. Für (ländliche) Räume mit sinkenden

Einwohnerzahlen (aber relativ mehr Älteren) entsteht daraus die Schwierigkeit, möglichen Mehrbedarf aufgrund einer regionalspezifischen Alterung der Bevölkerung zu begründen. Diese Problematik wurde in allen drei Regionen gleichermaßen häufig und eindringlich konstatiert. Die Unschärfe des Begriffs „bedarfsgerecht“ kann als zusätzliches Hemmnis hervorgehoben werden. Wenn das Ziel der Bedarfsplanung, nämlich die Schaffung „bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen“, bereits uneinheitlich interpretiert wird, weil eine echte Bedarfsermittlung nicht stattfindet, muss die „Bedarfs“planung in der aktuellen Form zur Ermittlung des räumlichen Ärztebedarfs als ungeeignet bewertet werden.

Aus diesem Grund wird empfohlen, das Ziel einer „bedarfsgerechten Versorgung“ durch die rechtlich verantwortlichen Instanzen, namentlich die KBV sowie die Länder-KVen, verbindlich zu definieren und ggfs. mit Kennzahlen (in Form von Schwellenwerten) zu untermauern. Hier könnte der Dialog mit regionalen Ärztevereinen regionalspezifische Eigenheiten bzw. Probleme in der Versorgung offenlegen, sodass die Bedarfsplanungskennzahlen regionalspezifisch anzupassen sind. Eine zentrale Aufgabe wird nach Beivers (2010, S. 58) sein, die Korrelation zwischen Morbidität und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf ein belastbares Fundament zu stellen sowie die Ermittlung der zukünftigen zu- und abnehmenden Krankheitsbilder. Nur auf dieser Grundlage lässt sich planen, wo Ärzte gebraucht werden und damit verstärkt Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung eingeleitet werden müssen und in welchen Räumen die Niederlassung weiterer Ärzte nicht nur die Überversorgung festigt, sondern das gesamte Versicherungssystem (und damit die Allgemeinheit) belastet. Hier muss die Institution ‘Kassenärztliche Vereinigung’ ihrem gesetzlichen Auftrag der Sicherstellung einer „bedarfsgerechten“ medizinischen Versorgung nachkommen, um vorhandene oder zukünftig drohende Versorgungslücken zu beseitigen oder Versorgungsalternativen zu erarbeiten. Dabei sollten die KVen vornehmlich mit den Krankenkassen zusammenarbeiten, haben sie doch vielfältige Patientendaten, mit denen sich bspw. nach Region und Altersstruktur entsprechende Kennzahlen und mögliche Bedarfsplanungsgrößen ermitteln lassen.

8.1.3 Erhöhung der Patientenmobilität

Durch die demografische Entwicklung wird es gerade in ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte zukünftig zu längeren Wegstrecken zwischen Arzt und Patient kommen, da voraussichtlich nicht alle Landarztpraxen nachbesetzt werden. Die in diesen Räumen verbleibende, in Relation zum Durchschnitt ältere Bevölkerung, muss gemäß den gleichwertigen Lebensverhältnissen medizinisch versorgt werden. Aus diesem Grund wird man einerseits in einigen Räumen längere Wegstrecken von den Patienten abverlangen müssen, dort wo dies aufgrund von Tragfähigkeitsproblemen unvermeidbar ist. Andererseits wird es Regionen geben, wo die Erreichbarkeit durch intelligente Fahrdienststrukturen aufrechterhalten werden muss, um ein Mindestmaß an gesundheitlicher Versorgung aufrechtzuerhalten. Hier gilt es innerhalb von Gesundheitsregionen eine Binnendifferenzierung vorzunehmen und jeweils mögliche Problemgebiete, in denen voraussichtlich zahlreiche Praxisaufgaben (z. B. aufgrund von Pensionierungen der Praxisinhaber) prognostiziert werden, zu identifizieren und frühzeitig die Patientenmobilität zu erhöhen.

Ziel sollte es sein, ausgeglichene (nicht gleiche) räumliche Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung zu schaffen, die bestenfalls wohnortnah und damit dezentral vorgehalten wird und andernfalls durch eine Patientenmobilitätsstrategie die Zugänglichkeit und Erreichbarkeit sichert. Hierfür bieten sich flexible Fahrdienste in Form von Bürgerbussen, Sammeltaxen etc. an. Die konkrete Ausgestaltung einer Mobilitätsstrategie für Patienten muss die regionalspezifischen Belange berücksichtigen und könnte auch als Modellprojekt vom Bund oder Land öffentlich gefördert werden.

Entscheidend für ein solches Projekt sind die frühzeitige Identifikation von Nachfolgeproblemen in der ambulant-ärztlichen Versorgung und damit möglichen Versorgungslücken (Aufgabe der KVen) sowie die frühzeitige Akquisition von Fördermitteln, z. B. durch eine GR. Hier sollten die behördlichen Verkehrsressorts mit in die Strategieentwicklung eingebunden werden.

8.2 Schlüsselthemen-spezifische Handlungsfelder

Die nachfolgenden Handlungsfelder orientieren sich an der ermittelten Schlüsselthemenstruktur des Zielsystems der vorliegenden Arbeit. Die empirische Erhebung in den Fallstudien hat die Relevanz der vier Schlüsselthemen überwiegend bestätigt, aber auch Handlungsbedarfe in diesen Bereichen aufgedeckt, sodass sich daraus die weiteren Optimierungsempfehlungen ableiten.

8.2.1 Nachwuchsförderung und -gewinnung

Während sich die Nachwuchsförderung überwiegend auf Maßnahmen im Bildungsbereich (insb. Hochschulpolitik) bezieht, geht es bei der Nachwuchsgewinnung vorrangig um konkrete Akquisitionsmaßnahmen für ländliche Räume z. B. im Rahmen von Strategien zur Praxisnachbesetzung. Beide Maßnahmen werden vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gerade in ländlichen Räumen erheblich an Relevanz gewinnen (müssen), da laut Altersstatistik der niedergelassenen Ärzte (siehe Abb. 31) in den kommenden Jahren mit einer Vielzahl an Praxisabgaben zu rechnen ist. Dies bestätigt auch die quantitative Erhebung der vorliegenden Arbeit. Von den (über alle GR hinweg) 178 befragten niedergelassenen Ärzten, von denen 171 ihr Alter angegeben haben, sind über 40 Prozent 50 bis 59 Jahre alt und fast ein Drittel (rd. 29 Prozent) ist bereits 60 Jahre und älter, teils bereits im Pensionsalter. Diese Entwicklung wird eine der Schwerpunkt Herausforderungen der nächsten Jahre speziell für Landarztpraxen werden. Hierfür muss das Image des Landarztberufs bzw. der Allgemeinmedizin erheblich verbessert werden. Dafür bieten sich folgende Möglichkeiten an:

Famulatur-/Praktikums- und Praxisbörse für angehende Mediziner aufbauen

Um dieser Forderung zu entsprechen, sollte das GR-Konzept (z. B. in Zusammenarbeit mit der KV) Landarztpraxen identifizieren, die bspw. Landfamulaturen oder Blockpraktika für Nachwuchskräfte anbieten. Zusammen mit den ermittelten Praxen und der KV könnte so ein regional abgestimmtes Nachwuchsprojekt entstehen, welches in einem zweiten Schritt in einen Weiterbildungsverbund mündet. So würden Nachwuchsmediziner zu Fachärzten für Allgemeinmedizin strukturiert ausgebildet werden.

Die GR kann hier als neutraler Mittler vor Ort Kontakte zwischen niedergelassenen Ärzten und Universitäten bzw. Medizinstudierenden knüpfen. Insbesondere die räumliche Nähe ist dabei ein wesentlicher Erfolgsfaktor und sollte entsprechend genutzt werden. In enger Abstimmung zwischen GR und KV, sollten die regionalen Nachwuchsmaßnahmen aufgeteilt werden. Während die KV bspw. mit einer Praxisbörse konkrete Praxisstandorte zur möglichen Nachfolge mit potenziellen Kandidaten analysiert, könnte die GR-Geschäftsstelle bei erfolgter Standortwahl als regionaler Ansprechpartner Hilfestellungen bei der Wohnungssuche geben und beim Aufzeigen von Jobmöglichkeiten für den Partner des Niederlassungswilligen unterstützend agieren. Auch sollten die GR aktiv an Universitäten und Schulen herantreten (z. B. im Rahmen von Jobmessen), um die Nachwuchsgewinnung verstärkt voranzutreiben und sich als potenziellen Arbeits- und Lebensstandort bei den Medizinstudierenden positiv darzustellen.

Die GR Sachsen zeigt mit ihrem Weiterbildungsverbund, dass ein solcher Ansatz erfolgreich funktionieren und ein Aufgabenbereich des GR-Konzepts sein kann. Solche Verbünde sind weiter auszubauen und (z. B. finanziell) zu stärken und sollten bspw. nach dem Vorbild der GR Sachsen Nachahmer finden und in anderen Regionen implementiert werden.

Nicht-ärztliche Ausbildungsberufe fördern

Auch nicht-ärztlicher Nachwuchs ist für ländliche Räume bedeutsam, um bspw. die in Zukunft steigenden Pflegefälle adäquat versorgen zu können. Die GR Göttingen hat in diesem Kontext einen Themenschwerpunkt mit dem Projekt der Pflegebörse gesetzt, mit dem der Beruf des Pflegers sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene präsentiert wird.

Flexible Anstellungsmöglichkeiten schaffen

Der in allen Regionen konstatierte Wertewandel angehender Mediziner im Hinblick auf die Priorisierung von Gehalt, regionalem Infrastrukturangebot sowie Flexibilität bei der Niederlassungsform (Anstellung vs. Selbstständigkeit) stellt die tradierte ambulant-ärztliche Leistungserbringung vor neue Herausforderungen. Neben der Tatsache, dass sich Jungmediziner vermehrt eine Anstellung wünschen, als das Risiko einer selbstständigen Niederlassung mit hohen initialen Investitionskosten einzugehen, sollte diese Forderung als Chance einer neuen Vernetzungskultur aufgegriffen werden: weg von der Einzelkämpfermentalität hin zum regional vernetzten Teamplayer.

Einerseits sollte die GR auf eine verstärkte Vernetzung der Niedergelassenen unter sich als auch mit anderen Leistungserbringern (Kliniken, Apotheken, Pflegeheimen etc.) hinwirken. Dies kann u. a. mithilfe der o. g. Weiterbildungsverbünde stattfinden. Andererseits sollte mit der KV über Möglichkeiten alternativer Nachfolgelösungen diskutiert werden, die jenseits einer selbstständigen Praxisübernahme flexible Anstellungsmöglichkeiten bieten (bspw. durch Übernahme der Praxis durch die KV und Anstellung des Nachwuchsmediziners durch die KV). Mit diesen Maßnahmen wird erstens dafür gesorgt, dass durch die verstärkte Ärztenetzwerk ein fachlicher Austausch unter den regional ansässigen Kollegen entsteht, der regionale und praxisübergreifende Teamarbeit forciert. Für Nachwuchskräfte stellt der fachliche Austausch mit Berufskollegen einen relevanten Standortfaktor dar. Und zweitens entstehen so keine hohen Übernahmekosten im Rahmen der Praxisnachfolge. Die GR sollte den Diskurs mittels Arbeits- bzw. Fachkreisen anstoßen und koordinieren, um frühzeitig regionale Allianzen mit Niedergelassenen zu knüpfen, die alternativen Niederlassungsformen (z. B. mit temporären Sprechstunden) Rechnung tragen. So wird mitunter auch die zukünftig verstärkte Feminisierung des Arztberufes berücksichtigt und eine Vertretungsstruktur für Niedergelassene entwickelt, die positive Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ausüben soll.

Angemessene Bereitschaftsdienstregelung gewährleisten

Eine dringende und zur Niederlassung in ländlichen Räumen bedeutende Forderung der nachfolgenden Ärztegeneration beinhaltet geringere Arbeitsbelastungen insbesondere durch geregelte Bereitschaftsdienste. Dies ist speziell in Regionen mit geringer Ärztedichte teilweise problematisch, da die Dienste auf wenige Niedergelassene in der Region verteilt werden. Eine Möglichkeit wie man dieser Problematik begegnen kann, zeigt das Projekt der GR Coburg, das mithilfe der Bereitschaftspraxisangliederung an das regionale Klinikum die Arbeitsbelastung der niedergelassenen Ärzte reduziert.

Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, die jeweilige regionale Bereitschaftsdienstregelung auf den Prüfstand zu stellen und bei eklatanten Abweichungen zum Bundesdurchschnitt die Regelung der Dienste bspw. nach obigem Vorbild zu reformieren. Insgesamt sollte sich die Gesundheitsregion als Dienstleister sowohl für die Nachwuchskräfte als auch für die Region verstehen und folgende, aus den Fallstudien erhobene Aspekte bei der Nachwuchsgewinnungsstrategie zusätzlich diskutieren:

- Selektion ausgewählter Kandidaten aus der jeweiligen Region zur Gewinnung für eine Niederlassung in der Region: Wahrscheinlichkeit zur Rückkehr in die Heimatregion höher, als Anwerbung „regionsfremder“ Nachwuchskräfte
- Garantie eines Mindesteinkommens unabhängig vom Privatpatientenanteil: Nötige Prüfung in Verbindung mit der Krankenkasse und der KV
- Numerus-Clausus-Senkung, um zusätzliche Nachwuchsmediziner für die Patientenversorgung (und damit auch für den ländlichen Raum) zu gewinnen
- GR sollte bei niederlassungsinteressierten Ärzten bei der Jobsuche für den Partner in der Region aktiv unterstützen.

Die genannten Aspekte gilt es im Rahmen einer GR jeweils vor dem regionsspezifischen Problemhintergrund zu prüfen und die geeigneten Maßnahmen daraus für konkrete Projekte im Rahmen der jeweiligen GR-Zielsetzung auszuwählen und umzusetzen.

8.2.2 Kooperationen/Akteursvernetzung und Delegation

Das Konzept Gesundheitsregion vereint mit seiner Netzwerk- und Kooperationsorientierung per se das Ziel, Akteure miteinander zum Austausch zu bringen und diese miteinander zu vernetzen. Auf der Basis der ermittelten Bewertungsergebnisse ist das GR-Konzept geeignet, regionale Akteure mit Bezug zum Gesundheitswesen zum Austausch und zur Vernetzung zu bringen, um die Gesundheitsversorgung zu sichern und zu optimieren. Dennoch gibt es Handlungs- und Optimierungsbedarf, um dieses Ziel noch besser und effizienter zu erreichen.

Vernetzungspotenzial des GR-Konzepts mittels effektiver Öffentlichkeitsarbeit bei Zielgruppen sichtbar machen

Die Wissensunterschiede der Befragten Akteure zu den Tätigkeiten und Zielen der jeweiligen GR-Konzepte waren zum Erhebungszeitpunkt (Ende 2013 bis Mitte 2014) von GR zu GR unterschiedlich (siehe Kap. 7.1.4). Vergleichbar stellte sich hingegen die relativ hohe Unwissenheit über das GR-Konzept bei den niedergelassenen Ärzten in allen drei Fallstudien dar. Vor dem Hintergrund dieses Ergebnisses wird empfohlen, verstärkt bei den niedergelassenen Ärzten (aber auch weiterhin bei den anderen Akteuren) in den jeweiligen Regionen für eine höhere GR-Kompetenz durch eine effektivere Öffentlichkeitsarbeit zu sorgen. Die bereits in Kap. 3.3 angesprochene

Beziehungsqualität der Akteure bestimmt entscheidend die Qualität des Gesamtnetzwerks, sodass das Wissen über regionale Netzwerkaktivitäten Vertrauen gegenüber anderen Akteuren und damit eine insgesamt höhere Netzwerkqualität schafft. Der Wunsch nach Vernetzung ist bei den interviewten Experten in allen drei GR deckungsgleich ausgefallen und zeigt die hohe Kooperationsbereitschaft.

Einerseits könnte diese Aufgabe durch die Beauftragung einer Agentur (wie bspw. in der GR Sachsen) optimiert und befördert werden. Andererseits sollte sich die GR in regelmäßigen Abständen in regionalen Printmedien (z. B. Apotheken Umschau) oder einer eigenen GR-„Zeitung“ präsentieren (Auslage in Arztpraxen, Kliniken etc.). Auch sind weitere Medien und öffentlichkeitswirksame Formate wie Radiobeiträge, Informationsveranstaltungen (Messen) etc. denkbar, die die Zielgruppen sowie die regionale Bevölkerung effektiv ansprechen und informieren.

Delegierbare Leistungen definieren, rechtlich absichern und ausweiten

Aufgaben, die nicht zwingend von ärztlichen Fachkräften durchgeführt werden müssen und an speziell geschultes nicht-ärztliches Personal delegiert werden können, sollten in einem Tätigkeitskatalog identifiziert und fixiert werden. Daraus sollten Anforderungsprofile für dieses nicht-ärztliche Personal mit erweiterten Befugnissen abgeleitet werden, die sich auch in Zusatzausbildungsangeboten niederschlagen.

Wie die Befragung ergab, wird in einigen ländlichen Bereichen die Theorie von der Realität überholt. In sehr dünn besiedelten Regionen mit geringer Ärztedichte werden heute bereits bestimmte Tätigkeiten, die bspw. in verdichteten Räumen häufig noch vom Arzt durchgeführt werden, von Krankenschwestern bzw. Arzthelferinnen bewerkstelligt, da einigen Landärzten teilweise kaum Zeit dafür zur Verfügung steht (GR Sachsen).

Die kollektive Haltung der Befragten zur Ausweitung delegierbarer Leistungen, um die knappe Ressource Landarzt zu entlasten, fällt in allen drei GR überwiegend positiv aus. Auch die befragten niedergelassenen Ärzte sind deutlich überwiegend für den Einsatz zusätzlich ausgebildeter nicht-ärztlicher Fachkräfte zur Arztentlastung (auch um bspw. Routinehausbesuche durchführen zu können). Einerseits findet so eine Entlastung des Arztes statt, andererseits wird der Berufsstand der „Krankenschwester“ zur Schwester AGnES oder zur VERAH etc. (siehe Kap. 4.3) erhöht und mit neuen Kompetenzen ausgestattet.

In Form von Ärztenetzen könnten so bspw. mehrere Praxen eines Ärztenetzes eine „Gemeindeschwester“ anstellen und für eine Arbeitsentlastung sorgen sowie eine wohnortnahe medizinische Versorgung sicherstellen. Denkbar wäre auch eine Kombination mit telemedizinischer Apparatur, um bei nicht eindeutigen Befunden/Patientenbeschwerden ärztlichen Rat hinzuzuziehen. Neben den angesprochenen Voraussetzungen zur Ausweitung dieser alternativen Versorgungsform (Erstellung eines entsprechenden Leistungskatalogs und entsprechende Zusatzausbildung für nicht-ärztliche Fachkräfte), bedarf es vor allen Dingen der juristischen Bearbeitung der Haftungsfragen. Die Kassenärztliche Vereinigung sowie die gesetzliche Krankenkasse sollten hier in einem Dialog die haftungsrechtlichen Aspekte klären, um für diese teilerheblich bereits praktizierte Versorgungsform einen abgesicherten Rahmen für beide Seiten (nicht-ärztliches Personal sowie den Arzt bzw. die Ärzte des Netzwerks) zu gewährleisten. Öffentliche Förderprogramme zur initialen Stärkung und Unterstützung dieser Maßnahmen sollten von Landes- und Bundesgesundheitsministerien aufgelegt werden.

GR-Konzept muss als Regionalmanagement ein regionsspezifisches Governance-System entwickeln

Das bereits in Kap. 3.4 angesprochene und von der Region zu formende Governance-System zur Konstitution eines aktivierenden Vernetzungsmilieus regionaler Akteure, lässt sich insbesondere vor dem Hintergrund der letztgenannten Empfehlung gut veranschaulichen.

Der Aufbau eines Ärztenetzwerks und der anschließenden Anstellung einer Gemeindeschwester mit erweiterten Befugnissen zur Patientenversorgung könnte ein konkretes regionales Projekt darstellen. Die Durchführung dieses Projekts sollte aufgrund der vielfältigen Anforderungen an eine solche Kraft, die zu planenden Prozessschritte (Zeitplanung, Aufgabenkatalog, Abrechnungsmodalitäten etc.) sowie die ärztlichen Wissensbestände bei den niedergelassenen Ärzten liegen.

Es bedarf eines positiven Vernetzungsmilieus, um ein solches Projekt überhaupt anzubahnen, um mögliche Fördermittel zu akquirieren, um den Mehrwert zur Vernetzung erkennbar zu machen und den Willen einer aktiven Projektbeteiligung bei den Akteuren zu entwickeln. Die Schaffung einer regionalen Identität und eines Zusammengehörigkeitsgefühls innerhalb regionaler Akteure ist daher eine zentrale Aufgabe des GR-Konzepts.

8.2.3 Telemedizin

Die in der empirischen Erhebung ermittelte Skepsis gegenüber Telemedizin (insb. im doc2patient-Bereich) bedarf konkreter Projekte in diesem Bereich, um Berührungängste abzubauen. Wie in Kap. 4.3 zur Telemedizin dargestellt, können telemedizinische Anwendungen die Versorgung erheblich vereinfachen und gemäß vieler Studien Entlastung niedergelassener Leistungserbringer (insb. bei Hausärzten) realisieren. Außerdem liegen für Regionen die Vorteile gemäß der Abbildung 24 in der Erzielung regionalwirtschaftlicher Effekte, der Förderung regionaler Versorgungsgerechtigkeit und der Unterstützung der regionalen gesundheitspolitischen Steuerung.

Wie das Interview mit dem ehemaligen Vertreter der Medizinstudierenden ergab, liegen die Berührungängste beim Thema E-Health bei den aktuell praktizierenden Ärzten vermutlich tendenziell höher, als bei den nachfolgenden Ärztegenerationen. Letztere sind mit digitaler Technik aufgewachsen und vertrauter im Umgang als die überwiegend älteren befragten Ärzte in der vorliegenden Untersuchung.

Das mehrfach dezidiert von einigen Befragten vorgebrachte Plädoyer für den zwingenden Erhalt des persönlichen Arzt-Patient-Kontakts und die bedeutsame Wirkung eines persönlichen Arztgesprächs wird unterstützt und sollte bestehen bleiben. Telemedizin will diese persönliche face-to-face-Beziehung nicht untergraben, allerdings dort wo sie

- a) medizinisch nicht erforderlich ist (z. B. bei Routineuntersuchungen und weniger komplexen Tätigkeiten) und
- b) wo die Versorgung aufgrund einer geringen Ärztedichte und vorhandenen oder zukünftig drohenden Versorgungsengpässen effizienter mittels telemedizinischer Verfahren gewährleistet werden kann

sollten E-Health-Maßnahmen diskutiert und als alternative bzw. unterstützende und arztentlastende Versorgungsform in Betracht gezogen werden.

Doc2doc-Anwendungen sollten weiter ausgebaut werden, da sie auch bei den Befragten erheblich bessere Umfragewerte erhalten und durch schnelleren Informationsaustausch zwischen medizinischen Leistungserbringern als sinnvoll erachtet werden. Konkrete Maßnahmen können hierbei aus den akteursspezifischen regionalen Handlungserfordernissen abgeleitet und in Form von Projektideen erörtert werden. Die positiven Erfahrungen eines

groß angelegten Telemedizin-Projekts in der GR Sachsen belegt den positiven Nutzen, der in Modellprojekten weiter professionalisiert werden sollte und für Gebiete mit ähnlich gelagerten Problemschwerpunkten ärztlicher Versorgungssicherung übertragen werden kann.

Zusammenfassend sollten Krankenkassen sowie Bundes- und Landesgesundheitsministerien zugunsten vielversprechender Modellprojekte im Bereich der Telemedizin vermehrt Fördermittel zur Verfügung stellen, die die Sicherstellung medizinischer Versorgung in ländlich dünn besiedelten Gebieten zum Ziel haben. Der aktuelle lange Beweisprozess führt dazu, dass die Prozess- oder Produktinnovationen vor der eigentlichen Realisierung veraltet sind. Vor diesem Problemhintergrund sollten aus der Region kommende innovative Versorgungsideen und der damit mögliche Versorgungsfortschritt mittels Anschubfinanzierungen unterstützt werden.

8.2.4 Prävention und Gesundheitsförderung

Das GR-Konzept versteht sich bereits vom Namen her als eine individuell konstituierte Region (siehe Abb. 11) mit Bezug zu Gesundheitsthemen. Diese begriffliche Fokussierung auf Gesundheit impliziert u. a. die Auseinandersetzung mit gesundheitsbewusstem Handeln und der Erhaltung von Gesundheit. Handeln in diesem Sinne bedeutet, Wissen zur Erreichung dieses Bezugsthemas zu haben (bzw. zu sammeln), zu vermehren und anzuwenden. Hieran lässt sich erneut die theoretische Orientierung bzw. Anlehnung des GR-Konzepts sowohl an dem Salutogenesemodell als auch dem Konzept der therapeutischen Landschaften erkennen (siehe Kap. 3.2 ff.).

Wenngleich das größte Hemmnis von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen – jenseits der oben beschriebenen theoretischen Erkenntnis – die Honorierung ebendieser Maßnahmen ist, so muss diese Thematik stärker vor dem Hintergrund der Erhöhung der Lebensqualität diskutiert und optimiert werden. Da die ökonomische Messbarkeit von Effekten durch Prävention und Gesundheitsförderung schwierig bzw. meist nur in großen Zeiträumen möglich ist, müssen diese Maßnahmen vor einer anderen Kulisse gemessen und bewertet werden, nämlich der gesundheitlichen Lebensqualität. Man kann und darf folglich jene Maßnahmen, die die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung zum Ziel haben, nicht ausschließlich unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachten, sondern sollte die individuellen Gesundheitspotenziale durch entsprechende

regionale Maßnahmen erschließen. Einerseits führt dies zu einer höheren Lebensqualität und zweitens können daraus auch ökonomische Vorteile entstehen. Der aktuelle prozentuale Durchschnitt der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung an den Gesamtausgaben der Krankenkassen von rd. 4 Prozent folgt offenbar einer anderen Logik.

Vor diesem Hintergrund und den erhobenen positiven Ergebnissen zur Prävention, sollte geprüft werden, inwieweit eine Verpflichtung der Krankenkassen zu höheren Investitionen in diesem Bereich sinnvoll erscheint und welche Anreize dafür erforderlich sind. Das übergeordnete Ziel gesundheitsorientierte Lebensräume zu gestalten sollte dazu als Grundlage dienen. Im Rahmen einer GR sollten Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte grundsätzlicher Bestandteil des Konzepts sein, da sie meist schnell und unkompliziert aufgesetzt werden können und die Sichtbarkeit des GR-Konzepts erhöhen, um daraus mögliche weitere Projekte (z. B. in anderen Schlüsselthemen) zu initiieren und umzusetzen. Außerdem sollte die Gesundheitspolitik der Länder und des Bundes Regionen bei der Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen verstärkt unterstützen, auch unter Berücksichtigung der in 2012 vom Bundesministerium für Gesundheit aufgesetzten Präventionsstrategie (siehe Kap. 4.4). Hierzu gehört neben der reinen finanziellen Förderung auch eine kriterienbasierte Evaluation der Maßnahmen. Die Koordination und Organisation solcher auf der Ebene der Region durchzuführenden Projekte ist (wie die vorliegende Fallstudienuntersuchung zeigt) bei einer zuvor gegründeten Gesundheitsregion erfolgsversprechend angesiedelt.

8.3 Übertragbarkeit des Konzepts „Gesundheitsregion“

Die zuvor dargestellten Handlungsfelder sowie die daraus abgeleiteten Empfehlungen können je nach regionalspezifischem Problem- und Handlungsdruck einerseits individuell zusammengestellt als Handlungsstrategie zur Optimierung des GR-Konzepts interpretiert werden. Andererseits ist das so optimierte GR-Konzept insgesamt Mittel zum Zweck der Unterstützung der medizinischen Versorgungssicherung in ländlich dünn besiedelten Räumen.

Die Bewertung des GR-Konzepts hat gezeigt, dass dieses Konzept Stärken in der Vernetzung von Akteuren zur Projektumsetzung (bspw. bei Prävention, Nachwuchsförderung u. Telemedizin) und zur Schaffung einer regionalen GR-Identität aufweist. In der Öffentlichkeitsarbeit und regionalen Präsenz

jenseits konkreter Projektpartner gibt es hingegen noch erheblichen Verbesserungsbedarf (siehe Kap. 7.3.1). Innerhalb der vier Schlüsselthemen gilt es, die regionalen Schwerpunktthemen zu identifizieren und mit konkreten Projekten und Maßnahmen Lösungsansätze mit regionalen Partnerakteuren zu erarbeiten und umzusetzen und damit ein eigenes GR-Profil zu entwickeln. Unter Zuhilfenahme der Typisierung von Gesundheitsregionen (siehe Abb. 10) können bereits die Grundzüge für die inhaltliche Ausrichtung des Konzepts ermittelt werden, um so schrittweise eine regionale Zielstrategie zu entwickeln.

Das GR-Konzept folgt keinem starren Ablaufschema, sondern will die regionalen Herausforderungen und Versorgungsdefizite identifizieren und flexible Lösungsansätze in Form von Projekten vor dem Hintergrund einer gesamtregionalen Versorgungsstrategie erarbeiten. Diesem Ansatz folgend, bietet sich das Konzept grundsätzlich für jede Region an, die ländliche Teilräume umfasst und einem (drohenden) Versorgungsdefizit entgegensteuert. Folgende Voraussetzungen zur Eignung der Übertragung dieses versorgungsorientierten Konzepts (Typ I, siehe Abb. 10) können benannt werden:

- Mindestens ein Landkreis ist als „ländlich“ im Sinne der BBSR-Klassifizierung (siedlungsstrukturelle Kreistypen) einzuordnen
- Es bestehen oder drohen medizinische Versorgungsdefizite gemäß der aktuellen Versorgungsgrade der entsprechenden KV oder durch individuelle Prüfungen jenseits der KV-Bedarfsplanung (Prüfungen, die auf der Grundlage kleinräumiger Versorgungsbedarfe basieren)
- Projektideen befassen sich mit versorgungssichernden bzw. -unterstützenden Maßnahmen innerhalb der ambulant-ärztlichen Versorgung und beinhalten Handlungsansätze zur regionalen Akteursvernetzung
- Erstellung eines konkreten Maßnahmenkatalogs mit gemeinsamer Ziel- und Umsetzungsplanung sowie gemeinsamer Strategieentwicklung
- Integration folgender Partnerakteure in GR-Konzept: Gesetzliche Krankenkasse(n), Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer, Hausarztverein, regional ansässiges Krankenhaus, regionale/kommunale Interessenvertretungen bzw. Fachressorts; weitere Partnerakteure nach Aufsetzen eines GR-Konzepts möglich
- Gesicherte (Anschub-)Finanzierung bspw. durch akquirierte staatliche Fördermittel (z. B. Bundesland), durch Mitgliederbeiträge (wenn

als Verein konstituiert) oder durch andere (nicht einzelinteressengetriebene) Quellen

Zusätzlich zu den beschriebenen Voraussetzungen zur Übertragbarkeit des GR-Konzepts, muss die einzurichtende GR-Geschäftsstelle folgende Regionalmanagementfunktionen erfüllen:

- Koordinationsfunktion zwischen Akteuren und Projekten
- Öffentlichkeits- und Informationsfunktion: GR-Marketing, Darstellung von (Teil-)Ergebnissen, Bewerbung von GR-Veranstaltungen etc.
- Projekte mit Leuchtturmfunktion initiieren: Vorbildcharakter und Übertragbarkeit von Projekten sichtbar machen und darstellen

Mithilfe des Konzepts Gesundheitsregion besteht für interessierte Regionen neben den versorgungssichernden Maßnahmen und der Verbesserung der Versorgung u. a. die Möglichkeit, durch die gemeinsame Identifizierung von aus der Region kommenden Hemmnissen größere Resonanz bei den politischen Instanzen zu erzielen.

Insgesamt hat die Untersuchung der drei Fallstudien bezüglich der Übertragbarkeit des Konzepts gezeigt, dass trotz unterschiedlicher Problemlagen der Regionen sowie unterschiedlicher inhaltlicher Schwerpunktsetzungen die medizinische Versorgung durch die Schaffung einer Kommunikationsplattform in Form der GR optimiert werden kann. Dieses Potenzial zur Sicherung der Versorgung in ländlich dünn besiedelten Räumen sollte durch weitere GR-Gründungen erschlossen werden, nicht nur um Versorgungsdefiziten betroffene Regionen zu unterstützen, sondern um grundsätzlich die Gesundheitsversorgung zu verbessern und effizienter zu gestalten.

9 Fazit und Ausblick

Das Konzept Gesundheitsregion stellt im Hinblick auf den Mehrwert für die medizinische Versorgungssicherung in ländlichen Räumen eine sinnvolle Unterstützungsmaßnahme dar und bietet weiteres Entwicklungspotenzial (z. B. im ÖPNV, der Nahversorgung etc.). Voraussetzung für die Entfaltung des Nutzenpotenzials ist die entsprechende Anwendung dieses Konzepts unter Berücksichtigung der oben entwickelten Handlungsempfehlungen und der Empfehlungen des Gutachtens des SVR Gesundheit von 2014 (insb. Reform der Bedarfsplanung und angemessene Honorierung von Hausärzten). Die Erhebungen in allen drei Fallstudien haben diese beiden Aspekte ebenfalls als dringlich und wichtig identifiziert und gelten demzufolge weiterhin als zentrale Handlungserfordernisse der Politik.

Für die Regionalentwicklung hält das GR-Konzept Unterstützungsmaßnahmen bereit, die auf die Lebensqualität in der Region zielen und insbesondere dem raumordnerischen Leitbild „Daseinsvorsorge sichern“ Rechnung tragen. In den ländlichen Räumen, in denen sich infrastrukturelle Leistungsangebote auf dem Rückzug befinden, sind Projekte und Maßnahmen, die dieser Entwicklung entgegenwirken besonders wichtig. Nicht nur mobilisieren sie – mit Bezug zum GR-Konzept – das Engagement und die Vernetzung regionaler Akteure, sondern leisten auch einen Beitrag zur Sicherung medizinischer Versorgungsleistungen, die in einer älter werdenden Gesellschaft an Bedeutung gewinnen. Ein sensibles Thema wie das gesundheitliche Infrastrukturangebot spielt für die Lebensqualität der Menschen vor Ort eine entscheidende Rolle. Gerade eine alternde Gesellschaft ist vermehrt auf wohnortnahe medizinische (und ggfs. pflegerische) Leistungen angewiesen bzw. muss diese tendenziell häufiger in Anspruch nehmen.

Ziel der GR-Maßnahmen ist eine räumlich abgestufte medizinische Versorgungsstruktur zu etablieren, die in der Fläche eine Basisversorgung durch Hausärzte gewährleistet und sichert und spezialfachärztliche Versorgung an zentralen Orten konzentriert. In einem so abgestuften und funktionsräumlich gegliederten Versorgungssystem kann eine hohe Qualität der Versorgung mit der finanziellen Tragfähigkeit der Angebote verknüpft werden. Vergewärtigt man sich in diesem Zusammenhang die raumstrukturelle Heterogenität der BRD, so ist diese abgestufte Gliederung erforderlich und sollte außerdem verstärkt in regionale Gegebenheiten aufgreifende und angepasste Handlungsstrategien münden.

Gesundheit betrifft jeden und ist ein hohes Gut, was durch intelligent vernetzte Versorgungsstrukturen einerseits beim Individuum nachhaltig gestärkt werden und somit zu einer höheren Lebensqualität führen und andererseits ländliche Raumstrukturen stärken kann, indem Infrastrukturen für die Bevölkerung gesichert werden. Mit der Sicherung medizinischer Infrastrukturen geht auch die Sicherung von Arbeitsplätzen in einer Region einher. Diese regionalökonomische Bedeutung ist besonders bei ländlichen Krankenhausstandorten (mit bis zu 500 Mitarbeitern) relevant, aber im Rahmen innovativer ambulanter Versorgungsformen (z. B. MVZ, Gesundheitszentren, Praxiskliniken etc.) auch erheblich.

Das GR-Konzept kann zusammenfassend einen für die Regionalentwicklung zentralen Aspekt – die medizinische Grundversorgung – helfen zu unterstützen und mittels eines Regional Healthcare Governance-Systems Impulse für die vielfach geforderte Akteursvernetzung setzen. Ein solches Governance-System bedarf einer umsichtigen und strategischen Akteursansprache und großem Durchhaltevermögen bei der Gewinnung der Schlüsselakteure. Neben den Schlüsselakteuren, die für jede GR sinnvoll sind, zu integrieren, hat die Untersuchung gezeigt, dass das GR-Konzept vielfältige Akteurskonstellationen zulässt, um regional angepasste Handlungsstrategien zu erproben und zu realisieren. Die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des GR-Konzepts können demnach als wesentliche Stärken – auch im Rahmen der Übertragbarkeit – interpretiert werden und sollten als das Wesen einer versorgungsorientierten Gesundheitsregion interpretiert werden.

Die vorliegende Arbeit hat mit ihrem angewandt-geographischen Ansatz unter Zuhilfenahme einer Methodentriangulation und der Integration der Wissensdisziplinen Public-Health, Gesundheitsgeographie und der Evaluations- und Netzwerkforschung ein Themengebiet besetzt, das es gilt in Zukunft weiter auszubauen. Die Evaluation eines Regionsnetzwerks mit Fokus auf die medizinische Versorgungssicherung hat als Forschungsansatz erstmals gezeigt, dass das GR-Konzept in den aus der Public-Health und der Versorgungsstruktur der BRD abgeleiteten Schlüsselthemen konkreten Mehrwert bieten kann, wenngleich die vorliegende Untersuchung eine Momentaufnahme der Fallstudien darstellt. Es besteht dementsprechend weiterer Forschungsbedarf.

So sind die angehenden Nachwuchsmediziner zwar in mehreren Studien zu ihren Karriereerwartungen befragt worden, allerdings gibt es noch keine repräsentative Befragung über Einschätzungen von Nachwuchsmediziner

zu regionalen Versorgungsnetzwerken wie bspw. einer Gesundheitsregion oder anderen aus den Regionen kommenden Aktivitäten. Auch sind die zwei anderen GR-Typen nach der in dieser Arbeit aufgestellten Typisierung (siehe Abb. 10) bisher nicht näher untersucht worden. Möglicherweise gibt es weitere GR-Typen, die unter der GR-Rahmendefinition (siehe Abb. 11) subsummiert werden können.

Für die angewandt-geographische Forschung ist das fortwährende Monitoring sich innerhalb von Regionen mehr oder weniger institutionalisierender Gesundheits-netzwerke ein zukünftig spannender Wissenszweig, auch um die konkreten Folgen der demographischen Entwicklung zu antizipieren und die erforderliche Ausdifferenzierung medizinischer Angebotsformen zu forcieren. Medizinische Versorgung wird in der aktuellen Fokussierung auf die Behandlung von Krankheiten und die dementsprechenden Anreize keine Kehrtwende hin zur Gesundheit vollziehen. Dafür ist eine Anreizsystematik erforderlich, die den Leistungserbringern Anreize für eine altersgerechte Fokussierung auf eine gesunde Bevölkerung setzt. Gerade die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen könnte mit neuen und innovativen Versorgungsformen dünn besiedelte und/oder periphere ländliche Regionen bei der Versorgungssicherung unterstützen. Dieser E-Health-Bereich sollte verstärkt Gegenstand von Studien zur Versorgungsforschung im Kontext ländlicher Räume werden.

Grundlage für diese noch zu erforschenden Teilaspekte bleibt die Bedarfsplanung, die die KVen bzw. die KBV auf eine neue Basis stellen muss sowie die Anreizstruktur für die Leistungserbringer. Einerseits darf sich die Bedarfsplanung nicht primär an der Arzt-Einwohner-Relation orientieren, sondern muss konkrete Kennzahlen entwickeln, um den realen Bedarf an Ärzten in einer Region unter Einbeziehung der Arzt-Patienten-Zeit²⁸ für spezifische Leistungen sowie Mitversorgungseffekte urbaner Mittel- und Oberzentren zu ermitteln. Andererseits muss das Tätigwerden eines Arztes primär an dem Ziel einer präventiven und gesundheitsfördernden medizinischen Versorgung ausgerichtet sein. Auch wenn die Verantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit grundsätzlich beim Individuum liegt und auch bleiben muss, so sollte das medizinische Know-How der Gesundheitsprofessionen primär zur langfristigen Erhaltung von Gesundheit genutzt werden und Patienten zu dessen Unterstützung befähigen. Hier sind die Krankenkassen in der Pflicht – auch in ihrem eigenen Interesse –

²⁸ Zeit, die der Arzt für die Versorgung eines Patienten benötigt

erheblich stärker als bisher Prävention und Gesundheitsförderung z. B. in Form der in den Fallstudien dargestellten Maßnahmen auszuweiten.

Die tradierten Versorgungsroutinen müssen sich auf die veränderten Rahmenbedingungen einer alternden Gesellschaft und einer verstärkten Hinwendung zu urbanen Räumen stellen. Auch wenn dies vielen Akteuren aus Gesundheitswirtschaft, Politik und Verwaltung weiträumig bekannt ist, findet dennoch nur langsam ein Umdenken statt. Gerade für von Schrumpfungstendenzen besonders betroffene ländliche Räume gilt es, frühzeitig Kooperationspartner auf den entsprechenden Ebenen im Gesundheitswesen und angrenzenden Bereichen aktiv zu suchen, innovative und regionalspezifische Lösungen zur Versorgungssicherung mit Präventions- und Gesundheitsförderungsschwerpunkten gemeinsam zu entwickeln und zu etablieren.

Das untersuchte Konzept Gesundheitsregion sowie die abgeleiteten Handlungsempfehlungen können bei der Suche nach solchen Lösungen als Grundlage dienen. Die GR soll alternative Versorgungsansätze mithilfe interkommunaler Zusammenarbeit erproben und bei positiven Bewertungsergebnissen Leuchtturmfunktion zur Ausweitung auf andere Regionen entfalten. Der angewandt-geographische Forschungsansatz der vorliegenden Arbeit wird diesem multidisziplinären Aufgabenkomplex als vielseitige und zweckdienliche Wissenschaftsdomäne gerecht und bringt konkrete Handlungserfordernisse und -empfehlungen hervor, die sowohl der Wissenschaft als auch der Praxis als Entscheidungsgrundlagen und zur Optimierung regionaler Vorgehensweisen dienen.

Literaturverzeichnis

- Adler, G. u. J.-H. v. d. Knesebeck (2011): Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. In: Bundesgesundheitsblatt 54 (2), S. 228–237.
- Albrecht, M.; Etgeton, S. u. R. R. Ochmann (2014): Faktencheck Gesundheit. Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Anthamatten, P. u. H. Hazen (2011): An introduction to the geography of health. London, New York.
- Anthuber, M. (2006): Änderungen der Klinikstrukturen durch die Reform des Deutschen Gesundheitswesens: Auswirkungen auf die Viszeralchirurgen. In: Thiede, A. u. H.-J. Gassel (Hg.) (2006): Krankenhaus der Zukunft. Heidelberg, S. 61–68.
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco.
- AOK-Bundesverband (Hg.) (2011): Sicherstellung der Versorgung in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte. Ein Expertengespräch. Online unter https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/publikationen/gutachten/expertengespraech_sicherstellung_der_versorgung_web.pdf, zuletzt geprüft am 27.02.2015.
- Arentz, H.-J. (2009): Strategische Kooperationen im Gesundheitswesen brauchen Kulturwandel. In: Goldschmidt, A. J. W. u. J. Hilbert (Hg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche; Beispiele über alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland zur Gesundheitswirtschaft. Wegscheid (=kma reader, 1), S. 138–147.
- ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.) (2013): Anforderungen an ein zukünftiges Zentrale-Orte-Konzept. Beispiele aus Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland. Hannover (=Positionspapier aus der ARL, 92).
- Badrnejad, K. (2012): Bei Anruf EKG. Herzpatienten erfassen ihre medizinischen Werte zu Hause und schicken die Daten an den Arzt: Telemedizin soll die Versorgung verbessern. In: Spiegel Wissen vom 21.08.2012 (03/2012), S. 78–79. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/spiegel/spiegelwissen/d-87717307.html>, zuletzt geprüft am 03.09.2013.

- BÄK (Bundesärztekammer) (2014): Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2013. Online unter <http://www.bundesaerztekammer.de>, zuletzt geprüft am 16.09.2015.
- Barlösius, E. (2006): Gleichwertig ist nicht gleich. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (APuz) (37), S. 16–23.
- Bartmann, F.-J.; Blettner, M. u. P. U. Heuschmann (Hg.) (2012): *Telemedizinische Methoden in der Patientenversorgung. Anwendungsspektrum, Chancen, Risiken*. Köln (=Report Versorgungsforschung, 4).
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (Hg.) (2013): *Krankenhausplan des Freistaates Bayern* (38. Fortschreibung). Online verfügbar unter <http://www.bkg-online.de>, zuletzt geprüft am 18.09.2015.
- BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) im BBR (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung) (Hg.) (2012a): *Raumordnungsbericht 2011*. Bonn.
- BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) im BBR (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung) (Hg.) (2012b): *Raumabgrenzungen und Raumtypen des BBSR*. Bonn (=Analysen Bau, Stadt, Raum, 6).
- BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) im BBR (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung) (Hg.) (2012c): *Regionale Alterung 2010 und 2030* (Karte). Online verfügbar unter <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/IzR/2013/2/karte1.jpg>, zuletzt geprüft am 16.09.2015.
- BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) im BBR (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung) (Hg.) (2015): *Wachsen oder schrumpfen?* Bonn (=BBSR-Analysen KOMPAKT, 12).
- BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) im BBR (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung) (Hg.) (2017): *Siedlungsstrukturelle Kreistypen 2014*. Bonn. Online verfügbar unter <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html>, zuletzt geprüft am 06.05.2017.
- Beetz, S. (2006): *Ländliche Politik im demographischen Wandel*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (APuz) (21–22), S. 25–31.
- Beivers, A. u. M. Spangenberg (2008): *Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung*. In: *Informationen zur Raumentwicklung* (IzR) 9 (1–2), S. 91–99.
- Beivers, A. (2010): *Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland. Eine gesundheitsökonomische Analyse*. Frankfurt am Main.

- Bengel, J.; Strittmatter, R. u. H. Willmann (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln (=Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung). Online verfügbar unter http://www.bzga.de/botmed_60606000.html, zuletzt geprüft am 17.09.2015.
- Benz, A. (Hg.) (2004): Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung. Wiesbaden.
- Benz, A. (2004): Einleitung: Governance – Modebegriff oder nützliches sozialwissenschaftliches Konzept? In: Benz, A. (Hg.) (2004): Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung. Wiesbaden, S. 11–28.
- Blotevogel, H. H. (2005⁴): Zentrale Orte. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover, S. 1307–1314.
- Blum, K.; Löffert, S.; Morton, A.; Offermanns, M. u. C. Schäfer (2014): Ländliche Krankenhausversorgung heute und 2020. Hg. v. BDO AG. Düsseldorf.
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hg.) (2008): Förderrichtlinien zum BMBF-Wettbewerb Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de>, zuletzt geprüft am 17.09.2015.
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hg.) (o. J.): Mit Gesundheitsregionen Innovationspotenziale heben. Online verfügbar unter <http://www.bmbf.de>, zuletzt geprüft am 10.04.2015.
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (05.05.2010): Exzellente Forschung zum Wohle des Patienten. Berlin. Online verfügbar unter http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/BMBF_Pressemitteilung%281%29.pdf, zuletzt geprüft am 17.09.2015.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2012): Präventionsstrategie. Online verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/praeventonsstrategie/Praeventonsstrategie_Endfassung_121213.pdf, zuletzt geprüft am 02.08.2013.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2013): Gesundheitswirtschaft im Überblick. Online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-im-ueberblick.html>, zuletzt geprüft am 16.09.2015.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (Hg.) (2014): Daten des Gesundheitswesens. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/140813_DdG_2014_Internet_pdf.pdf, zuletzt geprüft am 16.09.2015.

- BMVBS (Bundesministerium für Verkehr Bau und Stadtentwicklung) (Hg.) (2010b): Standardvorgaben der infrastrukturellen Daseinsvorsorge (BMVBS-Online-Publikation, 13). Online verfügbar unter <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Online/2010/ON132010.htm>, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- BMVBS (Bundesministerium für Verkehr Bau und Stadtentwicklung) (Hg.) (2011): Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Denkanstöße für die Praxis. Online verfügbar unter <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Sonderveroeffentlichungen/2011/RegionalstrategieDaseinsvorsorge.html>, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- BMVI (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur) (Hg.) (2011): Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge (Karte). MORO. Online verfügbar unter <http://www.regionale-daseinsvorsorge.de/22/>, zuletzt geprüft am 06.04.2017.
- BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie) (Hg.) (2011): Innovativer Gesundheitstourismus in Deutschland. Branchenreport „Gesundheitsregionen und Gesundheitsinitiativen“. Berlin. Online verfügbar unter http://www.projectm.de/sites/default/files/2016-04/BMWI_B Branchenreport_Gesundheitsregionen_web.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Böckelmann, M. u. M. Grautmann (2009): Gesundheits-Netzwerke im ländlichen Raum – Public-Private-Partnership als Erfolgsmodell. In: Goldschmidt, A. J. W. u. J. Hilbert (Hg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche; Beispiele über alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland zur Gesundheitswirtschaft. Wegscheid (=kma reader, 1), S. 546–557.
- Böhm, K. (2010): Demografischer Wandel als Chance für die Gesundheitswirtschaft. In: Bundesgesundheitsblatt 53 (5), S. 460–473.
- Born, K. M. (2011): Ländliche Räume in Deutschland. Differenzierungen, Entwicklungspfade und -brüche. In: Geographische Rundschau 63 (2), S. 4–10.
- Bortz, J. u. N. Döring (2006⁴): Forschungsmethoden und Evaluation. Heidelberg, Berlin.
- Breyer, F.; Zweifel, P. u. M. Kifmann (2013⁶): Gesundheitsökonomik. Berlin, Heidelberg (=Springer-Lehrbuch).
- bpb (Bundeszentrale für politische Bildung) (Hg.) (2015): Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur. Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur>, zuletzt geprüft am 08.04.2017.

- Budysh, K.; Pelleter, J.; Schultz, C. u. T. M. Helms (2010): Schaffung neuer Berufsbilder – Mit Telemedizin in die Zukunft. In: Böckmann, B.; Semler, S. C.; Dujat, C.; Schug, S. u. G. Steyer (Hg.) (2010): Telemedizin – Erfolgsmodell für die moderne Patientenversorgung (=Tagungsband: Telemed), S. 184–192.
- Busse, R.; Blümel, M. u. D. Ognyanova (2013): Das deutsche Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. Berlin.
- Busse, R. u. M. Wörz (2009): Ausländische Erfahrungen mit Leistungen am Krankenhaus. In: Klauber, J.; Robra, B.-P. u. H. Schellschmidt (Hg.) (2009): Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart [u. a.], S. 49–60.
- Carus Consilium Sachsen GmbH (o. J.): Die Gesundheitsregion. Online verfügbar unter <http://www.carusconsilium.de/>, zuletzt geprüft am 20.07.2015.
- Christaller, W. (1980): Die zentralen Orte in Süddeutschland. Eine ökonomisch-geographische Untersuchung über die Gesetzmäßigkeit der Verbreitung und Entwicklung der Siedlungen mit städtischer Funktion. Darmstadt (Repr. d. Ausg. Jena 1933).
- Claussen, W. (2005): Gesundheit vor Ort – ein Thema für die Raumplanung? In: RaumPlanung (123), S. 264–268.
- Danielzyk, R. (2005): Informelle Planung. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.) (2005⁴): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover, S. 465–469.
- Dehong, B. u. C. Osmialowski (2013): Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. O. O., S. 203–206.
- DeGEval – Deutsche Gesellschaft für Evaluation e. V. (Hg.) (2008): Standards für Evaluation. Köln. Online verfügbar unter http://www.degeval.de/images/stories/Publikationen/DeGEval_-_Standards.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Dehning, W. u. K. Dostalek (2012): Regionale Kooperationen – ein Netzwerk von Netzwerken: Das Beispiel „Gesund Richtung Zukunft“. In: Glückler, J.; Dehning, W.; Janneck, M. u. T. Armbrüster (Hg.) (2012): Unternehmensnetzwerke. Architekturen, Strukturen und Strategien. Berlin u. Heidelberg, S. 297–312.
- Döring, D.; Dudenhöffer, B. u. J. Herdt (2005): Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck. Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Hg. v. HA Hessen Agentur GmbH. Wiesbaden (Report Nr. 689). Online verfügbar unter http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2004-672-4-1.pdf, zuletzt geprüft am 16.09.2015.

- Dünkel, F.; Herbst, M. u. T. Schlegel (Hg.) (2014): Think Rural! Dynamiken des Wandels in peripheren ländlichen Räumen und ihre Implikationen für die Daseinsvorsorge. Wiesbaden.
- Einig, K. (2008): Regulierung der Daseinsvorsorge als Aufgabe der Raumordnung im Gewährleistungsstaat. In: Informationen zur Raumentwicklung (IzR) (1–2), S. 17–40.
- Einig, K. u. M. Spangenberg (2009): Masterplan Daseinsvorsorge – Regionale Anpassungsstrategien. Ein MORO-Forschungsfeld. Hg. v. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). Bonn (=MORO-Informationen, 4/1).
- Faller, B. (2014): Probleme der Hausarztversorgung im ländlichen Raum. In: Forum Wohnen und Stadtentwicklung (1), S. 7–10, zuletzt geprüft am 24.07.2014.
- Faltermaier, T. u. P. Wihofszky (2010): Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext von Public Health. In: Schott, T. (Hg.) (2010): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden (=Gesundheit und Gesellschaft), S. 257–274.
- FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Hg.) (2012): Grunddaten der Krankenhäuser (Stichtag der Berechnungen: 31.12.2013). Regionaldatenbank Deutschland. Online unter <https://www.regionalstatistik.de>, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Fendrich, K.; van den Berg, N.; Siewert, U. u. W. Hoffmann (2010): Demografischer Wandel. In: Bundesgesundheitsblatt 53 (5), S. 479–485.
- Field, M. J. (1996): Telemedicine. A guide to assessing telecommunications in health care. Washington, DC: National Academy Press.
- Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg.
- Franke, A. u. M. Witte (2009): Das HEDE-Training – Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese. Bern.
- Fürst, D. u. H. Mäding (2011): Raumplanung unter veränderten Verhältnissen. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.) (2011): Grundriss der Raumordnung und Raumentwicklung. Hannover, S. 11–73.
- Fürst, D. (2003): Steuerung auf regionaler Ebene versus Regional Governance. In: Informationen zur Raumentwicklung (IzR) 8/9, S. 441–450.
- George, W. (2009): „Gesundheitsregionen“ und „Regionale Gesundheitsversorgung“. In: Hellmann, W. u. S. Eble (Hg.) (2009): Gesundheitsnetzwerke initiieren. Kooperationen erfolgreich planen. Berlin, S. 293–307.

- George, W. u. A. Banat (2010): Ärztliche Versorgung auf dem Land braucht umfassende Reform. Sicherstellung der ärztlichen und medizinischen Versorgung auf dem Lande. In: Hessische Städte- und Gemeinde-Zeitung (9), S. 247–251.
- Gerlinger, T. u. W. Burkhardt (2014): Gesundheitspolitik – Strukturen und Versorgungsformen. Hg. v. bpb (Bundeszentrale für politische Bildung). Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen>, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Gerlinger, T. u. M. Noweski (2012): Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen. Allgemeine Charakteristika. Hg. v. bpb (Bundeszentrale für politische Bildung). Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72724/allgemeine-charakteristika>, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Gesler, W. M. (1992): Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography. In: Social Science & Medicine 34 (7), S. 735–746.
- Gesundheitsregion Göttingen e. V. (o. J.): Über uns. Der Mensch im Mittelpunkt. Online verfügbar unter <http://gesundheitsregiongoettingen.de/ueber-uns/>, zuletzt geprüft am 18.09.2015.
- Gibis, B.; Heinz, A.; Jacob, R. u. C.-H. Müller (2012): The Career Expectations of Medical Students: Findings of a Nationwide Survey in Germany. In: Deutsches Ärzteblatt International 109 (18), S. 327–332.
- Giesel, F.; Köhler, K. u. E. Nowossadeck (2013): Alt und immobil auf dem Land? In: Bundesgesundheitsblatt 56 (10), S. 1418–1424.
- Giessen, L. (2010): Regional Governance für ländliche Räume – innovativer Ansatz, politischer Gegenwind und der Weg vorwärts. In: Raumforschung und Raumordnung (RuR) 68 (1), S. 3–14.
- Gitschier, L. (2012): Jungärzte als Landmuffel. Medizin ja, Provinz nein. In: SpiegelOnline – Uni Spiegel, 24.01.2012 (6), S. 32–37. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/spiegel/unispiegel/d-82971125.html>, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- GKV Spitzenverband (2011): Zukunft der ambulanten Versorgung – differenzierte, sektorübergreifende Bedarfsplanung. Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/bedarfsplanung_2/20110405_GKV-SV_Positionspapier_Bedarfsplanung.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Glückler, J.; Dehning, W.; Janneck, M. u. T. Armbrüster (Hg.) (2012): Unternehmensnetzwerke. Architekturen, Strukturen und Strategien. Berlin, Heidelberg.

- Goldschmidt, A. J. W. u. J. Hilbert (2009): Von der Last zur Chance – Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In: Goldschmidt, A. J. W. u. J. Hilbert (Hg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche; Beispiele über alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland zur Gesundheitswirtschaft. Wegscheid (=kma reader, 1), S. 20–40.
- Goldschmidt, A. J. W. u. J. Hilbert (Hg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche; Beispiele über alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland zur Gesundheitswirtschaft. Wegscheid (=kma reader, 1).
- Gottwald, M. u. M. Löwer (Hg.) (2009): Demografischer Wandel – Herausforderungen und Handlungsansätze in Stadt und Region. Münster (=Arbeitsberichte/Arbeitsgemeinschaft Angewandte Geographie Münster e.V, 40).
- Grabski-Kieron, U. (2010): Ländliche Raumforschung heute – ein interdisziplinäres Forschungsfeld mit aktuellen Herausforderungen. In: Das Vechtaer Forschungsmagazin 2 (1), S. 41–50. Online verfügbar unter http://www.uni-vechta.de/fileadmin/user_upload/documents/Forschung/Vector_1-2010.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2015.
- Grabski-Kieron, U. u. M. Löwer (2007): Auswirkungen der Regionalentwicklung auf die Gesundheitswirtschaft. In: George, W. u. M. Bonow (Hg.) (2007): Regionales Zukunftsmanagement. Gesundheitsversorgung. Lengerich (=Regionales Zukunftsmanagement, Bd. 1), S. 74–90.
- Grabski-Kieron, U. u. T. Stinn (2011): Ländliche Räume in der „Gesundheitsfalle“. Gesundheitsversorgung unter sich verändernden Rahmenbedingungen. In: Geographische Rundschau 63 (2), S. 50–53.
- Grundmann, L. (2011): Siedlungen im ländlichen Raum – Tendenzen des Wandels. In: Denkströme. Journal der Sächsischen Akademie der Wissenschaften (6), S. 117–136. Online verfügbar unter http://repo.saw-leipzig.de:80/pubman/item/escidoc:16437/component/escidoc:16430/denkstroeme-heft6_117-136_grundmann.pdf, zuletzt geprüft am 06.01.2015.
- Haas, P. (2006): Gesundheitstelematik. Grundlagen, Anwendungen, Potenziale. Berlin, Heidelberg, New York.
- Hahne, U. (2005): Zur Neuinterpretation des Gleichwertigkeitsziels. In: Raumforschung und Raumordnung (RuR) 63 (4), S. 257–265.
- Haisch, J.; Klotz, T. u. K. Hurrelmann (2010): Möglichkeiten und Grenzen der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. (Hg.) (2010³): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern (=Lehrbuch Gesundheitswissenschaften), S. 430–438.

- Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (Hg.) (2012): Der Arztberuf von morgen – Erwartungen und Perspektiven einer Generation. Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes „Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?“. O.O.
- Henkel, G. (2004): Dörfliche Lebensstile. In: Essener geographische Arbeiten (36). Essen.
- Henke, K. (1985): Regional differenzierte Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Raumforschung und Raumordnung (RuR) 43 (5), S. 219–225.
- Herdt, J. (2010): Daseinsvorsorge und Zentrale-Orte-Konzept. Hg. v. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS). Berlin (9/1).
- Hermann, C.; Hildebrandt, H. C.; Richter-Reichhelm, M.; Schwartz, F. W. u. W. Witzernath (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 60 (5/6), S. 11–29.
- Hilbert, J. (Hg.) (o.J.): Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. Online verfügbar unter <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/>.
- Hübler, K.-H. (2005): Die Schaffung gleichwertiger Lebensbedingungen in allen Teilräumen. In: Raumforschung und Raumordnung (RuR) 63 (1), S. 55–62.
- Hurrelmann, K. (Hg.) (2010³): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern (=Lehrbuch Gesundheitswissenschaften).
- Hurrelmann, K.; Klotz, T. u. J. Haisch (2010): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. (Hg.) (2010³): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern (=Lehrbuch Gesundheitswissenschaften), S. 13–23.
- Inacker, M. (2012): Lockangebote für Landärzte. 3000 neue Arztstellen gegen Unterversorgung auf dem Land. In: Handelsblatt vom 21.-26.12.2012 (Nr. 248).
- Institut Arbeit und Technik (Hg.) (2003): Jahrbuch 2002/2003. Gelsenkirchen.
- Jäger, H. (2002): Die Rolle der Kommune in der deutschen Gesundheitsversorgung. Fallstudie Rotenburg (Wümme). Hg. v. GTZ (Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit). Rotenburg.
- Jacobs, K. u. S. Schulze (Hg.) (2011): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin (=Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag).

- Jacobs, K. u. S. Schulze (2011): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: mehr Vielfalt und Produktivität statt fortgesetzter Planwirtschaft. In: Jacobs, K. u. S. Schulze (Hg.) (2011): *Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land*. Berlin (=Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag), S. 141–164.
- John, J. u. O. Winkelhake (1997): Räumliche Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitspolitik. In: *Geographische Rundschau* 49 (4), S. 216–219.
- Kalitzkus, V.; Schluckebier, I. u. S. Wilm (2009): AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)*, S. 403–405.
- Kaltenbrunner, R. (2006): Der Unterschied zum Gleichen. Gleichwertige Lebensverhältnisse – nur ein Mythos deutscher Politik? In: *Informationen zur Raumentwicklung (IzR)* (6–7), S. 393–395.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (01.03.2013): Position zur Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Erwartungen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten an eine zukunftssichere Gesundheitspolitik. Online verfügbar unter <http://www.kbv.de/html/6235.php>, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (Hg.) (2014): Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände (KBV Fortbildung). Online verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/2014_11_20_Fortbildungsheft_1_webVersion.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (Hg.) (o. J.a): Die Haus- und Fachärzte. Wir arbeiten für Ihr Leben gern. Online verfügbar unter <http://www.ihre-aerzte.de>, zuletzt geprüft am 27.02.2015.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (Hg.) (o. J.b): Die Haus- und Fachärzte von morgen. Lass Dich nieder! Online verfügbar unter <http://www.lass-dich-nieder.de>, zuletzt geprüft am 27.02.2015.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (Hg.) (2013): Die neue Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten. Berlin. Online verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Kearns, R. A. (1993): Place and health: towards a reformed medical geography. In: *Professional Geographer* 45, S. 139–147.
- Kearns, R. A. u. G. Moon (2002): From medical to health geography: novelty, place and theory after a decade of change. In: *Progress in Human Geography* 26, S. 605–625.

- Keim, K.-D. (2006): Peripherisierung ländlicher Räume. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuz) 37, S. 3–7.
- Kistemann, T. u. T. Claßen (2012): Therapeutische Landschaften. Schlüsselkonzept einer post-medizinischen Geographie der Gesundheit. In: Berichte zur deutschen Landeskunde 86 (2), S. 109–124.
- Kistemann, T.; Schweikart, J.; Claßen, T. u. C. Lengen (2011): Medizinische Geografie: Der räumliche Blick auf Gesundheit. In: Deutsches Ärzteblatt 108 (8), S. A 386–A 387.
- Klauber, J.; Robra, B.-P. u. H. Schellschmidt (Hg.) (2009): Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart [u. a.].
- Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J. u. J. Wasem (Hg.) (2015): Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart.
- Klee, A. (2006): Gleichwertige Lebensverhältnisse: eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe neu interpretieren. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.) (2006): Positionspapier aus der ARL, 69.
- Klose, J. u. I. Rehbein, (2011): Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Hg. v. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Berlin. Online verfügbar unter http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2011_0511.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Klose, J. u. I. Rehbein (2015): Ärzteatlas 2015. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Hg. v. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Berlin. Online verfügbar unter http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_pub-aerzteatlas2015_0615.pdf, zuletzt geprüft am 15.02.2016.
- Knieling, J.; Fürst, D. u. R. Danielzyk (2003): Kooperative Handlungsformen in der Regionalplanung. Zur Praxis der Regionalplanung in Deutschland. Dortmund. Zitiert in Danielzyk, R. (2005): Informelle Planung. Hannover.
- Koch, B.; Wendt, M.; Lackner, C. K. u. H. P. Moecke (2009): Regional Health Care (RHC). Ein gesundheitliches Versorgungsnetzwerk zur (individualisierten) Absicherung der Bevölkerung. In: Notfall + Rettungsmedizin (Volume 12, Number 6), S. 461–466.
- Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung. Hg. v. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin.
- Korff, C. u. J. Stadelbauer (2008): Ländliche Räume im Wandel. In: Gebhardt, H. (Hg.) (2008): Geographie Baden-Württembergs. Stuttgart, S. 165–176.

- Krafft, T.; Braun, T. u. A. Kortevoß (2010): Krankenhausversorgung und -wettbewerb. Ein Thema der geographischen Gesundheitssystemforschung. In: Geographische Rundschau (GR) 62 (7–8), S. 24–31.
- Kray, R.; Koch, C. u. P. T. Sawicki (Hg.) (2013): Qualität in der Medizin dynamisch denken. Versorgung, Forschung, Markt. Wiesbaden.
- Kromrey, H. (2009¹¹): Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Stuttgart.
- Krummheuer, F.; Holz-Rau, C. u. S. Günther (2010): Daseinsvorsorge ist keine Ortseinsvorsorge. Hinweise zur Planung in dünn besiedelten Räumen. In: Informationen zur Raumentwicklung (IzR) (7), S. 489–504.
- Kuhn, E. u. R. Klingholz (2013): Vielfalt statt Gleichwertigkeit. Was Bevölkerungsrückgang für die Versorgung ländlicher Regionen bedeutet. Hg. v. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin.
- Kuckartz, U.; Dresing, T.; Rädiker, S. u. C. Stefer (2008²): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden.
- KVB (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns) (Hg.) (2013): Ambulante vertragsärztliche Versorgung. Neuordnung der Bedarfsplanung – Oberfranken.
- KVN (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen) (2014): Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (Anlage 2.2). Online verfügbar unter <http://www.kvn.de/Praxis/Bedarfsplanung/Bedarfsplan-Niedersachsen>, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- KVS (Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen) (2013a): Bedarfsplan 2013 (Anlage 1.1.1, vom 01.01.2014). Online verfügbar unter http://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/img/Mitglieder/Arbeiten_als_Arzt/Bedarfsplanung/140926_Fortschreibung_2014-01-01.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2015.
- KVS (Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen) (2013b): Bedarfsplan 2013 (Fortschreibung der Anlagen 1.1.2 bis 1.1.11 vom 01.01.2014). Online unter http://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/img/Mitglieder/Arbeiten_als_Arzt/Bedarfsplanung/140926_Fortschreibung_2014-01-01.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2015.
- Lamnek, S. (2010⁵): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim [u. a.].
- Landesamt für Statistik Niedersachsen (Hg.) (2012): Statistische Berichte Niedersachsen. Online verfügbar unter http://www.statistik.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=33722&article_id=87713&psmand=40, zuletzt geprüft am 08.04.2017.

- Landesamt für Statistik Niedersachsen (2014): Regionalmonitoring Niedersachsen. Online verfügbar unter <http://www.regionalmonitoring-statistik.niedersachsen.de>, zuletzt geprüft am 18.09.2015.
- Landkreis Göttingen (Hg.) (2010): Regionales Raumordnungsprogramm (RROP) 2010 für den Landkreis Göttingen. Änderung und Ergänzung 2010. Online verfügbar unter http://www.landkreis-goettingen.de/pics/medien/1_1343117954/3._Beschreibende_Darstellung_-_Lesefassung.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2014.
- Landkreis Northeim (Hg.) (2006): Regionales Raumordnungsprogramm (RROP) 2006. Landkreis Northeim. Beschreibende Darstellung. Online verfügbar unter http://www.landkreis-northeim.de/pics/medien/1_1263289160/rrop_2006_beschreibende_darstellung.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2015.
- Landkreis Osterode am Harz (Hg.) (1999): Regionales Raumordnungsprogramm (RROP) 1998. Landkreis Osterode am Harz. Beschreibende Darstellung. Online verfügbar unter http://www.landkreis-osterode.de/media/custom/103_4613_1.PDF?1316155483&La=1, zuletzt geprüft am 18.09.2015.
- Landratsamt Coburg (Hg.) (2013): Mehr als Zukunft. Gemeinsam gestalten. Regionalstrategie zur Sicherung der Daseinsvorsorge im Coburger Land. Coburg.
- Lange, A.; Braun, S. u. W. Greiner (2012): Ökonomische Aspekte der integrierten Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt 55 (5), S. 643–651.
- Libbe, J. (2012): Medizinische Versorgung als Teil der Infrastrukturplanung. In: Böhme C.; Kliemke, C.; Reimann, B. u. W. Süß (Hg.) (2012): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern, S. 117–128.
- Löwer, M. (2009): Regionale Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft – ein Beitrag zur nachhaltigen Regionalentwicklung. In: Gottwald, M. u. M. Löwer (Hg.) (2009): Demografischer Wandel – Herausforderungen und Handlungsansätze in Stadt und Region. Münster (=Arbeitsberichte/Arbeitsgemeinschaft Angewandte Geographie Münster e.V, 40), S. 95–106.
- Maier, J. u. A. Sentker (2015): Lockruf der Provinz. In: Die ZEIT, 06.08.2015, S. 31–32.
- Maretzke, S. (2014): Strukturschwache Städte und Dörfer kämpfen besonders mit der Schrumpfung. In: LandInForm – Magazin für ländliche Räume (3), S. 12–13. Online verfügbar unter http://www.netzwerk-laendlicher-raum.de/fileadmin/sites/ELER/Dateien/05_Service/Publikationen/LandInForm/PDF-Downloads/Landinform_2014_3_gesamt.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2017.

- MASGF (Ministerium für Arbeit, Soziales Gesundheit Frauen und Familie des Landes Brandenburg) (Hg.) (2013): AGnES-Modellprojekte. Online verfügbar unter <http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348257.de>, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Mayer, H. O. (2013⁶): Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. München.
- Mayntz, R. u. F. W. Scharpf (1995): Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren. In: Mayntz, R. u. F. W. Scharpf (Hg.) (1995): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt, New York, S. 9–38.
- Mayring, P. (2008¹⁰): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim.
- Mayring, P. (2009): Evaluation im Bereich Gesundheit – Beispiel Deutschland. In: Widmer, T.; Beywl, W. u. C. Fabian (Hg.) (2009): Evaluation. Ein systematisches Handbuch. Wiesbaden, S. 321–330.
- MUGV (Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz) (Hg.) (2013): AGnES-Modellprojekte. Online verfügbar unter <http://www.mugv.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.348257.de?highlight=Agnes>, zuletzt geprüft am 04.08.2014.
- Mose, I. (2005): Ländliche Räume. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.) (2005⁴): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover, S. 573–579.
- Mosebach, K.; Schwartz, F. W. u. U. Walter (2010): Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. (Hg.) (2010³): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern (=Lehrbuch Gesundheitswissenschaften), S. 369–381.
- Mühlbacher, A.; Nübling, M.; Niebling, W. (2002): Qualitätsmanagement in Netzwerken der Integrierten Gesundheitsversorgung. In: Organisationsberatung, Supervision, Coaching 9 (2), S. 119–136.
- Müller, T. (2004): Telematik im Gesundheitswesen. Stuttgart (Diplomarbeit, unveröffentlicht).
- Naegele, G. (2009): Alter und Gesundheit – zu einigen Anknüpfungspunkten für Prävention, Gesundheitsförderung und darauf bezogene Gesundheitswirtschaft. In: Goldschmidt, A. J. W. u. J. Hilbert (Hg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche; Beispiele über alle wichtigen Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland zur Gesundheitswirtschaft. Wegscheid (=kma reader, 1), S. 148–163.

- Nagel, E. (2013⁵): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. Köln.
- Neu, C. (2011): Daseinsvorsorge und Bürgerpartizipation. In: Geographische Rundschau 63 (2), S. 44–49.
- Neu, C. (2014): Ländliche Räume und Daseinsvorsorge – Bürgerschaftliches Engagement und Selbstaktivierung. In: Dünkel, F.; Herbst, M. u. T. Schlegel (Hg.) (2014): Think Rural! Dynamiken des Wandels in peripheren ländlichen Räumen und ihre Implikationen für die Daseinsvorsorge. Wiesbaden, S. 117–124.
- Niedersächsisches Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz und Landesentwicklung (Hg.) (2008): Landes-Raumordnungsprogramm Niedersachsen (LROP). Online verfügbar unter http://www.ml.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=1378&article_id=5062&psmand=7, zuletzt geprüft am 18.09.2015.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familien, Gesundheit und Integration (Hg.) (2013): Niedersächsischer Krankenhausplan 2013 (28. Fortschreibung). Hannover.
- Niehaus, F. u. V. Finkenstädt (2009): Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen? Hg. v. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). Köln (=WIP Diskussionspapier, 12/09). Online verfügbar unter http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Deutschland_ein_teures_Gesundheitswesen.pdf, zuletzt geprüft am 16.09.2015.
- Noethen, M. (2011): Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters? In: Statistisches Bundesamt (Hg.) (2011): Wirtschaft und Statistik. Wiesbaden (7), S. 665–675.
- Nowossadeck, E. (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin (=GBE kompakt, 3 (2)).
- Oberender, P. u. J. Zerth (2010³): Wachstumsmarkt Gesundheit. Stuttgart.
- OECD (2014): Die OECD in Zahlen und Fakten 2014: Wirtschaft, Umwelt, Gesellschaft. Paris.
- Pelleter, J. (2012): Organisatorische und institutionelle Herausforderungen bei der Implementierung von Integrierten Versorgungskonzepten am Beispiel der Telemedizin. Burgdorf: Herz (Schriften zur Gesundheitsökonomie, 20).
- Penter, V. u. B. Augurzky (2013): Gesundheitswesen für Praktiker. Wiesbaden.
- Potratz, W. u. J. Hilbert (2003): Jenseits von Beitragssätzen und Risikoausgleich. In: Institut Arbeit u. Technik (Hg.) (2003): Jahrbuch 2002/2003. Gelsenkirchen, S. 153–162.

- Preusker, U. K. (2008): Das deutsche Gesundheitssystem verstehen. Strukturen und Funktionen im Wandel. Heidelberg (=Gesundheitsmarkt in der Praxis).
- Przyborski, A. u. M. Wohlrab-Sahr (2014⁴): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg (=Lehr- und Handbücher der Soziologie).
- Putlitz, J. z.; Gilberg, K.; Baer, R. v. u. A.-M. Pigozzo (2013): Telemedizin steigert die Qualität. ... in der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten. In: Kray, R.; Koch, C. und P. T. Sawicki (Hg.) (2013): Qualität in der Medizin dynamisch denken. Versorgung, Forschung, Markt. Wiesbaden, S. 199–220.
- Pütz, T. u. M. Spangenberg (2006): Zukünftige Sicherung der Daseinsvorsorge. In: Informationen zur Raumentwicklung (IzR) 6 (7), S. 337–344.
- Reichel, S. (2009): Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse. Verfassungsauftrag und Raumordnungsrecht. München (=Münchener Universitätschriftenreihe der Juristischen Fakultät, 228).
- Reifferscheid, A.; Thomas, D.; Pomorin, N. u. J. Wasem (2015): Strukturwandel in der stationären Versorgung. In: Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J. u. J. Wasem (Hg.) (2015): Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart, S. 3–12.
- Reiners, H. (2011): Sicherstellung der medizinischen Versorgung: Aufgaben und Herausforderungen für die Länder. In: Jacobs, K. u. S. Schulze (Hg.) (2011): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin (=Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag), S. 73–95.
- Reuber, P. u. C. Pfaffenbach (2005): Methoden der empirischen Humangeographie. Beobachtung und Befragung. Braunschweig.
- Richter-Kuhlmann, E. (2010): Berufsmonitoring Medizinstudierende: Jederzeit bereit, aber nicht überall. In: Deutsches Ärzteblatt 107 (39), S. 1837–1838.
- Rink, D. (2014): Gesund schrumpfen – Rückbau konstruktiv gestalten. In: LandInForm – Magazin für ländliche Räume (3), S. 10–11. Online verfügbar unter http://www.netzwerk-laendlicher-raum.de/fileadmin/sites/ELER/Dateien/05_Service/Publicationen/LandInForm/PDF-Downloads/Landinform_2014_3_gesamt.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Rosenfeld, M. T. W. (2010): Einführung. In: Rosenfeld M. T. W. u. D. Weiß (Hg.) (2010): Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse zwischen Politik und Marktmechanismus. Empirische Befunde aus den Ländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Hannover (=Arbeitsmaterial der ARL, 351), S. 1–6.

- Rosenfeld, M. T. W. u. D. Weiß (Hg.) (2010): Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse zwischen Politik und Marktmechanismus. Empirische Befunde aus den Ländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Hannover (=Arbeitsmaterial der ARL, 351).
- Rudolph, A. (2012): Gesundheitsregionen als Plattformen für strategische Kooperation: Das Beispiel Gesundheitswirtschaft Nordwest. In: George, W. u. T. Berg (Hg.) (2012): Regionales Zukunftsmanagement. Regionalökonomie. Lengerich, Westf. (=Regionales Zukunftsmanagement, 6), S. 248–256.
- Sächsisches Staatsministerium des Innern (Hg.) (2013): Landesentwicklungsplan (LEP) 2013. Online verfügbar unter http://www.landesentwicklung.sachsen.de/download/Landesentwicklung/LEP_2013.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2015.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hg.) (2010): Auswirkungen des Demografischen Wandels auf die Krankenhausbehandlungen bis zum Jahr 2020 im Freistaat Sachsen. Online verfügbar unter <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/11825>, zuletzt geprüft am 10.11.2014.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hg.) (2011): Maßnahmenkatalog für eine bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten im Freistaat Sachsen. Kurzfassung. Online verfügbar unter http://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Massnahmenkatalog_fuer_eine_bedarfsgerechte_hausaerztliche_Versorgung_in_laendlichen_Gebieten.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2015.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (01.01.2014): Krankenhausplan des Freistaates Sachsen (11. Fortschreibung). Online verfügbar unter http://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Krankenhausplan_2014-2015_Teil_I.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2014.
- Saß, A. C.; Wurm, S. u. C. Scheidt-Nave (2010): Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesgesundheitsblatt 53 (5), S. 404–416.
- Scheller-Kreinsen, D. u. F. Krause (2015): Die Ausgangslage für eine Strukturbereinigung: Fahrzeiten Krankenhauserreichbarkeit und -kapazitäten. In: Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J. u. J. Wasem (Hg.) (2015): Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart, S. 23–39.
- Schmacke, N.; Niehus, H.; Stamer, M. u. B. Berger (2008): Wanted: Der Hausarzt. In: Gesundheit und Gesellschaft (G + G) 11 (7–8), S. 37–42.
- Scholles, F. (2005): Bewertungs- und Entscheidungsmethoden. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.) (2005⁴): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover, S. 97–106.

- Schräder, W. F.; Lehmann, B.; Hezel, F. u. R. Beckers (2009): Entwicklung der Telemedizin im Land Brandenburg aus versorgungsinhaltlicher Sicht. Hg. v. Agenon Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH. Berlin.
- Schrein, K. (2015): Wenn der Doktor nicht mehr kommt. In: Süddeutsche Zeitung vom 17.04.2015. Online unter <http://sz.de/1.1967794>, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Schwenk, U. (2009): Qualität in integrierten Versorgungsstrukturen. Qualitätsindikatoren für Medizinische Versorgungszentren. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Sedlacek, P. (Hg.) (2004): Evaluation in der Stadt- und Regionalentwicklung. Wiesbaden (=Stadtforchung aktuell, 90).
- Simon, M. (2013⁴): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern (=Lehrbuch Gesundheitswissenschaften).
- Sinz, M. (2005): Raumordnung/Raumordnungspolitik. In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.) (2005⁴): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover, S. 863–872.
- Spanner, E. (2009): Labor Ost. In: Financial Times Deutschland, 13.11.2009.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden (2).
- Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf>, zuletzt geprüft am 27.09.2015.
- Statistisches Bundesamt (2012): Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung. Wiesbaden (=Fachserie 13, Reihe 1.1). Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/KrankenversicherungMikrozensus2130110119004.pdf>, zuletzt geprüft am 16.09.2015.
- Statistisches Bundesamt (2014a): Gesundheit. Ausgaben 2000 bis 2012. Wiesbaden (=Fachserie 12, Reihe 7.1.2).
- Statistisches Bundesamt (2014b): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2013. Wiesbaden (=Fachserie 12, Reihe 6.1.1).

- Statistisches Bundesamt (2015a): Gesundheitsausgabenrechnung Deutschland 1992 bis 2012. Online verfügbar unter <https://destatis.de>, zuletzt geprüft am 25.02.2015.
- Statistisches Bundesamt (2015b): Pflegestatistik 2013. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf>, zuletzt geprüft am 17.09.2015.
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2014): Statistik Sachsen. Online verfügbar unter <http://www.statistik.sachsen.de/index.html>, zuletzt geprüft am 18.09.2015.
- Steingart, G. (2015): Handelsblatt Morning-Briefing. In: Handelsblatt, 04.02.2015.
- Steinhäuser, J.; Paulus, J.; Roos, M.; Peters-Klimm, F.; Ledig, T.; Szecsenyi, J. u. S. Joos (2011): „Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach“ – eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 105 (2), S. 89–96.
- Stinn, T. (2011): Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen: Governanceaufgabe zwischen formeller Raumplanung und regionaler Netzwerkarbeit. In: Newsletter: Regionale Gesundheitsversorgung und Krankenpflege (11. Ausgabe), S. 4–6.
- Stockmann, R. u. W. Meyer (2010): Evaluation. Eine Einführung. Leverkusen.
- Straub, C. u. I. Lütjohann (2007): Chancen vernetzter Gesundheitsversorgung aus Perspektive des Kostenträgers – Erfolgsfaktoren für (regionale) Gesundheitsunternehmer. In: George, W. u. M. Bonow (Hg.) (2007): Regionales Zukunftsmanagement. Gesundheitsversorgung. Lengerich, Westf. (=Regionales Zukunftsmanagement, 1), S. 91–100.
- Sundmacher, L. u. S. Ozegowski (2013): Ziehen Privatpatienten Ärzte an? In: Gesundheit und Gesellschaft (G + G) 16 (12/13), S. 32–35.
- SVR Gesundheit (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007.
- SVR Gesundheit (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. BT-Drs. 16/13770 vom 02.07.2009.
- SVR Gesundheit (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. BT-Drs. 18/1940 vom 26.06.2014.
- Thelen, P. (2015): 34.000 Ärzte zu viel. In: Handelsblatt, 15.07.2015. Online verfügbar unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/?sid=618252, zuletzt geprüft am 19.03.2016.

- Thiede, A. u. H.-J. Gassel (Hg.) (2006): Krankenhaus der Zukunft. Heidelberg.
- Trappe, T. (2010): Sachsen will Abiturienten ins Medizin-Studium locken. In: Ärzte Zeitung, 20.09.2010. Online verfügbar unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/?sid=618252, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Troeger-Weiß, G. u. H.-J. Domhardt (Hg.) (2010): Arbeitspapiere zur Regionalentwicklung. Elektronische Schriftenreihe des Lehrstuhls Regionalentwicklung und Raumordnung. Technische Universität Kaiserslautern. Kaiserslautern (=Arbeitspapiere zur Regionalentwicklung, 8).
- Troeger-Weiß, G. (2012): Trends und neue Entwicklungen in der Regionalentwicklung und -ökonomie. In: George, W. u. T. Berg (Hg.) (2012): Regionales Zukunftsmanagement. Regionalökonomie. Lengerich, Westf (=Regionales Zukunftsmanagement, 6), S. 25–45.
- Trojan, A. u. W. Süß (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, K. (Hg.) (2010³): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern (=Lehrbuch Gesundheitswissenschaften), S. 336–346.
- Turek, J. (2012): Demographischer Wandel und Telemedizin. In: Korte, K.-R. (Hg.) (2012): Angewandte Politikforschung. Eine Festschrift für W. Weidenfeld. Wiesbaden, S. 367–381.
- Turowski, G. (2005): Raumplanung (Gesamtplanung). In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.) (2005⁴): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover, S. 893–898.
- Uhlemann, T. u. K. Lehmann (2011): Steuerungsprobleme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. In: Jacobs, K. u. S. Schulze (Hg.) (2011): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin (=Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag), S. 11–34.
- Ulrich, R. E. (2013): Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Krankheitskosten heute und morgen. In: Politische Studien 64 (1), S. 64–70. Online verfügbar unter https://www.hss.de/download/publications/PS_Themenheft_0113_01.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2017.
- Welbrink, A. u. A. Franke (2000): Zwischen Genuss und Sucht – das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In: Wydler, H.; Kolip, P. u. T. Abel (Hg.) (2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim u. München, S. 43–55.
- Widmer, T.; Beywl, W. u. C. Fabian (Hg.) (2009): Evaluation. Ein systematisches Handbuch. Wiesbaden.

Wiechmann, T. u. M. Beier (2004): Evaluationen in der Regionalentwicklung. Eine vernachlässigte Herausforderung für die Raumplanung. In: *Raumforschung und Raumordnung (RuR)* 62 (6), S. 387–396.

Winter, M. H.-J; Maaz, A. u. A. Kuhlmei (2006): Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter. In: *Bundesgesundheitsblatt* 49 (6), S. 575–582.

Wotha, B. u. J. Bittner (2011): Inklusion in ländlichen Räumen. Ein Ansatz zur Bewältigung der Herausforderungen des demographischen Wandels. In: *Standort – Zeitschrift für angewandte Geographie* 35 (3), S. 109–116.

Wydler, H.; Kolip, P. u. T. Abel (Hg.) (2000): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts.* Weinheim u. München.

Gesetze

GVK-VStG (Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung) i. d. F. d. B. v. 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983), das zuletzt durch Art. 8a des Gesetzes vom 12.04.2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist.

ROG (Raumordnungsgesetz) i. d. F. d. B. v. 22.12.2008 (BGBl. I S. 2986), das zuletzt durch Art. 124 der Verordnung vom 31.08.2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist.

KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) i. d. F. d. B. v. 10.04.1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Art. 1 des Gesetzes vom 10.12.2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist.

SGB V (Fünftes Sozialgesetzbuch) i. d. F. d. B. v. 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch Art. 2 Absatz 12 des Gesetzes vom 17.02.2016 (BGBl. I S. 203) geändert worden ist.

VÄndG (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) i. d. F. d. B. v. 22.12.2008 (BGBl. I S. 3439).

Anhang

Begründungen zur Auswahl der Schlüsselthemen

Zu 1.: Dieser Themenkomplex konnte als Schlüsselthema abgeleitet werden, weil der Erfolg der ärztlichen sowie nicht-ärztlichen Nachwuchsgewinnung maßgeblich darüber entscheidet, inwieweit auch zukünftig das Niveau an erreichbarer medizinischer Versorgung in einer Region aufrechterhalten werden kann. Wie bereits in Kapitel 2.1.4 dargestellt, wird in naher Zukunft ein Großteil der Niedergelassenen aus Altersgründen nicht mehr oder lediglich stark eingeschränkt in der kurativen Patientenversorgung mitwirken (vgl. Böhm 2010, S. 470). Den ausscheidenden Ärzten stehen in erheblich geringerer Zahl neue Jungmediziner gegenüber. Dem Nachwuchsmangel muss daher mit entsprechend besseren Arbeitsbedingungen, attraktiven Weiterbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten sowie einer adäquaten Vergütung entgegengewirkt werden (vgl. ebd.; siehe auch SVR Gesundheit 2009/2014). Und dies besonders im Kontext ländlicher Räume, da diese meist in der Gunst der angehenden Mediziner und auch bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen generell weiter unten stehen (vgl. Gitschier 2012; Schmacke et al. 2008; Steinhäuser et al. 2011; SVR Gesundheit 2009; Trappe 2010).

Es werden ergo gemeinsame Anstrengungen sowohl von ärztlicher Seite als auch von unterschiedlichen Trägerinstitutionen wie bspw. KVen, Landräten, Bürgermeistern, Krankenversicherungen gefordert, um die Nachwuchsförderung sowie -gewinnung gerade für den ländlichen Raum zu stärken und für eine alternde Bevölkerung auch zukünftig eine erreichbare medizinische Versorgungsstruktur zu gewährleisten.

Zu 2.: Die Förderung von Kooperationen und Netzwerken zwischen Akteuren der Gesundheitswirtschaft und -versorgung sowie das Thema Delegation werden seit langer Zeit als wesentliche Erfolgsfaktoren im Gesundheitswesen genannt, um durch horizontale als auch vertikale Vernetzungen Optimierungspotenziale in der gesundheitlichen Versorgung zu erschließen. Hierbei werden stets die unterschiedlichen Geldtöpfe sowie die unterschiedlich verantwortlichen Trägerinstitutionen hinter den Leistungserbringern als Kooperationsbremsen identifiziert (vgl. Döring et al. 2005; Thiede u. Gassel 2006; Arentz 2009).

Dabei haben bereits Netzwerke mit verschiedenartigen Interessenslagen durch kommunikative Aushandlungsprozesse erfolgreich zu mehrwertstiftenden regionalen Kooperationsgebilden geführt. Diese leisten ebenfalls einen Beitrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen (siehe Gesundes Kinzigtal, Rollende Arztpraxis im Landkreis Wolfenbüttel, zahlreiche Ärztenetze etc.). Auch die Leistungserbringer selbst sehen in der Diskussion um Neuverteilung und -zuweisung von Aufgaben Optimierungs- und Anpassungsmöglichkeiten in der Versorgungssicherung, wenngleich damit auch Konkurrenzgefühle und Vorbehalte ausgelöst werden (vgl. SVR Gesundheit 2007, S. 28).

Besondere Bedeutung innerhalb der Akteursvernetzung kommt auch dem Thema Delegation mittels sog. Gemeindeschwestern zu (siehe Kap. 4.3): „Durch die Erprobung dieser neuen Versorgungsform sollte ein Beitrag zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten geleistet werden“ (vgl. MUGV). Dieses Instrument soll im Rahmen der Datenerhebung ebenfalls auf seinen Nutzen für die Versorgungssicherung untersucht werden.

Zu 3.: Die Ableitung des dritten Schlüsselthemas schließt sich unmittelbar der allgemeinen Forderung nach mehr und besserer Kooperation in der Gesundheitsversorgung an und ist mit Blick auf ländliche Räume mit größeren Entfernungen ein wichtiger Themenkomplex für die Versorgungssicherung. Die Relevanz einer flächendeckenden Versorgung nimmt mit steigendem Alter der Patienten und damit einhergehenden Mobilitätseinschränkungen zu (vgl. Schröder et al. 2009, S. 34). Der Einsatz von Telemedizin kann dabei helfen,

- a) die Raumüberwindung von der Praxis zum Patienten (z. B. Hausbesuch durch den Hausarzt) mittels Teleüberwachung (doc2patient-Anwendung) zu ersetzen oder an dafür entsprechend ausgebildete Fachkräfte zu delegieren und
- b) die Kommunikation sowie den Informationsaustausch zwischen medizinischen Leistungserbringern z. B. mittels Telekonsultationen zu vereinfachen (doc2doc-Andwendung).

So soll einerseits eine Arbeitsentlastung des Arztes und gleichzeitig eine erreichbare medizinische Patientenversorgung gewährleistet werden, um damit einen Teil zur Sicherstellung der Versorgung beizutragen (vgl. Putlitz et al. 2013; Müller 2004). Mit diesem Schlüsselthema wird ein weiterer

wichtiger Bereich zur Patientenversorgung in ländlichen Räumen abgedeckt, der vor dem Hintergrund zukünftig verstärkter Praxisschließungen und damit einhergehender größerer Versorgungsradien für die verbleibenden Ärzte voraussichtlich an Bedeutung gewinnen wird.

Zu 4.: Die Förderung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen spielt im Zusammenhang mit der ambulant-ärztlichen Versorgung eine wichtige Rolle. Gerade der hausärztliche Bereich kann hier aufgrund der Nähe zum Patienten und seinem Umfeld bedeutend zu einer erfolgreichen Prävention und Gesundheitsförderung beitragen (vgl. Haisch et al. 2010, S. 431 f.). Dazu soll die vorliegende Untersuchung von Einschätzungen zu Präventionsmaßnahmen in regionalen Konzepten und Initiativen wie der Gesundheitsregion einen Beitrag leisten.

Interviewleitfaden Expertengespräche



Dipl.-Geogr. Thomas Stinn
Institut für Geographie
Dissertationsprojekt



Datum:
Name d.
Gesundheitsregion:
Kreis:
Name d. Experten:
Name d. Institution:

Leitfadeninterview

Gesundheitsregionen als zukunftsfähige Konzeption für ländliche Räume?

Forschungsfrage: *Welchen Beitrag leistet das Konzept „Gesundheitsregion“ zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung für ländliche Räume?*

Teil A: Entstehungshistorie und Aufbau der Gesundheitsregion

1. Aus welchen Motiven heraus wurde die Gesundheitsregion gegründet? (*Frage für GR*)

Hilfestellung:

- z.B. Problemdruck durch Ärztemangel, Alterung der Bevölkerung, Aussicht auf finanzielle Förderung, Forcierung eines Netzwerkgedankens?
2. Wie definieren Sie das Konzept „versorgungsorientierte Gesundheitsregion“ bzw. was macht es für Sie aus?
 - a. Welche Ziele werden verfolgt (*Frage für GR*)?
 3. Wie bewerten Sie die vermehrte Entwicklung/Gründung von Gesundheitsregionen (stellungnehmende Einschätzung und Bewertung)?
 4. Schätzen Sie die Maßnahmen Ihrer Gesundheitsregion im Hinblick auf den Nutzen für Sie bzw. den Nutzen für Ihre Institution ein.

Hilfestellung:

- z.B. durch Wissensvermittlung, Verbesserung des regionalen Images, Vernetzung mit unterschiedlichen Stakeholdern, durch effektive Nachwuchsförderung

Teil B: Stand der gesundheitlichen Versorgung und Entwicklung sowie Rahmenbedingungen innerhalb der Gesundheitsregion

5. Wie schätzen Sie den aktuellen Stand der medizinischen Versorgung in Ihrer Region ein? (*Frage insb. für Kommunen, Kreisräte u. Individualakteure*)

Hilfestellung:

- Versorgung durch Hausärzte, Fachärzte u. KH → Flächendeckung und Erreichbarkeit

6. In welchen Gebieten innerhalb der Gesundheitsregion sehen Sie erhöhten Handlungsbedarf bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung? (*Frage für KV, KK u. GR*)

Hilfestellung:

- Über- oder Unterangebot in einigen Versorgungsbereichen in einigen Gebieten?
7. Gehen wir davon aus, dass das Problem regionaler Disparitäten in der Gesundheitsversorgung primär ein Verteilungsproblem ist (insb. zwischen urbanen → tendenziell überversorgten und ruralen → tendenziell unterversorgten Gebieten). Wie schätzen Sie die Möglichkeit der Regelung nach § 103 IIIa SGB V ein, um überversorgte Gebiete abzubauen? (*Frage insb. für Meso- u. Mikroebene*)?
- a. Welche Alternativen sehen Sie zum Abbau von Versorgungsungleichheiten?

Hilfestellung:

- Gesetz regelt die Möglichkeit, Praxissitze in überversorgten Regionen nach Entschädigung des bisherigen Praxiseigentümers nicht wieder zu besetzen (Abbau von Überversorgung) → gäbe es dazu Ihrer Meinung nach eine effektivere Alternative?
8. Wie könnte Ihrer Meinung nach eine *flächendeckende* medizinische Versorgung zukunftsfähig gestaltet werden (Erreichbarkeiten)?
- a. Welche Rolle spielen dabei Dekonzentration u. Konzentration von Leistungen?
- Muss die Versorgungsstruktur der Zukunft zwangsläufig ein so dichtes Standortnetz wie heute aufweisen und welche Alternativen gibt es? → angebotsinduzierte Nachfrage vermeiden
 - Zusammenhang: Arztdichte & Versorgungsqualität in der Fläche?
 - Standortnetz durch Filialen mit temporären Sprechst. in ländlichen Räumen erhalten sinnvoll?

Themenblock C Akteursvernetzung/Kooperationen

9. Akteursnetzwerke und Kooperationen spielen in der Gesundheitsversorgung eine entscheidende Rolle um Synergien zu nutzen u. wettbewerbsfähig zu bleiben. Wie und mit welchen Instrumenten kann das Konzept „Gesundheitsregion“ positiv Einfluss auf Netzwerkentwicklungen nehmen bzw. nimmt es bereits?
10. Welche Akteure sind für die Netzwerkbildung besonders relevant (im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung)? (Med. Dienstleister, Ärzte, Gemeinden, Landräte (Kreise), KV, Krankenhäuser etc.)
11. Wo sehen Sie die Rolle der Regionalplanung/-entwicklung innerhalb der GR im Rahmen der Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse als Aufgabe der Raumordnung? (*für GR & KV, Ärzteverbände u. KH*)
12. Welche Rolle spielt bei Kooperationen und neuen Netzwerkformen das sog. „Outsourcing von Leistungen“ (Stichwort: Delegation, Gemeindeschwestermodell)?
13. Welche Anreize und welche Hemmnisse existieren bzgl. der Vernetzung gesundheitsbezogener Dienstleistungen in der „Gesundheitsregion“?
14. Wie hoch schätzen Sie die Bereitschaft der jeweiligen Berufsgruppen

- a. Ambulant-ärztlich
- b. Ambulant-nichtärztlich
- c. Stationär

im Hinblick auf eine stärkere Zusammenarbeit und Vernetzung? → integrierte Versorgung

15. Wo könnten Schnittstellen zur Zusammenarbeit in der medizinischen Versorgung mit anderen (Gesundheits-) Regionen sein und wo sehen Sie die Grenzen der Kooperation im Sinne eines regionalen Wettbewerbs? (*Frage für GR*) Wettbewerb der Regionen sowie ‚learning regions‘

Themenblock D Nachwuchsförderung bzw. -gewinnung für den ländlichen Raum

16. Welche Standortfaktoren spielen in ländlichen Gebieten eine besondere Rolle bei der Gewinnung von Jungmediziner und nichtärztlichen Nachwuchskräften?
17. Was macht Ihre (Gesundheits-)Region besonders attraktiv für den Nachwuchs und wo (in welchen Bereichen) müssten Entwicklungen/Verbesserungen stattfinden? (z.B. regionsspezifische Freizeitinfrastruktur, Internetverfügbarkeit, ÖPNV etc.)
18. Welche Maßnahmen haben Sie entwickelt bzw. werden Sie in die Wege leiten, um den ärztlichen sowie nichtärztlichen Nachwuchs stärker an Ihre Region zu binden und speziell für den Landarztberuf bzw. eine nichtärztliche Tätigkeit zu begeistern? (*Frage für Universität, GR, KV*)

Hilfestellung:

- z.B. Schülerpraktika, Landfamulaturen, Patenprogramme zw. Hochschulen u. Landarztpraxen
- z.B. finanzielle Anreize, Stipendien

19. Mit welchen Anreizen versuchen Sie Landarztsitze, die demnächst frei werden, zu „vermarkten“ und für Jungmediziner attraktiv zu gestalten? (*Frage an KV, BM u. Landräte*)
20. Welche Maßnahmen wünschen Sie sich von der „Gesundheitsregion“ bzw. könnten von ihr geleistet werden, um die Nachwuchsgewinnung positiv zu beeinflussen?

Themenblock E Integration von Telemedizin

Telemedizin kann die medizinische Grundversorgung unterstützen und regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten in ländlichen u. dünnbesiedelten Gebieten mit großen Entfernungen helfen zu beheben/mindern.

21. Was halten Sie von telemedizinischen Anwendungen zur Unterstützung der Sicherstellung medizinischer Versorgung in ländlichen Räumen? Gibt es Hemmnisse?

Hilfestellung:

- z.B. Telemonitoring (Vitalparameter von Patienten monitoren)
- z.B. Telekooperation (Telekonsilien, Übermittlung von Befunden)
- z.B. Verhaltenstraining u. regelmäßige Informationen zur Erkrankung, Edukation und Empowerment der Patienten, ePA, Telemedizingeräte im häuslichen Umfeld des Patienten

22. Bei positiver Antwort auf Frage 21: Welche Anreize würden Sie als förderlich im Hinblick auf die Ausweitung von Telemedizinprojekten insbesondere für den ländlichen Raum erachten?
- a. Welche Rolle könnte das Konzept „Gesundheitsregion“ dabei einnehmen?

23. Welche telemedizinischen Angebote haben Sie (insb. unter Einbezug des ländlichen Raums) für Ihre Gesundheitsregion bereits initiiert oder würden sie gerne entwickeln?
- a. Selektivvertragslandschaft/zahlreiche Insel-Lösungen: ein Problem? Übertragbarkeit?

Themenblock F Förderung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Gerade für den ambulanten Bereich (Arztpraxen) (auf Grund der Nähe zum Patienten) Möglichkeit für eine erfolgreiche Prävention. Unser heutiges Gesundheitssystem ist allerdings stark auf Kuration und Therapie ausgerichtet. Gerade einmal 4% aller aufgewendeten Krankenkassenausgaben gehen in die Prävention. In der örtlichen Umgebung eines Menschen sind seine wesentlichen Belastungs-, aber auch die wichtigsten Unterstützungsfaktoren zu finden.“ --> dieses Prinzip wird als Gemeindeorientierung bezeichnet (sozialökologisches Modell von Gesundheit) → kommunale/regionale Gesundheitskonferenzen wichtiges Instrument

24. Was halten Sie von solchen kommunal bzw. regional ausgerichteten Gesundheitskonferenzen und gibt es weitere/alternative Präventionsmaßnahmen, die Sie für die ländliche Bevölkerung für sinnvoll erachten würden?

Hilfestellung:

- z.B. Entwicklung eines Präventionsmaßnahmenkatalogs (Einteilung in untersch. räumliche Typen mit raumspezifischen Anforderungen → Zielgruppen definieren)
- Erhaltung von Mobilität u. Selbstständigkeit → wichtig für ältere Patienten)

25. In der Literatur wird unter anderem eine gemeindeorientierte Gesundheitsförderung u. Prävention gefordert (Akteure aus ÖGD, KK, Bürgervertretern u. Gesundheitsberufen). Welche Maßnahmen werden in Ihrer Region im Rahmen von Prävention u. Gesundheitsförderung ergriffen?
- a. Könnte dies auch eine Aufgabe für das Konzept „Gesundheitsregion“ sein?

Abschließende Fragen:

26. Was müsste aus Ihrer Sicht unternommen werden, um die medizinische Versorgung in den ländlichen Gebieten Ihrer Region zukunftssicher zu gestalten + welche unterstützenden Maßnahmen (Erfolgsfaktoren) bzw. welche Rolle könnte dabei das Konzept GR spielen?
27. Für wie geeignet/zukunftsfähig halten Sie das Konzept der „Gesundheitsregion“ insgesamt, um für eine alternde (multimorbide) Bevölkerung auch zukünftig eine adäquate (sprich wohnortnahe) medizinische Versorgung in *ländlichen Räumen* sicherzustellen?

Hilfestellung:

Bewertung auf einer Skala von 1-6 im nach dem Schulnotensystem sowie Begründung

- a. Wo sehen Sie Möglichkeiten, das Konzept zu Gunsten der Stabilisierung der medizinischen Versorgung und zur regionalen Stabilisierung insgesamt weiterzuentwickeln?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

Fragebogen der schriftlichen Befragung der niedergelassenen Ärzte



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER



Eine Umfrage
des Instituts für Geographie
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

(März 2014)

Westfälische Wilhelms-Universität

Institut für Geographie

Heisenbergstraße 2

48149 Münster



Dipl.-Geogr. Thomas Stinn
Institut für Geographie



Datum:[bitte ausfüllen]
Gesundheitsregion:
Laufende Nr.:[nicht auszufüllen]

Expertenfragebogen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung

Teil I: Allgemeiner Teil zur Versorgungssituation sowie zur Gesundheitsregion

- 1. Schätzen Sie bitte den aktuellen Stand der ärztlichen Versorgung Ihres Ortes/ Ihrer Gemeinde ein und geben Sie eine Entwicklungstendenz an.**

Hausärztliche Versorgung

☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft ☐ ungenügend

Zukünftige Tendenz Richtung

☐ Verbesserung ☐ Gleichbleibend ☐ Verschlechterung

Fachärztliche Versorgung

☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft ☐ ungenügend

Zukünftige Tendenz Richtung

☐ Verbesserung ☐ gleichbleibend ☐ Verschlechterung

- 2. Wie hoch schätzen Sie den Handlungsbedarf in den nachfolgenden Bereichen in Ihrer Gesundheitsregion ein, um die medizinische Versorgung *in ländlichen Räumen* auch zukünftig adäquat sicherzustellen?**

Nachwuchsförderung/-rekrutierung

☐ sehr hoch ☐ eher hoch ☐ eher gering ☐ gering

Förderung (neuer) Kooperationen und Netzwerke zwischen medizinischen Leistungserbringern (Ärzte, nicht-ärztliches Personal, Krankenhäuser, Medizinfakultäten, kommunale u. regionale Entscheidungsträger)

☐ sehr hoch ☐ eher hoch ☐ eher gering ☐ gering

Förderung der Integration telemedizinischer Anwendungen

☐ sehr hoch ☐ eher hoch ☐ eher gering ☐ gering

Förderung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen

☐ sehr hoch ☐ eher hoch ☐ eher gering ☐ gering

Sonstige Themen, die Sie als wichtig ansehen

(freie Nennung): _____

- 3. Wie gut schätzen Sie Ihre Kenntnisse bezüglich der Ziele und Maßnahmen der „Gesundheitsregion“ XY ein?**

☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft ☐ ungenügend

Teil II: Nachwuchsförderung/-rekrutierung

4. Wie attraktiv schätzen Sie Ihre(n) Gemeinde/Ort für die Niederlassung junger Mediziner ein, um...

	sehr attraktiv	eher attraktiv	eher unattraktiv	sehr unattraktiv
- ...einer Tätigkeit in der Patientenversorgung als <i>angestellter</i> Arzt nachzugehen	☐	☐	☐	☐
- ...einer Tätigkeit in der Patientenversorgung als <i>selbstständiger</i> Arzt nachzugehen	☐	☐	☐	☐

5. Welche der nachfolgenden Maßnahmen halten Sie für wichtig bzw. unwichtig, um die Attraktivität Ihrer Region zur Niederlassung bzw. Tätigkeit vor Ort für Jungmediziner zu erhöhen?

	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	sehr unwichtig
Investitionen in die soziale Infrastruktur: z.B. Kitas, Grundschulen, weiterführende Schulen etc.	☐	☐	☐	☐
Besseres ÖPNV-Angebot: z.B. höhere Fahrtentaktung, mehr Routen, Entwicklung alternativer Formen wie Bürgertaxi etc.	☐	☐	☐	☐
Verstärkt positive Vermarktung der Region als „Gesundheitsregion“: z.B. über die Homepage, Ankündigungen, etc.	☐	☐	☐	☐
Differenzierung der Honorierung zwischen Ballungsraum und ländlichem Raum, d.h. relative Besserstellung der Vergütung von Hausärzten auf dem Land, da längere Wegzeiten	☐	☐	☐	☐
Frühe Einbindung der Jungmediziner in regionale/kommunale Netzwerke (z.B. durch Famulaturen, Pflichtstationen während des PJ etc.)	☐	☐	☐	☐
Flexible Ausgestaltung von Anstellungsmodellen (Vollzeit/Teilzeit, sowohl arbeiten auf dem Land als auch in der Stadt bspw. durch Filialpraxen etc.)	☐	☐	☐	☐

Sonstige Maßnahmen, die Sie für wichtig erachten

(stichwortartig): _____

6. Wie relevant schätzen Sie die Nähe zu Mittel- bzw. Oberzentren ein, um Fachkräfte/Ärzte für eine Tätigkeit in ländlichen Räumen zu begeistern/gewinnen und dort auch mittel- bis langfristig zu binden?

☐ sehr wichtig ☐ eher wichtig ☐ eher unwichtig ☐ sehr unwichtig

7. Sind durch Maßnahmen der Gesundheitsregion bessere Rahmenbedingungen bzw. Anreize geschaffen worden, um die Ansiedlung/Rekrutierung junger Mediziner zu verbessern?

- Ja, und zwar: _____

- Nein, ich würde mir folgende Maßnahmen/Anreize wünschen: _____

8. Ich würde mir im Rahmen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen und Stärkung der Region insbesondere mehr Engagement wünschen von: (Mehrfachnennung möglich)

☐ Verein d. Gesundheitsregion ☐ Kassenärztliche Vereinigung ☐ Regionalplanung ☐ Krankenkassen ☐ Niedergelassenen Ärzten

- Andere, und zwar:

Teil III: Kooperationen und Netzwerke

9. Treffen folgende Aussagen auf Sie bzw. Ihre Praxis/Institution zu?

Die Aktivitäten und Maßnahmen der Gesundheitsregion XY haben dazu geführt, dass...	trifft zu	trifft nicht zu
...ich interessante sowie Mehrwert stiftende Kontakte zu anderen Akteuren des Gesundheitswesens herstellen konnte	☐	☐
...ich mich aktiv in Arbeitskreisen einbringen oder an Netzwerkdiskussionen beteiligen konnte/kann, um neue Ideen und Kooperationsformen zu erörtern	☐	☐
...ich regelmäßig über aktuelle Maßnahmen/Initiativen sowie Projektergebnisse innerhalb der „Gesundheitsregion“ informiert werde	☐	☐

10. Mit welchen Einrichtungen in Ihrer Region würden Sie am ehesten Behandlungspfade zur Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgung in einer Kooperation erarbeiten und umsetzen wollen?
(Mehrfachnennung möglich)

	wünschenswert, aber noch keine Kooperation vorhanden	bereits Kooperation vorhanden
- Stationärem Leistungsanbieter	☐	☐
- Facharzt	☐	☐
- Hausarzt	☐	☐
- Apotheke	☐	☐
- Pflegeheim	☐	☐
- Ambulantes Pflegedienst	☐	☐
- MVZ	☐	☐
- Ärztehaus	☐	☐
- Andere, und zwar:	☐	☐

11. Nutzen Sie selbst Angebote oder Kooperationsmöglichkeiten, die über die Plattform „Gesundheitsregion“ (GR) initiiert werden bzw. haben Sie sonst schon von der Gesundheitsregion profitiert?

- Ich gehe auf regionale Gesundheitskonferenzen	☐
- Ich nutze die Möglichkeit mich in Arbeitskreisen der GR einzubringen	☐
- Ich besuche Tagungen/Kongresse, die über die Gesundheitsregion beworben wurden	☐
- Sonstige Angebote:	☐
- Ich wünsche mir mehr Informationen über die Maßnahmen und Projekte der Gesundheitsregion XY	☐
- Ich weiß zu wenig über die Tätigkeiten der Gesundheitsregion XY	☐

12. Was sind Ihrer Meinung nach in der Gesundheitsregion XY die größten Hindernisse bei der Netzwerkarbeit bzw. der Vernetzung unterschiedlicher medizinischer Leistungserbringer (sowohl horizontal als auch vertikal über Sektorengrenzen hinaus)?

Stichwortartige Nennung:

- Was könnten Lösungsansätze für eine verstärkte Netzwerkarbeit sein bzw. welche Maßnahmen (z.B. Arbeitskreise etc.) erwarten Sie von der Gesundheitsregion XY?

Stichwortartige Nennung:

- 13. Das deutsche Versorgungssystem ist auch im Vergleich zu anderen „Wohlfahrtsstaaten“ (z.B. Schweden oder Dänemark) von einer starken Ärztedominanz geprägt. Vor dem Hintergrund der sich teilweise verschärfenden Versorgungsengpässe wird verstärkt über eine neue Rollenverteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften bzw. nicht-ärztlichen Fachkräften diskutiert. Welche Maßnahmen halten Sie im Rahmen dieses Ungleichgewichts in der medizinischen Versorgung für sinnvoll?**

	sehr sinnvoll	eher sinnvoll	weniger sinnvoll	gar nicht sinnvoll
Nicht-ärztliches Personal sollte generell mehr Verantwortung übertragen bekommen, um autonomer handeln zu können	☐	☐	☐	☐
Nicht-ärztliches Personal sollte im Rahmen eines zuvor erarbeiteten Leitlinienkatalogs bestimmte Tätigkeiten selbstständig ausführen können (auch um Ärzte zu entlasten)	☐	☐	☐	☐
Für nicht-ärztliches Personal sollten verstärkt Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten initiiert werden, um mehr Aufgabenbereiche/Verantwortung an sie delegieren zu können	☐	☐	☐	☐
Nicht-ärztliches Personal sollte verstärkt in Versorgungskonzepten einbezogen werden, bei denen es um die Sicherstellung medizinischer Versorgung in Regionen mit Versorgungsengpässen geht	☐	☐	☐	☐
Delegierbare Aufgaben, die von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden können/sollen, müssen in den Regelleistungskatalog aufgenommen werden	☐	☐	☐	☐

- 14. Würden Sie die Delegation bestimmter klar definierter Tätigkeitsbereiche (insb. Hausbesuche chronisch kranker Patienten) z.B. in Form einer Gemeindeschwester begrüßen?**

- Ja, ich halte das Thema Delegation für einen zukunfts- und ausbaufähigen Bereich ☐
Dafür müssten folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Nein, weil:

Teil IV: Förderung von telemedizinischen Anwendungen und Präventionsmaßnahmen

- 15. Nutzen Sie telemedizinische Anwendungen (z.B. ePA, Telemonitoring etc.) zur Arbeitserleichterung bzw. -entlastung?**

- Ja, und zwar:
(Bitte nennen Sie konkret den Bereich u. die Anwendung)
- Nein, ich könnte mir allerdings zukünftig einen Einsatz vorstellen ☐
- Nein, ich plane allerdings bereits einen konkreten Einsatz ☐
- Nein, ich plane keinen Einsatz telemedizinischer Anwendungen ☐

16. Wie gut schätzen Sie Ihre Kenntnisse im Bereich der Anwendungsmöglichkeiten für Telemedizin ein?

☐ gut	☐ eher gut	☐ eher gering	☐ gering
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

17. Wie stehen Sie zur verstärkten Nutzung telemedizinischer Verfahren (wie z.B. Vitaldatenmonitoring chronisch kranker Patienten, Telekonsilien mit anderen Ärzten) zur Überwindung räumlicher Distanzen und damit einer möglichen Verbesserung der Versorgung insb. in den ländlichen Gebieten der Gesundheitsregion XY?
(nur zu beantworten, wenn Sie bei Frage 15 nicht die letzte Antwortmöglichkeit angekreuzt haben)

Die Nutzung telemedizinischer Verfahren...	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
...ist eine sinnvolle Ergänzung, um eine Arbeitserleichterung im Praxisalltag/Klinikalltag zu schaffen	☐	☐	☐	☐
...ist besonders dazu geeignet, in ländlichen Räumen vorhandene Erreichbarkeitsdefizite abzubauen	☐	☐	☐	☐
...müsste für einen verstärkten Einsatz rechtlich noch besser abgesichert sein	☐	☐	☐	☐
...bedarf einer Abrechnungskennziffer im Regelleistungskatalog, um verstärkt eingesetzt zu werden	☐	☐	☐	☐

- Unter folgenden Rahmenbedingungen würde ich telemedizinische Anwendungen (verstärkt) nutzen:

18. Für wie wichtig halten Sie Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, um die medizinische Versorgungssituation (z.B. durch weniger kranke Menschen, damit weniger Patienten und mehr Zeit für den Einzelnen) zu entlasten/verbessern?

☐ sehr wichtig	☐ eher wichtig	☐ eher weniger wichtig	☐ gar nicht wichtig
---------------------------------------	---------------------------------------	---	--

19. Bitte teilen Sie uns Ihre Meinung zu den nachfolgend aufgeführten Möglichkeiten mit, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gezielt zur Arbeitsentlastung und Verbesserung der Versorgung einzusetzen.

Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen...	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
...helfen dabei, Arztkontakte zu vermeiden oder zu reduzieren	☐	☐	☐	☐
...führen dazu, dass ich arbeitstechnisch entlastet werde	☐	☐	☐	☐
...sind für den ländlichen Raum auf Grund der Erreichbarkeitsverhältnisse besonders wichtig und sollten intensiviert werden	☐	☐	☐	☐
...sollten durch eine regionale Koordinationsstelle (z.B. durch Maßnahmen oder Projekte der Gesundheitsregion) organisiert und intensiviert werden	☐	☐	☐	☐
...müssten zur Intensivierung/Ausweitung besser vergütet werden	☐	☐	☐	☐
...nehmen positiven Einfluss auf die Ausgabensituation im Gesundheitswesen	☐	☐	☐	☐
...führen zu einer gesünderen Bevölkerung	☐	☐	☐	☐
...stellen die Region durch entsprechende Außenrepräsentation im regionalen Wettbewerb positiv dar (Bspl: „In XY lebt es sich gesünder!“)	☐	☐	☐	☐

- Was wünschen Sie sich von der Gesundheitsregion im Rahmen von Präventionsmaßnahmen:

Teil V: Gesamteinschätzung

20. Wie schätzen Sie abschließend die Maßnahmen der Gesundheitsregion XY sowie die daraus weiterführenden Maßnahmen mit Fokus auf die Verbesserung der wohnortnahen, medizinischen Versorgung im Sinne einer zukunftsfähigen Regionalstrategie ein?

Ich halte das Konzept Gesundheitsregion XY für geeignet, um...	stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme gar nicht zu
...einen Kommunikationsprozess zwischen Akteuren der Gesundheitsversorgung und -wirtschaft zu initiieren	☐	☐	☐	☐
...die medizinische Versorgung der ländlichen Gebiete nachhaltig zu sichern	☐	☐	☐	☐
...die Region nach außen als Einheit darzustellen und positiv im regionalen Wettbewerb zu positionieren	☐	☐	☐	☐
...neue Formen der Versorgung zu initiieren (z.B. IV-Verträge)	☐	☐	☐	☐
...die Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens besser zu koordinieren	☐	☐	☐	☐
...die Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens transparenter zu gestalten	☐	☐	☐	☐
...die alltägliche Arbeit in der Praxis zu erleichtern	☐	☐	☐	☐
...den wirtschaftlichen Betrieb meiner Praxis zukünftig zu unterstützen	☐	☐	☐	☐
...das regionale Bewusstsein und den regionalen Zusammenhalt der Akteure des Gesundheitswesens zu stärken	☐	☐	☐	☐

- Sonstige Einschätzung:

21. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie dem nachfolgenden Statement zustimmen können und in welchen Bereichen Sie positive sowie verbesserungswürdige Maßnahmen von Seiten der Gesundheitsregion XY einleiten bzw. sich wünschen würden.

„Die Gesundheitsregion XY leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in den ländlichen Gebieten dieser Region.“

☐ stimme voll zu ☐ stimme eher zu ☐ stimme eher nicht zu ☐ stimme gar nicht zu ☐ weiß nicht

- Maßnahmen und Projekte, die ich sinnvoll finde:

(kurze stichwortartige Nennung):

- Maßnahmen, die ich mir von dem Konzept Gesundheitsregion wünschen würde:

(kurze stichwortartige Nennung):

22. Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?☐ Allgemeinmediziner/ Hausarzt☐ Facharzt**23. Bitte geben Sie die Gemeinde/ den Ort Ihrer beruflichen Niederlassung/Tätigkeit an.**

24. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.☐ weiblich☐ männlich☐ keine Angabe**25. Bitte geben Sie Ihr Alter an.**

 Jahre

Haben Sie noch weitere Anregungen, Kritik oder Fragen?

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bewertungskriterien (mit Erläuterungen)

Themenfeld „Struktur der Gesundheitsregion als Institution“	
Kriterium	Erläuterung
Problemdruck/-präsenz „Ärztmangel“	(Einschätzung mit Bedarfsplanung der KV zunächst vergleichen) Wird der aktuelle oder prognostizierte Ärztemangel als Problem erkannt und bereits Projekte/Maßnahmen angedacht bzw. erarbeitet oder umgesetzt? Wie problematisch wird das Thema eingeschätzt.
Zielakzeptanz bei den Zielgruppen	Stößt das Konzept bei den regionalen Akteuren auf Akzeptanz oder gibt es Widerstände und stellt sich die Frage der Notwendigkeit eines solchen Konzepts? Aus der Zielakzeptanz lässt sich ableiten, für wie sinnvoll/notwendig eine regionale Steuerungs-, Organisations- und Moderationseinheit angesehen wird. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der Entwicklung und Umsetzung konkreter Projekte und Maßnahmen von entscheidender Bedeutung.
Öffentlichkeitsarbeit/ Präsenz	Sind das Konzept als solches oder zumindest einzelne konkrete Projekte und Maßnahmen daraus bei den regionalen Akteuren bekannt oder nicht? Eine hohe Präsenz in der Region deutet einerseits auf eine aktive Öffentlichkeitsarbeit hin und kann andererseits zu einem höheren Akzeptanzgrad des Konzepts selbst beitragen und damit Vernetzung fördern.
Bisherige Projektergebnisse (Highlights)	Was wurde bisher z. B. durch Arbeitskreise, Projekte oder konkrete Maßnahmen der Gesundheitsregion erreicht.

Themenfeld „Nachwuchsförderung/-gewinnung“	
Kriterium	Erläuterung
Anreize für Jungmediziner/ Medizinabsolventen	Projekte und Maßnahmen, die auf die Nachwuchsgewinnung und Bindung von niederlassungsinteressierten Nachfolgern und nicht-medizinischem Personal abzielen und somit einen bedeutenden Einfluss auf die zukünftige ärztliche Versorgungssicherung ausüben.
Regionsattraktivität für Jungmediziner insgesamt (Außenimage der Region)	Regionshighlights oder -attribute, die die Region für junge Absolventen und Niederlassungswillige attraktiv erscheinen lassen könnten (interne Bewertung der Region, Einschätzung)
Räumliche Bindungsstrategie (von Nachwuchs-Leistungserbringern)	Projekte und Maßnahmen, die versuchen, den gewonnenen Nachwuchs mittel- bis langfristig an den Raum zu binden, um eine nachhaltige med. Versorgungssicherung zu gewährleisten
„Vermarktungs-“Strategie frei werdender Arztsitze	Da die Nachbesetzungsthematik unmittelbar mit dem Phänomen Ärztemangel (durch Schließungen von Praxen) verbunden ist, gilt es insbesondere die frei werdenden Arztsitze durch entsprechende Handlungsansätze zu bewerben bzw. neben der einfachen Nachbesetzung auch innovative Kooperationsformen (z. B. in Form von Ärztehäusern mit flexiblen Arbeitszeiten) zu entwickeln, um die Attraktivität für Niederlassungswillige u. nicht-ärztliches Personal zu erhöhen.

Themenfeld „Kooperationen/Netzwerke/Delegation“	
Kriterium	Erläuterung
Vernetzungskultur (Anreize u. Hemmnisse)	Nennung konkreter Hemmnisse, die neue Vernetzungsformen erschweren oder unmöglich machen (politische Rahmenbedingungen, fehlende Kommunikationsplattform, schlechtes Klima unter den Leistungserbringern etc.) und Nennung konkreter Anreizstrukturen, die eine Vernetzung insbesondere für die Leistungserbringer herbeiführen oder ihr dienlich sind (politische Rahmenbedingungen wie z. B. lukrative u. flexible Arbeitszeitmodelle, die Arzthäuser attraktiv erscheinen lassen, Engagement von kommunalen Gebietskörperschaften od. anderen Trägerorganisationen etc.).
Einflussnahme auf Netzwerkentwicklung durch GR	Ist die als Trägerinstitution aufgestellte Gesundheitsregion an der Organisation und Durchführung von Netzwerk- und Kooperationsgesprächen (z. B. zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher Ebenen, KH-Arztpraxis, Arzt-Pflegeheim etc.) beteiligt und welche Rolle kann/sollte eine GR dabei einnehmen?
Einschätzung von Delegation und Gemeindeschwester- modell	Eine positive Einstellung bzw. Einschätzung zur Delegations-thematik sowie zum Gemeindeschwestermodell korreliert tendenziell stark mit einer Offenheit zu Netzbildungen und alternativen Versorgungsformen zur Sicherung einer wohn-ortnahen Gesundheitsversorgung. Eine negative Einstellung hierzu kann einerseits in einem noch nicht vorhandenen oder zu geringen Problemdruck hinsichtlich der med. Versorgungssicherung begründet sein. Andererseits können nicht geklärte Haftungsfragen und damit verbundene rechtliche Unsicherheiten sowie ungeklärte Vergütungsfragen zu einer ablehnenden Haltung führen. Außerdem kann eine grds. (z. B. historisch gewachsene) problembehaftete Kommunikation zwischen einzelnen Leistungserbringern in einer Region zur generellen Ablehnung solcher Versorgungsformen führen.

Themenfeld „Telemedizin“	
Kriterium	Erläuterung
Einschätzung zu Telemedizin zur Unterstützung der Versorgungssicherung	Mit Aussagen zu diesem Themenbereich kann festgestellt werden, inwieweit die Akteure über das Thema Telemedizin und seine Chancen und Risiken in der Patientenversorgung informiert sind und ob und welche unterstützenden Maßnahmen zur Versorgungssicherung für sie in ihrer Region denkbar sind (Aufgeschlossenheit und Offenheit gegenüber innovativen Versorgungsformen)
Einschätzung zur (möglichen) Ausweitung telemedizinischer Maßnahmen zur Versorgungssicherung	Wenn obiges Kriterium sinnvoll erscheint, wie könnte man dann insbesondere für den ländlichen Raum eine Ausweitung solcher Maßnahmen vornehmen (Was wäre denkbar?)

Themenfeld „Prävention und Gesundheitsförderung“	
Kriterium	Erläuterung
Einschätzung zu Präventions- u. Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Ergänzung/Unterstützung der med. Versorgungssicherung	Darf nicht zu stark bewertet werden, da zwar in der Öffentlichkeit häufig von Prävention und Gesundheitsförderung die Rede ist, diese aber im statistischen Mittel über die letzten Jahre nur ein Anteil von rd. 4 Prozent an den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens in Deutschland ausgemacht haben, als flankierende und ergänzende Maßnahmen zur Versorgungssicherung sinnvoll, aber nicht grds. geeignet, um die Sicherstellung der med. Versorgung zu gewährleisten Projekte in diesem Bereich könnten allerdings Impulse zur Vernetzung setzen.
Einschätzung des GR-Konzepts als Organisator/Koordinator von gesundheitsfördernden/präventiven Veranstaltungen und Projekten	Wie zweckmäßig wird das Konzept Gesundheitsregion als Institution beurteilt, um gesundheitsorientierte Veranstaltungen zu organisieren oder zu initiieren, um die im Gesundheitswesen tätigen Akteure zusammenzubringen (z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime etc.)?

**Rural areas: Issues of local and regional development / Ländliche Räume.
Beiträge zur lokalen und regionalen Entwicklung**

Edited by / hrsg. von Prof. Dr. Ulrike Grabski-Kieron (Universität Münster),
Prof. Dr. Ingo Mose (Universität Oldenburg), PD Dr. Anja Reichert-Schick (Universität
Trier) Dr. Annett Steinführer (Thünen-Institut Braunschweig)

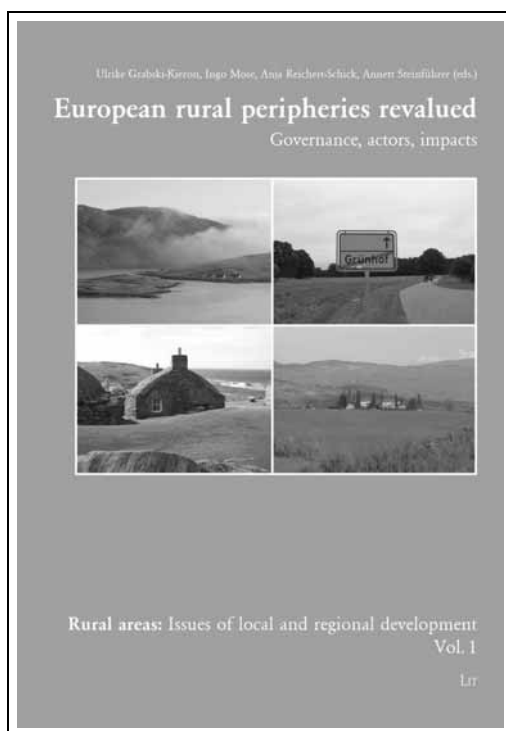
Elisabeth Gruber

Im Ruhestand aufs Land?

Ruhestandsmigration und deren Bedeutung für ländliche Räume in Österreich

In Österreich können zunehmend Senioren beobachtet werden, welche in ländliche Regionen zuziehen. Während junge Menschen im Allgemeinen aus peripheren Regionen abwandern, zeigt sich die ländliche Idylle attraktiv für Personen rund um den Ruhestand. Welche Motive hinter dieser Zuwanderung stehen und welche Bedeutung Ruhestandswanderungen für Gemeinden haben, wird anhand zweier Fallregionen – dem Südburgenland und dem Waldviertel – im Rahmen des Buches in den Fokus gestellt. Es thematisiert, inwiefern die Zuwanderung von Senioren sich als Strategie eignet dem Bevölkerungsrückgang entgegenzuwirken.

Bd. 2, 2017, 200 S., 29,90 €, br., ISBN 978-3-643-50807-2



Ulrike Grabski-Kieron; Ingo Mose; Anja Reichert-Schick; Annett Steinführer (eds.)

European rural peripheries revalued

Governance, actors, impacts

This volume provides an overview of research on seemingly, current and former peripheral areas and on processes of peripheralisation in Europe. Particular emphasis is given to questions of local and regional governance, to multiple actors of peripheralisation and residential revitalisation as well as to economic and ecological transformations.

Bd. 1, 2016, 416 S., 39,90 €, br., ISBN 978-3-643-13050-1

LIT Verlag Berlin – Münster – Wien – Zürich – London

Auslieferung Deutschland / Österreich / Schweiz: siehe Impressumseite

This edited volume is the first publication of the new series "Rural areas: Issues of local and regional development / Ländliche Räume. Beiträge zur lokalen und regionalen Entwicklung". It aims at intensifying scholarly exchange on topical questions of social, political, economic and cultural transformations of rural areas in Germany and Europe.

Die Aufrechterhaltung regionaler Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen stellt in vielen ländlichen Regionen, die vom demographischen Wandel betroffen sind, eine Herausforderung in Gegenwart und Zukunft dar. Regionale Governance-Konzepte greifen mehr und mehr auch Themen der öffentlichen Gesundheitsversorgung auf. Regionale Entwicklungsprozesse erhalten durch erweiterte Akteurs-Netzwerke, an denen u. a. auch Akteure des Gesundheitswesens beteiligt sind, neue Impulse. Ausgehend von einer Vielzahl innovativer Modellprojekte mit Fokus auf regionalen Entwicklungsprozessen widmet sich der vorliegende Band dem Konzept der Gesundheitsregionen.

