



Hochschule für öffentliche
Verwaltung und Finanzen
Ludwigsburg
University of Applied Sciences

**Zukunftsfähigkeit des Ländlichen Raumes
– Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung**

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts (B.A.)
im Studiengang gehobener Verwaltungsdienst – Public Management

vorgelegt von

Friederike Müller

Studienjahr 2017/2018

Erstgutachter: Herr Dipl.-Verww. (FH), Betriebswirt (Vwa) Johannes Stingl

Zweitgutachter: Frau Ilona Benz, M.A.

In dieser Bachelorarbeit wird zur Unterstützung des Leseflusses überwiegend keine geschlechter-spezifische Differenzierung unternommen. Mit der männlichen Form sollen Frauen gleichermaßen angesprochen werden. Die Anwendung der männlichen Form folgt lediglich Vereinfachungsgründen und steht sinnbildlich für beide Geschlechtsformen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Anlagenverzeichnis.....	VII
1 Einleitung	1
2 Ärztliche Versorgung.....	3
2.1 Ärztliche Versorgung in Deutschland: grober Überblick des Systems in Deutschland	3
2.2 Akteure der ärztlichen Versorgung und deren Rolle im System ..	11
2.2.1 Zuständigkeiten von Bund und Ländern.....	11
2.2.2 Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenkassen	13
2.2.3 Einfluss der Verbände und Kammern	15
2.2.4 Soziale Verantwortung der Kreise und Kommunen	17
3 Ländlicher Raum Baden-Württemberg: Einordnung der Raumkategorien.....	18
4 Betrachtung der Versorgung in Baden-Württemberg.....	26
4.1 Aktuelle Situation der Versorgung im Ländlichen Raum in Baden-Württemberg.....	26
4.1.1 Rolle der Krankenhäuser bei der Versorgung im ländlichen Raum	33
4.1.2 Funktion anderer Anbieter bei der Versorgung im ländlichen Raum.....	35
4.2 Herausforderungen der ärztlichen Versorgung	37
4.2.1 Demografischer Wandel: Patientenzahlen und Häufigkeit der Praxisbesuche	37
4.2.2 Ansprüche der Patienten - erreichbare qualitative Versorgung.....	39
4.2.3 Altersstruktur und Nachwuchsproblematik im Fachbereich Allgemeinmedizin	41
4.2.4 Veränderungen des Berufes Hausarzt: Feminisierung und Anstellungsverhältnis.....	43
4.2.5 Diverse Erwartungen der einzelnen Akteure.....	45
5 Zukunftsszenario	47
5.1 Ärztliche Versorgung 4.0.....	47
5.2 Bewertende Darstellung ausgewählter Lösungsansätze.....	51
5.2.1 Landesebene: ELR und Aktionsprogramm „Landärzte“	51
5.2.2 KVBW: „ZuZ“ und RegiopraxisKVBW	52
5.2.3 „Perspektive Hausarzt“ des Hausärzterverbands	53

5.2.4	Landesärztekammer: regionale Verbundweiterbildung und Fernbehandlung	54
5.2.5	Kommunen	55
5.2.6	„KompetenzZentrum Allgemeinmedizin“ der medizinischen Fakultäten	56
6	Fazit.....	57
	Literaturverzeichnis	VI
	Erklärung.....	XI

Abkürzungsverzeichnis

BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt und Raumforschung
BGBL	Bundesgesetzblatt
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HBKG	Heilberufe-Kammergesetz Baden-Württemberg
IREUS	Institut für Raumordnung und Entwicklungsplanung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
LEP 2002	Landesentwicklungsplan 2002 für Baden-Württemberg
LKHG	Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg
LplG	Landesplanungsgesetz Baden-Württemberg
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch, Gesetzliche Krankenversicherung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Raumaufteilung nach Kategorien	22
Abbildung 2: Ländlicher Raum nach den Raumtypen des BBSR	24
Abbildung 3: Clusterstruktur des ländlichen Raumes Baden-Württemberg	25
Abbildung 4: Mittelbereiche nach dem LEP 2002.....	27
Abbildung 5: Niederlassungsmöglichkeiten in den Planungsbereichen....	29
Abbildung 6: Versorgungsdichte der Hausärzte je 100.000 Einwohner....	32

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1** Bundeszentrale für politische Bildung: Merkmale des deutschen Gesundheitswesens
- Anlage 2** Eigene Darstellung, Einordnung der ländlichen Gemeinden in die Mittelbereiche und Darstellung Versorgungsgrad
- Anlage 3** Bundestags Ausarbeitung, Fachbereich III Verfassung und Verwaltung
- Anlage 4** Statistisches Bundesamt Destatis: Gesundheitsausgaben- und personalrechnung
- Anlage 5** Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung: Laufende Raubeobachtung: Raumtypen 2010
- Anlage 6** Bundeszentrale für politische Bildung: Strukturen und Inanspruchnahme
- Anlage 7** Statista – Statistik Portal: Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2011 bis 2017
- Anlage 8** Statista – Statistik Portal: Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011
- Anlage 9** Bundeszentrale für politische Bildung: Didaktische Konzeptionierung
- Anlage 10** Bundesversicherungsamt: Jährliche Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds 2016
- Anlage 11** Bundeszentrale für politische Bildung: Die Funktionsweise des Gesundheitsfonds
- Anlage 12** Bundesgesundheitsministerium, Online-Ratgeber Krankenversicherung: Beiträge und Tarife
- Anlage 13** Bundesgesundheitsministerium, Meldungen: Durchschnittlicher Zusatzbeitrag bleibt 2017 stabil
- Anlage 14** Bundeszentrale für politische Bildung: Zusatzbeiträge für die Versicherten
- Anlage 15** Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Bevölkerung im Überblick
- Anlage 16** Bundeszentrale für politische Bildung: Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich
- Anlage 17** Bundesgesundheitsministerium, Online-Ratgeber Krankenversicherung: Private Krankenversicherung

- Anlage 18** Bundeszentrale für politische Bildung: Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen: Staat und Politik
- Anlage 19** Bundesgesundheitsministerium: Ärztliche Versorgung
- Anlage 20** Bundesgesundheitsministerium: Aufgaben und Organisation des Bundesministeriums für Gesundheit
- Anlage 21** Bundesgesundheitsministerium, Glossar: GKV-Versorgungsstrukturgesetz
- Anlage 22** Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Über uns: Sicherstellung
- Anlage 23** Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Über uns: Gewährleistung
- Anlage 24** Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Über uns: Interessenvertretung
- Anlage 25** Bundesgesundheitsministerium: Aufgaben und Organisation der GKV
- Anlage 26** Bundeszentrale für politische Bildung: Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen: Verbände und Körperschaften
- Anlage 27** GKV-Spitzenverband: Organisation
- Anlage 28** GKV-Spitzenverband: Der Verband
- Anlage 29** Gemeinsamer Bundesausschuss: Struktur, Mitglieder
- Anlage 30** Landesärztekammer Baden-Württemberg: Aufgaben und Mitgliederservice
- Anlage 31** Bundeszentrale für politische Bildung: Die wichtigsten Akteure im deutschen Gesundheitswesen: Institutionen und Interessenvertretung
- Anlage 32** Bundesärztekammer: Aufgaben der Bundesärztekammer
- Anlage 33** Bundeszentrale für politische Bildung: Freie Organisationen und Institutionen
- Anlage 34** Der Hartmannbund: Der Verband
- Anlage 35** Der Marburger Bund: Der Verband
- Anlage 36** Deutscher Landkreistag: Positionen des Deutschen Landkreistages in der Gesundheitspolitik
- Anlage 37** MLR: Der Ländliche Raum in Baden-Württemberg

- Anlage 38** Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Infoportal Zukunft.Land: Landatlas, Ländlichkeit
- Anlage 39** Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung: Laufende Raubeobachtung, Raumabgrenzung
- Anlage 40** MLR, Strukturpolitik: Starker ländlicher Raum
- Anlage 41** MLR, Ländlicher Raum: Kabinettsausschuss Ländlicher Raum 2016 bis 2021
- Anlage 42** Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: Über uns
- Anlage 43** Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Bedarfsplanung: Bedarfsplan für Baden-Württemberg
- Anlage 44** Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bedarfsplanung: Die Bedarfsplanung als Instrument der Sicherstellung der ambulanten Versorgung
- Anlage 45** Bundesinstitut für Bau-, Stadt-, und Raumforschung: Verflechtungsbereiche Mittlerer Stufe – Mittelbereiche
- Anlage 46** Ministerium für Soziales und Integration, Krankenhausplanung: Rahmenplanung für die Krankenhausversorgung im Land
- Anlage 47** Deutsche Krankenhausgesellschaft, Ambulante Leistungen: Notfallpraxis/Portalpraxis am Krankenhaus
- Anlage 48** Bundesgesundheitsministerium: Krankenhausstrukturgesetz
- Anlage 49** Bundesgesundheitsministerium: Demografischer Wandel
- Anlage 50** Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- Anlage 51** Bundeszentrale für politische Bildung: Verordnung und Verbrauch von Arzneimitteln
- Anlage 52** Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Vorausrechnung nach Altersgruppen, Ländlicher Raum
- Anlage 53** Kassenärztliche Bundesvereinigung: Ambulante Versorgung: Herausforderungen und Ziele
- Anlage 54** Präsentation Johannes Stingl, Gemeindetag BW: Standortfaktoren Gesundheitsversorgung
- Anlage 55** Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Qualitätsmanagement und die Sicht der Patienten
- Anlage 56** Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Altersstruktur: Vertragsärzte- und psychotherapeuten

- Anlage 57** Bundesärztekammer, Ergebnisse der Ärztestatistik
- Anlage 58** Gemeindetag BW: Ärztliche Versorgung
- Anlage 59** MLR: ELR – Wichtigstes Strukturprogramm
- Anlage 60** Ministerium für Soziales und Integration: Förderprogramm bringt neue Hausärzte aufs Land
- Anlage 61** KVBW: Förderprogramm Ziel und Zukunft
- Anlage 62** KVBW: RegiopraxisBW
- Anlage 63** Perspektive Hausarzt: Hintergrund
- Anlage 64** Perspektive Hausarzt: Praxisbörse
- Anlage 65** Landesärztekammer Baden-Württemberg: Ärztemangel
- Anlage 66** Gemeindetag BW: Folien Genossenschaftliches Modell
- Anlage 67** Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin: Ausbildung
- Anlage 68** Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin: Forschung
- Anlage 69** Verbundweiterbildung^{plus}: Landtage

1 Einleitung

„Ringens um mehr Landärzte“ – „Hausärzte finden keinen Nachfolger“ – „Nachfolger oft nicht in Sicht: Hausärzte auf dem Land dringend gesucht“ – „Ersehnter Hausarzt kommt doch nicht“ – „Gehen dem Land die Ärzte aus?“¹

In allen Regionen Baden-Württembergs sind in den Tageszeitungen Schlagzeilen wie diese zu lesen. Das Thema „Hausarzt“ ist für das alltägliche Leben der Menschen von zentraler Bedeutung. Insbesondere im Ländlichen Raum kämpfen Verantwortliche und Bürger um eine wohnortnahe gesundheitliche Versorgung. Die Praxis vor Ort ist der erste Anlaufpunkt für Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden. Doch die Bürger sind mit endlosen Wartezeiten und längeren Anfahrtswegen zur nächsten Praxis konfrontiert. Die Kommunen im ländlichen Raum leiden darunter, dass keine Nachfolger für die Praxen gefunden werden. Auch sich wandelnde Ansprüche und Erwartungen fordern Entwicklungen bei der gesundheitlichen Versorgung. Die Bürger wünschen sich eine gesicherte ärztliche Versorgung vor Ort. Für die Kommunen ist eine Arztpraxis ein wichtiger infrastruktureller Standortfaktor. Das Fehlen eines Hausarztes in der Gemeinde führt zu Attraktivitätsverlust und Abwanderung der Bürger. Der ländliche Raum ist auf gute Infrastrukturen angewiesen und muss alles dafür tun, die Menschen im Ort zu halten. Eine gute gesundheitliche Versorgung ist dabei insbesondere für ältere Menschen sehr wichtig, aber auch für junge Familien ein entscheidender Faktor. Der ländliche Raum hat oftmals darum zu kämpfen, auch in Zeiten von Digitalisierung und Urbanisierung, in der Zukunft weiter Bestand zu haben. Verschiedene Aspekte beziehungsweise Probleme entscheiden dabei über die Zukunftsfähigkeit des Ländlichen Raumes. Gute Verkehrsanbindungen sowohl mit dem Auto als auch mit öffentlichen Nahverkehrsmitteln sind zwingend erforderlich und müssen aktiv weiterentwickelt werden². Außerdem muss ein Augenmerk auf die gezielte

¹ Vgl. Stuttgarter Zeitung, Südkurier, Schwarzwälder Bote, Schwäbische Post.

² Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 188.

Wirtschaftsförderung gelegt werden, um zum einen Arbeitsplätze auch im Ländlichen Raum vorhalten zu können und um zum anderen die finanzielle Situation der Gemeinden zu stärken³. Darüber hinaus bedarf es einer angemessenen Bereitstellung von Bauflächen⁴. Regionale Kooperationen und eine gute Infrastruktur sind für einen zukunftsfähigen Ländlichen Raum unerlässlich⁵. Dabei gilt es auch die Leistungen der Daseinsvorsorge wie Kinderbetreuung, Bildung, Einzelhandel und der gesundheitlichen Versorgung zu sichern. Doch welche Rolle spielt die gesundheitliche Versorgung für die Zukunft des ländlichen Raumes in Baden-Württemberg? Was bedeutet gesundheitliche Versorgung und wie entwickelt sich diese weiter? Inwieweit ist die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum zukunftsfähig? Oder inwieweit ist die Zukunftsfähigkeit des Ländlichen Raumes von einer guten ärztlichen Versorgung abhängig?

In Anbetracht der Präsenz des Themas beschäftigt sich diese Arbeit mit der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum. Die Betrachtung beschränkt sich dabei spezifisch auf die Versorgung des ländlichen Raumes in Baden-Württemberg. Im Fokus der Betrachtung steht die ambulante Versorgung durch Hausärzte. Der ländliche Raum und die dortigen Strukturen der ärztlichen Versorgung, werden eingehend betrachtet. Insbesondere wird der Frage nachgegangen, inwieweit die ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg im ländlichen Raum in der Zukunft Bestand haben wird. Die Arbeit begrenzt sich bei der Zukunftsfähigkeit der ländlichen Räume und der gesundheitlichen Versorgung auf die hausärztliche Versorgung des ländlichen Raumes in Baden-Württemberg.

Im ersten Kapitel wird ein grober Überblick über das System der ärztlichen Versorgung in Deutschland gegeben. Die ambulanten Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum werden dadurch in einen komplexen Kontext eingeordnet. Auch die Verantwortungen und Rollen der einzelnen Akteure des Gesundheitswesens werden hierbei beleuchtet.

³ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 195.

⁴ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 188.

⁵ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 198ff.

Der Begriff ländlich wird im allgemeinen Sprachgebrauch sehr häufig verwendet und so wird im folgenden Kapitel eine Abgrenzung des ländlichen Raumes in Baden-Württemberg dargestellt. Die vorliegenden regionalen Strukturen werden dabei in Raumkategorien eingeordnet. Weiter wird im vierten Kapitel die aktuelle Situation der Versorgung in Baden-Württembergs ländlichen Räumen abgebildet. Dabei wird insbesondere die Systematik der Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung analysiert. Verschiedene Herausforderungen der ärztlichen Versorgung, die Entwicklungsdruck auf das Gesundheitssystem aufbauen und für die Versorgungssituation im ländlichen Raum zukunftsentscheidend sein können, werden aufgezeigt. Im Anschluss wird im fünften Kapitel ein mögliches Zukunftsmodell der ärztlichen Versorgung beschrieben, welches sich aus den Herausforderungen des vorherigen Kapitels entwickelt. Hierbei werden auch ausgewählte Lösungsansätze, die aktuell von verschiedenen Akteuren zur Lösung von Versorgungsproblemen initiiert werden, aufgezeigt und orientiert an dem Zukunftsszenario bewertet. Zum Abschluss widmet sich das sechste Kapitel dem Ergebnis, inwieweit der ländliche Raum abhängig von den Herausforderungen der ärztlichen Versorgung zukunftsfähig ist.

2 Ärztliche Versorgung

Zunächst wird nachfolgend die ärztliche Versorgung als Kernelement der gesundheitlichen Versorgung der Bürger der Bundesrepublik Deutschland erläutert, um die Gesamtstrukturen verstehen zu können. Es wird präzise auf die Rolle der einzelnen Akteure auf den verschiedenen Ebenen eingegangen.

2.1 Ärztliche Versorgung in Deutschland: grober Überblick des Systems in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem hat sich über Jahrhunderte hinweg entwickelt und ist heute im internationalen Vergleich hoch angesehen⁶. Bei

⁶ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.15; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72553/deutsche-besonderheiten> [22.07.2017].

der Effizienz des Systems zeigt sich beim Vergleich der OECD im aktuellsten Gesundheitsbericht „Gesundheit auf einen Blick 2015“ jedoch in einigen Bereichen Nachholbedarf⁷. Zum einen lagen die Wachstumsraten bei den Gesundheitsausgaben über dem OECD-Durchschnitt. Laut dem Gesundheitsbericht lagen die Ausgaben für Arzneimittel in Deutschland deutlich über dem Durchschnitt der OECD Länder. Bei den Indikatoren der Versorgungsqualität zeigt sich bei der Primärversorgung Verbesserungsbedarf. Die Krankenhauseinweisungen bei chronischen Krankheiten sind oftmals vermeidbar und zeigen, dass die medizinische Erstversorgung in Deutschland zu stärken ist⁸.

Als Basis für die Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens gilt das Sozialstaatsprinzip nach den Artikeln 20 und 28 des Grundgesetzes⁹. Aus diesem Prinzip ergibt sich die Verpflichtung des Staates entsprechende Leistungen der Daseinsvorsorge für seine Bürger zu gewährleisten¹⁰. Als Teil der Daseinsvorsorge ist es die Aufgabe des Staates die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung zu schaffen¹¹.

Zum heutigen Gesundheitswesen gehören, entsprechend der Abgrenzung der OECD¹², „sämtliche Institutionen und Personen, die zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen, sie erhalten, fördern und wiederherstellen“¹³. Die ärztliche Versorgung ist damit Teil eines komplexen Systems, das unter anderem durch die drei charakteristischen Bereiche Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung beschrieben wird¹⁴. Die Relationen

⁷ Vgl. Blankart, Fasten, Schwintowski, Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten, S. 5ff.

⁸ Vgl. OECD, Gesundheit auf einen Blick 2015, Wo steht Deutschland.

⁹ Vgl. Art. 20 Abs.1 GG; Art. 28 Abs. 1 GG; Kersten/Neu/Vogel, WISO Diskurs Regionale Daseinsvorsorge, S.20.

¹⁰ Vgl. Königshofen, Daseinsvorsorge in Zeiten des demographischen Umbruchs, S.96; Bundestag Ausarbeitung, Was ist Daseinsvorsorge?, 2006, S.6.

¹¹ Vgl. Kersten/Neu/Vogel, WISO Diskurs Regionale Daseinsvorsorge, S.8.

¹² Die OECD ist eine Organisation auf internationaler Ebene mit 35 Mitgliedsstaaten, die den Regierungen umfassende Daten zu verschiedenen Themenbereichen bereitstellt. Das statistische Bundesamt orientiert sich bei seiner Datenermittlung an den Abgrenzungen der OECD.

¹³ Vgl. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Methoden/AusgabenUndPersonal.html> [18.07.2017]; Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.69.

¹⁴ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.69.

zwischen diesen Dimensionen betreffen jedes Gebiet des deutschen Gesundheitswesens¹⁵.

Als überlagernder Mechanismus, nach welchem das Gesundheitssystem bestimmt werden kann, wird die Funktion der Regulierung herangezogen¹⁶. Für die Regulierung im deutschen Sozialversicherungssystem ist der Staat nur die äußerste Instanz, die die grundsätzlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen bestimmt¹⁷. Die überwiegende Regulierung erfolgt durch Verhandlungen zwischen den einzelnen verantwortlichen Akteuren¹⁸. In diesen geschlossenen Verhandlungen wird das Versorgungssystem zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern bestimmt¹⁹. Die Festlegung der zugänglichen Leistungen und der Finanzierung dieser basiert dabei auf gemeinsamen Werten unter Aspekten der Wirtschaftlichkeit²⁰. Die Regulierung beschränkt sich nicht auf die Rahmenbedingungen durch die Gesetze des Staates, sondern beinhaltet auch die Verträge zwischen den einzelnen Akteuren.

Im Zentrum des Gesundheitssystems steht der Sektor der stationären und ambulanten Versorgung²¹. Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung sind die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der stationären Pflege und die Krankenhäuser²². Unter die ambulanten Versorgungseinrichtungen werden Apotheken, ambulante Pflegedienste und Praxen der Ärzte und Zahnärzte gefasst²³. Insgesamt fielen im Jahr 2015 in den ambulanten und stationären Einrichtungen Gesundheitsausgaben in Höhe von 301 015 Milliarden Euro, was 87% der gesamten Gesundheitsausgaben

¹⁵ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 81; Rothgang in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S.335.

¹⁶ Vgl. Rothgang in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S.334.

¹⁷ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 70.

¹⁸ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 70; Rothgang in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S.334.

¹⁹ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 70.

²⁰ Vgl. Rothgang in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S.334.

²¹ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 83; <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Methoden/AusgabenUndPersonal.html> [20.07.2017].

²² Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Fachserie 12, Reihe 7.1.1, 2015, S.12.

²³ Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Fachserie 12, 2015, S.11.

entsprach, an²⁴. Die restlichen 13% der gesamten Gesundheitsausgaben entfielen überwiegend auf Ausgaben für die Verwaltung, sonstige Einrichtungen, Investitionen und Rettungsdienste²⁵. Von den Gesundheitsausgaben in stationären und ambulanten Einrichtungen entfielen 92 905 Milliarden Euro auf die ärztlichen Leistungen²⁶. Das entspricht 27,5% der laufenden Gesundheitsausgaben²⁷. Diese statistischen Zahlen zeigen die grundlegende Bedeutung der ärztlichen Versorgung für das deutsche Gesundheitssystem.

Für die stationäre ärztliche Versorgung sind die Krankenhäuser zuständig²⁸. Sofern es medizinisch erforderlich ist und eine Unterbringung mit ständiger ärztlicher Betreuung notwendig ist, wird die Krankensorge in Krankenhäusern übernommen²⁹. Nach § 39 Abs.1 S.2 SGB V ist die Versorgung in Krankenhäusern beschränkt. Nur unter der Voraussetzung, dass das Behandlungsziel auf keine andere Weise erreicht werden kann, ist die stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus zulässig. Im Jahr 2015 entfiel mit 30 Milliarden Euro ein Drittel der Ausgaben für ärztliche Leistungen auf die stationäre Gesundheitsversorgung³⁰. Auch bei der stationären Versorgung sind die charakteristischen Merkmale des deutschen Gesundheitswesens erkennbar. Die bedeutende staatliche Regulierung zeigt sich in der stationären ärztlichen Versorgung durch den Sicherstellungsauftrag der Länder und die staatliche Krankenhausplanung³¹. Das duale Finanzierungssystem, Steuermittel für die Investitions- und Einrichtungskosten von Krankenhäusern und Bezahlung der laufenden Kosten durch den Nutzer, betrifft die

²⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Fachserie 12, 2015, S.15.

²⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Fachserie 12, 2015, S. 15f.

²⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Fachserie 12, 2015, S.13.

²⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Fachserie 12, 2015, S.13.

²⁸ Vgl. Bitzer/Grobe in Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 251; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72646/strukturen-und-inanspruchnahme> [20.07.2017]; Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Fachserie 12, 2015, S. 12.

²⁹ Vgl. Bitzer/Grobe in Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 251; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72646/strukturen-und-inanspruchnahme>, [20.07.2017].

³⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Fachserie 12, 2015, S.16.

³¹ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 220.

Charakteristik der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens³². Die für Deutschland typische Leistungserbringung durch verschiedene Träger spiegelt sich in der freien Wahl, in welchem zugelassenen Krankenhaus die Behandlung erfolgen soll, wieder³³.

Im Gegensatz zu der stationären ärztlichen Versorgung in Krankenhäusern sind für die ambulante ärztliche Versorgung die einzelnen Arztpraxen zuständig. Als Teil der ambulanten ärztlichen Versorgung wird auch die zahnärztliche Versorgung gesehen, da diese auf analogen Strukturen basiert³⁴. Insgesamt fielen im Jahr 2015 Gesundheitsausgaben von über 60 Milliarden Euro im ambulanten Sektor für ärztliche Leistungen an³⁵. Über 70% davon entfielen auf die reine ärztliche Versorgung in den haus- und fachärztlichen Praxen³⁶. Eine große Besonderheit im deutschen Gesundheitswesen ist, dass die ambulante Versorgung meist durch niedergelassene Ärzte erfolgt³⁷. Ursache ist, dass fast 90% der Deutschen gesetzlich versichert sind³⁸. Die ambulante ärztliche Versorgung ist wesentlich für die Struktur des deutschen Gesundheitswesens, da Arztpraxen grundsätzlich für die erste ärztliche Betreuung verantwortlich sind³⁹. Nach § 73 Abs.1 SGB V wird die ambulante Versorgung in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung unterteilt. Zur hausärztlichen Versorgung gehören die Praxen von Allgemeinärzten und praktischen Ärzten sowie fachgebietslosen Internisten und Kinderärzten⁴⁰. Die charakteristischen Dimensionen der Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung prägen auch die ambulante ärztliche Versorgung. Das komplizierte Vergütungssystem der

³² Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 220.

³³ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 221;
<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72646/strukturen-und-inanspruchnahme> [22.07.2017].

³⁴ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 157;
<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen> [20.07.2017].

³⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Fachserie 12, 2015, S.15.

³⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Fachserie 12, 2015, S.15.

³⁷ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 157.

³⁸ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 97.

³⁹ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 157;
<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen> [20.07.2017].

⁴⁰ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 160.

ambulanten Versorgung und die unterschiedlichen Finanzierungsträger betreffen den Bereich der Finanzierung. Darüber hinaus haben die Bürger grundsätzlich die Möglichkeit bei der Leistungserbringung den zuständigen Arzt frei zu wählen⁴¹. Die Regulierungsmerkmale sind durch die Funktionen der Ärztekammern und die Übertragung zentraler Aufgaben auf die Kassenärztlichen Vereinigungen erkennbar⁴². Unbestritten ist der ausgedehnte Einfluss der gesetzlichen Krankenversicherung auf die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland⁴³.

Zum besseren Verständnis ist es deshalb wichtig die Versicherungs- und Finanzierungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems darzustellen. Der überwiegende Teil der Bevölkerung ist gesetzlich verpflichtet sich durch eine Krankenversicherung abzusichern⁴⁴. Der Großteil der deutschen Bevölkerung, im Jahr 2014 waren es 87%, ist deshalb gesetzlich krankenversichert⁴⁵. Die Versicherungspflicht gilt für den in § 5 SGB V bestimmten Personenkreis, der unter anderem Arbeiter, Angestellte und gegen Arbeitsentgelt zur Berufsausbildung Beschäftigte, umfasst. Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich durch unterschiedliche Beitragsmittel, die im Gesundheitsfonds gesammelt werden⁴⁶. Dieser wird vom Bundesversicherungsamt als Sondervermögen geführt und verwaltet⁴⁷. Über 50% der Mittel entfielen im Jahr 2016 mit einer Summe von über 110 Milliarden Euro auf die Beiträge der versicherungspflichtigen Beschäftigten⁴⁸. Die Erhebung der Beiträge erfolgt einkommensabhängig und bemisst sich nach einem einheitlichen

⁴¹ Vgl. Glaeske in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 281ff.

⁴² Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.158.

⁴³ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.157; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen> [27.07.2017].

⁴⁴ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.97.

⁴⁵ Vgl. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-.versicherungszahl-im-vergleich/> [27.07.2017]; https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft%20Staat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html [27.07.2017].

⁴⁶ Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176086/didaktische-konzeptionierung> [19.08.17].

⁴⁷ Vgl. Nagel, Das Gesundheitswesen in Deutschland, S. 84.

⁴⁸ Vgl. Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds, 2016, http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20170606 UEbersicht_Endgueltige_REab2009-2016.pdf.

Beitragssatz⁴⁹. Dieser Prozentsatz wird bundeseinheitlich für alle gesetzlichen Krankenkassen über den Gesundheitsfonds festgesetzt⁵⁰. Hinzu kommen Zusatzbeiträge der einzelnen Krankenkassen der versicherungspflichtigen Beschäftigten in Höhe von acht Milliarden Euro⁵¹. Bei der Erhebung der Zusatzbeiträge haben die Krankenkassen einen gewissen Spielraum und orientieren sich nur an einem vorgegebenen Prozentsatz als Richtwert⁵². Weitere Finanzierungsmittel im Gesundheitsfonds sind die Beiträge inklusive der Zusatzbeiträge der Rentner, für Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger mit einer Gesamtsumme von über 45 Milliarden Euro. Hinzu kommen sonstige Beiträge in Höhe von über 36 Milliarden Euro, wobei hier der Großteil auf die freiwillig gesetzlich Versicherten entfällt⁵³. Im Jahr 2016 flossen zudem Bundeszuschüsse zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 221 SGB V in Höhe von knapp 14 Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds⁵⁴. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung basiert auf einem solidarischen Prinzip, sodass die Verteilung der Mittel entgegen der Beitragserhebung einkommensunabhängig erfolgt⁵⁵. Die Krankenkassen erhalten über ein Umverteilungsverfahren, den sogenannten Risikostrukturausgleich, für jeden Versicherten einen bestimmten Betrag⁵⁶. Dabei werden unter

⁴⁹ Vgl. Glaeske in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 303.

⁵⁰ Vgl. Lungen/Bücher, Gesundheitsökonomie, S. 32; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176133/gesundheitsfonds> [19.08.17].

⁵¹ Vgl. Lungen/Bücher, Gesundheitsökonomie, S. 32;

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/beitraege-und-tarife.html> [19.08.17]; Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds, 2016, http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20170606UEbersicht_Endgueltige_REab2009-2016.pdf.

⁵² Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/durchschnittlicher-zusatzbeitragssatz-2017.html>; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176091/der-zusatzbeitrag> [19.08.17].

⁵³ Vgl. Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds, 2016, http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20170606UEbersicht_Endgueltige_REab2009-2016.pdf.

⁵⁴ Vgl. Lungen/Bücher, Gesundheitsökonomie, S. 32; Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds, 2016, http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20170606UEbersicht_Endgueltige_REab2009-2016.pdf; Begleitbericht des Bundesversicherungsamtes, 2016, http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20170508_BVA_BegleitberichtzurKJ1_2016.pdf.

⁵⁵ Vgl. Glaeske in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 303.

⁵⁶ Vgl. Nagel, Das Gesundheitswesen in Deutschland, S. 85.

anderem das Alter und bestimmte Krankheiten finanziell besonders berücksichtigt⁵⁷. Durch dieses Verteilungsverfahren soll verhindert werden, dass Kassen mit höherem Versorgungsbedarf ihrer Versicherten und damit verbundenen höheren Ausgaben, stärker belastet werden⁵⁸. Die Krankenversicherten erhalten die Leistungen dann letztlich im Rahmen des Sachleistungsprinzips von den gesetzlichen Krankenkassen⁵⁹.

Daneben gibt es private Versicherungsträger, die für die Bürger, die sich nicht verpflichtend gesetzlich versichern müssen, eine Option der Absicherung bieten⁶⁰. In der privaten Krankenversicherung ist meist der Personenkreis, der nach § 6 SGB V grundsätzlich versicherungsfrei ist, abgesichert. Die Versicherung der einzelnen Personen erfolgt dann durch Unternehmen⁶¹. Diese finanzieren die notwendigen Leistungen im Krankheitsfall durch die zu zahlenden Versicherungsprämien der einzelnen Versicherten⁶². Die Höhe der monatlich zu zahlenden Prämie richtet sich dabei nach dem Äquivalenzprinzip⁶³. Das bedeutet, dass entsprechend dem Risiko aufgrund verschiedener Merkmale, wie beispielsweise dem Alter oder des Bestehens von Vorerkrankungen, der Versicherte in einen Tarif eingestuft wird, nach welchem sich die vom Versicherten zu zahlende Prämie richtet⁶⁴. Entsprechend des Tarifes werden die Versicherungsleistungen im Rahmen des Erstattungsprinzips für die privat Versicherten erfüllt⁶⁵.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist somit für die Mehrheit der Deutschen von grundlegender Bedeutung, da über diese die ärztliche

⁵⁷ Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176282/risikostrukturausgleich> [19.08.17].

⁵⁸ Vgl. Nagel, Das Gesundheitswesen, S. 85; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/176086/didaktische-konzeptionierung> [19.08.17].

⁵⁹ Vgl. Glaeske in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 303.

⁶⁰ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem, S. 126ff.

⁶¹ Glaeske in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 304.

⁶² Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.139.

⁶³ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.139; Glaeske in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 304.

⁶⁴ Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/private-krankenversicherung-pkv.html> [19.08.17]; Glaeske in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 304.

⁶⁵ Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S.140; Glaeske in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S. 304.

Versorgung erfolgt. Die gemeinsame Selbstverwaltung der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen ist ein Hauptmerkmal der gesetzlichen Krankenversicherung⁶⁶. Auf der Grundlage dieses Selbstverwaltungsprinzips sind die Akteure als eigenständige Körperschaften für die ärztliche ambulante Versorgung zuständig. Dies zeigt, dass die ärztliche Versorgung in Deutschland ein verflochtenes System ist, das durch verschiedene Gesetze, Richtlinien und Institutionen geprägt wird.

2.2 Akteure der ärztlichen Versorgung und deren Rolle im System

Die einzelnen Akteure tragen im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung unterschiedliche Verantwortungen. Prägend für das Gesundheitssystem in Deutschland ist die Verteilung hoheitlicher Aufgaben auf verschiedene Akteure.

2.2.1 Zuständigkeiten von Bund und Ländern

Entsprechend den föderalen Strukturen und der konkurrierenden Gesetzgebung in Deutschland verteilen sich die Zuständigkeiten bei der ärztlichen Versorgung zunächst zwischen dem Bund und den Ländern⁶⁷. Dabei fällt es in den Aufgabenbereich des Bundes, die Rahmenbedingungen zu bestimmen⁶⁸. Die Hauptverantwortung für die Ausarbeitung von Gesetzesvorlagen und Rechtsverordnungen trägt dabei das Bundesministerium für Gesundheit⁶⁹. Der Bund ist im Rahmen der Sozialversicherungen für die gesetzliche Krankenversicherung zuständig⁷⁰. Durch den großen Anteil an gesetzlich Versicherten wird die ambulante ärztliche Versorgung somit überwiegend durch die Gesetze des Fünften Sozialgesetzbuches – Gesetzliche Krankenversicherung

⁶⁶ Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72553/deutsche-besonderheiten?p=all> [18.07.2017].

⁶⁷ Vgl. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung.html> [27.07.2017].

⁶⁸ Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72565/staat-und-politik?p=all> [26.07.2017].

⁶⁹ Vgl. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html> [26.07.2017].

⁷⁰ Vgl. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html> [26.07.2017]; Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG.

bestimmt. Insbesondere der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung, die Aufgliederung in die haus- und fachärztliche Versorgung sowie die Verpflichtung zur Aufstellung eines Bedarfsplans sind durchgreifende gesetzliche Regelungen für die ärztliche Versorgung⁷¹. In die Zuständigkeit des Bundes fällt auch die Verantwortung das Gesundheitssystem durch Reformen zu optimieren und zu stärken⁷². Insbesondere das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Bundesgesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung ist für die Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung bedeutsam⁷³. Darüber hinaus ist der Bund zuständig für die Rahmenbedingungen der stationären ärztlichen Versorgung in Krankenhäusern. Beispielsweise durch das Krankenhausentgeltgesetz und das Krankenhausfinanzierungsgesetz werden grundlegenden Bestimmungen der Krankenhausversorgung und -finanzierung festgelegt⁷⁴.

Bei der stationären ärztlichen Versorgung sind die einzelnen Bundesländer von wesentlicher Bedeutung⁷⁵. In ihrer Zuständigkeit liegt es die Rahmenbedingungen der stationären ärztlichen Versorgung, der Krankenhausstrukturen, in Landesgesetzen umzusetzen⁷⁶. Durch das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg werden die Ziele, eine bedarfsgerechte und ausreichende Versorgung in den Krankenhäusern gewährleisten zu können, festgeschrieben⁷⁷. Es fällt in die Zuständigkeit des Landes einen Krankenhausplan aufzustellen und fortzuschreiben, um die erforderlichen Krankenhäuser für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung darzulegen⁷⁸. Auch für die Finanzierung von

⁷¹ Vgl. §§ 72, 73, 99 SGB V.

⁷² Vgl. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung.html> [27.07.2017].

⁷³ Vgl. BGBl 2011 I Nr. 70 S. 2983; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html> [27.07.2017].

⁷⁴ Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72565/staat-und-politik?p=all> [26.07.2017].

⁷⁵ Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72565/staat-und-politik?p=all> [26.07.2017].

⁷⁶ Vgl. § 6 KHG.

⁷⁷ Vgl. § 1 LKHG.

⁷⁸ Vgl. § 4ff LKHG.

Investitionsmaßnahmen in Krankenhäusern sind die Länder gemeinsam mit den Landkreisen zuständig⁷⁹.

Bei der ambulanten ärztlichen Versorgung spielt das Land Baden-Württemberg nur eine untergeordnete Rolle. Die Verantwortungen liegen bei anderen Akteuren des Gesundheitswesens. Die staatliche Regulierung ist in Deutschland durch die Festsetzung vieler Rahmenbedingungen auf Bundesebene jedoch sehr weitreichend und beeinflusst dadurch die Rollen und das Handeln der weiteren Akteure⁸⁰.

2.2.2 Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenkassen

Von zentraler Bedeutung für die ambulante ärztliche Versorgung im Land ist die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist es ihr Auftrag die hoheitlichen Aufgaben der ambulanten medizinischen Versorgung der gesetzlich Versicherten zu erfüllen⁸¹. Als mittelbare Staatsverwaltung hat die KVBW, wie alle weiteren 16 Kassenärztlichen Vereinigungen im Bund ebenfalls, die vertragsärztliche Versorgung im gesetzlich angemessenen Umfang sicherzustellen⁸² und entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen zu gewährleisten⁸³. Dieser übertragene Sicherstellungsauftrag und die Gewährleistungspflicht gelten als wichtige Aufgaben der KVBW⁸⁴. Zur Erfüllung dieser zentralen Rolle im Gesundheitssystem führt die KVBW eine Bedarfsplanung durch⁸⁵. Basierend auf dieser Planung wird ein Bedarfsplan für alle Regionen in Baden-Württemberg aufgestellt, nach welchem dann über die Zulassung eines Arztes zur vertragsärztlichen Versorgung entschieden wird⁸⁶. Auch die Mitarbeit in der gemeinsamen Selbstverwaltung, ein charakteristisches

⁷⁹ Vgl. § 8ff KHG; § 10ff LKHG.

⁸⁰ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 70.

⁸¹ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem, S. 167; <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/> [29.07.2017].

⁸² Vgl. §§ 73 Abs.2, 75 Abs.1 SGB V; Simon, Das Gesundheitssystem, S. 172.

⁸³ Vgl. § 75 Abs.1 SGB V.

⁸⁴ Vgl. <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/unsere-aufgaben/sicherstellung/> [29.07.2017]; <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/unsere-aufgaben/gewaehrleistung/> [29.07.2017]; Simon, Das Gesundheitssystem, S. 168f.

⁸⁵ Vgl. § 99 SGB V; Simon, Das Gesundheitssystem, S. 168.

⁸⁶ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem, S. 168.

Merkmal des deutschen Gesundheitswesens, fällt in die Verantwortung der KVBW⁸⁷. Darüber hinaus muss die KVBW die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber der Politik und den Krankenkassen vertreten⁸⁸. Mitglieder der KVBW sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten⁸⁹. Bei der hausärztlichen Versorgung sind dies zugelassene Vertragsärzte mit eigener Praxis sowie, beispielsweise in Medizinischen Versorgungszentren⁹⁰ angestellte Ärzte⁹¹. Das Vergütungssystem basiert auf Verträgen zwischen der KVBW und den Krankenkassen, wobei es bei diesen Vertragsverhandlungen das Ziel der KVBW ist die wirtschaftlichen Interessen der einzelnen Ärzte zu vertreten⁹². Die Rolle der KVBW ist damit von wesentlicher Bedeutung für die Struktur des Gesundheitswesens und die ambulante ärztliche Versorgung im Land Baden-Württemberg.

Auch die Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und Teil der mittelbaren Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung⁹³. Als Krankenkassen gelten nur die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht die der privaten Krankenversicherung⁹⁴. In ihrer Verantwortung liegt es die Sozialgesetzgebung der gesetzlichen Krankenversicherung zu vollziehen⁹⁵. Es ist die Pflicht der Krankenkassen die versicherten Bürger gegen das Kostenrisiko einer Krankheit abzusichern⁹⁶. Da in Deutschland für den Großteil der Menschen eine allgemeine Versicherungspflicht gilt und die Bevölkerung überwiegend gesetzlich krankenversichert ist, sind

⁸⁷ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem, S. 170.

⁸⁸ Vgl. <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/unsere-aufgaben/interessenvertretung/> [29.07.2017]; Simon, Das Gesundheitssystem, S.169.

⁸⁹ Vgl. <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/daten-fakten/mitgliederstruktur-kvbw/> [01.09.17].

⁹⁰ Seit 2014 sind MVZ zulässige Einrichtungen unter ärztlicher Leitung, in der im Arztregister eingetragene Ärzte im Angestelltenverhältnis oder als Vertragsärzte tätig sind.

⁹¹ Vgl. <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/daten-fakten/aerztetherapeuten-nach-fachgruppen/> [01.09.17].

⁹² Vgl. §§ 72 Abs.2, 75 Abs.2 SGB V; Simon, Das Gesundheitssystem, S. 169f.

⁹³ Vgl. § 4 Abs. 1 SGB V.

⁹⁴ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem, S. 104.

⁹⁵ Vgl. Simon, Das Gesundheitswesen, S. 100.

⁹⁶ Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html> [29.07.2017].

die Krankenkassen von wesentlicher Bedeutung bei der ärztlichen Versorgung⁹⁷. Die Wichtigkeit der Krankenkassen für die ambulante ärztliche Versorgung wird jedoch erst durch den Einfluss der Verbände der Krankenkassen deutlich.

2.2.3 Einfluss der Verbände und Kammern

Nach dem Sozialgesetzbuch bilden alle Krankenkassen einer Art den Landesverband dieser Kasse⁹⁸. Gibt es durch die zunehmenden Zusammenschlüsse von Krankenkassen nur noch eine Krankenkasse der gleichen Art, so hat diese die Verpflichtungen und Rechte des Landesverbandes wahrzunehmen⁹⁹. Zum einen unterstützen die Landesverbände die Krankenkassen bei deren Aufgabenerfüllung¹⁰⁰. Zum anderen kann der Bedarfsplan und die Zulassungen der Ärzte für den ambulanten Sektor nur mit der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen aufgestellt werden¹⁰¹. Zudem werden durch Abschlüsse von Verträgen zwischen den Landesverbänden und der KVBW die Vergütungen und Leistungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung geregelt¹⁰². Als Körperschaften des öffentlichen Rechts sind die einzelnen Landesverbände Mitglieder des gesetzlich geschaffenen GKV-Spitzenverbandes¹⁰³. Durch die Festlegung von grundsätzlichen Rahmenbedingungen, die Aushandlung von Rahmenvergütungsvereinbarungen und das Mitwirken im G-BA hat der GKV-Spitzenverband, und damit auch die einzelnen Landesverbände, großen Einfluss auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens und die ambulante medizinische Versorgung¹⁰⁴.

⁹⁷ Vgl. §§ 5ff. SGB V, Simon, Das Gesundheitssystem, S. 97.

⁹⁸ Vgl. § 207 Abs. 1 SGB V.

⁹⁹ Vgl. § 207 Abs. 2a SGB V; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72575/verbaende-und-koerperschaften?p=all> [29.07.2017].

¹⁰⁰ Vgl. § 211 Abs.2 SGB V.

¹⁰¹ Vgl. § 99 SGB V, Simon, Das Gesundheitssystem, S. 109.

¹⁰² Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem, S. 109; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72575/verbaende-und-koerperschaften?p=all> [29.07.2017].

¹⁰³ Vgl. §§ 217a ff. SGB V; https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/organisation/organisation.jsp [29.07.2017].

¹⁰⁴ Vgl. § 217f SGB V; https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/wir_ueber_uns.jsp [29.07.2017]; <https://www.g-ba.de/institution/struktur/> [29.07.2017].

Neben der KVBW, die als Vertretung aller niedergelassenen Ärzte gesehen wird, gibt es darüber hinaus eine Vertretungskörperschaft für alle Ärzte – die Ärztekammern. Auf der Grundlage des Heilberufekammergesetzes werden Landesärztekammern errichtet¹⁰⁵. Sie sind die Berufsvertretung aller approbierten Ärzte und unterliegen der Landesgesetzgebung und ihrer staatlichen Aufsicht¹⁰⁶. Zu ihren Aufgaben gehört unter anderem die Festlegung einer Berufsordnung und die Aufsicht über die Einhaltung der Berufspflichten sowie insbesondere die Förderung und Regelung von Weiterbildungsangeboten¹⁰⁷. Für die Ausübung des Berufes Arzt sind die Landesärztekammern von wichtiger Bedeutung. Die Bundesärztekammer hingegen ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern dient nur als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammer auf Bundesebene¹⁰⁸. Ihr Einfluss auf die Veränderungen und Ausbildungen des Gesundheitswesens ist daher eher gering.

Im deutschen Gesundheitssystem gibt es darüber hinaus noch weitere freie Verbände und Berufsverbände, die die Interessen ihrer Mitglieder im Diskurs über das Gesundheitssystem vertreten¹⁰⁹. Teilweise haben sich Private Versicherungsträger zum Verband der Privaten Krankenversicherung zusammengeschlossen, um die Interessen der Mitgliedsunternehmen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen und der Politik zu vertreten¹¹⁰. Als Berufsverbände der niedergelassenen Ärzte agiert der geschichtlich gewachsene Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.¹¹¹. Mit dem Ziel, den Status der Ärzte zu wahren und der strengen Kostenregulierung entgegen zu wirken, vertritt der Hartmannbund die Interessen von Ärzten, Zahnärzten und

¹⁰⁵ Vgl. § 1 HBKG BW; <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/10service/index.html> [29.07.2017].

¹⁰⁶ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem, S. 166; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72588/institutionen-und-interessenvertretungen> [29.07.2017].

¹⁰⁷ Vgl. § 4 HBKG BW; Simon, Das Gesundheitswesen, S. 166.

¹⁰⁸ Vgl. Simon, Das Gesundheitswesen, S. 166; <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aufgaben/> [29.07.2017].

¹⁰⁹ Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72588/institutionen-und-interessenvertretungen> [29.07.2017]; Simon, Das Gesundheitssystem, S. 25.

¹¹⁰ Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72742/freie-organisationen-und-institutionen> [19.08.17].

¹¹¹ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem, S. 25.

Medizinstudenten und bietet als freier Verband eigene Fortbildungsprogramme an¹¹². Ein weiterer wichtiger Verband in der Ärztevertretung ist der Marburger Bund. Er ist der gewerkschaftliche Verband der „angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands“¹¹³. Der Marburger Bund strebt eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und eine angemessenere Arbeitsvergütung der ärztlichen Leistungen an¹¹⁴. Daneben gibt es weitere freie Verbände spezieller ärztlicher Fachrichtungen, wie beispielsweise den Hausärzteverband sowie Verbände der Angestellten in Pflegeeinrichtungen, der Apotheker und der Pharmaindustrie. Die freien übergreifenden Verbände oder Berufsverbände sind jedoch nicht Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens und haben somit einen geringeren Einfluss auf Entwicklungen.

2.2.4 Soziale Verantwortung der Kreise und Kommunen

Die Landkreise und Kommunen sind unabhängige Gebietskörperschaften¹¹⁵. Durch das Grundgesetz wird ihnen das Recht auf Selbstverwaltung garantiert, sodass ihnen nur bedingt staatliche Regulierungsaufgaben im Gesundheitswesen übertragen werden können¹¹⁶. Nur im Rahmen der stationären ärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes nehmen die Kreise und Kommunen gewisse Aufgaben wahr¹¹⁷. Oftmals sind Kreise und Kommunen als Leistungserbringer Träger von öffentlichen Krankenhäusern¹¹⁸. Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden durch die Gesundheitsämter erfüllt¹¹⁹. In der ambulanten ärztlichen Versorgung

¹¹² Vgl. <http://www.hartmannbund.de/wir-ueber-uns/der-verband/> [19.08.17]; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72742/freie-organisationen-und-institutionen> [19.08.17].

¹¹³ Vgl. <http://www.marburger-bund.de/der-marburger-bund> [19.08.17].

¹¹⁴ Vgl. Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72742/freie-organisationen-und-institutionen> [19.08.17]; <http://www.marburger-bund.de/der-marburger-bund> [19.08.17].

¹¹⁵ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem, S. 72.

¹¹⁶ Vgl. Art. 28 Abs. 2 GG; Simon, Das Gesundheitssystem, S.72.

¹¹⁷ Vgl. http://www.landkreistag.de/images/stories/themen/MedVersorgung/Gesundheitspolitische_Forderungen_Juni_2013.pdf [30.07.2017].

¹¹⁸ Vgl. http://www.landkreistag.de/images/stories/themen/MedVersorgung/Gesundheitspolitische_Forderungen_Juni_2013.pdf [30.07.2017].

¹¹⁹ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 72.

tragen die Kreise und Kommunen jedoch keine gesetzliche Verantwortung. Den Kommunen kann nur im Zusammenhang mit den allgemeinen Aufgaben der Daseinsvorsorge nach der Gemeindeordnung eine Verantwortung zugeschrieben werden¹²⁰. Dennoch sind Landkreise und Kommunen für die Bevölkerung, insbesondere bei der ambulanten hausärztlichen Versorgung, von großer Bedeutung¹²¹. Die Gemeinden sind die ersten Ansprechpartner für die Bürger bei Problemen in der ärztlichen Versorgung. Zudem ist eine wohnortnahe medizinische Versorgung sehr wichtig, um eine gute Lebensqualität in den Gemeinden gewährleisten zu können¹²². Durch die Nähe zu den vorherrschenden Strukturen können die Kommunen frühzeitig Probleme bei der Versorgung erkennen und entsprechende Änderungen initiieren¹²³. Die Kreise und Kommunen sind grundsätzlich kein Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen¹²⁴. Sie tragen jedoch für ihre Einwohner eine soziale Verantwortung, dass die ambulante ärztliche Versorgung sichergestellt ist.

3 Ländlicher Raum Baden-Württemberg: Einordnung der Raumkategorien

Betrachtet man die baden-württembergischen Raumstrukturen aus dem Blickwinkel Europas oder des Bundes, so nehmen die ländlichen Räume in Baden-Württemberg eine Spitzenstellung ein¹²⁵. Die Diskrepanz zwischen strukturell starken und schwachen Gebieten ist in Baden-Württemberg im Vergleich zu anderen Bundesländern am geringsten¹²⁶. Die ländlichen Räume von Baden-Württemberg gelten als

¹²⁰ Vgl. Königshofen, Daseinsvorsorge in Zeiten des demographischen Umbruchs, S. 51.

¹²¹ Eidenmüller, Kommunale Strategien gegen den Hausärztemangel in: BWGZ 20|2012, S.860f.

¹²² Vgl. Lessing/Herr, Empfehlungen des Sachverständigenrats für eine flächendeckende ärztliche Versorgung in: BWGZ 6|2015, S. 299.

¹²³ Vgl. Eidenmüller, Kommunale Strategien gegen den Hausärztemangel in: BWGZ 20|2012, S.860f.

¹²⁴ Vgl. http://www.landkreistag.de/images/stories/themen/MedVersorgung/Gesundheitspolitische_Forderungen_Juni_2013.pdf [30.07.2017].

¹²⁵ Vgl. Faix in: BWGZ 07/2012, S. 236; Scheffold in Marburg-Graf, Stuttgarter Geographische Studien, S.10, Gebhardt, Geographie Baden-Württembergs, S.31.

¹²⁶ Vgl. Oettinger, Unsere Ländlichen Räume sind das stärkste Rückgrat Baden-Württembergs in: BWGZ 8|2007, S. 282; IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 9f.

wirtschaftsstarke Regionen, die sowohl Erholung als auch Lebensqualität bieten¹²⁷.

Die Charakterisierung der baden-württembergischen Landesfläche in ländliche und nicht-ländliche Räume kann sich dabei an unterschiedlichen Ansätzen orientieren. Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft unterteilt die Raumordnung des Bundesgebietes mittels eines berechneten Indexes siebenfach, von nicht-ländlichen zu äußerst ländlichen Kreisen¹²⁸. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung hingegen orientiert sich hauptsächlich an Siedlungsstrukturmerkmalen¹²⁹. Daraus folgt die Unterscheidung in vier Gruppen: Kreisfreie Großstädte, Städtische Kreise, Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise¹³⁰. Die regionalen Entwicklungen werden zusätzlich durch das Strukturmerkmal „Lage“ präziser untersucht¹³¹.

Diese erste Unterscheidung der Raumordnung bestätigt die vergleichsweise guten Strukturen in Baden-Württemberg. Es wird ebenso deutlich, dass es keine feste Definition für den typischen Ländlichen Raum gibt¹³². Nicht in Europa und auch nicht in Deutschland gibt es eine klare Abgrenzung für den Ländlichen Raum¹³³. Eine besondere Problematik bei der Begrenzung der Räume besteht darin, dass die Lebensverhältnisse sich ständig wandeln und in der Praxis keine wirklichen Grenzen zwischen den unterschiedlichen Raumstrukturen bestehen¹³⁴. Basierend auf dem Landesplanungsgesetz wurde deshalb die Raumstruktur in Baden-

¹²⁷ Vgl. Scheffold in Marlburg-Graf, Stuttgarter Geographische Studien, S.10; <https://mlr.baden-wuerttemberg.de/de/unsere-themen/laendlicher-raum/leben-auf-dem-land-gestalten/landleben-allgemein/> [23.07.2017].

¹²⁸ Vgl. <https://www.landatlas.de/laendlich/laendlich.html> [29.06.17].

¹²⁹ Vgl. http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen_node.html [29.06.17]; http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen2/karte-kreistypen.gif?jsessionid=623A4F9F31E9C8D113FA9E728854D179.live11291?__blob=poster&v=10 [29.06.17].

¹³⁰ Vgl. <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html?nn=443222> [29.06.17].

¹³¹ Vgl. <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html?nn=443222> [29.06.17].

¹³² Vgl. Schwarck, Der typische ländliche Kreis in: BWGZ 7|2012, S. 268ff.

¹³³ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 23.

¹³⁴ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 23.

Württemberg im Landesentwicklungsplan 2002 spezifiziert¹³⁵. Vier Kategorien wurden gebildet: Verdichtungsräume, Randzonen um die Verdichtungsräume, Verdichtungsbereiche im Ländlichen Raum und Ländlicher Raum im engeren Sinne¹³⁶. Die Raumkategorien basieren dabei auf dem Grundsatz, die verschiedenen Raumstrukturen entsprechend ihren Bedürfnissen zu berücksichtigen¹³⁷.

Die maßgebliche Zielsetzung war die Ausweisung der Raumkategorien entsprechend den siedlungsstrukturellen Gegebenheiten¹³⁸. Bei einer zunächst objektiven Betrachtung der räumlichen Verhältnisse auf Gemeindeebene erfolgte mithilfe eines Gesamtindikators der Siedlungsverdichtung eine erste Raumabgrenzung¹³⁹. Maßgebliche Merkmale des Gesamtindikators sind der Siedlungsflächenanteil, die Siedlungsdichte sowie die Einwohner-Arbeitsplatz-Dichte und das Baulandpreisniveau¹⁴⁰. Zudem sind funktionsräumliche Relationen zu Nachbarkommunen durch Pendlerverflechtungen miteinbezogen¹⁴¹. In einem weiteren Schritt wurden durch Anhörungen örtliche, regionale und landschaftsprägende Besonderheiten bei der Raumordnung mit berücksichtigt¹⁴².

Die Festlegung der Verdichtungsbereiche im Ländlichen Raum bestimmen sich nach den Siedlungsdichtewerten für die Randzonen um die Verdichtungsräume¹⁴³. Zusätzlich finden jedoch auch die Verflechtungen zwischen Städten und dem Umland Berücksichtigung, insbesondere Pendlerbindungen zu bestimmten Gemeinden. Somit werden nicht an Verdichtungsräume grenzende Räume als Verdichtungsbereiche im Ländlichen Raum ausgewiesen¹⁴⁴. Dies sind auch Gemeinden mit einer Siedlungsdichte unter 85% bei besonders starker Verflechtung zu

¹³⁵ Vgl. LplG BW; LEP, S. 101.

¹³⁶ Vgl. LEP, S. 15.

¹³⁷ Vgl. LEP, S. 15.

¹³⁸ Vgl. LEP, S. B8.

¹³⁹ Vgl. LEP, S. B8.

¹⁴⁰ Vgl. LEP, S. B8; IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 24.

¹⁴¹ Vgl. LEP, S. B8.

¹⁴² Vgl. LEP, S. B8.

¹⁴³ Vgl. LEP, S. B9.

¹⁴⁴ Vgl. LEP, S. B9.

Arbeitsplatzzentren. Insgesamt gehören 57 Gemeinden in Baden-Württemberg zum Verdichtungsbereich im Ländlichen Raum¹⁴⁵.

Liegt der Allgemeine Siedlungsstrukturindikator unter 85% des Landesdurchschnittes im flächenhaften Gebietszusammenhang, so wird der Raum als Ländlicher Raum im engeren Sinne abgegrenzt¹⁴⁶. Befinden sich in dieser Raumabgrenzung Städte mit höherer Siedlungsdichte, so werden diese ebenfalls dem Ländlichen Raum im engeren Sinne zugeordnet¹⁴⁷. Dadurch wird eine großflächige Raumordnung geschaffen und eine kleinräumige Aufsplitterung der Struktur vermieden. Zum Ländlichen Raum im engeren Sinne gehören in Baden-Württemberg 599 Gemeinden¹⁴⁸.

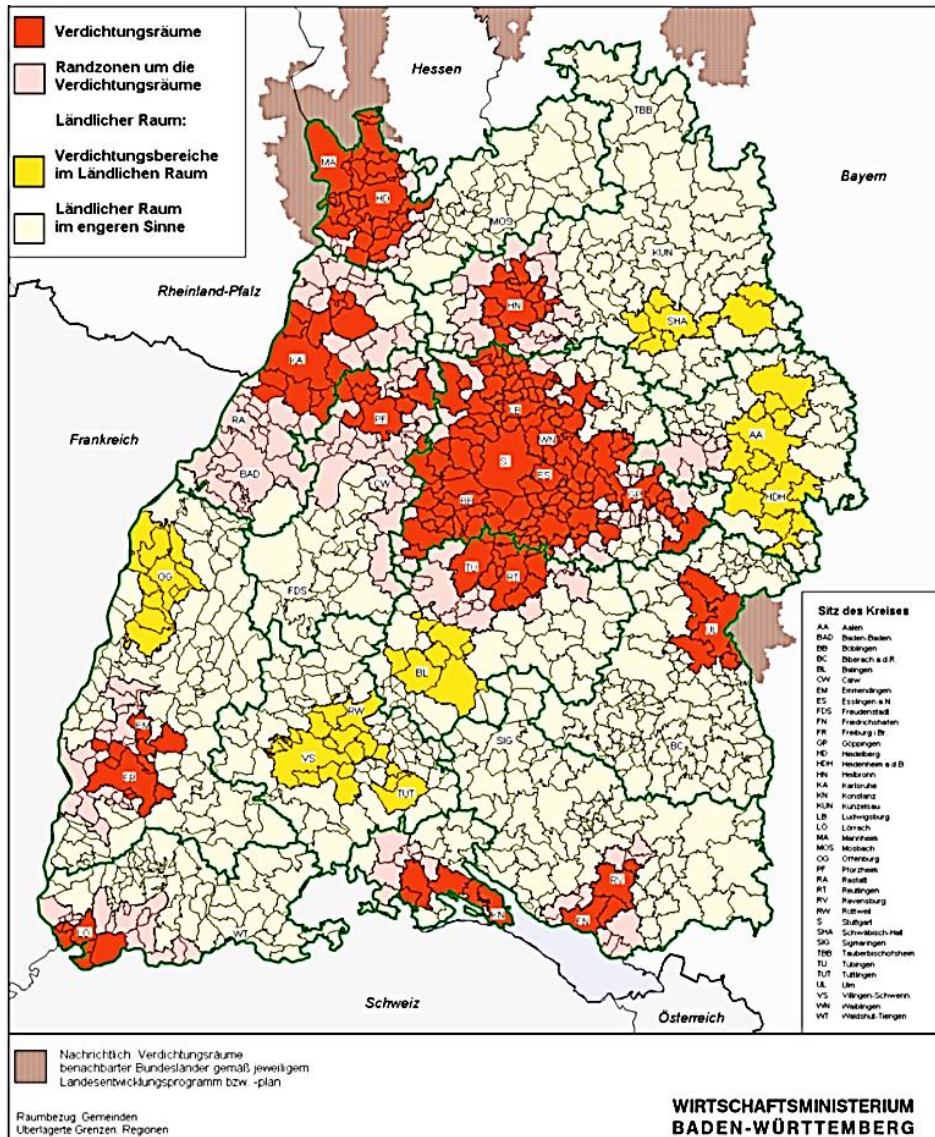
¹⁴⁵ Vgl. LEP, S. A9f; IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 24.

¹⁴⁶ Vgl. LEP, S. B10.

¹⁴⁷ Vgl. LEP, S. B10.

¹⁴⁸ Vgl. LEP, S. A10ff; IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 24.

Abbildung 1: Darstellung der Raumaufteilung nach Kategorien



Quelle: Landesentwicklungsplan 2002, S. A29

Die Grafik verdeutlicht, dass nach dem LEP 2002 ein Großteil der Landesfläche Baden-Württembergs zum Ländlichen Raum zählt. Insgesamt werden 70% der Fläche der Raumkategorie Ländlicher Raum zugeordnet¹⁴⁹. Ein Drittel der Einwohner von Baden-Württemberg leben im gesamten Ländlichen Raum¹⁵⁰. Davon leben 25% in den

¹⁴⁹ Vgl. <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/bw-gestalten/nachhaltiges-baden-wuerttemberg/laendlicher-raum/>; <https://mlr.baden-wuerttemberg.de/de/unsere-themen/laendlicher-raum/leben-auf-dem-land-gestalten/kabinettsausschuss-laendlicher-raum/> [23.07.2017].

¹⁵⁰ Vgl. https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag10_09_02.pdf.

Verdichtungsbereichen und 75% im Ländlichen Raum im engeren Sinne¹⁵¹. Problematisch ist bei der Raumaufteilung nach dem LEP 2002 die Abgrenzung nach Gemeindegrenzen, da viele strukturelle Merkmale erst auf Kreisebene erhoben werden¹⁵². Zudem stimmen die Grenzen der Raumkategorien nicht mit den Kreisgrenzen überein, sodass eine klare Zuordnung der Kreise zu einer Kategorie nicht durchführbar ist¹⁵³.

Die Betrachtung der Raumordnung in Baden-Württemberg nach dem LEP 2002 kann durch die Typisierung der Räume durch das BBSR im Jahr 2010 ergänzt werden¹⁵⁴. Hierbei werden die Gemeinden in die Kategorien überwiegend städtisch, teilweise städtisch und ländlich, klassifiziert¹⁵⁵. Anschließend erfolgt eine Zuordnung auf Kreisebene, durch die Zusammenfassung der einzelnen Gemeinden¹⁵⁶. Nach der Raumordnungsabgrenzung des BBSR wird ein Anteil von über 77% der Fläche Baden-Württembergs als „ländlich“ und „teilweise städtisch“ definiert¹⁵⁷. Knapp die Hälfte der Einwohner Baden-Württembergs leben in diesen Kreistypen¹⁵⁸. Der Kreistyp „ländlich“ hingegen umfasst nur 31,8% der Fläche Baden-Württembergs und 14,3% der Einwohner¹⁵⁹. Eine Einschränkung auf den Raumordnungstyp „ländlich“ stellt jedoch die Raumsituation in Baden-Württemberg nicht ausreichend dar, sodass sowohl die „teilweise städtischen“ als auch die „ländlichen“ Kreise dem Ländlichen Raum zugeordnet werden¹⁶⁰.

¹⁵¹ Vgl. [https://www.statistik-](https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag10_09_02.pdf)

[bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag10_09_02.pdf](https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag10_09_02.pdf).

¹⁵² Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 25.

¹⁵³ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 25.

¹⁵⁴ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 23f;

http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/Raumtypen2010_vbg/Raumtypen2010_alt.html?nn=443270

[01.07.17].

¹⁵⁵ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 25, S. 115.

¹⁵⁶ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 115f.

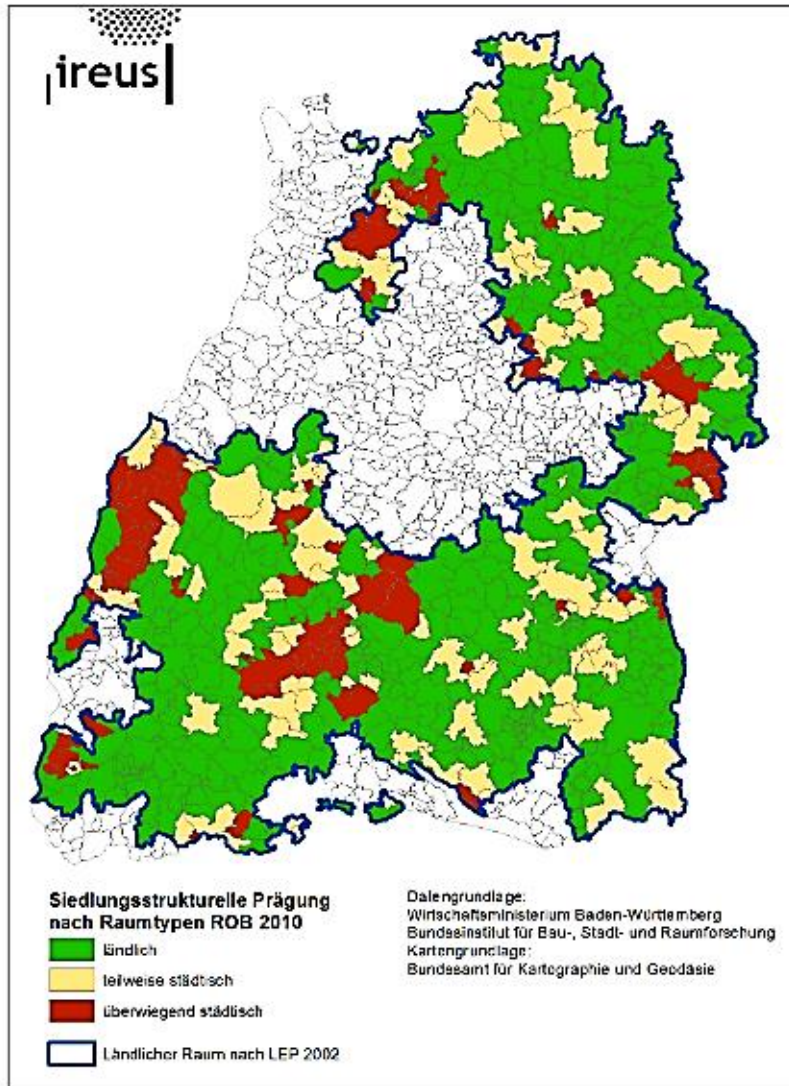
¹⁵⁷ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 116.

¹⁵⁸ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 115f.

¹⁵⁹ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 115f.

¹⁶⁰ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 115f.

Abbildung 2: Ländlicher Raum nach den Raumtypen des BBSR



Quelle: IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 25.

Im Rahmen der IREUS Studie zur Entwicklung der Ländlichen Räume Baden-Württembergs wurde eine Cluster-Analyse für den nach dem LEP 2002 definierten Ländlichen Raum durchgeführt¹⁶¹. Anhand verschiedener Indikatoren wurden die Gemeinden der ländlichen Regionen unterschiedlichen Gruppen zugeordnet¹⁶². Bei der Betrachtung der entstehenden Cluster zeigt sich, dass es keinen einheitlichen Ländlichen Raum gibt¹⁶³. Dies bedeutet, dass auch die Entwicklungen im Ländlichen

¹⁶¹ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 131.

¹⁶² Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 131ff.

¹⁶³ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 139.

4 Betrachtung der Versorgung in Baden-Württemberg

4.1 Aktuelle Situation der Versorgung im Ländlichen Raum in Baden-Württemberg

Die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten wird gebietsweise durch die Bedarfsplanung für Baden-Württemberg reguliert¹⁶⁵. Diese wird im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen von der KVBW aufgestellt¹⁶⁶. Dabei richtet sich die KVBW nach den allgemeinen Bedarfsplanungs-Richtlinien des G-BA¹⁶⁷. Eine der vier Versorgungsebenen der Bedarfsplanung ist die Hausärztliche Versorgung¹⁶⁸. Als Planungsbereiche für die Hausärztliche Versorgung sind die Mittelbereiche nach der Abgrenzung des BBSR festgelegt¹⁶⁹. Diese seit 1. Januar 2013 geltende kleinräumige Einteilung soll den tatsächlichen Versorgungsbedarf vor Ort deutlich abbilden¹⁷⁰. Die KVBW kann aufgrund von regionalen Besonderheiten von der Richtlinie abweichen, sofern dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist und die KVBW die Änderung der Planungsbereiche entsprechend begründet¹⁷¹. In Baden-Württemberg gibt es insgesamt 103 Mittelbereiche für die Hausärztliche Versorgung¹⁷². Diese Planungsbereiche entsprechen überwiegend den Mittelbereichen des LEP 2002 und basieren auf der Zuordnung nach dem BBSR¹⁷³.

¹⁶⁵ Vgl. <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/> [15.08.2017].

¹⁶⁶ Vgl. § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

¹⁶⁷ Vgl. § 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

¹⁶⁸ Vgl. §§ 5, 11 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses; <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/> [15.08.2017].

¹⁶⁹ Vgl. §§ 5, 11 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses; <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/> [15.08.2017].

¹⁷⁰ Vgl. Sachverständigenrat, Gutachten 2014, Bedarfsgerechte Versorgung, S. 103; <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/> [15.08.2017].

¹⁷¹ Vgl. § 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

¹⁷² Vgl. Stand der Bedarfsplanung, KVBW, 05. Juli 2017, S.2; <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/> [15.08.2017].

¹⁷³ Vgl. Stand der Bedarfsplanung, KVBW, 05. Juli 2017, S.2; LEP 2002, S. A15ff; <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/#c3326> [16.08.17].

Abbildung 4: Mittelbereiche nach dem LEP 2002



Quelle: LEP 2002, S. A31.

Nur für die Region Ostwürttemberg hat die KVBW von § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie Gebrauch gemacht¹⁷⁴. Es erfolgte eine regionale Abänderung des Ostalbkreises von drei in fünf Mittelbereiche, um die hausärztliche Versorgung bedarfsgerechter erreichen zu können¹⁷⁵.

Für die einzelnen Planungsbereiche wird mithilfe einer Verhältniszahl festgelegt, wie viele Ärzte für eine bestimmte Zahl an Einwohnern für die

¹⁷⁴ Vgl. § 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses; Anpassung Bedarfsplan, KVBW, 15. Februar 2017, S. 2.

¹⁷⁵ Vgl. Anpassung Bedarfsplan, KVBW, 15. Februar 2017, S. 2; LEP 2002, S. A17.

hausärztliche Versorgung notwendig sind¹⁷⁶. Die allgemeine Verhältniszahl liegt bei einem Hausarzt zu 1.671 Einwohnern¹⁷⁷. Diese einheitliche Verhältniszahl wird mithilfe eines Demografiefaktors planungsbereichsbezogen angepasst. Insgesamt 7.102 Hausärzte gab es Stand Oktober 2016 in Baden-Württemberg¹⁷⁸. Bei einer Einwohnerzahl von über 10,7 Millionen Menschen ergibt sich ein Verhältnis von 1.518 Einwohnern pro Hausarzt¹⁷⁹. Würde man Baden-Württemberg als einen Gesamtplanungsbereich betrachten, so wären die Einwohner Baden-Württembergs grundsätzlich bedarfsgerecht versorgt. Der wahrgenommene Mangel an Hausärzten fundiert auf einem Verteilungsproblem der Arztsitze¹⁸⁰. Der aktuelle Stand der Bedarfsplanung zum 05. Juli 2017 zeigt, dass der Mittelbereich „Ostalb 3 Schwäbischer Wald“ mit einem Versorgungsgrad von 70,5 % unterversorgt ist¹⁸¹. Darüber hinaus droht in 32 Mittelbereichen mit einem Versorgungsgrad von unter 100% die Unterversorgung¹⁸². 36 weitere Mittelbereiche sind zumindest partiell für eine weitere Zulassung eines Arztes geöffnet¹⁸³. Dies zeigt, dass von insgesamt 103 Planungsbereichen nur 36 für weitere Niederlassungen von Ärzten gesperrt sind¹⁸⁴.

¹⁷⁶ Vgl. § 11 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses; Sachverständigenrat, Gutachten 2014, Bedarfsgerechte Versorgung, S. 103; Nagel, Das Gesundheitswesen in Deutschland, S. 125.

¹⁷⁷ Vgl. § 11 Abs. 4, Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

¹⁷⁸ Vgl. Bericht KVBW, Die ambulante medizinische Versorgung 2016, Oktober 2016, S.39f.

¹⁷⁹ Vgl. Bericht KVBW, Die ambulante medizinische Versorgung 2016, Oktober 2016, S.39f; <http://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/LRt0115.jsp> [16.08.2017].

¹⁸⁰ Vgl. Altpeter in: BWGZ 20|2012, S. 846f.

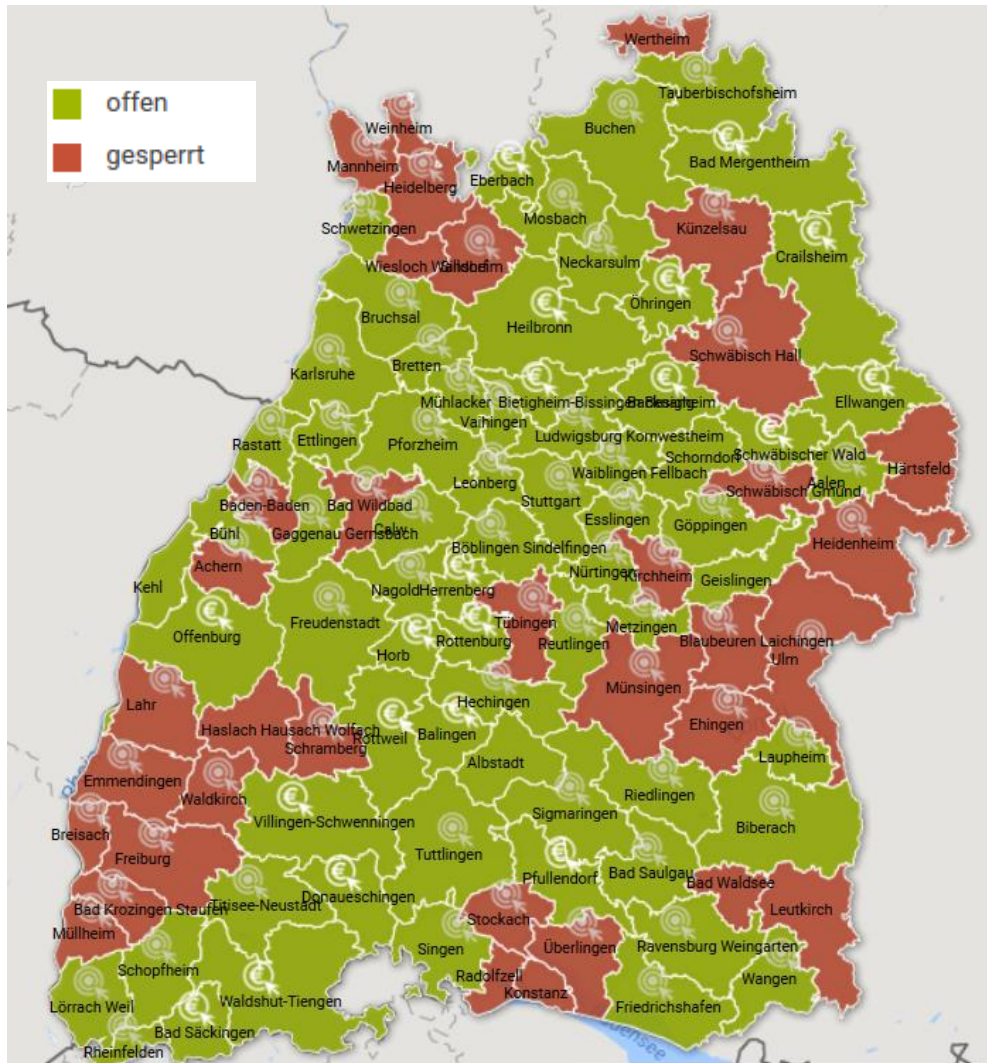
¹⁸¹ Vgl. Stand der Bedarfsplanung, KVBW, 05. Juli 2017, S.2; <http://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php> [16.08.17].

¹⁸² Vgl. Stand der Bedarfsplanung, KVBW, 05. Juli 2017, S.2; <http://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php> [16.08.17].

¹⁸³ Vgl. Stand der Bedarfsplanung, KVBW, 05. Juli 2017, S.2;

¹⁸⁴ Vgl. Stand der Bedarfsplanung, KVBW, 05. Juli 2017, S.2;

Abbildung 5: Niederlassungsmöglichkeiten in den Planungsbereichen



Quelle: <https://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/bedarfsplanung-offen-oder-gesperrt/> [21.08.2017]

Die Abgrenzung der einzelnen Mittelbereiche orientiert sich an den unterschiedlichen Verbindungen und Beziehungen der einzelnen Gemeinden untereinander¹⁸⁵. Berücksichtigung finden dabei auch administrative Grenzen der Bundesländer bzw. Kreise¹⁸⁶. Bei einer Gegenüberstellung der Ländlichen Räume nach dem LEP 2002 zu den festgelegten Mittelbereichen ergibt sich jedoch das Problem, dass die gemeindescharfe Abgrenzung des LEP 2002 sich nicht an Kreisgrenzen

¹⁸⁵ Vgl. LEP 2002, S. A 26f; <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Mittelbereiche/Mittelbereiche.html> [21.08.17].

¹⁸⁶ Vgl. <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Mittelbereiche/Mittelbereiche.html> [21.08.17].

orientiert¹⁸⁷. Eine genaue Zuordnung der Mittelbereiche zum Ländlichen Raum orientiert an dem LEP 2002 ist demnach nur schwer möglich. Um die Versorgungslage im Ländlichen Raum trotzdem darstellen zu können, bedarf es einer Einordnung der Gemeinden in die Mittelbereiche der KVBW. Da die den Mittelbereichen zugeordnete Anzahl an Kommunen variiert, konnte keine feste Zahl an ländlichen Kommunen festgelegt werden, ab welchem der Mittelbereich als ländlich eingestuft wird¹⁸⁸. Demnach gilt bei dieser Zuordnungssystematik ein Mittelbereich als ländlich, sofern mindestens die Hälfte der im Mittelbereich liegenden Kommunen nach dem LEP 2002 als ländlich definiert sind¹⁸⁹. Es wurde hierbei vorerst keine Unterscheidung zwischen den Verdichtungsbereichen im Ländlichen Raum und dem Ländlichen Raum im engeren Sinne gemacht. Aus dieser Gegenüberstellung ergibt sich, dass 59 Planungsbereiche als ländliche Mittelbereiche einzustufen sind¹⁹⁰. Analysiert man den Versorgungsgrad der ländlichen Mittelbereiche so zeigt sich, dass 19 Mittelbereiche nach der aktuellsten Bedarfsplanung zu den von der Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen gehören¹⁹¹. Insbesondere der unterversorgte Mittelbereich „Ostalb 3 Schwäbischer Wald“ und Mittelbereiche mit einem Versorgungsgrad unter 90% liegen im Ländlichen Raum Baden-Württembergs¹⁹². Durchgängig zeigt sich dennoch kein nennenswertes Stadt-Land-Gefälle bei der hausärztlichen Versorgung nach der Bedarfsplanung der KVBW, da auch in nicht ländlichen Gebieten Mittelbereiche von der Unterversorgung bedroht sind¹⁹³. Aber der aktuellste Versorgungsbericht der KVBW für das Jahr 2016 hebt hervor, dass zunehmend Probleme bei der hausärztlichen Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, auftreten¹⁹⁴. Besonders die hausärztliche Versorgung in den zum Ländlichen Raum im

¹⁸⁷ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 25.

¹⁸⁸ Vgl. Eigene Darstellung, Einordnung der ländlichen Gemeinden in die Mittelbereiche.

¹⁸⁹ Vgl. Eigene Darstellung, Einordnung der ländlichen Gemeinden in die Mittelbereiche.

¹⁹⁰ Vgl. Eigene Darstellung, Einordnung der ländlichen Gemeinden in die Mittelbereiche.

¹⁹¹ Vgl. Eigene Darstellung, Einordnung der ländlichen Gemeinden in die Mittelbereiche; LEP 2002, S. A 29ff; Stand der Bedarfsplanung, KVBW, 05. Juli 2017, S.2.

¹⁹² Vgl. Eigene Darstellung, Einordnung der ländlichen Gemeinden in die Mittelbereiche.

¹⁹³ Vgl. Jäger, Wohnortnahe ärztliche Versorgung – in Zukunft nur noch Wunschtraum? in: BGWZ 6|2015, S. 288; IGES Institut, Weiterentwicklung des Gesundheitsatlas Baden-Württemberg, Dezember 2014, S. 21.

¹⁹⁴ Vgl. Die ambulante medizinische Versorgung 2016, Versorgungsbericht KVBW, S. 3.

engeren Sinne gehörenden Mittelbereichen Eberbach, Horb am Neckar und Öhringen bewertet die KVBW als kritisch und fördert diese besonders¹⁹⁵. In erster Linie haben einzelne Gemeinden im ländlichen Raum mit Versorgungsengpässen, schlechter Erreichbarkeit und daraus folgender Unterversorgung zu kämpfen¹⁹⁶. Diese Gemeinden müssen sich als erstes mit den Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung im Bereich der gesundheitlichen Versorgung ihrer Einwohner stellen. Die Versorgung in den einzelnen Gemeinden im Ländlichen Raum ist mit der aktuellen Bedarfsplanung nicht darstellbar. Auch die extreme Zentralisierung von Ärzten rund um Universitätskliniken wird bei der Gesamtbetrachtung der Mittelbereiche nicht deutlich. Die möglicherweise deutlich schlechtere Versorgung in umliegenden ländlichen Gemeinden ist nicht erkennbar. Wie die wirkliche Versorgung der ländlichen Kommunen vor Ort aussieht, ist ohne eine Übersicht der Standorte der einzelnen Ärzte nicht möglich.

Ein weiterer Aspekt zur Analyse der ärztlichen Versorgung in Baden-Württembergs ländlichen Räumen wurde deshalb bei der IREUS Studie 2011 beachtet¹⁹⁷. Die Anzahl der Arztpraxen, die innerhalb von 15 Minuten zu erreichen sind wurde als Merkmal für die hausärztliche Versorgung festgelegt¹⁹⁸. Zudem richtet sich diese Darstellung der Versorgung nach den Grenzen der Landkreise. Die Definition der Versorgungsdichte basiert jedoch auf einer anderen Verhältniszahl und wird mit der Anzahl Ärzte pro 100.000 Einwohner dargestellt¹⁹⁹.

¹⁹⁵ Vgl. Die ambulante medizinische Versorgung 2016, Versorgungsbericht KVBW, S. 9.

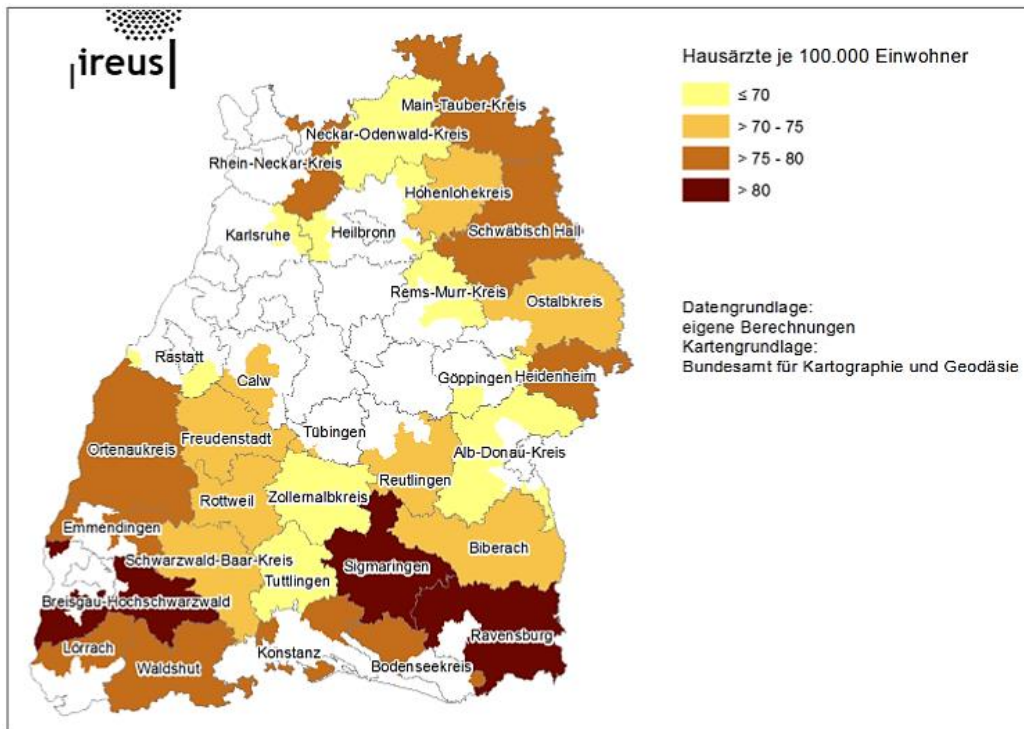
¹⁹⁶ Vgl. Jäger, Wohnortnahe ärztliche Versorgung – in Zukunft nur noch Wunschtraum? in: BGWZ 6|2015, S. 289; 1. Landesgesundheitsdialog Baden-Württemberg, 19.10.2012, Anlage 1.

¹⁹⁷ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 86.

¹⁹⁸ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 86.

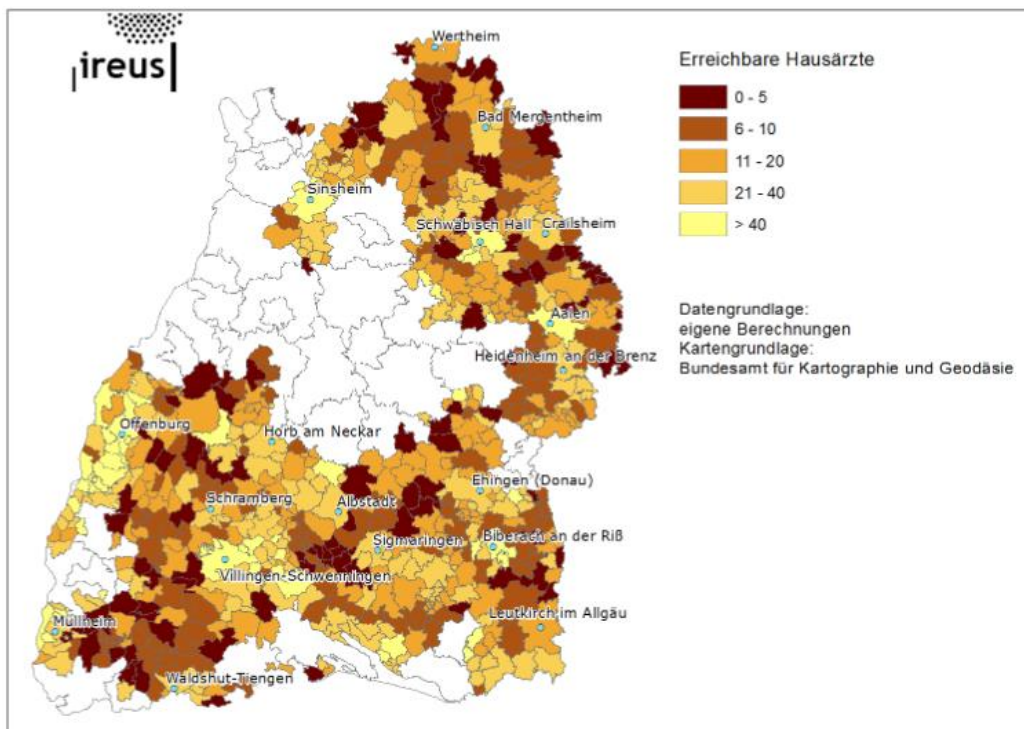
¹⁹⁹ Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 86.

Abbildung 6: Versorgungsdichte der Hausärzte je 100.000 Einwohner



Quelle: IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 86.

Abbildung 7: Darstellung der erreichbaren Hausärzte in max. 15 Minuten



Quelle: IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 86.

Betrachtet man die Versorgungsdichte und die Erreichbarkeit der Hausärzte anhand der Abbildungen sechs und sieben, so zeigt sich, dass selbst in Gebieten mit hoher Versorgungsdichte die Erreichbarkeit ein Problem darstellen kann.

Die hausärztliche Versorgung im Ländlichen Raum in Baden-Württemberg muss deshalb durchaus differenziert betrachtet werden. Je nach Region unterscheiden sich die Versorgungslage an sich und die Probleme bei der Versorgung. Aber auch die KVBW hat festgestellt, dass die ländlichen Räume zunehmend mit großen Herausforderungen zu kämpfen haben.

4.1.1 Rolle der Krankenhäuser bei der Versorgung im ländlichen Raum

Für die Krankenhausplanung zur bedarfsgerechten Versorgung unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Aspekte sind die einzelnen Bundesländer zuständig²⁰⁰. Der Krankenhausplan für Baden-Württemberg zum 01. Mai 2017 beschreibt die aktuelle Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg mit 217 Krankenhäusern und 57.735 Planbetten²⁰¹. Wie in Kapitel 2.1 bereits erläutert sind die Krankenhäuser grundsätzlich Teil der stationären Versorgung. Nur in Fällen von Vor- oder Nachbehandlungen eines stationären Aufenthalts finden auch ambulante Behandlungen in Krankenhäusern statt²⁰². Durch Gesundheitsreformen in den letzten 15 Jahren wurden die Möglichkeiten zum Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Krankenhäusern erleichtert²⁰³. Insbesondere bei Leistungen, die eine Spezialisierung erfordern, kann die ambulante Versorgung ohne weitere Verträge in zugelassenen Krankenhäusern erfolgen²⁰⁴. Insbesondere die Option, dass Krankenhäuser für Regionen, in denen Unterversorgung festgestellt wird,

²⁰⁰ Vgl. § 1 KHG; § 1 LKHG BW; Wabnitz in: Luthe, Kommunale Gesundheitslandschaften, S. 340; <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/krankenhaeuser/krankenhausplanung/> [17.08.17].

²⁰¹ Vgl. Sozialministerium Baden-Württemberg, Verzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser zum 01.05.2017.

²⁰² Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 230.

²⁰³ Vgl. Heins in: Paquet/Schroeder, Gesundheitsreform 2007, S. 153; Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 230.

²⁰⁴ Vgl. Heins in: Paquet/Schroeder, Gesundheitsreform 2007, S. 153; Braun, Das bringt mir die Gesundheitsreform, S. 39f.

zur ambulanten ärztlichen Versorgung zugelassen werden müssen, ist bedeutend für ambulante Behandlungen²⁰⁵. Demnach kann aufgrund der vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellten Unterversorgung oder eines zusätzlichen Versorgungsbedarfs für bestimmte Regionen, die ambulante hausärztliche Versorgung auch in Krankenhäusern erfolgen²⁰⁶. Die Krankenhäuser könnten dadurch Schwachstellen und Engpässe, insbesondere in ländlichen Regionen, bei der ambulanten ärztlichen Versorgung überbrücken. In Baden-Württemberg ist der Anteil an Krankenhäusern in ländlichen Regionen vergleichsweise gering²⁰⁷. Unter 10% der Krankenhäuser in Baden-Württemberg liegen in ländlichen Regionen²⁰⁸. Die Rolle der Krankenhäuser kann durchaus bedeutsam sein, wenn die ambulante ärztliche Versorgung aufgrund des § 116a SGB V in einzelnen Krankenhäusern erfolgt. Durch die geringe Anzahl an Krankenhäusern in ländlichen Regionen Baden-Württembergs sind hier die Krankenhäuser bei der regelmäßigen ambulanten Behandlung im Allgemeinen eher von untergeordneter Bedeutung, können aber im Einzelfall durchaus Versorgungslücken schließen.

Von besonderer Wichtigkeit sind die Krankenhäuser jedoch für die ambulante Versorgung in Notfällen²⁰⁹. Außerhalb der Sprechzeiten der Hausärzte sind die, oftmals an den Kliniken angegliederten Notfallpraxen, für die ambulante Erstversorgung zuständig²¹⁰. Dadurch müssen die niedergelassenen Hausärzte keine zusätzlichen Bereitschaftsdienste wahrnehmen. Durch Notfallpraxen in oder an Krankenhäusern sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen eine schnelle, ambulante Versorgung

²⁰⁵ Vgl. § 116a SGB V; Bundesrat Berichtigung zu Drucksache 641/14, 29.01.2015, Anlage 1a; Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 230.

²⁰⁶ Vgl. § 116a SGB V.

²⁰⁷ Vgl. Studie des Deutschen Krankenhausinstituts, https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/laendliche_krankenhaeuser.pdf [17.08.2017].

²⁰⁸ Vgl. Studie des Deutschen Krankenhausinstituts, https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/laendliche_krankenhaeuser.pdf [17.08.17].

²⁰⁹ Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/168356/Ambulante-Notfallversorgung-Patienten-behandeln-aber-am-richtigen-Ort> [22.08.17].

²¹⁰ Vgl. § 75 Abs. 2 SGB V; http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/72/aid/14874/title/Notfallpraxis___Portalpraxis_am_Krankenhaus_ [22.08.17].

sicherstellen²¹¹. Die Krankenhäuser sind dadurch für die ambulante Notfallversorgung auch im hausärztlichen Sektor sehr bedeutend.

4.1.2 Funktion anderer Anbieter bei der Versorgung im ländlichen Raum

Neben den Krankenhäusern werden auch die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen dem Sektor der stationären Versorgung zugeordnet. Diese Einrichtungen werden nach der Form der Leistungserbringung überwiegend in ambulante, stationäre und mobile Einrichtungen unterschieden²¹². Durch die Aufgabe der Krankheitsvorsorge oder rehabilitativen Krankheitsnachsorge, sollen ärztlich notwendige Behandlungen abgewandt werden²¹³. Dies hat mittelbare Auswirkungen auf die ambulante ärztliche Versorgung, da durch Rehabilitationsbehandlungen die Patientenzahlen in den Arztpraxen verringert, beziehungsweise zumindest nicht erhöht werden sollen. Jedoch handelt es sich hierbei meist um den fachärztlichen Versorgungssektor, sodass die Funktion der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen nachrangig zu betrachten ist.

Die Anbieter ambulanter Pflegedienste hingegen gewinnen bei der ambulanten ärztlichen Versorgung zunehmend an Bedeutung²¹⁴. Die freigemeinnützigen oder öffentlichen Sozialstationen übernehmen sowohl die Pflege wie auch die hauswirtschaftliche Versorgung in den Wohnungen der Patienten²¹⁵. Zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes kann die ambulante medizinische Behandlung verordnet werden²¹⁶. Darüber hinaus kann die ambulante ärztliche

²¹¹ Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz/khsg.html> [22.08.17].

²¹² Vgl. Lübke, Rehabilitationseinrichtungen in: Glaeske/Neugebauer/Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S.257.

²¹³ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 211; http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=2039::Krankenhaus [22.08.17].

²¹⁴ Vgl. Kleina/ Kuhlmeier/ Schaeffer, Pflegerische Langzeitversorgung in: Glaeske/Neugebauer/ Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S.265.

²¹⁵ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 285; <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html> [22.08.17].

²¹⁶ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 285, S. 306.

Versorgung durch die ambulanten Pflegedienste unterstützt werden²¹⁷. Durch die ambulante Pflegebehandlung beim Patienten vor Ort, sind Arztbesuche in der hausärztlichen Praxis für kleinere medizinische Leistungen nicht mehr erforderlich.

Die wichtigste Funktion der weiteren Anbieter in der ambulanten ärztlichen Versorgung kommt jedoch den Apotheken zu²¹⁸. Durch die in Deutschland geltende Apothekenpflicht für Arzneimittel haben Patienten außerhalb von Apotheken keinen Zugang zu den verschriebenen Medikamenten²¹⁹. Eine gute Infrastruktur der Apotheken ist somit zentral für die Hausarztpraxen, damit eine entsprechende Abdeckung mit Arzneimitteln sicher gestellt ist²²⁰. Insbesondere auch aufgrund der Tatsache, dass die Apotheken neben der Prüfung und Herausgabe der Arzneimittel die Patienten entsprechend über die Anwendung und Wirkung der Medikamente zu informieren haben²²¹. Die Verschreibung von Arzneimitteln bestimmt oftmals über das Arzt-Patienten-Verhältnis und ist gleichzeitig eine Behandlungstherapie ohne geringen Aufwand für den Arzt²²². Eine ausreichende Anzahl an erreichbaren Apotheken ist für die ambulante ärztliche Versorgung von großer Bedeutung. Die Aufgaben und Funktion einer Apotheke kann nicht vom Hausarzt selbst erbracht werden, muss aber für eine angemessene ärztliche Behandlung gegeben sein.

Die Funktion und Bedeutung der weiteren Anbieter (Pflegedienste, Apotheken) in der gesundheitlichen Versorgung, sowohl im stationären wie auch im ambulanten Sektor, sind meistens nicht auf den ersten Blick

²¹⁷ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 285.

²¹⁸ Vgl. Pieper, Apotheken in: Glaeske/ Neugebauer/ Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S.271.

²¹⁹ Vgl. Pieper, Apotheken in: Glaeske/ Neugebauer/ Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S.272.

²²⁰ Vgl. Pieper, Apotheken in: Glaeske/ Neugebauer/ Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S.271; Hajen/ Paetow/ Schumacher, Gesundheitsökonomie, S.190.

²²¹ Vgl. Pieper, Apotheken in: Glaeske/ Neugebauer/ Pfaff, Lehrbuch Versorgungsforschung, S.271.

²²² Vgl. Hajen/ Paetow/ Schumacher, Gesundheitsökonomie, S.190; <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72752/verordnung-und-verbrauch> [22.08.17].

ersichtlich. Im Gesamtgeflecht des komplexen deutschen Gesundheitssystems kommt ihnen jedoch eine wichtige Aufgabe zu.

4.2 Herausforderungen der ärztlichen Versorgung

Es zeigen sich in den verschiedensten Bereichen Herausforderungen für die ambulante hausärztliche Versorgung. Unterschiedliche Ansprüche, Erwartungen und bestimmte Probleme sind Anlass dafür tätig zu werden, um den sich daraus entwickelnden Versorgungsbedarf der Bevölkerung Baden-Württembergs decken zu können. Die Herausforderungen können nach den Leistungsempfängern, Leistungserbringern und weiteren Akteuren differenziert werden.

4.2.1 Demografischer Wandel: Patientenzahlen und Häufigkeit der Praxisbesuche

Beeinflusst durch den demografischen Wandel verändern sich die gesellschaftlichen Strukturen und die in Deutschland lebende Gesellschaft wird zunehmend weniger und älter. Unter dem Begriff demografischer Wandel werden dabei unter anderem die Veränderungen und Folgen der niedrigen Geburtenrate sowie der höheren Lebenserwartung zusammengefasst²²³. Entsprechend dieser gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen zeigen sich Herausforderungen bei der ambulanten hausärztlichen Versorgung. Im Jahr 2015 lebten 3.643.759 Menschen im Ländlichen Raum Baden-Württembergs²²⁴. Der Anteil der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre lag bei knapp 20%²²⁵. Für das Jahr 2030 wird eine Einwohnerzahl von 3.694.762 Menschen für den Ländlichen Raum prognostiziert²²⁶. Die Bevölkerungsgruppe über 65 Jahren macht dann voraussichtlich ein Viertel der Gesamtbevölkerung im

²²³ Vgl. Thiele, Entwicklungsmöglichkeiten nichtärztlicher Gesundheitsberufe, S.15; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/erausforderungen/demografischer-wandel.html> [23.08.17].

²²⁴ Vgl. <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Alter/01035410.tab?R=RK05> [23.08.17].

²²⁵ Vgl. <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Alter/01035410.tab?R=RK05> [23.08.17].

²²⁶ Vgl. <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/98015023.tab?R=RK05> [23.08.17].

Ländlichen Raum Baden-Württembergs aus²²⁷. Diese Veränderung der Bevölkerungsstruktur spiegelt sich auch im Behandlungsbedarf und der notwendigen Zahl an Hausärzten wieder²²⁸. Es kommt zu einem veränderten Versorgungsbedarf²²⁹. Dies spürt speziell der ländliche Raum, da junge Menschen diesen oft verlassen und ältere Bürger wohnhaft bleiben²³⁰. In der immer älter werdenden Gesellschaft zeigen sich vermehrt chronische und altersbedingte Erkrankungen mit entsprechenden Folgeerkrankungen²³¹. Das häufigere Auftreten von Krankheitsbildern auch mit Blick auf neue Krankheiten führt zu einer Steigerung der Patientenzahlen und vermehrten Praxisbesuchen²³². Die Patienten benötigen eine längere adäquate Begleitung, damit das medizinisch erforderliche Betreuungsangebot gewährleistet werden kann²³³.

Die Verhältniszahl der benötigten Hausärzte wird mit dem Demografiefaktor planungsbereichsbezogen angepasst²³⁴. Die steigende Zahl der benötigten Hausärzte einer älteren Gesellschaft basiert auf der Einbeziehung eines Altersfaktors, der sich an dem Anteil der über 65-Jährigen orientiert²³⁵. Zudem berechnet sich der Demografiefaktor aus dem Leistungsbedarfsfaktor, der sich auf die Abrechnungsstatistiken der kassenärztlichen Bundesvereinigung bezieht²³⁶. Hierbei wird der Behandlungsbedarf der über 65-Jährigen dem der unter 65-Jährigen gegenübergestellt²³⁷. Die Veränderungen der regionalen Altersstrukturen

²²⁷ Vgl. <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/98015023.tab?R=RK05> [23.08.17].

²²⁸ Vgl. Baier Förderung der allgemeinärztlichen Versorgung im Land in: BWGZ 20|2012, S.858.

²²⁹ Vgl. http://www.kbv.de/media/sp/2015_06_11_Presseseminar_KBV_v07.pdf, S. 4f.

²³⁰ Vgl. Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S. 38.

²³¹ Vgl. Hodek/Niehaus/Vater Rehabilitation und berufliche Teilhabe in: Luthe, Kommunale Gesundheitslandschaften, S. 418.

²³² Vgl. http://www.kbv.de/media/sp/2015_06_11_Presseseminar_KBV_v07.pdf, S. 9f.

²³³ Vgl. Luthe, Kommunale Gesundheitslandschaften, S.12.

²³⁴ Vgl. § 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses; Pfeleiderer, Die ärztliche Bedarfsplanung in: BWGZ 06|2015, S. 293.

²³⁵ Vgl. § 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

²³⁶ Vgl. § 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

²³⁷ Vgl. § 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses; Pfeleiderer, Die ärztliche Bedarfsplanung in: BWGZ 06|2015, S. 293.

im Ländlichen Raum bedeuten somit meist einen höheren Bedarf an Hausärzten für diese Planungsbereiche²³⁸.

Der demografische Wandel stellt aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung das Gesundheitswesen vor die große Herausforderung einen Mehrbedarf an Hausärzten decken zu müssen. Die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung bedeutet insbesondere eine Häufung an Praxisbesuchen aufgrund der gestiegenen Morbidität und der unterschiedlichen Erkrankungen. Die Zahl der Hausärzte muss entsprechend schnell angepasst werden, um diesen ersten höheren Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft in den ambulanten Praxen angemessen decken zu können.

4.2.2 Ansprüche der Patienten - erreichbare qualitative Versorgung

Neben den Herausforderungen der veränderten Altersstruktur der Patienten stellen auch die sich wandelnden Ansprüche der Patienten das Gesundheitssystem vor besondere Aufgaben. Weder im Verdichtungsraum noch im Ländlichen Raum gibt es den typischen Patienten. Jedoch werden Patienten zunehmend älter und alleinstehend²³⁹. Außerdem leben die Menschen länger zuhause, bleiben länger mobil und sind zunehmend selbstbestimmter²⁴⁰. Dies zeigt sich auch im Verhältnis zwischen Arzt und Patient, da der Patient immer besser informiert und in die Entscheidungen integriert sein möchte²⁴¹. Insbesondere der einfache Zugang zu Informationen über Krankheiten und Behandlungsformen durch das Internet führt dazu, dass Patienten den Anspruch stellen von ihrem Arzt allumfassend aufgeklärt zu werden²⁴². Zudem erwartet der Patient vermehrt, dass er auch über an die

²³⁸ Vgl. Eigene Darstellung, Einordnung der ländlichen Gemeinden in die Mittelbereiche, Tabelle 3.

²³⁹ Vgl. Präsentation Johannes Stingl, Standortfaktoren Gesundheitsversorgung, November 2012.

²⁴⁰ Vgl. Präsentation Johannes Stingl, Standortfaktoren Gesundheitsversorgung, November 2012.

²⁴¹ Vgl. Beckert, Leistungsmanagement im Krankenhaus in: Häusler/Kremin-Buch/Unger Gesundheitsökonomie Eine Langfristorientierung, S. 66.

²⁴² Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58489/Umfrage-Internet-Surfen-veraendert-das-Patient-Arzt-Verhaeltnis> [23.08.17].

Behandlung anknüpfende Versorgungsangebote informiert wird²⁴³. Die Behandlungsentscheidungen eines Arztes werden nicht mehr bedingungslos akzeptiert, sodass der Arzt entsprechend gefordert ist, die Entscheidung offen und umfassend darzustellen²⁴⁴. Diese Informationspflicht kann für die Ärzte, bei engen Behandlungsplänen und vorgegebenem Zeitbudget, eine weitere Belastung sein.

Der grundsätzlich überwiegende Anspruch des Patienten ist es jedoch möglichst schnell und schmerzfrei behandelt und gesund zu werden²⁴⁵. Neue Techniken und Behandlungsmethoden in der Medizin führen dazu, dass der Patient die Behandlung und Heilung ohne große Zeitverzögerung fordert²⁴⁶. Im Rahmen dieses medizinischen Fortschritts erwarten die Patienten eine hochqualitative ärztliche Versorgung²⁴⁷. Die Patienten fordern, dass sie unmittelbar am medizinischen Fortschritt teilhaben. Es wird erwartet, unabhängig von den Kosten, die besten Behandlungsmethoden und Arzneimittel/medizinischen Hilfen zu erhalten²⁴⁸. Der Anspruch der Patienten besteht unter anderem in einer qualitativen Versorgung in den ambulanten Hausarztpraxen.

Mit der Forderung nach einer qualitativen Versorgung geht auch der Bedarf einer wohnortnahen Behandlung einher. Die Patienten verlangen insbesondere in den ländlichen Regionen die Sicherstellung der erreichbaren ambulanten Versorgung²⁴⁹. In Frage gestellt wird dabei oftmals, welche Entfernungen gerade alten Menschen noch zugemutet

²⁴³ Vgl. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Qualitätsmanagement und die Sicht der Patienten, http://www.aeqq.de/aezq/kompodium_q-m-a/3-qualitaetsmanagement-und-die-sicht-der-patienten [23.08.17].

²⁴⁴ Vgl. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Qualitätsmanagement und die Sicht der Patienten, http://www.aeqq.de/aezq/kompodium_q-m-a/3-qualitaetsmanagement-und-die-sicht-der-patienten [23.08.17].

²⁴⁵ Vgl. Weatherly, Qualitätsmanagement im Bereich örtlicher Versorgungsstrukturen in: Luthe, Kommunale Gesundheitslandschaften, S. 122.

²⁴⁶ Vgl. Weatherly, Qualitätsmanagement im Bereich örtlicher Versorgungsstrukturen in: Luthe, Kommunale Gesundheitslandschaften, S. 122.

²⁴⁷ Vgl. Baier Förderung der allgemeinärztlichen Versorgung im Land in: BWGZ 20|2012, S.858.

²⁴⁸ Vgl. Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S. 17.

²⁴⁹ Vgl. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Qualitätsmanagement und die Sicht der Patienten, http://www.aeqq.de/aezq/kompodium_q-m-a/3-qualitaetsmanagement-und-die-sicht-der-patienten [23.08.17].

werden können²⁵⁰. Zeitspannen zur Erreichung einer Arztpraxis von 15 Minuten werden bei der IREUS Studie für die Analyse der gesundheitlichen Versorgung angesetzt²⁵¹. Von den Kommunen und deren Vertretern hingegen werden erreichbare Hausarztpraxen in jeder Gemeinde gefordert²⁵². Unbestritten ist jedoch, dass für Patienten, insbesondere für ältere Menschen im Ländlichen Raum, die Erreichbarkeit von hausärztlichen Praxen ein wichtiger Punkt bei aktuellen Versorgungsdiskussionen ist.

Bei der Entwicklung des Gesundheitssystems liegt der Fokus vermehrt auf der Patientenorientierung, sodass deren Ansprüche oftmals große Herausforderungen darstellen²⁵³. Mehrfach wird die Bürger- und Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal der ambulanten ärztlichen Versorgung in den Vordergrund gestellt²⁵⁴, so müssen die Forderungen der Patienten auch entsprechendes Gehör und Berücksichtigung bei der Entwicklung des Gesundheitswesens finden.

4.2.3 Altersstruktur und Nachwuchsproblematik im Fachbereich Allgemeinmedizin

Als Ergebnis des demografischen Wandels und entsprechend den Ansprüchen der Patienten zeigt sich ein zunehmender Bedarf an Hausärzten. Zum Ende des Jahres 2016 waren in Baden-Württemberg 35% der 7.102 Hausärzte über 60 Jahre alt²⁵⁵. Zum 1. Januar 2017 lag das Durchschnittsalter der Hausärzte Baden-Württembergs bei 55,8 Jahren²⁵⁶. Die Entwicklung zeigt, dass das Durchschnittsalter der Ärzte

²⁵⁰ Vgl. Rinkel, Ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg langfristig sichern in: BWGZ 20|2012, S. 854.

²⁵¹ Vgl. Vgl. IREUS Studie, Beitrag der ländlichen Räume BW, Endbericht, 2011, S. 86.

²⁵² Vgl. Jäger, Wohnortnahe ärztliche Versorgung – in Zukunft nur noch Wunschtraum? in: BWGZ 06|2015, S. 288ff.

²⁵³ Vgl. Baier Förderung der allgemeinärztlichen Versorgung im Land in: BWGZ 20|2012, S.858.

²⁵⁴ Vgl. Altpeter, Gesundheitspolitik – Gesundheit und ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg in: BWGZ 06|2015, S. 286.

²⁵⁵ Vgl. Bericht KVBW, Die ambulante medizinische Versorgung 2016, Oktober 2016, S. 40.

²⁵⁶ Vgl. <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/daten-fakten/altersstruktur-der-aerztetherapeuten/> [24.08.17].

auch in den kommenden Jahren immer weiter ansteigen wird²⁵⁷. Die vorherrschende Altersstruktur der Ärzte ist bereits heute bedenklich und eine weitere Herausforderung für die ambulante Behandlung²⁵⁸. Die Anzahl der Hausärzte, die in den Ruhestand gehen und damit ihre Praxis aufgeben steigt und führt mutmaßlich zu einem Defizit an ambulanten Versorgungsmöglichkeiten²⁵⁹. Viele Hausärzte finden keine Nachfolge für ihre Arztpraxen²⁶⁰. Speziell die Praxen zur hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum stehen vor dem Problem Nachwuchs zu gewinnen²⁶¹. Viele junge Ärzte werden benötigt, um eine angemessene und bedarfsgerechte Versorgung im ambulanten Sektor sichern zu können²⁶².

Jedoch zeigt sich bei der Betrachtung der Studentenzahlen für Medizin, dass nur eine geringe Zahl der kommenden Ärztegeneration eine Tätigkeit als Hausarzt in Betracht zieht²⁶³. Die Berufsausübung als Hausarzt kommt für junge Ärzte durch die Wahl des Facharztes in Allgemeinmedizin in Betracht. Die Zahl der Ärzte in Deutschland ist so hoch wie noch nie²⁶⁴. Die Medizinstudenten folgen jedoch dem Trend, dass im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt eine Spezialisierung in eine einzelne Fachrichtung erforderlich ist²⁶⁵. So entscheiden sich nur wenige Medizinstudenten für die Facharztanerkennung im Fach Allgemeinmedizin²⁶⁶. Im Moment sind rund 40% der Ärzte als Hausärzte tätig, aber nur knapp 10% der Medizinstudenten entscheiden sich für den

²⁵⁷ Vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2013/> [24.08.17].

²⁵⁸ Vgl. Tröscher, Situation der ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg in: BWGZ 06|2015, S.294.

²⁵⁹ Vgl. Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S.41.

²⁶⁰ Vgl. Altpeter, Neuausrichtung des Förderprogramms „Landärzte“ in: BWGZ 20|2012, S. 848; Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S.38.

²⁶¹ Vgl. Rössner, Die Zukunft der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum in: BWGZ 20|2012, S. 851.

²⁶² Vgl. Tröscher, Situation der ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg in: BWGZ 06|2015, S.294.

²⁶³ Vgl. Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S.41.

²⁶⁴ Vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/> [23.08.17]; Pressemitteilung GKV-Spitzenverband, Einfach nur mehr Ärzte löst kein Versorgungsproblem, Berlin 27.02.2014.

²⁶⁵ Vgl. Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S.19; Baier, Förderung der allgemeinärztlichen Versorgung im Land in: BWGZ 20|2012, S.858.

²⁶⁶ Vgl. Sachverständigenrat, Gutachten 2014, Bedarfsgerechte Versorgung, S. 116; Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S.41.

Facharzt Allgemeinmedizin²⁶⁷. Durch das klinisch geprägte Studium und die dadurch fehlende Attraktivität des Fachs Allgemeinmedizin ist die Nachwuchsgewinnung für die hausärztliche Versorgung oftmals kompliziert²⁶⁸.

Der fehlende Nachwuchs im Fach Allgemeinmedizin für die immer älter werdenden Hausärzte wird für die ambulante Versorgung zum Problem. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung entsprechend den Ansprüchen der Patienten kann nur erfüllt werden, sofern die Zahl der Ärzte, die sich für das Fach Allgemeinmedizin entscheiden, in naher Zukunft ansteigt.

4.2.4 Veränderungen des Berufes Hausarzt: Feminisierung und Anstellungsverhältnis

Doch nicht allein die Altersstruktur und der fehlende Nachwuchs bei den Hausärzten stellt eine Herausforderung dar. Auch das Berufsbild und die Einstellung der jungen Ärzte zum Beruf des Hausarztes haben sich gewandelt.

Zum einen zeigt sich, dass sich immer mehr Frauen für das Medizinstudium entscheiden²⁶⁹. Zum 31.12.2016 lag laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer der Anteil der Frauen an den berufstätigen Ärzten in Gesamtdeutschland bei über 45%²⁷⁰. Da in den Erstsemestern der Anteil der Frauen ansteigt, wird sich die Zahl der Ärztinnen weiter erhöhen²⁷¹. Der große Frauenanteil führt unter anderem zu Ausfällen der Ärztinnen bedingt durch den Mutterschutz²⁷². Aber auch das vor zehn Jahren noch von Männern dominierte Berufsfeld des Hausarztes hat sich

²⁶⁷ Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_139633.jsp [23.08.17].

²⁶⁸ Vgl. Sachverständigenrat, Gutachten 2014, Bedarfsgerechte Versorgung, S. 116; Rössner, Die Zukunft der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum in: BWGZ 20|2012, S. 853.

²⁶⁹ Vgl. Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S.18; Baier, Förderung der allgemeinärztlichen Versorgung im Land in: BWGZ 20|2012, S.859; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/128438/Medizinstudium-4-8-Bewerber-pro-Studienplatz> [24.08.17].

²⁷⁰ Vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/> [24.08.17].

²⁷¹ Vgl. Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S.49.

²⁷² Vgl. Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S.19.

durch den steigenden Einfluss der Frauen gewandelt²⁷³. Die junge Generation der Ärzte setzt andere Prioritäten und ist nicht bereit 60 Stunden die Woche zu arbeiten²⁷⁴. Die jungen Ärzte haben den Wunsch, dass die gesetzlichen Arbeitszeitregelungen auch für sie gelten²⁷⁵. Das Thema Work-Life-Balance gewinnt immer mehr an Bedeutung. Mit dem Beruf als Hausarzt muss ein Privatleben mit der Familie und unterschiedlichen Freizeitaktivitäten in Einklang gebracht werden²⁷⁶. Zudem scheuen immer mehr junge Ärzte das wirtschaftliche Risiko einer eigenen Praxisniederlassung und die damit verbundenen bürokratischen Hürden²⁷⁷. Immer mehr Ärzte wünschen sich deshalb eine Beschäftigung im Angestelltenverhältnis oder in Teilzeitbeschäftigung²⁷⁸. Diese Entwicklung bestätigt sich bereits in der immer weiter ansteigenden Zahl der angestellten Ärzte²⁷⁹.

Außerdem möchte die kommende Ärztegeneration nicht mehr abgeschottet als Einzelkämpfer arbeiten, sondern wünscht sich vermehrt Arbeit im Team²⁸⁰. Auch der Wunsch nach Kooperation mit anderen Ärzten zur besseren Behandlung des Patienten nimmt zu²⁸¹. Infrastrukturelle Gegebenheiten vor Ort wie Kinderbetreuungsangebote, Verkehrsanbindungen und Berufsangebote für den Partner werden zunehmend bedeutender²⁸².

²⁷³ Vgl. Die ambulante medizinische Versorgung 2016, Versorgungsbericht KVBW, S. 5.

²⁷⁴ Vgl. Die ambulante medizinische Versorgung 2016, Versorgungsbericht KVBW, S. 5.

²⁷⁵ Vgl. Baier, Förderung der allgemeinärztlichen Versorgung im Land in: BWGZ 20|2012, S.859.

²⁷⁶ Vgl. Eidenmüller, Kommunale Strategien gegen den Hausärztemangel in: BWGZ 20|2012, S.860; Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S.19.

²⁷⁷ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem, S.159; Rössner, Die Zukunft der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum in: BWGZ 20|2012, S.851; Tröscher, Situation der ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg in: BWGZ 06|2015, S.294.

²⁷⁸ Vgl. Beske, Perspektiven des Gesundheitswesens, S.19, S.41; Simon, Das Gesundheitssystem, S.159; Die ambulante medizinische Versorgung 2016, Versorgungsbericht KVBW, S. 5.

²⁷⁹ Vgl. Simon, Das Gesundheitssystem, S.159; <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/> [24.08.17].

²⁸⁰ Vgl. Joos/ Steinhäuser, Strategien gegen den Hausärztemangel in: BWGZ 20|2012, S.857.

²⁸¹ Vgl. Rössner, Die Zukunft der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum in: BWGZ 20|2012, S. 851.

²⁸² Vgl. Luthé, Kommunale Gesundheitslandschaften, S. 20; Joos/ Steinhäuser, Strategien gegen den Hausärztemangel in: BWGZ 20|2012, S.857; Altpeter, Neuausrichtung des Förderprogramms „Landärzte“ in: BWGZ 20|2012, S. 848.

Das Bild des Berufes als Hausarzt hat sich gewandelt. Die junge Ärztegeneration stellt neue Ansprüche an die hausärztliche ambulante Versorgung. Insbesondere der Wunsch nach flexiblen, aber gesicherten Arbeitszeiten im Angestelltenverhältnis verändert die Behandlung in Hausarztpraxen. Diese Veränderungen und Ansprüche stellen bei der weiteren Entwicklung des ambulanten gesundheitlichen Versorgungssystems durchaus Schwierigkeiten dar. In jedem Fall müssen sie Berücksichtigung finden, da ansonsten, insbesondere im ländlichen Raum, keine Ärzte für die ambulante Versorgung mehr zu finden sein werden.

4.2.5 Diverse Erwartungen der einzelnen Akteure

Neben den Patienten und den Ärzten stellen auch die unterschiedlichen Erwartungen, der im Gesundheitswesen aktiven Akteure, eine zu beachtende Herausforderung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung dar.

Auf der einen Seite stehen die Kommunen. Für diese ist eine optimale Gesundheitsversorgung mit einem Hausarzt vor Ort von zentraler struktureller Bedeutung, da eine gute ärztliche Versorgung ein wichtiger Standortfaktor ist²⁸³. Als Vertreter vieler Gemeinden formuliert der Gemeindetag Baden-Württemberg deshalb die Forderung auf einen Hausarzt in jeder einzelnen Gemeinde²⁸⁴. Die Gemeinden verfolgen dabei das Ziel, dass die hausärztliche Behandlung über einen Rechtsanspruch auf einen niedergelassenen Hausarztsitz in jeder Kommune gesichert werden kann²⁸⁵. Die Erwartungen an die Politik und die KVBW beinhalten dementsprechend eine Anpassung der Bedarfsplanung zugeschnitten auf die Gemeinden und Städte²⁸⁶. Die Kommunen stellen damit auch klar,

²⁸³ Vgl. Rinkel, Ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg langfristig sichern in: BWGZ 20|2012, S. 855; Eidenmüller, Kommunale Strategien gegen den Hausärztemangel in: BWGZ 20|2012, S.861.

²⁸⁴ Vgl. <https://gemeindetag-bw.de/internet/themen/%C3%A4rztliche-versorgung> [25.08.17].

²⁸⁵ Vgl. Pressemitteilung Gemeindetag BW, Gemeindetag fordert Rechtsanspruch, 25.09.2014.

²⁸⁶ Vgl. Zumeldung des Gemeindetag BW zu 10-Punkte Programm der SPD, 30.03.2017.

dass nicht sie für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung verantwortlich sind und dass die KVBW die notwendigen Finanzierungsmittel zu tragen hat²⁸⁷. Damit ist es der vorherrschende Anspruch der Kommunen, dass in jeder einzelnen Gemeinde ein Hausarzt für die ambulante ärztliche Versorgung zur Verfügung steht.

Die Forderungen und Erwartungen der gesetzlichen Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband richten sich zunächst an die Ärzteschaft. Um eine bessere Versorgung für die Versicherten bieten zu können, sollen die Innovationen des medizinischen Fortschritts aktiv in die Behandlungen eingebaut und genutzt werden²⁸⁸. Darüber hinaus müssten speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung mehr Möglichkeiten für Anstellungsverhältnisse geschaffen, sowie Kooperationen zwischen einzelnen Praxen gefördert werden²⁸⁹. Außerdem wird erwartet, dass im Bereich der Ausbildung und Weiterbildung das Ansehen der allgemeinärztlichen Versorgung mehr gestärkt wird²⁹⁰. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen fordert zudem, dass der Gesetzgeber neue, von der aufgeschriebenen Diagnose unabhängige, Bedingungen für die Abrechnung der ärztlichen Vergütung schafft²⁹¹.

Im Rahmen von ständigen Diskussionen über Veränderungen und Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen, erwartet die KVBW, dass die Existenzen der niedergelassenen Ärzte gesichert werden²⁹². Zudem hat die KVBW den Anspruch, dass auch die Verantwortung der Patienten mehr in das Versorgungssystem integriert wird, um die Ärzte

²⁸⁷ Vgl. Pressemitteilung Gemeindegtag BW, Gemeindegtag fordert Rechtsanspruch, 25.09.2014; Zumeldung des Gemeindegtag BW zu 10-Punkte Programm der SPD, 30.03.2017.

²⁸⁸ Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressekonferenzen_gespraechе/2014_1/140227_positionen_amb_versorgung.jsp [25.08.17].

²⁸⁹ Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraechе/2014_1/pk_2014_02_27_amb_versorgung/2014-02-27_Vortrag_ambulante_Versorgung_Stackelberg_Partсh.pdf [25.08.17].

²⁹⁰ Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressekonferenzen_gespraechе/2014_1/140227_positionen_amb_versorgung.jsp [25.08.17].

²⁹¹ Vgl. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressekonferenzen_gespraechе/2014_1/140227_positionen_amb_versorgung.jsp [25.08.17].

²⁹² Vgl. ergo Ausgabe 3 - August 2017, Mitteilungsblatt der KVBW, Was kommt auf die Niedergelassenen zu?, S. 3.

entsprechend zu entlasten²⁹³. Auch die Erwartungen der Ärzte zu mehr Teamarbeit und Kooperation finden sich in den Ansprüchen der KVBW wieder. Die medizinische Behandlung soll jedoch weiterhin in den hausärztlichen Praxen verankert bleiben und nicht auf andere Anbieter übertragen werden²⁹⁴. Die KVBW fordert, dass die Problematik der Budgetierung in der ambulanten Versorgung von der Politik behoben wird²⁹⁵. Es wird erwartet, dass die Einnahmen der Ärzte entsprechend angepasst werden, da aufgrund der aktuellen Budgetregelung keine ausreichende wirtschaftliche Vergütung erfolgt²⁹⁶. Der Anspruch der KVBW beinhaltet, dass zur Verbesserung der hausärztlichen ambulanten Versorgung, die Praxen besser mit Finanzmitteln ausgestattet werden, um den hohen Behandlungsbedarf qualitativ abdecken zu können²⁹⁷.

5 Zukunftsszenario

Die verschiedenen Herausforderungen setzen das Gesundheitswesen unter Wandlungsdruck. Ein zukunftsfähiges ambulantes Gesundheitswesen muss sich dafür den von den Patienten, den Ärzten und den weiteren Akteuren aufgeworfenen Ansprüchen und Erwartungen stellen. Wie die ärztliche Versorgungsstruktur aussehen könnte und wie nahe bereits laufende Lösungsprogramme diesem Modell kommen, wird in den letzten Kapiteln dieser Arbeit dargestellt.

5.1 Ärztliche Versorgung 4.0

Bereits in den letzten Jahren wurde das Gesundheitswesen, speziell die ambulante hausärztliche Versorgung, strukturellen Veränderungen unterzogen. Aber auch in den nächsten fünf, zehn, zwanzig Jahren sind

²⁹³ Vgl. ergo Ausgabe 3 - August 2017, Mitteilungsblatt der KVBW, Was kommt auf die Niedergelassenen zu?, S. 3.

²⁹⁴ Vgl. ergo Ausgabe 3, Mitteilungsblatt der KVBW, Was kommt auf die Niedergelassenen zu?, S. 3, August 2017.

²⁹⁵ Vgl. Pressemitteilung KVBW, Praxen haben keine ausreichende wirtschaftliche Basis, 07.10.2014; ergo Ausgabe 3 - August 2017, Mitteilungsblatt der KVBW, Was kommt auf die Niedergelassenen zu?, S. 3.

²⁹⁶ Vgl. Pressemitteilung KVBW, Praxen haben keine ausreichende wirtschaftliche Basis, 07.10.2014.

²⁹⁷ Vgl. ergo Ausgabe 3 - August 2017, Mitteilungsblatt der KVBW, Was kommt auf die Niedergelassenen zu?, S. 3f.

weitere Erneuerungen nötig. Nachfolgend wird beispielhaft ein mögliches Zukunftsmodell des Gesundheitswesens mit neu gestalteten Strukturen, basierend auf den heutigen Herausforderungen, dargestellt.

Im Medizinstudium wird der Bereich des Facharztes für Allgemeinmedizin für alle Studenten mehr in das Curriculum integriert sein. Jede Universität an der Medizin gelehrt wird, wird einen Lehrstuhl, ein Institut oder einen Fachbereich für Allgemeinmedizin verpflichtend eingerichtet haben. Das Thema hausärztliche Versorgung wird einen zentralen Stellenwert vom Beginn des Studiums einnehmen. Für die Medizinstudenten ist ein Praktikum in einer hausärztlichen Praxis zwingend. Die Qualität und Anerkennung für die Allgemeinmedizin wird sowohl in der Ausbildung, wie auch in der Weiterbildung deutlich gestiegen sein.

Die Möglichkeiten der Niederlassungen werden sich gewandelt haben. Bürokratische Hürden in der Niederlassungs- und Abrechnungssystematik werden abgebaut. Es wird einen Träger geben, der es Ärzten ermöglichen wird, in Praxen Teilzeit in einem angestellten Verhältnis zu arbeiten. Diese Vorteile wird es insbesondere im ländlichen Raum geben, um dort die Anreize für Ärzte zu stärken. Es wird kaum noch Einzelpraxen, sondern vermehrt medizinische Versorgungszentren oder Gemeinschaftspraxen geben, in denen die Ärzte zusammen arbeiten können.

Die Tätigkeit des Arztes wird sich auf bestimmte medizinische Fälle beschränken. Es wird entgegen dem Anspruch der KVBW nicht möglich sein, dass alle medizinischen Leistungen von einem Arzt erbracht werden. Für Leistungen, die mehr der Betreuung oder Vor- oder Nachsorge dienen, werden nicht die Hausarztpraxen, sondern andere Einrichtungen oder ambulante Pflegedienste zuständig sein. Es wäre auch möglich, dass sich an die Hausarztpraxen entsprechende Betreuungszentren anschließen. Diese übernehmen dann die umfassende Beratung der Patienten über die Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten. Insbesondere im ländlichen Raum könnten diese Zentren ein sozialer Anker für ältere Menschen sein, indem gleichzeitig vorsorgende Gesundheitsangebote stattfinden. Dies würde eine Art Doppelsystem

aufbauen, sodass sich der Arzt nur noch auf die medizinische Behandlung konzentrieren könnte, der Patient aber umfassend aufgeklärt ist und sich tiefgehend mit seiner Gesundheit beschäftigen kann.

Um dies erfüllen zu können, werden die einzelnen Akteure in Zukunft immer stärker vernetzt sein. Ambulante Pflegedienste und Arztpraxen werden gemeinsame Datenbanken über den Patienten nutzen können, sodass eine effizientere Versorgung möglich ist. Die Apotheken werden miteingebunden, da nur im Zusammenspiel eine angemessene Behandlung möglich sein wird. Die klare Grenze zwischen dem ambulanten und stationären Sektor wird zunehmend verschwimmen. Die Verknüpfung und Vernetzung wird hier deutlich stärker sein, um die Versorgung des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden mehr im Fokus der gesundheitlichen Versorgung stehen. Aufgrund von chronischen Erkrankungen und Folgeerkrankungen sind diese Einrichtungen von großer Bedeutung. Hier muss gemeinsam mit dem zuständigen Hausarzt ein reger Kontakt und eine passende Behandlungsform ermittelt werden. Die einzelnen Akteure werden nicht mehr getrennt voneinander agieren können. Der Hausarzt, beziehungsweise die Hausarztpraxis, wird dabei als zentraler Ansprechpartner einen enormen Stellenwert einnehmen, da die Vernetzung der einzelnen Ebenen entsprechend koordiniert werden muss. Das bedeutet, dass auch flexiblere Behandlungsformen und ganze Versorgungskonzepte mehr im Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung stehen werden.

Insbesondere für den ländlichen Raum wird deshalb die Bedarfsplanung angepasst worden sein. Die Strukturierung und Feststellung des Versorgungsgrades nach Mittelbereichen wird dem Anspruch der Patienten nicht gerecht. Der Versorgungsgrad wird entsprechend den tatsächlichen Verhältnissen in jeder einzelnen Gemeinde festgestellt werden. Der Mehraufwand wird von der Solidargemeinschaft getragen werden. Als Orientierungsmerkmal wird die Entfernung beziehungsweise Erreichbarkeit maßgeblich sein. Da es kaum möglich sein wird, in jeder

kleinen Gemeinde im dem ländlichen Raum eine Hausarztpraxis einzurichten, werden die Ärzte in der Versorgung flexibler werden müssen. Der Hausarzt wird mobiler sein müssen und die primäre ambulante hausärztliche Versorgung der Patienten wird in kleineren Arztträumen möglich sein. Die Möglichkeit der Patientenbusse wird nur noch im Rahmen von komplexeren Untersuchungen bestehen. Jedoch ist auch hier die Vernetzung zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen deutlich gestiegen, sodass fachärztliche Untersuchungen allumfassend in einem stationären Krankenhaus als ambulante Leistung erbracht werden.

Die Digitalisierung bietet bei der ambulanten Versorgung neue Behandlungsmodelle. Der Arzt muss nicht mehr in der Wohnung des Patienten sein, beziehungsweise der Patient muss nicht mehr in der Arztpraxis sein, um eine Diagnose gestellt zu bekommen. Mittels Internet und Bildschirmen, sowie der Möglichkeit von Blutdruck-, Blutzuckerspiegelmessungen und weiteren simplen Untersuchungen durch entsprechende medizinische Geräte, wird dem Patienten ein Arztbesuch erspart. Der medizinische Fortschritt wird es ermöglichen auf Kontrolltermine beim Hausarzt verzichten zu können. Die Qualität der Versorgung wird in jedem Fall durch innovative Entwicklungen ansteigen, sodass die Gesundheit des Patienten schneller wiederhergestellt oder länger erhalten werden kann. Dabei ist die digitale Behandlung sehr von den medizinischen Entwicklungen abhängig.

Die Finanzierung der Ärzte im ländlichen Raum wird sich verändert haben. Der Verdienst der Hausärzte in diesen Gebieten wird dem der spezialisierten Fachärzte entsprechen. Die wirtschaftlichen Risiken einer Praxis werden zudem nicht mehr auf den Arzt übertragen, sondern im Rahmen des solidarischen Prinzips von den gesetzlichen Krankenkassen oder der KVBW getragen.

Insgesamt wird das Thema Gesundheit noch mehr im Fokus der gesamten Gesellschaft stehen. Die Krankenkassen werden einen größeren Augenmerk darauf legen, welche Menschen gesund sind und

warum sie es bleiben. Dementsprechend werden mehr Programme für ältere Menschen existieren, die chronische Erkrankungen oder Folgeerkrankungen vermeiden.

Die Ärztliche Versorgung wird sich in den nächsten Jahren weiterentwickeln. In naher Zukunft ist in jedem Fall die Vernetzung der einzelnen Akteure für die Weiterentwicklung von zentraler Bedeutung. Die vernetzten Strukturen werden in den gesetzlichen Regelungen und in den Richtlinien der gemeinsamen Selbstverwaltung festgesetzt sein und dadurch als selbstverständliche Versorgungsstrukturen gelten.

5.2 Bewertende Darstellung ausgewählter Lösungsansätze

Bereits heute gibt es auf vielen verschiedenen Ebenen und von diversen Akteuren unterschiedliche Lösungsansätze, damit die ambulante hausärztliche Versorgung, insbesondere im Ländlichen Raum, gesichert werden kann.

5.2.1 Landesebene: ELR und Aktionsprogramm „Landärzte“

Das Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg hat für einen zukunftsfähigen Ländlichen Raum das allgemeine Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum ausgeschrieben²⁹⁸. Einer der Förderschwerpunkte des Strukturprogramms ist die wohnortnahe Grundversorgung²⁹⁹. Darunter fällt im ELR auch die Förderung von Ärzten, sodass Vorhaben für eine wohnortnahe ärztliche Versorgung mit bis zu 20% der Investitionskosten gefördert werden können³⁰⁰. Das Programm berücksichtigt die Problematik der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Im ELR steht jedoch die grundsätzliche Verbesserung der gesamten Strukturen in ländlichen Kommunen im Mittelpunkt.

²⁹⁸ Vgl. <https://mlr.baden-wuerttemberg.de/de/unsere-themen/laendlicher-raum/laendlichen-raum-staerken/elr/> [28.08.17].

²⁹⁹ Vgl. Bekanntmachung des MLR über die Ausschreibung des Jahresprogramms 2018, 09. Juni 2017, S.3.

³⁰⁰ Vgl. Bekanntmachung des MLR über die Ausschreibung des Jahresprogramms 2018, 09. Juni 2017, S.3; Verwaltungsvorschrift des MLR zum ELR, 19. April 2016, S. 5.

Das Aktionsprogramm „Landärzte“ vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg bündelt unterschiedliche Gestaltungsmöglichkeiten der bundes- und landespolitischen Ebenen zur Sicherung der flächendeckenden ambulanten Versorgung³⁰¹. Ergänzend werden mit dem Förderprogramm „Landärzte“ in Höhe von zwei Millionen Euro Niederlassungen zum Hausarzt gefördert³⁰². Die Höhe der Fördersumme entscheidet sich danach, ob es sich um ein akutes oder perspektivisches Fördergebiet handelt³⁰³. Dieses Programm ist speziell auf die ländlichen Räume in Baden-Württemberg zugeschnitten und fördert gezielt die hausärztliche Versorgung nach dem Versorgungsgrad der einzelnen Gemeinden.

Grundsätzlich sind die finanziellen Fördermittel wichtig. Insbesondere im ELR werden auch die Infrastrukturen, wie modernes Wohnen oder Gemeinschaftseinrichtungen, neben den Praxen gefördert, was für die junge Ärztegeneration immer bedeutender ist. Die finanziellen Fördersummen sind jedoch eher gering, sodass diese kaum einen Anreiz für den Nachwuchs sind und die Kommunen ohne Hausarzt kaum bei der Problematik unterstützen.

5.2.2 KVBW: „ZuZ“ und RegiopraxisKVBW

„Ziel und Zukunft: Wir – die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg“ ist ein Programm der KVBW zur Förderung der ambulanten Versorgung³⁰⁴. Zum einen erhalten Studenten, die ein Teil ihres praktischen Jahres in der hausärztlichen Versorgung absolvieren, finanzielle Unterstützung³⁰⁵. Zum anderen fördert die KVBW in

³⁰¹ Vgl. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/medizinische-versorgung/haus-und-landaerzte/> [28.08.17].

³⁰² Vgl. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/medizinische-versorgung/haus-und-landaerzte/> [28.08.17].

³⁰³ Vgl. Sozialministerium BW, Projektleitfaden Förderprogramm „Landärzte“, 02. Februar 2017, S. 3f.

³⁰⁴ Vgl. <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/engagement/zuz-ziel-und-zukunft/> [28.08.17].

³⁰⁵ Vgl. KVBW, Förderrichtlinie Sicherstellung ZuZ, 08. März 2017, § 13.

ausgewiesenen Fördergebieten die Niederlassung von Ärzten bzw. die Anstellung von Ärzten in einzelnen Praxen³⁰⁶.

Als spezielles Programm für den Ländlichen Raum hat die KVBW das Modell „regiopraxis KVBW“ ins Leben gerufen³⁰⁷. Die Betriebsform RegioPraxisBW unter hausärztlicher Leitung ist speziell dafür gedacht den ländlichen Raum flächendeckend ärztlich zu versorgen³⁰⁸. Beschäftigung finden hier neben dem leitenden Hausarzt gegebenenfalls angestellte Ärzte und auszubildende Ärzte, auch in Teilzeit³⁰⁹. Bei diesem Lösungsansatz sorgt sich die KVBW um die Organisation der Infrastruktur und steuert bzw. managt die Praxisabläufe. Die kostenlose Bereitstellung von Räumlichkeiten und die Schaffung der notwendigen Infrastruktur fallen dabei dem Land, den Landkreisen und den Kommunen zu. Die Krankenkassen sind verantwortlich, dass die Vergütung der Ärzte in den Praxen entsprechend wirtschaftlich erfolgt³¹⁰.

Darüber hinaus hat die KVBW weitere Förderprogramme, um den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erfüllen. Die Lösungsansätze orientieren sich dabei sowohl an der Nachwuchsproblematik als auch an den Herausforderungen Ärzte für Niederlassungen im Ländlichen Raum zu finden. Es zeigt sich, dass die Vernetzung und Zusammenarbeit der Ebenen bei den Lösungen der KVBW wichtig sind. Die Programme sind jedoch keine allgemein gültige Lösung für alle ländlichen Regionen. Außerdem wird nicht klar, wer letztlich die finanzielle Verantwortung zu tragen hat, da dies nicht klar zugeordnet wird.

5.2.3 „Perspektive Hausarzt“ des Hausärzteverbands

Auf der Plattform „Perspektive Hausarzt“ ergreift der Hausärzteverband unter der Schirmherrschaft des Sozialministeriums und mit Unterstützung

³⁰⁶ Vgl. KVBW, Förderrichtlinie Sicherstellung ZuZ, 08. März 2017, § 1ff.

³⁰⁷ Vgl. <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/engagement/regiopraxiskvbw/> [28.08.17].

³⁰⁸ Vgl. Die RegioPraxisBW, KVBW, Gestalter statt Verwalter, S.3.

³⁰⁹ Vgl. Die RegioPraxisBW, KVBW, Gestalter statt Verwalter, S.3.

³¹⁰ Vgl. Die RegioPraxisBW, KVBW, Gestalter statt Verwalter, S.4.

der Krankenkassen AOK und Techniker, die Initiative mehr Nachwuchs für den Hausarztberuf zu gewinnen³¹¹. Ziel dieses Programmes ist es das Berufsbild zu verbessern und junge Ärzte für den Facharzt in Allgemeinmedizin zu begeistern. Die Internetpräsentation des Projektes stellt dabei umfassende aktuelle Informationen über Weiterbildungs- und Niederlassungsmöglichkeiten zur Verfügung³¹². Neben zahlreichen Informationen ist die sogenannte „Praxisbörse“ die zentrale Komponente des Konzeptes. Über die Praxisbörse können Kommunen und Praxisinhaber gezielt nach Nachfolgern suchen³¹³. Es besteht also eine direkte Kontaktmöglichkeit zwischen den Ärzten und den Kreisen, Kommunen bzw. Praxisinhabern.

Dieses Projekt ist ein interessanter Lösungsansatz, da insbesondere die Nachwuchsproblematik angegangen wird. Auch der direkte Kontakt zwischen den einzelnen Akteuren zeigt, wie wichtig die Vernetzung des Gesundheitssystems künftig sein wird. Es ist aber fraglich, ob die Initiative ausreichend Aufmerksamkeit bekommt, um wirklich von Nutzen zu sein.

5.2.4 Landesärztekammer: regionale Verbundweiterbildung und Fernbehandlung

Die Landesärztekammer setzt als Lösung für die Nachwuchsproblematik auf die regionale Verbundweiterbildung³¹⁴. Ärzte, die Allgemeinarzt werden wollen, können dadurch ein besonderes Weiterbildungsprogramm durchlaufen. Dabei ist kein Stellenwechsel notwendig und die Weiterbildung erfolgt ortsnah auf hohem Niveau. Durch weitere Veranstaltungen und regelmäßigen Kontakt unterstützt die LÄK sowohl die Hausärzte in den Praxen als auch die sich in der Weiterbildung befindenden Assistenten³¹⁵. Seit Mitte April sieht die LÄK durch die Gestattung von Fernbehandlungen über Kommunikationsnetze eine

³¹¹ Vgl. Kargl, Hausärzteverband unterstützt [...] in: BWGZ 06|2015, S. 297.

³¹² Vgl. <http://www.perspektive-hausarzt-bw.de/die-initiative/hintergrund/> [28.08.17].

³¹³ Vgl. <http://www.perspektive-hausarzt-bw.de/praxisboerse/> [29.08.17].

³¹⁴ Vgl. Baier Förderung der allgemeinärztlichen Versorgung im Land in: BWGZ 20|2012, S.858.

³¹⁵ Vgl. Baier Förderung der allgemeinärztlichen Versorgung im Land in: BWGZ 20|2012, S.858f.

Lösung für die Probleme der ambulanten hausärztlichen Versorgung³¹⁶. Mithilfe von Modellprojekten soll diese ergänzende offene Behandlungsform als mögliche Lösung getestet werden.

Zum einen greift die LÄK in ihren Lösungsansätzen die Herausforderung des mangelnden Nachwuchses auf. Die Unterstützung sowohl der weiterbildenden Ärzte und der in Weiterbildung befindenden Ärzte ist wichtig, um gut qualifizierte Allgemeinmediziner zu fördern. Das neue Modell der Fernbehandlung ist bereits sehr zukunftsorientiert. Die Herausforderungen der zunehmenden Behandlungsfälle und der Erreichbarkeit finden in diesem Lösungsansatz Berücksichtigung. Da die Fernbehandlung über Kommunikationsnetze jedoch nur als ergänzende Behandlungsform betrachtet wird und nicht als Alternative, ist fraglich, inwiefern diese Lösung wirklich eine Erleichterung und Verbesserung der Versorgung ist.

5.2.5 Kommunen

Die einzelnen Kommunen haben oftmals vor Ort mit einem Hausärztemangel zu kämpfen. Dementsprechend gibt es unterschiedliche ortsabhängige Lösungsansätze.

Dies reicht vom Bau eines Ärztehauses durch einen Mäzen bis hin zu einer eigenständigen Errichtung eines Ärztehauses durch die Kommune³¹⁷. Die Kommunen gehen mit der Problematik unterschiedlich um. Manche Gemeinden bauen mit Steuermitteln eigene Ärztezentren, die anschließend vermietet werden³¹⁸. Oder die Kommune stellt einem Investor ein Grundstück zu einem vergünstigten Preis zur Verfügung³¹⁹.

Eine umfassendere Lösungsmöglichkeit hat der Gemeindetag BW als größter kommunaler Landesverband entwickelt. Dieser Ansatz verfolgt,

³¹⁶ Vgl. <http://www.aerztekammer-bw.de/news/2017/2017-04/pm-daet/index.html> [29.08.17].

³¹⁷ Vgl. Baur, Schwendi – Mäzen baut ein Ärztehaus in: BWGZ 20|2012, S. 850; Denz, Ein Ärztehaus für Aichwald in: BWGZ 20|2012, S. 862f.

³¹⁸ Vgl. Denz, Ein Ärztehaus für Aichwald in: BWGZ 20|2012, S. 862f.

³¹⁹ Vgl. Roth, Sulzfeld – ein Gesundheitszentrum im ländlichen Raum in: BWGZ 20|2012, S. 864f.

dass im Rahmen eines genossenschaftlichen Modells die hausärztliche Versorgung gesichert wird. Das dahinterstehende komplizierte Konzept ermöglicht es den Ärzten in Praxen angestellt zu sein³²⁰. Auch mit dem Vorteil in Teilzeit arbeiten zu können und kein wirtschaftliches Risiko eingehen zu müssen. Es bedarf jedoch einer Unterscheidung des Modells für offene und gesperrte Planungsgebiete. Der Lösungsansatz beinhaltet bereits die Betrachtung der Finanzierung inklusive dem möglichen Abruf von Fördergeldern.

Aus den Lösungsansätzen der einzelnen Kommunen lässt sich kaum eine Aussage auf die Gesamtentwicklung des Gesundheitswesens treffen. Die Modelle sind hier meist das Ergebnis örtlicher Besonderheiten. Der Lösungsansatz des Gemeindetags BW entspricht durchaus den Ansprüchen der Ärzte. Das geringe Interesse am Facharzt für Allgemeinmedizin wird bei dieser Lösung jedoch nicht betrachtet.

5.2.6 „KompetenzZentrum Allgemeinmedizin“ der medizinischen Fakultäten

Mit dem Ziel das Ansehen der Allgemeinmedizin zu steigern, um mehr hausärztlichen Nachwuchs zu gewinnen, haben sich die fünf medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg zum Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin zusammengeschlossen³²¹. Unter der Leitung des Universitätsklinikums Heidelberg wollen die Fakultäten ein Medizinstudium mit dem Fach Allgemeinmedizin auf hohem Niveau schaffen. Durch Qualifizierungsmaßnahmen in Lehrpraxen für das praktische Jahr soll die Ausbildung der Studenten im hausärztlichem Bereich entsprechend gefördert werden³²². Für eine erfolgreiche Forschung in diesem Bereich findet ein Qualifizierungsprogramm und Methodentraining für die Studenten statt³²³. Das herausstechende Programm

³²⁰ Vgl. Power-Point Folien, Gemeindetag BW, Konzept Genossenschaftliche Modelle zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung (Stand: 15.05.2017).

³²¹ Vgl. <https://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/> [29.08.17].

³²² Vgl. <https://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/ausbildung.shtml> [29.08.17].

³²³ Vgl. <https://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/forschung.shtml> [29.08.17].

„Verbundweiterbildung^{plus}“ zielt darauf ab, die Rahmenbedingungen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu verbessern³²⁴. Teil dieses Programmes sind die sogenannten „Landtage“ bei denen Nachwuchsärzte in ländlichen Regionen auf dortige Bürgermeister treffen und das mögliche Arbeitsfeld als Hausarzt kennen lernen³²⁵

Dieser Ansatz verfolgt das Ziel genug gut ausgebildete Nachwuchsärzte für Hausarztpraxen zu finden. Die medizinischen Fakultäten sind für ein Medizinstudium auf hohem Niveau verantwortlich und so ist eine Zusammenarbeit in diesem Bereich sehr sinnvoll. Insbesondere die Verbundweiterbildung^{plus} zeigt, wie wichtig die Kooperation zwischen dem medizinischen Lehrstuhl und den späteren Ausbildungsplätzen im praktischen Jahr ist.

6 Fazit

Die Zukunftsfähigkeit der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum und die davon mitbestimmte Perspektive des ländlichen Raumes muss von zwei Seiten betrachtet werden. Zum einen muss die aktuelle Darstellung der Versorgungslage berücksichtigt werden. Zum anderen spielen die Herausforderungen, die sich aus den unterschiedlichen Ansprüchen und Veränderungen für die Zukunft ergeben eine Rolle. Klar ist, dass regionale Unterschiede in der Siedlungsstruktur und der Einfluss der Umgebung ein differenziertes Bild der ländlichen Räume in Baden-Württemberg zeigen. Somit ist es schwer eine allgemeine, grundsätzliche Aussage zu treffen, wie die Zukunftsfähigkeit des ländlichen Raumes von der gesundheitlichen Versorgung abhängt. Regionale Besonderheiten sind letztlich immer mitentscheidend. Eine Voraussage, inwieweit die gesundheitliche Versorgung, spezieller die ambulante hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum zukunftsfähig ist, ist kaum allgemeingültig zu treffen. Der ländliche Raum in Baden-Württemberg steht gut da. Die Strukturen sind besser als in anderen Gebieten Deutschlands. Bei einer

³²⁴ Vgl. Joos/ Steinhäuser, Strategien gegen den Hausärztemangel in: BWGZ 20|2012, S.856.

³²⁵ Vgl. <https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/public/landtage.jsp> [29.08.17].

Betrachtung der Versorgungslage auf der Basis der Bedarfsplanung der KVBW zeigt sich grundsätzlich ein gutes Bild. Der ländliche Raum und die ärztliche Versorgung hat insgesamt eine gute Perspektive und wird grundsätzlich Bestand haben.

Die Betrachtung einzelner Gemeinden zeigt, dass im ländlichen Raum Hausärzte vor Ort fehlen. Die Mittelbereiche umfassen gerade in ländlichen Regionen bis zu 28 Gemeinden, was eine Darstellung der tatsächlichen Versorgung in jeder einzelnen Gemeinde nicht ermöglicht. Einzelne Lösungsansätze fördern zwar gezielt einzelne Gemeinden aufgrund dortiger schlechter Versorgung. Dennoch kann bei einer ausweichenden Versorgung im Mittelbereich eine Gemeinde unterversorgt sein. Es wird ersichtlich, dass auf der Basis der Bedarfsplanung mit Mittelbereichen die Gemeinden in ländlichen Räumen nicht ausreichend berücksichtigt sind. Die aktuelle Bedarfsplanung stellt die hausärztliche Versorgung in ländlichen Räumen nicht ausreichend in den Fokus. Nur geringe Abweichungen von der allgemein gültigen Einteilung der Mittelbereiche reichen nicht aus auf regionale Besonderheiten explizit einzugehen. Die ambulante ärztliche Versorgung wird in ländlichen Räumen in Zukunft kaum sichergestellt werden, wenn Unterversorgung aufgrund zu großräumiger Planungsbereiche nicht erkannt wird.

Aufgrund der verschiedenartigen Herausforderungen sind Veränderungen notwendig. Die immer älter werdende Gesellschaft und der veränderte Versorgungsbedarf und der weiter zunehmende medizinische Fortschritt fordern einen Wandel der Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum. Die hausärztliche Versorgung wird in jeder einzelnen Gemeinde mit vielen alten Menschen immer bedeutsamer. Nur mit einer stärkeren Berücksichtigung der Altersstruktur und alternativen Behandlungswegen kann diesem Problem begegnet werden. Die Behandlung des Patienten muss umfassender betrachtet werden, um in Zukunft die Gesundheit der Bürger noch mehr in den Mittelpunkt zu stellen. Der Arzt muss erreichbar sein. Lange Wege, wie es sie in ländlichen Regionen oftmals gibt, sind nicht tragbar. Es ist der Anspruch des Patienten wohnortnah von einem

Hausarzt versorgt zu werden. Kann dies in Gemeinden im ländlichen Raum nicht geschaffen oder gesichert werden, so werden diese Kommunen in der Zukunft mit einer stark sinkenden Einwohnerzahl zu kämpfen haben.

Nur wenn sich die Struktur der Einzelpraxis auf dem Land verändert, kann die hausärztliche Versorgung Bestand haben. Die Erwartungen der Ärzte müssen auch im ländlichen Raum befriedigt werden können. Es muss möglich sein, dass Ärzte als Angestellte und in Teilzeit arbeiten. Außerdem muss eine Vernetzung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung stattfinden. Qualitative medizinische Behandlung ist nur in enger Zusammenarbeit möglich. Ärzte haben den Wunsch im Team zu arbeiten. Nur wenn diese Ansprüche Beachtung finden und umgesetzt werden, können junge Ärzte für den Hausarztberuf auf dem Land gewonnen werden. Junge Ärzte sind nötig, um die ausscheidenden Ärzte zu ersetzen.

Die gesundheitliche Versorgung darf nicht isoliert betrachtet werden. Der ländliche Raum ist abhängig von der gesamten Infrastruktur vor Ort. Beispielsweise reicht viel Geld für ein Ärztehaus nicht aus, wenn andere Standortfaktoren, wie gute Kinderbetreuung oder ein Breitbandanschluss, nicht vorhanden sind. Nicht die ärztliche Versorgung allein ist für die Zukunftsfähigkeit des ländlichen Raumes verantwortlich.

Die momentane ambulante hausärztliche Versorgungsstruktur muss sich wandeln. Die einzelnen Akteure müssen sich vernetzen und kooperieren, um Veränderungen umsetzen zu können. Finanzierungsfragen müssen gemeinsam betrachtet werden. Darüber hinaus müssen bestehende oder zu erwartende Versorgungsprobleme vor Ort schnell kommuniziert werden und in Zusammenarbeit Lösungen gefunden werden. Lösungen müssen kooperativ umgesetzt werden. Eine allgemeine Lösung für die ärztliche Versorgung für den gesamten ländlichen Raum in Baden-Württemberg wird schwer zu finden sein. Die regionalen Besonderheiten machen dies nahezu unmöglich. Die Anpassung der Bedarfsplanung in Zusammenarbeit mit den einzelnen Kommunen an die regionalen

Besonderheiten wäre ein erster Schritt. Weitergehend muss die Struktur der ambulanten und stationären Versorgung vereinigt werden, um die qualitative medizinische Versorgung des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen.

Nur wenn Allgemeinmedizin auch in ländlichen Regionen für Ärzte attraktiv wird und die Patienten erreichbar sowie qualitativ versorgt werden können, hat der ländliche Raum im Bereich der gesundheitlichen Versorgung eine Perspektive. Die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum ist nur sofern zukunftsfähig, wie Kooperation und innovative Behandlungsformen Anpassungen der Strukturen ermöglichen. Jede Kommune muss dabei individuelle Lösungen erarbeiten. Dabei ist die Vernetzung der Kommunen untereinander und mit der KVBW unerlässlich. Insbesondere die Fragen der Finanzierung müssen gemeinsam gelöst werden, um eine zukunftsfähige ärztliche Versorgung zu sichern und damit einen Teilbeitrag für einen zukunftsfähigen Ländlichen Raum zu leisten.

Literaturverzeichnis

- Altpeter, Katrin:** Gesundheitspolitik – Gesundheit und ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg, in: Die Gemeinde, BWGZ 06|2015, S.286-287
- Altpeter, Katrin:** Grußwort, in: Die Gemeinde, BWGZ 20|2012, S.846-847
- Altpeter, Katrin:** Neuausrichtung des Förderprogramms „Landärzte“, in: Die Gemeinde, BWGZ 20|2012, S.848-848
- Baier, Klaus:** Förderung der allgemeinärztlichen Versorgung im Land, in: Die Gemeinde, BWGZ, 20|2012, S.858-859
- Baur, Bernd:** Schwendi – Mäzen baut ein Ärztehaus, in: Die Gemeinde, BWGZ 20|2012, S.850
- Beckert, Edwin: Leistungsmanagement im Krankenhaus: Notwendigkeit und Grenzen, in: Häusler, Eveline/Kremin-Buch, Beate/u.a. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Eine Langfristorientierung, 2005**
- Beske, Fritz:** Perspektiven des Gesundheitswesens, Geregelte Gesundheitsversorgung im Rahmen der sozialen Marktwirtschaft, 2016
- Bitzer, Eva Maria/Grobe, Thomas: Krankenhäuser, in: Glaeske, Gerd/Edmund, Neugebauer/Pfaff, Holger/u.a. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung, Systematik-Methodik-Anwendung, 2.Aufl., 2017**
- Blankart, Charles/Fasten, Erik/Schwintowski, Hans-Peter:** Das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig gestalten, Patientenseite stärken – Reformunfähigkeit überwinden, 2009
- Braun, Markus:** Das bringt mir die Gesundheitsreform, 2007
- Bundesgesetzblatt 2011 I Nr. 70:** Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz–GKV-VStG), S. 2983, 22. Dezember 2011
- Bundesrat:** Berichtigung zu Drucksache 641/14, 29.01.2015
- Bundesversicherungsamt:** Begleitbericht zur Jahresrechnung des Gesundheitsfonds für das Geschäftsjahr 2016
- Büscher, Guido/Lüngen, Markus:** Gesundheitsökonomie, 2015 (ebook)
- Denz, Eleonore:** Ein Ärztehaus für Aichwald, in: Die Gemeinde, BWGZ 20|2012, S.862-863
- Deutsches Krankenhausinstitut:** Krankenhausstudie, Ländliche Krankenhausversorgung heute und 2020, 2014

- Eidenmüller, Ulrich:** Kommunale Strategien gegen den Hausärztemangel, in: Die Gemeinde, BWGZ 20|2012, S.860-861
- Faix, Gerhard:** Wirtschaftliche und demografische Entwicklung im ländlichen Raum, in: Die Gemeinde, BWGZ 07/2012, S.236-238
- Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik:**
Kersten, Jens/Neu, Claudia/Vogel, Berthold: Regionale Daseinsvorsorge, Begriff, Indikatoren, Gemeinschaftsaufgabe, in: WISO Diskurs, 2015
- Gebhardt, Hans:** Geographie Baden-Württembergs, Raum, Entwicklung, Regionen, 2008
- Gemeindetag BW, Pressemitteilung:** Gemeindetag fordert Rechtsanspruch, 25.09.2014
- Gemeindetag BW:** Zumeldung des Gemeindetag BW zu 10-Punkte Programm der SPD, 30.03.2017
- Gemeinsamer Bundesausschuss:** Bedarfsplanungs-Richtlinie, 20. Dezember 2012, zuletzt geändert: 15. Dezember 2016
- GKV-Spitzenverband, Pressemitteilung:** Einfach nur mehr Ärzte löst kein Versorgungsproblem, 27.02.2014
- GKV-Spitzenverband, Statement:** Hausärztemangel von morgen frühzeitig angehen, 20.05.2014
- Glaeske, Gerd: Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren, in: Glaeske, Gerd/Edmund, Neugebauer/Pfaff, Holger/u.a. (Hrsg.):** Lehrbuch Versorgungsforschung, Systematik-Methodik-Anwendung, 2.Aufl., 2017
- Hajen, Leonhard/Paetow, Holger/Schumacher, Harald:** Gesundheitsökonomie, Strukturen-Methoden-Praxisbeispiele, 3.Aufl. 2006
- Heins, Detlev: Die Krankenhäuser und die Gesundheitsreform 2007, in: Paquet, Wolfgang/Schroeder, Robert (Hrsg.):** Gesundheitsreform 2007, Nach der Reform ist vor der Reform, 2009
- Hibbeler, Birgit:** Medizinstudium: 4,8 Bewerber pro Studienplatz, in: Deutsches Ärzteblatt, 2012, A1674
- Hodek, Lene/Niehaus, Mathilde/Vater, Gudrun: Rehabilitation und berufliche Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen, in: Luthé, Ernst-Wilhelm (Hrsg.):** Kommunale Gesundheitslandschaften, 2013
- IGES Institut GmbH, Ergebnisbericht für das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren des Landes Baden-Württemberg:** Weiterentwicklung des Gesundheitsatlas Baden-Württemberg zur vertragsärztlichen Versorgung, 2014

Jäger, Steffen: Wohnortnahe ärztliche Versorgung – in Zukunft nur noch Wunschtraum?, in: Die Gemeinde, BGWZ 6|2015, S.288-291

Joos, Stefanie/Steinhäuser, Jost: Strategien gegen den Hausärztemangel: Doc trifft Land – die „Landtage“ der Verbundweiterbildung^{plus}, in: Die Gemeinde, BWGZ 20|2012, S.856-857

Kargl, Urs: Hausärzteverband unterstützt die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden allgemeinmedizinischen Versorgung in Baden-Württemberg, in: Die Gemeinde BWGZ 06|2015, S.297-298

Kleina, Thomas/Kuhlmeier, Adelheid/Schaeffer, Doris: Pflegerische Langzeitversorgung: Pflege- und Altenheime, ambulante pflegerische Versorgung, in: Glaeske, Gerd/Edmund, Neugebauer/Pfaff, Holger/u.a. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung, Systematik-Methodik-Anwendung, 2.Aufl., 2017

Königshofen, Mario: Daseinsvorsorge in Zeiten des demographischen Umbruchs, 2015

Korzilius, Heike/Rieser, Sabine/Strathaus, Regine Schulte: Ambulante Notfallversorgung: Patienten behandeln – aber am richtigen Ort, in: Deutsches Ärzteblatt, 2015, A353 – A356

KVBW, Pressemitteilung: Praxen haben keine ausreichende wirtschaftliche Basis, 07.10.2014

KVBW: Anpassung Bedarfsplan, Anpassung zu Nr. 2.2 Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung: Neuaufteilung des Landkreises Ostalbkreis in der hausärztlichen Versorgung in fünf Mittelbereiche, 15. Februar 2017

KVBW: Bericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg , Die ambulante medizinische Versorgung 2016, Oktober 2016

KVBW: Die RegioPraxisBW, Gestalter statt Verwalter

KVBW: Förderrichtlinie Sicherstellung ZuZ, 08. März 2017

KVBW: KBV is back!, in: Mitteilungsblatt ergo, Ausgabe 3 - August 2017, S. 4

KVBW: Stand der Bedarfsplanung, Fortschreibung der Bedarfsplanung, Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion gemäß Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg, 05. Juli 2017

KVBW: Was kommt auf die Niedergelassenen zu?, in: Mitteilungsblatt ergo, Ausgabe 3 - August 2017, S. 3

Lessing, Constanze/Herr, David: Empfehlungen des Sachverständigenrates Gesundheit für eine flächendeckende ärztliche Versorgung, in: Die Gemeinde, BWGZ 6|2015, S.299-300

Lübke, Norbert: Rehabilitationseinrichtungen, in: Glaeske, Gerd/Edmund, Neugebauer/Pfaff, Holger/u.a. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung, Systematik-Methodik-Anwendung, 2.Aufl., 2017

Luthe, Ernst-Wilhelm: Kommunale Gesundheitslandschaften – das Grundkonzept, in Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften, 2013

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren: 1. Landesgesundheitsdialog, Anlage 1, 2012

Ministerium für Soziales und Integration: Projektleitfaden Förderprogramm „Landärzte“, 02. Februar 2017

Ministerium für Soziales und Integration: Verzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser zum 01.05.2017

MLR: Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum (ELR), Bekanntmachung über die Ausschreibung des Jahresprogramms 2018, 09. Juni 2017

MLR: Verwaltungsvorschrift zum ELR, 19. April 2016

Nagel, Eckhard: Das Gesundheitswesen in Deutschland, Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung, 5. Aufl., 2013

OECD, OECD-Indicators, Gesundheitsbericht: Gesundheit auf einen Blick 2015, Wo steht Deutschland?

Oettinger, Günther: Unsere Ländlichen Räume sind das starke Rückgrat Baden-Württembergs, in: Die Gemeinde, BWGZ 08|2007, S.282-287

Pfleiderer, Markus: Die ärztliche Bedarfsplanung, in: Die Gemeinde, BWGZ 06|2015, S. 292-293

Pieper, Katrin: Apotheken, in: Glaeske, Gerd/Edmund, Neugebauer/Pfaff, Holger/u.a. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung, Systematik-Methodik-Anwendung, 2.Aufl., 2017

Rinkel, Klaus: Ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg langfristig sichern, in: Die Gemeinde, BWGZ 20|2012, S.854-855

Rinkel, Klaus: Ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg langfristig sichern, in: BWGZ 20|2012, S.854-855

Rössner, Armin: Die Zukunft der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum – mit Kreativität gegen den Ärztemangel, in: Die Gemeinde, BWGZ 20|2012, S.851-853

Roth, Eberhard: Sulzfeld – ein Gesundheitszentrum im ländlichen Raum, in: Die Gemeinde, BWGZ 20|2012, S.864-865

Rothgang, Heinz: Verfasstheit des Gesundheitssystems: staatliche, selbstverwaltete und privatwettbewerbliche Systeme, in: Glaeske,

Gerd/Edmund, Neugebauer/Pfaff, Holger/u.a. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung, Systematik-Methodik-Anwendung, 2.Aufl., 2017

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Versorgung-Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Kurzfassung, Gutachten 2014

Scheffold, Heiner: Ausgewählte Themen des Kabinettsausschusses „Ländlicher Raum“ – Gesundheitsversorgung, Mobilität, interkommunale Zusammenarbeit, in: Marlburg-Graf, Barbara (Hrsg.): Stuttgarter Geographische Studien, Potenziale und aktuelle Problemstellungen ländlicher Räume in Baden-Württemberg, 2009

Schwarck, Cornelia: Der typische ländliche Kreis, in: Die Gemeinde, BWGZ 7|2012, S.268-270

Simon, Michael: Das Gesundheitssystem in Deutschland, Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6. Aufl., 2017

Statistisches Bundesamt DeStatis: Fachserie 12 Reihe 7.1.1, Gesundheit, Ausgaben 2015, 21.02.2017

Thiele, Rainer: Entwicklungsmöglichkeiten nichtärztlicher Gesundheitsberufe, Im Kontext des demografischen Wandels unter Beachtung ökonomischer Aspekte, 2015 (ebook)

Tröscher, Martina: Situation der ärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg, in: Die Gemeinde, BWGZ 06|2015, S.294-296

Universität Stuttgart, Institut für Raumordnung und Entwicklungsplanung: IREUS Studie: Der Beitrag der ländlichen Räume Baden-Württembergs zu wirtschaftlicher Wettbewerbsfähigkeit und sozialer Kohäsion – Positionsbestimmung und Zukunftsszenarien, August 2011

Wabnitz, Reinhard: Kommune und Krankenhauswesen – zwischen staatlicher Steuerung, Kommunalisierung, Privatisierung und Fusion, in: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften, 2013

Weatherly, John: Qualitätsmanagement im Bereich örtlicher Versorgungsstrukturen, in: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften, 2013

Wirtschaftsministerium Baden-Württemberg, Abt. 5 Strukturpolitik und Landesentwicklung: Landesentwicklungsplan 2002 Baden-Württemberg, 2002

Erklärung

„Ich versichere, dass ich diese Bachelorarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.“

Datum

Unterschrift