

Aus dem  
Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle  
Versorgung der Universität Tübingen

**Perspektive niedergelassener Ärzte auf die bedrohte  
ambulante Versorgungsstruktur und mögliche  
Lösungsansätze - am Beispiel eines ländlichen Landkreises**

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen**

**vorgelegt von**

**Tekin-Kaya, Fidan, geb. Tekin**

**2024**

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Privatdozentin Dr. H. B. Sturm  
2. Berichterstatter: Professorin Dr. C. Mahler

Tag der Disputation: 13.03.2024

## **Widmung**

Meinen Eltern Kibar und Nizamettin Tekin,  
meinem Ehemann und bestem Freund Kadir Sinan Kaya,  
meinen wundervollen Kindern Nesil Kaya und Devin Kaya

Ihr habt vieles unmöglich Erscheinende möglich gemacht.

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	i
Abbildungsverzeichnis.....	i
Abkürzungsverzeichnis .....	iii
1 Einleitung .....	1
1.1 Hintergrund .....	2
1.1.1 Anforderungen an die medizinische Versorgung und Bedeutung der Primärversorgung .....	2
1.1.2 Bedarf und Besonderheiten im ländlichen Raum .....	3
1.1.3 Formale Bedarfsplanung .....	5
1.1.4 Aktuelle Versorgungssituation .....	5
1.1.4.1 International .....	7
1.1.4.2 National.....	7
1.1.4.3 Baden-Württemberg.....	9
1.2 Die Entwicklung des Arbeitsmarkts.....	9
1.2.1 Work-Life-Balance .....	9
1.2.2 Arbeitsmodelle .....	10
1.2.3 Besonderheiten der Tätigkeit im ländlichen Raum .....	11
1.3 Lösungsansätze für die ländliche Versorgung .....	12
2 Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit.....	14
3 Material und Methoden.....	16
3.1 Studiendesign .....	16
3.2 Experteninterviews (qualitative Erhebung).....	18
3.2.1 Rekrutierung .....	18
3.2.2 Konzeption und Durchführung der Interviews.....	19
3.2.3 Auswertung der Interviews.....	19
3.3 Befragung der niedergelassenen Ärzte (quantitative Erhebung).....	20

3.3.1 Fragebogenentwicklung .....	20
3.3.2 Pilotierung.....	22
3.3.3 Rekrutierung und Vorgehen .....	22
3.3.4 Auswertung.....	24
3.4 Ethikkommission .....	26
4 Ergebnisse der Experteninterviews .....	26
4.1 Versorgungslage .....	28
4.1.1 Hausärzte.....	29
4.1.2 Gebietsärzte.....	30
4.1.3 Physiotherapie .....	32
4.1.4 Psychotherapie .....	32
4.1.5 Krankenhäuser.....	33
4.1.6 (Langzeit-)Pfleger.....	33
4.2 Telemedizin.....	34
4.2.1 Praxisintern.....	35
4.2.2 Zwischen den Praxen .....	35
4.2.3 Zu den Patienten.....	36
4.2.4 Haltung der Ärzte zur Telemedizin .....	36
4.3 Delegation .....	37
4.3.1 Einstellung zur Delegation .....	37
4.3.2 Tatsächliche Nutzung der Delegation.....	39
4.3.3 Vorteile und Nachteile .....	40
4.4 Kooperationen .....	41
4.4.1 Zwischen den Hausärzten.....	41
4.4.2 Zwischen Haus- und Gebietsärzten .....	42
4.4.3 Zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern .....	44
4.5 Nachfolge .....	45
4.5.1 Situation.....	45

4.5.2 Ursachen .....	46
4.5.3 Lösungsansätze.....	48
4.6 Herausforderungen im Praxisalltag.....	49
4.6.1 Kosten .....	49
4.6.2 IT.....	50
4.6.3 Administration .....	50
4.6.4 Abrechnungen und Regresse.....	51
4.6.5 Weiteres .....	51
4.7 Politik und KV .....	51
4.7.1 Gemeinden, Kommunen und politische Träger .....	51
4.7.2 Krankenkassen .....	53
4.7.3 Hochschulen, wissenschaftliche Einrichtungen .....	53
4.8 Weiteres .....	54
4.8.1 Pläne .....	54
4.8.2 Wünsche.....	55
5 Ergebnisse der schriftlichen Befragung .....	55
5.1 Charakteristika der an der schriftlichen Befragung teilnehmenden Ärzte .....	55
5.1.1 Gemeindezugehörigkeit .....	55
5.1.2 Geschlecht.....	58
5.1.3 Alter .....	59
5.2 Die Praxisstrukturen im Landkreis .....	63
5.2.1 Praxisformen.....	63
5.2.2 Praxisgröße und Entwicklungen.....	63
5.2.3 Praxisabgabe und Nachfolge .....	67
5.3 Technische Ausstattung und Telemedizin.....	72
5.3.1 Kommunikation und Führung der Patientenakte .....	72
5.3.2 Telemedizin .....	74
5.3.3 Geräteausstattung .....	76

5.4 Praxisorganisation .....	76
5.4.1 Selektivverträge .....	76
5.4.2 Hausbesuche .....	77
5.4.3 Administration .....	77
5.4.4 Zeitaufwand für die Versorgung einzelner Patientengruppen .....	77
5.4.5 Delegation.....	78
5.4.6 Beteiligung an medizinischer Aus-, Fort- und Weiterbildung, Forschung .....	80
5.5 Einschätzung der Versorgungslage und Wunsch nach Kooperation .....	81
5.5.1 Versorgungslage.....	81
5.5.2 Kooperation .....	85
5.6 Bedenken und Chancen .....	87
6 Diskussion.....	89
6.1 Diskussion der Ergebnisse .....	89
6.1.1 Merkmale der teilnehmenden Ärzte.....	90
6.1.2 Demographischer Wandel.....	93
6.1.3 Praxisformen.....	95
6.1.4 Arbeitsbedingungen .....	97
6.1.5 Praxisorganisation .....	98
6.1.6 Kooperationen .....	102
6.1.7 Praxisabgabe und Nachfolge .....	105
6.1.8 Medizinische Weiterbildung und Forschung.....	106
6.1.9 Bedenken und Hoffnungen .....	108
6.2 Diskussion der Methodik.....	109
7 Ausblick.....	113
8 Zusammenfassung.....	117
9 Literaturverzeichnis .....	120
10 Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift.....	135
11 Veröffentlichungen .....	137

12 Danksagung .....	138
13 Anhang .....	139



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Regionen des LK Waldshut .....	25
Tabelle 2: Kategorien zur Interviewauswertung .....	27
Tabelle 3: Rücklaufquote Hausärzte .....	56
Tabelle 4: Regionenbezogene Rückläufe der Hausärzte .....	56
Tabelle 5: Rücklaufquote Gebietsärzte .....	57
Tabelle 6: Regionenbezogene Rückläufe der Gebietsärzte .....	58
Tabelle 7: Altersverteilung der einzelnen Facharztgruppen .....	62

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsdaten. Versorgungslage in den Planungsbereichen .....	8
Abbildung 2: Landkreis Waldshut mit Aufteilung in Regionen .....	25
Abbildung 3: Rückläufe verschiedener Fachgebiete (n=48) .....	57
Abbildung 4: Geschlecht Hausärzte (n=69) und Gebietsärzte (n=48).....	59
Abbildung 5: Alter Hausärzte (n=66) .....	60
Abbildung 6: Mittleres Alter Hausärzte je Gemeinde (n=66); Quelle: Mittleres Alter Baden- Württemberg 2020 (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2020a).....	61
Abbildung 7: Alter Gebietsärzte (n=47) .....	62
Abbildung 8: Praxisformen der Hausärzte (n=54) und der Gebietsärzte (n=37).....	63
Abbildung 9: Scheinzahlen von Hausarztpraxen je Gemeinde (n=64).....	64
Abbildung 10: Veränderung des Patientenstamms der Hausärzte in % (n=66) und Gebietsärzte in % (n=47) .....	65
Abbildung 11: Veränderung des Einzugsgebiets der Hausärzte in % (n=66) und Gebietsärzte in % (n=47) .....	66
Abbildung 12: Praxisabgabe Hausärzte (n=22) .....	68
Abbildung 13: Gründe für die Abgabe der Hausarztpraxen (n= 47).....	69
Abbildung 14: Praxisabgabe Gebietsärzte (n=16) .....	70
Abbildung 15: Praxisabgabe nach Fachbereichen und Jahren (n=16) .....	71
Abbildung 16: Gründe für die Abgabe der Gebietsarztpraxen (n=47) .....	72
Abbildung 17: Führung der Patientenakte durch Hausärzte (n=55) u. Gebietsärzte (n=42).....	73
Abbildung 18: Akzeptanz der Telemedizin durch Patienten. Einschätzungen durch Hausärzte (n=51) und Gebietsärzte (n=41) .....	74
Abbildung 19: Akzeptanz der Telemedizin durch medizinisches Personal. Einschätzungen durch Hausärzte (n=51) und Gebietsärzte (n=41) .....	75
Abbildung 20: Geräteausstattung in den Praxen der befragten Hausärzte in % (n=58).....	76
Abbildung 21: Motivation der Haus- und Gebietsärzte, bestimmte Tätigkeiten zu delegieren (n=82) .....	79

Abbildung 22: Bewertung aktuelle Versorgungslage durch Hausärzte (n=66) .....	82
Abbildung 23: Bewertung aktuelle Versorgungslage durch Gebietsärzte (n=47) .....	83
Abbildung 24: Kooperationswünsche der Hausärzte (n=53).....	85
Abbildung 25: Kooperationswünsche der Gebietsärzte (n=39).....	86
Abbildung 26: Bedenken und Hoffnungen der Ärzte hinsichtlich der zukünftigen medizinischen Versorgung (Hausärzte n=52/ Gebietsärzte n=38) .....	88

## Abkürzungsverzeichnis

§	Paragraph
Agnes	Arztentlastende, gemeindenahe, e-health-gestützte, systemische Intervention
BAG	Berufsausübungsgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
d.h.	das heißt
DMP	Disease-Management-Programme
Ebd.	ebenda
E-Health	auf elektronischer Datenverarbeitung basierende Gesundheit
E-Mail	elektronische Post
etc.	et cetera
EvaSys	Electric Paper Evaluationssysteme
Fax	Telefax
ggf.	gegebenenfalls
GuS	Gesundheits- und Sozialpolitik
HNO Arzt	Hals-Nasen-Ohrenarzt
Inc.	US-Amerikanische Unternehmensform
IT	Informationstechnik
J.	Jahre
Kap.	Kapitel
KH	Krankenhaus
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
LK	Landkreis
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	medizinisches Versorgungszentrum
n	Anzahl
NäPA	Nicht-ärztliche Praxisassistentin
nonresponse	Nicht-Beantwortung
NSAR	nichtsteroidale Antirheumatika
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PC	Primary Care

Redmond .....	Stadt in den USA
Reminder .....	Erinnerung
RKI .....	Robert Koch Institut
s. ....	siehe
S. ....	Seite
s.u. ....	siehe unten
Selektionsbias .....	Systematischer Fehler, der zur Verzerrung von Studienresultaten führt
SGB V .....	Sozialgesetzbuch 5
SPSS .....	Statistik- und Analyse-Software
u.a. ....	unter anderem
UAW .....	unerwünschte Arzneimittelwirkungen
ÜBAG .....	überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
USA .....	United States of America
v.a. ....	vor allem
VERAH .....	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
vgl. ....	vergleiche
WBA .....	Weiterbildungsassistent
WHO .....	World Health Organization
Work-Life-Balance .....	bezeichnet Verhältnis von Berufs- und Privatleben
WZB .....	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
z.B. ....	zum Beispiel
z.T. ....	zum Teil

# 1 Einleitung

*„Wer nur die leicht steigenden Arztzahlen betrachtet, verschließt die Augen vor der ganzen Wahrheit. Tatsächlich öffnet sich die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten immer weiter. Schon heute klaffen bei der ärztlichen Versorgung in vielen Regionen große Lücken.“* So lautete der Kommentar von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), zur Ärztestatistik im Jahr 2016 (Bundesärztekammer 2016). Tatsächlich ist die immer älter werdende Bevölkerung auch in Zukunft immer mehr auf eine gute medizinische Versorgung im häuslichen Umfeld angewiesen. Da allerdings viele Mediziner<sup>1</sup> in absehbarer Zeit vor dem Rentenalter stehen und Nachfolger fehlen, werden freiwerdende Arztsitze insbesondere in ländlichen Regionen nicht oder nur in geringem Maß nachbesetzt. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der bedrohten ambulanten Versorgungsstruktur in ländlichen Regionen und fokussiert sich vorrangig auf die Behandlungskapazität der Ärzteschaft. Zu diesem Zweck wurden alle Hausärzte<sup>2</sup> und Gebietsärzte<sup>3</sup> eines beispielhaften ländlichen Landkreises befragt, dem Landkreis Waldshut in Baden-Württemberg. Die vorliegende Studie ist Teil eines Forschungsprojekts im Auftrag des Landratsamtes Waldshut zur Analyse der medizinischen Versorgungssituation und Ermittlung des Versorgungsbedarfs im Landkreis. Ein zusammenfassender Ergebnisbericht zum gesamten Forschungsprojekt wurde 2017 veröffentlicht und beinhaltet auch Fragestellungen und Ergebnisse der vorliegenden Studie (vgl. Hermann et al. 2017).

Zunächst widmet sich Kapitel eins den Grundlagen und Hintergründen der Thematik. Der Bedarf und der Ist-Zustand der medizinischen Versorgung werden ebenso erörtert wie die Prinzipien der Bedarfsplanung und der ärztlichen Tätigkeit in ländlichen Räumen. In Kapitel zwei werden die Forschungsziele und –fragen vorgestellt und Kapitel drei erörtert die Methodik. Im Anschluss finden sich

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung geschlechtsdifferenzierter Bezeichnungen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

<sup>2</sup> Als Hausärzte werden in dieser Studie alle hausärztlich tätigen Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätigen Internisten bezeichnet.

<sup>3</sup> Als Gebietsärzte werden in dieser Studie alle nicht hausärztlich tätigen, niedergelassenen Fachärzte bezeichnet.

die Ergebnisse der Auswertung der Strukturdaten, der Experteninterviews und der schriftlichen Befragung, die anschließend in Kapitel fünf diskutiert werden.

## 1.1 Hintergrund

### 1.1.1 Anforderungen an die medizinische Versorgung und Bedeutung der Primärversorgung

Eine adäquate medizinische Versorgung ist für alle Menschen von Bedeutung, sei es zur Prävention und Wahrung der Lebensqualität, zur Begleitung chronischer Erkrankungen oder bei der Versorgung im Akutfall. Einen großen Bereich der medizinischen Versorgung nimmt die Primärversorgung ein. Primärversorgung ist ein Teil des gesamten Gesundheitssystems und der erste Kontakt für alle Menschen, die bezüglich der Gesundheit ein Anliegen haben. Dabei deckt sie viele Inhalte ab, die von der sozialen Teilhabe bis zur akuten Behandlung der Patienten reichen. Auch die Langzeitversorgung chronisch Kranker ist ein wesentlicher Bestandteil der Primärversorgung (Schmid et al. 2020). Sinn der Primärversorgung ist es, eine optimale medizinische Versorgung mit hoher Qualität möglichst wohnort- und zeitnah anzubieten. Die Europäische Kommission definierte die Primärversorgung als *„allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende sowie familienorientierte und gemeindenahe Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung“* (Gert von Mittelstaedt 2018, S. 431). Zur Primärversorgung gehören in Europa Allgemeinmediziner bzw. Hausärzte, aber auch Allgemeininternisten, Kinderärzte, Zahnärzte sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe (Kringos 2012b).

Kringos beschreibt 2012 folgende vier Kernelemente einer fundierten Primärversorgung auf der Prozessebene (Kringos 2012a): Den freien Zugang zur medizinischen Versorgung, das umfassende Angebot innerhalb der medizinischen Versorgung (verschiedene Fachbereiche, akute und chronische Behandlung etc.), die Kontinuität der Betreuung und die Koordination der Versorgung, d. h. die konstruktive Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsdienstleister. Kringos et al. zeigten in einer Studie von 2013, dass sich eine starke Primärversorgung positiv

auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirkt, was bspw. an reduzierten Krankenhausaufenthalten sichtbar wird. Zusätzlich trägt eine umfassende Primärversorgung, in der alle Personen und Personengruppen berücksichtigt werden, dazu bei, die soziale Gleichheit zu stärken (Kringos et al. 2013).

### 1.1.2 Bedarf und Besonderheiten im ländlichen Raum

Der Behandlungsbedarf ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, darunter von der Bevölkerungsdichte, der Bevölkerungsstruktur sowie von regionalen und sozioökonomischen Faktoren (Rommel, Giersdorf & Prütz 2017, S. 656 ff). Einen besonderen Einfluss auf den realen Behandlungsbedarf hat der demographische Wandel, da mit zunehmendem Alter der Patienten statistisch eine Zunahme von Multimorbiditäten und chronischen Erkrankungen feststellbar ist (Habermann-Horstmeier 2022; Sass et al. 2010). Zudem ist die angemessene Betreuung älterer Patienten oftmals zeitaufwändiger. Das Statistische Bundesamt zeigt, dass Patienten bis zum Alter von 40 Jahren durchschnittlich dreimal im Quartal den Arzt aufgesucht haben, während die über 60-jährigen Patienten 3,6 mal durchschnittlich Kontakt zu Ärzten hatten (Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 2016). Laut einer Prognose des Statistischen Bundesamtes wird die Anzahl der Personen ab 67 Jahre in Deutschland voraussichtlich zwischen 2022 und 2035 um 22% steigen (Statistisches Bundesamt 2021). Es steigen demnach kontinuierlich die Anforderungen an die Primärversorgung.

Uijen et al. zeigten in ihrer Studie von 2008, dass ca. 55% der Patienten im Alter von 75 Jahren oder älter unter vier oder mehr chronischen Erkrankungen litten (Uijen et al. 2008). Die Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbiditäten wurde auch in späteren Studien bestätigt (vgl. Habermann-Horstmeier 2022). Entsprechend dieser nimmt auch die Anzahl der Patienten zu, die zeitgleich verschiedene Medikamente und Wirkstoffe einnehmen (Alessandra Marengoni et al. 2015). Bei diesem Vorgehen steigt allerdings das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Arzneimittelreaktionen, die ihrerseits wieder den Behandlungsbedarf erhöhen (Wagner 2021, S. 155; Treudler et al. 2017).

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum weist einige Besonderheiten für Patienten und Ärzte auf, die sowohl auf strukturelle als auch auf sozioökonomische und zwischenmenschliche Faktoren zurückzuführen sind.

Aufgrund der begrenzten Zahl an Praxen, der wachsenden Einzugsgebiete sowie der oftmals existierenden räumlichen Entfernung zu größeren Versorgungszentren im ländlichen Raum, ist eine Vernetzung und Zusammenarbeit der in der Region niedergelassenen Ärzte notwendig, um eine verlässliche und adäquate Primärversorgung gewährleisten zu können. So ist beispielsweise eine Absprache für Bereitschafts- und Notdienste zu treffen (Lübking 2020, S. 9). Auch muss in ländlichen Bereichen die begrenzte Auswahl an qualifiziertem medizinischem Fachpersonal berücksichtigt werden (Neuhaus 2021). Die im Vergleich zu städtischen Gebieten begrenzten personellen Kapazitäten und Versorgungsstrukturen resultieren für die Mediziner oftmals in längeren und schlechter planbaren Arbeitszeiten (Buck, Doctor & Eymann 2021, S. 6).

Eine weitere Besonderheit des ländlichen Raums ist die Bevölkerungsstruktur, die sich oftmals deutlich von der Struktur in Städten oder hoch erschlossenen Gebieten unterscheidet. Im ländlichen Raum sind tendenziell mehr ältere Menschen ansässig, ebenso Familien mit kleinen Kindern. Beide Personengruppen haben, wie oben beschrieben, einen Versorgungsmehrbedarf und gleichzeitig einen hohen Bedarf an einer fördernden zwischenmenschlichen Ebene, d. h. einem ausgeprägten Vertrauensverhältnis zum Arzt (Wild 2020, S. 52f).

Eine weitere Besonderheit der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum ist der starke Einfluss der Infrastruktur auf den Zugang zu medizinischer Versorgung. Seitens der Ärzte und der Patienten muss bei Praxis- und Hausbesuchen mit einkalkuliert werden, dass die Infrastruktur im ländlichen Raum ggf. nicht ausreichend ausgebaut ist. Die Anfahrtszeiten sind teils langwierig; teils sind Bereiche auch gar nicht spontan erreichbar (O. a. N. 2018; Wild 2020, S. 50ff). Hier können neue Konzepte wie die Telemedizin zum Einsatz kommen und erprobt werden (Ebd.).



### 1.1.3 Formale Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung ist ein wesentliches Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung der flächendeckenden, wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung der Bevölkerung und zur Vermeidung einer Über- oder Unterversorgung. Die Bedarfsplanungsrichtlinie (§99 SGB V) regelt einen bundesweit einheitlichen Planungsrahmen für die ambulante Versorgung (GKV-Spitzenverband 2019), mit dem ursprünglichen Ziel, eine Überversorgung zu verhindern. Im Zuge der Überwachung dieser Richtlinie werden regelmäßig Strukturdaten erhoben, um den Behandlungsbedarf mit den existierenden Behandlungskapazitäten abzugleichen. Dabei bedeutet ein Versorgungsgrad unter 110 Prozent, dass dieser Planungsbereich offen ist und sich neue Ärztinnen und Ärzte niederlassen können. Im hausärztlichen Bereich wird von einer Unterversorgung gesprochen, wenn der Versorgungsgrad unter 75 Prozent (bzw. in anderen fachärztlichen Bereichen unter 50 Prozent) liegt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020b).

Die Bedarfsplanung basiert insbesondere auf den Faktoren Ärztedichte und Spezialisierungsgrad. Allerdings wird die Bedarfsplanungsrichtlinie oftmals als ungenau und nicht zielführend kritisiert: „*Grundsätzlich betrachtet fehlt es an einer objektiven, medizinisch fundierten Quantifizierung des klinischen Bedarfs*“ (Herr und Lessing 2015, S. 12). Im Jahr 2018 wurde ein Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung veröffentlicht, wo unter anderem erörtert wurde, dass für die Primärversorgung durch Haus- und Fachärzte eine kleinräumige Planung benötigt wird, um künftige Versorgungsdefizite vermeiden zu können (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018). In der neuen Bedarfsplanung von 2019 wurde daraufhin zwar eine populationsorientierte Weiterentwicklung der Bedarfsplanung angestrebt und zum Teil durchgesetzt, allerdings wird weiterhin z.B. das Alter der Ärzteschaft nicht mit einbezogen.

### 1.1.4 Aktuelle Versorgungssituation

Für die Ermittlung des Versorgungsbedarfs und die Durchführung einer fundierten Bedarfsplanung muss im ersten Schritt eine Analyse der jeweils aktuellen

Versorgungssituation erfolgen. Im Folgenden wird daher die Versorgungssituation in Baden-Württemberg dargestellt und mit der nationalen und internationalen Versorgungssituation in Kontext gesetzt.

#### 1.1.4.1 International

Im internationalen Vergleich zeigt die allgemeinmedizinische Versorgung in Irland (1,8 Allgemeinärzte/1000 Einwohner) die größte Allgemeinärztdichte auf, gefolgt von Deutschland und Österreich (1,7/1000), Australien (1,6/1000) und den Niederlanden (1,6/1000). Über der durchschnittlichen Dichte von 1,1 Allgemeinärzten je 1000 Einwohner liegen auch die Staaten Finnland, Kanada, Schweiz und Belgien. Die USA, Island und Korea liegen weit unter diesem Durchschnitt (Arentz 2017). Somit verfügt Deutschland im internationalen Vergleich durchschnittlich über eine hohe Versorgungsdichte an Hausärzten und gehört nicht zu den Ländern mit einer hausärztlichen Unterversorgung.

#### 1.1.4.2 National

2015 bestand laut der offiziellen Bedarfsplanung im bundesweiten Durchschnitt keine Unterversorgung im Bereich der hausärztlichen Versorgung, da mit einem Gesamtversorgungsgrad von 109,6% für Hausärzte bundesweit 9,6% mehr Hausärzte tätig waren als in der Bedarfsplanung vorgesehen war (Klose und Rehbein 2016). Die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland waren hierbei allerdings noch nicht berücksichtigt. Durch die demographischen Entwicklungen und das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung ist es naheliegend, dass der Versorgungsbedarf in Zukunft steigen wird. Zudem ist auch das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte, insbesondere der Hausärzte sehr hoch, sodass parallel dazu die Versorgungskapazität sinkt (KVBW 2019, S. 118). Die Altersstruktur der Hausärzte gibt Hinweis darauf, dass in den nächsten Jahren viele altersbedingte Praxisabgaben oder Praxisschließungen zu erwarten sind. Die Bundesärztekammer gibt an, dass die berufstätige Ärzteschaft über 60 Jahre auch im Jahr 2021

weiterhin kontinuierlich ansteigt. Bereits im Jahr 2021 waren 34.000 Ärzte (8,2% aller berufstätigen Ärzte) im Renteneintrittsalter, weitere 52.000 Ärzte (12,6% aller berufstätigen Ärzte) sind zwischen 60 und 65 Jahre alt (Bundesärztekammer 2021).

Auch sagt eine gute durchschnittliche Versorgung nur bedingt etwas über die Versorgungslage in einzelnen Gebieten aus. Vielmehr ist es so, dass sich über- versorgte, aber auch stark unterversorgte Gebiete finden (De Miranda et al. 2018). In einigen Regionen Deutschlands werden die Folgen bereits deutlich sichtbar: Es zeigt sich eine zunehmende Ungleichverteilung der grundversorgen- den Ärzte in Städten und ländlichen Regionen.

In Abbildung 1 sind die bundesweiten Versorgungsgrade der Mittelbereiche für die Bedarfsplanung der Hausärzte mit Stand 2022 dargestellt. Es wird gezeigt, dass Deutschland *„durch erhebliche Allokationsprobleme gekennzeichnet [ist]: So bestehen ausgeprägte räumliche Ungleichverteilungen der Versorgungska- pazitäten, welche sich vorwiegend zwischen ländlichen und urbanen Regionen finden“* (Sachverständigenrat 2014).

#### Hausärzte, Versorgungsgrad in %, Mittelbereiche, 2022

- von 48,0 bis 88,8
- von 88,8 bis 97,6
- von 97,6 bis 104,5
- von 104,5 bis 110,1
- von 110,1 bis 189,0

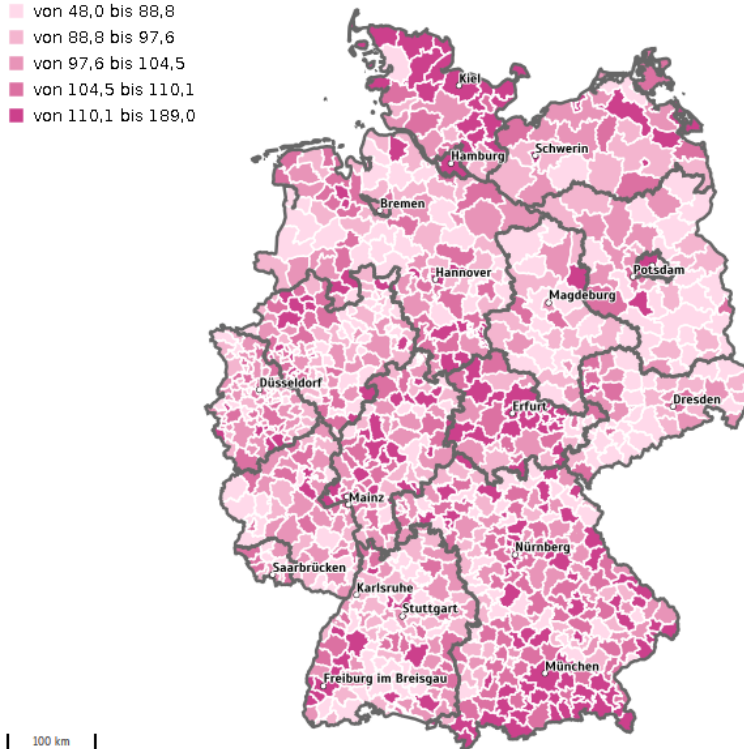


Abbildung 1: (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2023): Gesundheitsdaten. Versorgungsgrade in den Planungsbereichen. Hausärzte, Versorgungsgrad in %, Mittelbereiche. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>

#### 1.1.4.3 Baden-Württemberg

Auch in Baden-Württemberg lag im Jahr 2016, also zum Zeitpunkt der Datenerhebung der vorliegenden Ausarbeitung, laut der Bedarfsplanung insgesamt keine Unterversorgung vor, da hier mit einem Gesamtversorgungsgrad von 106,8% für Hausärzte 6,8% mehr Hausärzte tätig waren, als in der Bedarfsplanung vorgesehen war (Klose und Rehbein 2016). Bereits im Jahr 2015 wurde beschrieben, dass etwa 23% der niedergelassenen Ärzte ihre Praxen bis 2020 abgeben werden (Deutsche Gesundheitsnachrichten 2015).

Von den insgesamt 20.320 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten in Baden-Württemberg waren allerdings bereits 2019 mehr als ein Drittel 60 Jahre und älter, von den hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten (insgesamt 5.482) sind sogar 43% älter als 60 Jahre (Bundesärztekammer 2019a). Die Altersstruktur der

Hausärzte lässt vermuten, dass dieser Anteil eher noch größer ist (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2020a). Zudem ist zu beobachten, dass die Versorgungsgrade innerhalb Baden-Württembergs regional stark variieren. Die Varianz reicht von einem Versorgungsgrad von 48,2% im Kreis Schwäbischer Wald bis zu einem Versorgungsgrad von 131,3% im Kreis Freiburg (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2023).

## 1.2 Die Entwicklung des Arbeitsmarkts

### 1.2.1 Work-Life-Balance

Der derzeitige Arbeitsmarkt für junge und angehende Mediziner, auch als Nachfolger in eigener Niederlassung, unterliegt einer Veränderung durch die veränderten Prioritäten und den Wunsch nach entsprechend angepassten Arbeitsbedingungen. Die jüngere Ärztegeneration legt den Fokus vermehrt auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (bspw. durch Teilzeittätigkeit), auf fest planbare Arbeitszeiten und eine insgesamt subjektiv angemessene Arbeitsbelastung (Hartmannbund 2021 & 2022). Diese Punkte und der Wunsch nach finanzieller Sicherheit und Planbarkeit lässt viele junge Mediziner eine Anstellung, statt einer eigenen Niederlassung bevorzugen (Küpper & Mettenberger 2018). In einer Studie der Universität Heidelberg gaben junge Ärzte an, dass Planungssicherheit und gute Zukunftsaussichten die wichtigsten Faktoren für die spätere Gebietswahl seien (Götz et al. 2011).

Die Studie von Ludwig et al. (2018) zeigt, dass angehende Ärzte insbesondere hinsichtlich der allgemeinärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum große Vorbehalte haben. Es wird eine allgemein höhere Arbeitsbelastung erwartet bei vergleichsweise geringen Freizeitmöglichkeiten und schlechter Infrastruktur. Die jungen Mediziner befürchten eine unausgewogene Work-Life-Balance und eine schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Außerdem spielen der Lebenspartner und seine beruflichen Möglichkeiten eine wichtige Rolle für die Entscheidung zwischen Festanstellung und Selbstständigkeit sowie über den Ort einer möglichen Niederlassung. Auch das Vorfinden eines familienfreundlichen Umfeldes und – zwar weniger relevant allerdings auch ein Kriterium – die finanziellen

Anreize sind weitere wichtige Faktoren für die Wahl des Arbeitsortes (Küpper & Mettenberger, 2018; Kiolbassa et al. 2011). Ludwig et al. (2018) konnten allerdings auch zeigen, dass die Vorbehalte die bzgl. der o. g. Punkte bestanden, nach einem Praktischen Jahr im ländlichen Raum deutlich sanken.

### 1.2.2 Arbeitsmodelle

Die vorgenannten Punkte sind ein Hinweis auf die Faktoren, auf denen sich die abnehmende Bereitschaft zur Vollzeitarbeit und zur Selbstständigkeit bei jungen Medizinerinnen begründet. Es entstehen ein Trend zur Teilzeitbeschäftigung unter den Ärztinnen (Munz 2014), die steigende Bereitschaft für ein Angestelltenverhältnis und die häufigere Entscheidung gegen die Niederlassung in einer eigenen Praxis (Deutsche Gesundheitsnachrichten 2015). Festanstellungen und Teilzeitbeschäftigungen der jungen Ärztinnen nehmen stetig zu, laut der Ärztestatistik 2022 um 12,6% im Gegensatz zum Vorjahr (Bundesärztekammer 2023). Aus dem Bundesarztregister 2019 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geht hervor, dass es mehr als dreimal so viele angestellte Ärztinnen und Ärzte gibt als zehn Jahre zuvor (Munz 2019). Daraus resultiert, dass weniger Einzelpraxen besetzt werden und stattdessen ein Trend hin zu größeren Gemeinschaftspraxen bzw. Kooperationsformen wie MVZ und Ärztehäusern führt. Durch den Wunsch zur Teilzeitbeschäftigung der nachrückenden Ärztegeneration müssen die entsprechend fehlenden zeitlichen Behandlungskapazitäten anderweitig, d. h. durch neue Versorgungssysteme oder Delegation, ausgeglichen werden (Bundesärztekammer 2016).

Die Tätigkeit in der eigenen Niederlassung, wie sie lange Zeit insbesondere in den ländlichen Regionen üblich und von den Medizinerinnen angestrebt war, ist durchweg gekennzeichnet von einer hohen Verantwortung und einem hohen Arbeitspensum mit vielfältigen Aufgaben. Neben der rein medizinischen Tätigkeit spielen für niedergelassene Ärzte ökonomische Aspekte eine tragende Rolle, begonnen bei der Anfangsinvestition für die Praxisübernahme oder –gründung über die betriebswirtschaftliche Steuerung der Praxis als Unternehmen bis hin zur

Rolle als Arbeitgeber (Ehrhardt 2018; Obermann & Müller 2017). Mit der Verantwortung tragen die niedergelassenen Ärzte jeweils auch das volle medizinische und betriebswirtschaftliche Risiko. Die Tätigkeit in der eigenen Niederlassung ist zudem in der Regel zeitintensiver als in einer Festanstellung, da auch unvorhergesehene Fälle, Notfälle und Bereitschafts- und Vertretungsdienste abgedeckt werden müssen (Reinhardt 2021, S. 341). Niedergelassene Ärzte sind zudem in der Verantwortung eigeninitiativ ein verlässliches Netzwerk aufzubauen, um eine kontinuierliche und bestmögliche Behandlung ihrer Patienten sicherzustellen. Ein solches Netzwerk dient neben dem fachlichen Austausch und der organisatorischen Entlastung (z. B. Vertretungen) auch der Stärkung der regionalen Ärzteposition z. B. bei dem Wunsch nach politischer Einflussnahme (Ehlert 2017).

### 1.2.3 Besonderheiten der Tätigkeit im ländlichen Raum

Die ärztliche Tätigkeit in ländlichen Regionen weist verschiedene Merkmale auf, die sich zum Teil von der ärztlichen Tätigkeit an städtischen Orten unterscheiden. Charakteristisch für die medizinische Tätigkeit in ländlichen Gegenden ist die oftmals ältere Bevölkerungs- und Patientenstruktur mit ihren spezifischen medizinischen Anforderungen. Zudem herrscht durch das engere Zusammenleben tendenziell eine größere Nähe zu den Patienten. Derzeit ist eine sogenannte Landflucht der Hausärzte zu beobachten (Korzilius 2008; Wangler & Jansky 2020). Ein entscheidender Faktor ist die hohe Arbeitsbelastung allgemein, auch in der niedergelassenen Tätigkeit im ländlichen Raum. Aufgrund des insgesamt geringeren medizinischen Angebots im ländlichen Raum, liegen die Arbeitszeiten der dort tätigen Ärzte teils um etwa 50% höher als die Arbeitszeit von Ärzten in urbanen Gebieten (Neugebauer 2016). Die ländlichen Praxen müssen in der Regel in gemeinsamer Kooperation eine zeitlich lückenlose Versorgung sicherstellen, die Faktoren wie z. B. die längeren Anfahrtszeiten der Rettungsdienste mit auffängt. Die dünnere Ansiedlung der medizinischen Einrichtungen im ländlichen Raum und die Fokussierung vieler nicht hausärztlich tätiger Fachärzte auf Praxisstandorte in größeren Ortschaften bzw. Städten führt auch zu längeren Anfahrten für die Patienten, die insbesondere für ältere bzw. immobile Patienten nur schwer

oder gar nicht zu bewältigen sind (Neugebauer 2016). Im ländlichen Raum herrscht eine geringere Dichte an medizinischen Einrichtungen, wodurch auch der unmittelbare Kontakt und Austausch mit Kollegen begrenzt ist.

### 1.3 Lösungsansätze für die ländliche Versorgung

Es existieren seitens der Ärzteschaft, der Politik sowie der Selbstverwaltung diverse Ansätze zur Lösung bzw. Milderung des sich abzeichnenden ambulanten Ärztemangels. So beschreibt beispielsweise das Gutachten des Sachverständigenrats bereits 2014, dass die Allokationsproblematik der ambulanten medizinischen Versorgung durch die bisherigen Maßnahmen nicht gelöst werden konnte und daher neue Anreize geschaffen werden sollen. Diese werden im Folgenden aufgeführt (Sachverständigenrat 2014):

- Landarztzuschlag für niedergelassene Ärzte von 50% für zehn Jahre auf alle ärztlichen Grundleistungen
- Aufkauf freierwerdender Arztsitze bei Überversorgung
- Wissenschaftlich fundierte Grundlagen über notwendige *„Versorgungsstunden eines Vertragsarztes für eine angemessene Versorgung einer spezifischen Bevölkerungsgruppe“*
- *„Bei Unterschreiten des Schwellenwertes von 75% in der Bedarfsplanung bei Hausärzten“* und Fachärzten soll die Sicherstellung von den Ländern übernommen werden, um den Versorgungsbedarf durch Nachfolger abdecken zu können
- *„qualitative Verbesserungen der Arbeitsbedingungen“* durch geeignete Arbeitsformen und familienfreundliche Arbeitszeiten
- Gezielte Förderung des Faches Allgemeinmedizin in der Ausbildung und Förderung der Studierenden sowohl für Praktika als auch für die spätere Tätigkeit in ländlichen Regionen
- Nahtloser Übergang von der universitären Ausbildung und der nachfolgenden Weiterbildung zum Facharzt

Dem Ärztemangel wird unter anderem durch die Zuwanderung ausländischer Ärzte gegengesteuert. Dabei stieg die Anzahl der berufstätigen ausländischen



Ärztinnen und Ärzte von 21.650 im Jahr 2010 auf 52.361 im Jahr 2019 (Bundesärztekammer 2019b). Allerdings stehen dem Kolleginnen und Kollegen gegenüber, die aus persönlichen Gründen oder wegen der attraktiveren Arbeitsbedingungen Deutschland verlassen: Im Jahr 2019 waren 3.800 neue ausländische Ärztinnen und Ärzte gemeldet worden (Bundesärztekammer 2019b). Gleichzeitig waren 1.898 Ärztinnen und Ärzte abgewandert, die ursprünglich in Deutschland tätig waren. Bevorzugte Auswanderungsländer waren die Schweiz, Österreich und die USA (Bundesärztekammer 2019c). Bei Zunahme der Zuwanderung ausländischer Ärzte ist die Qualität der medizinischen Versorgung kritisch zu überprüfen. So wurde bei einer Umfrage in den Krankenhäusern in Bayern eine mangelnde fachliche und sprachliche Qualifikation festgestellt. Insbesondere bei der sprachlichen Qualifikation gaben Kliniken kritische Bewertungen ab: *„Während noch 21% zufriedenstellende Bewertungen abgaben, vergaben knapp 32% der Kliniken nur ausreichende und mangelhafte Schulnoten“* (Schmidt 2014).

Einige der Vorschläge sind bereits durch das Versorgungsstrukturgesetz (2012) und das Versorgungsstärkungsgesetz (2015) durch die Politik aufgegriffen worden. Dazu zählen beispielsweise die flexiblere Bedarfsplanung durch die Länder, die Förderung der Delegation durch Definition delegierbarer Tätigkeiten und die Förderung der Telemedizin (Bpb 2017). Auch die Förderung des Faches Allgemeinmedizin im Rahmen der Ausbildung wurde durch den Masterplan 2020 angegangen: Besonders großer Wert wurde hierbei nicht nur auf eine kompetenzorientierte, praxisnahe Ausbildung, sondern auch eine Imageverbesserung der Allgemeinmedizin und umfassende Aufklärung bezüglich dieses Fachbereichs gelegt, um das Fach attraktiv für den Nachwuchs zu machen. Auch durch die Landarztquote wurden neue Anreize für angehende Mediziner gesetzt: Bis zu 10 Prozent der Studienplätze können an Bewerberinnen und Bewerber vergeben werden, die sich dazu bereit erklären, nach Abschluss des Studiums in einem unterversorgten Gebiet zu arbeiten (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2019).

## 2 Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit

Anlass des Forschungsvorhabens war ein Auftrag des Landratsamtes Waldshut zur Analyse der medizinischen Versorgungssituation und Ermittlung des Versorgungsbedarfs im Landkreis. Insbesondere sollte die regionale Versorgung durch niedergelassene grundversorgende Hausärzte analysiert werden. Darunter fallen sowohl Fachärzte für Allgemeinmedizin als auch hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin. Ergänzend wurde auch die Versorgungssituation in verschiedenen medizinischen Fachrichtungen (im Folgenden: Gebietsärzte) analysiert. Der Forschungsauftrag des Landratsamtes Waldshut soll einen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Region leisten.

Für die Ausarbeitung konkreter Handlungsoptionen und Strategien zur Entwicklung von zukunftsfähigen und innovativen Versorgungskonzepten wird empfohlen, zunächst eine Versorgungsanalyse zu erstellen (Sturm et al. 2019; Sachverständigenrat 2014, S. 595). In der Versorgungsanalyse werden nur indirekt qualitative Merkmale einzelner Praxen bewertet; vielmehr werden demographische, strukturelle und wirtschaftliche Faktoren analysiert, um daraus einen Abgleich zwischen dem Bedarf einerseits und der aktuellen bzw. zukünftigen Deckung dieses Bedarfs andererseits zu schaffen (Swart et al. 2014). Diese Informationen bilden die Grundlage für die weitere Versorgungsplanung.

Zusätzlich zur auf statistischen Werten beruhenden Versorgungsanalyse ist es sinnvoll, die subjektiven Einschätzungen, Präferenzen und Erfahrungswerte der Ärzteschaft bezüglich der Ist-Situation und zukünftiger Entwicklungen in Analyse und Planung miteinzubeziehen, da die ortsansässigen Ärzte über spezifische Informationen bzgl. Faktoren wie z. B. Kooperationen, Patientenwünschen und regelmäßig auftretenden Versorgungslücken verfügen. Außerdem können auf diese Weise auch zukünftige Pläne (z. B. Ruhestand) der ansässigen Ärzte berücksichtigt werden. Die Miteinbeziehung der Ärzteschaft dient entsprechend auch dazu, Ansatzpunkte zu finden, die die Zukunftsfähigkeit der ambulanten Versorgungsstrukturen im Landkreis unterstützen können. Hieraus können

Handlungsoptionen und Maßnahmen für verschiedene Akteure entwickelt werden, um eine umfassende, bedarfsorientierte und wohnortnahe Grundversorgung der ansässigen Bevölkerung zu ermöglichen.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der aktuellen Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung in ländlichen sowie strukturschwachen Räumen in Deutschland am Beispiel des Landkreises Waldshut, einem Standort im äußersten Südwesten von Baden-Württemberg.

Der Landkreis Waldshut war von medizinischer Unterversorgung in verschiedenen Bereichen betroffen. Der durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg festgestellte Versorgungsgrad lag im Landkreis (LK) Waldshut im Jahr 2018 bei 86,5% und damit in der Unterversorgung. Das trifft auch im Jahr 2022 bei 88% trotz einer leichten Entspannung der Versorgungssituation immer noch zu (KBV 2023). Dies galt hier auch für die fachärztlichen Spezialisten (Stand 2018): Frauenärzte (104%), HNO-Ärzte (89%), Hautärzte (91,4%), Orthopäden (98,5%) und mit dem niedrigsten Versorgungsgrad die Kinder- und Jugendpsychiater (76%) (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2020a).

Bei der Analyse der damaligen aktuellen Situation und der Optimierungsmöglichkeiten sollen Besonderheiten des ländlichen Raumes, wie bspw. eine ungleichmäßige Verteilung der medizinischen Infrastruktur innerhalb der Region, besonders berücksichtigt werden. Das primäre Ziel ist dabei, die aktuellen ambulanten Versorgungsstrukturen der Region und deren Entwicklung aus Sicht der niedergelassenen Ärzte zu analysieren.

Es ergeben sich folgende konkrete Forschungsfragen:

**Fragestellung 1: Wie sieht die aktuelle medizinisch-ärztliche Versorgungsstruktur in dieser Region aus?**

Die aktuellen Versorgungsstrukturen sollen anhand der folgenden Strukturdaten dargestellt werden:

- Geographische Verteilung der Praxen, Ärzte-/Praxisdichte
- Soziodemographische Charakteristika der teilnehmenden Ärzte

- Praxisstrukturen
- Ausstattung der Praxen und Beteiligung an medizinischer Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung
- Dauer der Niederlassung und Pläne hinsichtlich Praxisabgabe
- Praxisinterne Möglichkeiten zur Steigerung der Bedarfsdeckung (z. B. Delegation, Telemedizin)

**Fragestellung 2: Wie schätzen die niedergelassenen Ärzte die aktuelle lokale Versorgungslage ein und welche Maßnahmen sind aus ihrer Sicht zu ergreifen, um künftig die ambulante medizinische Versorgung in ihrer Region zu sichern?**

- Einschätzung und Bewertung der Versorgungslage
- Erfahrungswerte bzgl. der Nachfolgesicherung
- Erfahrungswerte, Präferenzen und Wünsche bzgl. Hausbesuchen, Delegation und Telemedizin
- Ist-Zustand von und Wunsch nach Kooperationen und Möglichkeiten, die Versorgung zu optimieren

Diese Ergebnisse bilden die Grundlage, um regionale Entwicklungen der medizinischen Versorgung am Standort besser vorhersehen und planen zu können.

## 3 Material und Methoden

### 3.1 Studiendesign

Die vorliegende Studie ist Teil eines Forschungsprojekts des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck (vgl. Hermann et al. 2017). Sie wurde im Mixed Methods-Design durchgeführt. Es besteht, neben der Literaturrecherche aus einem quantitativen Teil in Form einer schriftlichen standardisier-

ten, pseudonymisierten Befragung aller niedergelassenen Ärzte im Landkreis sowie einem inhaltlich ergänzenden qualitativen Teil, bestehend aus leitfadengestützten, ebenfalls pseudonymisierten Experteninterviews. Im Zuge der schriftlichen Befragung wurden auch strukturelle Daten wie z. B. Praxisform, Alter und Geschlecht der Ärzte erhoben und ausgewertet.

Der Mixed Methods-Ansatz zielt darauf ab, jeweils die Limitationen der einen Erhebungsmethode durch die andere Methode auszugleichen, um so ein möglichst umfassendes und genaues Bild zu erzielen (Kelle 2018, S. 25). Außerdem bietet sich das Mixed Methods-Design an, wenn eine Fragestellung aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden soll und eine Analyse auf der Basis nur einer der Erhebungsmethoden nicht ausreichend aussagekräftig wäre. Durch die Kombination der quantitativen und der qualitativen Erhebung ist zudem eine tiefgründigere Interpretation der Ergebnisse möglich (Roch 2017, S. 96f.). Auf Basis der Erkenntnisse aus dieser Form der Erhebung können Empfehlungen abgeleitet werden, die nicht nur wissenschaftlich fundiert sind, sondern auch die spezifischen Gegebenheiten der Region berücksichtigen.

Die leitfadengestützten Expertengespräche wurden vor der Ausgestaltung des Fragebogens für die schriftliche Befragung durchgeführt, sodass sie der Exploration der Problemfelder, relevanten Themen und Strukturen dienen konnten (Hollstein, 2010). So konnten die Erkenntnisse und im Interview thematisierten Faktoren in der Gestaltung des Fragebogens aufgegriffen werden. Auf diese Weise war es möglich, den Fragebogen passgenauer zu formulieren und einzelne relevante Themen und Aspekte genauer einzugrenzen. Ergänzend war es anhand der offenen Fragen möglich, subjektive Ansichten der Leistungserbringer zu erfassen sowie die individuellen Eindrücke und Einschätzungen der befragten Ärzte in den Kontext der Strukturanalyse zu setzen und mit den Ergebnissen aus der quantitativen Befragung in Beziehung zu setzen. Wesentliche Vorteile einer schriftlichen Befragung sind, die Bedingungen des zu untersuchenden Themas so weit wie möglich kontrollieren und mögliche Störfaktoren eliminieren zu können. So kann bei der schriftlichen Befragung z. B. eine Beeinflussung des Befragten durch den Untersucher weitestgehend ausgeschlossen werden. Potthoff und Eller beschrieben im Jahr 2000 Vor- und Nachteile von Fragebögen in ihrem

Werk „*Survey mit Fragebogen: Vor- und Nachteile verschiedener Erhebungsverfahren*“. Als Vorteile nennen sie u. a. die geringen Kosten der Erhebungsmethode und den geringen Personalaufwand. Die Nachteile hingegen liegen in der niedrigeren Ausschöpfungsquote, in der Langsamkeit und fehlenden Flexibilität der Befragung, d. h., dass z. B. keine komplexen Fragen gestellt werden können und keine spontanen Antworten und Nachfragen möglich sind. Außerdem ist es nur schwer oder gar nicht möglich, zu kontrollieren, wer den Fragebogen tatsächlich ausfüllt.

## 3.2 Experteninterviews (qualitative Erhebung)

### 3.2.1 Rekrutierung

Im Vorfeld der Untersuchung fand im Rahmen eines Informationsgespräches ein Austausch mit dem Gesundheitsamt des Landkreises Waldshut statt, bei dem bereits erste Informationen zur Situation und Hinweise auf mögliche Problemlagen mitgeteilt wurden.

Das Gesundheitsamt erstellte eine Vorschlagsliste mit 17 niedergelassenen Fachärzten, die sich im Landkreis in verschiedenen Kontexten der Versorgungsplanung, bspw. in Gesprächen mit den Krankenkassen und ärztlichen Vereinigungen, bereits hervorgetan hatten. Auf Basis dieser Liste wurden telefonisch sechs Einzeltermine für persönliche Interviews vereinbart. Um einem Selektionsbias entgegenzuwirken wurden gezielt auch Ärzte kontaktiert und interviewt, die sich zuvor bezüglich der kommunalen Gesundheitspolitik und anderen strukturellen Aspekten (z. B. Verfahren der Krankenkassen) kritisch geäußert hatten. Auswahlkriterium war außer dem Engagement im Landkreis auch die geographische Lokalisation, um möglichst alle Regionen des Landkreises abzudecken. Es wurde ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Interviewpartnern aus sehr abgelegenen ländlicheren Gegenden und Partnern aus den größeren Städten wie Waldshut und Bad Säckingen gewählt.

### 3.2.2 Konzeption und Durchführung der Interviews

Für die Durchführung der Interviews wurde zuvor auf Basis der durch das Gesundheitsamt erteilten Informationen sowie der Analyse statistischer Daten des Landkreises und Sichtung der themenbezogenen Fachliteratur ein strukturierter Interviewleitfaden erarbeitet.

Um zukünftige Anforderungen bzw. Herausforderungen im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung vertiefen bzw. konkretisieren zu können, wurden folgende Themenbereiche behandelt:

- Versorgungsstruktur aktuell
- Aktuelle Herausforderungen in der Versorgung
- Kooperationen
- Nachwuchs/Nachfolge
- Hausbesuche/Delegation
- Nutzung von und Einstellung zu Telemedizin

Alle sechs Interviews wurden im November 2016 im direkten Gespräch in den jeweiligen Praxen der interviewten Ärzte durchgeführt. Vor jedem Interview wurde die Datenschutzerklärung zur pseudonymisierten Aufbereitung der Interviewinhalte unterzeichnet. Die Gespräche dauerten zwischen 30 und 53 Minuten je Interview und 100 Minuten bei zwei gleichzeitig geführten Interviews. Zur späteren Auswertung erfolgte eine Tonaufzeichnung der Gespräche.

### 3.2.3 Auswertung der Interviews

Die Auswertung der aufgezeichneten Experteninterviews erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010, S. 471). Zu diesem Zweck wurden die Audiodateien der Experteninterviews paraphrasiert und es wurden erste Hauptkategorien definiert, die sich eng an den angesprochenen Themenkomplexen orientierten. Bei Sichtung des paraphrasierten Materials wurde deutlich, dass eine weitere Unterteilung der Hauptkategorien in den meisten Fällen sinnvoll war. Das aufgestellte Kategoriensystem wurde in einer zweiten Pilotrunde erneut auf die Experteninterviews angewandt und auf seine Schlüssigkeit

und Vollständigkeit hin überprüft. Hierbei wurden nach Sichtung der Antworten und Aussagen der befragten Experten die Haupt- und Unterkategorien induktiv abgeleitet. Die Aussagen der interviewten Ärzte wurden kodiert und den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Die aus den Expertengesprächen gewonnenen Erkenntnisse dienten anschließend als Grundlage für die Erarbeitung und Entwicklung des standardisierten Fragebogens für die quantitative Erhebung. In der Auswertung der Experteninterviews wurde spezielles Augenmerk auf persönliche Erfahrungen, Meinungen und Haltungen der Befragten gelegt. Außerdem wurden sowohl sich ergänzende als auch kontrastierende Positionen festgehalten und solche Aussagen gezielt in die Auswertung aufgenommen, die Hintergrundinformationen zu der späteren quantitativen Erhebung liefern konnten.

Die Darstellung der Ergebnisse der Experteninterviews erfolgt gesondert im Fließtext in Kapitel vier. Die Inhalte der Interviews wurden im späteren Verlauf in der Auswertung mit den Ergebnissen aus der schriftlichen Befragung abgeglichen und inhaltlich zusammengefasst. Auf diese Weise konnten die Ergebnisse aus den Interviews und der schriftlichen Befragung, je nach Inhalt, ergänzend bzw. kontrastierend zusammengeführt werden, um ein möglichst vollständiges Bild der Versorgungslage und der Vorgänge im LK Waldshut zu erhalten. Bei Nennung konkreter Zahlen und Wiedergabe von Abläufen wurde bei der Auswertung der Interviews besonderes Augenmerk darauf gelegt, dass es sich um individuelle Erfahrungswerte und subjektive Einschätzungen handelt und dass genannte Werte möglicherweise nicht mit den (aktuellen) offiziellen Zahlen übereinstimmen könnten, sondern als argumentative Stütze bzw. Erklärung für eine bestimmte Meinung und Einschätzung zu verstehen sind.

### 3.3 Befragung der niedergelassenen Ärzte (quantitative Erhebung)

#### 3.3.1 Fragebogenentwicklung

Der Fragebogen wurde auf Basis eines bereits existierenden Fragebogens aus einer Befragungsstudie von Ärzten im Landkreis Prignitz erstellt: "*Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Prignitz*" (Wegener 2010, S. 152). Dieser wurde durch Fragen ergänzt, die nach dem Informationsgespräch mit dem



Gesundheitsamt im Landkreis Waldshut und einer vorläufigen Sichtung der Expertengespräche für die ambulante Situation speziell in diesem Landkreis als wichtig erachtet wurden: Neben der geographischen Verteilung der Praxen, dem Alter der Ärzte und weiteren Aspekten, wie Präferenzen und Plänen der Ärzte des Landkreises Waldshut, sowie auch ihren Hoffnungen bzw. Bedenken lag ein Schwerpunkt der Befragung auf der Dynamik des Ausscheidens aller lokal niedergelassenen Fachärzte. Um die aktuelle ärztliche Versorgungssituation und die subjektive Wahrnehmung bzw. Ansicht der gesamten ambulanten Ärzteschaft zu analysieren, wurden zwei korrespondierende Fragebögen (für Haus- und Gebietsärzte) entwickelt.

Es entstand ein achtseitiger Fragebogen mit 57 Fragen bei den Hausärzten und 54 Fragen bei den Gebietsärzten, die sich in fünf Themenkomplexe untergliederten (vgl. Hermann et al. 2017, S.6):

1. Allgemeine Angaben zur Praxisstruktur und Niederlassung
2. Aktuelle Versorgungssituation und Kooperationen
3. Nachwuchs, Pläne und Wissenschaft
4. Zukunftspläne
5. Angaben zur Person
6. Freie Antwortmöglichkeit

Zum Großteil wurden geschlossene Fragen gestellt, die eine quantitative Auswertung ermöglichten. Als Antwortskalen wurden überwiegend Nominalskalen gewählt. Diese wurden zum Teil dichotom, zum Teil polytom, also mit Mehrfachantwortmöglichkeiten gestaltet. Um eine geordnete Darstellung der Antworten bezüglich der subjektiven Ansichten der Ärzte zu erreichen, wurden für diese Fragen Antworten in der Ordinal- und Intervallskala gewählt. Auf diese Weise konnte eine Antwort mit Hilfe einer verbalisierten Skala mit Rangfolge (Ordinalskala), zum Beispiel sehr gut – gut – mittel – schlecht – sehr schlecht, oder einer endpunktbenannten Skala (Intervallskala) ausgewertet werden.

### 3.3.2 Pilotierung

Im Anschluss an die Fragebogenentwicklung wurde ein Pretest durchgeführt, um die Verständlichkeit der einzelnen Fragen sowie der dazugehörigen Antwortmöglichkeiten zu beurteilen. Zusätzlich diente der Pretest dazu, die ungefähre Bearbeitungsdauer zu ermitteln.

Für den Pretest wurden fünf Ärzte im Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgungsforschung der Universität Tübingen dazu angehalten, den Fragebogen auszufüllen und die dafür benötigte Zeit zu dokumentieren. Im Anschluss wurden alle Fragen mit den jeweiligen Ärzten durchgesprochen und es wurde die Möglichkeit gegeben, die Fragestellungen inklusive der Antwortmöglichkeiten zu kommentieren. Die Bearbeitungsdauer des Fragebogens betrug ca. 15 bis 20 Minuten. Änderungsvorschläge sowie die Kürzung des bis zu dem Zeitpunkt zu langen Fragebogens wurden nach dem Probedurchgang umgesetzt.

### 3.3.3 Rekrutierung und Vorgehen

Es wurden alle niedergelassenen Ärzte im Landkreis Waldshut schriftlich eingeladen, an der Befragung teilzunehmen. Die niedergelassenen Ärzte wurden in zwei Gruppen unterteilt. Eine Gruppe bestand aus allen Hausärzten des Landkreises; dazu gehören Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt der hausärztlichen Versorgung und Praktische Ärzte. Die zweite Gruppe bestand aus allen weiteren Fachärzten, d. h. den Gebietsärzten des gesamten Landkreises. Für die Befragung wurden sämtliche zum 28. November 2016 im Register der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) aufgelisteten niedergelassenen Fachärzte des Landkreises Waldshut schriftlich angeschrieben (n=250). Ärzte mit mehreren Tätigkeitsorten innerhalb des Landkreises wurden mehrfach angeschrieben. Praxen mit rein privaten Leistungen wurden aus der Studie ausgeschlossen.

Der Fragebogen wurde am 01.12.2016 in einem Umschlag postalisch versandt. Dieser enthielt außer dem Fragebogen ein Anschreiben, eine Einverständniserklärung und einen frankierten Rückumschlag. Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, wurde die schriftliche Befragung auf postalischem Weg mit zusätzlicher Möglichkeit der Online-Befragung angeboten. Der Brief enthielt daher noch einen Link für die Beantwortung der Fragen im Online-Verfahren. Der Befragungszeitraum erstreckte sich über den Zeitraum vom 01.12. – 20.12.2016 und wurde nach Ablauf der Rücklauffrist durch einen schriftlichen Reminder, vorrangig per Fax, bis 08.01.2017 verlängert. Bei nicht vorhandenem Fax wurde auf den postalischen Weg zurückgegriffen.

Für eine flächendeckende Analyse wurde eine Vollerhebung des Alters und Praxisaufgabepläne angestrebt, die möglichst viele (pseudonymisierte) Antworten der Ärzte aus verschiedenen Regionen erhält. Deshalb wurde nach der verlängerten Frist der Rücklaufzeit eine Nacherhebung aller relevanten Fragen in Form einer verkürzten Darstellung des Fragebogens, der nur die Fragen nach Alter und Praxisaufgabeplänen enthielt, durchgeführt. Durch die Kriterien wie Geschlecht, Gemeinde, Praxisform, Öffnungszeiten und Schwerpunkte des Fachgebietes konnten im Anschluss die Rückläufer ermittelt werden. Die verbleibenden Ärzte, die nicht an der Befragung teilgenommen hatten, wurden telefonisch und/oder per Fax kontaktiert. Die Rückverfolgung wurde bereits in der mitversendeten Einverständniserklärung der Ärzteschaft schriftlich mitgeteilt.

Um doppelte Beantwortung der Fragebögen zu vermeiden, erfolgte per Hand eine Kontrolle auf doppelte Antworten aus Haupt- und Zweigpraxen. Es lagen jedoch keine doppelten Antworten aus Haupt- und Zweigpraxen vor. Von den insgesamt 120 hausärztlichen Tätigkeiten waren allerdings 18 doppelte „Tätigkeiten“, d. h. in Form einer Zweigpraxis („ärztliche Tätigkeiten“) vorhanden. Aus diesem Grund wurde die Rücklaufquote personenbezogen ( $n=120-18=102$ ) berechnet. Bei unvollständiger Beantwortung des Fragebogens wurden fehlende Antworten nicht weiter vermerkt und  $n=102$  entsprechend der Anzahl der tatsächlich vorliegenden Antworten angepasst.

### 3.3.4 Auswertung

Die Fragebögen wurden zunächst in eine Datenbank überführt. Mittels der Evaluationssoftware EvaSys (Electric Paper Evaluationssysteme GmbH, EvaSys V7.1 (2152), Lüneburg, Deutschland) wurde der finale Fragebogen erstellt. Dieses Programm erlaubt sowohl Umfragen in Papierform als auch Onlineumfragen. Die ausgefüllten Fragebögen konnten direkt in EvaSys eingelesen und die Ergebnisse in eine Excel Datenbank (Firma Microsoft®, Redmond, USA) übertragen werden.

Die quantitativen Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Die Antworten aus offenen Fragen wurden pragmatisch in Kategorien gefasst und ebenfalls in die Datenbank aufgenommen.

Für die Auswertung wurden die Gemeinden aus Gründen des Datenschutzes je nach geografischer Lage in fünf Regionen zusammengefasst:

- Region 1: Südwestlicher Teil des Landkreises mit den Gemeinden Bad Säckingen, Wehr, Rickenbach, Murg, Laufenburg, Görwihl, Herrisried
- Region 2: Südlicher Teil des Landkreises mit den Gemeinden Waldshut-Tiengen, Albruck, Dogern, Küssaberg, Lauchringen, Wutöschingen, Weilheim
- Region 3: Südöstlicher Teil des Landkreises mit den Gemeinden Hohentengen, Klettgau, Dettighofen, Lotstetten, Jestetten
- Region 4: Nordöstlicher Teil des Landkreises mit den Gemeinden Egglingen, Ühlingen-Birkendorf, Grafenhausen, Stühlingen, Bonndorf, Wutach
- Region 5: Nordwestlicher Teil des Landkreises mit den Gemeinden Höchenschwand, Dachsberg, Ibach, Todtmoos, Bernau, Sankt Blasien, Häusern

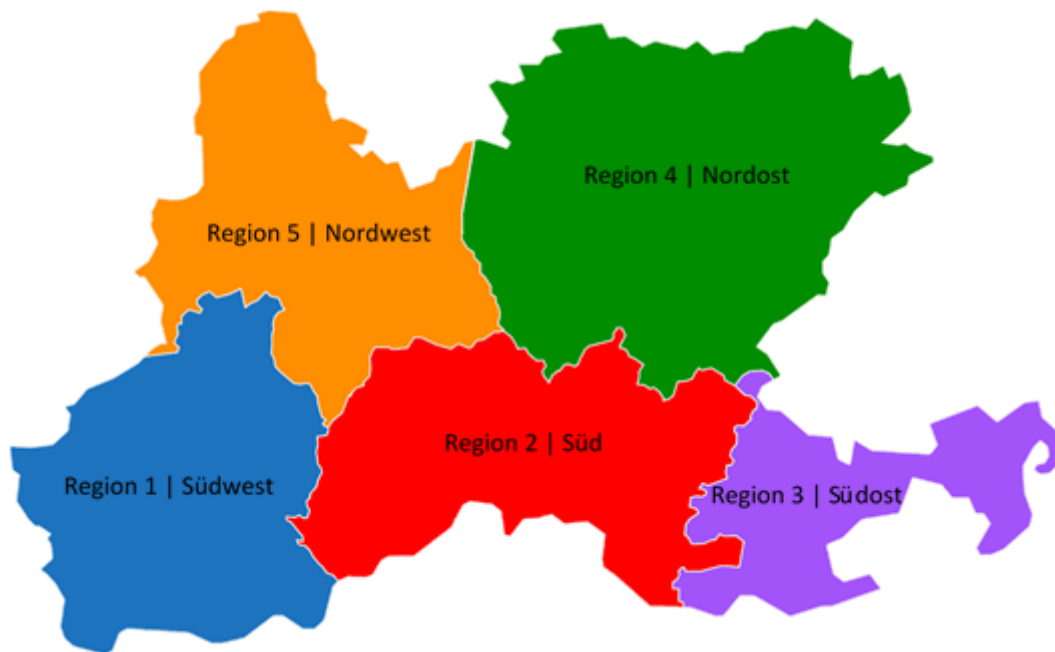


Abbildung 2: Landkreis Waldshut mit Aufteilung in Regionen (eigene Darstellung)

Die fünf Regionen weisen folgende demografische und strukturelle Merkmale auf:

Tabelle 1: Regionen des LK Waldshut (eigene Darstellung)

Region	1	2	3	4	5
Gemeinden	Bad Säckingen, Wehr, Rickenbach, Murg, Laufenburg, Görwihl, Herrischried	Waldshut-Tiengen, Albbruck, Dogern, Küssaberg, Lauchringen, Wutöschingen, Weilheim	Hohentengen, Klettgau, Dettighofen, Lotstetten, Jestetten	Eggingen, Ühlingen-Birkendorf, Grafenhausen, Stühlingen, Bonndorf, Wutach	Höchenschwand, Dachsberg, Ibach, Todtmoos, Bernau, Sankt Blasien, Häusern
Anzahl Gemeinden	7	7	5	6	7

Lage	Südwesten Grenzlage zu Frankreich und der Schweiz	Süden Grenzlage zur Schweiz	Südosten Grenzlage zur Schweiz, inkl. „Jestetter Zipfel“	Nordosten	Nordwes- ten
Einwohner	47.372	56.974	20.331	22.765	13.686
Anzahl nie- dergelasse- ner Hausärzte	53	27	9	18	13
Krankenhaus vorhanden?	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein

Die statistische Analyse wurde mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 15, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) durchgeführt. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet und mittels absoluter und relativer Häufigkeit, sowie Mittelwert, Median und Standardabweichung dargestellt.

### 3.4 Ethikkommission

Die Studie fand mit Zustimmung der Kommission für Ethik statt. Die Beantragung erfolgte in der ärztlichen Forschung der Eberhard Karls Universität Tübingen durch einen Ethikantrag (Projekt-Nummer 413/2016BO2) mit Studienprotokoll und relevanten Unterlagen wie Fragebogen, Informationsschreiben und Einverständniserklärung.

## 4 Ergebnisse der Experteninterviews

Für die Experteninterviews wurden insgesamt sechs niedergelassene Ärzte und Ärztinnen des Landkreises Waldshut ausgewählt. Dabei handelte es sich um zwei Gebietsärzte aus den Bereichen Radiologie und Pädiatrie sowie um vier

Hausärzte, wovon einer zum Zeitpunkt der Befragung in einer Gemeinschaftspraxis tätig war. Die Interviews wurden im Zeitraum Juni bis Juli 2016 überwiegend im direkten Gespräch, teils fernmündlich durchgeführt und dauerten jeweils etwa eine Stunde.

Nachdem alle Interviews abgehalten wurden, wurde wie in Kap. 3.3.3 beschrieben, folgendes Kategoriensystem abgeleitet:

*Tabelle 2: Induktive Kategorien zur Interviewauswertung (eigene Darstellung)*

<b>1. Versorgungslage</b>						
<b>1a</b>	<b>1b</b>	<b>1c</b>	<b>1d</b>	<b>1e</b>	<b>1f</b>	<b>1g</b>
Hausärzte	Gebietsärzte	Physiotherapie	Psychotherapie u. ä.	Krankenhäuser & Kliniken	Kurz- und Langzeitpflege	akut vs. stationär
<b>2. Kooperationen</b>						
<b>2a</b>		<b>2b</b>		<b>2c</b>		
Unter den Hausärzten		Zwischen Hausärzten und Gebietsärzten		Zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern		
<b>3. Herausforderungen im Praxisalltag</b>						
<b>3a</b>	<b>3b</b>		<b>3c</b>		<b>3d</b>	
Kosten	IT		Administration & Bürokratie		Regress	
<b>4. Delegation</b>						
<b>4a</b>		<b>4b</b>		<b>4c</b>		
Einstellung zur Delegation		Tatsächliche Nutzung		Vor- und Nachteile		
<b>5. Telemedizin &amp; IT</b>						
<b>5a</b>	<b>5b</b>		<b>5c</b>		<b>5d</b>	
praxisintern	zwischen den Praxen		zu den Patienten		Einstellung	
<b>6. Nachfolge</b>						
<b>6a</b>		<b>6b</b>		<b>6c</b>		
Situation		Ursachen		Lösungsansätze		
<b>7. Politik, Hochschulen &amp; Krankenkassen</b>						
<b>7a</b>		<b>7b</b>		<b>7c</b>		
Politik		Krankenkassen		Hochschulen		
<b>8. Pläne &amp; Wünsche</b>						

Im Folgenden werden die angesprochenen Themen, Positionen, Argumente und Anregungen entsprechend der geschilderten Kategorienbildung thematisch sortiert aufgezeigt.

#### 4.1 Versorgungslage

Auf die allgemeine medizinische Versorgungslage des Landkreises angesprochen, schilderten alle befragten Ärzte, dass die Versorgungslage in den verschiedenen Regionen des Landkreises sehr große Unterschiede aufweise. Die Unterschiede seien vor allem im Vergleich der ländlichen Gebiete mit den städtischen, d. h. dichter besiedelten und mit einer besseren Infrastruktur ausgestatteten, Gebieten spürbar. Daraus folgt, dass der südliche Teil des Landkreises, also die Gegenden, die in Grenznähe und in der Rheinebene liegen, deutlich besser versorgt sei als die nördlichen bergigen Regionen. Die bessere Versorgung des südlichen Teils zeige sich unter anderem daran, dass die größeren Städte wie Waldshut-Tiengen und Bad Säckingen der Sitz eines großen Teils der Fachärzte seien. Außerdem seien hier auch die Krankenhäuser und Ärztezentren angesiedelt.

Allgemein schlecht versorgte Gegenden seien der Norden bzw. Nordosten des Landkreises mit den Gebieten Hotzenwald und Hohentengen sowie die Region Jestetten, die auch als „*Jestetter Zipfel*“ und „*Blase in der Schweiz*“ beschrieben wird (Interview 5, Min 00:45). Für den Landkreis insgesamt wird die medizinische Versorgung als „*katastrophal schlecht*“ beschrieben (Interview 5, Min 00:34).

Als Grund für die allgemein und regional schlechte Versorgung wird der hohe Altersdurchschnitt der Haus- und Gebietsärzte genannt. Der überwiegende Teil der niedergelassenen Ärzte sei älter als 55 Jahre, mehr als die Hälfte der Ärzte über 60 Jahre alt (Interview 6, Min 15:02). Entsprechend würden nach und nach immer mehr Ärzte in den Ruhestand gehen, während WBAs nicht bleiben. So wächst die Lücke zwischen Versorgungsangebot und Versorgungsbedarf. Erschwerend komme hinzu, dass im Verhältnis zunehmend mehr alte Menschen im Landkreis, insbesondere den ländlichen Gegenden, wohnhaft seien, wodurch



ein höherer Bedarf entsteht. Auch sei die Familienstruktur generell verändert, so dass ältere Patienten weniger auf die Unterstützung von jüngeren Familienmitgliedern zurückgreifen können, da diese oftmals weiter entfernt wohnen bzw. durch eigene Berufstätigkeit nur eingeschränkt in der Lage seien, pflegerisch oder organisatorisch zu helfen:

*„Die [häusliche Versorgungen, Anm.] werden halt schwieriger, ja. Also, diese Generationenhäuser, die gibt’s halt nicht mehr, ja, wo drei Generationen zuhause sind.“* (Interview 2, Min. 2:26)

Auch erwähnen die interviewten Ärzte, dass der öffentliche Personennahverkehr nur mäßig ausgebaut sei und daher verschiedene Praxen nur schlecht erreichbar seien.

#### 4.1.1 Hausärzte

Die hausärztliche Versorgung wird von allen befragten Ärzten einheitlich als schlecht und unzureichend bewertet. In ländlichen und entlegenen Regionen (insbesondere dem Norden und Nordosten) wird die hausärztliche Versorgungssituation als „*gefährdet*“ beurteilt:

*„Die Versorgung in den ländlichen Regionen, die ist nicht erst seit gestern gefährdet, die ist schon lange gefährdet.“* (Interview 1, Min. 01:01)

Das aktuelle Versorgungsangebot reiche nur knapp und es sei eine Tendenz zur Verringerung des medizinischen Angebots spürbar. So wird im Interview 4 beispielsweise beschrieben, dass sich im betreffenden Ort die Anzahl der hausärztlichen Praxen innerhalb von sieben Jahren von sechs Praxen auf zwei Praxen verringert habe, bei denen die Ärzte 55 und 65 Jahre alt seien, also in absehbarer Zeit in den Ruhestand gehen würden (Interview 4, Min 1:58). Auch hier zeigt sich also, wie zuvor geschildert, ein sehr hoher Altersdurchschnitt der niedergelassenen Ärzte mit der Folge der abnehmenden Versorgungsmöglichkeit. Der Aktionsradius der einzelnen noch vorhandenen Praxen dehne sich in der Folge immer

weiter aus, um den kompletten Landkreis abzudecken (Interview 1 & 4; Interview 2, Min. 1:15).

Es wird berichtet, dass die Region laut Auswertungen der Krankenkassen gut versorgt bis überversorgt sei. Dies stimme allerdings nicht mit den Erfahrungen und dem Informationsstand der befragten Ärzte überein. Den niedergelassenen Ärzten sei kein überversorgtes Gebiet im Landkreis bekannt (Interview 4, Min. 04:29). Es wird geschildert, dass auch die Patientenerfahrung den Einschätzungen des Landkreises widerspricht. Unter den erwachsenen Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen möchten, würden sehr viele Menschen klagen, dass sie nur schwer Termine bekommen, telefonisch nicht in die Praxis durchkommen und lange Wartezeiten vor und während des Aufenthalts in der Praxis hätten:

*„Wenn wir gucken, wie ist... was für Eindrücke kriegt man bei den Erwachsenen, dann haben wir immer wieder die Situation, dass Eltern hier da sind und die sichtlich krank sind, und sie sagen, sie kriegen einfach keinen Termin.“* (Interview 3, Min. 00:59)

Diese Problematik spreche sich unter den Patienten rum, die in der Folge davon ausgehen würde, überhaupt keine Termine bekommen zu können (Interview 3).

#### 4.1.2 Gebietsärzte

Die Versorgungssituation hinsichtlich der Gebietsärzte zeigt sich für die befragten Ärzte je nach Fachbereich etwas entspannter als die hausärztliche Versorgung. Dennoch wird insgesamt ein Optimierungsbedarf gesehen, der bei einigen Fachbereichen bereits stark vorhanden ist. In der Regel können Notfallpatienten kurzfristig versorgt werden, weil die Ärzte sich kennen und sich kurzschließen, um den akuten Behandlungsbedarf des jeweiligen Patienten zu ermitteln (Interview 3). Akutfälle können in fast allen Bereichen auf diese Weise noch taggleich dem Facharzt vorgestellt und ggf. behandelt werden. Allerdings weisen alle Ärzte darauf hin, dass ein solches Vorgehen nur in Ausnahmefällen möglich sei. Üblicherweise ist bei Überweisungen von Hausärzten zu anderen Fachärzten mit langen Wartezeiten für die Patienten zu rechnen:

*„Wenn wir Fachärzte brauchen, wo wir weiter überweisen, dann kriegen wir das in aller Regel eigentlich unter, aber Wartezeiten sind da.“* (Interview 3, Min. 01:34)

Besonders auffällig ist dies in den Bereichen Orthopädie und Kardiologie. Wenn der Patient nicht als Notfall bzw. sehr dringender Fall eingestuft werde, müsse meistens mit einer Wartezeit von etwa sechs Monaten bis zum Termin beim Gebietsarzt gerechnet werden. Ebenfalls ein großer Mangel an Fachärzten herrsche im Bereich der Dermatologie (Interview 3 & 4). Die Dermatologen seien infolgedessen stark überlastet:

*„Die sind am Anschlag und die können nicht mehr und teilen uns das auch per Fax mit und das sind sehr lange Wartezeiten.“* (Interview 3, Min. 02:50)

Entspannter hingegen ist die Situation bei Überweisungen an HNO-Ärzte. Hier könnten Patienten in der Regel mit einem Termin innerhalb einer Woche rechnen. In der Augenheilkunde sei die Versorgung von erwachsenen Patienten ebenfalls schwierig. Die augenärztliche Versorgung von Kindern sei hingegen gewährleistet (Interview 3).

Hier zeigt sich ein Aspekt, der im Interview 3 detaillierter dargestellt wird: Die Versorgung von erwachsenen Patienten und von Kindern bzw. Jugendlichen ist in unterschiedlichem Maß möglich. Es wird beschrieben, dass die medizinische Versorgung der Kinder über die Pädiater mit 13 im Landkreis niedergelassenen Kinderärzten grundsätzlich gewährleistet sei. Es gebe eine gute Auslastung ohne lange Wartelisten, sodass akut Kranke täglich versorgt werden können. Die kommende Verknappung sei allerdings bereits dadurch spürbar, dass ein Wechsel zwischen den Kinderärzten nicht ohne weiteres möglich sei und i. d. R. keine Neuaufnahmen aufgrund eines Wechselwunsches zu einem anderen Kinderarzt mehr getätigt werden. Jugendliche bleiben oftmals noch über das übliche Alter hinaus beim Kinderarzt, da dort die Versorgung einfacher sei als beim Hausarzt. Zusätzlich wird beschrieben, dass die Kinderärzte zunehmend Anfragen aus der Schweiz erhalten, weil dort ein Mangel an Kinderärzten herrsche.

### 4.1.3 Physiotherapie

Die Versorgung im physiotherapeutischen Bereich zeigt sich deutlich belasteter:

*„Physiotherapeuten ist schon wieder ein größeres Problem. Da haben wir zwar einige, aber die sind auch alle bis zum Stehkragen voll.“* (Interview 2, Min. 14:58)

Übliche Wartezeiten auf einen Termin liegen im Bereich von ca. vier Wochen. Dringende Fälle werden hier üblicherweise nicht taggleich behandelt, sondern müssen mit einer Wartezeit von einer bis zwei Wochen rechnen (Interview 5). Der Bedarf an physiotherapeutischen Praxen steige stetig.

### 4.1.4 Psychotherapie

Ebenfalls ein wachsender Bedarf sei im Bereich der Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten bemerkbar. Diese Fachbereiche seien stark überlastet und die Wartezeiten auf einen Termin würden üblicherweise mehrere Monate betragen. Anders als in anderen medizinischen Fachbereichen wie bspw. der Allgemeinmedizin würden sukzessive immer neue psychotherapeutische Praxen und Praxen mit ähnlichem Fachbereich im Landkreis eröffnet werden. Trotz der Zunahme der Praxen sei die Versorgung deutlich mangelhaft und Patienten könnten kaum einen Behandler und einen freien Termin finden:

*„Womit wir eigentlich zahlenmäßig gut versorgt sind, sind Psychotherapeuten mittlerweile, also im Vergleich zu früher. [...] Wir haben auch welche, die sind 67. Auf der anderen Seite haben sich auch neue niedergelassen. Trotzdem war das [...] so, dass die in atemberaubender Geschwindigkeit vollgelaufen sind. [...] So notfallmäßig jemanden unterzubringen ist schwierig und wenn, dann geht's ja sowieso nur bei den Ärzten, weil nur die können ja auch notfallmäßig intervenieren, auch medikamentös.“* (Interview 2, Min. 12:50)

#### 4.1.5 Krankenhäuser

In den Interviews berichten die Ärzte, dass die stationäre Versorgung der Patienten in den Krankenhäusern zunehmend schwierig sei.<sup>4</sup> Meist seien stationäre Plätze nicht oder nur mit großem Aufwand zu finden und nur dort frei, wo keine umfassende Akutversorgung erfolgen kann. Auch berichten die interviewten Ärzte mehrfach von zu vielen sogenannten blutigen Entlassungen, die im Personalmangel der Krankenhäuser begründet sind:

*„Die Personalsituation in den Krankenhäusern, die wir im Kreis haben ist, dass... also, ich habe heute wieder eine Patientin gehabt, die ist entlassen worden. Die kann man eigentlich so nicht nach Hause lassen, ja, kippt andauernd um, ist anämisch, und was soll ich mit der machen?“ (Interview 2, Min. 03:29)*

Diese Patienten benötigen allerdings eine intensive medizinische Begleitung und Kontrolle, sodass aus den zu frühen Entlassungen ein höherer Aufwand für die Hausärzte erwächst.

#### 4.1.6 (Langzeit-)Pflege

Die interviewten Hausärzte berichten einheitlich, dass die Versorgung mit Pflegeplätzen und in der Palliativversorgung sehr knapp sei. Insbesondere in sehr ländlichen Regionen seien zu wenige Pflegeheime und eine unzureichende Infrastruktur, was zu einer angespannten Situation für Patienten, Pflegende und Ärzte führe. Akutfälle, die eine stationäre Pflege benötigen, seien besonders schwer zu versorgen:

*„Kurzzeitpflege kriegen Sie nicht, weil sie noch keine Pflegestufe hat, ja. Pflegestufe zu beantragen vorher, hat keinen Sinn gehabt,*

---

<sup>4</sup> Zum Zeitpunkt der Befragung waren die Krankenhäuser Waldshut/Waldshut-Tiengen und Bad Säckingen in Betrieb. Zudem gab es ein MVZ in Stühlingen. Mit Stand 2023 ist der Betrieb im Krankenhaus Bad Säckingen bereits deutlich eingeschränkt. Im Jahr 2028 soll das Zentralklinikum Albrück die Krankenhäuser Waldshut und Bad Säckingen weitgehend ablösen.

*weil sie da noch Selbstversorgerin war. Das ist ja oft, das sieht man ja, dass diese Verschlechterungen oft so akut sind, ja, bis dann da was anläuft, haben wir schon gehabt, dass die Leute vorher gestorben sind.“ (Interview 2, Min. 03:55)*

Vor allem in der Palliativversorgung seien die Hausärzte meist auf sich allein gestellt, da vor Ort sowohl ausreichend Mediziner mit entsprechender Fachqualifikation fehlen als auch die Kapazitäten der Pflegeheime in der Unterstützung der Palliativversorgung begrenzt seien.

In Interview 4 wird kritisiert, dass für Pflegebedürftige nur wenige Pflegeplätze mit ausreichender Qualität der Versorgung zur Verfügung stünden. Dies läge vor allem am Personalmangel im Pflegebereich. Aufgrund der Personalknappheit würde in den Pflegeheimen vermehrt Personal mit unzureichenden fachlichen und sprachlichen Kenntnissen, mangelnder Erfahrung oder einer ungeeigneten Arbeitshaltung eingestellt werden, was zu einer minderwertigen Versorgung der Patienten führe. Dagegen sei die Qualität der Pflege in der nahegelegenen Schweiz deutlich höher, allerdings auch zu deutlich höheren Preisen.

## 4.2 Telemedizin

In den Interviews wurden die Ärzte gezielt nach Ihrer Haltung zu Telemedizin und ihrer Nutzung von Telemedizin gefragt. Der Begriff Telemedizin wurde im Interview nicht weiter erläutert und es wurde deutlich, dass den meisten befragten Ärzten nicht bewusst war, welche Anwendungen und Möglichkeiten in den Bereich der Telemedizin fallen. Entsprechend unterschiedlich fielen die Antworten der Befragten aus und die Befragten äußerten sich jeweils nur zu Teilaspekten der Nutzung von Telemedizin. Die Antworten werden im Folgenden auch dann beschrieben, wenn die beschriebenen Vorgänge im eigentlichen Sinne nicht der Telemedizin zuzurechnen sind, weil die Gesamtheit der Antworten auf diese Weise einen kleinen Einblick in den Kenntnisstand der Ärzteschaft liefern kann.

#### 4.2.1 Praxisintern

Auf die Frage nach der Nutzung von Telemedizin, beschrieben zwei Befragte digitale praxisinterne Abläufe (Interview 4 & 5). In Interview 5 wird beschrieben, dass bis vor drei Jahren alle praxisinternen Vorgänge wie bspw. die Dokumentation, Archivierung und Abrechnung analog und handschriftlich erfolgten. Erst mit dem Umzug der Praxis in ein Ärztehaus und dem damit einhergehenden Anschluss an die dort vorhandene digitale Infrastruktur erfolgte eine Umstellung von analog auf digital:

*„Es ging nicht mehr anders: Die Abrechnung läuft über PC, die Archivierung läuft über PC [...] und mittlerweile bin ich es ganz gut gewohnt.“* (Interview 5, Min. 21:44)

#### 4.2.2 Zwischen den Praxen

In den Interviews wird berichtet, dass es innerhalb des Landkreises zwischen den verschiedenen Fachärzten eine stetig gewachsene Vernetzung mit einer etablierten Kommunikationsstruktur gibt. Konsilanfragen von Hausärzten an andere Fachärzte werden in der Regel per Mail durchgeführt oder über die Faxfunktion des PCs vorgenommen (Interview 4, Min 10:49). Die Kommunikation zu den Fachärzten aus den stark ausgelasteten Fachgebieten erfolgt fast ausschließlich per Mail. Dies habe den Vorteil, dass der Austausch schneller ablaufe, u. a., weil keine Vermittlung über die Angestellten am Empfang notwendig ist. Außerdem könne der jeweilige Facharzt den Fall zu einem Zeitpunkt begutachten, der gut in den Praxisablauf passt, statt, wie bei einem eingehenden Anruf, seine aktuelle Tätigkeit pausieren zu müssen, und ohne, dass der anfragende Arzt ggf. mehrmals Kontakt aufnehmen und anfragen muss, was wiederum hinderlich für dessen Praxisabläufe ist. Bei der Kontaktaufnahme und Konsilanfrage auf diese Weise erhalte man schnell direkte Antworten (Interview 1, 2, 3, 4, 6).

Auf dem oben beschriebenen Kommunikationsweg ist es in der Regel auch möglich, kurzfristige (d. h. taggleiche) Überweisungen zu den jeweiligen Fachärzten

zu realisieren. In einer ersten Kontaktaufnahme wird der Fall dem Kollegen geschildert und ein Vorbefund geschickt. Nach Einschätzung des Falls durch den Fachkollegen erhält der anfragende Arzt i. d. R. auf digitalem Weg die Antwort gemäß dessen Einschätzung des Falls bzgl. des weiteren Vorgehens.

*„Ich schicke denen, entweder über E-Mail oder per Fax ein EKG. Ich schicke denen, das ist die Voraussetzung, einen Vorbefund und ein aktuelles EKG [...] und wenn ich diese vier Dinge erfülle und ihn anrufe und das Problem schildere [...], dann ist der am selben Tag abgeklärt. Diesen Deal gibt es.“ (Interview 1, Min 29:24)*

In einigen Interviews wurde die Möglichkeit diskutiert, innerhalb der Ärzteschaft des Landkreises einen offenen, digitalen Kalender zu nutzen, um Überweisungen zu Fachärzten und die damit verbundene Terminvergabe zu erleichtern (Interview 1 & 4). Die Meinungen dazu waren, dass ein solches Vorgehen zwar zunächst zu einer Erleichterung im Prozess führen würde und auch den Empfang der jeweiligen Facharztpraxis entlasten würde. Andererseits wurde befürchtet, dass es bei einem solchen Vorgehen zu einer hohen Anzahl an unnötigen Überweisungen kommen würde, was wiederum zu längeren Wartezeiten für die Patienten führen würde (Interview 1, Min 28:10).

#### 4.2.3 Zu den Patienten

Keiner der interviewten Ärzte gab an, Telemedizin im Kontakt mit den Patienten zu nutzen. Zwar erfolgen einige Vorgänge wie die Terminvergabe in einigen Praxen vollständig per Mail (Interview 1), aber es werden keine Teletermine zwischen Arzt und Patient angeboten oder geplant.

#### 4.2.4 Haltung der Ärzte zur Telemedizin

In der Analyse der Interviews zeigt sich zum einen, dass in der Ärzteschaft zum Teil eine große Unklarheit darüber besteht, was Telemedizin ist und welche Möglichkeiten sie bietet. Zwar werden digitale Vorgänge und Anwendungen genutzt (bspw. für die Kontaktaufnahme mit Fachkollegen), aber der direkte Kontakt mit



den Patienten erfolgt nach wie vor rein analog. Grundsätzlich zeigt sich eine sehr unterschiedliche Akzeptanz von Telemedizin in den verschiedenen Praxen und eine sehr gemischte Haltung. Beispielsweise äußert ein Arzt, er sei zwar persönlich dazu in der Lage, Telemedizin in der Praxis zu nutzen, habe aber kein Interesse daran (Interview 4).

Die genannten Nachteile von digitalen Anwendungen im Allgemeinen und Telemedizin im Speziellen sind vorwiegend die damit verbundenen Kosten für Anschaffung, Instandhaltung und notwendige Aktualisierungen einerseits und die starke Abhängigkeit von PCs im Praxisablauf andererseits:

*„Also, ich sehe vor allem die Kosten. Wir haben jetzt die Umstellung [...] und das sind jetzt Kosten allein von den Computerfachleuten von 30 bis 40.000 Euro und das System läuft immer noch nicht.“*  
(Interview 5, Min. 22:09)

Außerdem wird angemerkt, dass Telemedizin bestenfalls eine leichte Ergänzung zum üblichen Praxisgeschehen sein könne:

*„Also, ist sicher Vieles drin, aber auch nicht im Sinne von jetzt... jetzt entlasten wir uns mal und... und wir können über Telemedizin jetzt hurra die Präsenz auf dem Land verringern. Das geht definitiv nicht.“* (Interview 4, Min 11:19)

## 4.3 Delegation

### 4.3.1 Einstellung zur Delegation

Bis auf einen Hausarzt, der keine Angaben zum Thema Delegation machte, und einen Facharzt aus der Pädiatrie (Interview 2 & 3), äußerten sich die interviewten Ärzte positiv und aufgeschlossen gegenüber der Delegation, z. B. durch den Einsatz von VERAH oder NäPA. Zwei Ärzte gaben an, dass die Delegation ein essentieller Bestandteil des Praxisangebots sei:

*„[Aufgaben delegieren] kann man und wird man müssen.“* (Interview 6, Min 04:59)

Ohne Delegation sei der Praxisbetrieb in der aktuellen Form nicht möglich. Auch die beiden anderen Praxen nutzen die Möglichkeit zur Delegation in großem Umfang. Die Delegation wird grundsätzlich als sinnvoll und notwendig betrachtet, insbesondere für Blutentnahmen, Wundversorgung und Besuche in Pflegeheimen.

Ein interviewter Arzt wünscht sich mehr Delegationsmöglichkeiten (Interview 4). Ein anderer Arzt betont, um die Delegation sinnvoll zu nutzen, sei es notwendig, die tatsächlichen individuellen Fähigkeiten der medizinischen Fachgestellten zu nutzen, statt ein standardisiertes Verfahren einzuführen (Interview 5).

In Interview 4 und Interview 5 wird beschrieben, dass die Einstellung zur Delegation in der Region prinzipiell eher gemischt sei und die Herangehensweise teils unausgereift sei:

*„Was dann einige machen, sind unqualifizierte Kräfte nehmen, die dann auch mit Tätigkeiten losschicken, die definitiv nicht... nicht äh delegierbar sind, also wie jetzt zum Beispiel Spritzen in Gelenke.“*  
(Interview 4, Min. 7:21)

Es wird berichtet, dass viele Aspekte der Delegation wie z. B. die Finanzierung und die Rechtslage noch unklar seien.

Dem befragten Pädiater war das Prinzip der Delegation bisher unbekannt. Nach Erläuterung des Ansatzes durch die Interviewer, kam der Interviewte zu dem Schluss, dass es in der Kinder- und Jugendmedizin sehr schwierig sei, einzelne Aufgaben zu delegieren, da in diesem Bereich nicht nur spezielle Fachkenntnisse erforderlich sind, sondern auch besondere menschliche Anforderungen aufgrund der jungen Patienten vorlägen.

### 4.3.2 Tatsächliche Nutzung der Delegation

Nach der tatsächlichen Nutzung von Delegation im täglichen Praxisgeschehen befragt, gab ein Interviewter keine Auskunft. Ein weiterer berichtete, keine Aufgaben zu delegieren. Die übrigen vier Interviewten gaben an, regelmäßig Aufgaben und Aufgabenbereiche zu delegieren (Interview 1, 4, 5, 6).

In einem Interview wurde beschrieben, dass jeweils eine VERAH- und eine NäPA-Kraft in der Praxis vorhanden sei und dadurch deutlich weniger Hausbesuche durch die Ärzte durchgeführt werden müssten (Interview 5). Ein weiterer Befragter berichtete, dass er die Delegation nicht nur zur grundsätzlichen Entlastung nutze, sondern sie sehr intensiv nutze und für notwendig halte, um den Praxisbetrieb aufrecht zu halten:

*„Ich bin davon überzeugt, dass diese Praxis in der Struktur nicht laufen würde, wenn wir nicht delegieren würden.“* (Interview 1, Min. 20:25)

Ein interviewter Arzt berichtete ausführlicher, dass in seiner Praxis sowohl VERAH- als auch NäPA-Kräfte zum Einsatz kämen. Die Delegation erfolge entsprechend an eigens dafür qualifizierte Kräfte. Für die Durchführung der Hausbesuche wurde auf eigene Kosten ein Praxisauto angeschafft. Der Interviewte berichtet, dass durch die Delegation theoretisch mehr Zeit für den Arzt und in der Praxis entstünde, dass die Auslastung aber insgesamt so hoch sei, dass trotz der Delegation eine volle Auslastung vorhanden sei. Außerdem bliebe auch der administrative Aufwand identisch (Interview 1).

Ein zweiter Arzt berichtet ebenfalls ausführlich, die Delegation für Hausbesuche, Routinekontrollen, Verbandswechsel, Katheterwechsel und -pflege, Impfungen und Besuche in Pflegeheimen zu nutzen. Für diesen Zweck hat eine Praxisangestellte ebenfalls eine spezifische VERAH-Ausbildung durchlaufen. Für Hausbesuche wird bislang aus finanziellen Gründen das Privatfahrzeug des Arztes genutzt. Der Arzt ist der Ansicht, die Möglichkeit zur Delegation von Hausbesuchen entlaste den Praxisalltag deutlich (Interview 4).

### 4.3.3 Vorteile und Nachteile

Als Vorteil der Delegation wird einheitlich die Entlastung des Geschehens in den Praxisräumen und die Entlastung des jeweiligen Arztes genannt. Neben diesen wichtigen Vorteilen werden jedoch auch einige Nachteile aufgezählt. Unter anderem sei die rechtliche Lage bzgl. der Haftung bei delegierten Aufgaben unklar und ein Konfliktpunkt (Interview 6). Momentan würde der Arzt auch bei delegierten Aufgaben haften. Würde jedoch die Haftung auf die durchführende Kraft übertragen, wird befürchtet, dass keine Fachkraft sich bereit erklären würde, die zu delegierenden Aufgaben zu übernehmen. Auch in rein medizinischer Hinsicht gäbe es noch einige Unklarheiten. Es läge oftmals im Ermessensspielraum der jeweiligen Fachkraft vor Ort, zu entscheiden, welche Befugnisse sie hat, welche Fähigkeiten sie reell und fundiert einsetzen kann und welche Tätigkeiten notwendig sind. Schwierig sei dieser Aspekt vor allem dann, wenn zum Teil unzureichend ausgebildete bzw. unqualifizierte Fachkräfte zur Delegation eingesetzt würden und Aufgaben übernehmen sollen oder von sich aus übernehmen, die ihre Kompetenzen übersteigen (Interview 4).

Es müssten demnach ausreichend qualifizierte Fachkräfte vorhanden sein, bevor Aufgaben delegiert werden. Allerdings sei die Finanzierung der VERAH-Ausbildung oftmals ein Hindernis (Interview 4). Ebenso sei die Finanzierung des Fortbewegungsmittels (i. d. R. Auto) schwierig (Interview 1 & 4).

Weiterhin wird berichtet, dass der administrative Aufwand auch bei Nutzung der Delegation sehr hoch bzw. identisch bleibe. Schwierig sei es auch, mit den VERAH- und NÄPA-Kräften auf organisatorischer und informativer Ebene eine Teamarbeit aufzubauen (Interview 1). Der Austausch und die Rückmeldungen blieben, trotz fest eingeplanter Besprechungszeiten, oftmals auf der Strecke:

*„Womit ich Schwierigkeiten habe, irgendwie hier so ein Team aufzubauen. Das heißt, die machen die Sachen zwar, aber ich kriege zu wenig Rückmeldung. Wie jetzt zum Beispiel: Um 12 sollten wir jetzt Team machen, aber eigentlich hat jeder noch was anderes zu tun und man kriegt dann schwer die Leute rausgezogen, um mal zu*

*sagen: Wie war's denn jetzt heute Morgen? Was ist denn gelaufen?“ (Interview 5, Min. 19:49)*

## 4.4 Kooperationen

### 4.4.1 Zwischen den Hausärzten

In den Interviews wird deutlich, dass die Vernetzung der Hausärzte untereinander moderat ist. Es wird berichtet, man kenne sich eher sporadisch und die gegenseitige Bekanntschaft sei zwar durch die Tätigkeit in derselben Region und gelegentliche Zusammenarbeit vorhanden, es gebe aber kaum fachliche Vernetzung.

Von zwei Ärzten wird berichtet, dass es unter den Hausärzten wiederholt Versuche gegeben habe, sich fachlich und politisch organisiert zu vernetzen (Interview 1 & 4). Beispielsweise sei Anfang der 2000er Jahre ein Ärztenetzwerk gegründet worden und es habe wiederholt Versuche gegeben, einen regelmäßigen Stammtisch einzuführen (Interview 1, ab Min 7:00). Diese Vernetzungsversuche seien jedoch meist nur von kurzer Dauer gewesen:

*„Das heißt die Vernetzungsstruktur der Ärzte untereinander gibt es so nicht mehr. Was aber dadurch entstanden ist, ist eine rege Diskussion.“ (Interview 1, Min 08:35)*

Ein Interviewter erläutert, dass die Haltung der niedergelassenen Hausärzte den jeweiligen Kollegen gegenüber von Skepsis und Misstrauen geprägt sei (Interview 2). Die Versuche zur fachlichen und politischen Vernetzung seien unter anderem deswegen erschwert worden, weil kaum ein Arzt bereit war den anderen niedergelassenen Ärzten der Region gegenüber Interna zu erzählen oder Zahlen (z. B. Umsatz) bekanntzugeben, um den Austausch und Optimierungen voranzutreiben. Generell herrsche trotz der sehr starken Auslastung der Praxen noch immer bei vielen Hausärzten Angst, Patienten könnten in andere Praxen abwandern:

*„Alle, Haus- und Fachärzte, die wollen alle ihren Stiefel reiten. [...] Also, ganz viele die sich nicht reingucken lassen wollten, die auch Angst hatten, dass man sich gegenseitig was wegnimmt. [...] Da*

*kommen viele nicht raus aus diesem Denken und sehen nicht die Möglichkeiten, die sich ergeben würden.“ (Interview 2, Min 54:36)*

Aus den politischen Aktivitäten und den verschiedenen Vernetzungsversuchen entstand zwar kein flächendeckendes Netzwerk, doch in einigen Fällen führte der Austausch dazu, dass Hausärzte dauerhafte Kooperationen eingingen, bspw. in Form von Gemeinschaftspraxen und der Gründung von Ärztehäusern. Eine solche Kooperation biete beispielsweise den Vorteil, dass Urlaubs- und Vertretungsmöglichkeiten vorhanden sind und dass Kapazitäten wie bspw. medizinische Geräte gemeinsam genutzt würden und dadurch eine höhere Auslastung hätten (Interview 2). Einige Ärzte versuchen von sich aus zu expandieren sowie gemeinsam neue Niederlassungen zu eröffnen und Ärztehäuser zu etablieren.

#### 4.4.2 Zwischen Haus- und Gebietsärzten

Die Situation der Kooperation zwischen Hausärzten und Gebietsärzten stellt sich ähnlich dar wie die Kooperationssituation unter den Hausärzten. Ein Interviewter erklärt, die Bereitschaft zur flächendeckenden Kooperation zwischen den Haus- und Gebietsärzten sei gering und müsse stark angetrieben werden. Mittlerweile gebe es ein stabiles und fachlich kompetentes Netzwerk zwischen einzelnen Ärzten, aber die Pflege dieses Netzwerks sei sehr zeitintensiv (Interview 4).

Auch die Gebietsärzte waren Teil des vor einigen Jahren ins Leben gerufenen Ärztenetzwerks. Allerdings sei es bei diesem Netzwerk eher um ein generelles Kennenlernen der Ärzte untereinander als um einen fachlichen Austausch gegangen. Von mehreren Interviewten wird berichtet, dass eine aktive Kooperation zwischen Hausärzten und Gebietsärzten vorwiegend in Akutfällen stattfindet, wenn bspw. ein Befund und das weitere Vorgehen bzw. eine eventuelle Überweisung abgeklärt werden müsse. Auch unter den Gebietsärzten sei merkbar, dass diese neue, zusätzliche Niederlassungen eröffnen und sich Ärztehäusern anschließen, um einerseits den Bedarf zu decken und andererseits die Vorteile der Kooperation (bspw. Nutzung medizinischer Geräte) nutzen zu können (Interview 6).

Ein Interviewter (Interview 1) berichtet allerdings, dass diese Versuche der Vernetzung und Kooperation zwischen Haus- und Gebietsärzten in der Vergangenheit seinem Eindruck nach gezielt boykottiert worden sei (z. B. durch die Aufsichtsräte der Kliniken), damit die von den niedergelassenen Ärzten erarbeiteten Geschäftsmodelle durch die Klinikbetreiber und politischen Institutionen realisiert werden können. Als Beispiel wird das MVZ genannt. Der Interviewte stellt die Frage in den Raum, ob die wirtschaftlichen Interessen einzelner (politischer und unternehmerischer) Akteure über der Problemlösung und der Versorgung der Bevölkerung stünden.

Hinsichtlich der Kinder- und Jugendmedizin wird der Ist-Zustand der Kooperation mit den niedergelassenen Hausärzten näher ausgeführt (Interview 3). Es wird ausgeführt, dass Absprachen zwischen den ansässigen Pädiatern und den niedergelassenen Hausärzten bezüglich der Zuständigkeit und der Versorgung der Bevölkerung des Landkreises, insbesondere der Jugendlichen, nicht vorhanden seien:

*„Das Verhältnis zu den Allgemeinmedizinern ist so ganz von, sagen wir mal, Zufälligkeiten und Begegnungen und persönlichem Zugang abhängig und da ist der punktuell auch gut, aber es gibt nichts Organisiertes, nichts irgendwie Systematisiertes oder irgendwie, dass man da mal wirklich so miteinander sieht, dass man so einen Versorgungsauftrag insgesamt hat.“* (Interview 3, Min. 36:15)

Der befragte Pädiater hält Kooperationen zwischen Kinderärzten und Hausärzten wegen der insgesamt knappen Ressourcen für sinnvoll. Beispielsweise könnten Jugendvorsorgeuntersuchungen, Impfungen, harmlose Erkrankungen (z. B. Harnwegsinfekte) von den Kinder- und Jugendmedizinern übernommen werden, um die Hausärzte zu entlasten. Teilweise würde ein solches Vorgehen bereits gezielt von den Eltern initiiert, d. h. sie bleiben mit den Jugendlichen über das eigentliche Alter hinaus in der Versorgung beim Kinder- und Jugendmediziner, da dort die Versorgungssituation entspannter sei als in den Hausarztpraxen. Außerdem wird angeregt, die Zusammenarbeit bei chronisch kranken Kindern könnte verbessert werden. Diese würden derzeit in der Regel zum Facharzt für

Erwachsene überwiesen, statt dass ein spezialisierter Kinderarzt konsultiert würde.

#### 4.4.3 Zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern

Nach der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern der Region befragt, berichteten zwei Interviewte, dass die Zusammenarbeit mit den Kliniken gut funktioniere, allerdings manchmal durch Berufsanfänger oder junge Kollegen erschwert würde, weil diese mit den Abläufen noch nicht vertraut seien (Interview 4 & 5):

*„In der Regel [funktioniert die Zusammenarbeit, Anm.] gut. Also, wir spüren halt schon: Mein Gott, jetzt ist da ein junger Kollege, der ist überlastet und hat da ein Fax zusammengehauen, der [sic] gar nicht mehr lesbar ist. Das gibt's schon auch. Aber in der Regel doch gut.“*  
(Interview 4, Min. 17:25)

In einem anderen Interview wird berichtet, dass die Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sehr schlecht sei. Es gebe wenig fallbezogenen oder allgemeinen Austausch.

In den Interviews wird erzählt, dass es deutliche Präferenzen gibt, mit welchem Krankenhaus die niedergelassenen Ärzte bevorzugt kooperieren (Interview 1). Demgemäß erfolge die Zusammenarbeit hauptsächlich mit dem KH Bad Säckingen, weil dieses eine sehr gute chirurgische Abteilung habe. Das Krankenhaus Waldshut habe hingegen begrenzte Kapazitäten, vergleichsweise schlechte Räumlichkeiten und fachlich ein nicht so hohes Niveau wie Bad Säckingen. Es wird erzählt, vor einigen Jahren habe es eine Initiative aus der Ärzteschaft gegeben, um ein ambulantes KH zu errichten (s. o.). Dem sei kurz vor Beginn die politische Zustimmung entzogen worden und stattdessen ein MVZ vom bestehenden KH errichtet. Freie Arztsitze wurden für das MVZ und das Krankenhaus aufgekauft, aber die Leistungserbringung sei eher schleppend, sodass die Versorgung im ambulanten Bereich keine Entlastung für die niedergelassenen Ärzte darstelle (Interview 1, ab Min 34:00).



Physiotherapeutische Praxen und Pflegedienste zeigen eine sehr unterschiedliche Bereitschaft zur Vernetzung und Kooperation mit Haus- und Gebietsärzten, aber eine hohe Ansprache auf Vorschläge und Initiativen seitens der Ärzteschaft, insb. hinsichtlich Weiterbildungsmöglichkeiten (Interview 4). Ein wichtiger Punkt im Bereich der Kooperation ist das Angebot von Weiterbildungen. Die Fortbildungen, die bisher weitgehend von den Spitälern bzw. Krankenhäusern angeboten wurden, werden jedoch weitgehend zurückgefahren und in Bad Säckingen ganz eingestellt, was insbesondere im Hinblick auf die Nachwuchsförderung kontraproduktiv scheint (Interview 1 & 4).

## 4.5 Nachfolge

### 4.5.1 Situation

Aktuell zeige sich ein sehr starker Nachwuchsmangel, sowohl in der Allgemeinmedizin als auch in einigen anderen Fachgebieten, erzählen die interviewten Mediziner (Interview 1-6). Der Nachwuchsmangel sei beinahe im ganzen Land spürbar, allerdings aufgrund der speziellen Gegebenheiten des Landkreises Waldshut besonders kritisch. Wegen seiner sehr ländlichen Lage scheint der Landkreis für junge Mediziner nur wenig attraktiv zu sein (Interview 2). Zudem herrsche wegen der Grenznähe eine Konkurrenzsituation mit der Schweiz. Dort, so die Interviewten, könnten die jungen Mediziner oftmals für ein höheres Gehalt und mit entspannteren Arbeitsbedingungen tätig werden (Interview 3 & 4). Zusätzlich herrsche im Landkreis Waldshut eine schlechte Weiterbildungssituation, sodass nur wenige Fördermöglichkeiten für Nachwuchsmediziner vorhanden seien und die Attraktivität des Standorts weiter sinke. Vorwiegend aufgrund dieser Umstände, so die befragten Ärzte, kommen kaum junge Mediziner nach und bestehende Praxen müssten altersbedingt ohne Nachfolger geschlossen werden. Die Suche nach Nachwuchsärzten erfolge gezielt über Onlineanzeigen, zum Beispiel in entsprechenden Portalen, und in Ärzteblättern, aber es gebe kaum Bewerbungen auf diese Anzeigen:

*„Also, ich hab Zeiten gehabt, da habe ich, jedes Quartal hab ich Studenten gehabt und das ist jetzt mindestens fünf Jahre gewesen, wo nicht einer gekommen ist.“ (Interview 4, Min 25:01)*

Die jungen Ärzte, die eine Zeit lang in den Krankenhäusern Waldshut und Bad Säckingen tätig waren, würden in der Regel später in andere Gegenden abwandern, statt sich im Landkreis niederzulassen. Die jungen Mediziner, die im Landkreis Waldshut eine Niederlassung übernehmen oder gründen, seien in der Regel Menschen, die bereits eine Verbindung mit der Region haben, bspw. weil sie gebürtig aus der Gegend stammen.

#### 4.5.2 Ursachen

Die Ursache im Nachwuchsmangel für niedergelassene Ärzte sehen die interviewten Ärzte vor allem in der gewandelten Priorisierung von Familie und Beruf in der jungen Ärztegeneration sowie in der veränderten Arbeitseinstellung (Interview 1, 3, 5). Die jungen Ärzte würden mehr Wert auf geregelte Arbeitszeiten und planbare Urlaube legen. Die Familie habe einen anderen Stellenwert als noch vor wenigen Jahrzehnten, sodass nicht nur viele Frauen nur in Teilzeit tätig sein möchten, sondern auch die männlichen Ärzte aktiv am Familienleben teilhaben möchten und deswegen z. T. nur in Teilzeit arbeiten möchten:

*„Das zu kombinieren, ja, dass Sie Vater sein können, ja, oder als Frau noch schlimmer, dass Sie Mutter sein können, und gleichzeitig [...] [als Arzt arbeiten, Anm.]. Wir haben [...] [Angestellte, Anm.], die haben alle gesagt: Wir wollen uns eben auch um die Familie kümmern. Wir wollen nicht unseren Kindern das zumuten, was unsere Eltern uns zugemutet haben.“ (Interview 1, Min 14:00)*

Der gesellschaftliche Wandel mit der Loslösung vom alten Rollenmodell mit dem Mann als Versorger und der Frau als Hausfrau und Mutter hin zur Berufstätigkeit und beruflichen und familiären Selbstverwirklichung beider Partner verschärfe diesen Aspekt noch. Die Vereinbarkeit von Familie und der Selbstständigkeit in

einer eigenen Niederlassung sei schwierig, da die Arbeitszeiten nur bedingt planbar seien und oftmals Notfälle zu versorgen oder Notdienste zu übernehmen seien. Zudem handle es sich, insbesondere im ländlichen Bereich, um eine menschlich sehr herausfordernde Arbeit, was vielen jungen Medizinerinnen zu widerstreben scheine.

Zwei Ärzte beschreiben, dass sie der Auffassung sind, die junge Ärztegeneration habe eine vollkommen neue Einstellung zur Arbeit:

*„Man möchte begrenzter arbeiten, man möchte andere Dinge machen. [...] Das Wichtigste ist halt der Feierabend. [...] Am Anfang haben wir halt so lange gearbeitet, bis fertig war. Und heute sagen die: Ich hab´ Dienst bis 18 Uhr. Wenn Sie wollen, dass länger einer da ist, müssen Sie noch eine zweite einstellen.“* (Interview 5, Min. 16:02)

Zu den Zeiten als die interviewten Ärzte ihre Niederlassung aufgebaut hätten, hätten sie die Arbeit an erste Stelle gestellt und seien bereit gewesen lange Zeiten ohne freie Tage und mehrere Jahre ohne Urlaub zu arbeiten. Dazu seien die jungen Ärzte nicht mehr bereit. Diese würden sich stattdessen unkomplizierte Patienten wünschen, die sie als „angestellter Teilzeithausarzt“ versorgen könnten (Interview 6).

Ein weiterer Grund für den Nachwuchsmangel seien der hohe bürokratische Aufwand und die große Menge an Administration, auf die viele angehende Ärzte keine Lust hätten. Zudem würden sie oftmals Regresse fürchten und Bedenken bezüglich der finanziellen Investitionen, die mit einer eigenen Niederlassung verbunden sind, haben (Interview 1 & 2).

Als weiterer Grund für den Nachwuchsmangel speziell im Landkreis Waldshut wurden die regionalen Besonderheiten genannt. Es handle sich um eine sehr ländliche Gegend, die auf den ersten Blick unattraktiv erscheine, insbesondere für Familien. Die Familien legen Wert auf kurze Wege zu Schulen, Freunden und kulturellem Angebot. Auch der Beruf und die Präferenzen des Partners des jungen Arztes werden in der Standortwahl berücksichtigt:

*„Also ich weiß von [...] einem Kollegen [...] mehrfach junge Leute von der Uni, die gesagt haben: `Mensch, ist doch eigentlich schön hier!` [...] und wo dann aber auch der Partner gesagt hat: `Nö, das ist doch hier aufm Land.`“ (Interview 4, Min 03:08)*

Zudem gebe es im Landkreis Waldshut eine Konkurrenzsituation mit der Schweiz (Interview 5, Min. 2:50). Ärzte verdienen in der Schweiz mehr und profitieren vom zeitbasierten Abrechnungsmodell, das ein ruhigeres Arbeiten ermögliche. Zum Teil würden junge Mediziner gezielt in die Schweiz abgeworben werden.

Auch politische Entscheidungen und Prozesse innerhalb der Ausbildungsstätten würden einen großen Einfluss auf den Nachwuchsmangel haben, äußerten einige Befragte. Lange Zeit habe es aufgrund der sogenannten Arztschwemme eine Niederlassungssperre gegeben und seitens der Politik sei zu spät auf den sich abzeichnenden Ärztemangel reagiert worden. Zudem hätten die angehenden Ärzte in und nach der Ausbildung durch den Numerus Clausus, das geringe Gehalt (bspw. als Arzt im Praktikum) und die Konkurrenz durch ausländische Gastärzte einen erschwerten Berufseinstieg. Auch wird berichtet, der Beruf des Allgemeinmediziners bzw. des Hausarztes sei in den Hochschulen lange Zeit schlecht geredet worden und unattraktiv gestaltet worden, sodass die meisten jungen Mediziner für andere Fachgebiete und Karrierewege entscheiden würden (Interview 3 & 5).

#### 4.5.3 Lösungsansätze

Im Zuge der Interviews nennen die befragten Ärzte verschiedene Lösungsansätze, um die Versorgungssituation im Landkreis zu verbessern:

- Die Förderung der Familienfreundlichkeit der Region, bspw. durch Infrastruktur und kulturelles Angebot (Interview 1, 3, 2)
- Ausbau der Infrastruktur (Entlastung der Familie, Anschluss an Städte, Kultur etc.): *„Wir müssen halt erstmals die Probleme lösen, die ich in urbanen Regionen längst gelöst habe. Es will halt nicht mehr jeder ein eigenes Auto haben, noch nicht mal hier aufm Land. [...] Da geh ich die Treppe*

*runter und hab [...] eine U-Bahn, die mich da hinbringt, wo ich hin will. Kostet im Monat weniger als ein Mal tanken.“* (Interview 6, Min. 27:02)

- Die Wiederaufnahme des Fortbildungsangebots an den lokalen Krankenhäusern und die Förderung von Weiterbildungsassistenten (Interview 1, 4)
- Die Auslagerung administrativer Vorgänge an externe Firmen oder eine Schnittstelle, die die Administration mehrerer Praxen übernimmt (Interview 2)
- Zusammenschlüsse von Praxen und Bildung von Arztzentren, um modernen Familien- und Arbeitskonzepten gerecht werden zu können (Interview 4)
- Steigerung der Attraktivität der einzelnen Praxen: Ausstattung, Lage, Infrastruktur, ggf. durch Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten durch die Gemeinden (Interview 4, 2)
- Klärung der Regress-Problematik mit den Krankenkassen (Interview 6, 3)
- Situation der Arzthelferinnen muss im Blick behalten werden, da dort eine ähnliche Entwicklung zu beobachten sei wie bei den Ärzten (Teilzeit, Abwanderung in die Schweiz) (Interview 5)

## 4.6 Herausforderungen im Praxisalltag

### 4.6.1 Kosten

In einem Interview (Interview 1) wird erwähnt, dass es eine Lücke zwischen den Kosten und dem Aufwand für die Versorgung der Patienten einerseits und der Bezahlung der Leistungen durch die Krankenkassen andererseits gebe. Die Pauschalbeträge der Krankenkassen würden nicht für Patienten reichen, die mehrmals im Quartal in die Praxis kommen. Dadurch würden Motivation und Einkommen der Ärzte sinken. Zudem zeige sich eine deutliche Differenz der bezahlten Leistungen zwischen privatversicherten und kassenversicherten Patienten, was in einigen Fällen zu einer Ungleichbehandlung der Patientengruppen führen kann. Ein weiterer Arzt (Interview 3) berichtet:

*„Ich habe auch einen relativ hohen Anteil an Privatpatienten, die auch mir über eine Quersubventionierung mir auch möglich machen, mir Zeit zu nehmen, für jemanden, der woanders versichert ist, aber es ist nicht fair. Die Systeme, die da sind, die sind nicht fair.“ (Interview 3, Min. 28:29)*

#### 4.6.2 IT

IT-Themen gestalten sich für den Praxisablauf oftmals hinderlich. Kritisiert wurde die hohe Abhängigkeit von den technischen Anwendungen sowie die Störunganfälligkeit dieser Anwendungen, sodass es regelmäßig zu Ausfällen komme:

*„Wenn Sie einmal die Connection zum Zentral-Server verlieren, dann steht die ganze Praxis.“ (Interview 5, Min. 23:00)*

Auch wird kritisiert, dass immer neue Auflagen seitens der Politik oder der Krankenkassen kämen, bspw. für das Einlesen der Versichertenkarten. Diese seien nicht nur jedes Mal mit einem entsprechenden Arbeitsaufwand, sondern auch mit hohen Kosten für die Einrichtung und Wartung verbunden (Interview 5).

#### 4.6.3 Administration

Ein Aspekt, der viel Zeit und Kapazitäten im Praxisgeschehen in Anspruch nimmt, sei der hohe administrative Aufwand, der zum einen sehr zeitintensiv sei und zweitens den Nachwuchs abschrecke. Viele junge Ärzte würden durch die hohe Bürokratie abgeschreckt (Interview 1, 2, 4). Viele bereits niedergelassene Ärzte würden durch den hohen administrativen Aufwand zusätzlich belastet:

*„Das ist ja hoch komplex und das ist ja auch irgendwo etwas, was viel Zeit bedarf. Also, das wäre mir lieb, dass einer da ist, der den ganzen administrativen Kram mindestens teilt [...], das würd mir viel bringen. Und dann würde ich auch mich verpflichten, was weiß ich, noch zehn Jahre den medizinischen Rektor zu machen, das wäre mir egal.“ (Interview 4, Min. 28:30)*

#### 4.6.4 Abrechnungen und Regresse

Die befragten Ärzte berichten, dass es wiederholt zu Uneinigkeiten in der Abrechnung von erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen komme (Interview 2, 3, 6). Die Ärzte fürchten regelmäßig Regresse und würden sogar ihre Verschreibungen einschränken, um keine Regresse zu riskieren (Interview 5, Min. 7:30):

*„Ich gebe den schwarzen Peter da auch an meine Patienten weiter, indem ich sage: `Ich kann Ihnen nur zwei Rezepte aufschreiben und dann ist der Orthopäde wieder dran´.“* (Interview 5, Min. 7:50)

Schwierig sei in diesem Kontext vor allem die Versorgung von Dauerpatienten. Dort gebe es immer wieder Diskussionen mit den Krankenkassen, dass die Verordnungen eingestellt werden sollen, was einen ausführlichen Schriftverkehr zwischen Arzt und Krankenkasse nach sich ziehe, um den Sachverhalt zu klären.

#### 4.6.5 Weiteres

Schwierig sei, dass bei den Patienten oft Unwissenheit über die realen Behandlungskosten und über mögliche Abläufe und Kosten herrsche, z. B. bei Rezepten und Überweisungen. Hier würde oftmals unnötiger Arbeitsaufwand entstehen. Darüber hinaus gebe es einen hohen Aufwand für Bewilligungen, Anträge etc. bei alten Menschen und der Organisation für Pflegestellen:

*„Das sind so Sachen, die dann wirklich viel Zeit kosten. In der Zeit könnte man 40 Patienten versorgen.“* (Interview 2, Min. 06:08)

### 4.7 Politik und KV

#### 4.7.1 Gemeinden, Kommunen und politische Träger

Die befragten Ärzte sehen sich in der Politik nicht repräsentiert und die Problematik um die Versorgung (insbesondere in den kommenden Jahren bei Schließung und mangelndem Nachwuchs) nicht ausreichend wahrgenommen (Interview 1, 4, 6). Das führt zu Resignation und Wut in der Ärzteschaft, die mittlerweile nur noch in Teilen zu Gesprächen mit der Politik bereit ist. Beispielsweise habe

sich die Ärzteschaft dafür eingesetzt, dass das KH Säckingen bleibe. Im Jahr 2022 ist das Krankenhaus Bad Säckingen nur noch mit eingeschränktem Angebot in Betrieb. Bisherige Versuche, auf die Politik Einfluss zu nehmen (z. B. Ärztenetzwerk) seien jedoch bislang erfolglos gewesen (Interview 1).

Die Ärzte erläutern, dass ein Umdenken der Politik nötig sei: Bisher wurden vorwiegend Einzelpraxen gefördert, wodurch auch die Konkurrenz und Geheimniskrämerei unter den Praxen entstanden sei. In Zukunft müsse jedoch vermehrt auf Gemeinschaftspraxen und ähnliche Modelle gesetzt werden, um den Anforderungen des Arbeitsmarktes gerecht zu werden (Interview 2, 3, 6). Es wird in den Interviews angemerkt, dass die Ausbildungs- und Niederlassungsregeln für junge Ärzte überarbeitet werden müssten. Zur Zeit der Arztschwemme wurde stark reguliert und zu spät bzw. kaum auf den bevorstehenden Mangel reagiert (Interview 3).

Momentan herrsche ein starker Wettbewerb um die Ärzte zwischen den Gemeinden. Mehrere Bürgermeister wollen jeweils Ärzte in ihren Ort ziehen und werben dafür. Allerdings gebe es seitens der Politik kaum reelle Unterstützung für die Niederlassungen, z. B. in Form von geeigneten Räumlichkeiten. Ein Ausbau der Infrastruktur sei dringend notwendig, damit die Patienten zu den (größeren Versorgungseinheiten der) Ärzte(n) kommen können. Es sei nicht leistbar, als Arzt in alle kleinen Orte zu fahren:

*„Wir führen eine Diskussion mit den Bürgermeistern: Wie kriege ich einen Arzt in den Ort? Gar nicht. Ganz einfach. Gar nicht. [...] Auch nicht für ohne Miete und 60.000 Euro Startfinanzierung. [...] Damit werde ich das Problem nicht lösen. [...] Ich muss dafür sorgen, dass die Leute, die versorgt werden müssen, Versorgung kriegen. Nicht vor der Haustür, aber ich muss sie da hinbringen, wo sie versorgt werden können. Das ist ein infrastrukturelles Problem des öffentlichen Personennahverkehr und und und.“ (Interview 6, Min 9:16)*



#### 4.7.2 Krankenkassen

Seitens der Ärzte wird kritisiert, dass das Abrechnungssystem sehr aufwändig sei. Die Ärzte befürchten häufig Regresse und oftmals könnten sich die Ärzte aufgrund der Ausgestaltung des Abrechnungssystems nicht ausreichend Zeit für die Patienten nehmen, wenn sie wirtschaftlich arbeiten wollen. Im Gegensatz dazu steht das Schweizer Modell mit der Abrechnung nach verbrauchten Zeiteinheiten statt mit Fallpauschalen:

*„Wir haben bei uns das System zwischen privat und Kasse [...]. Es ist im Alltag ein Schlag ins Gesicht, dass ich für die Vorsorge, die [...] ich beim sozial schwachen Kind genauso probiere wie beim Akademikerkind, dass ich, wenn es privat versichert ist, für dieselbe Geschichte zweieinhalb Mal so viel kriege wie beim Kassenpatienten. [...] Und wenn ein Kind, weil es eine Pauschale kriegt im Quartal und die Eltern, weil sie sehr unsicher sind, im Quartal acht Mal kommen, ich beim zweiten, dritten, vierten [...] Mal nichts mehr bekomme, weil die Pauschale ist ja schon abgedeckt. Das hat Auswirkungen auf Motivation, auf die Art, wie man Arbeit macht und so weiter.“ (Interview 3, Min. 24:02)*

Die befragten Ärzte monieren, dass laut Krankenkassen-Berechnungen der Landkreis Waldshut zum Teil überversorgt sei, was nicht mit der reellen Versorgungssituation und den Problematiken der Praxen und Patienten übereinstimme (Interview 1 & 4).

#### 4.7.3 Hochschulen, wissenschaftliche Einrichtungen

Die befragten Ärzte wünschen sich von den Hochschulen eine gezielte Förderung dahingehend, dass Studenten ermutigt werden, Tätigkeiten in ländlichen Regionen auszuprobieren und anzunehmen. Dafür müsse es seitens der Hochschulen und der Gemeinden auch Unterstützung bei der Unterbringung der Studenten geben:

*„Ich glaube, wenn wir einen Zugang haben, dass die Leute [junge bzw. angehende Ärzte, Anm.] hier konkret mitarbeiten, sehen wie die Tagesabläufe sind, wie das Spektrum ist, wie die Menschen, die hier leben, in der Summe nette Menschen sind, um die man sich gern kümmert und sorgt [...] und dass man hier in dem Landkreis gut leben kann. Und wenn wir das schaffen über die Eintrittskarte mal, überschaubar, befristet im Rahmen der Ausbildung oder so was, das mal kennen zu lernen – das ist eine riesen Chance, die man als Landkreis haben würde.“ (Interview 3, Min. 38:25)*

Insgesamt sei ein Imagewandel der Allgemeinmedizin nötig (Interview 5). Bisher habe die Allgemeinmedizin den Ruf, weniger hochwertig als andere Facharztausbildungen und zweitklassig zu sein, was sie für viele Studenten weniger attraktiv macht:

*„Allgemeinärzte, wenn die in der Klinik [...], wenn da jemand gesagt hat: `Ich will Allgemeinmedizin machen`, der war ja nur der Stationsdepp.“ (Interview 2, Min. 57:57)*

## 4.8 Weiteres

### 4.8.1 Pläne

Nach zukünftigen Plänen gefragt, antwortete ein interviewter Arzt (Interview 3), er sei offen für neue Arbeitsmodelle wie Arbeit in Teilzeit oder mit geteilten Stellen, um gezielt Nachfolger anzuwerben:

*„[...] also, dass wir da vielleicht noch jemand Drittes finden, oder vielleicht sogar Viertes. Ich bin sehr, sehr offen für neue Modelle [...] auch in Teilzeit [...], dass einer 30% macht und einer 70% und wir noch 100%.“ (Interview 3, Min. 31:01)*

Die übrigen befragten Ärzte äußerten sich zu diesem Aspekt nicht weitergehend.

## 4.8.2 Wünsche

Nach den Wünschen für zukünftige Entwicklungen und Verbesserungen gefragt, antwortet ein Arzt, er wünsche sich eine bessere Zusammenarbeit zwischen allen im Landkreis ansässigen Ärzten:

*„Da muss jeder sehen: Er ist ein Rädchen im Getriebe von dem Ganzen und nur gemeinsam können wir das gut machen.“* (Interview 5, Min. 28:26)

In Interview 3 wurde von dem Arzt beschrieben, er wünsche sich eine bessere Kommunikation unter den Ärzten, insb. zwischen Kinderärzten, Hausärzten und den Gebietsärzten. Man kenne sich nur sporadisch und wirkliche Kooperationen, Absprachen, Klärung der Zuständigkeiten etc. fehlen, obwohl eine organisierte Zusammenarbeit die Versorgungssituation eventuell entlasten könnte (Interview 3).

## 5 Ergebnisse der schriftlichen Befragung

### 5.1 Charakteristika der an der schriftlichen Befragung teilnehmenden Ärzte

#### 5.1.1 Gemeindezugehörigkeit

##### Hausärzte

Für die Befragung konnten im Landkreis 120 hausärztliche Tätigkeiten an 74 Praxisstandorten in den 32 Gemeinden identifiziert werden. Unter diesen gab es außer den Fachärzten für Allgemeinmedizin auch hausärztlich tätige Internisten und praktische Ärzte. Von den insgesamt 120 hausärztlichen Tätigkeiten sind 18 doppelte Tätigkeiten (s. Kap. 3). Die Rücklaufquote wurde personenbezogen ( $n=120-18=102$ ) berechnet. In der festgesetzten Frist kamen 60 Fragebögen (2 online und 58 per Post) zurück. Im Rahmen der Nacherhebung in Form der verkürzten Darstellung des Fragebogens kamen 11 Antworten der Hausärzte hinzu. Insgesamt wurde somit eine Rücklaufquote bei 71 Rückläufen mit 69,6% berechnet (Tabelle 3).

Tabelle 3: Rücklaufquote Hausärzte

Rücklaufquote	Tätigkeiten (n)	Prozent	Personen (n)	Prozent
Versand	120	100	102	100
Ausgefüllt Gesamt	60	50	60	58,8
davon schriftlich	58	48,3	58	48,3
davon online	2	1,7	2	1,7
Nacherhoben	11	9,2	11	10,8
<b>Insgesamt</b>	<b>71</b>	<b>59,2</b>	<b>71</b>	<b>69,6</b>

Die meisten Hausärzte in Form der hausärztlichen Tätigkeiten befinden sich in der Region 1 (Südwest) (n=53) und der Region 2 (Süd) (n=27) des Landkreises (Tabelle 4). Einzelne Gemeinden im Landkreis, wie Dachsberg, Ibach und Häusern (jeweils Region 5) sowie Dettighofen und Lotstetten (jeweils Region 3) besitzen keine Hausarztpraxen. Die Standorte der Praxen verteilen sich ähnlich der hausärztlichen Tätigkeiten. So befinden sich die meisten Praxen im Südwesten des Landkreises (n=24). Aus nahezu jeder Gemeinde, mit Ausnahme von fünf Gemeinden, wurde mindestens eine Antwort erhalten.

Tabelle 4: Regionenbezogene Rückläufe der Hausärzte

Regionen	Anzahl Hausärzte	Anzahl Praxen	Anzahl Rückläufe
Region 1   Südwest	53	24	28
Region 2   Süd	27	22	17
Region 3   Südost	9	6	4
Region 4   Nordost	18	13	10
Region 5   Nordwest	13	9	7
<b>Gesamt</b>	<b>120</b>	<b>74</b>	<b>66</b>

### Gebietsärzte

Unter den insgesamt 130 gebietsärztlichen Tätigkeiten, die allesamt postalisch kontaktiert wurden, konnte ein Umschlag per Post nicht zugestellt werden, somit wurde von einer Gesamtanzahl von n=129 ausgegangen. Hiervon waren 13 Zweigpraxen, sodass die personenbezogene Rücklaufquote mit n=116 aus 80 Praxen berechnet wurde. Es kamen 45 Fragebögen zurück (3 online und 42 per Post) und vier konnten im Anschluss nacherhoben werden. Der Rücklauf mit kompletten Fragebögen belief sich auf 38,8%; mit den verkürzten Fragebögen lag die Rücklaufquote bei insgesamt 49 Rückläufen bei 42,2% (Tabelle 5).

Tabelle 5: Rücklaufquote Gebietsärzte

Rücklaufquote	Tätigkeiten (n)	Prozent	Personen (n)	Prozent
Versandt	129	100	116	100
Ausgefüllt Gesamt	45	34,9	45	38,8
davon schriftlich	42	32,6	42	36,2
davon online	3	2,3	3	2,6
Nacherhoben	4	3,1	4	3,4
<b>Insgesamt</b>	<b>49</b>	<b>38</b>	<b>49</b>	<b>42,2</b>

Bei der Betrachtung der Rückläufe unter Berücksichtigung der verschiedenen Fachgebiete konnte festgestellt werden, dass die meisten Antworten durch Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin (n=11) und fachärztliche Internisten (n=8) erfolgten. Von den Orthopäden und Unfallchirurgen antworteten alle Angeschriebenen, wohingegen nur einer der 16 Augenärzte bzw. 3 der 22 Frauenärzte antworteten (Abbildung 3).

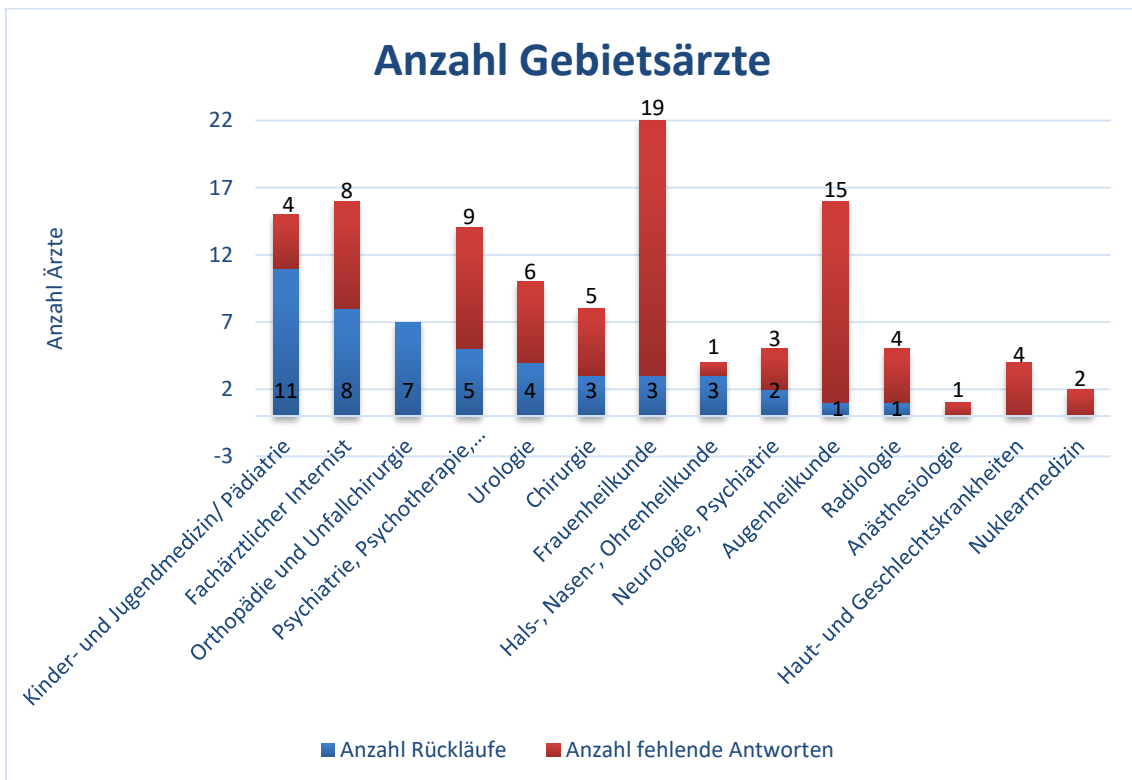


Abbildung 3: Rückläufe verschiedener Fachgebiete (n=48)

Es konnte vor allem im Südwesten (Region 1) nicht aus jeder Praxis eine Antwort festgestellt werden; im Süden (Region 2) waren das hingegen mehr (Tabelle 6). Hier befinden sich die meisten Gebietsärzte im südlichen (n=55) und im südwestlichen (n=53) Teil des Landkreises. Mehrere Gemeinden im Landkreis, wie Dögern, Küssaberg, Wutöschingen (Region 2), Göhrwühl, Herrischried (Region 1), Grafenhausen, Eggingen, Wutach, Ühlingen-Birkendorf (Region 4), Hohentengen, Klettgau (Region 3) und Todtmoos (Region 5) besitzen keine Praxen mit Gebietsärzten. Die Standorte der Praxen verteilen sich ähnlich der Anzahl der gebietsärztlichen Tätigkeiten. So befinden sich die meisten Praxen im Südwesten (n=34) und Süden (n=33).

Tabelle 6: Regionenbezogene Rückläufe der Gebietsärzte

Regionen	Anzahl Gebietsärzte	Anzahl Praxen	Anzahl Rückläufe
Region 1   Südwest	53	34	17
Region 2   Süd	55	33	25
Region 3   Südost	1	1	1
Region 4   Nordost	12	5	3
Region 5   Nordwest	8	7	1
<b>Gesamt</b>	<b>129</b>	<b>80</b>	<b>47</b>

### 5.1.2 Geschlecht

Die Auswertung der Fragebögen zeigt einen deutlich größeren Anteil an Antworten von männlichen Ärzten. 67% der insgesamt 69 antwortenden Hausärzte waren männlich und 33% weiblich. Bei den Gebietsärzten kamen 83% der beantworteten Fragebögen von männlichen Ärzten und 17% von Ärztinnen (Abbildung 4). Der Gewichtung zwischen den Geschlechtern liegt möglicherweise eine entsprechende Geschlechterverteilung bei den niedergelassenen Ärzten zu Grunde. Aktuelle Zahlen dahingehend, wie viele männliche und weibliche Ärzte im LK Waldshut niedergelassen sind, liegen derzeit nicht vor.

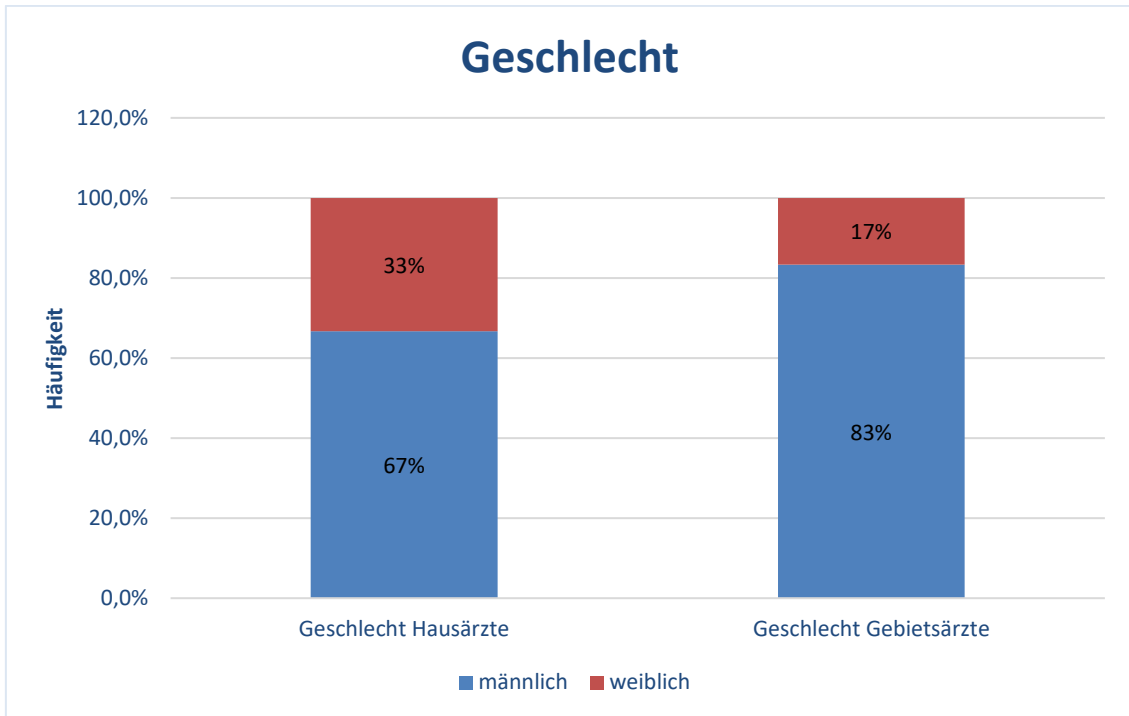


Abbildung 4: Geschlecht Hausärzte (n=69) und Gebietsärzte (n=48)

### 5.1.3 Alter

#### Hausärzte

Auch das Alter der Ärzteschaft wurde mittels der Fragebögen erhoben und ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass beinahe die Hälfte (45%) der Hausärzte im Landkreis bereits älter als 60 Jahre ist (Stand 2016). Mehr als ein Drittel der Hausärzte (39%) sind bereits 65 Jahre oder älter. Lediglich 2% der im Landkreis niedergelassenen Hausärzte sind jünger als 40 Jahre (Abbildung 5).

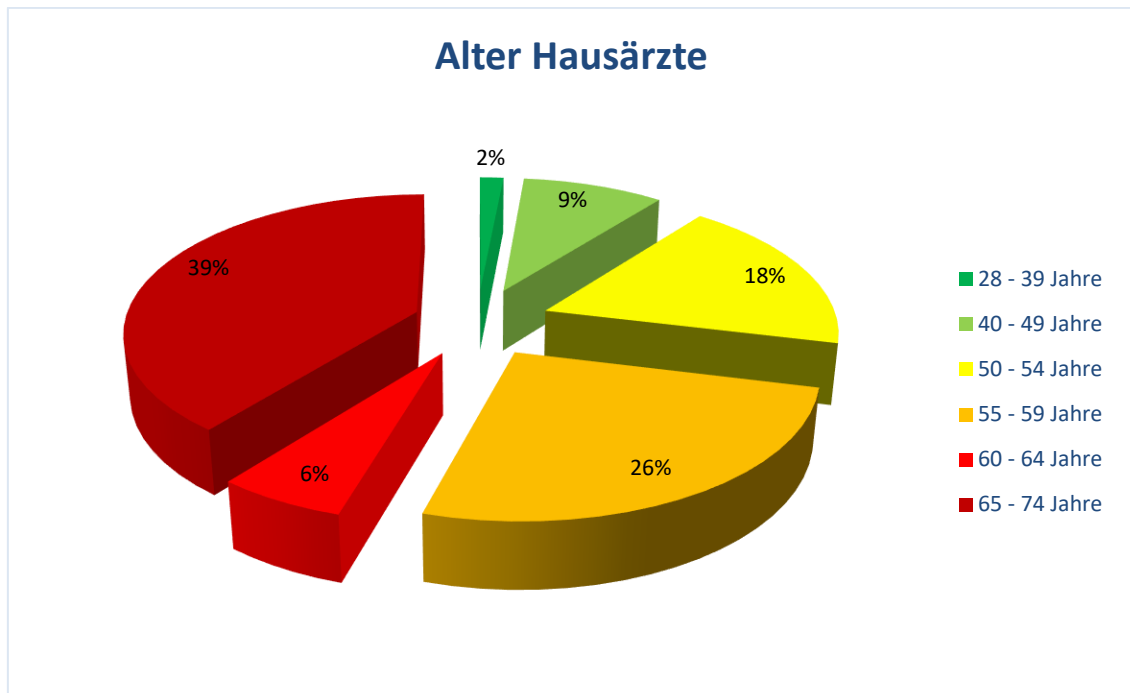


Abbildung 5: Alter Hausärzte (n=66)

Insgesamt gaben in den 71 ausgewerteten Befragungsbögen 66 Antwortende ihr Alter an. Auffallend ist die Überrepräsentation älterer Hausärzte im Rücklauf. Dagegen ist die Altersgruppe 40-49 Jahre in der Befragung vergleichsweise wenig vertreten (9%). Das Durchschnittsalter der befragten Hausärzte lag bei 59,22 Jahren. Das durchschnittliche Alter liegt, je nach Stadt bzw. Gemeinde, zwischen 50 und 70 Jahren. In manchen Regionen, wie der Region 5, ist die Situation besonders prekär, dort kommen eine niedrige Ärztezahl und ein hohes Alter zusammen (Abbildung 6). Das Alter der interviewten Hausärzte lag zwischen 55 Jahren und ca. 65 Jahren. Das mittlere Alter der Hausärzte in Baden-Württemberg liegt derzeit laut der Kassenärztlichen Vereinigung bei 56,1 Jahren und damit deutlich unter dem Altersdurchschnitt der Waldshuter Hausärzte, wo dieses nur in sechs Gemeinden unterschritten wird (vgl. KV BaWü 2022).



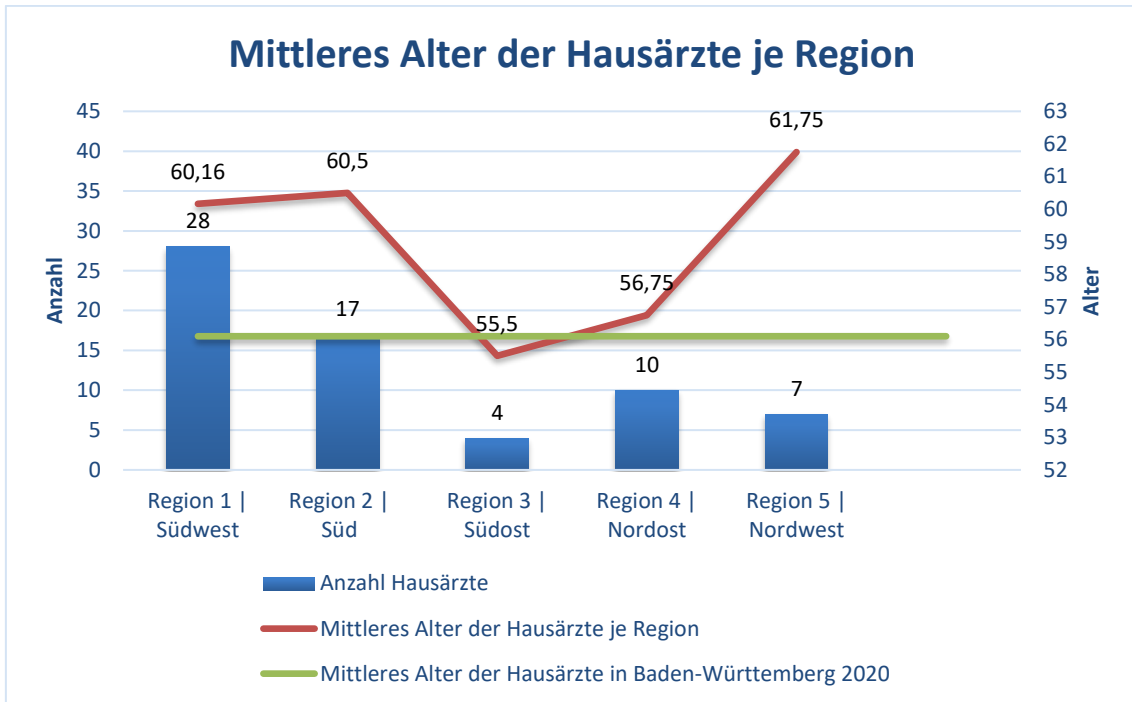


Abbildung 6: Mittleres Alter Hausärzte je Gemeinde (n=66); Quelle: Mittleres Alter Baden-Württemberg 2020 (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2020a)

### Gebietsärzte

Unter den niedergelassenen Gebietsärzten waren 62% zum Zeitpunkt der Befragung bereits über 55 Jahre alt; 32% hatten das Alter von 60 Jahren überschritten. Das Alter der interviewten Gebietsärzte entsprach ebenfalls dieser Altersstruktur. Dennoch sind die niedergelassenen Gebietsärzte mit einem Durchschnittsalter von 56,53 Jahren tendenziell jünger als die niedergelassenen Hausärzte, wenn auch über dem durchschnittlichen Alter der Fachärzte in Baden-Württemberg von 54,3 Jahren (vgl. KVBW 2022). Auch bei den Gebietsärzten haben ähnlich wie bei den Hausärzten eher die älteren Ärzte an der Befragung teilgenommen (Abbildung 7).

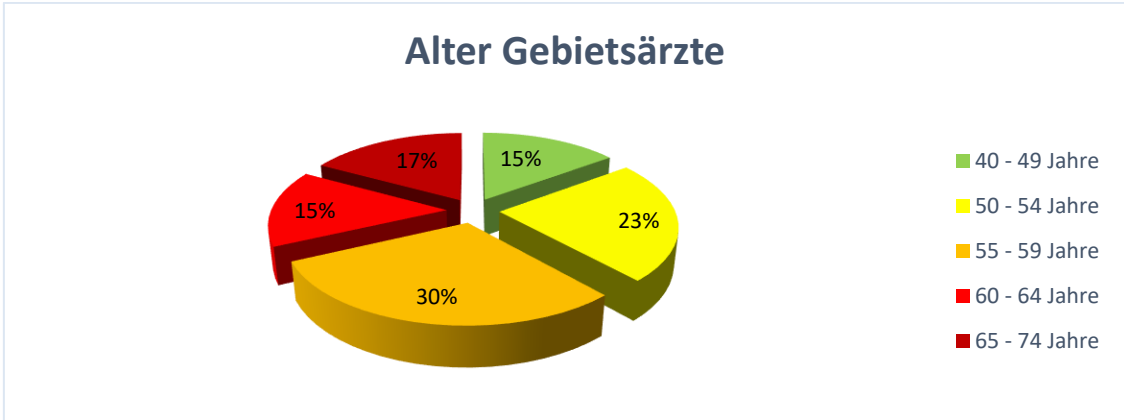


Abbildung 7: Alter Gebietsärzte (n=47)

Innerhalb der verschiedenen Facharztgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede bezüglich der Altersverteilung. Fast 50% der antwortenden Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin/Pädiatrie und mehr als 50% der Fachärzte für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie waren über 60 Jahre alt. Acht Ärzte hatten bereits das übliche Renteneintrittsalter überschritten. Am jüngsten scheinen demnach die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (Tabelle 7).

Tabelle 7: Altersverteilung der einzelnen Facharztgruppen

Fachärzte	40 – 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 72	Gesamt
Augenheilkunde	0	0	1	0	0	<b>1</b>
Chirurgie	0	0	1	1	1	<b>3</b>
Orthopädie und Unfallchirurgie	3	1	1	1	1	<b>7</b>
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	0	1	0	1	<b>3</b>
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0	0	2	0	1	<b>3</b>
Innere Medizin	1	2	3	1	0	<b>7</b>
Kinder- und Jugendmedizin/ Pädiatrie	2	4	1	2	2	<b>11</b>
Neurologie	0	1	0	1	0	<b>2</b>
Psychiatrie Psychosomatische Medizin Psychotherapie	0	0	2	1	2	<b>5</b>
Radiologie	0	0	1	0	0	<b>1</b>
Urologie	0	3	1	0	0	<b>4</b>
<b>Gesamt</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>47</b>

## 5.2 Die Praxisstrukturen im Landkreis

### 5.2.1 Praxisformen

Abbildung 8 zeigt die prozentuale Verteilung der im Landkreis ansässigen, befragten Hausärzte und Gebietsärzte. Die häufigste Praxisform der befragten Ärzte war die Einzelpraxis (Hausärzte 65%; Gebietsärzte 68%). Die Gebietsärzte arbeiten mehr in Kooperationen, z. B. 27% in Berufsausübungsgesellschaften (BAGs).

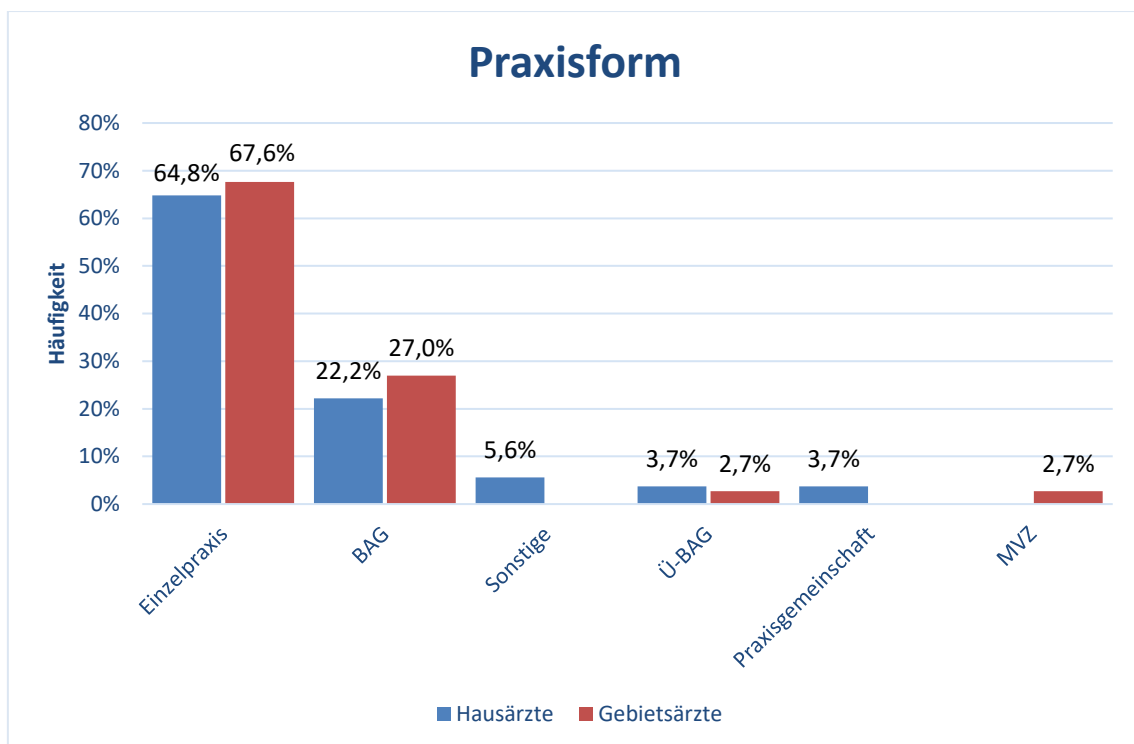


Abbildung 8: Praxisformen der Hausärzte (n=54) und der Gebietsärzte (n=37)

### 5.2.2 Praxisgröße und Entwicklungen

#### Scheinzahl

Im Südwesten des Landkreises finden sich, bezogen auf die Scheinzahl, die größten hausärztlichen Praxen (Abbildung 9).

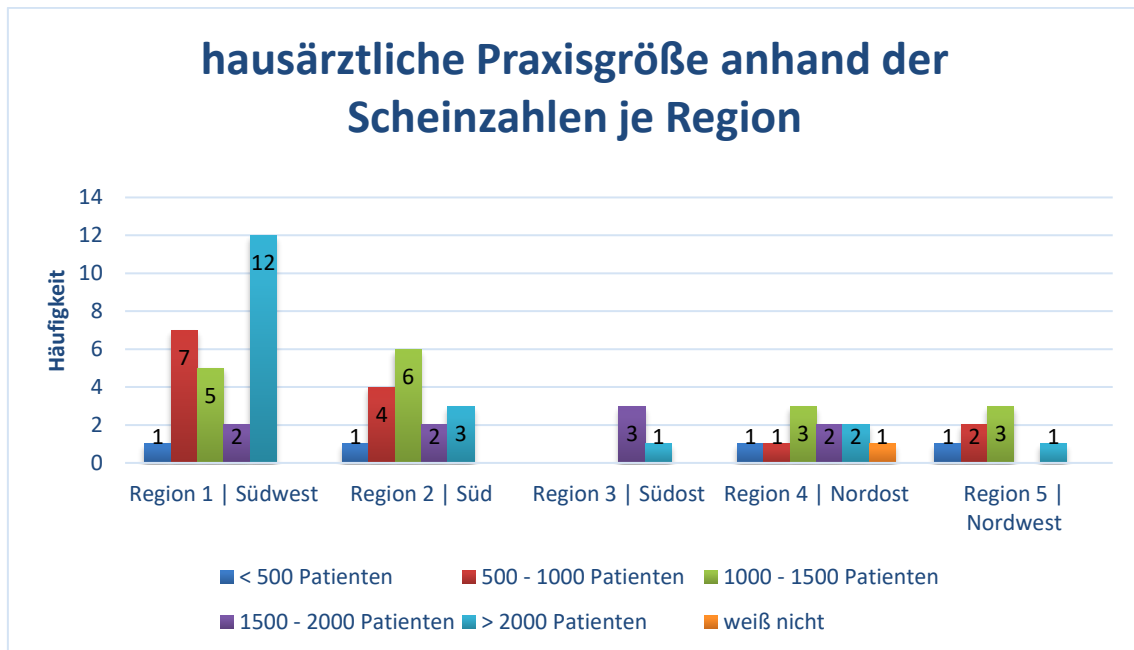


Abbildung 9: Schein zahlen von Hausarztpraxen je Gemeinde (n=64)

Vier der Antwortenden (jeweils Einzelpraxen) gaben an, weniger als 500 Patienten pro Quartal zu behandeln. Auf der anderen Seite gibt es keine Einzelpraxis, die mehr als 2000 Patienten pro Quartal behandelt. Die meisten (n=19) gaben an, mehr als 2000 Patienten pro Quartal zu betreuen, gefolgt von 17 Hausärzten, die angaben, zwischen 1000 und 1500 Patienten pro Quartal zu behandeln. Erwartungsgemäß werden umso mehr Patienten pro Quartal behandelt, je höher die Anzahl der ärztlichen Mitarbeiter ist.

#### Veränderungen des Patientenstamms und Einzugsgebietes

Insgesamt gaben 73% der befragten Hausärzte an, dass in den letzten drei Jahren eine Vergrößerung des Patientenstamms stattgefunden habe. Dagegen berichteten 6% der Hausärzte von einer Verkleinerung des Patientenstamms. Nur zu zwei Standorten wurde angegeben, dass keine Veränderung des Patientenaufkommens erfolgte. Bei Praxen, die eine Verkleinerung des Patientenstamms oder ein gleichbleibendes Aufkommen angaben, konnte in der Befragung festgestellt werden, dass im selben Ort auch Praxen mit einer Vergrößerung des Patientenstamms waren. Die Vermutung liegt daher nah, dass eine Verkleinerung

oder Stagnation des Patientenstamms auf Praxisinterna (z. B. Aufnahmestopps) zurückzuführen ist. Bei 62% der befragten Gebietsärzte hat sich, wie parallel bei den Hausärzten, der Patientenstamm in den letzten drei Jahren vergrößert. Knapp ein Drittel (30%) gab an, der Patientenstamm habe sich nicht verändert und lediglich vier Befragte antworteten, sie hätten einen kleineren Patientenstamm als noch vor 3 Jahren (Abbildung 10).

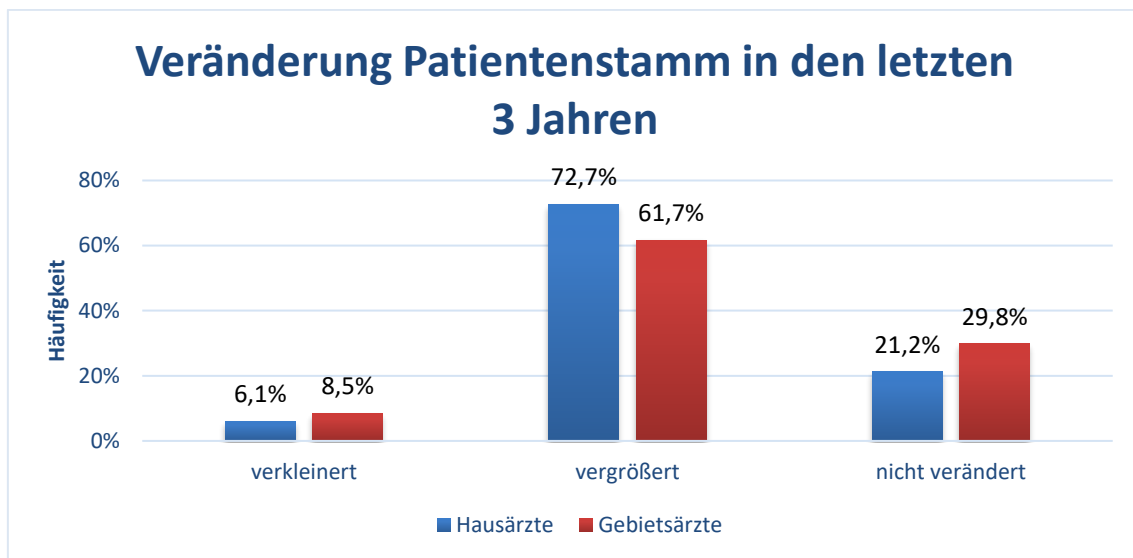


Abbildung 10: Veränderung des Patientenstamms der Hausärzte in % (n=66) und Gebietsärzte in % (n=47)

Auf die Frage, ob sich das Einzugsgebiet ihrer Praxis in den letzten 3 Jahren verändert habe, antwortete jeweils die Hälfte der Hausärzte, das Einzugsgebiet habe sich vergrößert oder nicht verändert. In keinem Fall wurde das Einzugsgebiet kleiner. Bei den Gebietsärzten stellt sich die Situation etwas anders dar: Hier äußerten 66%, dass in den vergangenen drei Jahren keine Vergrößerung des Einzugsgebiets erfolgt sei. Lediglich etwa ein Drittel (30%) gab an, ihr Einzugsgebiet habe sich vergrößert. Zwei Praxen gaben an, das Einzugsgebiet habe sich verkleinert (Abbildung 11). Als Gründe für die Veränderungen wurden überwiegend Praxisschließungen angegeben.

Die Ergebnisse aus der Befragung decken sich mit den Schilderungen aus den Experteninterviews. Insbesondere die hausärztlich tätigen Praxen schildern,

dass eine Vergrößerung des Patientenstamms und des Einzugsgebietes aufgrund von Praxisschließungen im jeweiligen Umkreis zu verzeichnen seien. Die befragten Gebietsärzte gaben an, dass sich das Einzugsgebiet stark vergrößere (bspw. Patienten, die aus Freiburg bis nach Bad Säckingen und Umgebung fahren). Die befragten Praxen selbst gaben an, bislang keine Aufnahmestopps zu verhängen, dies aber bereits von anderen Praxen aus ihrem jeweiligen Fachgebiet zu kennen. In einem solchen Fall würden nur Patienten aufgenommen, die noch nicht in Behandlung bei einem Arzt der jeweiligen Fachrichtung seien (z. B. bei Zuzug in die Region); ein Wechsel zwischen Praxen innerhalb der gleichen Fachrichtung sei dann jedoch nicht mehr möglich. Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin wurde berichtet, dass Jugendliche länger in Betreuung der gebietsärztlichen Praxis blieben, statt bei entsprechendem Alter in die Regelversorgung in einer hausärztlichen Praxis zu wechseln, da die Versorgungslage in der regionalen Kinder- und Jugendmedizin nicht so angespannt sei, wie bei den Hausärzten und entsprechend eine schnellere Beratung bzw. Behandlung erfolgen könne. Es findet demnach in einigen Fachbereichen eine Verschiebung von der hausärztlichen in die gebietsärztliche Patientenversorgung statt.

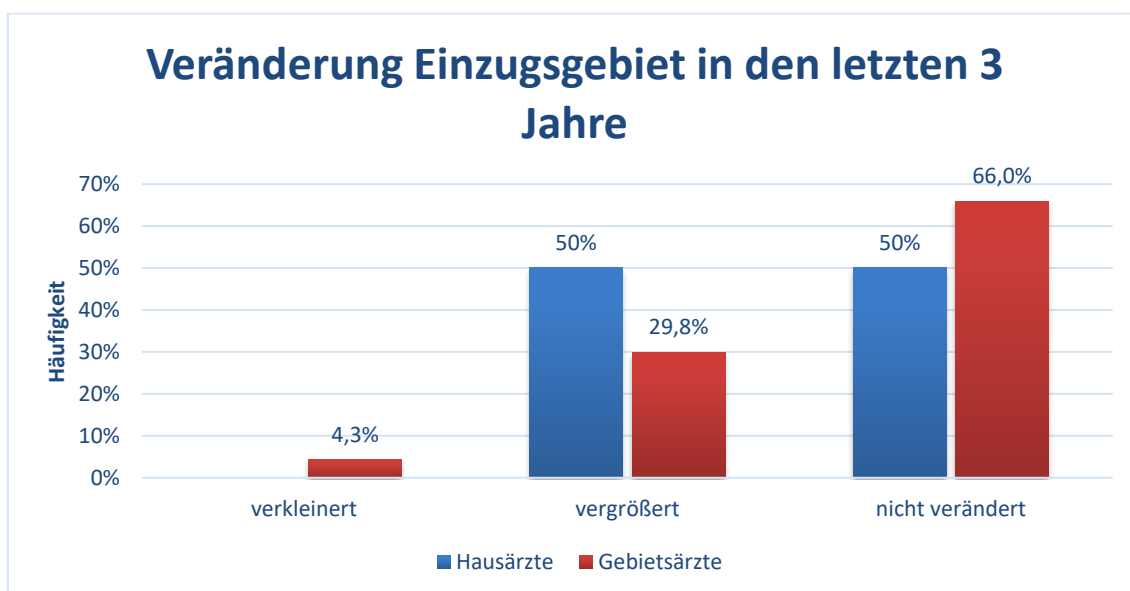


Abbildung 11: Veränderung des Einzugsgebiets der Hausärzte in % (n=66) und Gebietsärzte in % (n=47)

Die Veränderung des Patientenstammes und des Einzugsgebietes der befragten Hausärzte in den letzten drei Jahren wurden gemeindebezogen gegenübergestellt. Hier wurde deutlich, dass die Versorgungssituation in wenigen Städten und Gemeinden konstant blieb, während in anderen Orten parallel zur Vergrößerung des Patientenstamms auch eine Ausdehnung des Einzugsgebietes stattfand.

### 5.2.3 Praxisabgabe und Nachfolge

#### Hausärzte

Auf die Frage, ob in den kommenden Jahren eine Praxisabgabe geplant sei, gaben insgesamt 25 Hausärzte an, die Praxis abgeben zu wollen. Drei Befragte gaben keine konkrete Zeitspanne für die geplante Abgabe an. 22 der 71 befragten Hausärzte wollten die Praxis in den folgenden fünf Jahren aufgeben. Die meisten Praxisaufgabe-Pläne beziehen sich auf einen Zeitraum innerhalb der nächsten zwei Jahre (n=16). Dabei wollten vier der Befragten ihre Praxis bereits innerhalb des folgenden Jahres aufgeben (Abbildung 12).

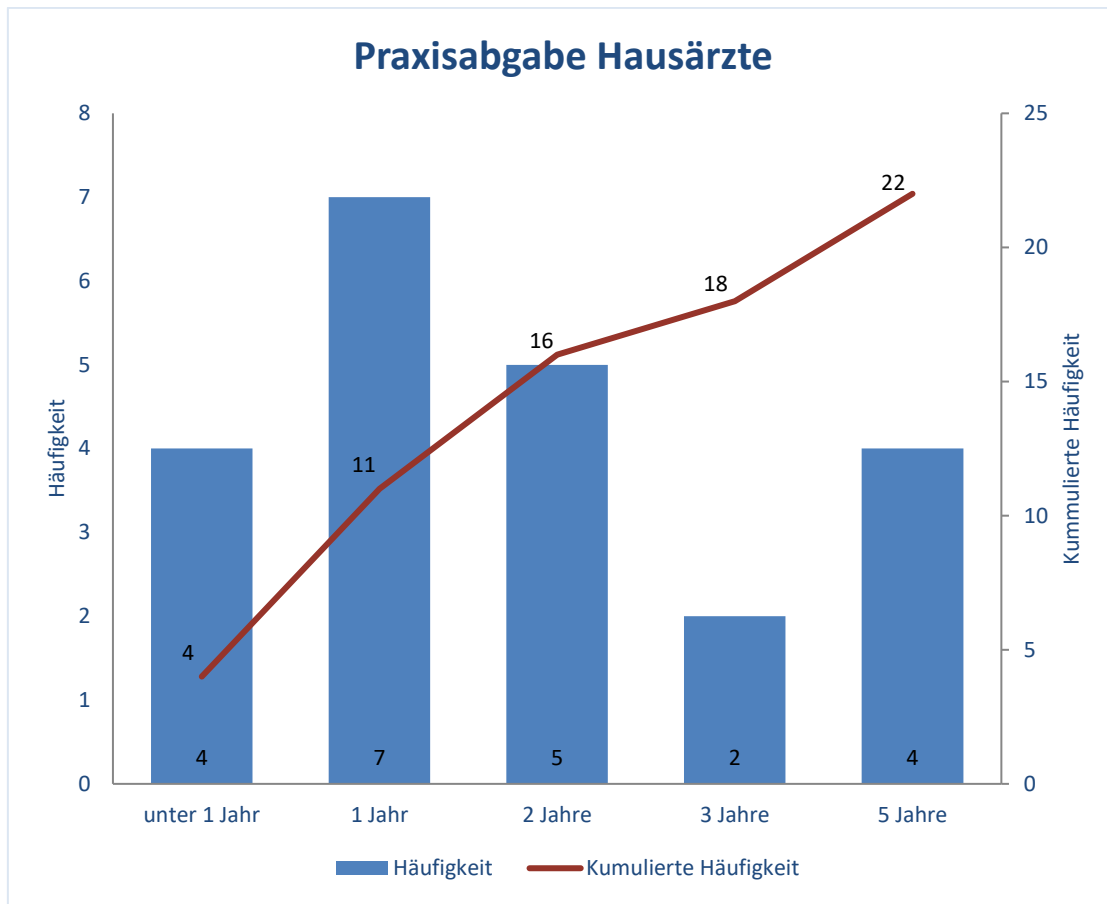


Abbildung 12: Praxisabgabe Hausärzte (n=22)

Von den 22 Ärzten mit Plänen zur Praxisaufgabe konnten 21 Gemeinden zugeordnet werden. Nur etwa die Hälfte dieser Hausärzte gab an, aktiv einen Nachfolger gesucht zu haben. Lediglich vier gaben an, bereits einen Praxisnachfolger zu haben; drei der vier Praxen mit Nachfolger sind in der Region 2 (südlicher Teil des Landkreises) ansässig. Von den Befragten sagten 4%, dass sie in den nächsten Jahren in ein Angestelltenverhältnis wechseln wollen. 8% der Hausärzte planten, sich in den kommenden Jahren einer Gemeinschaftspraxis oder einem medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) anzuschließen. 14% der Befragten wollten ihren Praxisstandort verlagern.

Für die Praxisabgabe im Allgemeinen wurden die Gründe als Freitext erfragt. Die meisten Ärzte (n=21) gaben an, in den Ruhestand zu gehen. Der zweithäufigste Grund (n=10) war der Wunsch nach besseren Arbeitsbedingungen (Abbildung 13).



In den Experteninterviews äußerte keiner der hausärztlich Tätigen konkrete Praxisabgabepläne. Allerdings wiesen alle Interviewten daraufhin, dass sie bereits in oder nahe dem Alter seien, in dem eine Praxisabgabe üblicherweise Thema sei und dass es insgesamt schwer sei, mitarbeitende Ärzte oder Nachfolger zu akquirieren. Ein Befragter gab an, seine Praxis demnächst in ein gemeinsam geführtes Ärztehaus verlegen zu wollen. Laut der befragten Experten ist der häufigste Grund für eine Praxisabgabe bzw. -aufgabe der Eintritt in den Ruhestand. Des Weiteren wird angeführt, dass vermehrt selbstständige und angestellte Haus- und Gebietsärzte in die Schweiz abwandern, da dort die Entlohnung und die Arbeitsmodalitäten ansprechender seien.

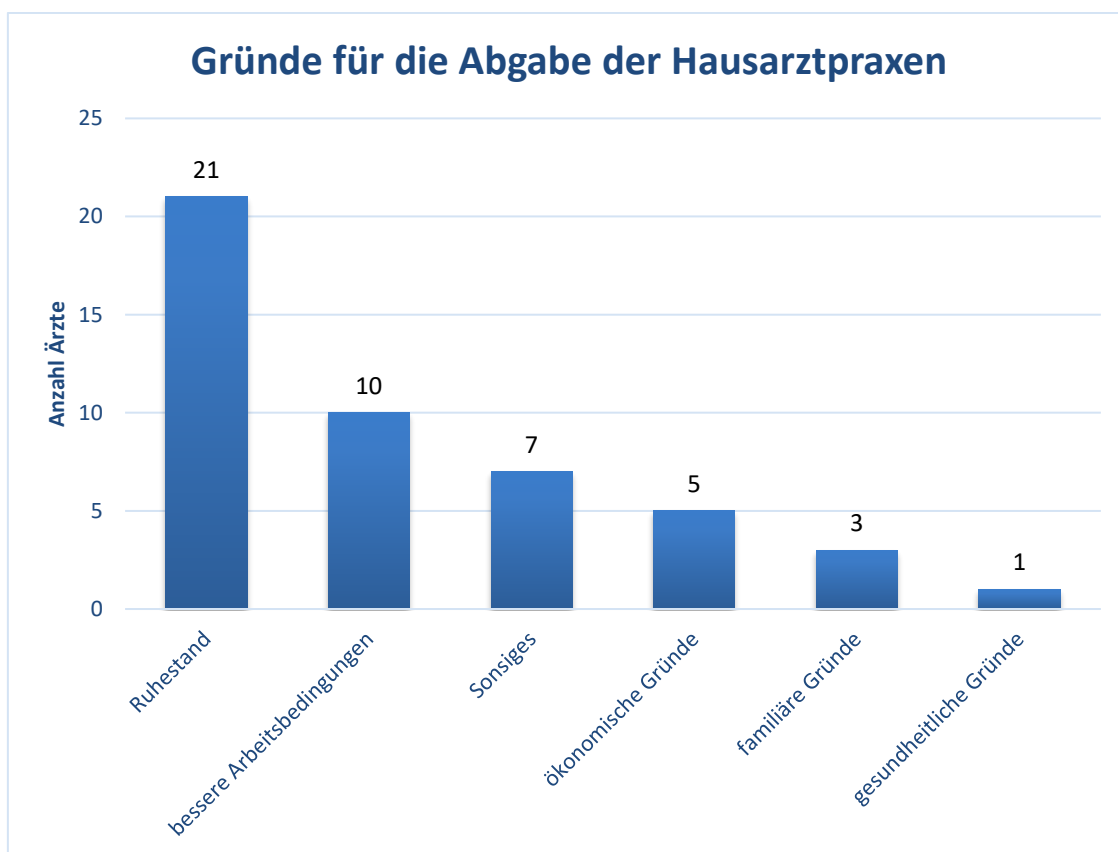


Abbildung 13: Gründe für die Abgabe der Hausarztpraxen (n= 47)

## Gebietsärzte

Von den befragten Gebietsärzten gaben 17 an, eine Praxisabgabe zu planen. Eine Angabe erfolgte ohne konkrete Zeitangabe. Die restlichen 16 gaben an, die Praxis innerhalb der nächsten fünf Jahre aufgeben zu wollen. Vier von ihnen wollten ihre Praxis innerhalb des folgenden Jahres abgeben (Abbildung 14).

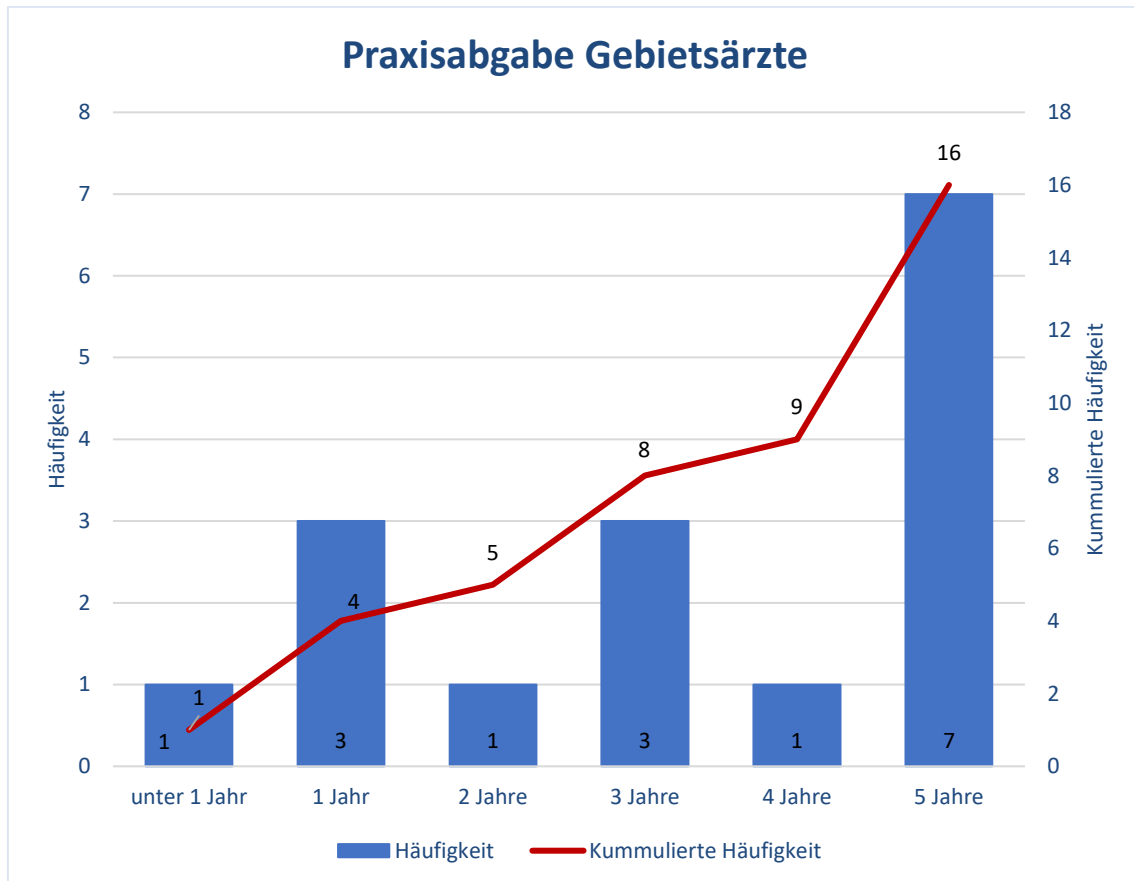


Abbildung 14: Praxisabgabe Gebietsärzte (n=16)

Insbesondere in der Psychosomatik/Psychotherapie (n=3) kündigte sich zum Zeitpunkt der Befragung ein starker Wandel an. Weitere betroffene Fachgebiete sind die Orthopädie und Unfallchirurgie (n=5), die Chirurgie (n=1) und die Kinder- und Jugendmedizin (n=3) (vgl. Abbildung 15).

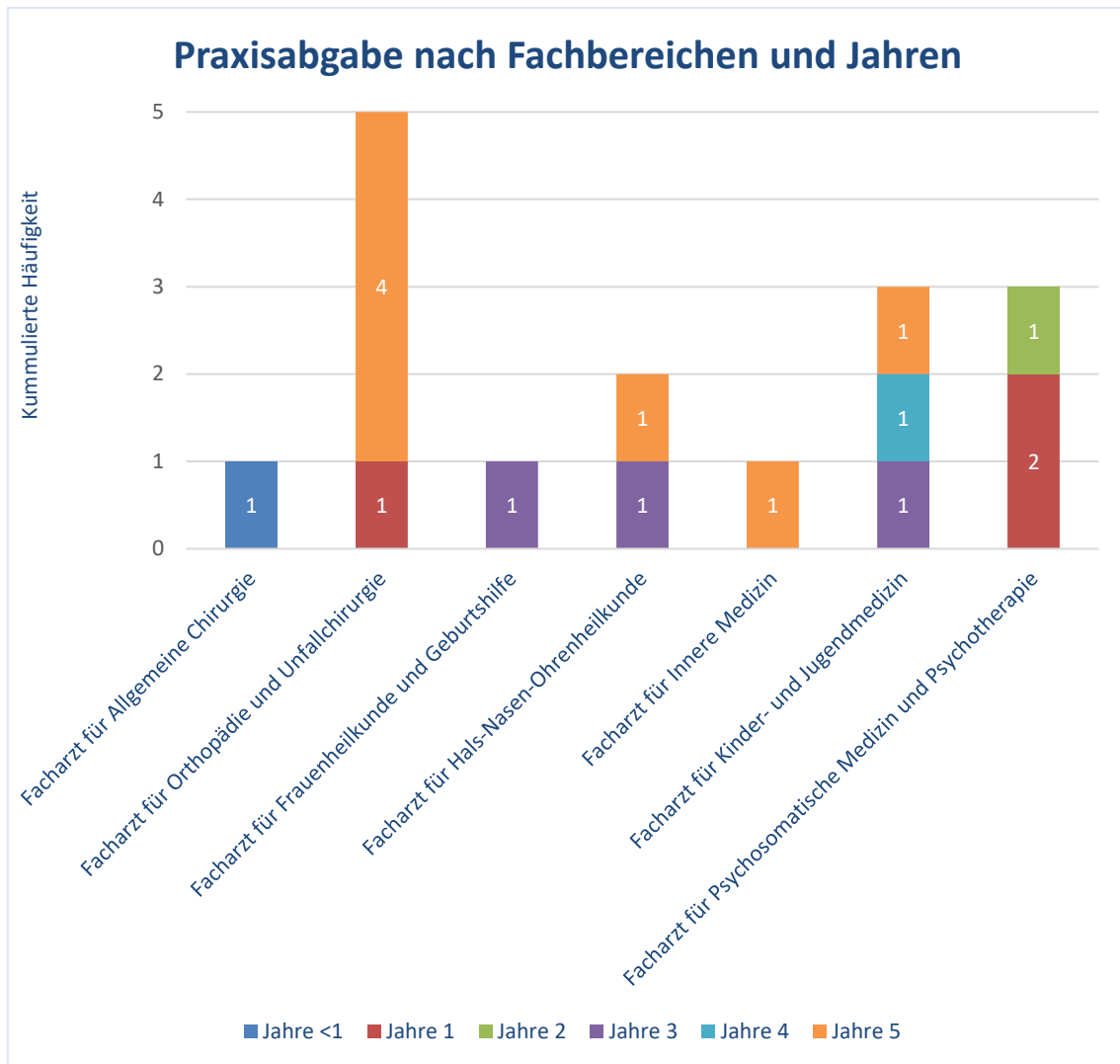


Abbildung 15: Praxisabgabe nach Fachbereichen und geplanter Zeit bis zur Abgabe (n=16)

Von den 16 Gebietsärzten, die ihre Praxis innerhalb der kommenden fünf Jahre aufzugeben planten, berichtete die Hälfte, noch keine Suche nach einem Nachfolger angestoßen zu haben. Lediglich ein Gebietsarzt (5%) gab an, bereits einen Nachfolger zu haben.

Für die Praxisabgabe im Allgemeinen wurden auch bei den Gebietsärzten die Gründe erfragt. Die meisten (n=12) gaben an, in den Ruhestand zu gehen, gefolgt von gesundheitlichen Gründen bei zehn Befragten (Abbildung 16).

In den Experteninterviews wurde, obwohl alle Befragten im rentennahen Alter (ab ca. 55 Jahre bis 65 Jahre und älter) waren, nur von einem Gebietsarzt berichtet,

dass er mittelfristig einen Nachfolger suche. Die Akquise erfolgte über fachspezifische Printprodukte (z. B. Ärzteblätter) und Portale, jedoch kam es trotz mehrjähriger Suche bislang zu keiner einzigen Bewerbung.

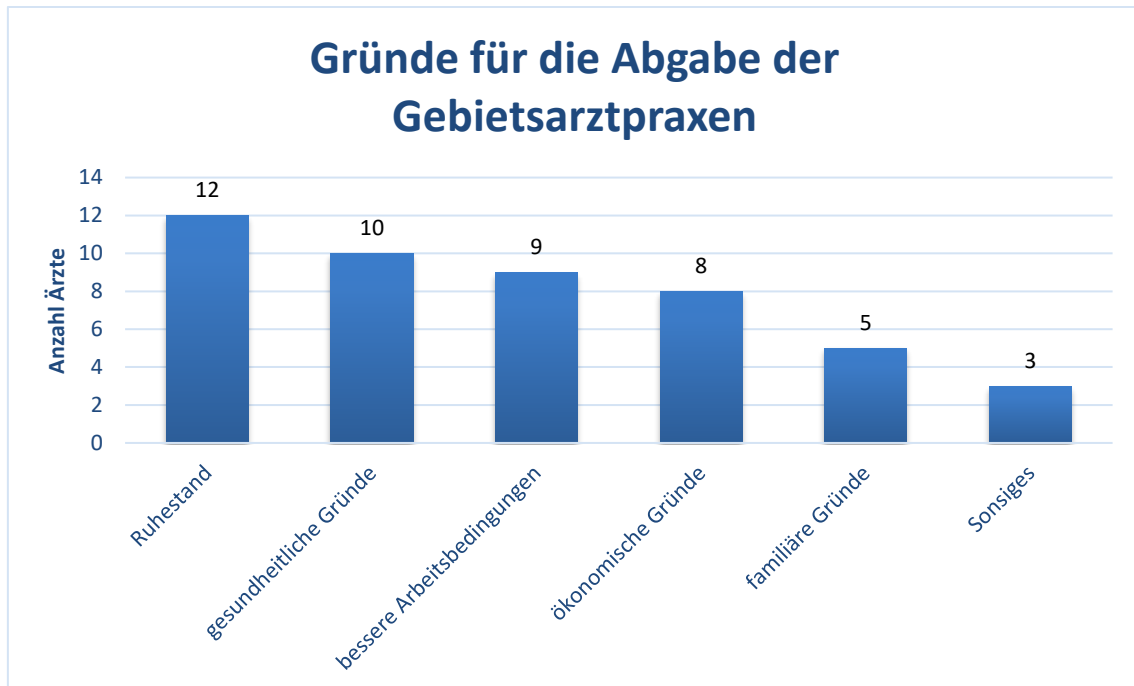


Abbildung 16: Gründe für die Abgabe der Gebietsarztpraxen (n=47)

## 5.3 Technische Ausstattung und Telemedizin

### 5.3.1 Kommunikation und Führung der Patientenakte

Bislang nutzen nur 20% (n=55) der antwortenden Hausärzte und 27% (n=41) der antwortenden Gebietsärzte Telekonsultationen, um mit ihren Patienten zu kommunizieren. Im Interview berichtet ein Gebietsarzt, die Terminvergabe ausschließlich elektronisch, d. h. per Mail oder Buchungssystem vorzunehmen, da die Terminvergabe per Telefon für Personal und Patienten ineffektiv sei.

Von 55 Hausärzten gaben 16 an, mit Kollegen über elektronische Medien (Mail, digitales Fax, Videotelefonie) zu kommunizieren, bspw. für Telekonsile. Bei den Gebietsärzten kommuniziert fast die Hälfte mit Kollegen über elektronische Medien (21 von 44 antwortenden Gebietsärzten). In den Interviews äußern mehrere

Haus- und Gebietsärzte, dass die Kommunikation mit Kollegen, insbesondere für Konsultationen und die Abstimmung kurzfristig notwendiger Überweisungen, vorwiegend per Mail funktioniert. Dieser Kontakt sei schneller, effektiver und präziser hinsichtlich des Informationsaustausches als der telefonische Kontakt, der unter Umständen zusätzlich über das Praxispersonal umgeleitet werden müsste.

Ein Hausarzt (n=55) und fünf Gebietsärzte (n=42) gaben an, Telemonitoring zu nutzen; die jeweiligen Einsatzgebiete sind nicht bekannt. Ein Hausarzt schildert im Interview, zwar Telemonitoring zu nutzen, erörtert aber auch, dass dies letztendlich die notwendigen Präsenzzeiten außerhalb der Praxis, z. B. in Form von Hausbesuchen, nicht verringern würde. Etwa ein Drittel der Hausärzte arbeiten mit einer rein elektronischen Patientenakte. Bei den Gebietsärzten führen nur rund ein Viertel ihre Patientenakte rein elektronisch:

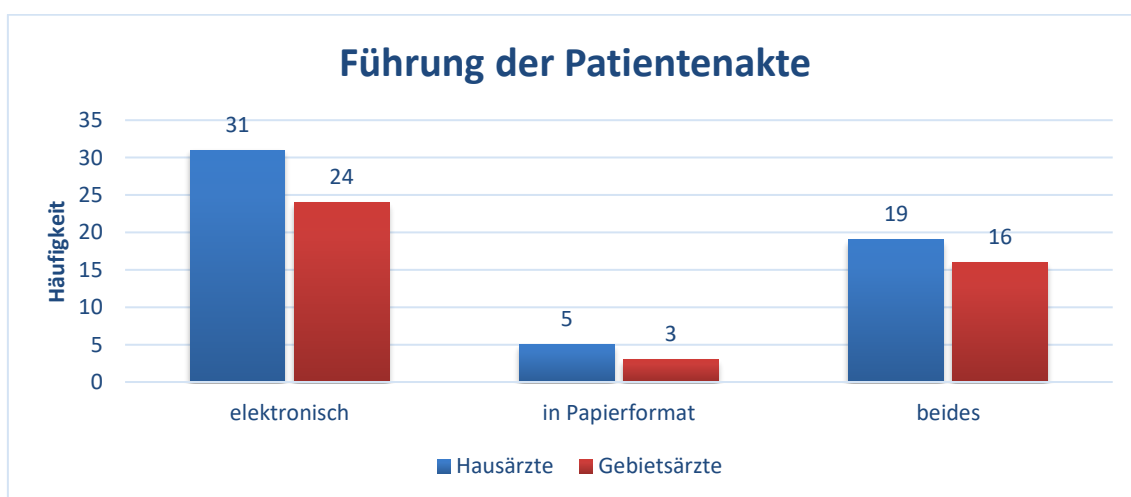


Abbildung 17: Führung der Patientenakte durch Hausärzte (n=55) und Gebietsärzte (n=42)

In den Interviews äußerte sich nur ein Hausarzt konkret zur Führung der Patientenakte. Dieser berichtet, dass er die Patientenakten bis vor wenigen Jahren vollständig in Papierform geführt habe, allerdings im Zuge eines Umzugs der Praxis in eine elektronische Form überführt habe. Dies sei zwar praktisch und handelbar, schaffe aber auch eine große Abhängigkeit von der Technik und dem IT-

System im Praxisalltag, sodass bspw. viele Vorgänge innerhalb der Praxis nicht möglich seien, wenn z. B. Serverprobleme aufträten.

65% der befragten Hausärzte (n=54) und 76% der befragten Gebietsärzte (n=41) gaben an, in ihrer Praxis über Breitbandinternet zu verfügen.

### 5.3.2 Telemedizin

Die Akzeptanz der Telemedizin insgesamt durch Patienten wird von Hausärzten relativ schlecht eingeschätzt, von Gebietsärzten hingegen besser (Abbildung 18): So sind 23 der 51 antwortenden Hausärzte der Meinung, dass Patienten die Telemedizin eher sehr wenig akzeptieren. Immerhin 16 von 41 antwortenden Gebietsärzten schätzen die Akzeptanz durch Patienten eher hoch ein.

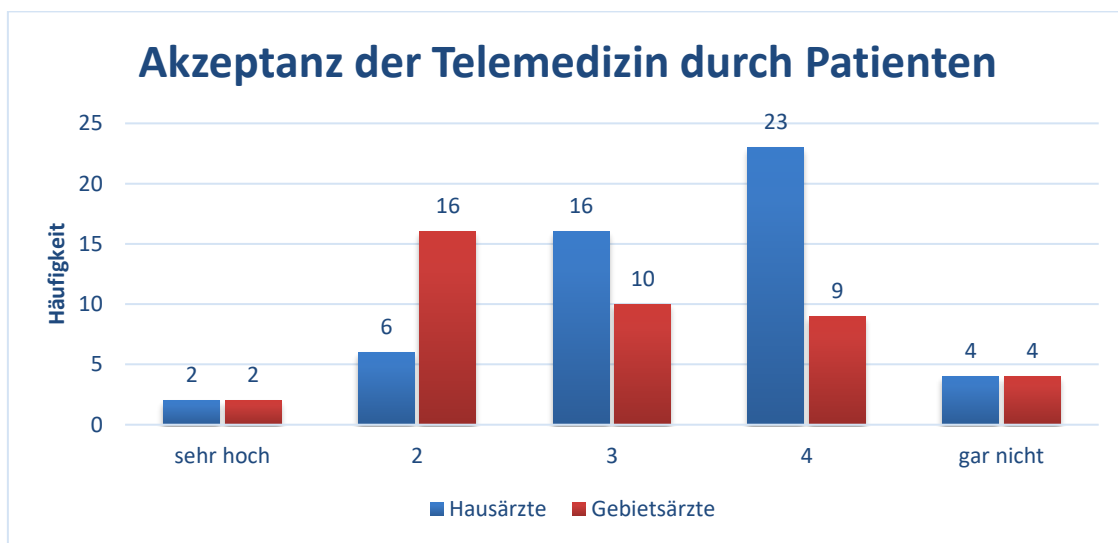


Abbildung 18: Akzeptanz der Telemedizin durch Patienten. Einschätzungen durch Hausärzte (n=51) und Gebietsärzte (n=41)

Die Akzeptanz der Telemedizin durch das medizinische Personal scheint dagegen von Haus- und Gebietsärzten insgesamt ein wenig besser beurteilt zu werden, wobei auch hier die Einschätzung der Gebietsärzte tendenziell besser ist (Abbildung 19):

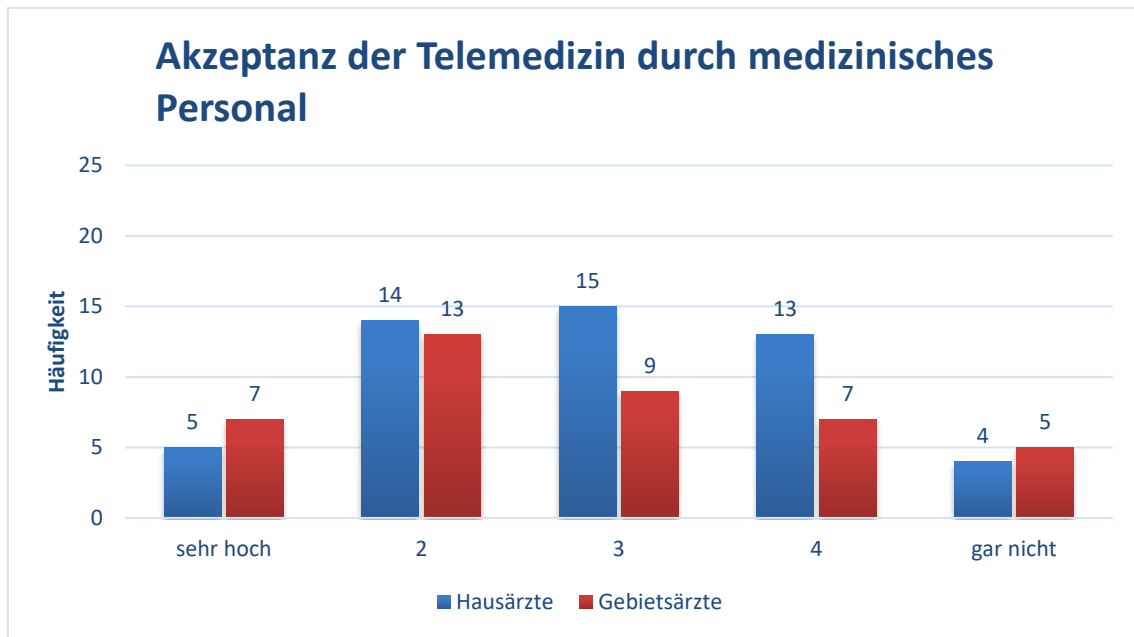


Abbildung 19: Akzeptanz der Telemedizin durch medizinisches Personal. Einschätzungen durch Hausärzte (n=51) und Gebietsärzte (n=41)

In den Experteninterviews wird deutlich, dass die Einstellung der befragten Haus- und Gebietsärzte bezüglich Telemedizin stark variiert, sodass einige Ärzte den Möglichkeiten gegenüber sehr aufgeschlossen sind, andere sich hingegen skeptisch äußern (z. B. aufgrund hoher IT-Kosten). Nur wenige Ärzte kommunizieren über elektronische Medien mit ihren Patienten. Digitale Anwendungen werden hauptsächlich für die Terminvergabe oder für den kurzfristigen fachlichen Austausch mit anderen Ärzten (bspw. zur Klärung von Befunden zur kurzfristigen Überweisung) genutzt. Auch gaben in der schriftlichen Befragung nur 65% der befragten Hausärzte an, über Breitbandinternet zu verfügen. Darüber hinaus war es in den Interviews mehrmals notwendig, den Begriff Telemedizin genauer zu definieren, bevor die Interviewten sich adäquat zu dem Thema äußern konnten. Demnach sind der Begriff der Telemedizin und damit auch die Möglichkeiten der Telemedizin nicht allen Ärzten geläufig.

### 5.3.3 Geräteausstattung

Folgende Geräte-Ausstattung halten die befragten Hausärzte (n=58) in ihren Praxen im Landkreis vor:

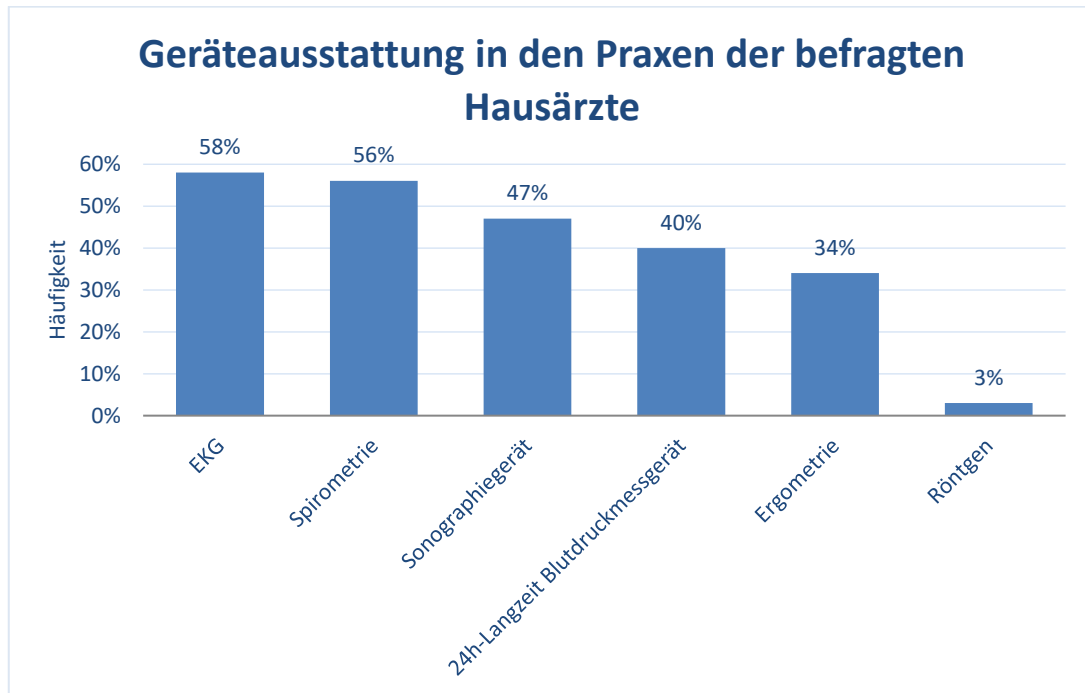


Abbildung 20: Geräteausstattung in den Praxen der befragten Hausärzte in Prozent (n=58). Mehrfachantworten möglich.

Von den befragten Hausärzten berichteten acht (n=58), dass sie ausgewählte medizinische Geräte gemeinsam mit anderen Praxen und Kollegen nutzen.

## 5.4 Praxisorganisation

### 5.4.1 Selektivverträge

Lediglich 39% der befragten Hausärzte (n=57) antworteten, sie würden an der hausarztzentrierten Versorgung partizipieren; 4% planen eine Teilnahme und 58% von 57 Hausärzten nehmen nicht teil. Der entscheidende Faktor, an der hausarztzentrierten Versorgung nicht teilzunehmen, war für 56% der Ärzte der hohe bürokratische Aufwand. Diese Begründung gegen die Teilnahme an der



Hausarztzentrierten Versorgung wird ebenso in den Experteninterviews bestätigt. Keiner der interviewten Hausärzte gab an, an der hausarztzentrierten Versorgung teilzunehmen.

#### 5.4.2 Hausbesuche

Der zeitliche Aufwand für Haus- und Pflegeheimbesuche variiert stark je nach Arzt und Praxis. Bei der jeweils eigenen Einschätzung mit freier Antwortmöglichkeit bzgl. der aufgewandten Arbeitszeit gaben fünf von 58 Hausärzten (9%) an, 30% oder mehr ihrer Arbeitszeit für Hausbesuche zu verwenden, zehn verwenden 5% oder weniger ihrer Arbeitszeit dafür. Im Mittel werden 15% der Arbeitszeit für Hausbesuche aufgewandt. Von 45 antwortenden Hausärzten delegieren 17 (38%) Hausbesuche an MFAs (s.u.).

#### 5.4.3 Administration

Für die Dokumentation und Verwaltung wird im Mittel ein Viertel der Arbeitszeit der Ärzte aufgewandt, wobei 12 der 58 (21%) antwortenden Hausärzte und 13 der 43 (30%) antwortenden Gebietsärzte angaben, mehr als ein Drittel ihrer Zeit mit Administration zu verbringen.

Knapp drei Viertel der Hausärzte (n=58) und Gebietsärzte (n=43) verbringen zwischen 5% und 10% ihrer Zeit für Kontakte mit Kollegen oder anderen medizinischen Diensten bzw. Gesundheitsfachberufen. Besonders zeitintensiv ist der Kontakt mit medizinischen Diensten etc. laut der interviewten Ärzte, wenn eine stationäre Unterbringung in einem Akutfall organisiert werden muss oder wenn kurzfristig die häusliche Versorgung (Pflegedienste, Haushaltshilfen etc.) für Patienten sichergestellt werden muss.

#### 5.4.4 Zeitaufwand für die Versorgung einzelner Patientengruppen

Der Einschätzung von 82% (n=71) der befragten Hausärzte nach ist der Zeitaufwand für ältere, und dadurch in der Regel multimorbide Patienten am höchsten.

Gefolgt wird diese Patientengruppe mit 32% von Patienten mit psychischen Problemen, während an dritter Stelle Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen (20%) stehen. Sprachprobleme wurden nur in wenigen Fällen (7%) als Hürden für die Versorgung genannt.

Bei den Gebietsärzten gehören zu den zeitintensivsten Patienten mit 39% (n=49) Patienten mit komplexen Erkrankungen oder raschen Verläufen. Hierzu gehören zum Beispiel Unfälle oder Akutfälle und Kinder mit Mehrfachbehinderungen. Ebenfalls zeitintensiv ist die Betreuung von Patienten mit schweren Erkrankungen (29%), Patienten mit sozialer Problematik (27%) und alten Patienten (25%). Auch hier wurden Patienten mit Sprachproblemen nur selten genannt (10%).

#### 5.4.5 Delegation

82% der befragten Hausärzte gaben an, dass sie ärztliche Tätigkeiten an MFAs oder Pflegefachkräfte delegieren, wovon 24 der 56 antwortenden Hausärzte hierzu MFAs mit Zusatzqualifikation beschäftigen (VERAH oder NäPA). Die 46 delegierenden Hausärzte nutzen Delegation vorwiegend bei der Behandlung von DMP-Patienten (90%), für die Bereiche Impfen (80%), Wundmanagement (73%) und Diabeteschulungen (47%) und lassen Hausbesuche durchführen (38%). Die Delegation wird von den Patienten überwiegend sehr positiv aufgenommen (vgl. Hermann 2017, S. 13).

Bei den Gebietsärzten gaben immerhin 64% (n=29) der antwortenden Ärzte an, regelmäßig Aufgaben zu delegieren.

Die Nutzung von Delegation war unter den interviewten Haus- und Gebietsärzten sehr unterschiedlich. Zwei Praxen gaben an, der Praxisbetrieb sei stark auf die Delegationsmöglichkeiten in Form von VERAH oder NäPA angewiesen und der Tagesbetrieb innerhalb der Praxis sei, ohne die Delegation in der jetzigen Form nicht aufrecht zu halten. Zwei Praxen gaben an, bestimmte Aufgaben zu delegieren; insgesamt sei die Delegation aber noch ausbaufähig. Ein Gebietsarzt aus dem Bereich der Kinder- und Jugendmedizin gab an, aufgrund der speziellen

Anforderungen im Umgang mit den Patienten keine Delegation zu nutzen, auch wenn dazu grundsätzlich eine aufgeschlossene Haltung bestehe.

Als Motivation für die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten nannten 41% der befragten Haus- und Gebietsärzte den persönlichen Zeitgewinn und als zweithäufigsten Grund die Mitarbeitermotivation (35%). Ein ökonomischer Vorteil wird nur von 16% aller befragten Ärzte genannt (Abbildung 21).

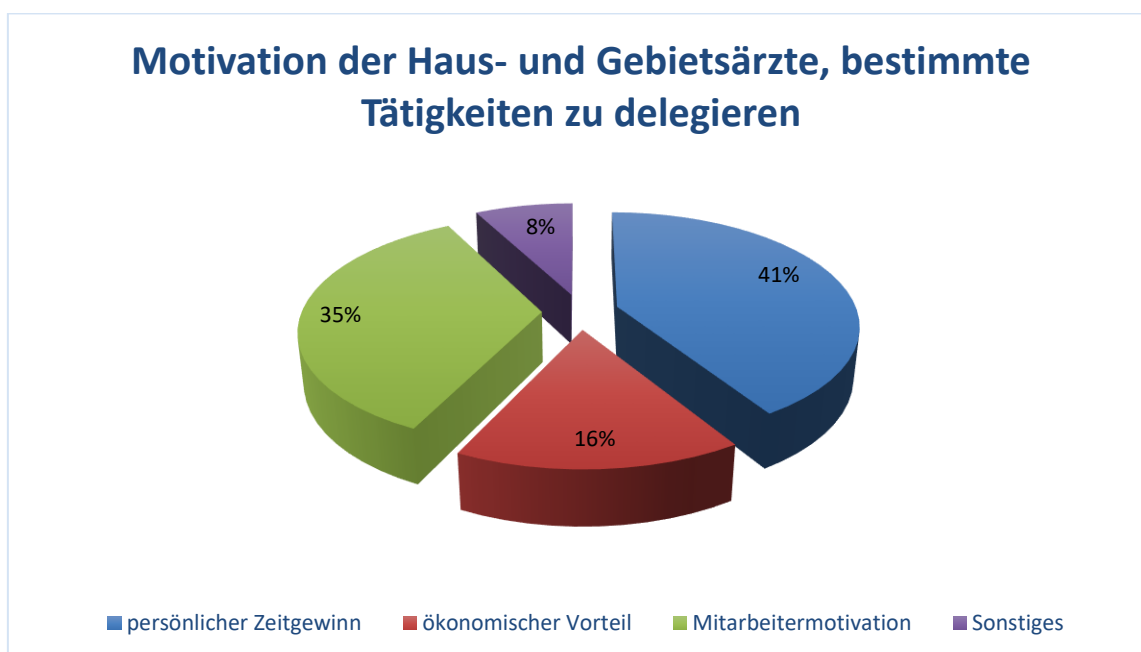


Abbildung 21: Motivation der Haus- und Gebietsärzte, bestimmte Tätigkeiten zu delegieren (n=82)

Grundsätzlich sehen auch die interviewten Experten den Zeitgewinn und die Entlastung der praxisinternen Abläufe als deutliche Vorteile der Delegation. Allerdings werden in den Interviews auch einige Kritikpunkte und Bedenken geäußert. Beispielsweise sei die Etablierung der Delegation durch die Kosten für die Ausbildung und die Kosten für das notwendige Fahrzeug kostenintensiv. Oftmals sei zudem die Rechtslage unklar; Befugnisse, Pflichten und Haftungen seien nicht ausreichend geklärt. Ein Hausarzt schildert, dass es schwierig sei, im Praxisalltag eine Teamarbeit aufzubauen, die die Arbeit der VERAH/NäPA einschließt. Oftmals bliebe nicht genügend Zeit für den organisatorischen und informativen Austausch und die entsprechenden Rückmeldungen. Zwei Ärzte geben an, dass der

administrative Aufwand bei Einsatz der VERAH/NäPA gleich bleibt. Zwei Interviewte äußerten außerdem Bedenken, weil sie die Beobachtung machten, dass zum Teil unqualifizierte oder nicht ausreichend ausgebildete Kräfte im Zuge der Delegation Aufgaben übernehmen würden, die ihre Befugnisse und Kompetenzen übersteigen würden. Es sei dementsprechend wichtig, die Fachkräfte ausreichend zu schulen und entsprechend ihrer tatsächlichen Fähigkeiten einzusetzen.

#### 5.4.6 Beteiligung an medizinischer Aus-, Fort- und Weiterbildung, Forschung

Unter den 59 befragten Hausärzten stammen 25% und von den 44 Gebietsärzten 11% aus dem Landkreis Waldshut und waren bereits vor ihrem Studium dort wohnhaft. Die persönliche Verbundenheit mit der Region und die Familienfreundlichkeit der Region waren für einen überwiegenden Teil der Hausärzte ein ausschlaggebender Punkt für die Standortwahl der Praxis; für die Gebietsärzte waren günstige Praxisübernahmebedingungen und gute Arbeitsbedingungen häufigere Gründe für die Wahl des Standortes.

Jeweils 60% der antwortenden Hausärzte (n=55) und Gebietsärzte (n=44) verfügen über eine Weiterbildungsbefugnis, aber nur 27% der Hausärzte (n=56) und 30% der Gebietsärzte (n=44) haben aktuell oder in den letzten 3 Jahren einen Arzt in Weiterbildung in der Praxis beschäftigt, wobei 35% der Hausärzte (n=54) und 32% der Gebietsärzte (n=44) angaben, dass sie aktiv nach einem Arzt in Weiterbildung suchen.

Nur 18% der befragten Hausärzte (n=56) und 7% der Gebietsärzte (n=44) gaben an, dass ihre Praxis eine akademische Lehrpraxis ist. 30% der befragten Hausärzte (n=53) und 41% der befragten Gebietsärzte (n=44) gaben an, dass sie prinzipiell für Forschung in ihrer Praxis offen seien.

## 5.5 Einschätzung der Versorgungslage und Wunsch nach Kooperation

### 5.5.1 Versorgungslage

Die befragten Ärzte wurden gezielt dazu aufgefordert, die Versorgungslage im Landkreis, wie sie sich ihrer Erfahrung nach darstellt, zu bewerten. Zu diesem Zweck war im Fragebogen eine Bewertungsskala für die Versorgungslage verschiedener Fachbereiche sowie eine offene Antwortmöglichkeit vorgesehen. Es wird deutlich, dass die Versorgung mit ärztlichem Personal, also niedergelassenen Hausärzten und Gebietsärzten, mit einer Durchschnittsnote von 3 eher schlecht bewertet wird. Auch bei den nichtärztlichen Angeboten werden mehrere Bereiche mit der Note 3 und schlechter genannt. Dazu gehören Psychotherapeuten, Rehabilitative Einrichtungen, Hospizdienste, Sozialarbeiter und Präventionsangebote. Die Versorgungslage wird am besten bewertet für Zahnärzte, Apotheken und Heilpraktiker. Insgesamt wird die Gesundheitsversorgung der jeweiligen Gemeinden durch Hausärzte mit der Note 2,74 bewertet (Abbildung 22). Deutlich schlechter wird sie durch Gebietsärzte mit der Note 3,26 bewertet (Abbildung 23).

## Wie bewerten Sie die aktuelle Versorgungslage Ihrer Region in Hinblick auf...

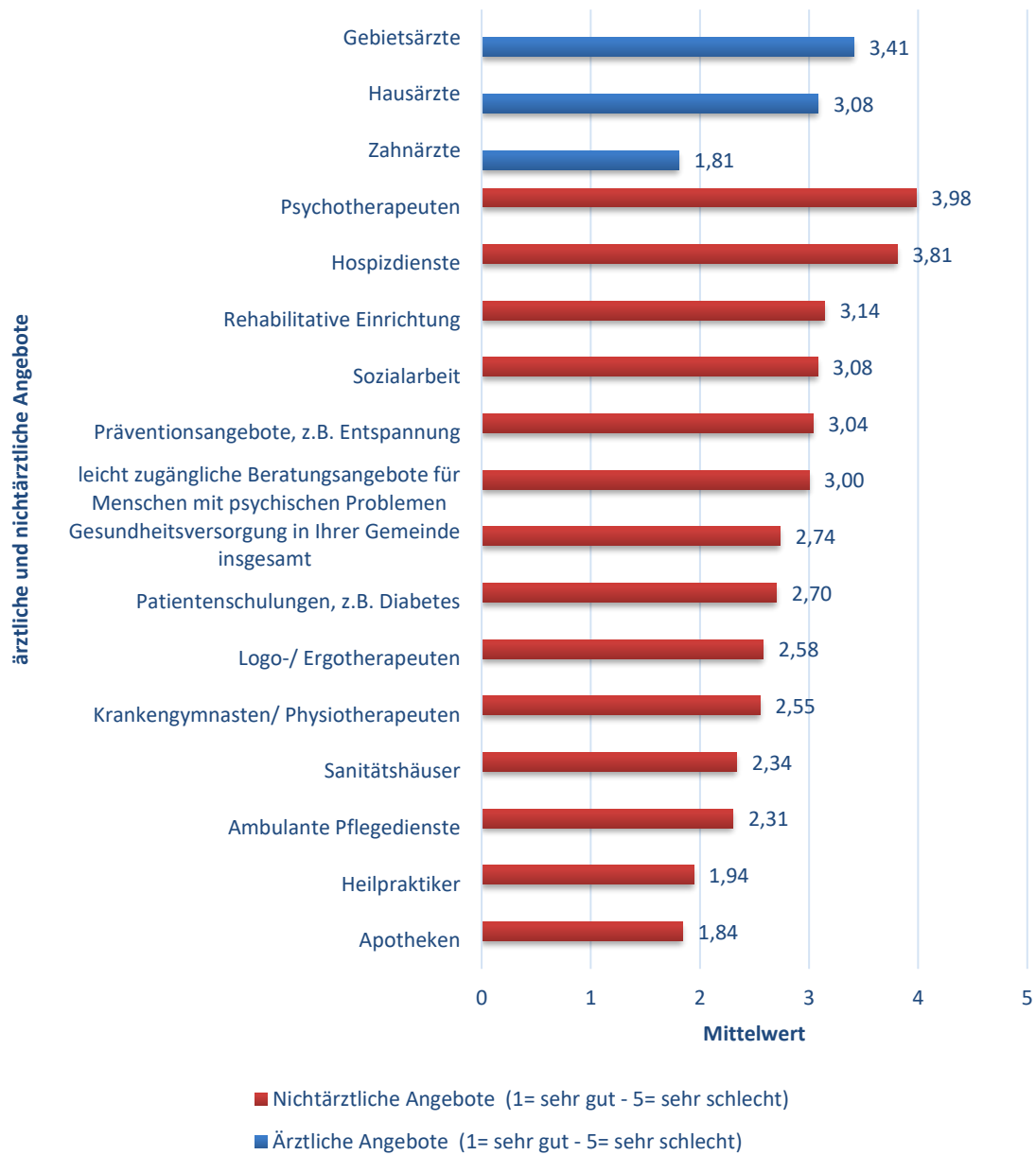


Abbildung 22: Bewertung aktuelle Versorgungslage durch Hausärzte (n=66) (Darstellung in Anlehnung an Hermann et al. 2017, S. 17)

## Wie bewerten Sie die aktuelle Versorgungslage Ihrer Region in Hinblick auf...

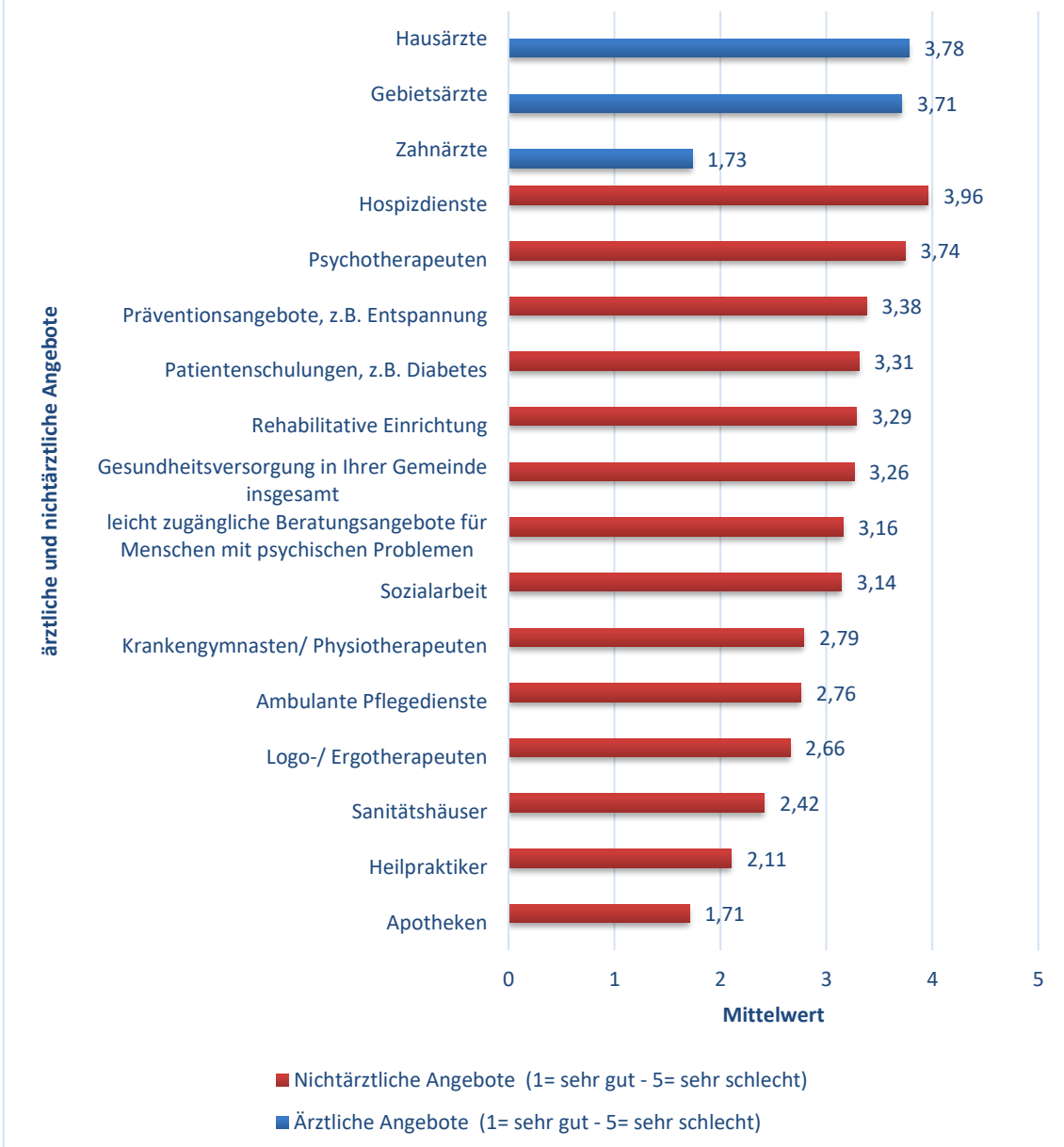


Abbildung 23: Bewertung aktuelle Versorgungslage durch Gebietsärzte (n=47)

In den Experteninterviews wird die hausärztliche Versorgungslage sowohl von den Hausärzten als auch von den Gebietsärzten durchweg als generell schlecht

beschrieben. Genutzt werden Begriffe wie „*sehr schlechte Versorgung*“, „*die Versorgung ist kritisch/gefährdet*“, „*die Versorgung reicht nur knapp*“. Es sei zu beobachten, dass der Bedarf an Ärzten steigt, während das Angebot aufgrund von Praxisschließungen und fehlenden Nachfolgern sinkt und die Einzugsgebiete sich vergrößern. Gleichzeitig spreche sich unter den (möglichen) Patienten herum, bei den Hausärzten seien keine Termine mehr zu bekommen. Besonders bedenklich sei die hausärztliche Versorgungslage im Norden und Nordosten des Landkreises sowie im sogenannten „Jestetter Zipfel“, d. h. der Region um Jestetten herum. Insbesondere sehr ländliche Regionen seien wegen des schlechten ÖPNVs stark unterversorgt. Besser sei sowohl die hausärztliche als auch die gebietsärztliche Versorgung hingegen im südlichen Raum des Landkreises, d. h. in der Rheinebene, wo insgesamt mehr Menschen ansässig sind und die Gegend besser erschlossen sei (mehr Städte, Krankenhäuser, Arztzentren, bessere Infrastruktur). Bei den Gebietsärzten besteht laut den interviewten Haus- und Gebietsärzten vor allem ein großer Mangel im Bereich der Dermatologie sowie an Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten. Lange Wartezeiten würden bei Kardiologen, in der Orthopädie und bei Augenärzten bestehen. Ebenfalls müssten im Bereich der Radiologie und Physiotherapie Wartezeiten von mehreren Wochen eingeplant werden. Vergleichsweise gute Versorgung, d. h. eine sichere und relativ kurzfristige Versorgung, bestünde u. a. bei HNO-Ärzten und in der Kinder- und Jugendmedizin. Vor allem die Hausärzte schildern, dass auch die Versorgung hinsichtlich der kurzfristigen oder dauerhaften Betreuung in Pflegeeinrichtungen sehr kritisch sei. In Akutfällen seien oftmals nur schwer stationäre Plätze für Patienten zu bekommen. Generell sinke zudem die Qualität der Pflege, da zunehmend nicht ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal eingestellt werden würde.

Der Einschätzung der Krankenkassen, dass der Landkreis insgesamt sehr gut versorgt sei und einige Regionen des Landkreises sogar überversorgt seien, widersprechen die Ärzte geschlossen. Außerdem geben die befragten Ärzte zu bedenken, dass insgesamt ein sehr hoher Altersdurchschnitt bei den niedergelassenen Haus- und Gebietsärzten herrsche, sodass die Versorgungslage in den



kommenden Jahren voraussichtlich deutlich schlechter würde. So seien die niedergelassenen Ärzte in der Regel mindestens 55 Jahre alt; mehr als die Hälfte der Ärzte sei über 60 Jahre alt.<sup>5</sup>

### 5.5.2 Kooperation

Die meisten Ärzte praktizieren in Einzelpraxen. Dabei wünschen sich viele Ärzte eine stärkere Kooperation: 36% der antwortenden Hausärzte (n=53) halten einen Ausbau der Kooperation mit Gebietsärzten für erstrebenswert. Andersherum wünschen sich sogar 49% der antwortenden Fachärzte (n=39) eine bessere Kooperation mit Hausärzten. Alle Ärzte streben eine optimierte Kooperation mit Kliniken an (Hausärzte: 53%; Fachärzte 41%) (Abbildung 24 und Abbildung 25).



Abbildung 24: Kooperationswünsche der Hausärzte (n=53)

<sup>5</sup> Bei den Angaben handelt es sich um Zahlen und Werte, die die interviewten Ärzte im Gespräch äußerten. Sie sind daher als Ausdruck des Informationsstands und der subjektiven Wahrnehmung der Versorgungssituation zu verstehen. Offizielle Zahlen finden sich bspw. in Kapitel 1 und Kapitel 4.1.

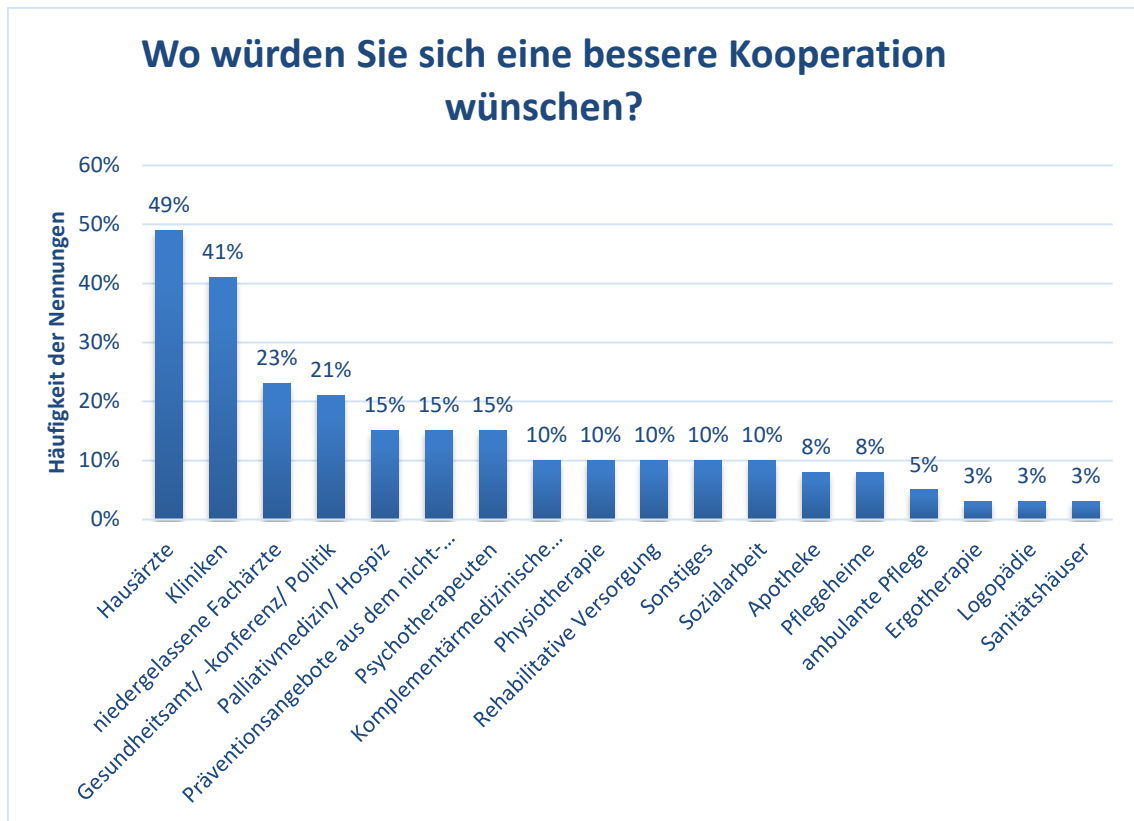


Abbildung 25: Kooperationswünsche der Gebietsärzte (n=39)

In den Interviews wird sowohl von Hausärzten als auch von Gebietsärzten berichtet, dass die Vernetzung unter den Ärzten allgemein eher sporadisch sei. Es habe mehrere Versuche gegeben, ein festes Netzwerk sowohl für politische Aktivitäten als auch für fachlichen Austausch zu etablieren. Diese waren aber nie von Dauer. So würden sich zwar die meisten Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen kennen, aber nicht eng zusammenarbeiten. Anders sieht das innerhalb einer Fachrichtung aus. Hier findet scheinbar ein Austausch zwischen den Kollegen statt und es gibt ein Bestreben, alle Patienten möglichst kurzfristig zu versorgen und sich zu diesem Zweck kurzzuschließen. Mehr Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen wünschen sich die Hausärzte vor allem im palliativen Bereich, da sie dort bislang sehr auf sich gestellt seien. Ein Arzt aus der Kinder- und Jugendmedizin regt an, dass eine engere Kooperation bzw. eine bessere Abstimmung zwischen den Hausärzten, den Kinderärzten und den Ärzten anderer Fachrichtungen sinnvoll wäre. Viele Kinder würden bei Erkrankungen an die jeweiligen

Fachärzte im Bereich der Erwachsenenmedizin überwiesen werden, wo lange Wartezeiten vorherrschen, statt einen in dem jeweiligen Fachbereich ausgebildeten Kinderarzt zu konsultieren, der zum einen die Spezifika der Behandlung von Kindern kennt, zum anderen kürzere Wartezeiten hat.

Von den Hausärzten und den Gebietsärzten wird die Zusammenarbeit mit den Kliniken insgesamt als eher schlecht beschrieben, bzw. als stark von der jeweiligen Klinik und dem jeweiligen zuständigen Arzt abhängig. Die Zusammenarbeit würde vor allem auch durch junge, wenig erfahrene Kollegen und durch wechselnde Belegschaft erschwert. Die niedergelassenen Ärzte äußern gesammelt, dass sie mehr fachlichen Austausch und eine engere Abstimmung bzgl. der Versorgung einzelner Patienten und Patientengruppen wünschen.

Die Kooperation von Haus- und Gebietsärzten mit Physiotherapeuten und Pflegediensten sei sehr gemischt. Einige würden eine große Bereitschaft zur Vernetzung zeigen, während andere wenig Interesse daran zu haben scheinen. Zusammenfassend wird beschrieben, dass von Pflegediensten und Physiotherapeuten allgemein wenig Initiative zur Kooperation und Vernetzung vorhanden sei, die Rückmeldung auf Anfragen und Angebote durch die Ärzteschaft jedoch sehr positiv sei und diese Möglichkeiten auch gerne angenommen würden.

## 5.6 Bedenken und Chancen

Nach den größten Bedenken und Chancen in der zukünftigen medizinischen Versorgung gefragt, antworteten 52 Hausärzte und 38 Gebietsärzte in den Freitextfeldern des Fragebogens. Diese wurden in sieben verschiedene Themenbereiche gruppiert. Interessant ist, dass Hausärzte und Gebietsärzte sehr einheitlich geantwortet haben (Abbildung 26).

Die am häufigsten geäußerten Bedenken betrafen jeweils den Ärztemangel, gefolgt von Bemerkungen hinsichtlich der Krankenhausplanungen und der Gesundheitspolitik. Auch in den Interviews waren die knappe Versorgungslage und fehlende Nachfolger die Themenbereiche, die am häufigsten genannt wurden.

Chancen und Hoffnungen wurden hinsichtlich neuer Versorgungsmodelle, wie MVZ und Gesundheitszentren geäußert und in Bezug darauf, dass die Rahmenbedingungen im Medizinstudium entsprechend dem drohenden Hausärztemangel angepasst werden müssten.

In den Interviews äußerten sich die Befragten dahingehend, dass sie sich von Seiten der politischen Akteure und z. T. auch der Krankenkassen mehr Initiative und Umsicht hinsichtlich der Sicherung der medizinischen Versorgung wünschen, bspw. durch die Bereitstellung geeigneter Praxisräume, dem Ausbau der Infrastruktur und Unterstützung bei bzw. Erleichterung der administrativen und bürokratischen Vorgänge. Außerdem ist ihnen daran gelegen, dass die Hochschulen daran arbeiten, die Tätigkeiten im hausärztlichen Bereich wieder attraktiver zu gestalten. Zum einen müsse dafür ein Imagewechsel geschehen, zum anderen müssten angehende Ärzte gezielt darin gefördert werden, Praktika, Fakulturen etc. in ländlichen Bereichen zu absolvieren, bspw. durch die Bereitstellung von Wohnraum.

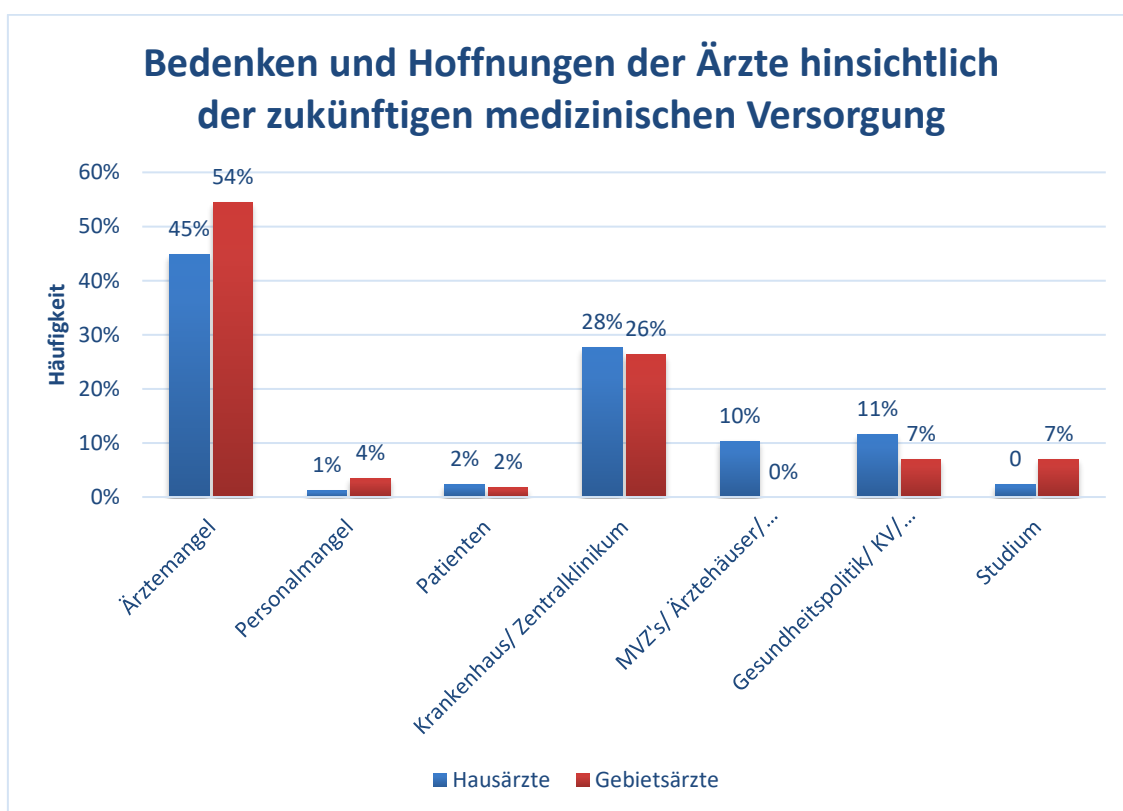


Abbildung 26: Bedenken und Hoffnungen der Ärzte hinsichtlich der zukünftigen medizinischen Versorgung (Hausärzte n=52/ Gebietsärzte n=38)

## 6 Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, die aktuelle medizinische Versorgungslage des Landkreises Waldshut im haus- und gebietsärztlichen Bereich zu analysieren. Die Besonderheit der Studie ist, dass sie sich nicht lediglich auf strukturelle Daten beschränkt, sondern in Form von Fragebögen und Interviews zusätzlich die subjektive Einschätzung der Versorgungslage durch die Haus- und Gebietsärzte zur Analyse heranzieht und differenziert. Es wurde analysiert, wie sich die Versorgungssituation aus subjektiver ärztlicher Sicht aktuell darstellt und worin der aktuelle Stand der Versorgungslage nach Einschätzung der niedergelassenen Ärzte begründet ist. Außerdem sollten Probleme und Chancen identifiziert werden, die nach Ansicht der örtlichen Haus- und Gebietsärzte Einfluss auf die zukünftige Entwicklung der Versorgungslage haben. Auf diese Weise können Handlungsmöglichkeiten zur Bearbeitung künftiger Versorgungsprobleme entwickelt werden, die auf den Erfahrungen und Bestrebungen der niedergelassenen Ärzte basieren und entsprechend praxisnah sind.

### 6.1 Diskussion der Ergebnisse

Durch die quantitative Analyse wurden die vermuteten Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen bestätigt und ergänzende Aspekte der ambulanten medizinischen Versorgung aus Sicht der Ärzte erfasst: Dabei konnten gemeindebezogene, aber auch gemeindeunabhängige Versorgungslücken identifiziert werden. Es zeigt sich, dass ein Mangel an Nachfolgern für aus Altersgründen zu schließende Praxen einer der Hauptfaktoren für die bestehende Versorgungslücke sowohl bei den Hausärzten als auch bei den Gebietsärzten ist. Die Folgen sind laut der befragten Ärzte erhebliche Wartezeiten der Patienten, eine erhöhte Arbeitsbelastung der niedergelassenen Ärzte und eine Erweiterung des Einzugsgebiets der jeweiligen Praxen. Besonders kritisch wurde die Versorgung multimorbider und damit zeitintensiver Patienten sowie die häusliche Versorgung von Patienten in abgelegenen Orten bewertet. In den Interviews berichten die befragten Ärzte mehrfach, dass sie Delegationen gezielt nutzen, um den bestehenden und sich zusätzlich verschärfenden Versorgungsengpässen entgegenzuwirken. Diese

Aussagen legen nahe, dass die Ärzte, die in der schriftlichen Befragung berichteten, Aufgaben zu delegieren (82% der Hausärzte, 64% der Gebietsärzte), dies ebenfalls vor dem Hintergrund der Entlastung der jeweiligen Ärzte sowie des Geschehens in der Praxis tun. Telemedizin wird noch vergleichsweise wenig genutzt. Hauptsächlich kommt sie in der Versorgung von Akutfällen zum Einsatz, weniger zur Entlastung des täglichen Praxisgeschehens. Ausweitung von Kooperationen mit anderen niedergelassenen Haus- und Gebietsärzten ist von vielen Ärzten gewünscht, bislang aber nur begrenzt realisiert worden.

Die folgende Diskussion geht auf die Probleme detaillierter ein und umfasst neben den Versorgungsproblemen auch Lösungsansätze, die in der zukünftigen ambulanten Versorgung eine wichtige Rolle spielen könnten.

### 6.1.1 Merkmale der teilnehmenden Ärzte

Im Landkreis Waldshut ist eine Ungleichverteilung der Praxen und niedergelassenen ärztlich tätigen Personen zwischen den verschiedenen Gemeinden und Regionen des Landkreises feststellbar. Ein großer Teil der haus- und insbesondere auch der gebietsärztlich tätigen Praxen ist im südlichen Teil des Landkreises angesiedelt und fokussiert sich auf die beiden Orte Waldshut-Tiengen und Bad Säckingen, in denen auch die Krankenhäuser angesiedelt sind. Diese Verteilung erscheint auf den ersten Blick sinnvoll, da der südliche Teil des Landkreises mit den Städten dichter besiedelt ist als der nördliche Teil. Allerdings findet eine Fokussierung der medizinischen Versorgung auf die größeren Orte und Städte statt (insb. bei den Gebietsärzten), während die ländlicheren und bevölkerungsärmeren Gegenden zunehmend schlechter versorgt sind. Dies kann zu einer angespannten Versorgungslage in den ländlichen Gebieten, langfristig ggf. auch in den städtischen Gebieten führen. Patienten müssen weitere Wege und längere Fahrtzeiten auf sich nehmen, um Zugang zur medizinischen Versorgung zu haben, was insbesondere für ältere und immobile Patienten eine Herausforderung darstellt. Im Gegenzug vergrößert sich das Einzugsgebiet der Ärzte, was zu einer Mehrbelastung führt und zusätzlich zur Folge hat, dass Hausbesuche aufgrund der weiten Anfahrt schwerer zu realisieren sind. Zudem ist eine Verschärfung

dieser Konzentration zu beobachten, bspw. mit der im Jahr 2016 bereits geplanten Schließung des Krankenhauses Bad Säckingen und der von den niedergelassenen Ärzten in den Interviews mehrfach genannten Tendenz, sich in Gemeinschaftspraxen und MVZ in den größeren Orten zusammenzuschließen, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Attraktivität für Nachfolger zu erhöhen. Erschwerend zur Problematik der Versorgung der ländlichen Bereiche kommt die stellenweise sehr spärlich ausgebaute Infrastruktur des ÖPNV hinzu, die es den Patienten nicht leicht macht, die Praxen in den größeren Orten zu erreichen. Die Konzentration von Versorgungsstrukturen auf Ballungsgebiete im LK Waldshut sind auf Baden-Württemberg und auf ganz Deutschland übertragbar (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2020b). Das Online-Portal zur Vermittlung von zu übergebenden Praxen *Die Landarztbörse* (2022) beschrieb bereits 2016, dass immer mehr junge Leute und junge Familien in Ballungszentren ziehen und sich gegen eine ländliche Region entscheiden, da es dort sowohl bessere Jobaussichten, als auch vielfältige Kulturangebote für die Freizeit gibt (Landarztbörse 2016). Diverse Publikationen zeigen, dass Medizinstudierende im Hinblick auf die Wahl des Arbeitsortes den Fokus auf Kriterien wie die Arbeitsmöglichkeiten des Partners, kulturelle Freizeitangebote, die Nähe und Qualität der Kindertagesstätten und Schulen sowie eine gute ausgebaute Infrastruktur legen (Verband der Privaten Krankenversicherung 2019; Kiolbassa et al. 2011; Le Floch et al. 2020; Barber et al. 2018).

Obwohl aktuell laut der Ärzteschaft im Landkreis Waldshut aufgrund von Neuerungen im schweizerischen Gesundheitssystem ein Rückstrom der deutschen, in der Schweiz arbeitenden Ärzte zu erwarten ist, stellt die Grenze zur Schweiz aufgrund der Konkurrenzsituation für den Arbeitsmarkt dennoch eine große Herausforderung für den LK Waldshut dar. Daher sind die Ärzte dieser Befragung davon überzeugt, in ihrem Landkreis mehr Attraktivität oder finanzielle Anreize zu benötigen, um weiterer Abwanderung in die Schweiz oder der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit als Grenzgänger entgegenzuwirken. Ein zu untersuchender Aspekt im Hinblick auf die zukünftige medizinische Versorgung im Landkreis Waldshut ist, dass aufgrund der attraktiven Arbeitsbedingungen in der Schweiz davon auszugehen ist, dass im Landkreis Waldshut lebende Ärzte und andere Fachkräfte

wohnhaft sind, die aktuell in der Schweiz arbeiten. Diese Daten konnten im Zuge der vorliegenden Studie nicht erhoben werden, könnten aber für die Anwerbung neuer im LK niedergelassener Ärzte und für eventuelle Praxisübergaben von Interesse sein.

Auch bei der Geschlechterverteilung der befragten Ärzte zeigt sich eine deutliche Ungleichverteilung. So sind 67% der antwortenden Hausärzte und sogar 83% der antwortenden Gebietsärzte der vorliegenden Studie männlich. Statistische Daten zur tatsächlichen Geschlechterverteilung der Ärzte im Landkreis Waldshut liegen nicht vor. Allerdings kann in Anbetracht der hohen Rücklaufquote darauf geschlossen werden, dass im Landkreis Waldshut mehr männliche als weibliche Ärzte tätig sind. Parallel dazu wird in Baden-Württemberg Ende 2019 mit 53,4% ebenfalls eine Mehrheit der männlichen Ärzte verzeichnet (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2019). Gründe für die Ungleichverteilung im gesamten Landkreis Waldshut könnten insbesondere die schlechteren Arbeitsbedingungen in den ländlichen Gegenden sein, unter denen eine Vereinbarkeit der Tätigkeit mit familiären Verpflichtungen eine Herausforderung darstellt. Fast 40% der befragten Hausärzte und 34% der Gebietsärzte berichten über eine stark vermehrte Arbeitsbelastung in den letzten drei Jahren. Durch diese hohe Arbeitsbelastung und die langen Arbeitszeiten ist, so die Erfahrung und Einschätzung der befragten Ärzte, insbesondere für Frauen ein Angestelltenverhältnis mit fest planbaren Arbeitszeiten und Teilzeitregelungen interessanter als die Selbstständigkeit in einer eigenen Niederlassung. Diese Vermutung konnte in der Auswertung der Fragebögen nicht bestätigt werden. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass ein signifikanter Teil der nachrückenden Hausärzte aus jungen Frauen besteht, sodass hier eine Diskrepanz zwischen der Anzahl der tätigen Ärzte und der insgesamt zur Verfügung stehenden Behandlungskapazität entsteht (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019a).

In der untersuchten Region zeigt sich hinsichtlich des Alters der niedergelassenen Ärzte im Vergleich zum Land Baden-Württemberg eine statistisch schlechtere Situation mit einer entsprechend kritisch verlaufenden, zu erwartenden Entwicklung. Etwa die Hälfte aller antwortenden Ärzte des LK Waldshut war zum Zeitpunkt der Befragung über 60 Jahre alt. In ganz Baden-Württemberg war zum



Zeitpunkt der Befragung nur ca. ein Drittel aller ambulant tätigen Ärzte 60 Jahre oder älter (Bundesärztekammer 2019a) und damit deutlich weniger als im Landkreis Waldshut. Kritisch ist dieser Aspekt vor allem in Hinblick auf den in den nächsten Jahren zu erwartenden Ruhestand und die damit einhergehende Praxis-schließung mehrerer Standorte.

### 6.1.2 Demographischer Wandel

Kritisch auf die Versorgungssituation des Landkreises wirken sich nicht nur die (bevorstehenden) Praxis-schließungen, d. h. das Sinken der Behandlungskapazitäten, sondern auch der demographische Wandel und seine Folgen, d. h. das Steigen des Behandlungsbedarfs, aus. In der vorliegenden Studie äußerten 65% der befragten Hausärzte, dass die zeitintensivsten Patienten im Landkreis die älteren Patienten sind, die zusätzlich häufig eine Multimorbidität aufweisen. Zudem sei es bei älteren Patienten immer wieder notwendig, Kurzzeit- oder Langzeitbetreuungsmöglichkeiten zu organisieren, was insbesondere in akuten Fällen mit einem sehr hohen organisatorischen und zeitlichen Aufwand für die behandelnden Ärzte einhergeht. Diese Angaben in Verbindung mit den Bevölkerungsstrukturdaten des LK Waldshut, die einen vergleichsweise hohen Altersdurchschnitt zeigen, lassen darauf schließen, dass der demographische Wandel auch für die Ärzte des LK Waldshut eine Mehrbelastung verursacht.

Die Problematik des demographischen Wandels mit seinen Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung ist schon länger bekannt und wird vielfach diskutiert (vgl. Famira-Mühlberger, Firgo & Streicher 2020; Vogelsang et al. 2018). Betroffen sind davon sowohl die Hausärzte als auch die Gebietsärzte mehrerer Fachgebiete, z. B. der Dermatologie (Kis, Augustin & Augustin 2017). Die oben ge-zogene Schlussfolgerung deckt sich mit Studien aus den letzten Jahren, bspw. von Famira-Mühlberger, Firgo & Streicher (2020) oder von Scheidt-Nave et al. (2010, S. 443), die in ihrer Publikation „*Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel Multimorbidität*“ bestätigen, dass sich das Krankheitsspektrum und der Versorgungsbedarf ändert, je höher das durchschnittliche Alter der Bevölkerung ist. Sie bestätigen außerdem, dass

die Multimorbidität älterer Menschen besondere Herausforderungen mit sich bringen und führen dazu detailliert aus: „*Mit der Zahl der chronischen Erkrankungen steigen die Zahl der Arztkontakte [18, 19], die Zahl beziehungsweise die Dauer der Krankenhausaufenthalte [20] und die Krankheitskosten [13]. Darüber hinaus sind chronische Gesundheitsprobleme ausschlaggebend für die Anzahl von ärztlichen Verordnungen, Überweisungen und Hausarztkonsultationen [21]*“ (Scheidt-Nave et al. 2010, S. 442). Auch in einer Studie von Schulte et al. (2020) wird bestätigt, dass im Verhältnis weniger Hausärzte mehr ältere Patienten betreuen als noch vor einigen Jahren. Durch die dadurch anstehende Mehrarbeit, aber auch den erhöhten zeitlichen Aufwand steigt die Arbeitsbelastung der älter werdenden Ärzte. Insbesondere die große Anzahl der multimorbiden Patienten stellt dann zusätzlich eine große Problematik dar, da diese einen hohen Zeit- und Untersuchungsaufwand benötigen (Schulte et al. 2020).

Der demographische Wandel, der in der Bevölkerung geschieht, spiegelt sich auch innerhalb der zunehmend älter werdenden Ärzteschaft, wie die vorliegende Erhebung zeigt. Durch die altersbedingten Praxisschließungen und den fehlenden Nachwuchs steigt das Alter der regionalen Ärzteschaft weiter. Zum Zeitpunkt der Befragung ist der älteste hausärztlich tätige Arzt im Landkreis Waldshut 74 Jahre alt. Die befragten Hausärzte im Landkreis Waldshut hatten ein Durchschnittsalter von etwa 59 Jahren. Sie sind somit älter als die Ärzteschaft in Deutschland und Baden-Württemberg: 2019 lag das Durchschnittsalter aller Hausärzte in Deutschland bei etwa 54 Jahren (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019a) und in Baden-Württemberg bei etwa 56 Jahren (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2019). Dieser Faktor sollte nicht nur hinsichtlich der zu erwartenden altersbedingten Praxisschließungen berücksichtigt werden. Es muss ebenso einkalkuliert werden, dass die Belastungskapazität der Ärzte mit zunehmendem Alter sinkt und es aufgrund des insgesamt hohen Durchschnittalters der Ärzteschaft auch zu kurzfristigen Ausfällen kommen kann, die durch die übrigen Ärzte ausgeglichen werden müssen.

Aufgrund fehlender Nachfolger können die Praxen im LK Waldshut nicht abgegeben werden und bleiben dann unbesetzt oder die Ärzte arbeiten bis ins höhere Alter weiter, um ihre Patienten versorgen zu können. Die Arbeitsbelastung steigt

weiter an, insbesondere wenn weitere Praxen schließen und das Einzugsgebiet der verbleibenden Ärzte somit erweitert wird. Bereits vor 12 Jahren zeigen Fendrich et al., dass insbesondere in ländlichen Regionen der Wiederbesetzungsbedarf der freiwerdenden Arztsitze, wie auch der Versorgungsbedarf gleichzeitig sehr hoch sind (Fendrich et al. 2010, S. 480). Derzeit findet in Deutschland nur jeder zweite von den 2000 Hausärzten, die jährlich in den Ruhestand gehen, einen Nachfolger (Schulte et al. 2020). Die gezielte Förderung von medizinischem Nachwuchs für den ländlichen Raum birgt die Chance, frei werdende Arztsitze neu zu besetzen und gleichzeitig durch den Zuzug der jungen Mediziner, die ihrerseits i. d. R. Familie mitbringen, dem demographischen Wandel und seinen Folgen entgegenzuwirken.

### 6.1.3 Praxisformen

Der vorliegenden Befragung ist zu entnehmen, dass die meisten Ärzte in Einzelpraxen tätig sind (Hausärzte 65%; Gebietsärzte 67%). Aktuelle Studien zeigen allerdings, dass die Tendenzen zu kooperativen Arbeitsformen (z. B. Berufsausübungsgesellschaften (BAGs)) steigen und bestätigen damit die Aussagen der befragten Ärzte, sich mehr Kooperationen zu wünschen. Mehrfach wurde in den Interviews sowohl von den Gebietsärzten als auch von den Hausärzten geäußert, dass die Etablierung von Gemeinschaftspraxen, MVZ und Ärztehäusern aus finanziellen und organisatorischen Gründen (Administration, Urlaubsvertretung, Reduktion der Fixkosten etc.) sinnvoll sei und einige Ärzte waren zum Zeitpunkt der Befragung in der Planung solcher Zusammenschlüsse.

Diese Beobachtungen werden auch in der Literatur bezogen auf die zukünftige Entwicklung der Praxisformen geschildert. Kröger (2017) beschreibt, dass laut Ärztemonitor mehr Schwierigkeiten in der Nachfolgersuche bestehen, wenn es sich um eine Einzelpraxis handelt. Weniger schwierig gestaltet sich die Suche nach Nachfolgern bspw. für MVZ-Ärzte mit der nachfolgenden Besetzung einer Arztstelle, d. h. im Angestelltenverhältnis oder im Verbund mit anderen Ärzten, mit denen unmittelbar vor Ort kooperiert werden kann. Hier zeigt sich, dass die kommende Arztgeneration das geregelte Einkommen und feste Arbeitszeiten der

eigenen Niederlassung vorziehen (Kroeger 2017). Zudem schrecken die hohe Verantwortung, die Anfangsinvestitionen und der hohe Arbeitsaufwand nicht nur in medizinischen, sondern auch in administrativen Bereichen angehende Ärzte von der Wahl für die eigene Niederlassung im ländlichen Raum ab (Ludwig et al. 2018). Gesa Kröger beschreibt in ihrem Bericht über die Untersuchung auf Grundlage des Ärztemonitors 2016, dass die berufspolitischen Bedingungen wie *„eigenständige Kostenkalkulationen, Planungsunsicherheit, Regressforderungen oder -drohungen, Plausibilitätskontrollen, fallbezogene Budgetierung, Restriktionen in berufsrechtlicher Hinsicht, sich ständig verändernde Gesetzes- und Vergütungsvorhaben und Bestimmungen der Krankenkassen“* im ständigen Wandel seien und damit eine starke Verunsicherung der jungen Ärzteschaft auslösen, aus der die Entscheidung gegen eine eigene Praxis resultiert (Kroeger 2017). Auch im Berufsmonitoring Medizinstudierende von 2018 wird bestätigt, dass mehrheitlich das finanzielle Risiko und die Bürokratie in der Niederlassung große Niederlassungsbremsen darstellen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019b).

Durch den Zusammenschluss mehrerer Ärzte in einem Team können z.B. die Arbeitsbelastung verringert, flexible Arbeitszeitmodelle eingeführt und dadurch eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie erreicht werden (Erler et al. 2012; Barber et al. 2018). Darum entscheiden junge Ärzte in der Allgemeinmedizin sich immer mehr dazu, sich mit einem größeren Ärzteteam zusammenzuschließen (Schuch et al. 2018). Dieser Trend spiegelt sich in den Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wider. Im Bericht von Ende 2019 bestätigte sich erneut die Zunahme der Großpraxen mit mehr als vier Ärzten. Außerdem sei auch die Anzahl der Einzelpraxen gestiegen, in der mehr als vier angestellte Ärzte tätig sind (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg 2019).

Diese strukturellen Entwicklungen und Veränderungen in der Einstellung zur Arbeit sind eine mögliche Erklärung für die Entwicklung des LK Waldshut weg von den traditionellen Einzelpraxen, die nach und nach geschlossen werden, hin zu MVZ und Arzthäusern. Es ist daher davon auszugehen, dass die Einzelpraxen des LK Waldshut auch zukünftig zunehmend schwieriger Nachfolger finden und mehr kooperative Arbeitsformen durch Abnahme der KV-Sitze dieser Einzelpraxen gegründet werden müssten, damit sie nachbesetzt werden könnten. Daraus

resultiert, dass sowohl in der Ärzteschaft als auch in der Politik ein Umdenken hin zu neuen hausärztlichen Versorgungsmodellen in den Vordergrund gerückt werden und durch Maßnahmen wie die Errichtung geeigneter Gebäude und den Ausbau der örtlichen Infrastruktur des ÖPNV gefördert werden sollten. Solche neuen Versorgungsmodelle können beispielsweise medizinische Versorgungszentren in Form von Genossenschaften sein, die Angestelltenverhältnisse für künftige Ärztinnen und Ärzte in Teil- oder Vollzeit anbieten (Hausärzterverband Baden-Württemberg 2019). Dazu existieren bereits verschiedene Modelle wie sie auch im Zuge der aktuellen Krankenhausreform diskutiert werden (BGM 2023). Demnach sollen beispielsweise Level 1i Krankenhäuser geschaffen werden, die die Grundversorgung mit überwiegend ambulantem, teils stationärem Anteil übernehmen. Diese Krankenhäuser besitzen eher den Charakter einer großen Arztpraxis (z. B. Anwesenheit der Ärzte i. d. R. nur tagsüber) und übernimmt nicht zwingend Teile der Notfallversorgung (BGM 2023, S. 11).

#### 6.1.4 Arbeitsbedingungen

Dass sich der Patientenstamm bei fast drei Viertel der befragten Hausärzte erhöht hat und das Einzugsgebiet sich bei der Hälfte der antwortenden Hausärzte vergrößert hat, ist ein Hinweis auf eine höher gewordene Arbeitsbelastung und kann auch als Symptom sich entwickelnder Versorgungslücken in der hausärztlichen Versorgung verstanden werden. Die hohe Arbeitsbelastung wird subjektiv durch die Ärzte im Landkreis sowohl aus eigener Erfahrung als Behandler als auch durch wiedergegebene Berichte von Patienten bestätigt und führt wachsender Sorge innerhalb der Ärzteschaft bezüglich der zukünftigen Entwicklung der Versorgungslage bei immer mehr Praxisschließungen ohne Nachfolge.

Diese sich verschlechternden Arbeitsbedingungen könnten eine der Hauptursachen für den Nachwuchsmangel in dieser Region darstellen. Mit dem höheren Patientenaufkommen einhergehend mit weiteren (bevorstehenden) Praxisschließungen steigen sowohl der organisatorische als auch der menschliche Druck für die Ärzte und MFAs. Arbeitszeiten müssen verlängert werden und flexibel an-

passbar sein, um dem Patientenaufkommen gerecht zu werden. Not- und Vertretungsdienste sind in einer stärkeren Taktung notwendig, um alle Zeiten abzudecken. Der administrative Aufwand wächst parallel dazu; die Stressbelastung steigt insgesamt. Dazu tragen auch die entsprechenden Rückmeldungen von Seiten der Patienten bei, bspw. bezüglich langer Wartezeiten (Vu-Eickmann & Loerbrocks 2017; Starostzik & Berger 2016). Daher müssen dringend Maßnahmen gefunden werden, die die hohe Arbeitsbelastung senken, um damit dann auch die Attraktivität für die Nachfolger zu steigern (Ulrich et al. 2019). Solche Maßnahmen könnten, wie weiter unten beschrieben, beispielsweise die Telemedizin und die Delegation sein, durch die der Traffic in der Praxis und die Arbeitsbelastung des Arztes reduziert werden (Miralles, Heintze & Dini 2020).

### 6.1.5 Praxisorganisation

#### Delegation und Hausbesuche

In der vorliegenden Studie wurde die Ärzteschaft des LK Waldshut unter anderem zum Thema Delegation befragt. Hintergrund dieser Fragen war die mögliche Entlastung der Ärzte und die damit verbundene Stärkung der Hausarztpraxen als Primärversorger, die so zur Sicherstellung der Versorgung beitragen können. In der Befragung dieser Studie gab ein Großteil (82%) der Hausärzte und 64% der Gebietsärzte an, bereits Aufgaben an das nichtärztliche Personal (MFAs bzw. MFAs mit Zusatzqualifikationen (VERAH oder NÄPA)) zu delegieren. Delegiert werden insbesondere Aufgaben wie die Unterstützung bei DMP-Patienten, Impfungen, Wundmanagement, Diabeteschulungen und Haus-/Heimbesuche.

Unter den im LK Waldshut befragten Hausärzten werden im Durchschnitt 15% der wöchentlichen Arbeitszeit für Hausbesuche verwendet. Ein signifikanter Teil dieser Hausbesuche könnte an entsprechend ausgebildete Fachkräfte delegiert werden. Allerdings wurde in den Interviews auch deutlich, dass neben dem Ärztemangel ebenso ein Mangel an medizinischen Fachangestellten herrscht, auf die man delegieren könnte. Die Gründe für den Mangel sind laut der befragten

Ärzte ähnlich wie beim Ärztemangel selbst: der Wunsch nach besseren und flexibleren Arbeitsmodellen (z. B. Teilzeit) und die Konkurrenzsituation mit dem schweizerischen Arbeitsmarkt.

Als Hauptgrund für die Delegation wurde der persönliche Zeitgewinn genannt. Außerdem gaben 16% der befragten Ärzte an, durch die Delegation einen ökonomischen Vorteil zu erzielen. Bereits im Jahr 2008 konnten die Kostenersparnisse durch Delegation an nichtärztliches Personal vermutet, allerdings nicht bewiesen werden (Hoffmann et al. 2008, S. 370). In der Studie von Mergenthal et al. von 2016 wird allerdings gezeigt, dass die Rentabilität maßgeblich von der Anzahl der Einzelleistungen und der Anzahl der Patienten abhängt, die in der Hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind (Mergenthal et al. 2016).

Die Einstellung der befragten Ärzte zur Delegation ist durchaus gespalten: Grundsätzlich ist ein Großteil der Ärzte der Delegation gegenüber aufgeschlossen und einige Ärzte äußerten, dass die Praxis ohne Delegation nicht funktionieren würde. Allerdings ist gerade der ökonomische Aspekt der Delegation ein Punkt, der verbesserungswürdig ist. Grundsätzlich können die delegierten Leistungen abgerechnet werden; demgegenüber stünden aber umfangreiche Investitionen bspw. in die Ausbildung der Fachkräfte und in die genutzten Verkehrsmittel. Ein interviewter Arzt gab an, auf eigene Kosten ein Auto für die Delegation angeschafft zu haben, ein anderer berichtete, das private Auto dafür zur Verfügung zu stellen, da eine Investition in ein gesondertes Fahrzeug nicht möglich sei. Es ist daher davon auszugehen, dass eine finanzielle Förderung der Delegation, bspw. seitens der Krankenkassen, der politischen Institutionen oder medizinischer Verbände dazu führen würde, dass mehr Aufgaben delegiert werden könnten, wodurch ein Teil der Versorgungslücke geschlossen werden könnte. Die interviewten Experten weisen darauf hin, dass die Delegation in sehr ländlichen Gebieten nur bedingt rentabel ist, da es sich um lange Anfahrtswege zu einzelnen Patienten handelt. Sinnvoller sei eine Bündelung der Besuche bspw. wie sie bei Pflegeheimen erfolgt. Um die (immobilen) Patienten in sehr ländlichen Gebieten versorgen zu können, müssten demnach solche (delegierten) Hausbesuche auf eine neue Art abgerechnet werden. Denkbar wäre auch, wie in den

Experteninterviews durch Ärzte angeregt, die Errichtung eines praxisübergreifenden Delegationsnetzwerks, in dem die Patienten nicht gebündelt nach Praxiszugehörigkeit, sondern nach Wohnsitz betreut werden.

Bereits 2009 wurde in Greifswald beispielsweise das Konzept AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) entwickelt, um u. a. Hausbesuche an eigens ausgebildete Mitarbeiter des Praxisteams (z. B. Pflegefachkräfte, Arzthelferinnen) delegieren zu können (van den Berg et al. 2009, S. 788). Ergebnisse dieser Studie zeigen nicht nur eine gute Akzeptanz bei den teilnehmenden Ärzten und Patienten, sondern auch die Bewertung durch die Ärzte als äquivalent zur eigenen hausärztlichen Versorgung. In einer neueren Studie von 2018 zeigen die Autoren, dass die Bereitschaft zur Delegation zwar immer weiter steigt, der weitere Ausbau der Delegation allerdings durch ein mangelndes Wissen über Vereinbarungen zur Delegation behindert sein könne (Dini Pou del Castillo et al. 2018). Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Erhebung, in der einigen Ärzten das Konzept der Delegation noch gänzlich unbekannt war und andere Ärzte Bedenken bspw. hinsichtlich der rechtlichen Absicherung und bei Haftungsfragen äußerten. Um die Delegation auszubauen und damit die Versorgungssituation zu entspannen, müssen demnach die Bedenken und Fragen der Ärzteschaft geklärt werden und die Informationsmöglichkeiten für die Ärzte und medizinischen Fachkräfte müssen erweitert werden.

#### Telemedizin/ Elektronische Medien/ Internet

Die Ärzte unserer Befragung stehen der Telemedizin mäßig positiv gegenüber. Nur wenige Ärzte kommunizieren über elektronische Medien mit ihren Patienten. Digitale Anwendungen werden hauptsächlich für die Terminvergabe oder für den kurzfristigen fachlichen Austausch mit anderen Ärzten (bspw. zur Klärung von Befunden zur kurzfristigen Überweisung) genutzt. Auch gaben nur 65% der befragten Hausärzte an, über Breitbandinternet zu verfügen. Die Akzeptanz der Telemedizin durch die Patienten wird als eher schlecht eingestuft. Des Weiteren wurde in den Interviews deutlich, dass unter den Ärzten eine große Unklarheit besteht, was unter dem Begriff Telemedizin zu verstehen sei. Es besteht also



Aufklärungsbedarf hinsichtlich der Möglichkeiten der Telemedizin und der damit verbundenen Vorteile für die Versorgung und die Praxisorganisation.

Gerade in ländlichen Regionen mit einer schwach ausgeprägten Infrastruktur kann die Telemedizin die Versorgungslücken verringern und die Situation innerhalb der Praxen verbessern, indem Konsultationen digital erfolgen können (Neeltje van den Berg et al. 2015). Dennoch sind die Haltungen zur Telemedizin auch in der Literatur gemischt: Eine Studie von 2018 bestätigt, dass *"nur noch knapp 40% der Ärzteschaft dem Thema Telemedizin grundsätzlich negativ gegenüberstehen, 45% haben dagegen eine positive Haltung."* Dennoch möchten diejenigen, die positiv denken, positive Erfahrungen abwarten, bevor sie sich endgültig für die Telemedizin entscheiden. Auch die *"Zurückhaltung von älteren Patienten gegenüber der Nutzung telemedizinischer Anwendungen"* wird in dieser Studie als ausschlaggebendes Argument erwähnt (Waschkau et al. 2018, S. 20). Zu berücksichtigen ist bei der Sichtung dieser Ergebnisse, dass die Befragung im Jahr 2016 stattfand. Mit der Begrenzung des Zugangs zu medizinischen Einrichtungen ab März 2020 wurde in vielen medizinischen Bereichen ein größeres telemedizinisches Angebot aufgebaut. Den Großteil dieses telemedizinischen Angebots machten hausärztliche Sprechstunden aus, die von den Patienten gut angenommen wurden (Urbanek 2021). In anderen Bereichen hingegen, wie zum Beispiel bei einem Verdacht auf Schlaganfall, wurden telemedizinische Angebote nicht stärker genutzt, bei gleichzeitigem Rückgang der physischen Vorstellungen in Kliniken und Praxen (Klingner et al. 2020). Für die optimale und sichere Versorgung der Patienten ist demnach ein kontinuierliches Monitoring der tatsächlichen Akzeptanz und Nutzung durch die Patienten in verschiedenen Bereichen notwendig, damit die Vorteile der Telemedizin bei gleichbleibender Sicherheit für die Patienten genutzt werden können.

Für den Landkreis Waldshut könnte die Einführung der Telemedizin eine Teillösung sein. Insbesondere ist hierbei wichtig, die Praxen im Landkreis mit guten, intuitiv bedienbaren technischen Geräten, die auch von älteren Ärzten mit wenig IT-Erfahrung genutzt werden können, als auch mit einer sicheren und schnellen

Internetverbindung auszustatten, um telemedizinische Angebote auch dort etablieren zu können (Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH 2018). Grundsätzlich könnten auch ältere und chronisch kranke Patienten entlastet werden, da sie nicht mehr auf Andere angewiesen sind, um in die Praxis zu gelangen (Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH 2018). Allerdings ist dabei zu beachten, dass gerade ältere Patienten, die den Umgang mit elektronischen und digitalen Kommunikationsmitteln nicht gewohnt sind, tendenziell Probleme mit der Anwendung der Telemedizin haben werden. Diese Probleme in der Anwendung und Kommunikation können zu Unzufriedenheit bei den Patienten führen und im schlimmsten Fall zu einer unsachgemäßen Umsetzung der Behandlung führen. Bei der Einführung der Technologien brauchen Ärzte und Patienten demnach entsprechend Unterstützung, bspw. auf Initiative des Landkreises. Hierbei ist die Übernahme von logistischen Leistungen, wie z. B. die Installation oder Wartung telemedizinischer Geräte, aber auch die spezielle Schulung der einzelnen Akteure wichtig (van den Berg et al. 2015).

Bei diesen Überlegungen muss berücksichtigt werden, dass die Telemedizin die medizinische Konsultation vor Ort, insbesondere bei der Diagnostik, nur bedingt ersetzen kann. Für den Behandler ist es in vielen Fällen wichtig, sich ein unmittelbares Bild vom Patienten machen zu können. Im Gegenzug ist für viele Patienten der direkte Kontakt mit dem Arzt menschlich und für das Verständnis von Diagnose und Behandlung unerlässlich. Der persönliche Kontakt vermittelt dem Patienten Sicherheit und ermöglicht ihm Nachfragen; dem Arzt gibt er die Möglichkeit, sich ein Gesamtbild vom Patienten zu machen. Entsprechend kann die Telemedizin immer nur eine Ergänzung zum eigentlichen Praxisgeschehen darstellen (Evers-Wölk et al. 2022; Nieser 2019).

### 6.1.6 Kooperationen

In der vorliegenden Befragung wird deutlich, dass die niedergelassenen Ärzte des Landkreises Waldshut sich mehr Kooperation, sowohl im eigenen Fachgebiet als auch interdisziplinär und mit den Krankenhäusern, sowie mehr finanzielle

Unterstützung für Kooperationen wünschen. Dies sei aktuell nicht gegeben. Dabei stellt auch die Kooperation eine Lösung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung dar. 20% der Ärzteschaft des LK Waldshut sehen eine Neuregelung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch flexiblere Zulassungsmöglichkeiten und Festlegung des Mehrbedarfs in kleineren Gebieten als erforderlich, um eine flächendeckende ambulante ärztliche Versorgung sicherzustellen. Demzufolge sollen auch die Krankenhäuser stärker in die ambulante Versorgung einbezogen werden und zwischen diesen, aber auch anderen Bereichen, wie die Rehabilitationseinrichtungen und Apotheken eine engere Vernetzung bestehen. Ein Ansatz dazu ist beispielsweise der in der Gründung befindliche Gesundheitspark Hochrhein, der neben einer Klinik auch verschiedene ärztliche und medizinische Praxen sowie erweiterte Angebote wie Apotheken und Sanitätshäuser beherbergen soll. In der Befragung wird bemängelt, dass interdisziplinärer fachlicher Austausch, insbesondere mit den nicht niedergelassenen Ärzten, nicht in ausreichendem Maß stattfindet. Trotz wiederholter Bemühungen, Netzwerke und Kooperationen aufzubauen, haben diese nur in wenigen Fällen gefruchtet. Als Grund dafür gaben die interviewten Ärzte zum einen die Spaltung zwischen den niedergelassenen Ärzten und den in den Kliniken beschäftigten Ärzten, die mangelnde Initiative einzelner und die mangelnde Kooperationsbereitschaft von Politik und Versicherungsträgern an, die zu Misserfolgen und Entmutigung führte. Daraus wird deutlich, dass Kooperationen aus der Initiative aller medizinischen Dienstleister genährt werden müssen und dass die politischen Akteure Interesse an der konstruktiven Zusammenarbeit mit den lokalen Ärztenetzen zeigen sollten, um ein nachhaltiges medizinisches Angebot in der Region zu sichern.

Insbesondere ökonomische Aspekte werden in der vorliegenden Studie als Grund für langfristige und räumlich verknüpfte Kooperationen genannt. Durch Zusammenschlüsse zu Gemeinschaftspraxen, Ärztehäusern etc. finden Einsparungen bei den Fixkosten bspw. für Gebäude und Geräte statt. Auch könnten so administrative Prozesse zusammengelegt werden und Personalengpässe ausgeglichen werden.

Viele der befragten Ärzte berichten von einer Ellenbogenmentalität und davon, dass viele Ärzte sich vor Austausch und Kooperation scheuen würden, weil sie Angst davor hätten, Ansehen oder Patienten zu verlieren. Bereits 2005 stellt Lützenkirchen in ihrer Studie fest, dass eine interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung nur dann möglich sei, wenn eine finanzielle Absicherung gegeben sei und Patienten abgegeben bzw. überwiesen werden könnten (Lützenkirchen 2005, S. 319). Trotz der hohen Auslastung der Praxen scheint demnach nach wie vor ein Konkurrenzdruck zwischen den Praxen zu herrschen. Dieser Konkurrenzdruck und die Scheu vor Austausch und Kooperation könnte durch ein etabliertes regionales Versorgungsnetzwerk vermindert werden. Auch könnten Unterstützungsmaßnahmen durch politische Akteure dazu beitragen, die ökonomische Situation der Ärzteschaft zu entspannen (bspw. durch die Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten in einem MVZ) und die (interdisziplinäre) Kooperation zwischen den Ärzten und Praxen stimulieren.

Der Sachverständigenrat bestätigte die Ausführungen von Lützenkirchen im Gutachten von 2014 und führte außerdem verschiedene Formen der Kooperation auf, die für niedergelassene Ärzte relevant sind: Zusammenschlüsse von niedergelassenen Haus- und Fachärzten unter Beteiligung von Psychotherapeuten, sektorenübergreifend zwischen Praxen und akutstationären Einrichtungen, Verbände zur Versorgung spezieller Patientengruppen bzw. Krankheitsbilder, Kooperationsformen zwischen Not- und Rettungsdienst und notärztlicher Versorgung im Krankenhaus (Sachverständigenrat 2014).

In den Experteninterviews wurde deutlich, dass mehrere Versuche der Haus- und Gebietsärzte, sich fachlich zu verknüpfen und sich politisch einzubringen, oftmals ergebnislos waren. Ein regelmäßiger informeller Austausch sowie im späteren Verlauf auch ein organisierter Zusammenschluss zur optimierten Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten, den Krankenhäusern, anderen medizinischen Sparten (Pflegeeinrichtungen, Physiotherapeuten etc.) und politischen Akteuren könnte eine Möglichkeit sein, konkrete Versorgungsprobleme aufzudecken und individuell passend für die Region zu lösen.

### 6.1.7 Praxisabgabe und Nachfolge

Aufgrund des hohen Alters der Ärzteschaft im LK Waldshut stehen in den nächsten Jahren einige Praxisschließungen durch beginnenden Ruhestand an. 16 von 71 antwortenden Hausärzten planten zum Zeitpunkt der Befragung in den folgenden zwei Jahren (d. h. im Zeitraum 2017-2018) die Praxis abzugeben. Von diesen Ärzten haben lediglich vier bereits einen Nachfolger für ihre Praxis gefunden. Aber die Studie zeigt auch, dass nur 11 Hausärzte aktiv nach einem Nachfolger gesucht haben. Hier besteht ein Ansatzpunkt für weitere Forschung, indem die Gründe für die ausbleibende Suche nach einem Nachfolger analysiert werden. Für den Landkreis wären diese Informationen von Relevanz, da davon auszugehen ist, dass eine gezielte Suche nach einem Nachfolger eher zu einer Praxisübergabe als zu einer Praxisschließung führen kann. Ein möglicher Grund für die ausbleibende Suche nach Nachfolgern wurde in den Experteninterviews angeschnitten. Hier berichtete ein Gebietsarzt, er suche bereits seit mehreren Jahren über diverse Kanäle (Online-Anzeigen in Jobbörsen, Publikationen in Ärzteblättern etc.) nach Ärzten, die sich der Praxis anschließen und diese ggf. übernehmen wollten, habe aber in diesem Zeitraum keine einzige Bewerbung erhalten.

Die Suche nach passenden Nachfolgern wird durch den bestehenden Hausarztmangel noch verschärft. Es existiert eine Vielzahl von Jobangeboten auf dem Arbeitsmarkt, sodass die junge Generation die Möglichkeit hat, sich für einen Standort zu entscheiden, der passend zur individuellen Lebenssituation ist (Ministerium für Soziales und Integration - Baden Württemberg 2019).

Die befragten Ärzte des LK Waldshut geben an, dass die entscheidenden Faktoren bei der Standortwahl für jüngere Ärzte in der Regel Familienfreundlichkeit (Schulen, Infrastruktur, Arbeitsmarkt), das kulturelle Angebot, eigene regionale Verbundenheit, sowie günstige Praxisübernahmebedingungen und gute Arbeitsbedingungen sind. Die älteren Ärzte beobachten, dass die Prioritäten der jüngeren bzw. angehenden Ärzte anders liegen, wie sie es vor einigen Jahrzehnten taten. Der Schwerpunkt liege mehr auf der Vereinbarkeit von Familie und Beruf als in der beruflichen Selbstverwirklichung und die Bereitschaft zu flexiblen und langen Arbeitszeiten sei deutlich gesunken.

Neugebauer (2016) erörtert, warum gerade die Tätigkeit als Landarzt unattraktiv erscheint. Insbesondere seien die vergleichsweise geringe Kultur- aber auch Bildungsangebote und die eingeschränkte Auswahl in der Gastronomie relevante Aspekte. Eine besondere Herausforderung bestehe bei Ärzten mit Kindern. Diese seien durch zusammengelagerte Schulzentren, wenigen Kindergärten oder Sportangeboten mit sehr großem Aufwand belastet und zudem räumlich an die Orte mit entsprechenden Angeboten gebunden. In einer Online-Befragung von Ärzten in Weiterbildung über Lösungsansätze gegen den Allgemeinarmtmangel auf dem Land wurde angegeben, dass „*ein familienfreundliches Umfeld, der Ort und die Zusammenarbeit mit Kollegen*“ die wichtigsten Faktoren für eine Niederlassung darstellen (Steinhäuser et al. 2011). Groth et al. (2019, S. 510) zählen als die entscheidenden Standortfaktoren „*die zu erwartende Arbeitsbelastung, die vorhandene Infrastruktur für Partner, Freizeit und Familie sowie die Struktur des lokalen Fachärztenetzes*“ auf.

Die Beobachtungen der niedergelassenen Ärzte im LK Waldshut decken sich demnach mit Beobachtungen aus anderen Studien und anderen ländlichen Gebieten. Entsprechend sind die medizinischen Einrichtungen und die relevanten Akteure gefragt, den Anforderungen der neuen Ärztegeneration entgegenzukommen und den Landkreis Waldshut sowohl als Wohnort als auch als Arbeitsort attraktiv zu gestalten, um Nachfolger für die medizinische Versorgung zu werben.

### 6.1.8 Medizinische Weiterbildung und Forschung

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 60% der Hausärzte im Landkreis Waldshut eine Weiterbildungsbefugnis, dennoch hatten nur 27% zu der Zeit oder in den vorhergehenden 3 Jahren einen Arzt in Weiterbildung in der Praxis beschäftigt. Außerdem berichteten nur 35%, dass sie aktiv nach einem Arzt in Weiterbildung suchen. Auch akademische Lehrpraxen waren nur mit einem Anteil von 18% der antwortenden Hausärzte vertreten. Auch wenn die interviewten Ärzte grundsätzlich der Beschäftigung von Ärzten in Weiterbildung, Famulanten etc. gegenüber aufgeschlossen sind, berichteten sie von diversen Hürden bspw. der Unterbringung vor Ort.

Daraus resultiert, dass Medizinstudenten nur schwer in einem frühen Stadium in die Praxis am Standort Waldshut involviert werden können und damit kaum für die Region gewonnen werden können. Medizinstudierende und Ärzte in Weiterbildung frühzeitig in die Praxis mit einzubeziehen und sie für die Niederlassung auch in ländlichen Regionen zu begeistern, hat einen nachweislichen Effekt auf die Nachfolgergewinnung (Natanzon et al. 2010). Ärzte, die mit dem Gedanken an eine niedergelassene Tätigkeit spielen, benötigen Hilfestellung beim Berufsstart und in der geplanten Niederlassung, sodass die Vernetzung von niedergelassenen Ärzten und potentiellen Nachfolgern zu einem frühen Zeitpunkt in der Ausbildung das Potential besitzt, Nachfolger an den Standort zu ziehen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020a).

Auch die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung hat in verschiedenen Punkten positive Effekte und ist daher ein wesentlicher Bestandteil in der Überbrückung des Ärztemangels insbesondere auf dem Land. Ärzte in Weiterbildung entlasten nicht nur den Hausarzt in seinem Praxisalltag, sondern sind auch potenzielle Nachfolger.

Entsprechend sind verschiedene Maßnahmen sinnvoll, um Medizinstudenten und Ärzte in Weiterbildung für eine vorübergehende oder dauerhafte Tätigkeit in der Region zu gewinnen. Zum einen ist die Ausschreibung entsprechender offener Weiterbildungsstellen in den Praxen unerlässlich. Zum anderen sollten Ärzteschaft, Politik und die Hochschulen kooperieren, um eine Tätigkeit im Landkreis Waldshut attraktiv zu machen (Groth et al. 2019, S. 510). Solche Maßnahmen sind beispielsweise Bekanntmachungen an den Hochschulen, Thematisierung der niedergelassenen Tätigkeit im ländlichen Raum an den Hochschulen sowie die Schaffung geeigneter Unterbringungsmöglichkeiten. Wegweisend dafür können unter anderem Initiativen wie das Modellprojekt AKADemie der Technischen Universität München sein, bei dem versucht wird, angehende Allgemeinmediziner für eine Niederlassung im ländlichen bayrischen Raum zu begeistern (Storr et al. 2017).

### 6.1.9 Bedenken und Hoffnungen

Zu den größten Bedenken aller niedergelassenen Ärzte im Landkreis Waldshut zählt der Ärztemangel, insbesondere in der Allgemeinmedizin bzw. der hausärztlichen Tätigkeit, der durch einen Nachfolgermangel bedingt ist. Ihre Hoffnungen sind in diesem Punkt die Anpassung der Rahmenbedingungen im Medizinstudium und neue Versorgungsmodelle, die der Problematik entgegenwirken können. Außerdem wünschen sich die Ärzte des LK Waldshut, dass innerhalb der Hochschulen bereits eine Förderung der hausärztlichen Tätigkeit und der Niederlassung in ländlichen Regionen stattfindet. Derzeit beobachten sie, dass der Beruf des Hausarztes im Vergleich zu anderen Fachrichtungen einen schlechten Ruf und geringes Ansehen genießt und daher entsprechend unattraktiv für Berufsanfänger scheint.

Diesem Thema hatten sich 2010 bereits Natanzon et al. in der Studie über die Berufsperspektive der Allgemeinmedizin gewidmet. Hier war ein zentrales Thema die Berufszufriedenheit der hausärztlich tätigen Ärzte, die einen eindeutigen Einfluss auf die Nachfolgergeneration hat und sich auf diese auch überträgt. Somit entscheiden sich Jungmediziner gegen den Beruf des Hausarztes, wenn der anleitende Hausarzt unzufrieden ist. Hausärzte äußerten in der Studie außerdem, dass Berufsimage, Prestige und Aufstiegschancen eine wesentliche Rolle in der Entscheidung über die zukünftige Fachrichtungswahl spielen. Die mangelnde Präsenz des allgemeinmedizinischen Fachs sowie negative Meinungsäußerung durch Dozenten schwächen die Attraktivität des Faches Allgemeinmedizin bei angehenden Medizinerinnen (Natanzon et al. 2010, S. 1014).

Insgesamt wurde diesen Problemen im Studium, aber auch in der Weiterbildung in den letzten Jahren mit zahlreichen Maßnahmen gegengesteuert. Neben der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin, die Praxen und Kliniken in der Weiterbildung Allgemeinmedizin vernetzt und Weiterbildungsangebote für junge Ärzte entwickelt, setzen sich auch die Universitäten dafür ein, dass die Allgemeinmedizin für die junge Nachfolgergeneration attraktiver wird. Bislang reichen diese Bemühungen nicht aus, um die in Zukunft frei werdenden Hausarztpraxen zu besetzen (Deutsches Ärzteblatt 2019). Daher wird auch seit dem Wintersemester 2020/21



mit dem neuen Neigungsprofil – dem „Landarzt-Track“ den Medizinstudenten eine neue Möglichkeit angeboten, frühzeitig bereits im Studium die vielfältigen Aspekte der Allgemeinmedizin kennenzulernen. Hierbei können die Studierenden inhaltlich aufeinander abgestimmte Ausbildungsmodule wählen. Außerdem werden sie während dieser Kurse auch mit regionalen Akteuren wie etwa Hausärztinnen und Hausärzten zusammengebracht, mit dem Ziel, bereits frühzeitig Kontakte zu knüpfen und sich für eine Region zu interessieren (AerzteZeitung 2020). Ein weiterer Schritt zur Förderung der niedergelassenen Tätigkeit im ländlichen Raum ist die im Jahr 2021 eingeführte gesetzliche Landarztquote. Dabei handelt es sich um ein Konzept, nach dem jährlich eine bestimmte Anzahl an Studienplätze an Studenten vergeben wird, die sich im Gegenzug verpflichten nach dem Studium und der fachärztlichen Weiterbildung zehn Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig zu sein. In Baden-Württemberg werden jährlich 75 Studienplätze nach diesem Prinzip vergeben (Sozialministerium BW 2022).

## 6.2 Diskussion der Methodik

Die vorliegende Arbeit beinhaltet ein Forschungsprojekt im Mixed-Methods-Design. Es besteht aus einem quantitativen Teil in Form einer schriftlichen standardisierten Befragung. Die schriftliche Befragung wurde durch einen qualitativen Teil in Form von mündlichen Experteninterviews im Vorfeld konkretisiert und durch entsprechend relevante Aspekte aus den Interviews ergänzt.

Für die Fragestellung bot sich dieses Design an, da es erstens die Gestaltung des Fragebogens auf Basis von Experteninterviews und damit gezielt und problemorientiert entlang relevanter Themen ermöglichte. Zweitens konnten durch die standardisierten Fragebögen verallgemeinernde Aussagen getroffen werden und auf diese Weise die Ergebnisse der schriftlichen Befragung durch Details und Informationen aus den Interviews ergänzt werden. Durch die Verwendung mehrerer offener Fragen wurden allerdings auch die Vorteile der qualitativen Forschung genutzt. Die offenen Fragen in der schriftlichen Befragung boten die Möglichkeit, subjektive Sichtweisen bzw. individuelle Erfahrungen detailliert zu verbalisieren. Die pseudonymisierte Beantwortung der Fragebögen gab den Ärzten

eine Möglichkeit zur Offenheit in Bezug auf die Problematik. Vorteilhaft an der schriftlichen Befragung war auch, dass sich die Befragten mit den Fragen in Ruhe auseinandersetzen und dabei ihre subjektive Sichtweise ohne externen Druck darstellen konnten. Auch wurde durch eine Fristverlängerung jenen erneut die Möglichkeit zur Teilnahme an der Befragung angeboten, die aus zeitlichen Gründen bisher nicht dazu kamen. So wurde die Rücklaufquote erhöht. Letztendlich lag die Rücklaufquote bei den Gebietsärzten bei 42,2% und bei den Hausärzten bei 69,6%. Auch wenn mit den Fragebögen unter dieser Rücklaufquote eine Vielzahl an Informationen gesammelt werden konnte, muss berücksichtigt werden, dass 40-60% der Ärzte der Region nicht an der Befragung teilgenommen haben und dementsprechend eine Verzerrung der Ergebnisse möglich ist.

Der hohe Rekrutierungsaufwand zeigt die Nachteile einer schriftlichen Befragung, wie sie auch in einer Publikation von Thoma und Zimmermann (1996) beschrieben werden: Diese berichten in ihrer Untersuchung, dass vor allem schriftliche Befragungen traditionell eine hohe Nonresponse-Rate haben (Lyberg et al. 1991) und dass die Rücklaufquote zwischen zehn und 90 Prozent liegen kann (Hippler 1988). Daher wird die Entscheidung für eine schriftliche Befragung häufig aufgrund ökonomischer Überlegungen getroffen (Thoma und Zimmermann 1996, S. 3). In vergleichbaren Studien wurde mit Rücklaufquoten von 50,1% (Löffler et al. 2014), 51% (Tangermann et al. 2019) und 41,4% (Bardetscher et al. 2013) gearbeitet. Damit liegt die Rücklaufquote der vorliegenden Studie bei den Gebietsärzten im Normalbereich und bei den Hausärzten im überdurchschnittlichen Bereich.

Um festzustellen, welche Themen in die schriftliche Befragung aufgenommen werden sollten und auf welchen Fragestellungen der Fokus liegen sollte, wurden vor der Konzeption des Fragebogens Experteninterviews geführt. Sie stellten für die Erstellung des Fragebogens einen ersten Rahmen dar, der dann durch weitere Items ergänzt werden konnte. So konnten nicht nur bereits bekannte Probleme auf ihre aktuelle Relevanz hin untersucht werden, sondern auch neue, bisher unbekannte Probleme der medizinischen Versorgung der Region erkannt und zur weiteren Analyse in den Fragebogen aufgenommen werden. Die Interviews

gaben insgesamt auch einen tieferen Einblick sowohl in die allgemeinen Probleme des Ärztemangels als auch in die Problematik des ländlichen Raumes, auch spezifisch vor Ort. Durch die flächendeckende Auswahl der Interviewpartner wurde versucht zu verhindern, dass Bereiche mit einer höheren Ärztedichte mehr vertreten waren und es dadurch zu einem einseitig geprägten Informationsstand kommt. Dennoch bleibt zu berücksichtigen, dass es sich bei den für die Experteninterviews ausgewählten Ärzten um stichprobenartige Erhebungen handelt, die zwar aufschlussreich waren, aber möglicherweise nicht repräsentativ für die Erfahrungen und Meinungen aller Ärzte der Region.

Für die quantitative Studie wurden alle niedergelassenen Ärzte (sowohl alle Haus- und Gebietsärzte) im Landkreis Waldshut angeschrieben. Dies bot den Vorteil, die gesamte Versorgungsthematik, verschiedene Sichtweisen, Kenntnisstände, Pläne und strukturelle Herausforderungen sowohl aus hausärztlicher als auch aus gebietsärztlicher Perspektive differenziert betrachten und beurteilen zu können. Die Kontaktierung aller Fachbereiche hatte zum Ziel, übergreifende Problematiken und Entwicklungen besser zu identifizieren. Dass vorrangig Ärzte ab einem Alter von Mitte 50 an der Befragung teilgenommen haben, könnte u. a. darauf zurückzuführen sein, dass älteren Ärzten die Problematik um die kommende Entwicklung der hausärztlichen Versorgung und um den fehlenden Nachwuchs bewusster ist und sie daher ein stärkeres Eigeninteresse hatten, an der Befragung teilzunehmen. Die Ergebnisse dieser Befragungen waren erkenntnisreich, bspw. hinsichtlich des Vorgehens bei der Nachfolgersuche. Es ist jedoch möglich, dass durch das höhere Alter der antwortenden Ärzte eine Verzerrung in einigen Ergebnissen stattgefunden hat, bspw. hinsichtlich der Nutzung von Telemedizin.

Eine ergänzende Möglichkeit für eine schriftliche Befragung zur postalischen Teilnahme stellte das Online-Verfahren dar. Dies bot eine schnellere Abwicklung der Umfrage für die Befragten durch einfache Klicks und einen Online-Versand sowie die automatisierte Datenerfassung des Rücklaufs. Nachteil dieses Verfahrens war allerdings, dass ausreichende Kenntnisse für die Nutzung von Onlineanwendungen bei den Befragten vorhanden sein mussten. Diese Kenntnisse

bzw. die Bereitschaft zur Teilnahme an Online-Befragungen liegen jedoch bei Personen in höherem Alter tendenziell seltener vor, was in der vorliegenden Studie mit einem vergleichsweise hohen Altersdurchschnitt der Befragten der Fall war. Diese Hindernisse zur Teilnahme an Online-Befragungen bestätigt auch eine Studie von El-Menouar und Blasius, bei der Mediziner in Deutschland per Online-Verfahren befragt wurden: *"Von allen Befragten sind nur etwa 5% 60 Jahre und älter"* (El-Menouar und Blasius 2005, S. 12). Obwohl seit der Erhebung von El-Menouar und Blasius eine rasante technische Entwicklung erfolgte und die Digitalisierung im Alltag seitdem stark zugenommen hat, decken sich die Ergebnisse mit den Beobachtungen aus der vorliegenden Studie. Die Möglichkeit der Online-Auswertung wurde auch in unserer Studie wenig genutzt; nur zwei Hausärzte und drei Gebietsärzte haben den Fragebogen online ausgefüllt. Dies kann auch darauf zurückzuführen sein, dass die meisten Ärzte des Landkreises schon älter sind und nicht zu der Zielgruppe gehören, die gerne oder überhaupt mit Computer und Internet arbeiten. In den Interviews berichteten zwei Ärzte, noch mit Karteikarten zu arbeiten. Sämtliche Aufgaben, die mit Computer und Internet verbunden sind (Abrechnung, Übermittlung von Daten etc.), werden in dem Fall von den Praxisangestellten übernommen. Nachteil dieser Methode im Allgemeinen ist daher insbesondere im ländlichen Bereich, dass hierbei die Repräsentativität der Bevölkerung nicht erreicht werden kann, da nicht alle Zielgruppen online arbeiten und bezüglich der Hard- und Software auf dem neuesten Stand sind (Brandenburg und Thielsch 2009). Entsprechend war die Kombination aus Teilnahmemöglichkeit auf postalischem Weg und der Möglichkeit zur Beantwortung online eine sinnvolle Vorgehensweise, um möglichst viele Ärzte zu erreichen.

Bei der Analyse der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und der angegebenen Antworten fiel auf, dass einzelne Fragen vergleichsweise häufig nicht beantwortet wurden. Es können verschiedene Gründe hierfür vorliegen: Während manche Ärzte aus persönlichen Gründen eine spezielle Frage nicht beantworten wollten, andere aus Verständnisgründen diese Frage nicht beantworten konnten, gibt es auch diejenigen, die aus Zeitgründen Fragen unbeantwortet zurücksendeten.

Dies trifft wohl v.a. auf die Beantwortung freier Fragen zur Beurteilung der subjektiven Sichtweise zu. Aus fehlenden Antworten auf die Fragen mit freien Antwortmöglichkeiten ist daher nicht zwingend zu schließen, dass zu dem jeweiligen Thema keine Erfahrungen, Problematiken oder Meinungen vorliegen. Vielmehr kann davon ausgegangen werden, dass hier zeitliche, persönliche oder Verständnisprobleme zu einem Nicht-Beantworten dieser Fragen geführt haben können. Um insbesondere Logik- und Verständnisproblemen entgegenzuwirken wurde der Fragebogen vorab daher durch Fachärzte für Allgemeinmedizin pilotiert.

## 7 Ausblick

Die schriftliche Befragung der Haus- und Gebietsärzte und die Interviews mehrerer Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen ermöglicht einen Einblick in die aktuelle Versorgungssituation des Landkreises Waldshut und kann gleichzeitig als Grundlage für konkrete Verbesserungsmaßnahmen dienen. Die Ergebnisse der Befragung ermöglichen es, Problempunkte in der ärztlichen Versorgung aus Sicht der Ärzteschaft zu erkennen und entsprechend detailliert zu analysieren. Auf dieser Basis konnten, u. a. in Form des Abschlussberichts Versorgungsplanung für den Landkreis Waldshut (Hermann et al. 2017), konkrete Lösungsvorschläge erarbeitet werden, bei deren Erstellung die Erfahrungswerte und Kenntnisse der niedergelassenen Ärzte hilfreich sind und die Relevanz und Praxistauglichkeit der Lösungsansätze sichern.

Bei dem Landkreis Waldshut handelt es sich um einen ländlichen Bereich mit einer Verlagerung der medizinischen Einrichtungen hin zu den Städten und einer bestehenden bzw. sich entwickelnden Unterversorgung in den ländlichen Gebieten. Mit seinen Charakteristika der ländlichen Region, seiner demographischen Entwicklung und der bestehenden Konkurrenzsituation zu Orten mit attraktiveren Arbeitsbedingungen steht der Landkreis Waldshut stellvertretend für viele weitere Landkreise in Deutschland. Die Ergebnisse und die Tendenz der Entwicklungen sind auf andere strukturschwache Regionen des Landes übertragbar, in denen

eine ähnliche Problematik besteht. Bei der Lösungsfindung selbst müssen neben allgemeinen Ansätzen immer auch die lokalen Spezifika berücksichtigt werden.

Aus den Ergebnissen dieser Studie wird ersichtlich, dass aus ärztlicher Sicht ein Verbesserungs- und akuter Handlungsbedarf besteht, um auch in ländlichen Regionen eine flächendeckende Gesundheitsversorgung zukünftig noch gewährleisten zu können. Kernthemen sind die altersbedingten Praxisschließungen, der Nachwuchsmangel und die fehlende Kooperationsbereitschaft zur Gründung von Netzwerken.

Die von den Ärzten angeregten Lösungsansätze beschreiben zum einen Aspekte, die die Attraktivität des Landkreises als Lebens- und Arbeitsort erhöhen. Das umfasst beispielsweise eine Erneuerung und Ausweitung der Infrastruktur, eine bessere Anbindung an ein umfassendes kulturelles Angebot und die Erhöhung der Familienfreundlichkeit. Außerdem wünschen sich die niedergelassenen Ärzte von Seiten der Politik Unterstützung bei der Realisierung neuer Arbeitsmodelle, die den Anforderungen der jungen Ärztegeneration nach neuen Arbeitsmodellen, planbaren Arbeitszeiten und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gerecht werden. Dies könnte zum Beispiel in Form von Zusammenschlüssen von Praxen und der Bildung von Arztzentren geschehen. Denkbar wäre, dass die jeweilige Gemeinde die geeigneten Räumlichkeiten zur Verfügung stellt.

Um die Attraktivität des Landkreises für junge Mediziner zu erhöhen und damit die Versorgung langfristig zu sichern, regen die niedergelassenen Ärzte eine engere Zusammenarbeit mit den Hochschulen an, bspw. in Form von Pflichtpraktika auf dem Land, der Bereitstellung von Wohnunterkünften für Studenten. Auch die Wiederaufnahme des Fortbildungsangebots an den lokalen Krankenhäusern und die Förderung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sei elementar wichtig für die weitere Versorgung der Region.

Einige Ärzte regen auch an, die Abrechnungen und die administrativen Vorgänge zu erleichtern, um für junge Mediziner eigene Niederlassungen wieder interessanter zu machen. Denkbar wäre beispielsweise die Auslagerung administrativer Vorgänge an externe Firmen oder eine Schnittstelle, die die Administration mehrerer Praxen übernimmt.

Die vorliegende Befragung macht das Ausmaß der drohenden Unterversorgung am Beispiel eines ländlichen Landkreises in Baden-Württemberg deutlich. Teilweise weckte die Befragung wohl als ein erster aktiver Lösungsschritt auch Hoffnungen. In den Experteninterviews äußerten mehrere Befragte, dass sie bereits in verschiedenen Konstellationen und Anläufen versucht hatten, bezüglich der Lösung der Versorgungsproblematik mit politischen Akteuren in den Austausch zu kommen, dieser aber immer ergebnislos gewesen sei und die Ärzteschaft deshalb resigniert habe. Die vorliegende Studie sahen die Befragten als ein Zeichen von Interesse der Politik und der Wissenschaft an einer konkreten Lösungsfindung.

Die Befragung und Datenerhebung erfolgte im November und Dezember 2016. Seitdem hat sich die Versorgungslage des LK Waldshut weiter verändert. Die von der Ärzteschaft befürchtete Schließung des Krankenhauses Bad Säckingen ist in Form einer starken Einschränkung des medizinischen Angebotes in Bad Säckingen eingetreten. Auch das Krankenhaus in Waldshut wird 2028 geschlossen werden. Stattdessen befindet sich ein Zentralklinikum an einem neuen Standort in der südlichen Region in Planung. Angeschlossen soll dort ein sogenannter Gesundheitspark sein, in dem ein Ärztehaus und weitere ambulante Angebote angesiedelt sind.

Die Situation um die niedergelassenen Ärzte im Landkreis Waldshut – und damit die Versorgungssituation des ländlichen Bereichs – hat sich, wie von der befragten Ärzteschaft befürchtet, weiter zugespitzt. Von den 111 hausärztlichen Praxen, die im Jahr 2016 im Landkreis ansässig waren, waren bereits im Jahr 2019 nur noch 95 Praxen vorhanden. Auch der Altersdurchschnitt ist weiter gestiegen. Während im Jahr 2016 45% der Ärzte über 60 Jahre alt waren, waren es im Jahr 2019 47%. Ganze 88,4% der Hausärzte waren über 50 Jahre alt (KVBW 2019).

Bei den Gebietsärzten stellt sich die Altersverteilung etwas entspannter dar; lediglich bei den Psychotherapeuten ist ein deutlich größerer Anteil älterer Ärzte zu verzeichnen (40% > 60 Jahre alt). In der Kinder- und Jugendmedizin zeigt sich eine gleichmäßige Verteilung der Ärzte im Alter zwischen 40 und 65 Jahren. Bei den fachärztlich tätigen Internisten sowie in der Augenheilkunde ist feststellbar,

dass junge Mediziner nachfolgen. Allerdings sind die Gebietsärzte vorwiegend in den Orten Waldshut-Tiengen, Bad Säckingen und Lauchringen ansässig. In den übrigen Gemeinden finden sich kaum niedergelassene Gebietsärzte. Lediglich die Psychotherapeuten weisen eine vergleichsweise starke Verteilung über die verschiedenen Gemeinden auf (Ebd.).

Insofern zeigt sich, dass sich die in der vorliegenden Befragung geäußerten Befürchtungen der Ärzte bestätigt haben und die Versorgungslage im Landkreis, insbesondere der ländlichen Bereiche, zunehmend kritischer wird. Umso wichtiger ist es, dass neue Versorgungskonzepte entwickelt werden, die die Lücken in der aktuellen Versorgung ausgleichen und im besten Fall schließen können. Dafür ist eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen allen Parteien, den niedergelassenen Ärzten, den Krankenhäusern, der Politik und der Wissenschaft notwendig.



## 8 Zusammenfassung

**Hintergrund:** Das elementare Ziel eines Gesundheitssystems besteht in der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Eine gut funktionierende und belastbare Primärversorgung bildet dabei die entscheidende Grundlage. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und dem dadurch bedingten steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen steht die ambulante Versorgung vielerorts vor großen Herausforderungen.

**Fragestellung:** Das primäre Forschungsziel der Arbeit ist es, die aktuellen ambulanten Versorgungsstrukturen am Beispiel einer ländlichen Region (Landkreis Waldshut) mit regional stark unterschiedlicher Bevölkerungsverteilung und Infrastruktur zu analysieren. Zunächst soll die aktuelle haus- und gebietsärztliche Versorgungssituation des Landkreises dargestellt werden. Darauf aufbauend sollen die Versorgungsprobleme und mögliche Lösungsansätze aus Sicht der Ärzteschaft ermittelt werden, um daraus Handlungsoptionen für die zukünftige Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung zu entwickeln.

**Methode:** Genutzt wurde ein Mixed Methods-Ansatz bestehend aus einer schriftlichen Befragung aller niedergelassenen Ärzte im Landkreis (n=250, davon 120 Hausärzte) anhand eines selbst entwickelten Fragebogens und sechs persönlich geführten Experteninterviews mit ausgewählten Ärzten des Landkreises. Abgefragt wurden u. a. Alter, Praxisstruktur, Beurteilung der aktuellen Versorgungssituation und Planungen bzgl. der Nachfolge. Zur Auswertung wurden die 27 Gemeinden des Landkreises in fünf Regionen unterteilt. Die statistische Auswertung der Fragebögen erfolgte mittels SPSS. Die Auswertung der Interviews wurde nach Mayring durchgeführt.

**Ergebnisse:** Die Rücklaufquote lag für Hausärzte bei 69,6%, für Gebietsärzte bei 42,2%. Dabei lagen aus 22 der 32 Gemeinden Antworten vor. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass vielschichtige ambulante Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen vorhanden sind. Die hausärztliche Versorgung im Landkreis Waldshut ist insgesamt kritisch. Die gebietsärztliche Versorgung variiert stark nach Fachgebiet und Gemeinde, ist aber insgesamt optimierbar. Vorrangig sind die Versorgungsprobleme bedingt durch die bereits geringe Ärztedichte und den

bevorstehenden altersbedingten Praxisschließungen, bei gleichzeitig bestehendem Nachwuchsmangel. Dabei ist der Anschluss zu Studierenden und Ärzten in Weiterbildung eher niedrig, die aktive Suche nach einem Nachfolger erscheint schwach, Kooperationen und innovative Versorgungsstrukturen sind wenig ausgebildet.

Die Antworten liefern Hinweise, dass sich die bereits bestehende Unterversorgung perspektivisch verschlimmern wird (mehr Praxisabgaben, Vergrößerung des Einzugsgebietes der verbleibenden Ärzte). Dies wird reflektiert in den angegebenen Befürchtungen der Ärzte hinsichtlich fehlenden Nachwuchses und mangelnder Kooperation.

**Schlussfolgerungen:** Aus den Antworten und der relativ hohen Rücklaufquote insbesondere von Älteren (>65J.) lässt sich schließen, dass Unzufriedenheit mit der derzeitigen Versorgungssituation verbunden mit Befürchtungen hinsichtlich der Zukunft sowohl bei Hausärzten wie auch Gebietsärzten herrschen. Gleichzeitig deuten die Ergebnisse dieser Befragung darauf hin, dass die vorhandenen Handlungsspielräume nicht ausreichend genutzt werden. Der am häufigsten thematisierte Aspekt ist der hohe Altersdurchschnitt der Ärzteschaft in Verbindung mit fehlendem Nachwuchs, was sowohl zum Zeitpunkt der Befragung als auch in den nächsten Jahren zu einer Anspannung in der Versorgungssituation, sowie zu einer Mehrbelastung der ansässigen Ärzte führt. Durch Delegation und Telemedizin wird bereits zum Teil versucht, den Mehrbedarf abzupuffern, allerdings ist insbesondere die Nutzung der Telemedizin noch deutlich ausbaufähig. Die Vorgänge, die zur hohen Frustration der Ärzteschaft bzgl. der Zusammenarbeit mit politischen Trägern, Krankenkassen und Hochschulen führte, müssen aufgearbeitet werden und zukünftig konstruktiver und kommunikativer gestaltet werden. Die Befragung weckte wohl als ein erster aktiver Lösungsschritt auch Hoffnungen.

FAZIT: Die Befragung macht das Ausmaß der drohenden Unterversorgung in einem ländlich geprägten Landkreis deutlich. Sie bindet die Ärzteschaft als ersten

Schritt in die Zukunftsgestaltung mit ein und kann so die Basis für eine gemeindeübergreifende, situationsangepasste gemeinsame Weiterentwicklung von Strukturen bilden.

## 9 Literaturverzeichnis

AerzteZeitung (2020): Landarzt-Track soll Studierende für Allgemeinmedizin begeistern. Unter Mitarbeit von Florian Staeck. AerzteZeitung.de. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Landarzt-Track-soll-Studierende-fuer-Allgemeinmedizin-begeistern-410572.html>, zuletzt aktualisiert am 23.06.2020.000Z, zuletzt geprüft am 21.09.2020.

Arentz, Christine (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern. Wissenschaftliches Institut der PKV. Köln, zuletzt geprüft am 21.04.2021.

Barber S, Brettell R, Perera-Salazar R, Greenhalgh T, Harrington R. (2018): UK medical students' attitudes towards their future careers and general practice: a cross-sectional survey and qualitative analysis of an Oxford cohort. *BMC Med Educ.* 2018 Jul 4;18(1):160. doi: 10.1186/s12909-018-1197-z.

BGM - Bundesgesundheitsministerium (2023): Eckpunktepapier Krankenhausreform. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier\\_Krankenhausreform.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf), zuletzt geprüft am 18.07.2023

Bpb – Bundeszentrale für politische Bildung (2017): GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2011) und GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015). <https://www.bpb.de/themen/gesundheitspolitik/255859/gkv-versorgungsstrukturgesetz-2011-und-gkv-versorgungsstaerkungsgesetz-2015/>, zuletzt überprüft 06.07.2023.

Brandenburg, Torsten; Thielsch, Meinald T. (2009): Praxis der Wirtschaftspsychologie. Themen und Fallbeispiele für Studium und Anwendung. Münster: Monsenstein und Vannerdat (MV Wissenschaft), zuletzt geprüft am 02.10.2020.

Buck, Christoph; Doctor, Eileen; Eymann, Torsten (2021): Vermeidung der medizinischen Unterversorgung ländlicher Strukturen durch innovative Ansätze der Telemedizin. <https://www.fim-rc.de/Paperbibliothek/Veroeffentlicht/1035/wi-1035.pdf>, zuletzt geprüft am: 02.01.2023

Bundesärztekammer (2016): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2016. Ärztestatistik 2016: Die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten öffnet sich. Hg. v. Bundesärztekammer. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/>, zuletzt geprüft am 28.02.2018.

Bundesärztekammer (2019a): Ambulant tätige Ärzte nach Gebietsbezeichnung und Altersgruppen. Stand 31.12.2019, S. 10–12. Online verfügbar unter <https://www.aerztekammer-bw.de/40presse/05aerztestatistik/index.html>, zuletzt geprüft am 27.07.2020.

Bundesärztekammer (2019b): Ausländische Ärztinnen und Ärzte. Hg. v. Bundesärztekammer. Online verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2019/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/>, zuletzt aktualisiert am 22.05.2020+0000, zuletzt geprüft am 11.08.2020.

Bundesärztekammer (2019c): Tabelle 13: Abwanderung von Ärzten ins Ausland (Ärzttestatistik 2019), S. 44–45. Online verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2019/abwanderung-von-aerzten-ins-ausland/>, zuletzt geprüft am 12.08.2020.

Bundesärztekammer (2021): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2020. Ärztlicher Nachwuchsförderung höchste Priorität beimessen. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2020/>, zuletzt aktualisiert am 08.04.2021+0000, zuletzt geprüft am 23.04.2021.

Bundesärztekammer (2023): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2022. <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2022>, zuletzt geprüft am 06.07.2023

Bundesministerium für Bildung und Forschung (2019): "Masterplan Medizinstudium 2020" - BMBF. Online verfügbar unter <https://www.bmbf.de/de/masterplan-medizinstudium-2020-4024.html>, zuletzt aktualisiert am 29.07.2020.000Z, zuletzt geprüft am 29.07.2020.

De Miranda, Katharina Lima; Prosi, Daniel; Schmidt, Ulrich; Wecker, Hannah (2018): Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung: Gibt es strukturelle Unterschiede?. In: *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*; 67 (3) <https://doi.org/10.1515/zfwp-2018-0017>

Deutsche Gesundheitsnachrichten (2015): Ärztemangel: In Deutschland fehlen 110.000 Ärzte bis 2030. Hg. v. Deutsche Gesundheitsnachrichten. Online verfügbar unter <http://www.deutsche-gesundheits-nachrichten.de/2015/04/16/aerztemangel-in-deutschland-fehlen-110-000-aerzte-bis-2030/>, zuletzt geprüft am 28.02.2018.

Deutsches Ärzteblatt (2008): Ärztewanderung: Das Ausland lockt. Unter Mitarbeit von Thomas Kopetsch. Deutscher Ärzteverlag GmbH. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/59565/Aerztewanderung-Das-Ausland-lockt>, zuletzt aktualisiert am 12.08.2020.000Z, zuletzt geprüft am 12.08.2020.

Deutsches Ärzteblatt (2019): Allgemeinmedizin wird für junge Ärzte attraktiver. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104975/Allgemeinmedizin-wird-fuer-junge-Aerzte-attraktiver>, zuletzt aktualisiert am 05.08.2020.000Z, zuletzt geprüft am 05.08.2020.

Die Landarztbörse (2022): <https://www.landarztboerse.de/> zuletzt geprüft am: 20.12.2022.

Dini Pou del Castillo, Maria Lorena Dr. med.; Miralles, Jana Gisbert; Heintze, Christoph Prof. Dr. med. (2018): Delegation in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Nordrhein-Westfalen. Eine Studie im Auftrag des LZG.NRW. Hg. v. Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW). Institut für Allgemeinmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Bochum, zuletzt geprüft am 21.11.2019.

Ehlert, André (2017): Kooperationsverhalten niedergelassener Ärzte in Norddeutschland: Statistische Analyse der Einflussfaktoren. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2017; 22(06), S.290-296, doi: 10.1055/s-0043-103023.

Ehrhardt, Lisa (2018): *Das Investitionsverhalten niedergelassener Ärzte*. Universität Bayreuth.

Eisenmann, Alexander; Antony, Katharina; Brunner-Ziegler, Sophie; Pertl, Daniela (2011): Wirksamkeit von Maßnahmen zur Reduktion unerwünschter Folgen von Polypharmazie. Eingeschränkt auf Patientinnen und Patienten älter als sechzig Jahre und mit besonderer Berücksichtigung elektronischer Verordnungssysteme. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, zuletzt geprüft am 11.08.2020.

El-Menouar, Yasemin; Blasius, Jörg (2005): Abbrüche bei Online-Befragungen: Ergebnisse einer Befragung von Medizinern. In: *ZA-Information / Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung*, 56, 70-92. Online verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-198541>, zuletzt geprüft am 20.06.2019.

Erler, Antje; Beyer, Martin; Welbers, Gerhart; Gerlach, Ferdinand M. (2012): Zusammenschluss von Hausarztpraxen zum SCHAAZ - Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und Burnout-Risiko. In: *Deutsches Ärzteblatt* (88), S. 303–312. Online verfügbar unter [https://www.online-zfa.de/fileadmin/user\\_upload/Heftarchiv/ZFA/article/2012/07/208F7FF1-12B9-411C-8714-63DB9BBAB96E/208F7FF112B9411C871463DB9BBAB96E\\_erler\\_schaaaz\\_1\\_original.pdf](https://www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/ZFA/article/2012/07/208F7FF1-12B9-411C-8714-63DB9BBAB96E/208F7FF112B9411C871463DB9BBAB96E_erler_schaaaz_1_original.pdf), zuletzt geprüft am 24.09.2020.

Evers-Wölk, Michaela; Sonk, Matthias; Oertel, Britta; Kahlisch, Carolin (2022): *Wie bewerten Bürger/innen die Telemedizin? Ergebnisse einer Repräsentativbefragung*. Karlsruher Institut für Technologie <https://publikationen.bibliothek.kit.edu/1000142238> zuletzt geprüft am: 20.12.2022.

Famira-Mühlberger, Ulrike; Firgo, Matthias; Streicher, Gerhard (2020): "Ärztliche Versorgung und der demographische Wandel," In: *WIFO Monatsberichte (monthly reports)*, WIFO Vol. 93(8), S. 609-618, August.

Fendrich, K.; van den Berg, N.; Siewert, U.; Hoffmann, W. (2010): Demografischer Wandel: Anforderungen an das Versorgungssystem und Lösungsansätze am Beispiel Mecklenburg-Vorpommern. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53 (5), S. 479–485. DOI: 10.1007/s00103-010-1051-x.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“. Online verfügbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)., zuletzt geprüft am 30.10.2020.

GKV-Spitzenverband (2019): Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie: 3.500 zusätzliche Sitze für Ärzte und Psychotherapeuten - GKV-Spitzenverband. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_850240.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_850240.jsp), zuletzt aktualisiert am 15.09.2020.000Z, zuletzt geprüft am 15.09.2020.

Götz, K.; Miksch, A.; Hermann, K.; Loh, A.; Kiolbassa, K.; Joos, S.; Steinhäuser, J. (2011): Berufswunsch "planungssicherer Arbeitsplatz" - Ergebnisse einer Online-Befragung unter Medizinstudierenden. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 136 (6), S. 253–257. DOI: 10.1055/s-0031-1272520.

Groth, Jana; Hierasimowicz, Konrad; Bösner, Bösner; Baum, Erika (2019): Einstellungen hessischer Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung Allgemeinmedizin auf dem Land. In: *ZFA | Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2019; 95 (12), S. 510 – 514.

Habermann-Horstmeier, L. (2022): Behinderung im Alter. In: Langer, P.C., Drewes, J., Schaarenberg, D. (Hrsg.) *Altern mit Stigma*. Springer VS, Wiesbaden, S. 61- 103 [https://doi.org/10.1007/978-3-658-37216-3\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-658-37216-3_3).

Hartmannbund (2021): Assistenzarztumfrage 2021. [https://www.hartmannbund.de/wp-content/uploads/2021/04/Assistenzarztumfrage\\_2021\\_Ergebnisse-komplett.pdf](https://www.hartmannbund.de/wp-content/uploads/2021/04/Assistenzarztumfrage_2021_Ergebnisse-komplett.pdf) zuletzt überprüft 06.07.2023.

Hartmannbund (2022): Umfrage „Salutogenese“. [https://www.hartmannbund.de/wp-content/uploads/2022/09/2022-09-01\\_Umfrage\\_Salutogenese-1.pdf](https://www.hartmannbund.de/wp-content/uploads/2022/09/2022-09-01_Umfrage_Salutogenese-1.pdf) zuletzt überprüft 06.07.2023.

Hausärzterverband Baden-Württemberg (2019): Genossenschaftliche Hausarztmodelle sind ein vielversprechendes Mittel gegen den Ärztemangel im Ländlichen Raum. Online verfügbar unter <https://www.hausarzt-bw.de/news-12959/>, zuletzt aktualisiert am 02.08.2020.000Z, zuletzt geprüft am 02.08.2020.

Hermann, Teresa; Sturm, Heidrun; Joos, Stefanie; Flägel, Kristina; Steinhäuser, Jost; Reuter-Oppermann, Melanie (2017) Versorgungsplanung für den Landkreis Waldshut. Universität Tübingen

Herr, David; Lessing, Constanze (2015): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. In: *GuS* 68 (6), S. 7–14. DOI: 10.5771/1611-5821-2014-6-7.

Hoffmann, R.; Thielemann, F.; Wirtz, D. C.; Niethard, F. U.; Siebert, H. (2008): Delegation ärztlicher Leistungen: Ein trojanisches Pferd? In: *Der Unfallchirurg* 111 (5), S. 367–370. DOI: 10.1007/s00113-008-1423-y.

Hollstein, Bettina (2010): *Qualitative Methoden und Mixed-Method-Designs*. DOI:10.1007/978-3-531-92575-2\_40 [https://www.researchgate.net/profile/Betina-Hollstein/publication/238490226\\_Qualitative\\_Methoden\\_und\\_Mixed-Method-Designs/links/5e9cb022a6fdcca789283a16/Qualitative-Methoden-und-Mixed-Method-Designs.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Betina-Hollstein/publication/238490226_Qualitative_Methoden_und_Mixed-Method-Designs/links/5e9cb022a6fdcca789283a16/Qualitative-Methoden-und-Mixed-Method-Designs.pdf) zuletzt geprüft am: 06.01.2023.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019a): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV 2020. Gesundheitsdaten - Niedergelassene Ärzte werden immer älter. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>, zuletzt geprüft am 29.07.2020.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019b): Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018. Stellungnahmen der KBV, des MFT und der BVMD, S. 58. Online verfügbar unter [https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring\\_Medizinstudierende\\_2018.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf), zuletzt geprüft am 25.09.2020.



Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020a): Ärztemangel. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter [https://www.kbv.de/html/themen\\_1076.php](https://www.kbv.de/html/themen_1076.php), zuletzt aktualisiert am 05.08.2020.000Z, zuletzt geprüft am 05.08.2020.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020b): Bedarfsplanung. Versorgungsgrade. Bewertung der Versorgungslage. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php#content28636>, zuletzt aktualisiert am 12.08.2020.000Z, zuletzt geprüft am 12.08.2020.

Kassenärztliche Bundesvereinigung; Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (2016): Tabellenband Ärztemonitor 2016. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte. infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH. Bonn, zuletzt geprüft am 11.08.2020.

Kassenärztliche Bundesvereinigung; Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V. (2023): Gesundheitsdaten. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>, zuletzt geprüft am 06.07.2023.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2019): Die ambulante medizinische Versorgung 2019. Online verfügbar unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de), zuletzt geprüft am 01.08.2020.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2020a): Stand der Bedarfsplanung. Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion gemäß Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg. - 6.Juli 2020 -, S. 2. Online verfügbar unter <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/>, zuletzt geprüft am 27.07.2020.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2020b): Stand der Bedarfsplanung. Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion gemäß Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg. Fortschreibung des Bedarfsplans vom 25.06.2013. Online verfügbar unter <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/>, zuletzt geprüft am 23.09.2020.

Kelle, Udo (2018): „Mixed Methods“ in der Evaluationsforschung – mit den Möglichkeiten und Beschränkungen quantitativer und qualitativer Methoden arbeiten. In: *Zeitschrift für Evaluation* Vol. 17; 1/2018: 25-52.

Kiolbassa, Kathrin; Miksch, Antje; Hermann, Katja; Loh, Andreas; Szecsenyi, Joachim; Joos, Stefanie; Goetz, Katja (2011): Becoming a general practitioner - Which factors have most impact on career choice of medical students? In: *BMC family practice*. Online verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/25>, zuletzt geprüft am 29.07.2020.

Kis, Anne; Augustin, Matthias; Augustin, Jobst (2017); Regionale fachärztliche Versorgung und demographischer Wandel in Deutschland – Szenarien zur dermatologischen Versorgung im Jahr 2035. In: *Journal of the German Society of Dermatology* Vol. 15(12), Dezember 2017, S. 1199-1210. doi:10.1111/ddg.13379\_g

Klingner, C. C., Brodoehl, S., Wagner, F., Berrouschot, J., Günther, A., Witte, O. W., & Klingner, C. M. (2020): Effektivität, Effizienz und Sicherheit der Schlaganfall-Telemedizin in Zeiten der Corona-Pandemie : Der „Fall“ Thüringen [Effectiveness, efficiency and safety of stroke telemedicine in times of the coronavirus pandemic : The "case" Thuringia]. *Der Nervenarzt*, 91(10), 946–951. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00970-5>.

Klose, Joachim; Rehbein, Isabel (2016): *Ärztatlas 2016. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*, zuletzt geprüft am 28.02.2018.

Korzilius H. (2008): Hausärztemangel in Deutschland: Die große Landflucht. In: *Dtsch Arztebl* 2008; 105: 373–374. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/59015/Hausaerztemangel-in-Deutschland-Die-grosse-Landflucht>, zuletzt geprüft am 09.08.2023.

Kringos, D. S. (2012a): The strength of primary care in Europe. Unter Mitarbeit von P. P. Groenewegen, J. Zee und W.G.W. Boerma: Utrecht University. Online verfügbar unter <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/256373>., zuletzt geprüft am 10.08.2020.

Kringos, D. S. (2012b): The strength of primary care in Europe = De sterkte van de eerste lijn in Europa. De sterkte van de eerste lijn in Europa (met een samenvatting in het Nederlands). Unter Mitarbeit von P. P. Groenewegen, J. Zee und W.G.W. Boerma: Utrecht University.

Kringos, Dionne S.; Boerma, W. G. W.; Hutchinson, Allen; Saltman, Richard B. (Hg.) (2015): *Building primary care in a changing Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory studies series, no. 38). Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458728/>., zuletzt geprüft am 04.10.2020.

Kringos, Dionne; Boerma, Wienke; Bourgueil, Yann; Cartier, Thomas; Dedeu, Toni; Hasvold, Toralf et al. (2013): The strength of primary care in Europe: an international comparative study. In: *Br J Gen Pract* 63 (616), e742-e750. doi: 10.3399/bjgp13X674422.

Kroeger, Gesa (2017): Darum gehen Ärzte aus dem Krankenhaus in die Niederlassung. Untersuchung auf Grundlage des Ärztemonitors 2016 und der zurückliegenden berufspolitischen Arbeit des NAV-Virchow-Bundes. Hg. v. Brendan-Schmittmann-Stiftung, zuletzt geprüft am 05.03.2018.

Küpper, Patrick; Mettenberger, Tobias (2018): Berufliche und private Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzten in ländlichen Räumen. In: *Raumforschung und Raumordnung*; 76(3); S. 229-245 <https://doi.org/10.1007/s13147-018-0535-2>.

KVBW – Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2019): *Die ambulante medizinische Versorgung 2019*. KVBW, Stuttgart.

KV BaWü – Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (2022): Altersstruktur. <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/daten-fakten/altersstruktur-der-aerzte-therapeuten> zuletzt geprüft am: 20.12.2022.

Landarztbörse (2016): Praxisabgabe: Warum junge Ärzte nicht aufs Land wollen. Drohende medizinische Unterversorgung durch Mangel an der Risikobereitschaft zur Praxisübernahme. Hg. v. Landarztbörse. [Landarztboerse.de](http://Landarztboerse.de). Online verfügbar unter <https://www.landarztboerse.de/praxisabgabe-warum-junge-aerzte-nicht-aufs-land-wollen/mag-189>, zuletzt geprüft am 01.08.2020.

Landesärztekammer Baden-Württemberg (Hg.) (2019): Aktuelle Ärztestatistik 2019 für Baden-Württemberg veröffentlicht - Landesärztekammer Baden-Württemberg. Online verfügbar unter <https://www.aerztekammer-bw.de/40presse/05aerztestatistik/aktuell-statistik-2019/index.html>, zuletzt aktualisiert am 21.09.2020.000Z, zuletzt geprüft am 22.09.2020.

Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste J, Lingner H, Hoffman R, Assenova R, Koskela T, Klemenc-Ketis Z, Nabbe P, Montier T, Peremans L. (2020): Which positive view of general practice do medical students and trainees have? A systematic literature review. *Educ Prim Care*. 2020 Mar;31(2):104-111. doi: 10.1080/14739879.2020.1716200.

Löffler, C.; Höck, J.; Hornung, A.; Kundt, G.; Drewelow, E.; Völker, S.; Kreiser, B.; Riedel, J.; Altiner, A. (2014): Was macht Ärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern – eine repräsentative Querschnittsstudie. *Gesundheitswesen* 2015; 77(12): 927-931. doi: 10.1055/s-0034-1387743.

Lübking, Uwe (2020): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf dem Lande. In: *G+S* 2/2020, S. 8-14 <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2020-2-8>.

Ludwig, Kathrin; Machnitzke, Corina; Kühlein, Thomas; Roos, Marco (2018): Barrieren gegenüber einer (haus)ärztlichen Tätigkeit auf dem Land – Ergebnisse einer qualitativen Prä-Post-Befragung im praktischen Jahr. In: *GMS J Med Educ* 2018;35(4):Doc50. doi: 10.3205/zma001196.

Lützenkirchen, Anne (2005): Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen — eine aktuelle Bestandsaufnahme. In: *Gruppendynamik* 36 (3), S. 311–324. doi: 10.1007/s11612-005-0134-x.

Marengoni, Alessandra; Graziano Onder (2015): Guidelines, polypharmacy, and drug-drug interactions in patients with multimorbidity. In: *BMJ* 350. doi: 10.1136/bmj.h1059.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (8. Aufl., S. 468–475). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

Mergenthal, K.; Leifermann, M.; Beyer, M.; Gerlach, F. M.; Güthlin, C. (2016): Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland - eine Übersicht. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 78 (8-09), e62-8. doi: 10.1055/s-0035-1555948.

Ministerium für Soziales und Integration - Baden Württemberg (2019): Zukunftsfähige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Ergebnisse aus dem Modellprojekt zur ambulanten Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg. Online verfügbar unter [www.gesundheitsdialog-bw.de/koordinierungsstelle](http://www.gesundheitsdialog-bw.de/koordinierungsstelle), zuletzt geprüft am 01.08.2020.

Miralles, Jana Gisbert; Heintze, Christoph; Dini, Lorena (2020): Hausärztliche Delegationskonzepte in Nordrhein-Westfalen Ergebnisse der hausärztlichen Befragung zum

Einsatz von EVA, VERAH, VERAH Plus zur Delegation definierter Tätigkeiten. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* Volumes 156–157, November 2020, S. 50-58.

Munz, Hannes (2014): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt, zuletzt geprüft am 28.02.2018.

Munz, Hannes (2019): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2019, S. 1–34. Online verfügbar unter [https://www.kbv.de/html/1150\\_45953.php](https://www.kbv.de/html/1150_45953.php), zuletzt geprüft am 27.07.2020.

Natanzon, Iris; Ose, D.; Szecsenyi, J.; Joos, S. (2010): Berufsperspektive Allgemeinmedizin: Welche Faktoren beeinflussen die Nachwuchsgewinnung? Eine qualitative Befragung von Hausärzten. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)* 135 (20), S. 1011–1015. doi: 10.1055/s-0030-1253690.

Neugebauer, Martin (2016): Wachsender Ärztemangel. [S.I.]: GRIN PUBLISHING, Hamburg.

Neuhaus, Maryline (2021): Fachkräftemangel im ländlichen Raum: Von Mexiko nach Ichenhausen. In: *kma - Klinik Management aktuell* 2021; 26(10): 53-55 doi: 10.1055/s-0041-1739079-

Nieser, Cindy Christine (2019): Würden telemedizinische Videosprechstunden (für Patienten, die sich subjektiv als Notfall ärztlich vorstellen) als Alternative zur persönlichen Arztkonsultation in Anspruch genommen? Arzt- und Patientenbefragungen zu Videosprechstunden. Universität des Saarlandes. <http://dx.doi.org/10.22028/D291-35584>

O. a. N. (2018): Telemedizin hilft bei Notfällen auf den Halligen. In: *NOTARZT* 2018; 34(03): 118 – 118 doi: 10.1055/a-0598-7081.

Obermann, Konrad; Müller, Peter (2017): Der niedergelassene Arzt. Berufliche Erfüllung zwischen professionell-ethischem Anspruch, betriebswirtschaftlichem Kalkül und sozialem Wandel. In: Thielscher, Christian (Hrsg.) *Medizinökonomie 2*. Springer, Wiesbaden, S. 7-46.

Plat, E.; Scherer, M.; Bottema, B.; Chenot, J-F (2007): Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in den Niederlanden--ein Modell für Deutschland? Beschreibung der Weiterbildung und kritischer Vergleich. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte*

*des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)* 69 (7), S. 415–419. doi: 10.1055/s-2007-985128.

Reinhard, Klaus (2021): Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten im Berufsalltag. In: van der Eijk, Philip; Ganten, Detlev; Marek, Roman (Hrsg.): *Was ist Gesundheit? : Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur*. De Gruyter, Berlin/ Boston (Humanprojekt : Interdisziplinäre Anthropologie ; 18) Teil 3: Neue Perspektiven auf die evidenzbasierte Medizin, S. 339-349.

Robert Koch-Institut (2015): Bericht Gesundheit in Deutschland 2015. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, zuletzt geprüft am 28.02.2018.

Roch, Svenja (2017): Der Mixed-Methods-Ansatz. In: Winkel, Jens; Fichten, Wolfgang; Großmann, Kirsten (Hrsg.) *Forschendes Lernen an der Europa-Universität Flensburg*. Europa-Universität Flensburg, S. 95-110.

Rommel, A.; Giersdorf, J.; Prütz, F. (2017): Frequent Attenders: Was sind die Einflussfaktoren einer überdurchschnittlich häufigen Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Deutschland?. In: *Gesundheitswesen* 2017; 79(08/09): 656-804 doi: 10.1055/s-0037-1605802.

Sachverständigenrat (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2014, zuletzt geprüft am 28.02.2018.

Sass, A. C.; Wurm, S.; Scheidt-Nave, C. (2010): Alter und Gesundheit: Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53 (5), S. 404–416. doi: 10.1007/s00103-010-1049-4.

Scheidt-Nave, C.; Richter, S.; Fuchs, J.; Kuhlmeier, A. (2010): Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel "Multimorbidität". In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53 (5), S. 441–450. doi: 10.1007/s00103-010-1052-9.

Schmid, Andreas; Günther, Sarah; Baierlein, Jochen; Robert Bosch Stiftung (2020): Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Online verfügbar unter: <https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020->

11/Vom\_PORT-Gesundheitszentrum\_zur\_regionalen\_Pr%C3%A4rversorgung.pdf, zuletzt geprüft am 08.08.2023.

Schmidt, Siegfried J. (2014): Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern unter Berücksichtigung des steigenden Anteils an ausländischen Ärztinnen und Ärzten mit Darstellung der aktuellen Personalsituation anhand einer Befragung bayerischer Krankenhäuser. Ludwigs-Maximilian-Universität zu München, München. Medizinische Fakultät, zuletzt geprüft am 08.05.2018.

Schuch, Felipe B.; Vancampfort, Davy; Firth, Joseph; Rosenbaum, Simon; Ward, Philip B.; Silva, Edson S. et al. (2018): Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. In: *The American journal of psychiatry* 175 (7), S. 295–302. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17111194.

Schulte, Peter; Ritter, Sophia Magdalena; Schneider, Nils; Stiel, Stephanie (2020): Wie zufrieden sind Landärzte? Eine quantitative Analyse in zwei Landkreisen in Niedersachsen. In: *Zeitschrift für Allgemeinmediziner* (6), S. 270–275, zuletzt geprüft am 29.07.2020.

Siech, Caro (2018): Wie können wir Ärzt\*innen motivieren, als Landärzt\*in zu arbeiten? Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärztemangels. Hg. v. Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. Brandenburg a.d. Havel, zuletzt geprüft am 12.06.2019.

Sozialministerium Baden-Württemberg 82022): *Landarztquote*. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/medizinische-versorgung/landarztquote/> zuletzt geprüft am: 21.12.2022

Starostzik, Christine; Berger, Doris (2016): Auch Patienten leiden unter ärztlichem Burnout. *Im Focus Onkologie* 19, 12–15 (2016). <https://doi.org/10.1007/s15015-016-2526-x>.

Statistisches Bundesamt (2021): Künftige Bevölkerungsentwicklung in Deutschland. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html), zuletzt aktualisiert am 21.08.2019+0200, zuletzt geprüft am 15.12.2021.

Steinhäuser, J.; Annan, N.; Roos, M.; Szecsenyi, J.; Joos, S. (2011): Lösungsansätze gegen den Allgemeinarmtmangel auf dem Land – Ergebnisse einer Online-Befragung

unter Ärzten in Weiterbildung. In: *Dtsch med Wochenschr* 136 (37), S. 1872. doi: 10.1055/s-0031-1276594.

Storr, Constanze; Bechtel, Ulrike; Berberat, Pascal O.; Barth, Niklas; Landendörfer, Peter; Schneider, Antonius (2017): Modellprojekt: Ausbildungskonzept Allgemeinmedizin im ländlichen Raum Bayerns – die medizinische „AKADemie“ Dillingen. In: *ZFA/ Z Allg Med* 2017; 93 (1), S. 39-43. <https://doi.org/10.3238/zfa.2017.0039-0043>

Sturm, Heidrun; Colombo, Miriam; Hebeiss, Teresa; Joos, Stefanie; Koch, Roland (2019): Patient Input in Regional Healthcare Planning-A Meaningful Contribution. In: *International journal of environmental research and public health* 16 (19). doi: 10.3390/ijerph16193754.

Swart, E., Graf von Stillfried, D.; Koch-Gromus, U. (2014): Kleinräumige Versorgungsforschung. In: *Bundesgesundheitsbl.* 57, 161–163 (2014). <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1897-9>.

Tangermann, Ulla; Kleij, Kim-Sarah; Krauth, Christian; Amelung, Volker Eric (2019): Hausärztliche Versorgungssituation und Einführung neuer Versorgungsformen in schwer zu versorgenden Regionen: Eine Befragung der Bevölkerung. *Gesundheitswesen* 2019; 81(06): 498-504  
doi: 10.1055/s-0043-119084.

Thoma, Michaela; Zimmermann, Matthias (1996): Zum Einfluss der Befragungstechnik auf den Rücklauf bei schriftlichen Umfragen - Experimentelle Befunde zur "Total-Design-Methode" (20(39)), S. 147–157. Online verfügbar unter <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-208813>.

Treudler, R., Walther, F., Ahnert, P. *et al.* (2017): Unerwünschte Arzneimittelreaktionen beim älteren Menschen. *Hautarzt* 68, 5–11 (2017). <https://doi.org/10.1007/s00105-016-3897-9>.

Uijen, Annemarie A.; van de Lisdonk, Eloy H. (2008): Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. In: *The European journal of general practice* 14 Suppl 1, S. 28–32. doi: 10.1080/13814780802436093.

Ulrich, Lisa-R.; Lemke, Dorothea; Eler, Antje; Müller, Beate S.; Gerlach, Ferdinand M.; Dahlhaus, Anne (2019): Arbeitsbelastung niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte in zwei thüringischen Landkreisen. *Work Stress among Family Physicians in two*



- Thuringian Districts. In: *Zeitschrift für Allgemeinmediziner* (3). doi: 10.3238/zfa.2019.0112-0118.
- Urbanek, Margarethe (2021): Telemedizin: Tops und Flops in Corona-Zeiten. In: *MMW - Fortschritte der Medizin* Vol.163, p.35. doi: 10.1007/s15006-021-9547-x
- van den Berg, N.; Meinke, C.; Hoffmann, W. (2009): Möglichkeiten und Grenzen der Telemedizin in der Flächenversorgung. In: *Der Ophthalmologe : Zeitschrift der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft* 106 (9), S. 788–794. doi: 10.1007/s00347-009-1961-x.
- van den Berg, Neeltje; Schmidt, S.; Stentzel, U.; Mühlhan, H.; Hoffmann, W. (2015): Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete : Möglichkeiten, Einschränkungen, Perspektiven. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (4-5), S. 367–373. doi: 10.1007/s00103-015-2134-5.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (2019): Keine Lust aufs Landleben? Warum Ärzte lieber in der Stadt arbeiten. Online verfügbar unter <https://www.pkv.de/presse/meldungen/aerztemangel-land-warum-aerzte-lieber-in-der-stadt-arbeiten/>, zuletzt aktualisiert am 01.10.2020.000Z, zuletzt geprüft am 01.10.2020.
- Vogelgesang, W., Kopp, J., Jacob, R., Hahn, A. (2018): Demographischer Wandel, Alterung, medizinische Versorgung und Gesundheit. In: *Stadt – Land – Fluss*. Springer VS, Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-16001-2\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-658-16001-2_6).
- von Mittelstaedt, Gert (2018): Primärversorgung im deutschsprachigen Raum. In: *Gesundheitswesen* 80 (05), S. 431–432. doi: 10.1055/a-0602-2476.
- Vu-Eickmann, Patricia; Loerbroks, Adrian (2017): Psychosoziale Arbeitsbedingungen Medizinischer Fachangestellter: Ergebnisse einer qualitativen Studie zu den berufsspezifischen Belastungen, Ressourcen, Präventionsmöglichkeiten und Interventionsbedürfnissen. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* Vol. 126, October 2017, S. 43-51. doi: 10.1016/j.zefq.2017.06.005.
- Wagner, Hans-Otto (2021): Polypharmazie. In: *Allgemeinmedizin up2date* 2021; 02(02): 155-171 doi: 10.1055/a-1200-8768.

Wangler, Julian; Jansky Michael (2020): Hausärztemangel im Spiegel der Medien  
Eine inhaltsanalytische Studie zu Darstellungsmustern in der Nachrichtenberichterstat-  
tung. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2020; 96 (5): 215- 220  
doi:10.3238/zfa.2020.0214-0219

Waschkau, Alexander; Allner, Raphael; Fischer, Stefan; Steinhäuser, Jost (2018): Te-  
lemedizin in der Hausarztpraxis - Aspekte der Kommunikation. In: *Zeitschrift für Allge-  
meinmediziner* (94), S. 17–21, zuletzt geprüft am 21.11.2019.

Wegener, Christian (2010): Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen  
Räumen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. Untersuchung am Bei-  
spiel des Landkreises Prignitz. Technische Universität Kaiserslautern, Kaiserslautern.  
Lehrstuhl Regionalentwicklung und Raumforderung, zuletzt geprüft am 18.07.2019.

Wild, Lena (2020): *Patient ländlicher Raum. Planungen und Fördermaßnahmen zur Si-  
cherstellung der medizinischen Versorgung in Thüringen*. Bauhaus-Universität Weimar.

World Health Organization (1981): Global Strategy for Health for All by the Year 2000.  
Geneva. "Health for all" Series, No.3, zuletzt geprüft am 11.08.2020.

Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (2018): Das vergessene Land: Wie Te-  
lemedizin Ärzten und Patienten neue Möglichkeiten eröffnet - ZTG Zentrum für Tele-  
matik und Telemedizin GmbH. Hg. v. ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin  
GmbH. Online verfügbar unter [https://www.ztg-nrw.de/2018/04/das-vergessene-land-  
wie-telemedizin-aerzten-und-patienten-neue-moeglichkeiten-eroeffnet/](https://www.ztg-nrw.de/2018/04/das-vergessene-land-wie-telemedizin-aerzten-und-patienten-neue-moeglichkeiten-eroeffnet/), zuletzt aktuali-  
siert am 04.08.2020.000Z, zuletzt geprüft am 04.08.2020.

## 10 Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Arbeit wurde im Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung der Universität Tübingen unter Betreuung von Frau PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm und Frau Prof. Dr. med. Stefanie Joos durchgeführt. Sie ist Teil eines Forschungsprojekts des Instituts für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein am Campus Lübeck.

Die Konzeption der Studie erfolgte unter Aufsicht von Frau PD Dr. Dr. med. Sturm.

Die Rekrutierung der Teilnehmer des quantitativen Teils wurde von mir durchgeführt; die Rekrutierung der Teilnehmer des qualitativen Teils wurde mit Unterstützung des Gesundheitsamtes Waldshut-Tiengen durchgeführt.

Die Einzelinterviews wurden von mir, mit Unterstützung von Frau PD Dr. Dr. med. Sturm, durchgeführt. Die qualitative Auswertung der Einzelinterviews wurde von mir vorgenommen. Dabei wurde das Kategoriensystem von mir erstellt und die Kodierung der Textstellen durch mich ausgeführt. Auch die anschließende Auswertung der einzelnen Kategorien wurde von mir erarbeitet.

Der Fragebogen wurde von mir, mit Unterstützung von Frau PD Dr. Dr. med. Sturm und Frau Prof. Dr. med. Joos erstellt. Als Basis wurde ein bereits existierender Fragebogen aus einer Befragungsstudie von Ärzten im Landkreis Prignitz (Christian Wegener) verwendet und von mir mit weiteren Fragen ergänzt. Der Versand der Fragebögen, der Empfang der Rückschriften der Teilnehmer, die Kontrolle des Rücklaufs und die Recalls wurden von mir, mit Unterstützung der Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgungsforschung der Universität Tübingen durchgeführt. Die Fragebogendaten wurden

von mir in eine Datenbank eingegeben und ebenfalls von mir deskriptiv analysiert.

Die Diskussion der Ergebnisse wurde von mir, im Austausch mit Frau PD Dr. Dr. med. Sturm und Frau Prof. Dr. med. Joos erstellt.

Ich versichere, das Manuskript selbständig (nach Anleitung durch Frau PD Dr. Dr. med. Sturm und Frau Prof. Dr. med. Joos) verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 15.08.2023

Fidan Tekin-Kaya

## 11 Veröffentlichungen

Auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Studie wurde ebenfalls folgende Studie veröffentlicht:

Hermann, Teresa; Sturm, Heidrun; Joos, Stefanie; Flügel, Kristina; Steinhäuser, Jost; Reuter-Oppermann, Melanie (2017) Versorgungsplanung für den Landkreis Waldshut. Universität Tübingen

## 12 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen beteiligten Personen meinen großen Dank aussprechen, die mich unterstützt haben und ohne deren Mithilfe die Anfertigung dieser Promotionsschrift niemals zustande gekommen wäre.

Mein besonderer Dank gilt Frau PD Dr. Dr. med. Heidrun Sturm und Frau Prof. Dr. med. Stefanie Joos für die ausgezeichnete intensive Betreuung und die enorme Unterstützung bei der Durchführung der gesamten Arbeit. Insbesondere der konstruktive Austausch und die regelmäßigen Rückmeldungen und Anmerkungen auf fachlicher und persönlicher Ebene waren eine enorm große Hilfe für mich und haben mich positiv beeinflusst und stark ermutigt.

Mein außerordentlicher Dank gilt meinem Ehemann und bestem Freund, Kadir Sinan Kaya, ohne seine mühevollen Geduld und sein liebevolles Verständnis in dieser beschwerlichen Zeit ein solcher Arbeitsumfang niemals hätte gelingen können. Die mehrfache Durchsicht, die kritischen Betrachtungen, die differenzierten Anmerkungen und vor allem aber sein moralischer Beistand und der menschliche Halt, haben mir Kraft und Mut zur Anfertigung und Vollendung meiner Dissertation gegeben. Wegen seines emotionalen Rückhalts gebührt ihm hier mein voller und besonders herauszustellender Dank. In dieser Hinsicht gebührt ein eigener Dank auch meiner Tochter Nesil Kaya und meinem Sohn Devin Kaya, die mich in der gesamten Zeit mit allen Emotionen uneingeschränkt geliebt haben.

Meinen Geschwistern und Neffen danke ich ebenfalls für die aufmerksame, liebevolle und vielseitige Unterstützung während des Verfassens dieser Arbeit und während meines Studiums, insbesondere auch bei der Betreuung meiner Kinder.

Mein ganz besonderer Dank aber gilt meinen Eltern, Kibar und Nizamettin Tekin, die meinen bisherigen Lebensweg ermöglicht und immer an mich geglaubt haben. Euer Vertrauen und eure Liebe haben mir in allen Phasen meines Lebens die Motivation gegeben, meine gesetzten Ziele zu erreichen.

# 13 Anhang

## 13.1 Leitfaden Experteninterviews



### Interviewleitfaden Ärzte

#### 1. Einleitung

- Vorstellung; Hinweis auf Freiwilligkeit, Aufzeichnung und Datenschutz
- Erklärung zum Ablauf, Erklärung zu spontaner Äußerung und freier Assoziation
- Vorstellungsrunde des/der Befragten: Alter, seit wann tätig als (Haus-)Arzt, Schwerpunkt

#### 2. Eingangsfragen (Warm-up)

- Wie schätzen Sie die medizinisch-ärztliche Versorgungssituation im Landkreis Waldshut aktuell aus subjektiver Sicht ein?

#### 3. Hauptfragen

- Welche Probleme sehen Sie in Bezug auf das medizinisch-ärztliche Angebot in Ihrer Gemeinde? Was sind häufig erlebte Probleme?
- Wie würden Sie die Patientenstruktur hinsichtlich Morbidität und soziodemographisch beschreiben?
- Welchen konkreten Bedarf sehen Sie? (ärztliche Versorgung, Kooperationen, weitergehende Unterstützung)
- Welche Verbesserungs- und Lösungsvorschläge haben Sie?
- Welche Zukunftspläne in Bezug auf Ihre ärztliche Tätigkeit bzw. die Weiterentwicklung Ihrer Praxis haben Sie? Haben Sie Kooperationspläne?
- Mit welchen Kollegen/Einrichtungen wird am meisten kooperiert? Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den Kliniken? Inwiefern gibt es einen fachlichen Austausch zwischen Ärzten und Mitversorgern?
- Planen Sie persönlich bereits Ihre Nachfolge? Wie gehen Sie vor? Was ist aus Ihrer Sicht der größte Hinderungsgrund, warum keine Nachfolger gefunden werden?
- Haben die Ärzte in ihren Praxen Erfahrungen mit Ärzten in Weiterbildung?
- Wie könnte Ihrer Meinung nach die Kooperation mit Universitäten verbessert werden?
- Könnten Sie sich vorstellen, eine VERAH /NäPa in Ihre Praxis zu integrieren? Für welche Aufgaben? Haben Sie das Gefühl, dass Ärzte Delegation gut finden?
- Was halten Sie von E-health-Anwendungen oder telemedizinischen Lösungen? Was hätte dort für Sie Priorität?
- Wie sind Sie elektronisch ausgestattet (Praxissoftware) vernetzt?
- Was ist Ihre Vision für die Versorgungsgestaltung in 5 Jahren für Ihre Praxis/ für die Region?
- Was sind jeweils Ihre größten Bedenken bzw. Hoffnungen?

#### 4. Schlussfrage (Wrap-up)

- Was sehen Sie als wichtigsten Aspekt, über den wir gesprochen haben?
- Was wollten Sie im Kontext noch oder schon immer mal sagen?
- Haben wir noch irgendwas vergessen?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

## 13.2 Fragebogen Hausärzte

EvaSys	Ärztebefragung im Landkreis Waldshut HÄ [Copy] [Copy]	Electric Paper UNIVERSITÄT TÜBINGEN
--------	---	---

Bitte so markieren:     Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
Korrektur:     Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

**Im Folgenden wird aus Gründen des Leseflusses generell das generische Maskulinum genutzt. Selbstverständlich sind damit immer beide Geschlechter gemeint.**

**1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PRAXISSTRUKTUR UND NIEDERLASSUNG**

1.1 Unter welcher Gebietsbezeichnung sind Sie tätig?  
 Praktischer Arzt  Facharzt für Allgemeinmedizin  Hausärztlich tätiger Internist

1.2 Haben Sie besondere fachliche Schwerpunkte? Falls ja, welche?

1.3 In welcher Praxisform arbeiten Sie?  
 Einzelpraxis  Praxismgemeinschaft  Sonstige  
 Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)  Gemeinschaftspraxis/ (BAG)  Überörtliche BAG  
 Berufsausübungsgemeinschaft

1.4 Haben Sie Ihre Praxis selbst gegründet?  
 ja  nein

1.5 Aus welchen Gründen haben Sie sich für diesen Praxisstandort entschieden? (Mehrfachnennungen möglich)  
 familienfreundliches Umfeld  Freizeit  regionale Verbundenheit  
 hohe Lebensqualität  ökonomische Gründe  gute Arbeitsbedingungen  
 Jobangebot für Partner  günstige Praxisübernahmebedingungen  Sonstiges

1.6 Haben Sie in der Vergangenheit Ihren Praxisstandort gewechselt?  
 ja  nein (weiter zu 1.8)

1.7 Falls ja, war der damalige Praxisstandort...  
 in der gleichen Gemeinde  in einer anderen Gemeinde  außerhalb des LK Waldshut

1.8 Wie viele Mitarbeiter arbeiten in Ihrer Praxis?  
Ärzte (Sie selbst eingeschlossen)

1.9 ...davon in Weiterbildung

1.10 Medizinische Fachangestellte (MFA)

1.11 ...davon MFA's mit Zusatzqualifikation (Bsp. VERAH oder NäPa)

F3921UOP1PL0V0 30.11.2016, Seite 1/6



**1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PRAXISSTRUKTUR UND NIEDERLASSUNG**  
[Fortsetzung]

1.12 Wie viele KV-Sitze sind in Ihrer Praxis vorhanden?

1.13 Wie sind die Öffnungszeiten Ihrer Praxis?

1.14 Wie viele Patienten betreuen Sie insgesamt in Ihrer Praxis im Quartal (Scheine)?  
(Kassen- und Privatpatienten)

- < 500 Patienten       500 - 1000 Patienten       1000 - 1500 Patienten  
 1500 - 2000 Patienten       > 2000 Patienten       weiß nicht

1.15 Welche Patientengruppen stellen in Ihrem Alltag die größte Herausforderung (organisatorisch, zeitlich) für Sie dar? Bitte beschreiben Sie kurz.

Wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit (ungefähr) verbringen Sie mit folgenden Tätigkeiten?

1.16 Haus- und Heimbefuche

 %

1.17 Bürokratie/ Dokumentation

 %

1.18 Kontakte mit anderen medizinischen Diensten, Fachspezialisten etc.

 %

1.19 Was ist die größte Herausforderung im organisatorischen Alltag Ihrer Praxis?

1.20 Delegieren Sie in Ihrer Praxis ärztliche Tätigkeiten an (weiterqualifizierte) MFA's oder Pflegekräfte?

- ja       nein (weiter zu 1.30)

1.21 Falls ja, wie viel Prozent Ihrer ärztlichen Tätigkeiten delegieren Sie durchschnittlich?

 %

## 1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PRAXISSTRUKTUR UND NIEDERLASSUNG [Fortsetzung]

Falls ja, welche hausärztlichen Aufgaben werden in Ihrer Praxis delegiert bzw. wie beurteilen Sie eine mögliche Delegation?

	konkret bereits erfolgt	wäre geplant	nicht möglich	nicht möglich
1.22 Unterstützung bei DMP-Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.23 Impfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.24 Wundmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.25 Diabeteschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.26 Haus-/ Heimbefuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.27 Sonstige:	<input type="text"/>			
1.28 Falls Sie bereits Aufgaben delegieren, aus welchen Gründen? <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>				
<input type="checkbox"/> persönlicher Zeitgewinn	<input type="checkbox"/> ökonomischer Vorteil	<input type="checkbox"/> Mitarbeitermotivation		
<input type="checkbox"/> Sonstiges				
1.29 Wenn Sie keine Aufgaben delegieren, warum nicht? <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>				
<input type="checkbox"/> kein finanzieller Vorteil	<input type="checkbox"/> kein organisatorischer Vorteil	<input type="checkbox"/> Unsicherheit bezüglich der Rahmenbedingungen		
<input type="checkbox"/> kein geeignetes Personal	<input type="checkbox"/> mangelnde Akzeptanz der Patienten	<input type="checkbox"/> aus Qualitätsgründen		
1.30 Wie akzeptieren Patienten Ihrer Meinung nach eine VERAH/ NÄPa etc.?				
sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.31 Gibt es praxiseigene Parkplätze?				
ja	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
1.32 Gibt es praxisnahe öffentliche Parkplätze?				
ja	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
1.33 Halten öffentliche Verkehrsmittel in Praxisnähe? <i>(max. 5 Min. Entfernung)</i>				
ja	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
1.34 Wie groß ist Ihre Praxisfläche? <i>(in m<sup>2</sup>)</i>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m <sup>2</sup>
1.35 Wie viele Räume sind in Ihrer Praxis vorhanden?				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.36 Welche der unten aufgeführten Geräte halten Sie vor? <i>(Mehrfachnennungen möglich)</i>				
<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Ergometrie		
<input type="checkbox"/> Spirometrie	<input type="checkbox"/> Sonographiegerät	<input type="checkbox"/> 24h-Langzeit Blutdruckmessgerät		
1.37 Sonstige:				
<input type="text"/>				
1.38 Teilen Sie sich Geräte mit Kollegen aus anderen Praxen (Geräte-Sharing)?				
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
1.39 Hat Ihre Praxis Breitband-Internet?				
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

## 1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PRAXISSTRUKTUR UND NIEDERLASSUNG [Fortsetzung]

1.40 Führen Sie Ihre Patientenakte...?

- elektronisch       in Papierformat       beides

Nutzen Sie elektronische Medien zu...

	ja	nein	geplant
1.41 Kommunikation mit Kollegen/ Informationsaustausch (Tumorkonferenz, Telekonsile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.42 Elektrische Patientenakte/ Datenaustausch mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.43 Kommunikation mit Patienten (Telekonsultation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.44 Medizinische Überwachung (Bsp. Schlaganfall, Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzen Sie die Akzeptanz von Telemedizin und elektronischen Medien ein?

- 1.45 ...durch medizinisches Personal      sehr hoch      gar nicht
- 1.46 ...durch Patienten      sehr hoch      gar nicht

## 2. VERSORGUNGSSITUATION UND KOOPERATIONEN

2.1 In welcher Gemeinde befindet sich Ihre Praxis?

2.2 Gehören weitere Gemeinden zu Ihrem geographischen Einzugsgebiet?

- ja       nein (weiter zu 2.4)

2.3 Falls ja, welche?

2.4 Hat sich der Patientenstamm Ihrer Praxis in den letzten 3 Jahren verändert?

- verkleinert       vergrößert       nicht verändert (weiter zu 2.6)

2.5 Wenn eine Veränderung stattgefunden hat, um wieviel Prozent etwa?

 %

2.6 Hat sich das Einzugsgebiet Ihrer Praxis in den letzten 3 Jahren verändert?

- verkleinert       vergrößert       nicht verändert (weiter zu 2.8)

2.7 Falls ja, wodurch?

2.8 Welche Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht sinnvoll, um dem absehbaren oder bereits eingetretenen hausärztlichen Versorgungsengpass entgegenzuwirken?

## 2. VERSORGUNGSSITUATION UND KOOPERATIONEN [Fortsetzung]

2.9 Nimmst Ihre Praxis an der hausarztzentrierten Versorgung teil?

ja (weiter zu 2.11)

nein

geplant (weiter zu 2.11)

2.10 Wenn nein, warum nicht?

Wie bewerten Sie die aktuelle Versorgungslage in Ihrer Region in Hinblick auf...?

	sehr gut	gut	mittel	schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
2.11 Hausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12 Gebietsärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13 Zahnärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.14 Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.15 Ambulante Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.16 Rehabilitative Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.17 Hospizdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.18 Sozialarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.19 Sanitätshäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.20 Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.21 Krankengymnasten/ Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.22 Logo-/ Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.23 Patientenschulungen, z.B. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.24 Präventionsangebote, z.B. Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.25 Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.26 leicht zugängliche Beratungsangebote für Menschen mit psychischen Problemen, z.B. von der Gemeinde, Kirche, Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.27 Gesundheitsversorgung in Ihrer Gemeinde insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.28 Was fehlt Ihrer Meinung nach am meisten in Ihrer Region in Bezug auf die Gesundheitsversorgung?

2.29 Wo würden Sie sich eine bessere Kooperation wünschen? (Mehrfachnennungen möglich)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärzte                                     | <input type="checkbox"/> niedergelassene Fachärzte | <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten                                      |
| <input type="checkbox"/> Kliniken                                      | <input type="checkbox"/> ambulante Pflege          | <input type="checkbox"/> Pflegeheime  |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitative Versorgung                     | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin/ Hospiz  | <input type="checkbox"/> Physiotherapie   |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie                                  | <input type="checkbox"/> Logopädie                 | <input type="checkbox"/> Apotheke   |
| <input type="checkbox"/> Komplementärmedizinische Versorgungsangebote  | <input type="checkbox"/> Sozialarbeit              | <input type="checkbox"/> Präventionsangebote aus dem nicht-medizinischen Umfeld |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt/ Gesundheitskonferenz/ Politik | <input type="checkbox"/> Sanitätshäuser            | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |

## 2. VERSORGUNGSSITUATION UND KOOPERATIONEN [Fortsetzung]

Wie beurteilen Sie den Wert der folgenden Maßnahmen?

	sehr hoch	hoch	mittelmäßig	wenig	gar nicht
2.30 praxisübergreifender Case-Manager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.31 Interprofessionelle Fallkonferenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.32 Definierte Behandlungspfade zwischen verschiedenen Fachkollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.33 Unterstützung der Patienten im Bereich Prävention und Selbstmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.34 Stärkere Einbeziehung von Apothekern bei Multimedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.35 Ehrenamt/ Nachbarschaftshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.36 Praxis auf Rädern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.37 Patientenbusse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.38 Zusammenschluss von Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.39 fachärztliche Filialpraxen/ Konsilsprechstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.40 Bau eines Zentralklinikums im LK in den nächsten 10 Jahren mit vollumfänglichem Leistungsspektrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. NACHWUCHS/ WISSENSCHAFT

	ja	nein
3.1 Ist Ihre Praxis eine akademische Lehrpraxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Haben Sie eine Befugnis zur ärztlichen Weiterbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Haben Sie in den letzten 3 Jahren oder aktuell in Ihrer Praxis einen Arzt in Weiterbildung beschäftigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Sind Sie auf der Suche nach einem Arzt in Weiterbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Haben Sie Interesse an Forschung in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. WELCHE PLÄNE HABEN SIE SELBST?

Haben Sie konkrete Pläne, in den nächsten 5 Jahren...

	ja	nein
4.1 ...Ihre Praxis abzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 ...in ein Angestelltenverhältnis zu wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 ...in eine Gemeinschaftspraxis/ eine Praxisgemeinschaft oder ein MVZ zu wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 ...Ihren Praxisstandort zu verlagern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls einer der Punkte 4.1 bis 4.4 zutreffen,... (sonst weiter zu 4.9)

4.5 ...in wie vielen Jahren planen Sie diesen Schritt?

4.6 ...aus welchen Gründen beabsichtigen Sie diesen Schritt zu gehen? (Mehrfachnennungen möglich)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> familiäre Gründe       | <input type="checkbox"/> ökonomische Gründe | <input type="checkbox"/> bessere Arbeitsbedingungen |
| <input type="checkbox"/> gesundheitliche Gründe | <input type="checkbox"/> Ruhestand          | <input type="checkbox"/> Sonstiges                  |

#### 4. WELCHE PLÄNE HABEN SIE SELBST? [Fortsetzung]

- 4.7 Wenn Sie beabsichtigen weiter ärztlich tätig zu sein, jedoch an einem anderen Standort, wohin möchten Sie diesen Schritt gehen?
- in die gleiche Gemeinde     
  in eine andere Gemeinde des LK Waldshut     
  außerhalb des LK Waldshut  
 noch keine Vorstellungen

- 4.8 Falls Sie planen, Ihre Praxis in den nächsten Jahren abzugeben, haben Sie bereits aktiv nach einem Nachfolger gesucht?

ja     
  nein     
  Nachfolger vorhanden

- 4.9 Wie schätzen Sie die Möglichkeit ein, Ihre Praxis nach Beendigung Ihrer Tätigkeit zu einem angemessenen Preis zu verkaufen?
- sehr gut      sehr schlecht

- 4.10 Was sind jeweils Ihre größten Bedenken bzw. Hoffnungen in Bezug auf die zukünftige medizinische Versorgung im LK Waldshut?

- 4.11 Wie sieht Ihre Vision in Bezug auf die Versorgungsgestaltung in der Region in 5 Jahren aus?

- 4.12 Welche Standorte des LK Waldshut würden Sie für eine Erweiterung/Verbesserung der medizinischen Versorgung empfehlen?

#### 5. ANGABEN ZUR PERSON

- 5.1 In welchem Jahr wurden Sie geboren?

- 5.2 Ihr Geschlecht

weiblich     
  männlich

- 5.3 Haben Sie vor Ihrem Studium bereits im heutigen LK Waldshut gelebt?

ja     
  nein

- 5.4 Seit wie vielen Jahren sind Sie ärztlich tätig? (nach Abschluss der Weiterbildung) Bitte runden Sie auf Jahre.

- 5.5 Wie arbeiten Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

Vollzeit (weiter zu 6)     
  eigener KV-Sitz (weiter zu 6)     
  angestellt (weiter zu 6)  
 Teilzeit

- 5.6 Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche?

Std/Woche

- 5.7 Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Arbeitszufriedenheit ein?      gut      schlecht

## 5. ANGABEN ZUR PERSON

[Fortsetzung]

- 5.8 Können Sie in den letzten 3 Jahren Entwicklungen viel weniger      viel mehr bei Ihrer Arbeitsbelastung erkennen?
- 5.9 Worauf führen Sie die Veränderung ggf. konkret zurück?

## 6. MÖCHTEN SIE UNS NOCH ETWAS MITTEILEN?

- 6.1 Ihre Anmerkungen

Falls Sie uns weitere Informationen oder Ihre Meinung in einem persönlichen Gespräch mitteilen möchten, kontaktieren Sie uns gerne für ein Einzelgespräch:

[fidan.tekin-kaya@student.uni-tuebingen.de](mailto:fidan.tekin-kaya@student.uni-tuebingen.de)

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

## 13.3 Fragebogen Gebietsärzte

EvaSys	Ärztebefragung im Landkreis Waldshut GÄ [Copy] [Copy]	Electric Paper UNIVERSITÄT TÜBINGEN
--------	---	---

Bitte so markieren:     Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
Korrektur:     Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

**Im Folgenden wird aus Gründen des Leseflusses generell das generische Maskulinum genutzt. Selbstverständlich sind damit immer beide Geschlechter gemeint.**

**1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PRAXISSTRUKTUR UND NIEDERLASSUNG**

1.1 Unter welcher Gebietsbezeichnung sind Sie tätig?

1.2 Haben Sie besondere fachliche Schwerpunkte? Falls ja, welche?

1.3 In welcher Praxisform arbeiten Sie?

<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Praxismgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis/ (BAG) Berufsausübungsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Überörtliche BAG

1.4 Haben Sie Ihre Praxis selbst gegründet?

ja  nein

1.5 Aus welchen Gründen haben Sie sich für diesen Praxisstandort entschieden? (*Mehrfachnennungen möglich*)

<input type="checkbox"/> familienfreundliches Umfeld	<input type="checkbox"/> Freizeit	<input type="checkbox"/> regionale Verbundenheit
<input type="checkbox"/> hohe Lebensqualität	<input type="checkbox"/> ökonomische Gründe	<input type="checkbox"/> gute Arbeitsbedingungen
<input type="checkbox"/> Jobangebot für Partner	<input type="checkbox"/> günstige Praxisübernahmebedingungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges

1.6 Haben Sie in der Vergangenheit Ihren Praxisstandort gewechselt?

ja  nein (*weiter zu 1.8*)

1.7 Falls ja, war der damalige Praxisstandort...

<input type="checkbox"/> in der gleichen Gemeinde	<input type="checkbox"/> in einer anderen Gemeinde	<input type="checkbox"/> außerhalb des LK Waldshut
---	--	--

1.8 Wie viele Mitarbeiter arbeiten in Ihrer Praxis?

Ärzte (*Sie selbst eingeschlossen*)

1.9 ...davon in Weiterbildung

1.10 Medizinische Fachangestellte (MFA)

1.11 Anderes medizinisches Assistenzpersonal (*z.B. MTRAs etc.*)

F3922U0P1PLOV0 30.11.2016, Seite 1/7



**1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PRAXISSTRUKTUR UND NIEDERLASSUNG**  
[Fortsetzung]

1.12 Wie viele KV-Sitze sind in Ihrer Praxis vorhanden?

1.13 Wie sind die Öffnungszeiten Ihrer Praxis?

1.14 Wie viele Patienten betreuen Sie insgesamt in Ihrer Praxis im Quartal (Scheine)?  
(Kassen- und Privatpatienten)

- < 500 Patienten       500 - 1000 Patienten       1000 - 1500 Patienten  
 1500 - 2000 Patienten       > 2000 Patienten       weiß nicht

1.15 Welche Patientengruppen stellen in Ihrem Alltag die größte Herausforderung (organisatorisch, zeitlich) für Sie dar? Bitte beschreiben Sie kurz.

Wie viel Prozent Ihrer Arbeitszeit (ungefähr) verbringen Sie mit folgenden Tätigkeiten?

1.16 Bürokratie/ Dokumentation

 %

1.17 Kontakte mit anderen medizinischen Diensten, Fachspezialisten etc.

 %

1.18 Was ist die größte Herausforderung im organisatorischen Alltag Ihrer Praxis?

1.19 Delegieren Sie in Ihrer Praxis ärztliche Tätigkeiten an medizinisches Assistenzpersonal (z.B. MFA's) oder Pflegekräfte?

- ja       nein (weiter zu 1.24)

1.20 Falls ja, wie viel Prozent Ihrer ärztlichen Tätigkeiten delegieren Sie durchschnittlich?

 %

1.21 Falls ja, welche ärztlichen Aufgaben werden in Ihrer Praxis an medizinisches Assistenzpersonal (z.B. MFA's) oder Pflegekräfte delegiert?

1.22 Falls Sie bereits Aufgaben delegieren, aus welchen Gründen? (Mehrfachnennungen möglich)

- persönlicher Zeitgewinn       ökonomischer Vorteil       Mitarbeitermotivation  
 Sonstiges

## 1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PRAXISSTRUKTUR UND NIEDERLASSUNG [Fortsetzung]

- 1.23 Wenn Sie keine Aufgaben delegieren, warum nicht? (*Mehrfachnennungen möglich*)
- kein finanzieller Vorteil     
  kein organisatorischer Vorteil     
  Unsicherheit bezüglich der Rahmenbedingungen  
 kein geeignetes Personal     
  mangelnde Akzeptanz der Patienten     
  aus Qualitätsgründen

- 1.24 Wie akzeptieren Patienten Ihrer Meinung nach eine Versorgung durch medizinisches Assistenzpersonal?      sehr gut                        gar nicht

- 1.25 Gibt es praxiseigene Parkplätze?       ja       nein
- 1.26 Gibt es praxisnahe öffentliche Parkplätze?
- 1.27 Halten öffentliche Verkehrsmittel in Praxisnähe? (*max. 5 Min. Entfernung*)
- 1.28 Wie groß ist Ihre Praxisfläche? (*in m<sup>2</sup>*)

m<sup>2</sup>

- 1.29 Wie viele Räume sind in Ihrer Praxis vorhanden?

- 1.30 Hat Ihre Praxis Breitband-Internet?

ja       nein

- 1.31 Führen Sie Ihre Patientenakte...?

elektronisch       in Papierformat       beides

Nutzen Sie elektronische Medien zu...

- |  | ja                       | nein                     | geplant                  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.32 Kommunikation mit Kollegen/ Informationsaustausch (Tumorkonferenz, Telekonsile) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.33 Elektrische Patientenakte/ Datenaustausch mit Kollegen                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.34 Kommunikation mit Patienten (Telekonsultation)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.35 Medizinische Überwachung (Bsp. Schlaganfall, Herzinsuffizienz)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie schätzen Sie die Akzeptanz von Telemedizin und elektronischen Medien ein?

- 1.36 ...durch medizinisches Personal      sehr hoch                    gar nicht
- 1.37 ...durch Patienten      sehr hoch                    gar nicht

## 2. VERSORGUNGSSITUATION UND KOOPERATIONEN

- 2.1 In welcher Gemeinde befindet sich Ihre Praxis?

- 2.2 Gehören weitere Gemeinden zu Ihrem geographischen Einzugsgebiet?

ja       nein (*weiter zu 2.4*)

- 2.3 Falls ja, welche?

## 2. VERSORGUNGSSITUATION UND KOOPERATIONEN [Fortsetzung]

- 2.4 Hat sich der Patientenstamm Ihrer Praxis in den letzten 3 Jahren verändert?  
 verkleinert  vergrößert  nicht verändert (weiter zu 2.6)

- 2.5 Wenn eine Veränderung stattgefunden hat, um wieviel Prozent etwa?

%

- 2.6 Hat sich das Einzugsgebiet Ihrer Praxis in den letzten 3 Jahren verändert?  
 verkleinert  vergrößert  nicht verändert (weiter zu 2.8)

- 2.7 Falls ja, wodurch?

- 2.8 Besteht aus Ihrer Sicht für Ihr Fachgebiet ein Versorgungsengpass?

- ja  nein (weiter zu 2.10)

- 2.9 Falls ja, welche Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht sinnvoll, um dem absehbaren oder bereits eingetretenen ärztlichen Versorgungsengpass entgegenzuwirken?

Wie bewerten Sie die aktuelle Versorgungslage in Ihrer Region in Hinblick auf...?

	sehr gut	gut	mittel	schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
2.10 Hausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11 Gebietsärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12 Zahnärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13 Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.14 Ambulante Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.15 Rehabilitative Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.16 Hospizdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.17 Sozialarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.18 Sanitätshäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.19 Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.20 Krankengymnasten/ Physiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.21 Logo-/ Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.22 Patientenschulungen, z.B. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.23 Präventionsangebote, z.B. Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.24 Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.25 leicht zugängliche Beratungsangebote für Menschen mit psychischen Problemen, z.B. von der Gemeinde, Kirche, Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.26 Gesundheitsversorgung in Ihrer Gemeinde insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. VERSORGUNGSSITUATION UND KOOPERATIONEN [Fortsetzung]**

2.27 Was fehlt Ihrer Meinung nach am meisten in Ihrer Region in Bezug auf die Gesundheitsversorgung?

--

2.28 Wo würden Sie sich eine bessere Kooperation wünschen? (Mehrfachnennungen möglich)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärzte                                     | <input type="checkbox"/> niedergelassene Fachärzte | <input type="checkbox"/> Psychotherapeuten                                      |
| <input type="checkbox"/> Kliniken                                      | <input type="checkbox"/> ambulante Pflege          | <input type="checkbox"/> Pflegeheime  |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitative Versorgung                     | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin/ Hospiz  | <input type="checkbox"/> Physiotherapie   |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie                                  | <input type="checkbox"/> Logopädie                 | <input type="checkbox"/> Apotheke   |
| <input type="checkbox"/> Komplementärmedizinische Versorgungsangebote  | <input type="checkbox"/> Sozialarbeit              | <input type="checkbox"/> Präventionsangebote aus dem nicht-medizinischen Umfeld |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt/ Gesundheitskonferenz/ Politik | <input type="checkbox"/> Sanitätshäuser            | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |

Wie beurteilen Sie den Wert der folgenden Maßnahmen?

	sehr hoch	hoch	mittelmäßig	wenig	gar nicht
2.29 praxisübergreifender Case-Manager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.30 Interprofessionelle Fallkonferenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.31 Definierte Behandlungspfade zwischen verschiedenen Fachkollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.32 Unterstützung der Patienten im Bereich Prävention und Selbstmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.33 Stärkere Einbeziehung von Apothekern bei Multimedikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.34 Ehrenamt/ Nachbarschaftshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.35 Praxis auf Rädern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.36 Patientenbusse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.37 Zusammenschluss von Praxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.38 fachärztliche Filialpraxen/ Konsilsprechstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.39 Bau eines Zentralklinikums im LK in den nächsten 10 Jahren mit vollumfänglichem Leistungsspektrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. NACHWUCHS/ WISSENSCHAFT**

	ja	nein
3.1 Ist Ihre Praxis eine akademische Lehrpraxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Haben Sie eine Befugnis zur ärztlichen Weiterbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Haben Sie in den letzten 3 Jahren oder aktuell in Ihrer Praxis einen Arzt in Weiterbildung beschäftigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Sind Sie auf der Suche nach einem Arzt in Weiterbildung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Haben Sie Interesse an Forschung in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. WELCHE PLÄNE HABEN SIE SELBST?

Haben Sie konkrete Pläne, in den nächsten 5 Jahren...

	ja	nein
4.1 ...Ihre Praxis abzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 ...in ein Angestelltenverhältnis zu wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 ...in eine Gemeinschaftspraxis/ eine Praxisgemeinschaft oder ein MVZ zu wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 ...Ihren Praxisstandort zu verlagern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls einer der Punkte 4.1 bis 4.4 zutreffen,...(sonst weiter zu 4.9)

4.5 ...in wie vielen Jahren planen Sie diesen Schritt?

4.6 ...aus welchen Gründen beabsichtigen Sie diesen Schritt zu gehen? (Mehrfachnennungen möglich)

- familiäre Gründe       ökonomische Gründe       bessere Arbeitsbedingungen  
 gesundheitliche Gründe       Ruhestand       Sonstiges

4.7 Wenn Sie beabsichtigen weiter ärztlich tätig zu sein, jedoch an einem anderen Standort, wohin möchten Sie diesen Schritt gehen?

- in die gleiche Gemeinde       in eine andere Gemeinde des LK Waldshut       außerhalb des LK Waldshut  
 noch keine Vorstellungen

4.8 Falls Sie planen, Ihre Praxis in den nächsten Jahren abzugeben, haben Sie bereits aktiv nach einem Nachfolger gesucht?

- ja       nein       Nachfolger vorhanden

4.9 Wie schätzen Sie die Möglichkeit ein, Ihre Praxis nach Beendigung Ihrer Tätigkeit zu einem angemessenen Preis zu verkaufen?

sehr gut                  sehr schlecht

4.10 Was sind jeweils Ihre größten Bedenken bzw. Hoffnungen in Bezug auf die zukünftige medizinische Versorgung im LK Waldshut?

4.11 Wie sieht Ihre Vision in Bezug auf die Versorgungsgestaltung in der Region in 5 Jahren aus?

4.12 Welche Standorte des LK Waldshut würden Sie für eine Erweiterung/Verbesserung der medizinischen Versorgung empfehlen?

#### 5. ANGABEN ZUR PERSON

5.1 In welchem Jahr wurden Sie geboren?

**5. ANGABEN ZUR PERSON**

[Fortsetzung]

**5.2 Ihr Geschlecht**

- 
- weiblich
- 
- männlich

**5.3 Haben Sie vor Ihrem Studium bereits im heutigen LK Waldshut gelebt?**

- 
- ja
- 
- nein

**5.4 Seit wie vielen Jahren sind Sie ärztlich tätig? (nach Abschluss der Weiterbildung) Bitte runden Sie auf Jahre.****5.5 Wie arbeiten Sie? (Mehrfachnennungen möglich)**

- 
- Vollzeit (weiter zu 6)
- 
- eigener KV-Sitz (weiter zu 6)
- 
- angestellt (weiter zu 6)
- 
- 
- Teilzeit

**5.6 Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche?**

Std/Woche

**5.7 Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Arbeitszufriedenheit ein?** gut      schlecht**5.8 Können Sie in den letzten 3 Jahren Entwicklungen viel weniger bei Ihrer Arbeitsbelastung erkennen?**      viel mehr**5.9 Worauf führen Sie die Veränderung ggf. konkret zurück?****6. MÖCHTEN SIE UNS NOCH ETWAS MITTEILEN?****6.1 Ihre Anmerkungen**

Falls Sie uns weitere Informationen oder Ihre Meinung in einem persönlichen Gespräch mitteilen möchten, kontaktieren Sie uns gerne für ein Einzelgespräch:

[fidan.tekin-kaya@student.uni-tuebingen.de](mailto:fidan.tekin-kaya@student.uni-tuebingen.de)

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!