

Technische Universität Dresden
Fakultät Umweltwissenschaften
Fachrichtung Geowissenschaften
Geodätisches Institut
Professur für Landmanagement



MASTERARBEIT

Ärztliche Versorgung in ausgewählten
Kommunen der Erlebnisregion Dresden –
Aktuelle Situation und Bereitschaft für
innovative Versorgungsmöglichkeiten

Name: Lukas Thorenz
E-Mail: lukas.thorenz@mailbox.tu-dresden.de
Matrikelnummer: 5008546
Studiengang: M.Sc. Geographie
Betreuende: Prof. Dr.-Ing. Alexandra Weitkamp
Professur für Landmanagement
Dr. rer. nat. Andreas Ortner
Professur für Landmanagement
Dipl.-Ing. Michael Holzweißig
(RPV Oberes Elbtal / Osterzgebirge)
Abgabedatum: 07.12.2023

Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Ich reiche sie erstmals als Prüfungsleistung ein. Mir ist bekannt, dass ein Betrugsversuch mit der Note "nicht ausreichend" (5,0) geahndet wird und im Wiederholungsfall zum Ausschluss von der Erbringung weiterer Prüfungsleistungen führen kann.

Name: Thorenz

Vorname: Lukas

Matrikelnummer: 5008546

Dresden, den _____

Weitergabe der Arbeit

Hiermit erlaube ich der TU Dresden, Professur Landmanagement, die Weitergabe meiner Arbeit an Dritte:

ja

nein

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, den Titel meiner Arbeit und meinen Namen in das (im Internet weltweit einsehbare) Forschungsinformationssystem der TU-Dresden einzutragen.

ja

nein

Dresden, den _____



Aufgabenstellung für die Masterarbeit

Dresden, 13.07.2023

des Studierenden: **Lukas Thorenz (Matrikelnummer: 5008546)**
im Studiengang: **Master Geographie (M. Sc.)**

**Ärztliche Versorgung in ausgewählten Kommunen der Erlebnisregion Dresden –
Aktuelle Situation und Bereitschaft für innovative Versorgungsmöglichkeiten**

Doctors` care in selected municipalities of the 'Erlebnisregion Dresden' –
Current situation and the willingness for innovative care options

Der Bedarfsplan der Kassenärztliche Vereinigung Sachsen gibt definierte Sollwerte vor, die von Kommunen zu erfüllen sind. Zudem werden unterschiedliche Ansätze zur Gewährleistung der ärztlichen Versorgung beschrieben. Dennoch beurteilen Bürgermeisterinnen und Bürgermeister der Erlebnisregion Dresden laut aktueller Untersuchung die ärztliche Versorgung ihrer Kommunen mitunter als problematisch.

Ziel der Arbeit ist es, die aktuelle Situation der ärztlichen Versorgung in ausgewählten Kommunen der Erlebnisregion zu untersuchen sowie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger zu befragen, ob deren Bereitschaft zur Umsetzung innovativer Versorgungsmöglichkeiten der ärztlichen Versorgung gegeben ist.

In der Masterarbeit sind insbesondere folgende Aufgaben zu bearbeiten:

- 1) Literaturrecherche und Darstellung innovativer Versorgungsmöglichkeiten der ärztlichen Versorgung in Deutschland und insbesondere in Sachsen,
- 2) Identifizierung und Vorstellung ausgewählter Kommunen der Erlebnisregion Dresden, die ihre ärztliche Versorgung als problematisch einschätzen (bspw. basierend auf Interviews) sowie Einordnung der Region in den Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen,
- 3) Analyse und Bewertung der Bereitschaft der ausgewählten Kommunen zur Umsetzung innovativer Versorgungsmöglichkeiten der ärztlichen Versorgung,
- 4) Kritische Auseinandersetzung und Diskussion der Ergebnisse aus Literaturrecherche sowie durchgeführter Empirie und ggf. Einbeziehung eines (Experten-)Interviews zur Plausibilisierung der Ergebnisse,
- 5) Formulierung von Schlüsselfaktoren sowie Schlussfolgerungen; Priorisierung der innovativen Versorgungsmöglichkeiten in Bezug auf deren Akzeptanz in der Erlebnisregion

Die Masterarbeit ist in drei Exemplaren und in digitaler Form einzureichen.

Betreuer/in: Prof. Dr.-Ing. Alexandra Weitkamp / Dr. Andreas Ortner (TU Dresden)
Dipl.-Ing. Michael Holzweißig (RPV Oberes Elbtal / Osterzgebirge)

Prof. Dr.-Ing. Alexandra Weitkamp
(betreuende Hochschullehrerin)

Kurzfassung

Der demografische Wandel und die einhergehende Multimorbidität, der Fachkräftemangel, zunehmende Spezialisierungen, finanzielle Risiken und die begrenzte Anzahl an Medizinstudienplätzen führen zu einer zunehmenden Belastung der Ärzte in Deutschland. Die Bedarfsplanung ist dabei ein Instrument zur Darstellung der ärztlichen Situation auf unterschiedlichen Ebenen.

In dieser Arbeit wird mithilfe einer Literaturrecherche und -analyse die haus- und kinderärztliche Situation in der Erlebnisregion Dresden auf Grundlage des Bedarfsplanes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen untersucht und innovative Ansätze zur Gewährleistung dieser erörtert. Anschließend werden die Ergebnisse mithilfe von Interviews in fünf Gemeinden diskutiert, die Situation aus Sicht der Experten dargestellt, eine Rangfolge der innovativen Ansätze vorgenommen sowie die Bereitschaft zur Umsetzung dieser ermittelt. Durch die weitere Diskussion der Ergebnisse mit einem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden die Ergebnisse abschließend plausibilisiert, Handlungsempfehlungen geschlussfolgert und ein Fazit gezogen.

Abstract

Demographic change and the associated multimorbidity, the shortage of skilled labour, increasing specialisation, financial risks and the limited number of medical study places are leading to an increasing burden on doctors in Germany. The „Bedarfsplanung“ is an instrument for visualising the medical situation at different levels.

This paper uses a literature review and analysis to examine the situation of general practitioners and paediatricians in the „Erlebnisregion Dresden“ on the basis of the „Bedarfsplan“ of the „Kassenärztliche Vereinigung Sachsen“ and discusses innovative approaches to ensuring this. The results are then discussed with the help of interviews in five municipalities, the situation is presented from the perspective of the experts, the innovative approaches are ranked and the willingness to implement them is determined. By further discussing the results with a representative of the Association of Statutory Health Insurance Physicians in Saxony, the results are finally plausibilised, recommendations for action are concluded and a conclusion is drawn.

Inhaltsverzeichnis

Selbstständigkeitserklärung	I
Weitergabe der Arbeit	I
Kurzfassung	V
Abstract	V
Abbildungsverzeichnis	X
Tabellenverzeichnis	XI
Abkürzungsverzeichnis	XII
Gender-Erklärung.....	XIII
1. Einleitung	1
2. Stand der Forschung	2
3. Forschungsdesign	6
4. Methoden.....	8
4.1 Experteninterviews.....	8
4.2 Durchführung der Experteninterviews.....	10
4.3 Qualitative Inhaltsanalyse und Transkription.....	11
4.4 Durchführung der Transkription und qualitative Inhaltsanalyse	12
5. Situation der ärztlichen Versorgung	13
5.1 Bedarfsplanung.....	13
5.2 Situation im Freistaat Sachsen.....	17
5.3 Situation in der Erlebnisregion Dresden	21
5.4 Situation in den Gemeinden der Erlebnisregion Dresden.....	28
5.4.1 Einordnung der Gemeinden	28
5.4.2 Situation der Gemeinden mithilfe von daviplan	30
6. Innovative Ansätze.....	34
6.1 Nachwuchsförderungen	34

6.2	Finanzielle Unterstützungen	36
6.3	Gesundheitsnetze	37
6.4	Unterschiedliche Praxisformen / Zentren	38
6.5	Mobile Lösungen	40
6.6	E-Health – Telemedizin.....	41
6.7	Ansätze zur Entlastung von Ärzten	42
7.	Auswertung.....	44
7.1	Ergebnisse der Experteninterviews in den Kommunen.....	44
7.1.1	Hausärztliche Situation.....	44
7.1.2	Kinderärztliche Situation	45
7.1.3	Bedarfsplan und demografischer Wandel	46
7.1.4	Unternehmungen der Gemeinde.....	48
7.1.5	Innovative Ansätze	49
7.1.6	Zusammenfassung und Gesamtranking	55
7.2	Ergebnisse des Interviews mit der KVS.....	56
7.2.1	Hausärztliche Situation.....	56
7.2.2	Kinderärztliche Situation	57
7.2.3	Bedarfsplan und demografischer Wandel	58
7.2.4	Innovative Ansätze	59
7.2.5	Zusammenfassung.....	61
7.3	Auswertung Expertentreffen „Netzwerk Daseinsvorsorge“	62
8.	Handlungsempfehlungen	64
8.1	Adressat Bundesärztekammer	64
8.2	Adressat Kassenärztliche Vereinigung Sachsen	64
8.3	Adressat Kassenärztliche Bundesvereinigung.....	65
8.4	Adressat Erlebnisregion Dresden.....	66

8.5 Adressat Gemeinden.....	66
8.6 Zusammenfassung	67
9. Zusammenfassung & Fazit	68
10. Ausblick	69
11. Literaturverzeichnis.....	71
Anhang.....	77

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Forschungsdesign, eigene Darstellung.....	6
Abb. 2 Ebenen der Versorgungsgrade (KBV 2023a: o. S.).....	15
Abb. 3 Aufteilung der Arztgruppen auf die Versorgungsebenen (KBV 2020: 3).....	17
Abb. 4 Anteile der Ärzte und Psychotherapeuten in Sachsen nach Versorgungsbereichen in % (KV Sachsen 2022a: 4).....	18
Abb. 5 Anteile der unterschiedlichen Formen der Beschäftigungen in % (KV Sachsen 2022a: 4).....	18
Abb. 6 Anteile der unterschiedlichen Einrichtungsformen in % (KV Sachsen 2022a: 5).....	19
Abb. 7 Gemeinden der Erlebnisregion Dresden in den Planungsbereichen der hausärztlichen Versorgung, eigene Darstellung.....	23
Abb. 8 Gemeinden der Erlebnisregion Dresden in den Planungsbereichen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, eigene Darstellung.....	25
Abb. 9 Typen ländlicher Kreisregionen (Küpper 2016: 26).....	28
Abb. 10 Standorte der Hausärzte und ihre Erreichbarkeiten von allen Wohnstandorten, daviplan.....	31
Abb. 11 Standorte der Kinderärzte und ihre Erreichbarkeiten von allen Wohnstandorten, daviplan.....	32
Abb. 12 Aktuelle kinderärztliche Situation im Raum Wilsdruff, daviplan.....	32
Abb. 13 Situation der kinderärztlichen Versorgung, durch das Wegfallen des Standorts in Wilsdruff, daviplan.....	33
Abb. 14 Rangfolge der innovativen Ansätze, bewertet vom „Netzwerk Daseinsvorsorge“, mentimeter.....	62

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Gemeinden der ERD und dazugehörige Planungsbereiche auf Ebene der hausärztlichen Versorgung.....	22
Tab. 2 Gemeinden der ERD und dazugehörige Planungsbereiche auf Ebene der kinderärztlichen Versorgung.....	22
Tab. 3 Häufigkeitsverteilung der Antwortmöglichkeiten des Bewertungsbogen "Potenzial"	49
Tab. 4 Häufigkeitsverteilung der Antwortmöglichkeiten des Bewertungsbogen "Umsetzung"	49

Abkürzungsverzeichnis

CCS	Carus Consilium Sachsen
ERD	Erlebnisregion Dresden
InGe	Innovative Gesundheitsmodelle
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
RPV	Regionaler Planungsverband
SAB	Sächsische Aufbaubank
PB	Planungsbereich

Gender-Erklärung

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Masterarbeit das generische Maskulinum verwendet. Die in dieser Arbeit verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich selbstverständlich auf alle Geschlechter.

1. Einleitung

"Wer nicht privat versichert ist, muss in Deutschland oft lange auf einen Arzttermin warten" (Süddeutsche Zeitung 2023, 30. Mai). Durch die Folgen des Fachkräftemangels, des demografischen Wandels und einer einhergehenden zunehmenden Multimorbidität kommt es zu einer immer größer werdenden Belastung der Ärzte. Lange Wartezeiten auf Haus- bzw. Facharzttermine oder sogar die nicht mögliche Neuaufnahme von Patienten in Praxen sind die Folge. Hierbei spielt die begrenzte Anzahl an Medizinstudienplätzen in Deutschland, zunehmende Anzahl an Spezialisierungen von Ärzten und finanzielle Risiken eine große Rolle.

Wie sich die ärztliche Situation, insbesondere in der Erlebnisregion Dresden, darstellt und welche innovativen Ansätze zur Gewährleistung dieser existieren, wird im Rahmen dieser Masterarbeit vertiefend untersucht. Hierbei wird zunächst eine Literaturrecherche bezüglich des aktuellen Stands der Forschung und eine Analyse der Situation der haus- und kinderärztlichen Situation von der allgemeinen Ebene bis hin zu ausgewählten Gemeinden der Erlebnisregion Dresden durchgeführt. Im Anschluss werden innovative Ansätze zur Gewährleistung der ärztlichen Situation ermittelt. Die Grundlage bildet der Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, welche in der hausärztlichen Versorgung Verbesserungsbedarf sieht, jedoch im kinderärztlichen Bereich größtenteils Überversorgung vermittelt. Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass vor allem im kinderärztlichen Bereich großer Handlungsbedarf besteht. Diese Ergebnisse werden mithilfe von leitfadengestützten Experteninterviews in den Gemeinden diskutiert, eine Rangfolge der Ansätze erstellt und die Bereitschaft zur Umsetzung dieser ermittelt. Mithilfe eines weiteren Interviews mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen erfolgt anschließend ein erneutes Aufgreifen der Erkenntnisse. Mittels der Gegenüberstellung der Ergebnisse aus der empirischen Forschung von insgesamt sechs Interviews und der Literaturrecherche werden Handlungsempfehlungen geschlussfolgert, ein Fazit gezogen und ein kurzer Ausblick gegeben.

2. Stand der Forschung

In der Diskussion um die zukünftige ärztliche Versorgung kommt immer häufiger der drohende Ärztemangel als Thema auf (vgl. Knieps et al. 2012: 9; Roick et al. 2012: 13). Gegenstand ist zum einen, dass sich immer weniger junge Ärzte für eine Niederlassung im ländlichen Raum entscheiden (Knieps et al. 2012) und zum anderen nimmt die Anzahl der Facharztweiterbildungen der Allgemeinmedizin ab (Roick et al. 2012: 12). Weiterhin sind Studienplätze für Humanmedizin in Deutschland knapp. Vor allem aber der demografische Wandel hat einen großen Einfluss auf die ärztliche Versorgung. Durch den Anstieg des Altersdurchschnitts in Deutschland kommt es zu einer Zunahme von Erkrankungen, welche vor allem im hohen Alter auftreten, wie z.B. Krebs, Herzinfarkte, Diabetes, Schlaganfälle und Demenz (Hoffmann & van den Berg 2013: 286). Das Nebeneinanderbestehen mehrerer solcher Krankheiten nennt man Multimorbidität und tritt vor allem bei älteren Patienten auf (ebd.: 286). Ältere Personen werden somit zunehmend morbid, was zu mehr Behandlungen führt. Somit sind es unterschiedliche Faktoren, welche durch ihr Zusammenwirken die Situation der ärztlichen Versorgung in Zukunft immer weiter verschärft. Dabei wird von punktuellen Versorgungslücken gesprochen (Knieps et al. 2012: 10), welche insbesondere im Freistaat Sachsen erkennbar sind (vgl. KV Sachsen 2022a). Um dieser zunehmenden negativen Entwicklung entgegenzuwirken, muss mithilfe von Ansätzen auf unterschiedlichen Ebenen, wie die Vernetzung, Mobilitätsansätze, arztentlastende Möglichkeiten, neue Technologien und Versorgungsmöglichkeiten, die aktuellen Strukturen neu gedacht werden, um die ärztliche Versorgung auch in Zukunft gewährleisten zu können (Knieps et al. 2012: 9). Hierbei existiert bereits eine Vielzahl an unterschiedlichen Ansätzen, welche eine Studie teilweise zusammenfasst.

Mithilfe der Robert Bosch Stiftung wurde 2014 das Projekt „Innovative Gesundheitsmodelle“ (InGe) gefördert. Hier erfolgte zusammen mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Goethe Universität Frankfurt am Main eine Bestandsaufnahme innovativer Projekte in Deutschland (vgl. Müller et al. 2016). Das Ergebnis war eine Datenbank, mit welcher erreicht werden sollte, das Wissen für in diesem Bereich tätige Akteure nutzbar zu machen (vgl. InGe 2021a).

Auf der Website sind innovative Modelle aus unterschiedlichen Bereichen mit verschiedenen Schwerpunkten vorgestellt. Nach Müller et al. (2016) gilt ein Gesundheitsmodell als innovativ, wenn es mindestens eines der folgenden Merkmale erfüllt:

- „Gesundheitsversorgung für alle Einwohner einer Region“ (Müller et al. 2016: 51)
- „populationsorientierter Ansatz mit (präventiven) Angeboten für verschiedene Bevölkerungsgruppen“ (ebd.: 51)
- „systematische und koordinierte Einbeziehung verschiedener Berufsgruppen / Einrichtungen“ (ebd.: 51)
- „weitere Elemente einer integrierten Versorgung“ (ebd.: 51)
- erfolgreich in die Regelversorgung implementiert (ebd.: 52)

Somit wurden lediglich Modelle betrachtet, welche bereits in der Regelversorgung Einsatz gefunden haben. Manche Modelle konnten dabei sogar schon auf andere Regionen übertragen werden (Müller et al. 2016: 51f.). Im Verlauf der Masterarbeit wurden unterschiedliche Kategorien von innovativen Ansätzen gebildet und erläutert.

Müller et al. (2016) identifizierten weiterhin Erfolgsfaktoren, Barrieren und Voraussetzungen für Übertragbarkeiten. Hierbei wurde ermittelt, dass eine Führungsperson mit jeweiligen Entscheidungsbefugnissen, ein bestehender Handlungsdruck sowie Kommunikation und Kooperation zum Erfolg eines Modells beitragen können (Müller et al. 2016: 53). Kommt es dabei jedoch zum Überwiegen der Eigeninteressen von Akteuren, ist das Projekt gefährdet und es müssen Anreize aus finanzieller oder persönlicher Sicht geschaffen werden (ebd.: 53).

Dabei können Unterstützungen von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen von großem Vorteil sein (ebd.: 53). Auffällig ist, dass bei einigen Modellen die mangelnde Bereitschaft der lokalen Ärzte genannt wurde (ebd.: 53). Hierbei muss klar dargelegt werden, dass Modelle keine Konkurrenz für bereits bestehende Niederlassungen darstellen sollen, sondern diese unterstützen. Auch müssen finanzielle, personelle und rechtliche Rahmenbedingungen vorher geklärt werden, um den Erfolg des Modells zu steigern (ebd.: 53; Weber et al. 2020: 189f.). Bei der Finanzierung geht es dabei häufig um die Etablierung und weiteren Zahlungen nach einer Förderung, wobei Möglichkeiten zur Übernahme in die Regelversorgung geschaffen werden müssen (ebd.: 189f.). Damit können bei positiver Evaluation Projekte

langfristig gefördert werden. Für die Übertragbarkeit der Projekte auf andere Regionen wurde die Notwendigkeit der Risikobereitschaft angeführt, regionale Akteure seien von Vorteil und es bedarf Durchhaltevermögen (Müller et al. 2016: 53).

Ein weiterer Ansatz, ergänzend zu der Datenbank von Müller et al. (2016), stellt das „E-Health“ dar. „Unter E-Health werden Anwendungen zusammengefasst, die zur Unterstützung der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten nutzen, die moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (KIT) bieten.“ (BMG 2023a: o. S.). Solche Möglichkeiten sind zum Beispiel die elektronische Gesundheitskarte und Patientenakte, das E-Rezept, digitale Pflegeanwendungen, digitale Gesundheitsanwendungen und weitere (vgl. ebd.). Ein Teil des E-Health ist die Telemedizin. Unter Telemedizin versteht man, „dass medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht werden.“ (Bundesärztekammer 2023a: o. S.). Hier kommen Informations- und Kommunikationstechnologien zum Einsatz (ebd.: o. S.).

Um die zunehmenden Herausforderungen des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels zu bewältigen, kann dieser Ansatz aufgrund räumlicher Unabhängigkeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, der Mangelversorgung entgegenwirken (Brauns & Loos 2015: 1068). Auch der zunehmenden ungleichen Standortverteilung von Ärzten wird damit Rechnung getragen. Durch die Verbesserung der Versorgungsqualität und der Steigerung der Effizienz kann mithilfe der Telemedizin ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der ärztlichen Situation geleistet werden (ebd.: 1068). Der Sachverständigenrat hat in einem Sondergutachten auf die Chancen der Telemedizin verwiesen, um regionale Unterversorgung zu bekämpfen, jedoch sollte es als Bestandteil eines Gesamtkonzepts angesehen werden (SVR Gesundheit 2014: 582). Hürden sieht die Bundesärztekammer in der Finanzierung sowie in einem ressourcenschonenden Einsatz und es existiert das Problem, dass eine zunehmende Anonymisierung entstehen könnte und keine persönliche Bindung zwischen ärztlichen Fachperson und Patienten aufgebaut werden kann (Bundesärztekammer 2023b: o. S.). Bereits heute gibt es eine Vielzahl an telemedizinischen Projekten, welche teilweise auch erfolgreich evaluiert wurden. Jedoch stellt meistens die Übertragbarkeit auf den Regelbetrieb in medizinischen oder klinischen Einrichtungen ein Problem dar (Brauns & Loos 2015: 1069).

Zusammenfassend ist erkennbar, dass die ärztliche Versorgung durchaus ein großes Thema in der Literatur ist. Hierbei werden die Hintergründe des Ärztemangels diskutiert, wobei sich unterschiedliche innovative Ansätze zur Gewährleistung der Versorgung entwickelt haben. Diese werden ebenfalls mit ihren Erfolgsfaktoren und Barrieren erörtert. Die Akteure sind vielseitig, u.a. die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen aber auch Gemeinden können einen Beitrag leisten.

Diese Arbeit setzt sich vertiefend mit diesen Ansätzen auseinander und betrachtet die Bereitschaft von Kommunen zur Umsetzung solcher Ansätze sowie deren Situationen der ärztlichen Versorgung. Diese Durchführung wird im folgenden Punkt erläutert.

3. Forschungsdesign

Für eine angemessene Bearbeitung des Themas ist eine Verwendung mehrerer Methoden notwendig und basiert dabei auf einer qualitativen Forschung. Die Abbildung 1 stellt die beschriebenen Arbeitsschritte detaillierter dar. Die Hauptmethoden sind die Literaturrecherche und -analyse sowie eine empirische Erhebung.

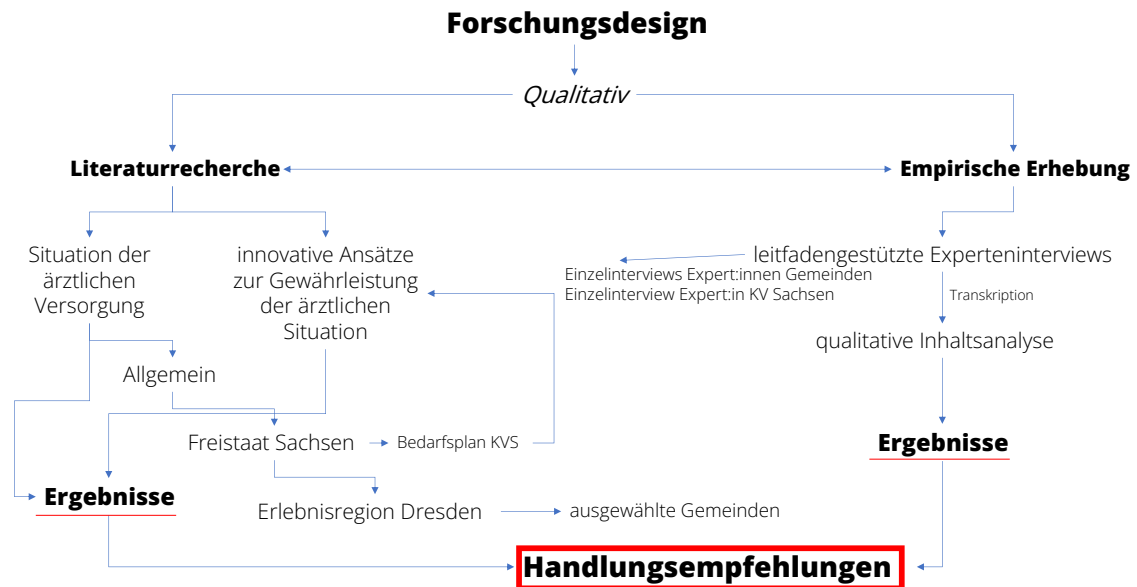


Abb. 1 Forschungsdesign, eigene Darstellung

In einem ersten Schritt findet eine Literaturrecherche und -analyse statt, um den aktuellen Stand der Forschung und Situationen auf unterschiedlichen Ebenen zu analysieren. Dabei wird zunächst eine allgemeine Betrachtung vorgenommen, das Gesundheitssystem Deutschlands kurz beleuchtet und im Anschluss die Bedarfsplanung in Deutschland untersucht. Diese bildet die Grundlage für die Ausführungen im Freistaat Sachsen, denn hier steht der Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens im Fokus, welcher Soll- und Ist-Werte für die ärztliche Versorgung definiert hat. Es erfolgt eine Analyse der Planungsblätter. Im Bedarfsplan werden unterschiedliche Ansätze zur Gewährleistung der ärztlichen Versorgung beschrieben. Diese gilt es einzuordnen und durch weitere aus der Literatur zu ergänzen.

Für die vertiefende Betrachtung ist der Untersuchungsraum die Erlebnisregion Dresden relevant. Dieser wird zunächst beschrieben und analysiert, um Gemeinden mit Problemdruck herauszustellen. Gegebenenfalls werden diese durch die Gemeinden ergänzt, welche bereits bei früheren Interviews – durchgeführt von

Vertretern der Erlebnisregion Dresden – Probleme bei der ärztlichen Situation einräumten. Sie sollen dabei der Ausgangspunkt für eine empirische Erhebung sein.

Die empirische Erhebung erfolgt mithilfe von leitfadengestützten Experteninterviews, um die aktuelle Situation in den Kommunen und deren Bereitschaft für innovative Ansätze zu ermitteln. Hierbei werden zwei Bewertungsbögen zur Ermittlung des Potenzials und der Umsetzung in den jeweiligen Gemeinden ausgehändigt und ausgefüllt. Zum Abschluss wird ein Ranking der unterschiedlichen innovativen Ansätze erstellt. Im Anschluss findet ein weiteres Interview mit der KV Sachsen zur Plausibilisierung und Diskussion der Ergebnisse aus den Kommunen statt.

Im letzten Schritt erfolgt eine Gegenüberstellung und Analyse der Ergebnisse aus der Literaturrecherche und den Interviews mit Experten. Im Anschluss werden Handlungsempfehlungen für jeweilige Institutionen gegeben und ein Fazit gezogen.

Im Folgenden findet eine wissenschaftliche Beschreibung der verwendeten Methoden und deren Anwendung statt.

4. Methoden

4.1 Experteninterviews

Aufgrund der dargelegten Problematik dieser Masterarbeit bietet sich die Durchführung einer Primärerhebung in Form von mehreren leitfadengestützten Experteninterviews an. Sie „sind eine verbreitete, ausdifferenzierte und methodologisch vergleichsweise gut ausgearbeitete Methode, qualitative Daten zu erzeugen.“ (Helfferich 2022: 875).

Experteninterviews definieren sich dabei vor allem über die Auswahl der befragten Personen und deren Rolle in der Gesellschaft. Es handelt sich meist um eine spezielle Zielgruppe. Die Befragten dienen dabei als Ratgeber und Wissensvermittler und geben ihr umfangreiches Wissen im Bereich des Forschungsinteresses weiter (ebd.: 875f.). Der Status des Experten wird einer Person zugeschrieben, wenn sie „über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen.“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014: 121). Somit orientiert sich die Auswahl der Experten anhand des Forschungsthemas.

Für eine erfolgreiche Durchführung der Befragung muss das Gespräch vor Beginn gut vorstrukturiert und das Interesse des Interviewten geweckt werden. Zunächst sollte ein Vorgespräch geführt werden, um unterschiedliche Begrifflichkeiten oder Vorverständnisse zu klären (Helfferich 2022: 875; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014: 122). Diesbezüglich ist es wichtig, dem Gegenüber das eigene Forschungsinteresse darzulegen und der befragten Person einen Überblick über das Forschungsthema zu geben. Themenbezogene eigene Meinungen oder Vermutungen gilt es während des Vorgesprächs, aber auch im Interview, zu vermeiden (ebd.: 122).

Um durch das Experteninterview zu führen, ist ein Leitfaden von Nutzen. Er „ist eine vorab vereinbarte und systematisch angewandte Vorgabe zur Gestaltung des Interviewablaufs.“ (Helfferich 2022: 876). Der Leitfaden soll gleichzeitig durch das Interview führen, aber trotzdem die Offenheit des Interviewten im Rahmen des Forschungsinteresses nicht einschränken (ebd.: 887). Er wird dabei als eine sinnvolle Aneinanderreihung von untersuchungsbezogenen Fragen verstanden (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014: 122).

Zur Überprüfung der Sinnhaftigkeit des Interviewleitfadens bietet sich ein Pretest im Vorfeld an. Pretests spielen in der qualitativen Forschung insofern eine Rolle, um

die Datenerhebung im Vorhinein zu optimieren und die Qualität zu sichern (Weichbold 2022: 443). Für die Auswahl des Interviewpartners im Pretest ist es nicht erforderlich, dass dieser Teil der repräsentativen Zielgruppe ist (ebd.: 445). Jedoch sollte der Partner in einem ähnlichen Bereich tätig sein (ebd.: 445). Durch die offene Herangehensweise in einer qualitativen Studie liegt der Schwerpunkt auf der kritischen Reflexion und einer ständigen Anpassung des Ablaufes (ebd.: 449). Die Aufnahme des Gesprächsverlaufs erfolgt digital im MP3-Format (Kuckartz & Rädiker 2022: 504).

Während der qualitativen Forschung und der Experteninterviews gilt es unterschiedliche Prinzipien einzuhalten (vgl. Helfferich 2022; vgl. Flick 2022).

Des Weiteren bietet sich für eine abschließende Einschätzung des Potentials und der Möglichkeiten der Umsetzung der unterschiedlichen innovativen Ansätze ein Bewertungsbogen an, um ein Ranking zu ermöglichen. Es existieren unterschiedliche Arten von Skalen, welche forschungsgegenstandsbezogen in einem Fragebogen angepasst werden müssen. Für die Erstellung einer Rangfolge ist eine Ordinalskala mit vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten sinnvoll (Porst 2014: 73f.).

Im Allgemeinen soll wissenschaftliches Arbeiten drei Gütekriterien erfüllen: Reliabilität, Validität und Objektivität (Flick 2022: 534). Die Schwierigkeit besteht in der Vereinbarkeit mit den besonderen Eigenschaften qualitativer Forschung (ebd.: 534). Aufgrund der Kontextgebundenheit der erhobenen Informationen aus Interviews ist die Reliabilität nicht zweckmäßig als Gütekriterium verwendbar (Helfferich 2022: 890). Wichtiger ist es, die generierten Informationen immer in den Kontext zu setzen und in der Auswertung deren Entstehung so transparent wie nur möglich zu gestalten (ebd.: 890). Auch um das Kriterium der Validität zu wahren, ist dies notwendig (ebd.: 890). In der qualitativen Forschung ist die Objektivität ein nicht sinnvolles Kriterium. Durchgeführte Interviews besitzen immer einen subjektiven Charakter, weswegen die Aussagen methodisch und kritisch reflektiert werden sollten (ebd.: 890). Möglichkeiten für eine Analyse der erhobenen Informationen bietet die qualitative Inhaltsanalyse.

4.2 Durchführung der Experteninterviews

Im Vorfeld der Interviews mit den Gemeinden fand ein Pretest statt, um die Abläufe zu optimieren und die Sinnhaftigkeit des Leitfadens zu überprüfen.

Die Interviews mit Experten der Gemeinden wurden an vier unterschiedlichen Tagen durchgeführt. Ungefähr eine Woche vor den Terminen erhielten die Experten per E-Mail eine Zusammenfassung zum Thema der Masterarbeit und einen groben Ablaufplan des Interviews in Form eines Leitfadens, damit sie sich auf das Thema einstellen konnten (siehe Anhang 1). Vor Beginn des Interviews wurde die Problemstellung und Hintergründe nochmals erläutert, um den Befragten einen Überblick über das Forschungsthema zu geben. Weiterhin sollten die Experten, die „Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten“ (siehe Anhang 2) durchlesen und bei Zustimmung unterschreiben. Dies wurde ausnahmslos von allen Experten getan. Somit konnte in jedem Fall das Interview mit Hilfe der Sprachmemofunktion eines iPhone 13 Mini durchgeführt werden.

Den Anfang machte am 22.09.2023 die Gemeinde Ottendorf-Okrilla. Es folgten Klipphausen und Wilsdruff am 26.09.2023. In Wilsdruff wurden gleichzeitig zwei Experten befragt. Wobei die Einverständniserklärung von den beteiligten Personen vorliegt. Am 27.09.2023 wurde die Gemeinde Arnsdorf angefahren und am 04.10.2023 fand das letzte Interview mit Gemeinden in Moritzburg statt. Bei keinem Interview traten Komplikationen auf.

Im Verlauf des Interviews wurden am gegebenen Zeitpunkt die unterschiedlichen Bewertungsbögen (siehe Anhang 3, 4) zur Einschätzung der Umsetzung und des Potentials ausgehändigt, erläutert und anschließend Ansatz für Ansatz durchgegangen. Die Reihenfolge entspricht dabei nicht unbedingt der Reihenfolge der Ansätze auf den Bögen, sondern es wurde kurzfristig auf Aussagen der Experten reagiert und zusammenhangsbezogen der passende Ansatz vertiefend betrachtet. Die Ausprägungen der Ordinalskala lauteten beim Bewertungsbogen bezüglich des Potentials „Sehr hoch“, „Hoch“, „Weder noch“, „Niedrig“ und „Sehr niedrig“. Bezüglich der Möglichkeiten der Umsetzung lauteten diese „Ja“, „Eher ja“, „Weder noch“, „Eher nein“ und „Nein“.

Am Ende des Interviews wurde gefragt, ob die Interviewpartner noch weitere Anmerkungen haben, welche gegebenenfalls zur Diskussion führten und abschließend die Sprachaufnahme beendet.

Das letzte Interview fand mit einem Vertreter der KV Sachsen statt. Hier wurden die zusammengefassten Ergebnisse aus den vorhergehenden Interviews mit den Gemeinden teilweise vorgestellt, um eine Plausibilisierung gebeten und die Ergebnisse diskutiert. Auch dieses Interview wurde aufgenommen und die „Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten“ unterschrieben.

Weiterhin wurde die Masterarbeit im Rahmen des „Netzwerk Daseinsvorsorge“ vorgestellt und diskutiert. Die Ergebnisse werden im Punkt 7.3 dargestellt.

4.3 Qualitative Inhaltsanalyse und Transkription

Nach Beendigung des Interviews sollten die aufgenommenen Gespräche mithilfe eines geeigneten Programms transkribiert und im Anschluss einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen werden. Dafür bieten sich die Ausführungen von Kuckartz & Rädiker (2022) sowie Mayring & Fenzl (2022) an. Diese werden im Folgenden näher beschrieben.

„Qualitative Inhaltsanalyse stellt eine *Auswertungsmethode dar, die Texte bearbeitet*, welche im Rahmen sozialwissenschaftlicher Forschungsprojekte in der Datenerhebung anfallen“ (Mayring & Fenzl 2022: 691; Herv. i. Orig.). Dank der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring & Fenzl können große Datenmengen systematisch verarbeitet werden, aber trotzdem qualitativ interpretativ bleiben (2022: 691). Als Datengrundlage können alle Texte verwendet werden, welche während einer Datenerhebung produziert wurden (ebd.: 691). Dies sind zum Beispiel: transkribierte Interviews / Gruppendiskussionen, Social-Media-Daten (Kuckartz & Rädiker 2022: 501), Beobachtungsprotokolle, Zeitungsartikel (Mayring & Fenzl 2022: 691) und viele weitere. Die am meisten verwendete Methode in der qualitativen Sozialforschung ist das Interview (Kuckartz & Rädiker 2022: 504).

Für eine anschließende qualitative Inhaltsanalyse ist zunächst eine Transkription der Interviews notwendig. Aufgrund des hohen Zeitaufwands muss festgelegt werden, nach welchen Regeln die Transkription durchgeführt werden soll (ebd.: 509). Hierbei orientiert sie sich an den Regeln nach Kuckartz und Rädiker (2022: 510, siehe Anhang 5). Nach der Transkription werden die Aussagen der Interviewpartner bei der qualitativen Inhaltsanalyse strukturiert und bestimmten thematisch übergeordneten Kategorien zugeordnet, wobei das gesamte Transkript analysiert wird (Kuckartz & Rädiker 2022: 514). Die Durchführung wird im Folgenden genauer betrachtet.

Das Hauptinstrumentarium der qualitativen Inhaltsanalyse ist die Entwicklung eines Kategoriensystems (Mayring & Fenzl 2022: 693). Mittels einer induktiven Kategoriebildung, also einer Ausformulierung der Kategorien direkt am Text im Transkript, werden diese dann zu mehreren Hauptkategorien zusammengefasst (Mayring & Fenzl 2022: 696) und im Anschluss weiter qualitativ analysiert.

4.4 Durchführung der Transkription und qualitative Inhaltsanalyse

Nach Abschluss der Interviews erfolgt die Transkription der Sprachmemos. Dafür wurde mit dem Transkriptionsprogramm „f4x“ nach den im Methodenteil aufgeführten Transkriptionsregeln (siehe Anhang 5) gearbeitet. Im Anschluss an die Transkription findet eine qualitative Inhaltsanalyse, wie im Methodenteil beschrieben, statt (siehe Punkt 4.3).

Dafür wurden zunächst anhand der Thematiken im Transkript unterschiedliche Kategorien gebildet und zu Übergeordneten zusammengefasst. Insgesamt ergeben sich 13 Kategorien, bei denen die Aussagen aus den Interviews zugeordnet werden konnten. Eine weitere Kategorie mit dem Namen „weitere Anmerkungen“ umfasst Aussagen, welche wichtig sind, aber keine sinnvolle Zuordnung zu einer der 13 anderen erlaubten, bzw. nicht so umfassend waren, dass die Erstellung einer eigenen Kategorie sinnvoll gewesen wäre.

Diese Kategorien lauten: „Demografischer Wandel“, „Hausärztliche Situation“, „Kinderärztliche Situation“, „Unternehmungen der Gemeinde, zur Bearbeitung der Problematik“, „Bedarfsplan“ und „ÖPNV“. Die restlichen sieben Kategorien tragen den Namen des jeweiligen innovativen Ansatzes, welche diskutiert wurden. Stand eine Aussage der befragten Personen im Zusammenhang mit einer dieser 13 Kategorien, wurde diese in einer Excel-Tabelle unter dem jeweiligen Punkt kategorisiert. Die Excel-Tabelle der qualitativen Inhaltsanalyse ist auf dem Datenträger zugänglich (vgl. Qualitative Inhaltsanalyse). Eine Zuordnung zu mehreren Kategorien war möglich.

Die Auswertung der einzelnen innovativen Ansätze fand durch eine gleichzeitige Betrachtung der Daten aus der qualitativen Inhaltsanalyse sowie den Ergebnissen der Bewertungsbögen statt. Bei den Bewertungsbögen wurden für die einzelnen Ausprägungen jeweils Punkte vergeben, anschließend mit der Anzahl der jeweiligen Ausprägungen verrechnet und es entstand ein Punktwert. Je höher dieser Punktwert, desto höher wird das Potential und die Möglichkeit zur Umsetzung in der Gemeinde von den Experten eingeschätzt. Die Ansätze wurden dabei als gleichwertig betrachtet und konnten jeweils die gleiche Maximalpunktzahl erreichen.

5. Situation der ärztlichen Versorgung

Um die Situationen der ärztlichen Versorgung beschreiben zu können, ist zunächst eine Annäherung an das Thema notwendig. Die ärztliche Versorgung der Bürger in Deutschland basiert auf dem deutschen Gesundheitssystem. Dieses wird heute in verschiedene Bereiche gegliedert, von einer Vielzahl von Akteuren gebildet, jedoch hat es dabei im Laufe der Zeit unterschiedliche Entwicklungen vollbracht. Heute sind 88% der Bevölkerung Deutschlands über eine gesetzliche Krankenversicherung versichert (BMG 2023b: o. S.). Mittels der Versicherungspflicht sollen für jeden Bürger gleiche Möglichkeiten in der ärztlichen Versorgung geschaffen werden. Die ärztliche Versorgung ist somit Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Auch Mause (2018) ordnet die Bereitstellung von Einrichtungen der Gesundheit zur Aufgabe des Staates zu und beschreibt, dass diese in Deutschland Teil der Verfassung oder anderen Gesetzen ist (2018: 416). So ist auch die ärztliche Versorgung im Sozialgesetzbuch Nr. V fest verankert. Wichtig hierbei ist § 12 zu erwähnen, da in diesem die bedarfsgerechte Versorgung nach oben hin durch das Wirtschaftlichkeitsgebot begrenzt wird (Ozegowski & Sundmacher 2012: 619). Im fünften Sozialgesetzbuch werden alle Leistungen ausgeführt, worauf der gesetzlich Krankenversicherte Anspruch besitzt (Land 2018: 29). Welche medizinischen Leistungen von der Gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden, bestimmt das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Gemeinsame Bundesausschuss (ebd.: 76). Dieser erarbeitet dabei Richtlinien, worin die eben beschriebenen Leistungen verankert sind.

Besondere Relevanz für diese Masterarbeit besitzt die Bedarfsplanungsrichtlinie. Sie setzt den bundeseinheitlichen Rahmen für die Bedarfsplanung in Deutschland und Soll-Werte für die vertragsärztliche Versorgung. Diese werden im Folgenden näher beschrieben.

5.1 Bedarfsplanung

Eingeführt Anfang der 90er Jahre hatte die Bedarfsplanung noch eine andere Bedeutung als heute. Damals sollte die wachsende Arztlzahl begrenzt werden (KBV 2020: 2) und hat sich heute mittlerweile zum zentralen Steuerungsinstrument für eine gleichmäßige regionale Verteilung von Ärzten und Psychotherapeuten entwickelt. Durch den zunehmenden demografischen Wandel stieg die Notwendigkeit einer Reform der Bedarfsplanung, was im Jahre 2019 zu einer Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie führte (ebd.: 2). Das Ergebnis war eine Weiterentwicklung der

Verhältniszahlen und die zukünftige Berücksichtigung der Morbidität, um den Folgen des demografischen Wandels entgegenzuwirken.

Die Bedarfsplanung ist dabei ein Instrument, um gleichwertige Lebensverhältnisse im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Mit ihr werden die Niederlassungsmöglichkeiten dieser Berufe an den Standorten festgelegt, wo sie zum einen benötigt werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2023), aber auch nah am Patienten sind (KBV 2020: 2). Dabei gibt es unterschiedliche Zuständigkeiten und Steuerungsmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen. So legt der Gemeinsame Bundesausschuss einen Planungsrahmen mithilfe der Bedarfsplanungsrichtlinie fest (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2023). Auf der regionalen Ebene haben die Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer die Aufgabe, einen Bedarfsplan aufzustellen, welcher regionale und lokale Merkmale berücksichtigt und so optimale Möglichkeiten für Niederlassungen ausweist (vgl. ebd.). Es ist also eine bedarfsgerechte Verteilung anzustreben. Dabei gilt es auch benachteiligte Regionen zu berücksichtigen, welche zum Beispiel bei einer gleichzeitigen Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots durch eine hohe Morbidität oder durch ländliche Strukturen geprägt sind.

Als zentrales Steuerungsinstrument werden die sogenannten „Verhältniszahlen“ angesehen. Diese stellen den Soll-Wert in Form von Einwohnerzahl pro Arzt dar (KBV 2020: 6). Zunächst wurde diese Zahl am historischen Stichtag, dem 31.12.2010, festgemacht (ebd.: 7) – hier wurde das Versorgungsniveau als angemessen betrachtet – und seit 2019 wird die Verhältniszahl aufgrund der demografischen Veränderungen mittels des Morbiditätsfaktor ständig angepasst (ebd.: 6). Seit 2019 ist die allgemeine Verhältniszahl aller zwei Jahre einer Neuberechnung unterzogen, unter der Berücksichtigung der Veränderung der Verteilung der Alters- und Geschlechtergruppen (ebd.: 7). Also wird der demografische Wandel durch den Morbiditätsfaktor versucht, in der Bedarfsplanung auszugleichen.

Unter Morbidität versteht man einen Gesundheitsfaktor, welcher die Häufigkeit von Erkrankungen in einer Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum misst (AOK-Bundesverband 2023). Je höher der Morbiditätsfaktor, desto höher ist also die Häufigkeit des Auftretens von Erkrankungen.

Wird zu dem eben beschriebenen Soll-Niveau (Verhältniszahlen) in einem Planungsbereich die tatsächliche Arztanzahl hinzugezogen, erhält man den Versorgungsgrad ($\text{Ist-Niveau} / \text{Soll-Niveau} = \text{Versorgungsgrad}$). Mit ihm kann die Versorgungssituation

in der Region bewertet werden (KBV 2020: 7). Auf dieser Basis ist einschätzbar, ob sich in diesem Planungsraum weitere Ärzte niederlassen können oder ob gegebenenfalls sogar Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die Versorgung zu gewährleisten (ebd.: 7). Dabei existieren vier unterschiedliche Versorgungsstufen (vgl. Abb. 2).



Abb. 2 Ebenen der Versorgungsgrade (KBV 2023a: o. S.)

Aus der Abbildung ist zu entnehmen, dass eine Unterversorgung bei unter 75% bei Hausärzten bzw. unter 50% bei Fachärzten gegeben sei und dabei Maßnahmen zur Verbesserung der Situation einzuleiten sind (ebd.: 7). Eine Unterschreitung der 75% bzw. 50% führt nicht direkt zur Feststellung von Unterversorgung, sondern es wird zunächst eine Untersuchung angestellt (ebd.: 7). „Dabei kann unter anderem eine absehbar dauerhafte Unterschreitung sowie fehlende Kompensation durch ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen festgestellt werden.“ (ebd.: 7).

Neben dem Bereich der Unterversorgung besteht die drohende Unterversorgung. Diese liegt bei einem Versorgungsgrad zwischen 50% bzw. 75% und 100%. Auch hier ist es notwendig, einen Antrag zur Feststellung einzuleiten und Fördermaßnahmen sind möglich (KBV 2020: 8). Ein Grund für eine drohende Unterversorgung ist häufig die Altersstruktur der ansässigen Ärzte, wodurch die Versorgung in Zukunft gefährdet sein könnte.

Befindet sich das Versorgungsniveau im Soll-Bereich bis max. 110%, sind in der Regel keine Maßnahmen zur Regulierung notwendig. Überschreitet das Niveau diese Schwelle, kommt es automatisch zu einer Sperrung dieses Planungsbereiches. Neue Niederlassungen für Ärzte sind dann nur unter besonderen Umständen möglich

(KBV 2020: 8). Liegt der Versorgungsgrad sogar über 140%, sind Praxen für Nachbesetzungen gesperrt.

Erreichbarkeiten wurden mit der Reform 2019 neu eingeführt bzw. spezifiziert und basieren auf unterschiedlichen Schwellen, welche vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Bedarfsplanung allgemein festgelegt sind. Diese liegen für Hausärzte bei 20 PKW-Minuten, bei Kinder- und Jugendärzten bei 30 PKW-Minuten und bei Augen- und Frauenärzten bei 40 PKW-Minuten (ebd.: 8). Dabei müssen 95% der Bevölkerung der Region innerhalb der eben beschriebenen Zeiten diese vier Arztgruppen erreichen können (ebd.: 8). Weiterhin wird überprüft, ob die allgemeinen Verhältniszahlen überschritten werden und ob diese planungsbereichsübergreifend von anderen Vertragsärzten behandelt werden könnten (ebd.: 8).

Der in Abbildung 2 zu erkennende blaue Balken des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ist ein Instrument für eine weitere Regulierung. Dadurch können in bereits gesperrten Planungsbereichen Fördermöglichkeiten stattfinden – jedoch nur für bereits bestehende Praxen und nicht für Neuniederlassungen (ebd.: 8). Mit der Reform von 2019 wurde dies insbesondere für mobile, telemedizinische Angebote und barrierefreie Zugänge spezifiziert (ebd.: 8). Ein lokaler zusätzlicher Versorgungsbedarf kann aufgrund besonderer infrastruktureller Umstände, hohe Morbiditätslast, demografische Merkmale oder die mit der Reform von 2019 neu eingeführten Erreichbarkeiten angemeldet (ebd.: 8) und die oben beschriebenen Schwellenwerte berücksichtigt werden.

Mit zunehmender Spezialisierung der jeweiligen Ärzte wird davon ausgegangen, dass sich die Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungen verringert. Deshalb werden die Arztgruppen auf vier unterschiedlichen Versorgungsebenen aufgeteilt. Diese sind nach der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zusammengefasst (ebd.: 3). Einen Überblick über die Ebenen und die dazugehörigen Arztgruppen verdeutlicht die folgende Abbildung (vgl. Abb. 3).

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG	ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG
<ul style="list-style-type: none"> › Hausärzte 	<ul style="list-style-type: none"> › Augenärzte › Chirurgen und Orthopäden › Frauenärzte › HNO-Ärzte › Hautärzte › Kinder- und Jugendärzte › Nervenärzte › Psychotherapeuten › Urologen 	<ul style="list-style-type: none"> › Fachinternisten › Anästhesisten › Radiologen › Kinder- und Jugendpsychiater 	<ul style="list-style-type: none"> › PRM-Mediziner › Nuklearmediziner › Strahlentherapeuten › Neurochirurgen › Humangenetiker › Laborärzte › Pathologen › Transfusionsmediziner

Abb. 3 Aufteilung der Arztgruppen auf die Versorgungsebenen (KBV 2020: 3)

Für jede Versorgungsebene werden unterschiedliche Einzugsgebiete, sogenannte „Planungsbereiche“ festgelegt, wobei sich mit zunehmendem Spezialisierungsgrad diese vergrößern. Die Planungsbereiche der Hausärzte sind dabei am engsten gefasst. Hier ist eine wohnortnahe Versorgung wichtig, wobei der Planungsraum über einen Zentralort verfügt und seinen Verflechtungsbereich mitversorgt (KBV 2020: 3). Die Planungsebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung basiert auf den Grenzen der Landkreise bzw. kreisfreien Städte.

5.2 Situation im Freistaat Sachsen

Der 1990 neu gegründete Freistaat Sachsen ist mit 18.420,25 km² (ca. 5,2 % der Bundesfläche) das sechstgrößte Bundesland Deutschlands (Sächsische Staatskanzlei 2023). Verteilt auf insgesamt zehn Landkreise und drei kreisfreie Städte besitzt das Bundesland Sachsen mit seinen 4.086.152 Einwohnern (Stand 31.12.2022) (Statistisches Landesamt Sachsen 2023a) eine Einwohnerdichte von ca. 221,8 EW/km². Damit landet es im bundesdeutschen Vergleich auf Platz acht.

Für die Darstellung der ärztlichen Versorgungssituation im Freistaat Sachsen werden die Ausführungen und Statistiken aus dem Bedarfsplan (vgl. KV Sachsen 2022a) der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) als Ausgangspunkt gewählt.

Der Bedarfsplan wurde auf Grundlage des § 99 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 12 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgestellt. Er hat das Ziel, „einen gleichmäßigen Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für alle GKV-Versicherten [Gesetzliche Krankenversicherung, d. Verf.] auch in Zukunft zu gewährleisten.“ (KV Sachsen 2022a: 3).

Die Situation der vertragsärztlichen Versorgung im Freistaat Sachsen stellt sich wie folgt dar.

Am Stichtag des 01.04.2021 wurde die ärztliche Situation in Sachsen durch 6.133 Ärzte und 1.103 Psychotherapeuten gewährleistet (ebd.: 4). Die Verteilung verdeutlicht die folgende Abbildung (vgl. Abb. 4).

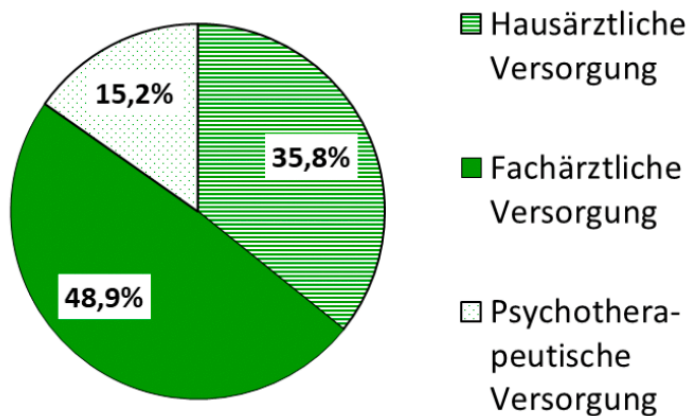


Abb. 4 Anteile der Ärzte und Psychotherapeuten in Sachsen nach Versorgungsbereichen in % (KV Sachsen 2022a: 4)

Es ist zu erkennen, dass 35,8% der niedergelassenen Ärzte in der hausärztlichen Versorgung tätig sind und 48,9% haben sich in einer anderen Fachrichtung spezialisiert (vgl. Abb. 4). Weiterhin kümmern sich 15,2% um psychotherapeutische Behandlungen (vgl. Abb. 4).

Dabei gibt es unterschiedliche Formen der Beschäftigungen (vgl. Abb. 5).

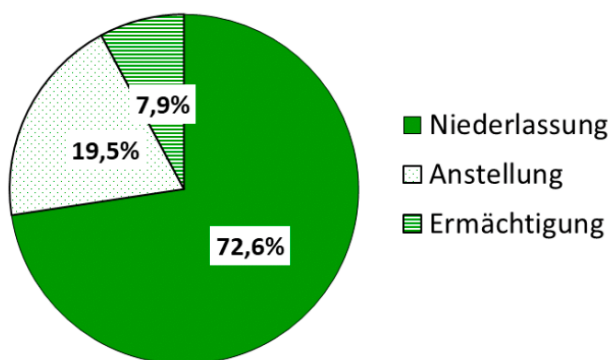


Abb. 5 Anteile der unterschiedlichen Formen der Beschäftigungen in % (KV Sachsen 2022a: 4)

Eine eigene Niederlassung besitzt der Großteil der Ärzte mit 72,6%. In einer Anstellung arbeiteten zum Stichtag 19,5% und 7,9% fungierten als Ermächtigte (vgl. Abb. 5). Genauer betrachtet wird dabei in vier unterschiedliche Formen von Einrichtungen unterteilt (vgl. Abb. 6). Der größte Anteil der 5.586 Einrichtungen sind mit 83,0%

Einzelpraxen (KV Sachsen 2022a: 5). Es folgen mit 9,0% Berufsausübungsgenossenschaften und 3,8% der Einrichtungen sind Medizinische Versorgungszentren (MVZ) (ebd.: 5). Sonstige Einrichtungen sind mit einem Anteil von 2,8% ermächtigte Institute bzw. Einrichtungen (ebd.: 5).

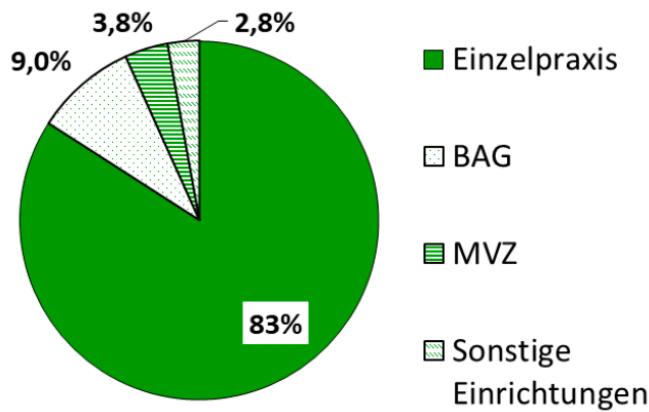


Abb. 6 Anteile der unterschiedlichen Einrichtungsformen in % (KV Sachsen 2022a: 5)

Im Freistaat Sachsen kommen zu diesen Einrichtungen weitere 547 Zweigpraxen hinzu, „denen insbesondere in ländlichen Räumen eine hohe Bedeutung bei der Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung zukommt.“ (KV Sachsen 2022a: 5). Eine Zuordnung, wie viele der Ärzte in den jeweiligen Einrichtungen arbeiten, wurde nicht vorgenommen.

Der Bedarfsplan räumt an dieser Stelle starke regionale Unterschiede innerhalb des Bundeslandes ein. Vor allem sind Defizite in der Versorgung mit Allgemeinmedizinern, Augen- und Hautärzten zu verzeichnen (ebd.: 5). Ebenfalls gibt es vereinzelt Probleme in der Versorgung mit Nerven-, Kinder- und HNO-Ärzten sowie bei Urologen, Kinder- und Jugendpsychiatern (ebd.: 5).

Im Bedarfsplan des Freistaats Sachsen wird die Demografie angesprochen. Hier verweist die KV Sachsen auf regional unterschiedlich stark sinkende Bevölkerungszahlen, welche insbesondere die Landkreise Görlitz, Zwickau, Bautzen und Mittelsachsen betreffen (ebd.: 9). Gründe seien zum einen die Ost-West-Abwanderung, sinkende Geburtenraten, höhere Lebenserwartungen, beschleunigte Alterungsprozesse sowie Land-Stadt-Wanderungen (ebd.: 9). Diese Gründe können auch unter dem Begriff des demografischen Wandels zusammengefasst werden. Hierbei sind besonders die ländlichen Regionen stark betroffen (ebd.: 10). Die Grundlage für die Kategorisierung als ländlicher Raum dient der Landesentwicklungsplan (vgl. SMI 2013).

Das gesetzte Ziel der Bedarfsplanung ist, „die flächendeckende hausärztliche, fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung der Patienten“ (KV Sachsen 2022a: 11) zu gewährleisten. Um dies zu bewerkstelligen, muss ein regional angepasstes Versorgungsangebot geschaffen werden (ebd.: 11). Dafür entwickelte die KVS unterschiedliche Planungsbereiche. Im Rahmen dieser Masterarbeit sind lediglich die hausärztliche- sowie allgemein fachärztliche Versorgungsebenen und die dazugehörigen Planungsbereiche relevant (siehe Anhang 6, 7).

Im Freistaat Sachsen herrscht die Besonderheit, dass im bundesdeutschen Vergleich mehr Einwohner im Alter von unter 18 Jahren vom Kinderarzt behandelt werden. In Zahlen ausgedrückt: lediglich 20% der unter 18-Jährigen werden vom Hausarzt versorgt, während im Bundesdurchschnitt 25% in Behandlung des Hausarztes sind (ebd.: 25). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass im Freistaat Sachsen von den ca. 640.000 Einwohner unter 18-Jahren ca. 135.000 einen Kinderarzt besuchen. Dabei wurden aber in den einzelnen Planungsbereichen große Unterschiede festgestellt (KV Sachsen 2022a: 26). Während bspw. im Planungsbereich Wurzen 48,9% der Einwohner unter 18 Jahren vom Hausarzt versorgt werden, sind es im Bereich Hohenstein-Ernstthal und Görlitz lediglich 7,7% bzw. 7,8%. Um dieser regionalen Besonderheit im Freistaat Sachsen gerecht zu werden, wurde eine Anpassung der regionalen Verhältniszahlen für die Hausärzte auf der Grundlage der regionalen Unterschiede im bundesdeutschen Vergleich vorgenommen (KV Sachsen 2022a: 27). Dies bedeutet: Behandelt ein Hausarzt im bundesdeutschen Vergleich weniger Einwohner unter 18 Jahren, werden auch anteilig weniger Kinder bei der Einwohnerzahl berücksichtigt (ebd.: 27). Weiterhin räumt der Bedarfsplan ein, dass die Auslastung der Kinderärzte im Freistaat Sachsen hoch ist (ebd.: 28).

Neben dieser Anpassung der regionalen Verhältniszahlen erfolgt im Freistaat Sachsen selbstverständlich auch eine Anpassung gemäß des Morbiditätsfaktors und des demografischen Wandels.

Für die Analyse der aktuellen Situation der ärztlichen Versorgung werden für eine Auswertung und Schlussfolgerung die Planungsblätter des Bedarfsplans hinzugezogen und anhand der Versorgungsgrade ausgewertet. Hinzu kommt eine objektive Analyse der Erreichbarkeiten mit Hilfe des Tools daviplan.

5.3 Situation in der Erlebnisregion Dresden

Für eine vertiefte Analyse der Situation im Freistaat Sachsen wurde der Untersuchungsraum der Erlebnisregion Dresden ausgewählt. Die „ErlebnisREGION DRESDEN“ ist ein seit 2003 bestehendes informelles Verwaltungsnetzwerk mit 21 Mitgliedern (ErlebnisREGION DRESDEN o. J.: o. S.) (Stand 20.11.2023). Auf einer Fläche von über 1.000 km² leben insgesamt über 800.000 Einwohner, durch Verflechtungen und interkommunalen Austausch sollen Lösungen für bestimmte Aufgaben gefunden werden und ein intensiver Erfahrungs- und Informationsaustausch stattfinden (ebd.: o. S.). Es gilt regionale Werte zu unterstützen und es werden unterschiedliche Projekte gefördert (ebd.: o. S.). Auch die Erlebnisregion sieht sich mit dem demografischen Wandel konfrontiert und entwickelte in Zusammenarbeit mit dem Leibniz-Institut für ökologische Raumentwicklung ein Monitoringsystem zur Entwicklung der Bevölkerung und zur Erkennung von Trends (ebd.: o. S.).

Die Auswahl des Untersuchungsraumes der Erlebnisregion Dresden fiel aufgrund ihrer Nähe zu Dresden. Trotz der Lage im Speckgürtel der Landeshauptstadt gaben im Jahr 2022 in einem Interview vor dem Hintergrund der Siedlungsentwicklung und Infrastruktur – durchgeführt von der ERD – mehrere Gemeinden an, Probleme in der hausärztlichen Versorgung zu haben. Aber insbesondere in der kinderärztlichen Versorgung existieren laut Aussagen große Defizite.

Auf der Ebene der Hausärzte räumt die KV Sachsen ein, dass Verbesserungen möglich sind. Im Bereich der kinderärztlichen Versorgung vermitteln die Planungsblätter jedoch einen überwiegend positiven Eindruck, welcher sich nach Aussagen einiger Gemeinden nicht bestätigen lässt. Somit existiert eine offensichtliche Differenz zwischen der Planung und der Realität. Um der Problematik auf den Grund zu gehen, werden in dieser Arbeit mehrere Interviews mit Gemeinden der Erlebnisregion durchgeführt.

Für eine objektive Ermittlung von Gemeinden mit einem gewissen Problemdruck wird zunächst eine Analyse der relevanten Planungsbereiche aus den Planungsblättern vorgenommen und anschließend Erreichbarkeiten und Standortverteilungen mithilfe des Tools daviplan betrachtet. Das Tool daviplan wurde dabei freundlicherweise vom Regionalen Planungsverband Oberes Elbtal / Osterzgebirge zur Verfügung gestellt. Im Anschluss werden die Ergebnisse der Analyse mit den Gemeinden verglichen, welche bereits einen gewissen Problemdruck im vergangenen Jahr angemeldet haben und gegebenenfalls ergänzt.

Für eine Auswertung der Erlebnisregion Dresden ist zunächst eine Zuordnung der Gemeinden zu den jeweiligen Planungsbereichen notwendig. Dies verdeutlicht Tabelle 1 (vgl. Tab. 1). Für die Hausärzte sind somit sieben Planungsbereiche von Relevanz. Auf der Ebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, wozu die Kinderärzte zählen, sind insgesamt fünf Planungsbereiche von Bedeutung (vgl. Tab. 2).

Tab. 1 Gemeinden der ERD und dazugehörige Planungsbereiche auf Ebene der hausärztlichen Versorgung

Planungsbereich Haus-ärzte	Gemeinden der Erlebnisregion Dresden
Dresden	Dresden
Freital	Bannewitz, Freital, Kreischa, Rabenau, Wilsdruff
Meißen	Klipphausen
Neustadt	Dürrröhrsdorf-Dittersbach
Pirna	Dohna, Heidenau, Pirna
Radeberg	Arnsdorf, Ottendorf-Okrilla, Radeberg, Wachau
Radebeul	Moritzburg, Radeburg, Weinböhla, Radebeul

Tab. 2 Gemeinden der ERD und dazugehörige Planungsbereiche auf Ebene der kinderärztlichen Versorgung

Planungsbereich allgemeine fachärztliche Versorgung	Gemeinden der Erlebnisregion Dresden
Dresden, Stadt	Dresden, Stadt
Hoyerswerda, Stadt / Landkreis Kamenz	Arnsdorf, Ottendorf-Okrilla, Radeberg, Wachau
Meißen	Radeburg, Weinböhla, Radebeul, Moritzburg, Klipphausen
Sächsische Schweiz	Dohna, Dürrröhrsdorf-Dittersbach, Heidenau, Pirna
Weißeritzkreis	Bannewitz, Freital, Kreischa, Rabenau, Wilsdruff

Die Gemeinden der Erlebnisregion Dresden machen dabei nicht die gesamten Planungsbereiche aus, sondern nur Teile davon. In Abbildung 7 erkennt man dies für die hausärztliche und in Abbildung 8 für die kinderärztliche Versorgung – in blau sind die Gemeinden der Erlebnisregion Dresden dargestellt. Weiterhin wurden die „IST“-Werte, also die tatsächliche Arztzahl in den jeweiligen Planungsbereichen (PB), sowie die Versorgungsgrade ergänzt (vgl. Abb. 7, 8).

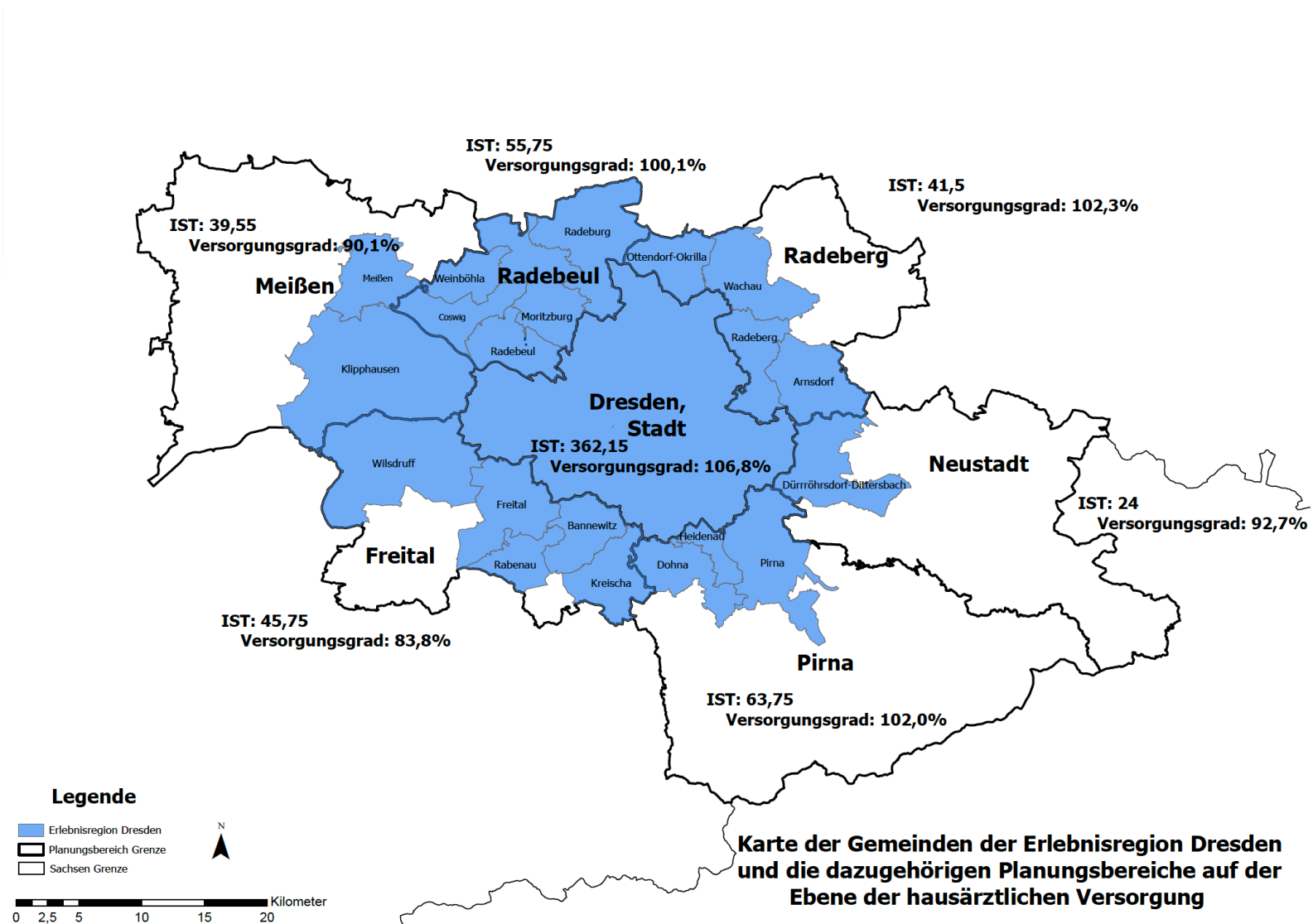


Abb. 7 Gemeinden der Erlebnisregion Dresden in den Planungsbereichen der hausärztlichen Versorgung, eigene Darstellung

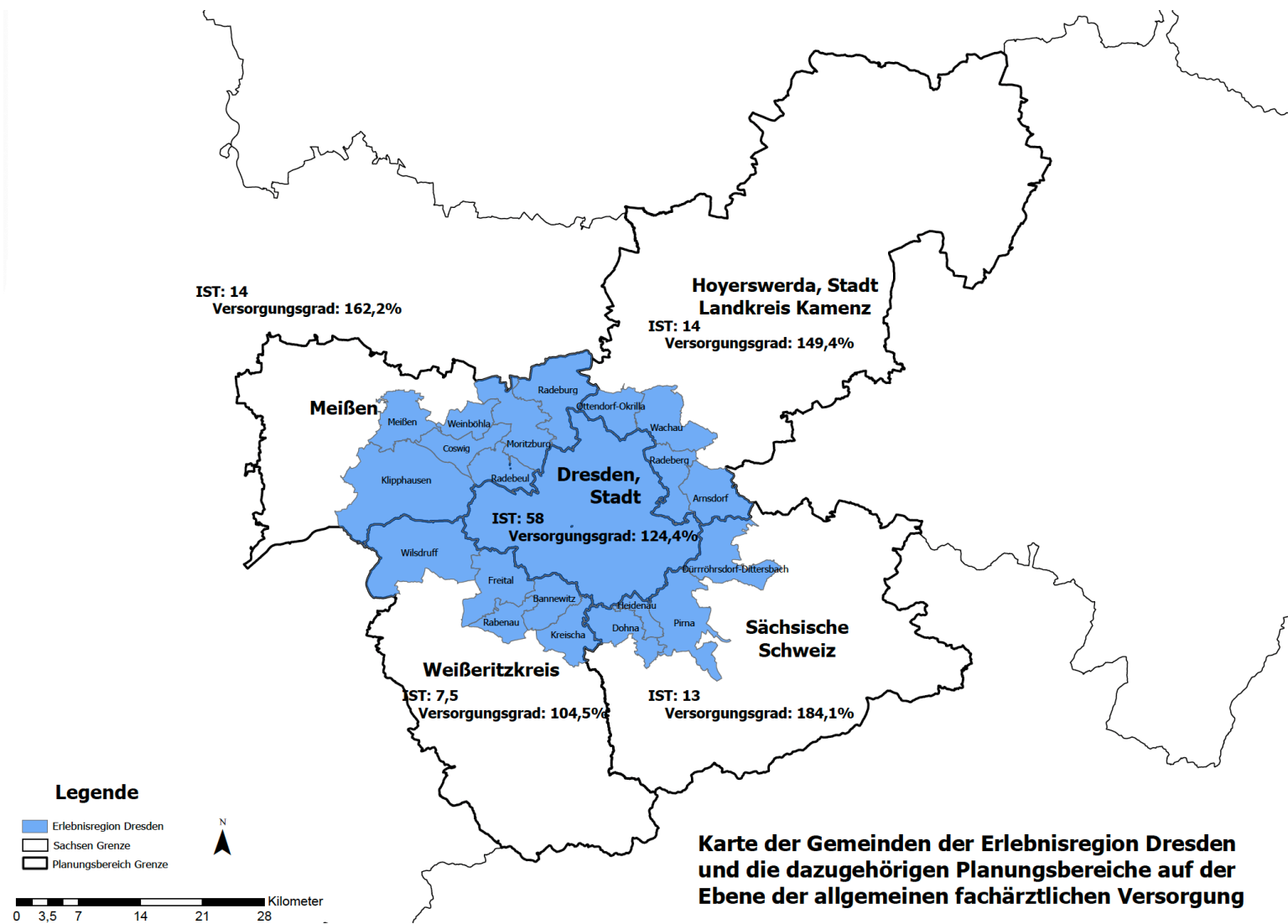


Abb. 8 Gemeinden der Erlebnisregion Dresden in den Planungsbereichen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, eigene Darstellung

Aus Abbildung 7 ist zu erkennen, dass sich Freital mit 83,8%, Meißen mit 90,1% und Neustadt 92,7% als am schlechtesten versorgt darstellen. Im offenen Planungsbe- reich liegen Dresden (Stadt) (106,8%), Pirna (102,0%), Radeberg (102,3%) und Rade- beul (100,1%). Die kreisfreie Stadt Dresden ist somit am besten versorgt und liegt damit im sachsenweiten Vergleich auf Platz zwei. Lediglich der Planungsbereich Markkleeberg (110,1%) ist besser versorgt.

In diesen eben genannten am schlechtesten versorgten Planungsbereichen liegen die Gemeinden der Erlebnisregion Klipphausen (PB Meißen), Wilsdruff, Freital, Ra- benau, Bannewitz, Kreischa (PB Freital) und Dürrröhrsdorf-Dittersbach (PB Neu- stadt).

Da bereits Wilsdruff und Klipphausen Probleme in der ärztlichen Versorgung ange- geben haben, kommen diese in die Auswahl für eine empirische Erhebung in Form von leitfadengestützten Experteninterviews.

Auf der Ebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung besitzen 41 der 45 Pla- nungsbereiche aller Arztgruppen einen Versorgungsgrad von über 110% (vgl. KV Sachsen 2022a: 34-66). Somit sind 91,1% der Planungsbereiche für neue Niederlas- sungen gesperrt. Die restlichen vier liegen im offenen Planungsbereich und umfas- sen die Arztgruppen der HNO-Ärzte, Urologen und Kinderärzte. Bei den HNO-Ärzten sind die Planungsbereiche Hoyerswerda, Stadt / Landkreis Kamenz (102,4%) und der Weißeritzkreis (103,3%) am „schlechtesten“ versorgt. Bei den Urologen ist es Dres- den (Stadt) mit 106,6% und für die Kinderärzte ist es ebenfalls der Weißeritzkreis mit 104,5%.

Spezifisch für die Kinderärzte stellt sich die Situation für die Planungsbereiche, in denen Gemeinden der Erlebnisregion liegen, wie folgt dar (vgl. Abb. 8).

Aus Abbildung 8 ist erkennbar, dass insbesondere der Weißeritzkreis aufgrund sei- nes „niedrigen“ Versorgungsgrades bei den Kinderärzten untersucht werden sollte. Dies betrifft die Gemeinden Wilsdruff, Freital, Rabenau, Bannewitz und Kreischa. Auf der anderen Seite vermitteln die hohen Versorgungsgrade der Planungsbereiche Meißen (162,2%) und Hoyerswerda, Stadt / Landkreis Kamenz (149,4%), dass die kin- derärztliche Versorgung dort gut sein muss. Die Gemeinden Moritzburg, Klipphau- sen, Wilsdruff und Arnsdorf vermeldeten jedoch, dass dies nicht so sei.

Aufgrund dieser Differenz in der Planung und dem „subjektiven Empfinden“ wird in den Gemeinden Ottendorf-Okrilla, Klipphausen, Wilsdruff, Arnsdorf und Moritzburg

eine vertiefende Betrachtung mithilfe von leitfadengestützten Experteninterviews und daviplan vorgenommen.

5.4 Situation in den Gemeinden der Erlebnisregion Dresden

5.4.1 Einordnung der Gemeinden

Zunächst werden die ausgewählten Gemeinden in das Modell der Thünen-Typologie ländlicher Räume eingeordnet. Diese verwendet dabei mehrere Indikatoren, um die Ländlichkeit und die sozioökonomische Lage über ein statistisches Verfahren und einem Index zu berechnen (Küpper & Milbert 2020: 91f.). Dazu wurden vorher alle Regionen Deutschlands in insgesamt 361 Kreisregionen zusammengefasst. Im Folgenden wird mittels des Ländlichkeitsindex die ländlichen Räume abgegrenzt und den Kategorien „eher ländlich“ und „sehr ländlich“ zugeordnet (vgl. ebd.). Das Kriterium der sozioökonomischen Lage verdeutlicht die Lebensverhältnisse in diesen Regionen (ebd.: 92). Durch die Kombination mehrerer unterschiedlicher Indikatoren entstehen die Kategorien „weniger gute sozioökonomische Lage“ und „gute sozioökonomische Lage“ (ebd.: 92). Das Ergebnis ist die in Abbildung 9 erkennbare Karte. Somit entstehen also vier mögliche Kategorien, in denen eine Einordnung der ausgewählten Gemeinden der Erlebnisregion Dresden möglich ist.

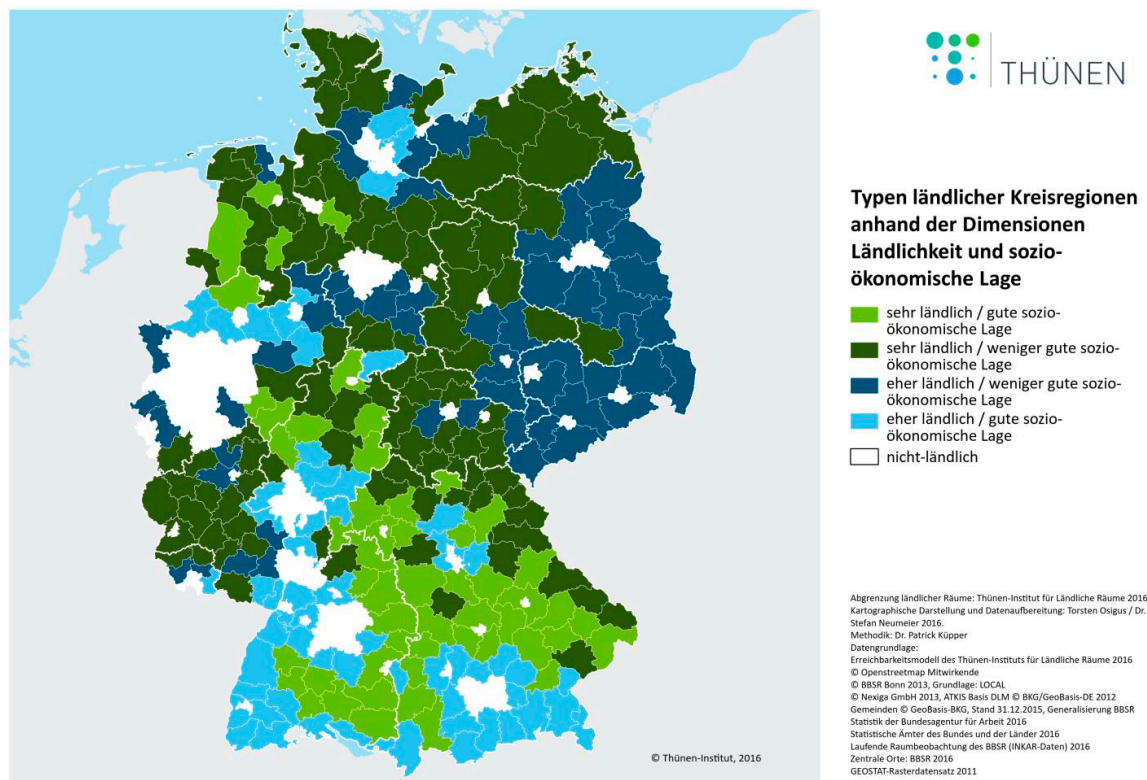


Abb. 9 Typen ländlicher Kreisregionen (Küpper 2016: 26)

Der Karte ist zu entnehmen, dass diese in den Kreisregionen Meißen, Bautzen und Sächsische Schweiz-Osterzgebirge um die kreisfreie Stadt Dresden herum liegen. Sie sind in dunkelblau unterlegt wurden und somit der Kategorie „eher ländlich / weniger gute sozioökonomische Lage“ zugeordnet (vgl. Abb. 9).

Neben der Typisierung nach Thünen kann man die Gemeinden nach den Ausführungen der jeweiligen Regionalen Planungsverbände (RPV) weiter spezifizieren. Die Gemeinden Klipphausen Wilsdruff, und Moritzburg liegen dabei im Verwaltungsgebiet des RPV Oberes Elbtal / Osterzgebirge (vgl. RPV Oberes Elbtal / Osterzgebirge 2020a). Klipphausen ist als ländlicher Raum ohne besondere Gemeindefunktion gekennzeichnet. Wilsdruff wurde als verdichteter Bereich im ländlichen Raum mit besonderer Gemeindefunktion im Bereich Bildung und Gewerbe kategorisiert. Weiterhin bildet Wilsdruff (Stadt) ein Grundzentrum. Moritzburg gilt als verdichteter Bereich im ländlichen Raum mit den besonderen Gemeindefunktionen Bildung und Tourismus.

Die Gemeinden Arnsdorf und Ottendorf-Okrilla liegen im Verwaltungsgebiet des RPV Oberlausitz-Niederschlesien (vgl. RPV Oberlausitz-Niederschlesien 2023). Arnsdorf ist hier als verdichteter Bereich im ländlichen Raum kategorisiert und mit der besonderen Gemeindefunktion Gesundheit / Soziales ausgestattet. Diese Kategorisierung erfolgt aufgrund des Krankenhauses. Es besitzt die Behandlungsschwerpunkte in den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie sowie der Psychiatrie (Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf o. J.: o. S.). Die Gemeinde Ottendorf-Okrilla wird als Verdichtungsraum eingestuft, mit der besonderen Gemeindefunktion „Gewerbe“ (vgl. RPV Oberlausitz-Niederschlesien 2023).

Für eine weitere Betrachtung ist ebenfalls die zukünftige Entwicklung der Bevölkerungszahlen relevant. Die „8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Sachsen“ erstellt für jede Gemeinde eine prognostizierte Bevölkerungsentwicklung im Zeitraum von 2022 bis 2040. Hierbei ist zu erkennen, dass in den Gemeinden Ottendorf-Okrilla, Klipphausen und Arnsdorf in den nächsten Jahren eine relativ gleichbleibende oder nur leicht sinkende Bevölkerungszahl prognostiziert wird (Statistisches Landesamt Sachsen 2023b; c; d: 14). In Wilsdruff sind in den nächsten Jahren sogar steigende Zahlen verzeichnet (Statistisches Landesamt Sachsen 2023e: 14). Dies verweist auf einen abgeschwächten demografischen Wandel im Sinne der Bevölkerungsschrumpfung, möglicherweise aufgrund der Lage im

Speckgürtel der Stadt Dresden. Lediglich in der Gemeinde Moritzburg ist laut dem Statistischen Landesamt ein Rückgang zu erwarten (2023f: 14).

5.4.2 Situation der Gemeinden mithilfe von daviplan

Die Auswertung der Erreichbarkeiten wurde mithilfe des Tools daviplan bewerkstelligt. Dies ist ein Datentool, welches räumliche und zeitliche Daten gegenüberstellt und somit eine Vielzahl von Fragestellungen, vor allem im Hinblick auf die Angebots- und Nachfragestruktur in Regionen, geklärt werden können (BBSR 2023a: o. S.). Damit hilft es bei Planungsentscheidungen in der regionalen Daseinsvorsorge. Es entstand aus dem Projekt „Region gestalten“, welches zum Ziel hatte, gleichwertige Lebensverhältnisse für alle Einwohner zu schaffen (BBSR 2021: o. S.).

Um Erreichbarkeiten berechnen zu lassen, müssen zunächst die einzelnen Standorte der Ärzte in das Datentool eingepflegt werden. Eine Liste der Haus- und Kinderärzte, inklusive Adresse für die jeweiligen Kreise, wurden freundlicherweise von der Sächsischen Landesapothekenkammer als Excel Tabelle zur Verfügung gestellt.

Die Adressen und Namen wurden in ein Template übertragen und mithilfe eines Geocoders des Datentools geokodiert. Im Anschluss werden die Standorte auf einer Karte dargestellt und es ist möglich, die Erreichbarkeiten anzeigen zu lassen. Die kachelweise, auf Grundlage vom Zensus ausgegeben Daten, wurden für jede Kachel einzeln berechnet. Aufgrund der Definition der Erreichbarkeiten aus der Bedarfsplanung heraus werden lediglich die Erreichbarkeiten mit dem Auto betrachtet.

Die Auswertung mithilfe von daviplan für die jeweiligen Gemeinden hat ergeben, dass von allen Punkten in den Gemeinden ein Haus- bzw. Kinderarzt innerhalb der Schwellwerte von 20 bzw. 30 Minuten mit dem Auto zu erreichen ist. Weiterhin ist zu erkennen, dass die Hausärzte eine gute räumliche Verteilung besitzen, jedoch Konzentrationen, insbesondere in den großen Kreisstädten, vorhanden sind (vgl. Abb. 10). Bei den Kinderärzten zeichnet sich die Situation anders ab (vgl. Abb. 11). Diese sind zahlenmäßig wesentlich geringer und somit auch nicht über die Region verstreut. Konzentrationen sind überwiegend in den großen Kreisstädten vorzufinden.

Sowohl bei der Betrachtung mit daviplan als auch bei den Festlegungen handelt es sich um reine Fahrtzeiten, welche in der Realität höchstwahrscheinlich durch Verkehre – insbesondere zu Stoßzeiten – höher sind. Wird der öffentliche Personennahverkehr gewählt, weil man bspw. kein Auto oder Führerschein besitzt, dann erhöhen

sich die Fahrtzeiten ebenfalls. Ein weiterer Punkt ist, dass durch das Wegfallen des am nächsten gelegenen Arztes, bspw. durch Überbelastung, Urlaub oder auch persönliche Präferenzen, die Fahrtzeiten sich ebenfalls erhöhen. Solche Faktoren werden bei der Berechnung nicht berücksichtigt, wodurch sich eine genauere Betrachtung anbietet. Dies wird im Rahmen der Interviews genauer thematisiert.

Die Erhöhung der Fahrtzeiten, bspw. durch das Wegfallen eines Kinderarztes aufgrund unterschiedlicher möglicher Faktoren, verdeutlicht die Region um Wilsdruff.

Die Abbildung 12 stellt die aktuelle Situation dar. Durch das Wegfallen des 1,5 Arzt-sitzes in Wilsdruff verändern sich die Fahrtzeiten. Dies ist in Abbildung 13 zu sehen.

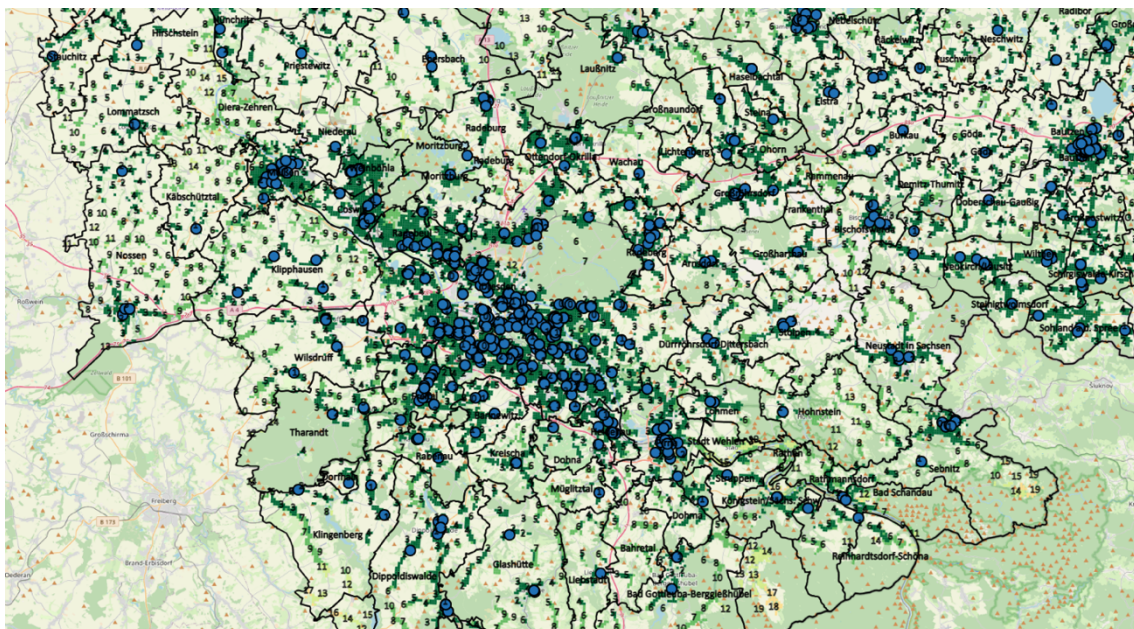


Abb. 10 Standorte der Hausärzte und ihre Erreichbarkeiten von allen Wohnstandorten, daviplan

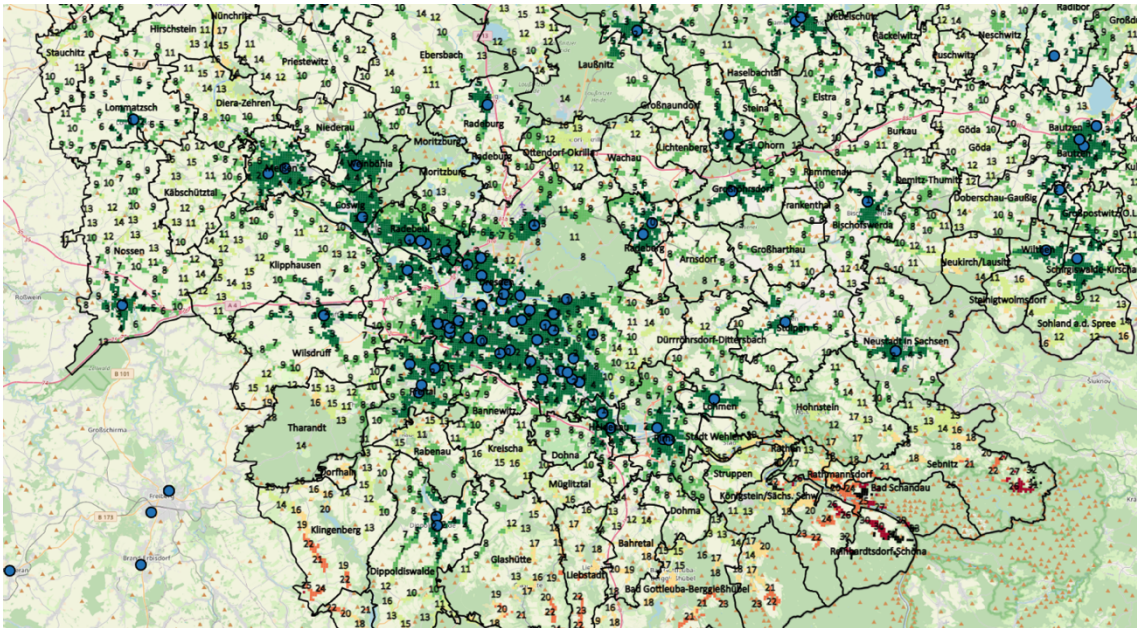


Abb. 11 Standorte der Kinderärzte und ihre Erreichbarkeiten von allen Wohnstandorten, daviplan

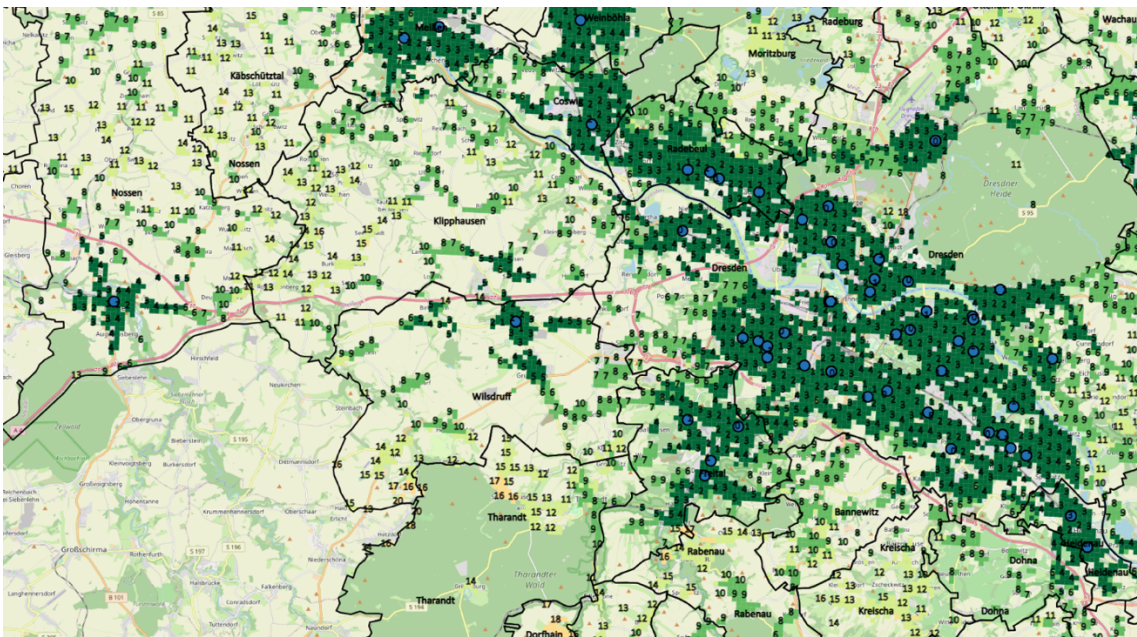


Abb. 12 Aktuelle kinderärztliche Situation im Raum Wildruff, daviplan

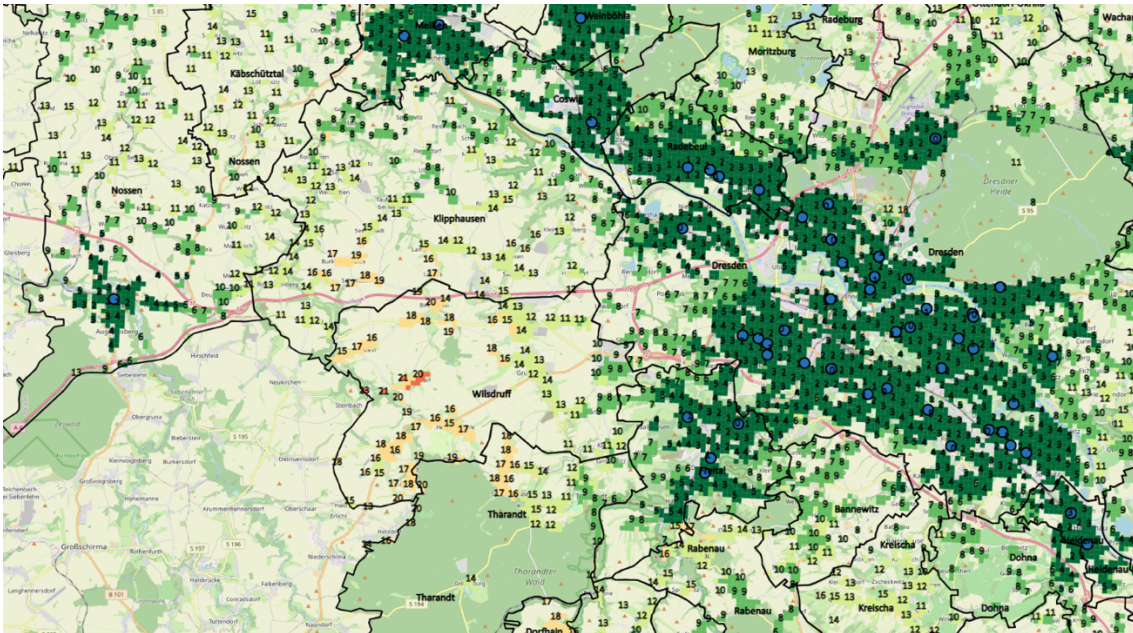


Abb. 13 Situation der kinderärztlichen Versorgung, durch das Wegfallen des Standorts in Wilsdruff, daviplan

Hier ist eine deutliche Fahrtzeiterhöhung zu verzeichnen, welches auf eine hohe Auslastung der Ärzte in Wilsdruff zurückzuführen ist. Es können keine Neuannahmen von Patienten getätigt werden (Transkript 3: 4).

6. Innovative Ansätze

Die Ausgangspunkte für die Zusammenstellung der unterschiedlichen Kategorien stellten die Datenbank von Müller et al. (2016) sowie die KV Sachsen dar. Mittels des Schneeballverfahrens konnten insgesamt sieben unterschiedliche Kategorien von Ansätzen gefunden werden, zu denen eine Zuordnung verschiedener Projekte stattfinden kann. Diese lauten:

- Nachwuchsförderungen
- finanzielle Unterstützungen
- Gesundheitsnetze
- unterschiedliche Praxisformen
- mobile Lösungen
- E-Health und
- Ansätze zur Entlastung der Ärzte.

Jene unterschiedlichen Ansätze werden in den folgenden Unterpunkten näher betrachtet und bewährte Beispiele aus der Praxis aufgezeigt.

6.1 Nachwuchsförderungen

Im Bereich der Nachwuchsförderung werden aufgrund des regionalen Zusammenhangs lediglich die Ausführungen der KV Sachsen betrachtet. Bei dieser Förderung stehen finanzielle Förderungen und Vermittlungsangebote im Vordergrund. Die KV Sachsen finanziert größtenteils und initiiert die beiden erstgenannten Ansätze.

Zum einen gibt es das Hausarztstipendium. Hier werden seit 2013 maximal 20 Studierende pro Jahr mit 1.000€ monatlich, für die Dauer der Regelstudienzeit, gefördert. (KV Sachsen 2023a: o. S.). Hierbei sollen sich nach Beendigung des Studiums die Studierenden für eine Facharztausbildung im Bereich der Allgemeinmedizin verpflichten und anschließend für mindestens sechs Jahre in ländlichen Regionen Sachsens niederlassen (außerhalb der Städte Dresden, Radebeul und Leipzig) (ebd.: o. S.).

Zum anderen kann man eine einmalige Förderung in Höhe von 300€ bei der Absolvierung der Famulatur in einer Vertragspraxis in ländlichen Regionen Sachsens auf der haus- und allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene beantragen (KV Sachsen 2023b: o. S.).

Im Rahmen des Praktischen Jahres (PJ) ist eine Förderung in Höhe von 500€ bzw. 200€ monatlich beantragbar, je nach Lage der Lehrpraxis (KV Sachsen 2023c: o. S.). Praxen können ebenfalls eine einmalige Förderung von 800€ pro Studierenden erhalten (ebd.: o. S.).

Die eben genannten Förderungen können Studierende erhalten, um sie während der Regelstudienzeit finanziell zu entlasten.

Nach erfolgreichem Abschluss des Studiums können auch für die folgende Weiterbildung finanzielle Unterstützungen beantragt werden. Mit 5.400€ monatlich sind Ärzte in den Weiterbildungsgruppen der Kinder- und Jugendmedizin, Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie, Psychotherapie und Psychiatrie (auch für Kinder), HNO sowie der Urologie förderbar (KV Sachsen 2023d: o. S.). Diese Fachgebiete sind als „grundversorgende fachärztliche Fachgebiete“ eingestuft und erhalten aufgrund dessen diese Förderung (KV Sachsen 2023e: o. S.). Gleiches gilt für die Allgemeinmedizin. Bei einer Tätigkeit in einem Planungsbereich mit drohender Unterversorgung oder Unterversorgung erhalten Ärzte noch zusätzliche Förderungen in Höhe von 250€ bzw. 500€ monatlich (KV Sachsen 2023d: o. S.). Auch die anderen Fachgebiete werden gefördert, jedoch ohne Unterstützung der Krankenkassen, sodass hier Beträge von 2.700€ pro Monat gefördert werden können (ebd.: o. S.).

Neben den finanziellen Unterstützungen während des Studiums und der Weiterbildungszeit geht die KV Sachsen das Problem der mangelnden Medizinstudienplätze in Deutschland an. Mithilfe des Projekts „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“ werden seit 2013 20 und seit 2020/21 40 Studienplätze an der Universität Pécs in Ungarn gefördert (KV Sachsen 2023f: o. S.). Hier findet eine Übernahme der Studiengebühren in Höhe von 7.500€ pro Semester für die Dauer der Regelstudienzeit statt (ebd.: o. S.). Die Studierenden verpflichten sich nach Beendigung des Studiums, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu wählen und sich für mindestens fünf Jahre in Sachsen – außerhalb der Städte Radebeul, Dresden, Markkleeberg und Leipzig – als Hausarzt niederzulassen (ebd.: o. S.). Die Planungsbereiche sind so gewählt, dass die drohend unterversorgten Planungsbereiche unterstützt werden.

Mithilfe dieses Ansatzes können weitere Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen, Ärzte an die Region gebunden und der Mangel an Hausärzten ausgeglichen werden.

Aufgrund des Anlaufens des Förderprogramms im Jahr 2013 und einer ungefähren Ausbildungszeit von zwölf Jahren ist möglicherweise im Jahr 2025 mit Ergebnissen

zu rechnen. Angesichts der jährlichen Aufnahme neuer Studierender könnte in den nächsten Jahren mit einer stetigen Verbesserung der hausärztlichen Lage gerechnet werden.

Somit existieren in Sachsen fünf unterschiedliche Ansätze, um Ärzte in der Aus- und Weiterbildung zu fördern. Auch in anderen Bundesländern finden ähnliche Fördermöglichkeiten Verwendung, welche sich meistens in der Förderhöhe unterscheiden.

Dieser Ansatz kann insofern als innovativ eingeschätzt werden, da hier eine Versorgung aller Einwohner einer Region verbessert werden soll. Wie hoch das Potential dieses Ansatzes ist, um die ärztliche Versorgung in Sachsen zu gewährleisten, wird mithilfe der Experteninterviews ermittelt.

6.2 Finanzielle Unterstützungen

Um Praxiseinsteigern ein gewisses finanzielles Risiko abzunehmen, fördert die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen Vertragsarztsitze. Dabei werden regions- und arztgruppenspezifisch Förderungen von bis zu 100.000€ ausgezahlt (KV Sachsen 2023g: o. S.). Um diese Förderung zu erhalten, müssen für mindestens fünf Jahre ein bestimmtes Stundenkontingent erreicht und Mindestbehandlungsfallzahlen durchgeführt werden (ebd.: o. S.). Auch für die Neugründung einer Zweigpraxis ist eine Förderung in Höhe von 6.000€ möglich (ebd.: o. S.).

Mithilfe des Mindestumsatzes bzw. einem quartalsweisen Honorarzuschlages können im ersten und zweiten Tätigkeitsquartal der „fehlende“ Betrag zur Umsatzhöhe, im dritten und vierten bis zu 40% und im fünften bis achten Tätigkeitsquartal bis zu 25% der Umsatzhöhe des Durchschnitts der jeweiligen Arztgruppe nachgezahlt werden (ebd.: o. S.). Auch diese Förderung setzt eine fünfjährige Tätigkeit voraus.

Um die Attraktivität der allgemeinmedizinischen Tätigkeit zu steigern, fördert die Kassenärztliche Vereinigung auch die Weiterbildung von Fachärzten anderer Fachgebiete mit 2.500€ monatlich zusätzlich zur Weiterbildungsförderung (vgl. Ärzte in Weiterbildung) für maximal zwei Jahre (ebd.: o. S.). Damit sollen finanzielle Ausgleichsmöglichkeiten geschaffen werden (ebd.: o. S.).

Die Förderung „Hausarzt auf Probe“ richtet sich an Fachärzte der inneren Medizin im Krankenhaus, welche bereit sind, für 18 Monate als angestellter Arzt bei einem Hausarzt Erfahrungen zu sammeln (ebd.: o. S.). Die Höhe der Förderung beträgt 7.900€ monatlich für eine Vollzeitstelle (ebd.: o. S.).

Eine Einmalzahlung in Höhe von 50.000€ können Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater für die Neueinrichtung von Sozialpsychiatriepraxen und der Beschäftigung benötigten Personals erhalten, um die flächendeckende sozialpsychiatrische Versorgung in Sachsen zu gewährleisten (KV Sachsen 2023g: o. S.). Auch hier müssen für mindestens fünf Jahre ein bestimmtes Stundenkontingent erreicht und Mindestbehandlungsfallzahlen durchgeführt werden (ebd.: o. S.).

Mit monatlichen 1.500€ können Praxen für die Dauer der Weiterbildung eines Arztes gefördert werden, wenn diese einen aufnehmen (KV Sachsen 2023h: o. S.).

Um die Bereitschaft von Ärzten zur Fortbildung von nicht-ärztlichen Praxisassistenten (NÄPA) zu erhöhen, können 3.500€ als Einmalzahlung oder 200€ monatlich für bis zu zwei Jahre während der Fortbildungszeit ausgezahlt werden (ebd.: o. S.). Mithilfe einer NÄPA soll der Arzt langfristig entlastet und mehr Kapazitäten zur Behandlung geschaffen werden (ebd.: o. S.).

Abschließend existiert noch die Haltepauschale. Diese Förderung in Höhe von 1.500€ pro Quartal erhalten Ärzte, welche das 65. Lebensjahr erreicht haben und weiterhin ihrer Tätigkeit nachgehen (ebd.: o. S.). Mit dieser Haltepauschale wird die Arbeit gewürdigt und eine Motivation für die Leistungserhaltung geschaffen (ebd.: o. S.).

Auch dieser Ansatz kann nach Müller et al. (2016) als innovativ eingeschätzt werden, aufgrund der Förderung der Gesundheitsversorgung aller Einwohner einer Region. Wie hoch das Potential dieses Ansatzes ist, um die ärztliche Versorgung in Sachsen zu gewährleisten, wird mithilfe der Experteninterviews ermittelt.

6.3 Gesundheitsnetze

Gesundheitsnetze stellen mit Abstand die am häufigsten existierende Organisationsform innovativer Gesundheitsmodelle dar (Müller et al. 2016: 52). Im Allgemeinen versteht man hier eine Vernetzung von unterschiedlichen Arztgruppen und auch weiterer Akteure, um einen besseren Austausch zu gewährleisten, bspw. über gemeinsame IT-Tools. Aus ihnen entstehen oft Projekte in unterschiedlichen Bereichen, z.B. im Bereich der Versorgung älterer Patienten.

So existiert in Sachsen zum einen das Gesundheitsnetz Leipzig. Dieses stellt ein Netz dar, um Haus- und Fachärzten ein besseres Überweisungsmanagement zu ermöglichen und weitere innovative Versorgungsmodelle zu präsentieren (vgl. Gesundheitsnetz 2023). Weiterhin sind bereits Krankenkassen in diesem Netz integriert. Das

Netzwerk arbeitet dabei auf unterschiedlichen Ebenen, um zu versorgen, zu beraten und zu pflegen und bietet auch Weiterbildungen für Ärzte an. „Kernziele des Leipziger Gesundheitsnetzes sind es damit die Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit mit Hilfe weiterentwickelter interdisziplinärer und multiprofessioneller Versorgungskonzeptionen in Einklang zu bringen.“ (InGe 2021b).

In Sachsen existiert weiterhin die Gesundheitsregion „Carus Consilium Sachsen“ (CCS). In diesem Netzwerk soll mittels unterschiedlicher Ansätze in den Landkreisen Bautzen, Görlitz, Meißen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge und die kreisfreie Stadt Dresden die wohnortnahe Versorgung gewährleistet werden (CCS 2023a: o. S.). Im Bereich der ärztlichen Versorgung konzentrieren sich die Projekte insbesondere auf das E-Health und die Schlaganfallversorgung.

Dieser Ansatz ist insofern innovativ, dass hier die Versorgung einer gesamten Region verbessert werden soll und einige Projekte bereits in die Regelversorgung übertragen wurden. Aufgrund der Vielseitigkeit von Gesundheitsnetzen finden sich auch weitere Elemente einer integrierten Versorgung wieder. Wie hoch das Potential, die Möglichkeiten der Umsetzung und die dazugehörige Bereitschaft dieses Ansatzes ist, wird mithilfe der Experteninterviews ermittelt.

6.4 Unterschiedliche Praxisformen / Zentren

Für Ärzte gibt es unterschiedliche Möglichkeiten der Niederlassungen. Die am häufigsten gewählte Form ist mit 58% der Praxen in Deutschland die Einzelpraxis (KBV 2023a: o. S.). In Sachsen sind sogar 83% der Praxen Einzelpraxen (KV Sachsen 2022a: 5). Praxisformen haben verschiedene Vor- und Nachteile, welche im Folgenden diskutiert werden.

Ein Vor- aber auch gleichzeitig Nachteil der Einzelpraxis stellt die hohe Eigenverantwortung dar (Fitzner 2021: 217). Ein Arzt hat die Möglichkeit, seine Praxis im Rahmen der rechtlichen Rahmenbedingungen selbst zu gestalten, muss auf der anderen Seite aber auch die organisatorischen, personellen und finanziellen Angelegenheiten regeln (ebd.: 217). Er kann sich weiterhin dafür entscheiden, eine Zweigstelle zu eröffnen, um bspw. ländliche Räume besser versorgen zu können. Solche werden mit 6.000€ von der KV Sachsen gefördert.

Weiterhin existiert die Möglichkeit der Organisation in einer Praxisgemeinschaft. Hier arbeiten Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtung in gemeinsamen Räumen zusammen, wobei die Abrechnung getrennt erfolgt (Fitzner 2021: 219). Der

Vorteil besteht in der Kostenersparnis aufgrund der gemeinsamen Nutzung von Personal, Räumen, Geräten sowie ein einfacherer Austausch untereinander (ebd.: 219).

Eine Sonderform der Gemeinschaftspraxis stellt die Jobsharing-Gemeinschaftspraxis dar (ebd.: 219). Hier teilen sich bspw. zwei Ärzte einen Arztsitz und es bietet sich vor allem für Ärzte an, welche in Teilzeit oder weniger arbeiten (z.B. aufgrund des Alters) wollen (ebd.: 219). Aber auch beim Überschreiten der Altersgrenze ist diese Art der Praxisorganisation eine gute Möglichkeit und kann mit der Haltepauschale kombiniert werden. Ein weiterer Vorteil besteht im Teilen der Räumlichkeiten, des Personals sowie medizinischer Geräte.

In einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) arbeiten die Ärzte unabhängig voneinander, sind aber in einer Partnergesellschaft oder einer einfachen GbR organisiert (ebd.: 219). Die Abrechnung und Haftung wird gemeinsam bewerkstelligt und der Vorteil besteht darin, dass eine gewisse Flexibilität innerhalb der Praxis möglich ist (ebd.: 219). Auch Räumlichkeiten, Personal sowie medizinische Geräte können geteilt werden.

Eine Sonderform der BAG stellen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) dar. Hierbei geben Ärzte ihre Zulassung an die MVZ ab und arbeiten in einer Betreibergesellschaft oder GmbH (ebd.: 219). Die Vorteile dieser Form liegen darin, dass Teilzeitanstellungen möglich sind, bessere Absprachen erfolgen können sowie Mutterschutz, Arbeitslosenversicherung und Krankengeld gewährleistet sind (ebd.: 220). Auch Räumlichkeiten, Personal sowie medizinische Geräte können geteilt werden.

Im Großen und Ganzen ist zu erkennen, dass der Nachteil des finanziellen Risikos einer Einzelpraxis von den anderen Formen der Organisation überwiegend vermieden werden kann. Einsparungen können vor allem im Bereich des Personals und der Beschaffung von Geräten gemacht werden sowie in der Organisation von Vertretungen und des Austauschs der Ärzte untereinander (Smetak 2019: 67). Auch können bürokratische Aufwendungen verringert werden. Es entfallen oft rechtliche und organisatorische Angelegenheiten und das Arbeiten in Teilzeit ist einfacher realisierbar. Eine Auswahl der Möglichkeit der Niederlassung hängt von den persönlichen Präferenzen eines jeden Arztes ab.

Im Kontext dieser Masterarbeit stellt dies einen Ansatz dar, um die Arbeit der Ärzte besser miteinander zu vernetzen und abzustimmen.

Hier handelt es sich insofern um einen innovativen Ansatz, da hier eine systematische und koordinierte Einbeziehung unterschiedlicher Berufsgruppen und auch Einrichtungen stattfindet. Welche Praxisformen am sinnvollsten erscheinen und welche sich am besten umsetzen lassen, wird mithilfe der Experteninterviews ermittelt.

6.5 Mobile Lösungen

Im Bereich der mobilen Lösungen gibt es zwei Möglichkeiten. Zum einen kommt ein Arzt, bspw. mithilfe eines „medibus“ in die Gemeinden. Die KV Hessen hat in den Gemeinden Cornberg, Herlenshausen, Nentershausen, Sontra, Ringgau und Weißenborn ein solches Projekt initiiert (KV Hessen 2023: o. S.). Mittels der rollenden Praxis können zum einen weniger gut versorgte Regionen unterstützt und zum anderen bereits niedergelassene Ärzte, welche bspw. überfüllt sind, entlastet werden (ebd.: o. S.). Hier wird eine wohnortnahe Versorgung besser gewährleistet. Das Projekt startete im Jahr 2018, gefördert von der KV Hessen und der Deutschen Bahn Regio als zweijähriges Pilotprojekt. Zusammen mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration beschloss man 2021, das Projekt für weitere drei Jahre fortzusetzen (ebd.: o. S.). Mittlerweile sind über die Initiative „medibushelps“ auch mehrere Busse unterwegs und übernehmen u.a. in Berlin, Köln und Hamburg die Erstversorgung von Geflüchteten aus der Ukraine (vgl. medibushelps.org 2023).

Herausforderungen dieses innovativen Ansatzes werden vor allem in der finanziellen Stabilität gesehen (Hämel et al. 2017: 1016). Auch die Evaluation des Projekts „Rollende Arztpraxis“ im Landkreis Wolfenbüttel kommt zu diesem Ergebnis, jedoch wird im Kontext der Verbesserung der Versorgungssituation von Subventionierungen ausgegangen (Schwartz & Wolf 2017: 90). Die Autoren schlussfolgern, dass die rollende Arztpraxis eine geeignete Alternative sei, lediglich bei rechtlichen und organisatorischen Angelegenheiten noch Verbesserungen möglich sind (ebd.: 90f.).

Zum anderen gibt es die Möglichkeit, die Patienten mithilfe bspw. eines Busses zu den Arztpraxen zu bringen. Vor allem in ländlichen Gebieten, wo der ÖPNV nicht gut ausgebaut ist, bietet der Bürgerbus eine mögliche Alternative. Diese bedarfsgesteuerte Bedienform weicht von den Dienstleistungen eines normalen ÖPNV dahingehend ab, dass kein „klassisches fahrplan- und linienfixiertes Angebot“ (Küpper 2011: 160) gegeben ist (ebd.: 160). Probleme in der mobilen Lösung werden insbesondere in dünn besiedelten Räumen bei einer geringen Anzahl an potentiellen Fahrgästen und mangelnden ehrenamtlichen Fahrern gesehen (ebd.: 163). Ein Vorteil des

Bürgerbusses ist es, dass diese nicht nur Arztpraxen anfahren können, sondern auch andere Versorgungsmöglichkeiten.

Ein Beispiel für den Bürgerbus in der Region existiert in der Lommatzscher Pflege, wo seit 2008 die Mobilität der ländlichen Bevölkerung gestärkt wird (Lommatzscher Pflege 2023: o. S.).

Auch diese Ansätze sind insofern innovativ, dass hier versucht wird, die Versorgung bevölkerungsgruppenspezifisch zu verbessern. Wie hoch das Potenzial und die Möglichkeiten der Umsetzung von mobilen Lösungen zur Gewährleistung der ärztlichen Situation eingeschätzt werden, wird mithilfe der Experteninterviews ermittelt.

6.6 E-Health

In Sachsen werden Möglichkeiten der Digitalisierung gefördert. Mithilfe des Förderprogramms „eHealthSax“ der Sächsischen Aufbaubank (SAB) können unter anderem Projekte zur Digitalisierung des Gesundheitswesens oder telemedizinische Anwendungen gefördert werden (SAB 2023: o. S.). Hier kann ein Zuschuss von bis zu 80% gewährleistet werden. So sind bspw. sektorenübergreifende Vernetzungsprojekte in der Gesundheitsversorgung förderfähig (ebd.: o. S.). Aber auch Personal- und Sachausgaben können beantragt werden (ebd.: o. S.).

Ein wichtiger Teil des E-Health ist die Telemedizin. Viele Möglichkeiten sind bereits erfolgreich erprobt. In Sachsen wurde insbesondere der Aufbau telemedizinischer Netzwerke für die Akutversorgung von Schlaganfallpatienten geschaffen (Brauns & Loos 2015: 1070). Das Carus Consilium initiierte das „Neurovaskuläre Netzwerk Ostsachsen und Südbrandenburg“ (SOS-NET) (vgl. Neurovaskuläres Netzwerk 2018). Durch die Integration in die Regelversorgung über abrechenbare Behandlungen pro Fall, konnte dieser Ansatz erfolgreich weitergeführt (Brauns & Loos 2016: 1070f.) und somit auch als innovativ bezeichnet werden. Dadurch war eine langfristige Etablierung des Netzwerks möglich. Die telemedizinische Versorgung erfolgt über Videochat, in Kombination mit klinischen Befunden (Neurovaskuläres Netzwerk 2018: o. S.).

Im Bereich der Nachsorge eines Schlaganfalls entwickelte sich auch das Projekt „SOS-CARE“ aus dem SOS-NET heraus. Hier wird über Case-Manager die ambulante Nachversorgung über eine Plattform technisch mit anderen Akteuren (Hausärzte, Logopäden, etc.) besser organisiert (CCS 2023b: o. S.).

Eine weitere Möglichkeit im Bereich des E-Health stellt die Videosprechstunde dar. Dieser ortsunabhängige Ansatz bietet die Gewährleistung der ärztlichen Versorgung, vor allem im ländlichen Bereich oder nach Operationen (KBV 2023b: o. S.). Hierbei gilt es zu erwähnen, dass die Videosprechstunde den Patientenkontakt nicht vollständig aufheben soll, sondern lediglich ihn mittels „Potenziale der technischen Möglichkeiten zu ergänzen und zu optimieren“ (Meisenzahl & Sprick 2023: 176).

Es ist erkennbar, dass das E-Health eine große Bandbreite an Möglichkeiten zur Verbesserung schafft, welche im Rahmen dieser Masterarbeit nicht komplett erfasst werden kann. Klar wird jedoch, dass unter anderem durch die Telemedizin ländliche Räume besser versorgt und vernetzt werden können. Voraussetzungen dafür sind die technische Infrastruktur (z.B. Breitband) sowie die Bereitschaft zur Nutzung solcher Ansätze. Wie hoch das Potenzial und die Bereitschaft zur Umsetzung dieses innovativen Ansatzes ist, wird mithilfe der Experteninterviews ermittelt.

6.7 Ansätze zur Entlastung von Ärzten

Ansätze zur Entlastung von Ärzten stehen nicht unmittelbar im Zusammenhang mit ihnen, sondern dienen vordergründig dazu, mehr freie Kapazitäten zu verschaffen. Dies kann bspw. über eine nicht ärztliche Praxisassistenz (NäPa) geschehen. Als NäPa bezeichnet wird eine medizinische Fachkraft mit einer speziellen Ausbildung (welche von der KV Sachsen mit 3.500€ gefördert werden kann), welche delegierbare ärztliche Leistungen durchführt. Dazu gehören z.B. Blutabnahme, Impfungen oder Verbandswechsel (KV Sachsen 2022b: 12f.). Somit können zum einen immobile Patienten besser versorgt und zum anderen mehr Behandlungskapazitäten für Ärzte geschaffen werden (ebd.: 12f.).

Ein weiteres Beispiel ist die „GeriNurse“. In der Modellregion Leipzig wird über eine sogenannte „GeriNurse“ mit einer Weiterbildung im Care- und Casemanagement geriatrische Patienten und Angehörige durch das Gesundheits- und Sozialsystem geführt sowie Präventions- und Pflegemaßnahmen übernommen (RubiN 2023: o. S.).

Auch bei den Krankenkassen konnte ein ähnlicher Ansatz schon aufgenommen werden. So hat die AOK PLUS ihr Versorgungsangebot ergänzt (vgl. AOK PLUS 2022: o. S.). Dieses richtet sich dabei überwiegend an immobile, chronisch kranke Patienten. Eine speziell ausgebildete Praxisassistenz übernimmt dabei einen Hausbesuch mit einem telemedizinischen Rucksack, mit welchem unterschiedliche Messungen am Körper durchgeführt und anschließend die Ergebnisse an den Arzt übermittelt

werden (AOK PLUS 2022: o. S.). Falls notwendig, besteht die Möglichkeit, den behandelnden Arzt per Videochat hinzuzuziehen (ebd.: o. S.).

Ein weiterer ähnlicher Ansatz, welcher bereits erfolgreich seit einigen Jahren in Rheinland-Pfalz durchgeführt wird, stellt die „Gemeindeschwester^{plus}“ dar (vgl. Schulz-Nieswandt et al. 2018). Eine Übertragung auf Sachsen muss selbstverständlich an die regionalen Gegebenheiten angepasst sein.

Im Großen und Ganzen erkennt man, dass es bereits viele, auch positiv evaluierte Projekte aus der Praxis gibt und somit kann dieser Ansatz als innovativ eingestuft werden. Hierbei geht es aber auch um die Versorgung aller Bewohner einer Region. Dabei wird sich größtenteils auf ältere immobile Patienten fokussiert, was sinnvoll vor dem Hintergrund des demografischen Wandels erscheint. Vor allem im ländlichen Raum könnten solche Ansätze zu einer Gewährleistung der ärztlichen Versorgung führen. Wie das Potenzial und die Möglichkeiten der Umsetzung solcher Ansätze zur Entlastung der Ärzte eingeschätzt werden, wird mithilfe der Experteninterviews ermittelt.

7. Auswertung

Die qualitative Inhaltsanalyse der Interviewtranskripte in den Gemeinden kam zu folgenden Ergebnissen.

7.1 Ergebnisse der Experteninterviews in den Kommunen

7.1.1 Hausärztliche Situation

Zur Ermittlung der hausärztlichen Situation wurde nach einer Einführung in das Thema der Masterarbeit den Experten die Frage gestellt, wie sich die Situation in den jeweiligen Gemeinden darstellt. Alle Experten gaben dabei an, dass sich die Hausärztliche als gut bzw. gesichert darstellt (siehe Transkript 1: 3; Transkript 2: 3; Transkript 3: 3; Transkript 4: 4; Transkript 5: 3f.). Stellenweise wurde angegeben, dass die Auslastung der lokalen Hausärzte sehr hoch sei (siehe Transkript 2: 3; Transkript 5: 4) bzw. sie sich im Laufe der nächsten Jahre, durch die hohe Altersstruktur der Ärzte verschlechtern wird (siehe Transkript 1: 3; Transkript 2: 3; Transkript 3: 4). Hierbei ist auf die Verschiebung der Altersstrukturen durch den demografischen Wandel aufmerksam zu machen, den man insbesondere in den höheren Altersgruppen erkennt. Weiterhin wurde von den Experten aus Klipphausen und Moritzburg angegeben, dass das Vorhandensein eines weiteren Hausarztes kein Konkurrenzdenken auslösen würde, sondern dieser sich problemlos einen Patientenstamm aufbauen kann, ohne dass es zu Verdienstaufschlägen der benachbarten Hausärzte kommt (siehe Transkript 2: 3; Transkript 5: 20). Somit ist laut Aussagen der Experten das vorgegebene Gebot der Wirtschaftlichkeit weiterhin gegeben. Dies spiegeln auch die Versorgungsgrade wider, welche die Neuansiedelung von Hausärzten zulässt. Die Wahrnehmung der hausärztlichen Situation ist im Großen und Ganzen besser eingeschätzt worden, als es die Versorgungsgrade vermitteln. Ausnahmen bilden dabei die Auslastungen und Kapazitäten, welche als sehr hoch eingeschätzt werden. In Klipphausen wurde darauf verwiesen, dass durch das Versterben eines Arztes in einem anderen Planungsbereich die Patienten nun Termine bei den bereits überlasteten Ärzten in Klipphausen suchen (siehe Transkript 2: 6). Somit werden Planungsbereichsgrenzen überschritten und die Zahlen kurzfristig beeinflusst. Sorgen gibt es in der Neubesetzung von Praxen, weil oft keine Nachfolgeregelung existiert (siehe Transkript 2: 3). Außerdem wurde das Problem von hohen bürokratischen und informationstechnischen Aufwendungen beim Betrieb einer Zweigpraxis angesprochen, welche eine Zweigpraxis zur Schließung veranlassten

(siehe Transkript 2: 12). Der hohe Grad an Bürokratie wurde in anderen Zusammenhängen vertieft. Weitere Einschränkungen treten in der hausärztlichen Versorgung der Altersheime in Moritzburg auf (siehe Transkript 5: 4). Die Situation der ärztlichen Versorgung spiegelt sich bei den Kinderärzten jedoch ganz anders wider.

7.1.2 Kinderärztliche Situation

Die Aussagen der Experten zur kinderärztlichen Situation wurden im Anschluss an die Ausführungen der hausärztlichen Situation gegeben. Hier stellt sich im Zusammenhang mit den überwiegend positiven Versorgungsgraden der Planungsbereiche eine wesentlich schlechtere Situation dar. Alle Gemeinden gaben an, Probleme in der kinderärztlichen Versorgung zu haben (siehe Transkript 1: 3; Transkript 2: 4; Transkript 3: 4; Transkript 4: 4; Transkript 5: 4). Mit Ausnahme von Wilsdruff ist in keiner Gemeinde ein Kinderarzt angesiedelt und die Bezugspunkte befinden sich in den umliegenden großen Kreisstädten (siehe Transkript 1: 4; Transkript 2: 4; Transkript 4: 4; Transkript 5: 4). Jedoch sind dort nach Angaben der Experten die Ärzte an ihren Kapazitätsgrenzen (siehe Transkript 2: 6; Transkript 3: 8; Transkript 4: 4; Transkript 5: 6). Lediglich durch Rausfallen eines Kindes aus dem Kinderarztalter, werden Plätze frei (siehe Transkript 2: 4). Nach Erhalt eines Termins, liegen die gefühlten Reisezeiten über der festgelegten 30 Minuten Schwelle (siehe Transkript 2: 4) und ein Auto ist notwendig (siehe Transkript 5: 5f.). An dieser Stelle wurde in mehreren Interviews die angegebene Grenze von 30 Minuten vor dem Hintergrund der angestrebten Mobilitätswende als fragwürdig eingeschätzt. Dies wird an einem späteren Zeitpunkt vertiefend betrachtet.

Neben der nicht möglichen Neuaufnahme von Kindern ist teilweise noch keine Nachfolgeregelung bei Ärzten geklärt, was zukünftig auf einen Versorgungsengpass hindeutet (siehe Transkript 4: 4). Somit können zusammengefasst die befragten Experten die hohen Versorgungsgrade der Planung in der Realität nicht bestätigen. Die hohe Auslastung der nächstgelegenen Kinderarztpraxen ermöglicht keine wohnortnahe Versorgung und dadurch müssen höhere Reisezeiten in die nahegelegenen größeren Städte in Kauf genommen werden. Dabei wurde vermehrt auf die Lage der Gemeinden im Speckgürtel von Dresden verwiesen. Das führt zu einem verstärkten Zuzug junger Familien, welche meist auch Kinder haben. Dies wird an späterer Stelle nochmals vertiefend betrachtet.

Zusammenfassend stellt sich die kinderärztliche Situation im Vergleich zur hausärztlichen Situation trotz vermeintlich hoher Versorgungsgrade als wesentlich schlechter dar.

Im Anschluss an die Beschreibung der haus- und kinderärztlichen Lage wurde diese Situation aus Sicht der KV Sachsen dargelegt. Dazu wurden unterschiedliche Aussagen bzw. Antworten der Experten gegeben, welche überwiegend im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel und dem Bedarfsplan zusammenhängen. Es erfolgt während der qualitativen Inhaltsanalyse eine Kategorisierung und eine Auswertung.

7.1.3 Bedarfsplan und demografischer Wandel

Zunächst wurde in allen Interviews auf die Differenz zwischen der Planung und der Realität, vor allem im Bereich der Kinderärzte, verwiesen.

Das größte Problem seien die statischen Planungsgrenzen (siehe Transkript 1: 10; Transkript 2: 8; Transkript 3: 7; Transkript 4: 8; Transkript 5: 16), welche eine wohnortnahe Versorgung, vor allem im Bereich der Kinderärzte, nicht zulassen. Hier müsste eine wesentlich differenziertere Betrachtung der Regionen – hinsichtlich der Bedarfe – vorgenommen und die Grenzen aufgelöst werden (siehe Transkript 1: 4; Transkript 2: 8; Transkript 3: 7, 9, 21f.; Transkript 4: 20; Transkript 5: 16). Auch die Größe der Planungsbereiche wurde kritisiert (siehe Transkript 3: 7; Transkript 2: 9) und wenn eine optimale Versorgung gewährleistet werden soll, muss genau dort geschaut werden, wo die Bedarfe herrschen (siehe Transkript 1: 8). In diesem Zusammenhang gibt es in fast allen Gemeinden aufgrund ihrer Lage im Speckgürtel Dresdens den Hinweis auf einen nicht klassischen demografischen Wandel. Hierbei spielt der Zuzug von vor allem jungen Familien eine große Rolle (siehe Transkript 2: 3; Transkript 3: 3; Transkript 4: 5; Transkript 5: 1f.). Dadurch kommt es zu einer Zunahme an Kindern und es entsteht ein größerer lokaler Bedarf an Kinderärzten, welcher nicht wohnortnah gedeckt werden kann. Ein weiterer Kritikpunkt in diesem Zusammenhang sind die Erreichbarkeiten. Vor dem Hintergrund der Mobilitätswende sind Erreichbarkeiten in PKW-Minuten für die Experten nicht nachvollziehbar (siehe Anhang 1: 4; Transkript 4: 2f.; Transkript 5: 5). Zieht man die Betrachtung von Reisezeiten mit dem ÖPNV hinzu, erhöhen sich diese deutlich. Deswegen verwiesen zwei Gemeinden auf eine infrastrukturell sinnvolle Ansiedlung von zukünftigen Praxen, insbesondere in Bezug auf den ÖPNV (siehe Transkript 1: 6; Transkript 2: 15). Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung hat sich bereits des Themas der

Erreichbarkeiten im Gesundheitswesen angenommen und verweist auf einen zu großen Interpretationsspielraum durch bundesweite Vorgaben (BBSR 2023b: 7). Weiterhin schlagen sie in diesem Zusammenhang die Betrachtung von Öffnungs-, Warte- sowie Auf- und Abrüstzeiten (z.B. Weg zum Arzt) vor, um eine realitätsnahe Darstellung von Erreichbarkeiten zu gewährleisten (ebd.: 7). Wie die Experten verweisen die Autoren auf die Klimaanpassungsstrategie und schlagen vor, dass der ÖPNV eine größere Beachtung verdient (ebd.: 8). In stark verdichteten Städten sollte sogar die Erreichbarkeit zu Fuß betrachtet werden (ebd.: 8). Weiterhin schlugen die Autoren vor, bevölkerungsgruppenspezifische Erreichbarkeitsanalysen durchzuführen, insbesondere bei vulnerablen Gruppen (ebd.: 7). Somit wurden die Erreichbarkeiten nicht nur von den Experten als fragwürdig eingeschätzt, sondern diese stehen in der Literatur zur Diskussion. Aufgrund dessen, vor allem vor dem Hintergrund der Mobilitätswende und der bevölkerungsgruppenspezifischen Erreichbarkeitsanalysen, erscheint eine Spezifizierung der Erreichbarkeiten als sinnvoll. Dies wird mithilfe eines weiteren Interviews plausibilisiert und über Möglichkeiten der Umsetzung gesprochen.

Die hohen Auslastungen der Haus- und Kinderärzte wurden bereits in der Beschreibung der jeweiligen Situationen dargestellt und an dieser Stelle nochmals aufgegriffen. Diese müssen laut Aussagen einiger Experten mehr berücksichtigt werden (siehe Transkript 2: 9; Transkript 3: 8; Transkript 4: 9). Ebenfalls betrachtet werden muss die Erhöhung der Erreichbarkeiten, durch Wegfallen eines Arztes, bspw. durch Krankheit oder Überlastung. Die hohen Versorgungsgrade im Bereich der kinderärztlichen Versorgung implizieren eine gute Versorgung. Dies sei aber nicht der Fall (siehe Transkript 3: 8).

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass ein großer Unterschied zwischen der Planung und der Realität existiert. Die Experten äußerten größtenteils Kritik an den statischen Planungsgrenzen und schlugen eine Auflösung dieser vor. Es sei eine wesentlich differenziertere und kleinräumigere Betrachtung der Regionen notwendig, auch hinsichtlich der Bedarfe und Zunahme junger Familien. Die Erreichbarkeiten in PKW-Minuten wurden im Zusammenhang mit der Mobilitätswende kritisiert. Durch die Wahl des ÖPNV erhöhen sich die Reisezeiten wohl deutlich. Die Experten sind sich einig, dass eine praxisnähere Betrachtung vor allem im Bereich der Kinderärzte vorgenommen werden muss, um eine Gewährleistung der ärztlichen Versorgung in der Zukunft zu sichern (vgl. Transkript 1-5).

7.1.4 Unternehmungen der Gemeinde

In allen Gemeinden wurde angegeben, dass bereits Unternehmungen zur Verbesserung der ärztlichen Situation stattgefunden haben. So kontaktierten Ottendorf-Okrilla, Klipphausen, Wilsdruff und Arnsdorf die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. In den meisten Fällen scheiterten die Versuche im Bereich der kinderärztlichen Versorgung und es gab den Verweis auf den Bedarfsplan und die dazugehörigen hohen Versorgungsgrade (siehe Transkript 1: 8; Transkript 2: 9; Transkript 4: 8). Lediglich Wilsdruff hat es geschafft, eine 0,5 Erweiterung für eine Kinderärztin zu erhalten (siehe Transkript 3: 3).

Die meisten Gemeinden sind im Bereich der Vermittlung aktiv, bspw. von Grundstücken oder Räumlichkeiten (siehe Transkript 1: 11; Transkript 2: 14; Transkript 3: 9f.; Transkript 5: 7). An dieser Stelle wurde jedoch darauf verwiesen, dass das Schalten von „Werbung“ nicht hilft, wenn sich Ärzte, insbesondere Kinderärzte, nicht niederlassen können (siehe Transkript 3: 9f.). Weiterhin sind die Gemeinden bestrebt, den ÖPNV dahingehend auszubauen oder anzupassen, um die Ärzte besser erreichbar für die Bevölkerung zu machen (siehe Transkript 1: 12; Transkript 3: 16; Transkript 5: 8).

Zudem begleiten mehrere Gemeinden die Errichtung von Ärztehäusern, Medizinischen Versorgungszentren oder Multifunktionsgebäuden (Schulstandort mit Kinderarzt und Logopäden) (siehe Transkript 1: 11; Transkript 4: 9f.).

Hierbei muss selbstverständlich der kommunale Handlungsspielraum von Gemeinden betrachtet werden. Den eigenen Bau, bspw. eines Versorgungszentrums kann sie nicht bewerkstelligen, sondern lediglich begleiten. Auch können Gemeinden im Allgemeinen eher eine vermittelnde Funktion einnehmen als eine ausführende. Insbesondere im Bereich der Verbesserung der kinderärztlichen Situation, des ÖPNV und der Begleitung und Vermittlung von Bauprojekten finden die meisten Unternehmungen statt.

Nach der Gegenüberstellung der haus- und kinderärztlichen Situation sowie der Darstellung der Unternehmungen der Gemeinden erfolgt nun die Diskussion unterschiedlicher innovativer Ansätze hinsichtlich ihres Potenzials und der Möglichkeiten der Umsetzung und der somit einhergehenden Bereitschaft in den jeweiligen Gemeinden.

7.1.5 Innovative Ansätze

Für die Auswertung der unterschiedlichen innovativen Ansätze erfolgt zunächst eine Analyse der Bewertungsbögen. Wie im Methodenteil beschrieben, erhalten die Antwortmöglichkeiten eine Punktzahl, werden verrechnet und dabei als gleichwertig angesehen. Die Antwortmöglichkeiten „Sehr hoch“ bzw. „Ja“ erhielten jeweils zwei Punkte. „Hoch“ bzw. „Eher ja“ einen Punkt. „Weder noch“ erhielt keinen Punkt. Für die Auswahlmöglichkeiten „Niedrig“ und „Eher nein“ wurde jeweils ein Punkt abgezogen und für „Sehr niedrig“ und „Nein“ zwei. Die Ansätze der Nachwuchsförderungen und finanziellen Unterstützungen wurden auf den Bewertungsbögen zur Beurteilung der Umsetzung in den Gemeinden entfernt, da die Experten keinen direkten Einfluss auf diese Förderungen haben können. Die Verteilung der Antwortmöglichkeiten stellt sich wie folgt dar.

Tab. 3 Häufigkeitsverteilung der Antwortmöglichkeiten des Bewertungsbogen "Potenzial"

Ansatz / Ausprägung	Sehr hoch (2)	Hoch (1)	Weder noch (0)	Niedrig (-1)	Sehr niedrig (-2)	Gesamt
Gesundheitsnetze		2	2	1		1
Ansätze zur Entlastung von Ärzten	1	4				6
Unterschiedliche Praxisformen	3	1	1			7
Mobile Lösungen	1	2			2	0
E-Health - Telemedizin	2	1	2			5
Finanzielle Unterstützungen	1	3	1			5
Nachwuchsförderungen	4	1				9

Tab. 4 Häufigkeitsverteilung der Antwortmöglichkeiten des Bewertungsbogen "Umsetzung"

Ansatz / Ausprägung	Ja (2)	Eher ja (1)	Weder noch (0)	Eher nein (-1)	Nein (-2)	Gesamt
Gesundheitsnetze	1	2	2			4
Ansätze zur Entlastung von Ärzten	1	4				6
Unterschiedliche Praxisformen	2	2	1			6
Mobile Lösungen		1		2	2	-5
E-Health - Telemedizin	1	1	2	1		2

Bei der Auswertung werden zunächst die finanziellen Unterstützungen und Nachwuchsförderungen betrachtet, da diese lediglich auf dem Bewertungsbogen des Potenzials vorzufinden sind.

Nachwuchsförderungen

Den ersten Platz im Bereich des Potenzials belegt mit neun Punkten der innovative Ansatz der Nachwuchsförderungen. Das Potenzial wurde dabei als sehr hoch bzw. hoch eingeschätzt. Die Vorteile werden vor allem darin gesehen, dass das Problem der mangelnden Medizinstudienplätze in Deutschland angegangen (siehe Transkript 2: 19) und die Fachkräfteförderung gezielt betrieben wird (siehe Transkript 4: 21). Jedoch wurde nochmals auf den Bedarfsplan verwiesen, dass dieser teilweise

Niederlassungen nicht zulässt (siehe Transkript 1: 17). Somit könnte die Attraktivität mancher Facharztgruppen darunter leiden.

Einer weiteren Ausführung bedarf es an dieser Stelle nicht, da sich in diesem Punkt alle Experten einig waren, dass dieser Ansatz weiterverfolgt werden sollte. Inwiefern die Nachwuchsförderungen in der Realität bereits wirken, soll mithilfe eines weiteren Interviews plausibilisiert werden.

Finanzielle Unterstützungen

Die finanziellen Unterstützungen liegen mit fünf Punkten im Bereich des Potenzials – zusammen mit dem E-Health – auf Platz vier. Hier wurde das Potenzial überwiegend als hoch eingeschätzt. Im Großen und Ganzen bildet dieser Ansatz einen guten Anreiz (siehe Transkript 1: 16; Transkript 2: 17; Transkript 4: 19; Transkript 5: 20f.), jedoch wurden einige Anmerkungen gemacht. In Arnsdorf gab es den Verweis, dass Förderungen insbesondere dort stattfinden sollten, wo auch die meisten Probleme herrschen (siehe Transkript 4: 19). Dies sei nicht in der Stadt Dresden, sondern eher in den strukturschwachen Räumen (siehe Transkript 4: 19). Diese Meinung vertreten auch die Experten aus Wilsdruff, um die Ärzte dorthin zu locken, wo sie benötigt werden, bspw. mit höheren Pauschalen für Behandlungen (siehe Transkript 3: 21). Jedoch sehen auch diese Experten finanzielle Förderungen eher als letztes Mittel an und vermuten, dass diese mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden sind (siehe Transkript 3: 20). Deshalb wurde bei der Bewertung des Potenzials aufgrund fehlender Informationen „weder noch“ angekreuzt.

Im Großen und Ganzen wird also das Potenzial dieses Ansatzes als hoch eingeschätzt, jedoch sollte bei der Vergabe der Gelder genauer geschaut werden, inwiefern diese eingesetzt werden (bspw. Erhöhung der Pauschalen). Wie die finanziellen Unterstützungen in der Realität bereits wirken und dahingehend noch angepasst werden können, soll mithilfe eines weiteren Interviews plausibilisiert werden.

Mobile Lösungen

Die mobilen Lösungen belegten sowohl in der Bewertung des Potenzials als auch der Umsetzung in den Gemeinden den letzten Platz. Das Potenzial wird dabei höher eingeschätzt (0 Punkte) als die Möglichkeiten zur Umsetzung (-5 Punkte). Somit herrscht hier eine gespaltene Meinung. Ottendorf-Okrilla schätzt dies vor allem im ländlichen Raum als hoch ein, sieht sich als Gemeinde jedoch nicht dort verortet (siehe Transkript 1: 13). Ähnlich stellt sich die Situation in Klipphausen dar, wo das

Potenzial als hoch eingeschätzt wird, jedoch durch bereits negative Erfahrungen im Bereich des Bürgerbusses die Möglichkeiten zur Umsetzung als niedrig betrachtet wurde (siehe Transkript 2: 14). In Wilsdruff und Arnsdorf wird neben dem geringen Potenzial auch die Möglichkeit zur Umsetzung als nicht sinnvoll eingeschätzt (siehe Transkript 3: 15; Transkript 4: 14). Gründe dafür liegen auch im Zusammenhang mit der Mobilitätswende. Eine Stärkung des lokalen ÖPNV wurde von den Gemeinden eher als sinnvoll betrachtet, da hiermit nicht nur der Weg zum Arzt erledigt werden könnte (siehe Transkript 2: 14; Transkript 3: 15). In Ottendorf-Okrilla hat sogar schon eine Umlegung einer Buslinie zu einem geplanten Ärztehaus stattgefunden (siehe Transkript 1: 12). In Arnsdorf wurde eher die Lösung in gut verteilten Standorten gesehen, welche bspw. fußläufig oder mit dem Fahrrad zu erreichen sind (siehe Transkript 4: 14). Die Möglichkeit mehrere, vor allem ältere Personen, mit einem Bus einzusammeln und anschließend zum Arzt zu bringen, wurde als falsch angesehen (siehe Transkript 4: 14).

Eine Ausnahme bei der Bewertung der mobilen Lösungen stellte Moritzburg dar. Hier wurde das Potenzial als „hoch“ und die Umsetzung als „eher ja“ eingeschätzt. Der Hintergrund ist hier jedoch ein anderer. Durch die schlechte ÖPNV-Anbindung und das Wissen, dass sich dies in naher Zukunft nicht ändern wird, kommt die Möglichkeit des Bürgerbusses in Frage und wurde bereits diskutiert (siehe Transkript 5: 4, 8, 10).

Somit ist im Bereich der mobilen Lösungen die Bereitschaft zur Umsetzung dieses innovativen Ansatzes größtenteils nicht vorhanden, da der langfristige Ausbau des öffentlichen Personennahverkehrs angestrebt werden sollte. Lediglich in Moritzburg ist die Bereitschaft zur Umsetzung eines Bürgerbusses hoch, jedoch aufgrund des Wissens, dass ein zeitnahe Ausbau des ÖPNV nicht möglich ist. Anlässlich der niedrigen Bereitschaft zur Umsetzung der mobilen Lösungen wird dieser Ansatz nicht in einem weiteren Interview betrachtet.

Gesundheitsnetze

Die Gesundheitsnetze erreichen im Ranking des Potenzials den fünften Platz. An dieser Stelle gilt es zu erwähnen, dass zwei Gemeinden das Potenzial als „weder noch“ einschätzten. Dies liegt darin begründet, dass ein Austausch untereinander zwar sehr wichtig ist, jedoch werden damit trotzdem keine Kapazitäten erhöht (siehe Transkript 3: 12). Aufgrund dieser Zweiseitigkeit nahm Wilsdruff keine Einschätzung vor. In Klipphausen und Ottendorf-Okrilla wurde das Problem des hohen Aufwands

beim Aufbau eines solchen Netzes gesehen (siehe Transkript 1: 10; Transkript 2: 10f.). In Ottendorf-Okrilla wird kein Einfluss auf Gesundheitsnetze gesehen, weswegen das Potenzial als niedrig bewertet wurde und somit sind auch keine Möglichkeiten der Umsetzung gegeben und die Bereitschaft ist niedrig (siehe Transkript 1: 10). Diese wurde an der Stelle auch mit „weder noch“ bewertet, was fehlende Möglichkeiten vermittelt. Arnsdorf und Moritzburg sehen Potenzial in den Gesundheitsnetzen und verweisen zum einen auf gute Umsetzungsmöglichkeiten dank moderner Technik (siehe Transkript 4: 12) und zum anderen auf eine großräumigere Vernetzung, nicht nur der Stadt Dresden, sondern auch der umliegenden Gemeinden (siehe Transkript 5: 11).

Im Großen und Ganzen spalten sich die Meinungen der Experten. Einerseits werden Probleme im Aufbau solcher Strukturen gesehen, andererseits wird die Umsetzung als hoch eingeschätzt, wenn solche bereits existieren. Somit ist die Bereitschaft der Gemeinden zur Initiierung eines solchen Gesundheitsnetzes eher niedrig, was möglicherweise mit begrenzten Kapazitäten zusammenhängt. Die Teilnahme an bestehenden Netzwerken wird dabei überwiegend als hoch eingeschätzt, was an moderner Technik und ihren Austauschmöglichkeiten liegt. Durch diese Bewertung liegen die Gesundheitsnetze auch auf Platz zwei in der Bewertung der Umsetzbarkeit. Das Problem der Erhöhung von Kapazitäten kann damit jedoch nicht behoben werden. Hier ist an anderer Stelle ein Eingreifen nötig.

Gesundheitsnetze konzentrieren sich im Moment überwiegend auf Ärzte untereinander, wodurch insbesondere die Vertretungsregelung verbessert werden kann. An dieser Stelle sind Überlegungen sinnvoll, wie man Gemeinden stärker in ein solches Netz integrieren könnte. Eine Handlungsempfehlung diesbezüglich wird im dazugehörigen Punkt der Arbeit gegeben. Eine Diskussion in einem weiteren Interview ist nicht sinnvoll, da die KV Sachsen darauf keinen Einfluss hat.

Ansätze zur Entlastung von Ärzten

Im Ranking des Potenzials wird dem innovativen Ansatz der Entlastung von Ärzten nach den Nachwuchsförderungen und unterschiedlichen Praxisformen das größte Potenzial von den Experten zugeschrieben. Diese sind sich dabei einig und bewerteten diesen Ansatz mit „hoch“ bzw. „sehr hoch“ und ein Vorteil liegt darin, dass hierbei das Thema des Ärztemangels keine Rolle spielt (siehe Transkript 3: 13). Weiterhin wird in diesem Ansatz auch eine tatsächliche Entlastung der Ärzte gesehen (siehe Transkript 1: 13; Transkript 3: 13; Transkript 4: 16; Transkript 5: 15), mittels der

Übertragung delegierbarer Arbeiten an eine nicht ärztliche Praxisassistentin oder präventive Maßnahmen über eine Gemeindeschwester. Auch eine Umsetzung wird als machbar eingeschätzt, wobei vier Gemeinden „Eher ja“ angaben und eine sogar „Ja“. Somit ist die Bereitschaft zur Durchführung vorhanden und der Ansatz liegt auf Platz eins bei der Umsetzung. Dies könnte bei einer Übertragung des Konzepts der „Gemeindeschwester^{plus}“ durch eine Integration des Modells in die Gemeindefarbeit und Offenheit gegenüber Kooperationen geschehen (vgl. Schulz-Nieswandt et al. 2018: 38). Aufgrund der hohen Bereitschaft und des hohen Potenzials dieses Ansatzes wird mithilfe eines weiteren Interviews versucht, die Ergebnisse zu plausibilisieren.

Die Gemeinden schlugen ebenfalls eine Stärkung der lokalen Pflegedienste vor, da diese bereits vor Ort sind und meistens eine Beziehung zu den Patienten aufgebaut haben (siehe Transkript 4: 15f.; Transkript 5: 14). Inwiefern dies möglich ist, konnte im Rahmen dieser Masterarbeit jedoch nicht untersucht werden.

Unterschiedliche Praxisformen

Dieser innovative Ansatz liegt im Bereich der Umsetzung zusammen mit den Ansätzen zur Entlastung der Ärzte auf Platz eins. Die Gemeinden Ottendorf-Okrilla und Wilsdruff bewerteten das Potenzial dieses Ansatzes als „sehr hoch“ bzw. „hoch“ und haben bereits Erfahrungen in der Begleitung von Themen wie Medizinische Versorgungszentren oder Ärztehäuser/Gesundheitszentren gesammelt (siehe Transkript 1: 11; Transkript 2: 13f.). Auch die Möglichkeiten zur Umsetzung wurden hier mit „Ja“ und „Eher ja“ bewertet, wodurch eine Bereitschaft signalisiert wird. Ein ähnliches Bild zeichnet sich in den Gemeinden Klipphausen und Moritzburg ab. Hier muss jedoch eine genauere Betrachtung der einzelnen Praxisformen nochmal vorgenommen werden. Während das Prinzip der Einzelpraxis eher für die Hausärzte als sinnvoll erscheint (siehe Transkript 2: 12; Transkript 4: 13; Transkript 5: 12), um eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, bieten sich im Bereich der Fachärzte eher Gemeinschaftspraxen an (siehe Transkript 2: 12). Diese Zweischneidigkeit veranlasste lediglich den Experten aus Arnsdorf zur Bewertung mit „weder noch“.

Das Prinzip der Gemeinschaftspraxis empfinden die Experten aus Wilsdruff und Moritzburg im Allgemeinen als sinnvoll (siehe Transkript 3: 13f.; Transkript 5: 12). Vorteile werden hier insbesondere in besseren Absprachen der Ärzte untereinander, der Vertretungsregelung und im Teilen von Personal gesehen (siehe Transkript 3: 13f.; Transkript 5: 13). Dies sind die in der Literatur beschriebenen Vorteile. Die

Etablierung von Zweigpraxen wurde von Klipphausen als sinnvoll angesehen (siehe Transkript 2: 13), jedoch direkt auf hohen bürokratischen und informationstechnischen Aufwand verwiesen, wodurch eine Zweigpraxis bereits wieder schließt (siehe Transkript 2: 12). In Ottendorf-Okrilla war sogar ein Medizinisches Versorgungszentrum in Planung, welches bisher noch nicht realisiert werden konnte, aufgrund zu weniger potenzieller Interessenten durch zu hohe Versorgungsgrade, welche Niederlassungen verhindern (siehe Transkript 1: 12).

Im Bereich des Potenzials liegen die unterschiedlichen Praxisformen auf Platz zwei und ihnen wird somit auch ein großes Potenzial aufgrund ihrer Vielfältigkeit zugeschrieben.

Zusammengefasst sind im Bereich der Einzelpraxen insbesondere die Hausarztpraxen favorisiert. Dies ist im Bedarfsplan an der Verteilung der unterschiedlichen Praxisformen erkennbar. Aber Gemeinschaftspraxen weisen eine Vielzahl von Vorteilen auf, wodurch sich hier neue Ansätze ergeben könnten. Im Bereich der Zweigpraxen wurde auf hohe bürokratische Aufwendungen aufmerksam gemacht. Auch wurde wieder auf eine Handlungsnotwendigkeit beim Bedarfsplan verwiesen, dass aufgrund zu hoher Versorgungsgrade eine Niederlassung von neuen Ärzten verhindert wird.

Inwiefern diese Ergebnisse in der Planung berücksichtigt werden könnten, wird mithilfe eines weiteren Interviews versucht zu plausibilisieren.

E-Health

Die Ergebnisse der Bewertungsbögen zeigen, dass im Bereich des E-Health Potenzial zu erkennen ist. Drei von fünf Experten schätzten dies als „hoch“ bzw. „sehr hoch“ ein. Zwei enthielten sich einer Bewertung. Ottendorf-Okrilla gab dabei an, eine Einschätzung nicht vornehmen zu können, da sie sich als falsche Ansprechperson für dieses Thema sah (siehe Transkript 1: 15).

Im Bereich der kinderärztlichen Versorgung werden keine Vorteile durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien gesehen (siehe Transkript 3: 17; Transkript 4: 17). Jedoch kann eine bessere Vernetzung der Ärzte untereinander erreicht werden (siehe Transkript 3: 17f.; Transkript 5: 18). Ein Teil des E-Health stellt auch die elektronische Patientenakte dar. Hier wird ein hohes Potenzial insofern gesehen, dass ein Arzt lediglich dort reinschaut und sich bereits im Vorfeld ein Bild über den Patienten macht (siehe Transkript 3: 18). Dies kann bei einer Einlieferung

in ein Krankenhaus besonders hilfreich sein (siehe Transkript 5: 18). Hier wurde jedoch auf den Datenschutz und den hohen Grad der Bürokratie verwiesen (siehe Transkript 3: 18).

Zusammenfassend wird dem E-Health überwiegend ein hohes Potenzial zugeschrieben. Jedoch wurde im Laufe der Experteninterviews festgestellt, dass eine umfassende und dem Thema angemessene Betrachtung aufgrund seiner Vielseitigkeit im Rahmen dieser Masterarbeit nicht möglich ist.

7.1.6 Zusammenfassung und Gesamtranking

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse aus den Experteninterviews mit Gemeinden stellen die Tabellen in Anhang 8 dar.

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass sich die hausärztliche Versorgung besser darstellt als die kinderärztliche. Die Versorgungsgrade, insbesondere bei den Kinderärzten, vermitteln eine gute Versorgung, welche nicht bestätigt werden konnte. Um dieses Problem anzugehen, versuchen die Gemeinden bereits durch Gespräche mit der KV Sachsen, Planung und Umlegung von ÖPNV-Linien, Begleitung des Baus von Ärztehäusern u.ä., die Situation zu verbessern.

Im Großen und Ganzen ist die Bereitschaft zur Umsetzung der unterschiedlichen innovativen Ansätze vorhanden. Lediglich die mobilen Lösungen wurden nicht als Alternative gesehen, sondern hier sollte der Ausbau des lokalen ÖPNV angestrebt werden. Als Ansatz mit dem größten Potenzial wurden die Nachwuchsförderungen angesehen, da diese auch einen zukunftsbezogenen Charakter besitzen. Durch die große Bandbreite von unterschiedlichen Praxisformen wurden diese auch als überwiegend positiv eingeschätzt. Im Bereich der Hausärzte wurde die Einzelpraxis favorisiert und insgesamt auf eine infrastrukturell sinnvolle Ansiedlung von zukünftigen Niederlassungen verwiesen. Die Ansätze zur Entlastung der Ärzte wurden ebenfalls als positiv bewertet und es kam der Vorschlag, die lokalen Pflegedienste zu stärken. Inwiefern dies umsetzbar ist, kann jedoch nicht im Rahmen dieser Masterarbeit untersucht werden. Finanzielle Unterstützungen schaffen in jedem Fall Anreize, sollten dabei so eingesetzt werden, um die schlecht versorgten Regionen attraktiver zu gestalten. Gesundheitsnetze wurde ein nicht so hohes Potenzial zugeschrieben, jedoch ist die Bereitschaft einer Beteiligung vorhanden, wenn ein solches Netz existiert. Kapazitäten können mithilfe dieses Ansatzes nicht erhöht werden. Aufgrund der Vielseitigkeit des E-Health ist eine angemessene und umfassende Betrachtung des Themas in dieser Masterarbeit nicht möglich.

Im Laufe der Interviews wurde immer wieder auf die Gegebenheiten des Bedarfsplans verwiesen. Die Bereitschaft zur Umsetzung von innovativen Ansätzen ist vorhanden und sie können nach Expertenaussagen eine Unterstützung zur Verbesserung der ärztlichen Situation beitragen. Jedoch sind die Rahmenbedingungen im Bedarfsplan ausbaufähig. Durch starre Planungsgrenzen, teilweise zu große Planungsbereiche, hohe Versorgungsgrade, insbesondere in der kinderärztlichen Versorgung sowie Erreichbarkeiten in PKW-Minuten vor dem Hintergrund der Mobilitätswende, ist in Zukunft eine wohnortsnahe und flächendeckende ärztliche Versorgung gefährdet. Der Bedarfsplan stellt in den untersuchten Kommunen keine realitätsnahe Abbildung der ärztlichen Situation dar. Um diese Ergebnisse zu plausibilisieren, findet ein weiteres Interview mit einem Vertreter der KV Sachsen statt.

7.2 Ergebnisse des Interviews mit der KVS

7.2.1 Hausärztliche Situation

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung wurden die Ergebnisse aus den Interviews mit den Gemeinden aus Sicht der KV Sachsen als weniger optimistisch eingeschätzt (siehe Transkript 6: 3). In Sachsen herrscht eine flächendeckende drohende Unterversorgung bzw. teilweise existierende Unterversorgung bei 450 nicht besetzten Hausarztstellen und ein großer Handlungsbedarf wird gesehen (siehe Transkript 6: 3). Der Grund dafür liegt möglicherweise an der Lage der Gemeinden im Speckgürtel der Stadt Dresden. Die Aussage, dass Hausärzte eine hohe Altersstruktur besitzen, konnten von der KV Sachsen bestätigt werden und aufgrund mangelnder Ausbildungen können bereits bestehende Praxen nicht immer nachbesetzt werden (siehe Transkript 6: 3). Dies ergab sich bereits aus den Interviews mit den Gemeinden, dass teilweise Probleme in der Nachbesetzung existieren. Weiterhin wurde von Seiten der KV Sachsen darauf verwiesen, dass die aktuelle Ausbildung von Hausärzten (und auch Kinderärzten) nicht reichen wird und fertig ausgebildete Ärzte nicht direkt eine eigene Praxis eröffnen, um eine existierende Versorgungslücke zu schließen (siehe Transkript 6: 8). Hierbei wurde auf einen Trend der Zentralisierung in Mittel- und Oberzentren verwiesen (siehe Transkript 6: 8). Die hohe Altersstruktur der Ärzte in Kombination mit mangelnder Ausbildung von jungen Ärzten stellt ein großes Problem im hausärztlichen Bereich dar und die KV Sachsen versucht bereits jetzt, mittels Förderungen, darauf zu reagieren. Im Großen und Ganzen stellen die Aussagen der Gemeinden lediglich eine Momentaufnahme dar, welche sich in den nächsten Jahren wahrscheinlich verschlechtern wird.

7.2.2 Kinderärztliche Situation

Im Bereich der kinderärztlichen Versorgung wurde angegeben, dass das Problem bekannt sei. Hintergrund ist, dass die Bedarfsplanungsrichtlinie das Problem in der kinderärztlichen Versorgung nicht richtig abbilden kann (siehe Transkript 6: 4). Grund hierfür ist die Berechnung der Verhältniszahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (siehe Transkript 6: 5). Während das Bild des Kinderarztes in Westdeutschland eher fachärztlich geprägt ist, zeigt sich in Ostdeutschland dieser eher als Hausarzt des Kindes (siehe Transkript 6: 5). Dies könnte auch ein Grund sein, warum Kinderärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordnet sind. Aufgrund des geringen Anteils der „ostdeutschen“ Bundesländer an der Gesamtbevölkerung kommt es aus Sicht der KV Sachsen zu falsch angepassten Verhältniszahlen (siehe Transkript 6: 5). Deshalb hat die KV Sachsen bereits eine Anpassung im Bedarfsplan vorgenommen: Laut Richtlinie ist eine Beplanung auf Landkreisebene durchzuführen, welche durch eine Betrachtung auf Altkreisebene (siehe Anhang 7) ersetzt wurde (siehe Transkript 6: 6). Aufgrund fehlender Möglichkeiten für eine rechtssichere Begründung finden aktuell keine Anpassungen des Bedarfsplans statt (siehe Transkript 6: 7). Für eine Absenkung der Verhältniszahlen müsste ein neuer Ansatz zur Berechnung entwickelt werden, welcher Auffälligkeiten der Abrechnungszahlen oder -verhaltens auf Bundesebene ausgleicht (siehe Transkript 6: 7). Hierbei existieren jedoch keine verwertbaren Zahlen (siehe Transkript 6: 7). Falls dies doch der Fall sein sollte, dauert eine Anpassung der Richtlinie ca. anderthalb bis zwei Jahre (siehe Transkript 6: 7). Daher wird momentan der Ansatz verfolgt, eine bereits bestehende Kinderarztpraxis mit einer Neubesetzung zu fördern, auch wenn der Versorgungsgrad über 140% liegt (siehe Transkript 6: 7). Eine reine Neueröffnung ist nicht möglich (siehe Transkript 6: 8). Jedoch ist auch die Arztgruppe der Kinderärzte mit einer hohen Altersstruktur versehen und auch hier werden zukünftig nicht genügend Ärzte ausgebildet (siehe Transkript 6: 6). Somit ist eine weitere Verschlechterung der kinderärztlichen Situation in den nächsten Jahren zu erwarten. Die KV Sachsen gab an, dass auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dieses Problem bekannt sei und insbesondere im Zusammenhang mit der Corona Pandemie die Inanspruchnahme kinderärztlicher Dienstleistungen gestiegen ist (siehe Transkript 6: 8). Falls eine Anpassung von Seiten der KBV zu lange dauert, wird nach Angaben des Vertreters die KV Sachsen erneut selbst aktiv (siehe Transkript 6: 9). Als eine mögliche Alternative wurde die Telemedizin benannt, welche im weiteren Verlauf noch genauer diskutiert wird.

Im Großen und Ganzen ist somit der KBV als auch der KV Sachsen die Problematik in der kinderärztlichen Versorgung bekannt. Kurzfristige Veränderungen müssen rechtssicher und anhand von Daten begründet werden. Gründe für die „gefühlte“ Unterversorgung der Gemeinden liegen laut KV Sachsen in einer nicht für „ostdeutsche“ Bundesländer angepasste Berechnung der Verhältniszahlen. Diesen wird mithilfe von Förderungen für Neubesetzungen bestehender Praxen ohne deren Schließung versucht, entgegenzuwirken. Die Neueröffnung ist aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen nicht möglich, wobei jedoch auch von Seiten der KV Sachsen der Ärztemangel eine große Rolle spielt. Die Situation wird sich hier in den nächsten Jahren wegen des fehlenden Nachwuchses verschlechtern.

7.2.3 Bedarfsplan und demografischer Wandel

Im Bereich der haus- und kinderärztlichen Versorgung wurde im Rahmen des Interviews mit der KV Sachsen die hohe Altersstruktur der Ärzte bestätigt (siehe Transkript 6: 3, 6). Folglich wird hier der Fachkräftemangel besonders stark wirken.

Abweichungen vom Bedarfsplan, welche von den Gemeinden vorgeschlagen wurden, wie z.B. das Anpassen der Planungsbereichsgrenzen oder das Absenken von Verhältniszahlen und somit der Versorgungsgrade muss laut Aussagen der KV Sachsen rechtssicher und mit Daten begründet werden (siehe Transkript 6: 5). Falls dies gegeben sein sollte, dauert die Anpassung des Bedarfsplans ca. neun bis zwölf Monate (siehe Transkript 6: 7). Auch gibt die KV Sachsen durch die Ungewissheit der Weiterentwicklung an, kein gutes Gefühl bei solchen Anpassungen zu haben (siehe Transkript 6: 5). Jedoch ist eine zu weite Entfernung vom gesetzlichen Rahmen nicht möglich. Der Gesetzgeber muss die Möglichkeiten schaffen, sich vom Konzept „Planungsbereich“ entfernen zu dürfen (siehe Transkript 6: 10) oder eine Anpassung der Verhältniszahlen bei bundesdeutschen Auffälligkeiten in den Abrechnungszahlen oder -verhalten (siehe Transkript 6: 7) zulassen. Im Moment zeichnet es sich ab, dass für die nächsten fünf bis zehn Jahre weiterhin mit Planungsbereichen gearbeitet wird (siehe Transkript 6: 10). Der Vertreter der KV Sachsen gab an, dass die Telemedizin ein mögliches zukünftiges Mittel sein könnte, jedoch fehlen hier noch Signalwirkungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (siehe Transkript 6: 10).

Ein weiterer Punkt, welcher von den Gemeinden angesprochen wurden, war die Betrachtungen von Auslastungen bzw. Kapazitäten. In diesem Zusammenhang verwies die KV Sachsen auf eine Erhebung, dass angestellte Ärzte 25% weniger arbeiten als Ärzte mit eigener Niederlassung (siehe Transkript 6: 20f.). Eine 1,0 Anstellung ist im

Bedarfsplan so zu betrachten wie ein 1,0 Niederlassung (siehe Transkript 6: 21). Somit ist eine Verhältnisbetrachtung und deren Einbeziehung in den Bedarfsplan rechtlich nicht umsetzbar (siehe Transkript 6: 21), allerdings wird dies für interne Betrachtungen getan, um bei Bedarf gezielt zu fördern (siehe Transkript 6: 21f.).

Auf die Frage, warum Kinder- und Jugendmediziner in der allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene eingeordnet sind, konnte der Vertreter der KV Sachsen keine Antwort geben (siehe Transkript 6: 8).

Zukunftsmäßig wurde darauf verwiesen, dass die Ärzte weiterhin immer weniger werden und es somit wahrscheinlich zum Zusammenlegen weiterer Planungsbereiche bis hin zur Auflösung dieser kommen wird (siehe Transkript 6: 24). Die Bedarfsplanung aktuell noch dafür verwendet, um aufzuzeigen, wo sich die ärztliche Situation als schlecht oder gut darstellt, jedoch wird hiermit der Ärztemangel nicht bekämpft (siehe Transkript 6: 24). Der Aufgabenbereich der KV Sachsen könnte sich somit bei einer Auflösung der Planungsbereiche auf den Aufbau einer Telematikinfrastruktur konzentrieren (siehe Transkript 6: 24f.), um ortsunabhängig Behandlungen von Patienten zu ermöglichen.

Im Großen und Ganzen ist zu erkennen, dass die KV Sachsen aufgrund rechtlicher Rahmenbedingungen eingeschränkt ist. Es wurde erkannt, dass der demografische Wandel auch die Ärzteschaft stark beeinflusst und das Problem des Fachkräftemangels sich in den nächsten Jahren weiterhin verstärken wird. Mithilfe von wegweisenden Modellprojekten müssen Signalwirkungen vermittelt werden.

7.2.4 Innovative Ansätze

Nachwuchsförderungen und finanzielle Unterstützungen

Bei den mit hohem Potenzial bewerteten Nachwuchsförderungen konnte bestätigt werden, dass an diesem Ansatz festgehalten wird (siehe Transkript 6: 13). Bei einer Absolventenquote von ca. 50% ist die Wirkung jedoch begrenzt bei 450 offenen Hausarztstellen, jedoch vermittelt es trotzdem, dass es funktioniert (siehe Transkript 6: 13). In diesem Zusammenhang konnte ermittelt werden, dass die Weiterbildung des Arztes spätestens in den ländlichen Räumen absolviert werden muss, um diesen auch dort zu binden, da die Ärzte sich nicht mit höheren Honoraren in diese Regionen locken lassen (siehe Transkript 6: 14). Finanzielle Unterstützungen im Rahmen der Praxisübernahme bei Kinderärzten oder bei der Neugründung einer

Hausarztpraxis stellen im Moment die Ansätze in diesem Bereich dar, jedoch steht das im engen Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel (siehe Transkript 6: 7).

Mobile Lösungen

Für die mobilen Lösungen wurde auf ein geringes Potenzial und niedrige Bereitschaft zur Umsetzung verwiesen. Von Seiten der KV Sachsen wurde angegeben, dass durch das weitere Fehlen von Ärzten es Mobilitäts- oder telemedizinische Ansätze geben muss, um die ländlichen Regionen zu versorgen (siehe Transkript 6: 14). Für einen Arzt sei es dabei immer besser, wenn die Patienten zu den Praxen kommen würden (siehe Transkript 6: 14). Jedoch hat die KV Sachsen für die Mobilität von Patienten noch keinen Ansatz gefunden (siehe Transkript 6: 16). Möglichkeiten werden im Punkt „Handlungsempfehlungen“ diskutiert.

Ansätze zur Entlastung von Ärzten

Die Ansätze zur Entlastung von Ärzten konzentrierten sich in den bisherigen Ausführungen lediglich auf ärztlich delegierbare Leistungen, bspw. an eine nichtärztliche Praxisassistenten. An dieser Stelle wurde von Seiten der KV Sachsen auf den Fachkräftemangel verwiesen, dass auch Arztpraxen bereits unter dem Fachkräftemangel leiden (siehe Transkript 6: 19). Falls sich jedoch die Möglichkeit ergibt, sollte der Ansatz der NÄPa in jedem Fall unterstützt werden (siehe Transkript 6: 19). Erweitert werden kann dieser Ansatz in Hinblick auf den benannten Zusammenhang hoher bürokratischer Aufwendungen. Der KV Sachsen ist bekannt, dass Ärzte in diesem Bereich viel Zeit investieren müssen, jedoch müssen begrenzte Mittel (Bezahlung von Leistungen) geprüft werden (siehe Transkript 6: 16). Durch die Etablierung eines Gesundheitskiosk oder einer Person, welche die Abrechnungen für bspw. mehrere Ärzte übernimmt (siehe Transkript 6: 17), können diese entlastet werden.

Hierbei stellt sich die Problematik der Bezahlung oder Anstellung einer solchen Person, durch die bürokratischen Hürden abgebaut und außerhalb der Praxis bearbeitet werden können. Auch der Fachkräftemangel im Bereich des medizinischen Personals spielt eine große Rolle.

Unterschiedliche Praxisformen

Die Einzelpraxis ist in Sachsen momentan die dominierende Form und wird in der hausärztlichen Versorgung von den Gemeinden favorisiert. Es stellt sich die Frage, ob dies auch zukünftig so bleibt. Laut Aussagen der KV Sachsen ist der Trend, dass junge Ärzte eher als Angestellte arbeiten wollen, als in einer eigenen Niederlassung, da hier Kompetenzen noch entwickelt werden müssen (siehe Transkript 6: 20). Auch wurde darauf verwiesen, dass es eher zu einer Zentralisation in Mittel- und Oberzentren kommen wird und somit Mobilitäts- und telemedizinische Ansätze benötigt werden (siehe Transkript 6: 8, 14), um die Versorgung in der Zukunft zu gewährleisten.

E-Health

Dem E-Health rechnet der Vertreter der KV Sachsen ein großes Potenzial zu. Aufgrund des Trends der Zentralisation von Praxen in Mittel- und Oberzentren müssen die ländlichen Regionen anders versorgt werden (siehe Transkript 6: 8). Die Telemedizin ist dabei einer der wichtigen Ansätze, wobei momentan noch Signalwirkungen der Kassenärztlichen Vereinigungen fehlen (siehe Transkript 6: 10). Somit ist es perspektivisch wichtig, Projekte in diesem Bereich zu fördern. Das E-Health könnte sich dabei als ein Instrument entwickeln, welches die Bedarfsplanung ablöst (siehe Transkript 6: 24f.). Dies wird nochmal im Punkt Handlungsempfehlungen diskutiert.

Die Gesundheitsnetze wurden im Rahmen des letzten Interviews nicht diskutiert, da diese hauptsächlich die Vernetzung von anderen Akteuren beinhalten.

7.2.5 Zusammenfassung

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse aus dem Interview mit einem Vertreter der KV Sachsen bilden die Tabellen in Anhang 9 ab.

Das Interview verdeutlicht, dass sich eine hohe Altersstruktur der Ärzte abzeichnet. Zukünftig wird der Fachkräftemangel durch fehlende nachkommende Ärzte und medizinisches Fachpersonal verstärkt. Dadurch zeichnet sich der Trend der Zentralisation in Mittel- und Oberzentren ab, wodurch über die nächsten Jahre immer mehr Planungsbereiche zusammengelegt werden müssen, bis diese schließlich aufgelöst werden. Die Zentralisation von Arztpraxen in großen Kreisstädten konnte bereits mit *daviplan* identifiziert werden. Mögliche Alternativen könnten das E-Health und Mobilitätsansätze sein.

Das Problem der kinderärztlichen Versorgung ist der KV Sachsen bewusst und versucht mithilfe von finanziellen Unterstützungen Nachbesetzungen zu fördern. Dies ist dadurch entstanden, dass die KBV keine differenzierte Betrachtung des Kinderarztes in den ost- und westdeutschen Bundesländern vorgenommen hat und dadurch kam es aus Sicht der KV Sachsen zu einer nicht angepassten Berechnung, welche hohe Versorgungsgrade zufolge hatte. Es wird bereits versucht diesen entgegenzusteuern, jedoch spielt auch hier der mangelnde Nachwuchs eine große Rolle.

Weiterhin ist es notwendig mithilfe von funktionierenden Modellprojekten in unterschiedlichen Bereichen, Signale an die KBV zu senden, um aufzuzeigen, dass es auch anders funktionieren kann. Anpassungen in der Bedarfsplanung, wie zum Beispiel das Auflösen der Planungsgrenzen oder Herabsetzen von Verhältniszahlen müssen rechtssicher begründet werden, was sich als sehr schwierig herausstellt.

Durch die Ergebnisse aus den Interviews mit den Gemeinden und deren Diskussion im letzten Interview können nun unterschiedliche Handlungsempfehlungen für unterschiedliche Adressaten gegeben werden.

7.3 Auswertung Expertentreffen „Netzwerk Daseinsvorsorge“

Am 9. und 10. November fand im Rahmen der 4. Transferwerkstatt „Aktive Regionalentwicklung“ ein Expertentreffen des „Netzwerk Daseinsvorsorge“ statt. In Form eines Vortrags wurde diese Masterarbeit dort vorgestellt und diskutiert. Hierbei wurde nach der Vorstellung der Ergebnisse aus den Experteninterviews um eine abschließende Rangfolge der unterschiedlichen innovativen Ansätze gebeten. Das Ergebnis ist in Abbildung 14 erkennbar.

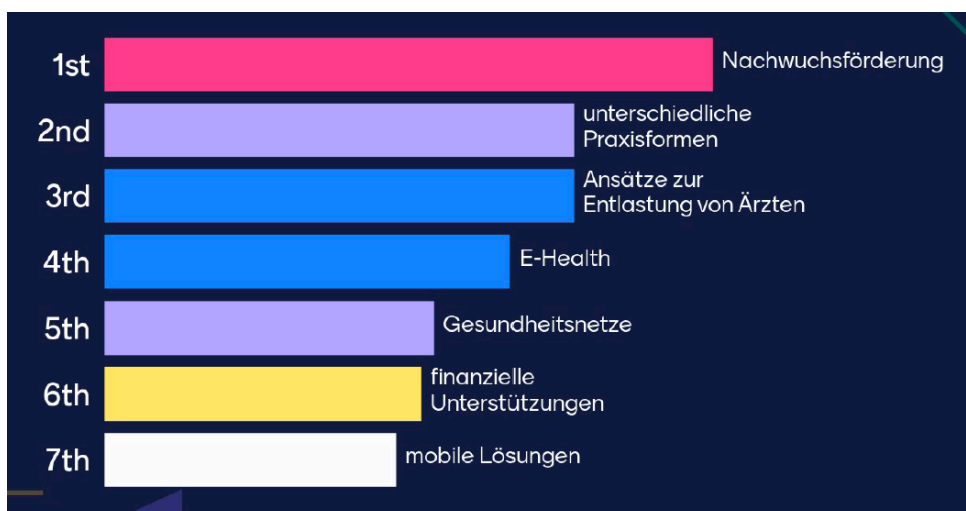


Abb. 14 Rangfolge der innovativen Ansätze, bewertet vom „Netzwerk Daseinsvorsorge“, mentimeter

Auch die zehn abstimmanden Experten des Netzwerks schätzen die Nachwuchsförderungen aus bereits genannten Gründen als den Ansatz mit dem höchsten Potenzial ein. Finanzielle Unterstützungen liegen lediglich auf Rang 6, was möglicherweise auf hohe bürokratische Aufwendungen zurückzuführen ist. Auch die mobilen Lösungen werden weniger als Möglichkeit angesehen.

Weiterhin wurde im Rahmen des Netzwerkstreffens nach Modellprojekten im Bereich der ärztlichen Versorgung gefragt, welche besonders effektiv seien, um diese in einem möglichen weiteren Gespräch mit der KV Sachsen vertiefend zu betrachten und als Vorzeigeprojekte vorzuschlagen. Hierbei wurde zum einen das Modell „medizin+“ benannt, welches im Bereich der Nachwuchsförderungen einzuordnen ist. Ähnliche Projekte wie dieses werden bereits von der KV Sachsen gefördert. Zum anderen wurde das Gesundheitskiosk im Unstrut-Hainich Kreis dargelegt und im Punkt Handlungsempfehlungen nochmals aufgegriffen.

8. Handlungsempfehlungen

Durch die Gegenüberstellung der Ergebnisse aus der Literaturanalyse und der Experteninterviews konnten unterschiedliche Handlungsempfehlungen für verschiedene Adressaten abgeleitet werden.

8.1 Adressat Bundesärztekammer

Im Verlauf des Interviews mit der KV Sachsen wurde erfragt, warum die Kategorisierung der Kinder- und Jugendmediziner in Versorgungsebene zwei verortet ist vor dem Hintergrund des anderen Berufsbildes des Kinderarztes in Ostdeutschland (siehe 7.2.3). Hier fand ein Verweis auf die Zuständigkeit der Bundesärztekammer statt. An dieser Stelle sollten Überlegungen angestellt werden, inwiefern die Arztgruppe der Kinder- und Jugendmediziner nicht in der allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene, sondern ähnliche wie die Hausärzte, betrachtet werden können.

8.2 Adressat Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Im Interview mit der KV Sachsen wurden einige Ansätze, wie z.B. das Aufheben der Planungsbereiche sowie eine differenziertere Betrachtung der Erreichbarkeiten und Regionen diskutiert. In den meisten Bereichen sind solche Anpassungen aufgrund des rechtlichen Rahmens der Bedarfsplanungsrichtlinie nur schwer möglich (siehe 7.2.3). Trotzdem wird an dieser Stelle vorgeschlagen, nochmal vertiefter zu untersuchen, inwiefern Anpassungen, vor allem im Bereich der kinderärztlichen Versorgung, möglich sind, um die in den Gemeinden dargestellte Problematik realitätsnah darstellen zu können. Für eine differenziertere Betrachtung sollte ebenfalls die Verwendung eines Datentools, wie daviplan, in Erwägung gezogen werden.

Die KV Sachsen hat einen Trend der Zentralisation von Ärzten in Mittel- und Oberzentren erkannt (siehe 7.2.1, 7.2.2) und sollte mithilfe der Erarbeitung von Mobilitätskonzepten für Patienten, vor allem aus ländlichen Regionen, bereits jetzt darauf reagieren. Dabei muss eine enge Zusammenarbeit mit Gemeinden angestrebt, unterschiedliche Projekte in diesem Bereich evaluiert und auf Übertragbarkeiten überprüft werden. Die Erarbeitung eines Konzepts zur Zusammenarbeit von Gemeinden und Landkreisen mit der KV Sachsen wird ebenfalls empfohlen.

Da auch das E-Health laut Aussagen der KV Sachsen relevant wird (siehe 7.2.4), sollte sich bereits jetzt mit der Weiterentwicklung einer Telematikinfrastruktur tiefgründiger befasst werden, um zu einem späteren Zeitpunkt auf Versorgungslücken vor

allem in ländlichen Regionen reagieren zu können. Dies könnte bspw. über die Förderung von Modellprojekten des E-Health passieren.

Bezüglich der Bedürfnisse von jungen Ärzten (siehe 7.2.4) sollte eine Erhebung stattfinden, was diese wirklich wollen, um bspw. zukunftsfähig unterschiedliche Praxisformen zu fördern. Erkennbar ist ein Trend der Zentralisation, wodurch die im Moment weitgehend etablierte Einzelpraxis möglicherweise nicht zukunftsfähig ist. Dadurch könnten Förderungen anderer Praxisformen relevant werden.

Der innovative Ansatz der Nachwuchsförderungen muss in jedem Fall weitergeführt und über weitere Möglichkeiten ähnlicher Projekte wie „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“ nachgedacht werden. Sowohl die Experten der Gemeinden als auch die des Netzwerkes schätzten diesen Ansatz mit einem hohen Potenzial ein (siehe 7.1.5, 7.3). Eine Erweiterung dieser Förderung im Allgemeinen und Übertragung auf andere Arztgruppen stellt dabei eine Möglichkeit dar.

Grundsätzlich sollten Modellprojekte mit Signalwirkung gefördert werden, um der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Handlungsbedarf zu signalisieren und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

8.3 Adressat Kassenärztliche Bundesvereinigung

Im Zusammenhang mit Anpassungen des Bedarfsplans wurde von Seiten der KV Sachsen signalisiert, dass vor dem Hintergrund eines anderen Kinderarztbildes in ostdeutschen Bundesländern eine nicht angepasste Berechnung der Verhältniszahlen möglich ist und somit zu hohe Versorgungsgrade entstehen (siehe 7.1.3, 7.2.3). Weiterhin sind Anpassungen anlässlich der rechtlichen Rahmenbedingungen nur schwer möglich. An dieser Stelle sollten Überlegungen stattfinden, wie eine realitätsnähere Abbildung der Kinderärzte im Bedarfsplan Sachsen gewährleistet werden kann. Aufgrund veränderter Bedarfe im kinderärztlichen Bereich wurde bereits im Deutschen Ärzteblatt auf die Notwendigkeit der Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie verwiesen (Deutsches Ärzteblatt 2023: 225).

Für die Kritik an der Betrachtung der Erreichbarkeiten, vor dem Hintergrund der Mobilitätswende (siehe 7.1.3), wird empfohlen vertiefend zu betrachten, inwiefern die Ausführungen des BBSR (vgl. BBSR 2023b) umsetzbar sind. Auch die Verwendung eines Datentools, wie daviplan, sollte in Erwägung gezogen werden.

8.4 Adressat Erlebnisregion Dresden

Die Ergebnisse der Interviews mit den Gemeinden zeigen, dass der innovative Ansatz der Gesundheitsnetze in der Umsetzung als gut eingeschätzt wird, wenn ein solches Netzwerk bereits existiert (siehe 7.15). An dieser Stelle könnte die Erlebnisregion Dresden als treibende Kraft wirken, da sie bereits jetzt ein großes Netz unterschiedlicher Gemeinden darstellt, welches nicht erst aufgebaut werden müsste. Hier sollte durch eine Integration der ärztlichen Versorgung in Kooperation mit den Gemeinden und Ärzten eine Plattform entwickelt werden, um Informationen auszutauschen, bspw. im Bereich der Vermittlung von freien Arztsitzen, Grundstücken oder Räumen zum Praktizieren. Es besteht die Möglichkeit, dies um eine Informationsplattform für Patienten erweitert werden.

Genauer betrachtet könnte an dieser Stelle ein über die FA-Regio gefördertes Konzept zur Etablierung eines Gesundheitsnetzes in Federführung der Erlebnisregion Dresden erstellt werden. Hierbei könnte die Eröffnung eines Gesundheitskiosk in Kombination mit einer Gemeindegeschwister, der Telemedizin und weiteren infrastrukturellen Möglichkeiten in bspw. Ottendorf-Okrilla ein Teil sein.

8.5 Adressat Gemeinden

Kooperationen zwischen Landkreisen bzw. Gemeinden und der KV Sachsen sollten etabliert werden (siehe 7.2.3). Die lokale Situation könnte von den Gemeinden gegenüber den Landkreisen vermittelt und zusammengefasst werden, welche an die KV Sachsen weiterzuleiten sind. Damit hätte die Kassenärztliche Vereinigung ein realitätsnahes Abbild der Situation. Aber auch die Gemeinden könnten sich durch mehr Absprachen untereinander besser vernetzen, um Versorgungsprobleme herauszuarbeiten und gemeinsam Lösungen zu entwickeln. Beispielsweise wirken Ärztehäuser nicht nur gemeindeweise, sondern besitzen auch einen regionsübergreifenden Effekt.

Das benannte Problem der hohen bürokratischen Aufwendungen eines Arztes (siehe 7.1.5) könnte durch die Etablierung eines Gesundheitskiosks (vgl. BMG 2023c) gelöst werden, wobei auch eine Person eingestellt werden kann, welche den bürokratischen Arbeitsaufwand eines Arztes größtenteils übernimmt. Hierbei gilt es, Möglichkeiten der Umsetzung zu überprüfen. Eine eventuelle Orientierung liefert das Gesundheitskiosk im Unstrut-Hainich-Kreis.

Weiterhin sollten die Gemeinden ihre aktuellen oder vergangenen Unternehmungen beibehalten (siehe 7.1.4) und ihre Vermittlungs- und Informationsfunktion übernehmen. Bekannte Modellprojekte mit Signalwirkung bzw. wo von Seiten der Gemeinden Möglichkeiten bestehen, müssen der KV Sachsen mitgeteilt werden, um Förderungen in diesen Bereichen zu diskutieren.

8.6 Zusammenfassung

Die folgende Abbildung stellt eine Zusammenfassung der Ergebnisse sowie einen möglichen Zeithorizont der Umsetzbarkeit dar.

Kurzfristig

1-3 Jahre

- Entfernung Kinder- und Jugendmediziner aus Ebene 2
- Konzept zur Kooperation von Kommunen und KV Sachsen
- Erhebung Bedürfnisse von jungen Ärzten
- weitere Etablierung von Nachwuchsförderungen
- Stärkung der Kommunikation im ärztlichen Bereich in den Kommunen

Langfristig

ab 3 Jahre

- Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie
- Weiterentwicklung Telematikinfrastruktur
- Einarbeitung Vorschläge des BBSR im Zusammenhang mit Erreichbarkeiten (Verwendung eines Datentools, wie bspw. daviplan)
- Etablierung eines Gesundheitsnetzes in Zusammenarbeit mit der Erlebnisregion Dresden
- Etablierung eines Gesundheitskiosks

9. Zusammenfassung & Fazit

Im Großen und Ganzen vermittelt die Literaturrecherche, dass Probleme in der ärztlichen Versorgung bekannt sind. Der Bedarfsplan der KV Sachsen deutet dabei Verbesserungsbedarf im hausärztlichen Bereich an. In den untersuchten Gemeinden konnte eine gesicherte Versorgung als Momentaufnahme ermittelt werden. Im kinderärztlichen Bereich vermitteln die Versorgungsgrade eine gesicherte Versorgung, welche nicht widerspiegelt werden konnte. Dies liegt an einem erhöhten lokalen Bedarf an Kinderärzten, durch die Lage im Speckgürtel der Stadt Dresden und einem Zuzug von überwiegend jungen Familien mit Kindern. Die in der Literatur ermittelten unterschiedlichen innovativen Ansätze wurden mittels einer Bewertung in eine Rangfolge gebracht. Sowohl die Experten des Netzwerks Daseinsvorsorge als auch die der Gemeinden stuften die Nachwuchsförderungen als den Ansatz mit dem höchsten Potenzial ein. Mobile Lösungen wurden größtenteils als nicht sinnvoll bewertet. Hier wurde der Ausbau des lokalen ÖPNV als Möglichkeit priorisiert. Auch die Bewertung des E-Health fiel durchwachsen aus. Im fachärztlichen Bereich werden hier keine realistischen Umsetzungsmöglichkeiten gesehen. Im Interview mit der KV Sachsen wurden jedoch genau diese eben genannten Ansätze als mögliche Zukunft angesehen. Durch den fortschreitenden Ärztemangel wird es zu Zusammenlegungen von Planungsbereichen bis hin zu deren Auflösen kommen. Erkennbar sei ein Trend der Zentralisation von Ärzten in Mittel- und Oberzentren, wodurch die ländlichen Regionen noch schlechter versorgt werden. Dadurch sieht die KV Sachsen zukünftig eine steigende Relevanz von Mobilitätsansätzen und des E-Health, insbesondere der Telemedizin. Jedoch fehlen an dieser Stelle noch Möglichkeiten und Signale zur Umsetzung in diesem Bereich. Änderungen am Bedarfsplan sind aufgrund des rechtlichen Rahmens nur sehr begrenzt möglich.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die KV Sachsen der Versorgungsprobleme im ärztlichen Bereich bewusst ist. Jedoch sei bereits jetzt erkennbar, dass in den nächsten Jahren keine Verbesserung eintreten wird. Durch den demografischen Wandel gehen immer mehr Ärzte in den Ruhestand bei einer zeitgleichen nicht adäquaten Nachbesetzung aufgrund mangelnder Ausbildungen junger Ärzte. Somit sollten insbesondere im Bereich der Nachwuchsförderungen weitere Projekte initiiert und durch ein zukunftsgerichtetes Denken bereits jetzt die Weiterentwicklung des E-Health angestrebt werden. Modellprojekte mit Signalwirkungen aus unterschiedlichen Bereichen gilt es zu übertragen und zu etablieren.

10. Ausblick

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde versucht, auf die wichtigsten Punkte der ärztlichen Versorgung in der Erlebnisregion Dresden einzugehen und die unterschiedlichen innovativen Ansätze aufzuarbeiten. Jedoch konnte vor allem im Bereich des E-Health das Thema nicht vollumfänglich, sondern nur in Teilen aufgearbeitet werden. Weitere Untersuchungen sollten dieses nochmals vertiefend betrachten und anschließend erneut Handlungsempfehlungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen ableiten. Weiterhin ist es wichtig, Modellprojekte mit Signalwirkungen herauszufiltern, um zu zeigen, wie es funktionieren kann.

Für weitere Forschungen sollte im Bereich der Erstellung von Konzepten für die bessere Zusammenarbeit in Kommunen und mit anderen Partnern und der Aufbau eines Gesundheitsnetzes, wie in der Handlungsempfehlung für die Erlebnisregion Dresden, vertiefend Betrachtungen vorgenommen werden.

11. Literaturverzeichnis

AOK-Bundesverband 2023: Morbidität/Multimorbidität. URL: https://www.aok-bv.de/lexikon/m/index_00478.html [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

AOK PLUS (2022): TeleDoc PLUS: Telemedizinische Versorgung. URL: <https://www.aok.de/pk/plus/teledoc-plus/> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) (2021): Programm Region gestalten. URL: https://www.region-gestalten.bund.de/Region/DE/Home/home_node.html [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) (2023a): daviplan - Datentool für die regionale Daseinsvorsorge. URL: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/programme/region-gestalten/projekte/2021/datentool-daseinsvorsorge/01-start.html#Projektsteckbrief> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) (2023b): Gute Praxis. Erreichbarkeitsanalysen im Gesundheitswesen (GPEG). BBSR-Online-Publikation 26/2023. Bonn.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023a): E-Health. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health.html> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023b): Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023c): Gesundheitskiosk. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gesundheitskiosk> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Brauns, H.-J. & Loos, W. (2015): Telemedizin in Deutschland. Stand – Hemmnisse – Perspektiven. In: Bundesgesundheitsblatt (58), S. 1068-1073

Bundesärztekammer (2023a): Telemedizin / Fernbehandlung. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/telemedizin-fernbehandlung> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Bundesärztekammer (2023b): Verbreitung telemedizinischer Methoden und Verfahren. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/telemedizin-fernbehandlung/verbreitung-methoden-und-verfahren> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

CCS (Carus Consilium Sachsen) (2023a): Unsere Vision. URL: <https://www.carusconsilium.de/de/gesundheitsregion-sachsen/philosophie-und-ziele> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

CCS (Carus Consilium Sachsen) (2023b): Schlaganfall Nachsorge. URL: <https://www.carusconsilium.de/de/projekte/telemedizin/sos-care> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Deutsches Ärzteblatt (2023): Gesundheitsminister für Reform der Bedarfsplanung. Jg. 120. Heft 6

ErlebnisREGION DRESDEN (o. J.): Über uns. URL: <https://www.erlebnisregion-dresden.de/ueber-uns.html> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Fitzner, G. (2021): Start als Hausarzt. Ganzheitliche Versorgung, Sprechstunde, Kommunikation, Praxisorganisation. Heidelberg: Springer-Verlag.

Flick, U. (2022): Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 533-547

Gemeinsamer Bundesausschuss (2023): Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung. URL: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Gesundheitsnetz Leipzig (2023): Startseite. URL: <https://www.gesundheitsnetz-leipzig.de/> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Hämel, K.; Kutzner, J.; Vorderwülbecke, J. (2017): Mobile Versorgungseinrichtungen zur Stärkung der Versorgungssicherheit im ländlichen Raum? Eine Analyse von Konzepten und Implementationsanforderungen. In: Das Gesundheitswesen 79 (12), S. 1012-1018

Helfferrich, C. (2022): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS. S. 875-892

Hoffmann, W. & van den Berg, N. (2013): Morbiditätsentwicklung im demographischen Wandel. Chirurg 84, S. 286-290

InGe (Innovative Versorgungsmodelle) (2021a): Innovative Versorgungsmodelle. URL: <https://innovative-gesundheitsmodelle.de/> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

InGe (Innovative Versorgungsmodelle) (2021b): Leipziger Gesundheitsnetz. URL: <https://innovative-gesundheitsmodelle.de/modelle/leipziger-gesundheitsnetz/> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2020): Die Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und Umsetzung. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023a): Bedarfsplanung. URL: <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023b): Kooperationen. URL: <https://www.kbv.de/html/14347.php> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023c): Videosprechstunde. URL: <https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Knieps, F.; Amelung, V.; Wolf, S. (2012): Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen. Grundlagen, Definitionen, Problemanalysen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. Band 6. Ausgabe 6, S. 8-19

Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022): Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung. In: BAUR, N. & Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 501-516

Küpper, P. (2011): Auf dem Weg zu einem Grundangebot von Mobilität in ländlichen Räumen: Probleme, Ursachen und Handlungsoptionen, In: Hege, H.-P.; Knapstein, Y.; Meng, R.; Ruppenthal, K.; Schmitz-Veltin, A.; Zakrzewski, P. (Hrsg.): Schneller, öfter, weiter? Perspektiven der Raumentwicklung in der Mobilitätsgesellschaft. Hannover: Verlag der ARL - Akademie für Raumforschung und Landesplanung. S. 152-168

Küpper, P. & Milbert, A. (2020): Typen ländlicher Räume in Deutschland. In: Krajewski, C., & C.-C. Wiegand (Hrsg.): Land in Sicht: Ländliche Räume in Deutschland zwischen Prosperität und Marginalisierung. Bonn. S. 82-97

KV Hessen (Kassenärztliche Vereinigung Hessen) (2023): Medibus: die mobile Hausarztpraxis. URL: <https://www.kvhessen.de/medibus-1> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2022a): Bedarfsplan 2022. URL: https://www.kvsachsen.de/fileadmin/KV-Sachsen_Website/01_Praxen/Zulassung_und_Niederlassung/01_Bedarfsplanung/220630_BP_2022_HAUS_ab_30-06-2022.pdf [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2022b): KV-Selbstverwaltung. Eine kritische Replik. KVS-Mitteilungen Heft 03/2022. S. 12-13

KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2023a): Sächsisches Hausarztstipendium. URL: <https://www.nachwuchsaerzte-sachsen.de/ueber-das-stipendium.html> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2023b): Famulaturförderung. URL: <https://www.nachwuchsaerzte-sachsen.de/famulaturfoerderung-foerderung.html> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2023c): PJ-Förderung. URL: <https://www.nachwuchsaerzte-sachsen.de/pj-foerderung.html> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2023d): Ärzte in Weiterbildung. URL: <https://www.nachwuchsaerzte-sachsen.de/ueber-die-foerderung.html> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2023e): Weiterbildungsförderung. URL: <https://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/zulassung-und-niederlassung/foerdermoeglichkeiten/weiterbildungsfoerderung> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

- KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2023f): Modellprojekt "Studieren in Europa - Zukunft in Sachsen". URL: <https://www.nachwuchsaerzte-sachsen.de/ueber-das-projekt.html> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]
- KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2023g): Fördermaßnahmen Praxiseinstieg. URL: <https://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/zulassung-und-niederlassung/foerdermoeglichkeiten/foerdermassnahmen-praxiseinstieg> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]
- KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2023h): Fördermaßnahmen während der vertragsärztlichen Tätigkeit. URL: <https://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/zulassung-und-niederlassung/foerdermoeglichkeiten/foerdermassnahmen-waehrend-vertragsaerztlicher-taetigkeit> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]
- Land, B. (2018): Das deutsche Gesundheitssystem – Struktur und Finanzierung. Wissen für Pflege- und Therapieberufe. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Lommatzcher Pflege (2023): Bürgerbus. URL: <https://www.lommatzcher-pflege.de/region/b%C3%BCrgerbus.html> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]
- Mause, K. (2018): Daseinsvorsorge. In: Voigt, R.: Handbuch Staat. Wiesbaden: Springer VS, S. 415-421
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 691-706
- medibushelps.org (2023): Über das Projekt. URL: <https://www.medibushelps.org/> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]
- Meisenzahl, E. & Sprick, U. (2023): E-Mental-Health in Psychiatrie und Psychotherapie. Digitale Gesundheitsanwendungen, Online-Therapieprogramme, Videosprechstunden & Co.. Berlin: Springer-Verlag
- Müller, B. S.; Leifermann, M.; Wilke, D.; Gerlach, F. M.; Erler, Antje (2016): Innovative Versorgungsmodelle in Deutschland – Erfolgsfaktoren, Barrieren und Übertragbarkeit. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. Band 115-116, S. 49-56
- Neurovaskuläres Netzwerk (2018): SOS-NET. URL: <https://www.sos-net.de/das-netzwerk/aufgaben> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]
- Porst, R. (2014): Fragebogen. Studienskripten zur Soziologie. Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer VS
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage. München: Oldenbourg Verlag
- RPV Oberes Elbtal / Osterzgebirge (Regionaler Planungsverband Oberes Elbtal / Osterzgebirge) (2020): Karte 1 Raumstruktur. URL: https://rpv-elbtalosterz.de/wp-content/uploads/rpl/01_Raumstruktur_A4.pdf [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

RPV Oberlausitz-Niederschlesien (Regionaler Planungsverband Oberlausitz-Niederschlesien) (2023): Karte "Raumstruktur". URL: https://www.rpv-oberlausitz-niederschlesien.de/securedl/sdl-eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJpYXQiOiJlE2OTk5NzM4NjQsImV4cCI6MTY5OTk4MTA2NCwidXNlciI6MCwiZ3JvdXBzIjpbMCwtMV0sImZpbGUiOiJmaWxly-WRtaW4vS2FydGVuL1JlZ2lvbmFscGxhbn-VuZy9SZWdwb25hbHBsYW5fMjAxMC8wNF9LYXJ0ZV9SYXVtc3RydWt0dXlucGRmli-wicGFnZSI6MTAyMn0.vB2O7he7H3OXpQGp4EL02pH6nGT2aVE5T1_5rSsZYzk/04_Karte_Raumstruktur.pdf [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Roick, C; Heider, D.; Günther, O. H.; Kürstein, B.; Riedel-Heller, S. G.; König, H. H. (2012): Was ist zukünftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. In: Gesundheitswesen 2012 (74), S. 12-20

RubiN (2023): RubiN-Modellregion: Leipziger Gesundheitsnetz. URL: <https://www.rubin-netzwerk.de/leipziger-gesundheitsnetz/> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

SAB (Sächsische Aufbaubank) (2023): eHealthSax – Teil A – Digitalisierung im Gesundheitswesen und telemedizinische Anwendungen. URL: <https://www.sab.sachsen.de/ehealthsax-teil-a-digitalisierung-im-gesundheitswesen-und-telemedizinische-anwendungen> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf (o. J.): Behandlungsschwerpunkte. URL: <https://www.skh-arnsdorf.sachsen.de/behandlungsschwerpunkte/> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Sächsische Staatskanzlei (2023): Freistaat Sachsen. URL: <https://www.freistaat.sachsen.de/index.html> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Schulz-Nieswandt, F.; Köstler, U.; Mann, K. (2018): Evaluation des Modellprojekts "Gemeindeschwester^{plus}" des Landes Rheinland-Pfalz. URL: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Evaluationsbericht_END.pdf [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Schwartz, J. & Wolf, K.-H. (2017): Projekt "Rollende Arztpraxis" im Landkreis Wolfenbüttel. In: Pfannenstiel et al. (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 81-92

Smetak, N. (2019): Organisationsformen Praxis, MVZ-Strukturen - Ist die Einzelpraxis ein Auslaufmodell?. Aktuelle Radiologie. 8 (1). S. 64-68

SMI (Sächsisches Staatsministerium des Innern) (2013): Landesentwicklungsplan. URL: https://www.landesentwicklung.sachsen.de/download/Landesentwicklung/LEP_2013.pdf [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Statistisches Landesamt Sachsen (2023a): Bevölkerungsstand, Einwohnerzahlen. URL: <https://www.statistik.sachsen.de/html/bevoelkerungsstand-einwohner.html> [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Statistisches Landesamt Sachsen (2023b): 8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausbe-
rechnung für den Freistaat Sachsen 2022 bis 2040. Datenblatt Gemeinde Ottendorf-
Okrilla. URL: https://www.bevoelkerungsmonitor.sachsen.de/download/RBV%20Gemeinden/rbv_gemeinde_ottendorf-okrilla.pdf [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Statistisches Landesamt Sachsen (2023c): 8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausbe-
rechnung für den Freistaat Sachsen 2022 bis 2040. Datenblatt Gemeinde Klipphausen.
URL: https://www.bevoelkerungsmonitor.sachsen.de/download/RBV%20Gemeinden/rbv_gemeinde_klipphausen.pdf [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Statistisches Landesamt Sachsen (2023d): 8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausbe-
rechnung für den Freistaat Sachsen 2022 bis 2040. Datenblatt Gemeinde Arnsdorf.
URL: https://www.bevoelkerungsmonitor.sachsen.de/download/RBV%20Gemeinden/rbv_gemeinde_arnsdorf.pdf [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Statistisches Landesamt Sachsen (2023e): 8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausbe-
rechnung für den Freistaat Sachsen 2022 bis 2040. Datenblatt Gemeinde Wilsdruff.
URL: https://www.bevoelkerungsmonitor.sachsen.de/download/RBV%20Gemeinden/rbv_gemeinde_wilsdruff-stadt.pdf [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Statistisches Landesamt Sachsen (2023f): 8. Regionalisierte Bevölkerungsvorausbe-
rechnung für den Freistaat Sachsen 2022 bis 2040. Datenblatt Gemeinde Moritz-
burg. URL: https://bevoelkerungsmonitor.sachsen.de/download/RBV%20Gemeinden/rbv_gemeinde_moritzburg.pdf [Letzter Zugriff: 15.11.2023]

Süddeutsche Zeitung (2023): Patientenschützer kritisieren lange Wartezeiten bei
Kassenpatienten. URL: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheits/krankenkassen-arzttermin-wartezeit-patienten-1.5889719> [Letzter Zugriff: 14.11.2023]

SVR Gesundheit (Sachverständigenrat Gesundheit) (2014): Zur Begutachtung der
Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für
ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf [Letzter
Zugriff: 15.11.2023]

Ozegowski, S. & Sundmacher, L. (2012): Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfspla-
nung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. In:
Gesundheitswesen 2012 (74), S. 618-626

Weber, D.; Dreyer, J.; Liebe, C.; Junker, D. (2020): Arztnetz, Krankenhaus und KV –
Akteure eines regionalen und intersektoralen Versorgungskonzeptes. In: Hahn, U. &
Kurscheid, C.: Intersektorale Versorgung. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 183-191

Weichbold, M. (2022): Pretests. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden
der empirischen Sozialforschung. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 443-451

Anhang

Anhang 1 – Leitfaden der Interviews in den Gemeinden

Experteninterview für die Masterarbeit von Lukas Thorenz in der Gemeinde ***

Sehr geehrte*r ***,
das Interview wird im Rahmen der Masterarbeit zum Thema „*Ärztliche Versorgung in ausgewählten Kommunen der Erlebnisregion Dresden – Aktuelle Situation und Bereitschaft für innovative Versorgungsmöglichkeiten*“ durchgeführt.

Der Hintergrund dieser Arbeit ist zum einen der demographische Wandel, im Vordergrund steht die Verschiebung der Altersstruktur. Zum anderen spielt aber auch der Fachkräftemangel und eine zunehmende (Multi-)Morbidity eine Rolle. Solche Faktoren führen im Allgemeinen zu einer zunehmenden Belastung der Ärzte.

Wie sich die aktuelle Situation in Ihrer Gemeinde darstellt, soll im Rahmen dieser Arbeit untersucht, unterschiedliche (innovative) Ansätze zur Gewährleistung der ärztlichen Situation ermittelt und mithilfe Ihrer Expertise die Bereitschaft, Möglichkeiten und Potenziale der Ansätze dargestellt werden.

Aus der Analyse der Planungsblätter geht hervor, dass die hausärztliche Versorgung in vielen Planungsbereichen ausbaufähig ist. Im Bereich der kinderärztlichen Versorgung stellt sich die Situation im Großteil der Planungsbereiche sehr gut dar. An dieser Stelle ist eine Differenz zwischen der Planung und Realität zu erkennen, aufgrund der Angabe von Problemen Ihrer Gemeinde in der ärztlichen Versorgung.

Um diese vertieft zu betrachten, soll die Problematik im Rahmen eines ca. einstündigen Interviews aufgearbeitet werden. Die grobe Struktur sieht wie folgt aus:

- Darlegung der Situation in der Gemeinde aus Ihrer Sicht
- Darlegung der Situation in der Gemeinde auf Grundlage der Planungsblätter und DAVIPLAN (Erreichbarkeiten, Standortverteilungen, Nachfragewerte)
- Gibt es bereits Unternehmungen, um die Problematik in Ihrer Gemeinde zu bearbeiten?
- Diskussion unterschiedlicher (innovativer) Ansätze, hinsichtlich der Umsetzbarkeit und Potentials in Ihrer Gemeinde
- Möglichkeit der Ergänzung weiterer Anmerkungen

Ich freue mich auf das Interview und stehe für Rückfragen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Lukas Thorenz

Anhang 2 – Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Forschungsprojekt:

Masterarbeit zum Thema „Ärztliche Versorgung in ausgewählten Kommunen der Erlebnisregion Dresden – Situation und Bereitschaft für innovative Versorgungsmöglichkeiten“

Interviewer: Lukas Thorenz

*Interviewte*r:* _____

Interviewdatum: _____

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und in Schriftform gebracht wird. Die Audiodateien werden gespeichert und nach Beendigung des Forschungsprojekts gelöscht. Die Transkripte der Interviews werden anonymisiert, d.h. ohne Namen und Personenangaben gespeichert. Die wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes erfolgt durch Lukas Thorenz.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze aus den Transkripten, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für die Masterarbeit genutzt werden kann. Es wird nach den Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) gearbeitet.

Meine Teilnahme an der Erhebung und meine Zustimmung zur Verwendung der Daten, wie oben beschrieben, sind freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Zustimmung zu widerrufen. Durch Verweigerung oder Widerruf entstehen mir keine Nachteile. Ich habe das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die weitere Verarbeitung sowie auf Datenübertragbarkeit meiner personenbezogenen Daten.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben, und bin damit einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird.

Ort, Datum, Unterschrift Interviewte*r

Ort, Datum, Unterschrift Interviewer

Anhang 3 – Bewertungsbogen Potenzial

Ansätze

Bitte schätzen Sie das Potenzial dieser Ansätze ein.

Gesundheitsnetze

Sehr hoch Hoch Weder noch Niedrig Sehr niedrig
Warum?

Ansätze zur Entlastung der Ärzte (NäPa, Gemeindegewerkschaft)

Sehr hoch Hoch Weder noch Niedrig Sehr niedrig
Warum?

Unterschiedliche Praxisformen

Sehr hoch Hoch Weder noch Niedrig Sehr niedrig
Warum?

Mobile Lösungen

Sehr hoch Hoch Weder noch Niedrig Sehr niedrig
Warum?

E-Health – Telemedizin

Sehr hoch Hoch Weder noch Niedrig Sehr niedrig
Warum?

Finanzielle Unterstützungen

Sehr hoch Hoch Weder noch Niedrig Sehr niedrig
Warum?

Nachwuchsförderungen

Sehr hoch Hoch Weder noch Niedrig Sehr niedrig
Warum?

Anhang 4 – Bewertungsbogen Umsetzbarkeit

Ansätze

Bitte schätzen Sie die Möglichkeiten der Umsetzung dieser Ansätze ein.

Gesundheitsnetze

Ja

Eher ja

Weder noch

Eher nein

Nein

Anmerkungen

Ansätze zur Entlastung der Ärzte (NäPa, Gemeindeschwester)

Ja

Eher ja

Weder noch

Eher nein

Nein

Anmerkungen

Unterschiedliche Praxisformen

Ja

Eher ja

Weder noch

Eher nein

Nein

Anmerkungen

Mobile Lösungen

Ja

Eher ja

Weder noch

Eher nein

Nein

Anmerkungen

E-Health – Telemedizin

Ja

Eher ja

Weder noch

Eher nein

Nein

Anmerkungen

Anhang 5 – Transkriptionsregeln (Kuckartz & Rädiker 2022: 510)

1. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecher_innenwechsel werden durch zweimaliges Drücken der Entertaste, also einer Leerzeile zwischen den Sprecher_innen deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.
2. Absätze der interviewenden oder moderierenden Person(en) werden durch „I:“ oder „M:“, die der befragten Person(en) durch eindeutige Kürzel, z. B. „B:“, eingeleitet. Zur Unterscheidung mehrerer Personen in einer Aufnahme werden die Kürzel um Nummern ergänzt („M1:“, „M2:“, „B1:“, „B2:“ etc.). Alternativ zu Kürzeln können Namen oder Pseudonyme verwendet werden. Die Kennzeichnungen der Sprechenden werden zur besseren Erkennbarkeit fett gesetzt.
3. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
4. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so’n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Wortstellung, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
5. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
6. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
7. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
8. Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
9. Kurze Einwürfe der jeweils anderen Person, wie z. B. „Ja“ oder „Nein“, werden in Klammern in den Sprechbeitrag integriert.
10. Störungen von außen werden unter Angabe der Ursache in Doppelklammern notiert, z. B. ((Handy klingelt)).
11. Lautäußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in einfachen Klammern notiert, z. B. (lacht), (stöhnt) und Ähnliches.
12. Bei Videos: Nonverbale Aktivitäten werden wie Lautäußerungen in einfache Klammern gesetzt, z. B. (öffnet das Fenster), (wendet sich ab) und Ähnliches.
13. Unverständliche Wörter und Passagen werden durch (unv.) kenntlich gemacht.
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

Anhang 6 – Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgung (KV Sachsen 2022a: 81)



Anhang 7 – Planungsbereiche der allgemeinen fachärztliche Versorgung (KV Sachsen 2022a: 82)



Anhang 8 – Zusammenfassung der Ergebnisse der Experteninterviews in den Gemeinden

	Zusammenfassung Ergebnisse
Hausärztliche Situation	<ul style="list-style-type: none"> - im Allgemeinen gut bzw. gesichert, jedoch hohe Altersstruktur - ebenfalls hohe Auslastung - Vorhandensein eines weiteren Hausarztes löst nach Einschätzung der Experten kein Konkurrenzdenken aus - bessere Einschätzung der Situation, als es die Versorgungsgrade vermitteln - Einschränkungen bei der Versorgung von Alters- und Pflegeheimen
Kinderärztliche Situation	<ul style="list-style-type: none"> - hohen Versorgungsgrade können nicht widerspiegelt werden → Probleme in der kinderärztlichen Versorgung - sehr hohe Auslastung der Praxen; keine Neuaufnahmen möglich - dadurch höhere Fahrtzeiten – keine wohnortnahe Versorgung - es entstehen höhere Reisezeiten als 30 Minuten - teilweise keine Nachfolgeregelung
Unternehmungen der Gemeinden	<ul style="list-style-type: none"> - vermittelnde Funktion - Planung/Umlegung von Buslinien - Begleitung Bau von Ärztehäuser / MVZ / Gesundheitszentren - Betrachtung des Handlungsrahmens kommunaler Möglichkeiten
Demografischer Wandel	<ul style="list-style-type: none"> - demografischer Wandel im Sinne einer abgeschwächter Bevölkerungsschrumpfung zu verzeichnen - Lage im Speckgürtel von Dresden, dadurch Zuzug vieler junger Familien und Zunahme an Kindern - dadurch größerer lokaler Bedarf an Kinderärzten
Bedarfsplan	<ul style="list-style-type: none"> - statische Planungsgrenzen; keine wohnortnahe Versorgung; Auflösen - zu große Planungsbereiche - differenzierte Betrachtung notwendig - Erreichbarkeiten wurden kritisiert – Kritik an den Schwellwerten im Zusammenhang mit der Mobilitätswende; Betrachtung von Auf- und Abrüst-, Öffnungs- und Wartezeiten - vulnerable Gruppen und 20 bzw. 30 Minuten Schwellen - infrastrukturell sinnvolle Ansiedlung von Arztpraxen - größere Betrachtung von Auslastungen

	Potenzial	Umsetzung	Zusammenfassung Ergebnisse
Nachwuchsförderungen	1.	/	<ul style="list-style-type: none"> - Problem des Fachkräftemangels wird angegriffen - Möglichkeiten des Medizinstudiums werden erhöht - Bedarfsplan verhindert teilweise Niederlassungen (Beeinflussung Attraktivität bestimmter Facharztgruppen)
Unterschiedliche Praxisformen	2.	1.	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelpraxis bei Hausärzten für eine flächendeckende Versorgung - Gemeinschaftspraxen sinnvoll im Zusammenhang mit Absprachen der Ärzte untereinander; teilen von Personal - Zweigpraxen – hoher bürokratischer und technischer Aufwand - Niederlassungen infrastrukturell sinnvoll gestalten
Ansätze zur Entlastung von Ärzten	3.	1.	<ul style="list-style-type: none"> - Vorteil ist, dass Ärztemangel hier keine Rolle spielt - wird als tatsächliche Entlastung der Ärzte gesehen - Stärkung der lokalen Pflegedienste
Finanzielle Unterstützungen	4.	/	<ul style="list-style-type: none"> - Schaffung von Anreizen - Förderungen genau dort, wo sie benötigt werden, insbesondere im ländlichen Raum - hohe bürokratische Aufwendungen - Einführung von höheren Pauschalen, um Ärzte in nicht attraktive Räume zu locken
Gesundheitsnetze	5.	2.	<ul style="list-style-type: none"> - geringes Potenzial – Austausch ist wichtig, Kapazitäten können aber nicht erhöht werden - überregionale Vernetzung, nicht nur der Stadt Dresden ist sinnvoll – Bereitschaft zur Teilnahme und Austausch vorhanden
Mobile Lösungen	6.	4.	<ul style="list-style-type: none"> - kaum Möglichkeiten zur Umsetzung, geringes Potenzial - Priorisierung Ausbau des lokalen ÖPNV
E-Health	(4.)	(3.)	<ul style="list-style-type: none"> - Kinderärztliche Versorgung – keine Vorteile - elektronische Patientenakte sinnvoll - umfassende und angemessene Betrachtung des gesamten Themas aufgrund der Vielseitigkeit nicht im Rahmen der Masterarbeit möglich

Anhang 9 – Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Interview mit dem Vertreter der KV Sachsen

	Zusammenfassung Ergebnisse
Hausärztliche Situation	<ul style="list-style-type: none"> - 450 unbesetzte Hausarztstellen - Trend der Zentralisierung in Mittel- und Oberzentren - hohe Altersstruktur - mangelnde Ausbildung von jungen Ärzten - Aussagen der Gemeinden eher Momentaufnahme, zukünftig wahrscheinlich noch schlechtere Versorgung
Kinderärztliche Situation	<ul style="list-style-type: none"> - Problem ist bekannt - Hintergrund: anderes Bild des Kinderarztes in Ostdeutschland bei gleichzeitigem geringem Anteil der Bevölkerung → nicht angepasste Berechnung der Verhältniszahlen - Förderung von Neubesetzungen, damit eine Praxis nicht erst schließen muss - hohe Altersstruktur, mangelnde Anzahl an Ausbildungen
Bedarfsplan und demografischer Wandel	<ul style="list-style-type: none"> - hohe Altersstruktur und Fachkräftemangel - Abweichungen müssen rechtlich sicher sein – eine zu weite Entfernung vom rechtlichen Rahmen ist nicht möglich - nächsten fünf bis zehn Jahre wird weiterhin mit Planungsbereichen gearbeitet, aber durch mangelnde Ärzte kommt es wahrscheinlich zum Zusammenlegen bis hin zur Auflösung dieser - Berücksichtigung von Auslastungen nur intern möglich - Modellprojekte mit Signalwirkungen sind notwendig → Bereitschaft zur Umsetzung solcher Projekte ist von Seiten der KV Sachsen vorhanden

	Zusammenfassung Ergebnisse
Nachwuchsförderungen und finanzielle Unterstützungen	<ul style="list-style-type: none"> - an Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen wird festgehalten – ca. 50% Absolventen mit begrenzter Wirkung bei 450 offenen Hausarztstellen - Erhöhung Honorare in betroffenen Regionen bewirkt laut Aussagen keine Verbesserung, sondern Weiterbildung muss spätestens in diesen Bereichen stattfinden - finanzielle Förderungen auch für die Übernahme von Kinderarztpraxen
Mobile Lösungen	<ul style="list-style-type: none"> - zwar geringes Potenzial, jedoch durch den Trend der Zentralisierung wahrscheinlich notwendig - noch keine Ansätze zur Mobilität von Patienten
Ansätze zur Entlastung von Ärzten	<ul style="list-style-type: none"> - NÄPa: Verweis auch hier auf den Fachkräftemangel – falls die Möglichkeit besteht, sollte man dies auch durchführen - Abbau Bürokratie durch eine Person, welche die Abrechnungen von bspw. mehreren Ärzten übernimmt → Verlagerung von Bürokratie nach außerhalb
Unterschiedliche Praxisformen	<ul style="list-style-type: none"> - Frage, ob die Einzelpraxis zukunftsfähig ist – jüngere Ärzte - Trend ist eher Zentralisation in Mittel- und Oberzentren
E-Health	<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Versorgung der ländlichen Regionen bei Zentralisation - Signale zur Umsetzung von Kassenärztlichen Vereinigungen fehlen noch

