

Versorgungsplanung für den Landkreis Tübingen

Abschlussbericht

**Bedarfserhebung für die Gesundheitskonferenz Tübingen
im Auftrag des Landkreises Tübingen**



Juli 2018

erstellt von:

Teresa Hermann M.A.
Lisa Wiesner, cand.med.
Prof. Dr. med. Stefanie Joos
Dr. med. Heidrun Sturm, MPH, Ph.D.

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



Institut für Allgemeinmedizin und
Interprofessionelle Versorgung



Daten, die auf eine Person rückverfolgbar sind, wurden in diesem Bericht entfernt.

Zur leichteren Lesbarkeit verwenden wir im vorliegenden Bericht personenbezogene Bezeichnungen, die sich zugleich auf Frauen und Männer beziehen, generell nur in der im Deutschen üblichen männlichen Form, also z.B. "Teilnehmer" statt "TeilnehmerInnen" oder "Teilnehmerinnen und Teilnehmer". Dies soll jedoch keinesfalls eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

Im Bericht wird für fachärztliche Spezialisten (die häufig als „Fachärzte“ im Gegensatz zu „Hausärzten“ bezeichnet werden) der Begriff „Spezialisten“ verwendet, da Hausärzte entweder Fachärzte für Allgemeinmedizin oder hausärztlich tätige Internisten sind und somit ebenfalls eine mindestens 5-jährige fachärztliche Weiterbildung absolviert haben.

Inhaltsverzeichnis

I	Hintergrund und Ziele der Studie	7
II	Methoden und Studienpopulation	8
	1. Ärztebefragung.....	8
	1.1. Fragebogen.....	8
	1.2. Rekrutierung, Verteiler, Nachfassen und Rücklauf.....	8
	1.3. Datenqualität und Limitationen im Hinblick auf den Rücklauf	9
	2. Strukturdaten.....	9
III	Analyse des Versorgungsangebotes mit Fokus auf den Primärversorgungssektor	10
	1. Landkreis und Bevölkerungsstruktur.....	10
	1.1. Bevölkerung.....	10
	2. Struktur der ärztlichen Versorgung.....	12
	2.1. Geographische Verteilung und Versorgungsdichte	12
	2.2. Altersstruktur der Hausärzte.....	16
	2.3. Praxisabgabe und Nachfolge	18
	3. Die Praxisstrukturen und Ressourcen.....	21
	3.1. Praxisformen	21
	3.2. Gebietsbezeichnung und Schwerpunkte	21
	3.3. Geräte- und Praxisausstattung.....	22
	3.4. Anzahl der KV-Sitze, Ärzte und MFAs pro Praxis	24
	3.5. Praxisgröße und Arbeitsbelastung.....	26
	4. Mögliche Maßnahmen aus ärztlicher Sicht.....	28
	4.1. Entlastungspotential für die Praxis.....	29
	4.2. Delegation	29
	4.3. Beteiligung an medizinischer Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung.....	31
	5. Weitere medizinische Versorgungsstrukturen und Angebote	32
	5.1. Apotheken.....	32
	5.2. Pflege.....	33
	6. Aktuelle Gesundheitsversorgung im Landkreis.....	34
	6.1. Bewertung der aktuellen Versorgungslage aus hausärztlicher Sicht.....	34
	6.2. Arbeitszufriedenheit der Hausärzte.....	35
	6.3. Korrelation der Bewertung der Versorgungslage mit der Arbeitszufriedenheit.....	35
IV	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen.....	36
	1. Mögliche Handlungsansätze:	37
	1.1. Nachwuchs gewinnen	37
	1.2. Effizienz der vorhandenen Versorgungsstrukturen verbessern.....	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl versandter Bögen und Rücklauf Hausarztpraxen.....	9
Abbildung 2: Die prognostizierte Entwicklung der Altersverteilung im Landkreis Tübingen zwischen den Jahren 2015 und 2035 im Landkreis	11
Abbildung 3: Anzahl der Ärzte und Arztpraxen der Planungsbereiche Tübingen, Rottenburg und Mössingen	12
Abbildung 4: Anzahl der Ärzte und Arztpraxen in den einzelnen Kommunen	13
Abbildung 5: Hausärztdichte im Landkreis.....	13
Abbildung 6: Verteilung der Hausarztpraxen in Bezug zur Bevölkerungsdichte (bezogen auf die einzelnen Kommunen).....	15
Abbildung 7: Alter aller Hausärzte im Landkreis	16
Abbildung 8: Alter der teilnehmenden Hausärzte	16
Abbildung 9: Der Anteil der über 65-Jährigen in Bezug zur Anzahl der Hausarztpraxen.....	17
Abbildung 10: Praxisaufgabepläne der Hausärzte.....	18
Abbildung 11: Pläne zur Praxisaufgabe innerhalb der nächsten sechs Jahre (nach Kommune und Jahren)	18
Abbildung 12: Suche nach einem Nachfolger	19
Abbildung 13: Gründe für die Praxisabgabe.....	19
Abbildung 14: Einschätzung, die Praxis zu einem angemessenen Preis verkaufen zu können	20
Abbildung 15: Anteil der Praxisformen der teilnehmenden Ärzte	21
Abbildung 16: Gebietsbezeichnung der teilnehmenden Ärzte	21
Abbildung 17: Fachliche Schwerpunkte der Hausärzte (freie Angaben)	22
Abbildung 18: Geräteausstattung in den Praxen der teilnehmenden Hausärzte	22
Abbildung 19: Art der Patientenakte (n= 64)	23
Abbildung 20: Nutzung elektronischer Medien für	24
Abbildung 21: Anzahl KV-Sitze pro Praxis	24
Abbildung 22: Anzahl der Ärzte pro Praxis (n= 61).....	24
Abbildung 23: Anzahl der Medizinischen Fachangestellten (MFAs) pro Praxis.....	25
Abbildung 24: Gründe für die Wahl des Praxisstandortes	26
Abbildung 25: Gründe für eine angestiegene Arbeitsbelastung.....	27
Abbildung 26: Die zeitintensivsten Patienten.....	27
Abbildung 27: Geeignete Maßnahmen, um Versorgungsengpässen entgegenzuwirken.....	28
Abbildung 28: Entlastungspotential für die hausärztliche Versorgung.....	29
Abbildung 29: Delegation im Bereich Impfen	29

Abbildung 30: Delegation im Bereich DMP-Patienten.....	30
Abbildung 31: Delegation im Bereich Wundmanagement.....	30
Abbildung 32: Delegation im Bereich Diabeteschulungen	30
Abbildung 33: Beteiligung an Aus- und Weiterbildung	31
Abbildung 34: Apotheken im Landkreis.....	32
Abbildung 35: Bewertung der Gesundheitsversorgung	34
Abbildung 36: Arbeitszufriedenheit der Hausärzte.....	35

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
DMP	Disease-Management-Programme
EW	Einwohner
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
LAK-BW	Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
LK	Landkreis
MFA	Medizinischer Fachangestellter
NÄPA	Nicht-ärztlicher Praxisassistent
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr

I Hintergrund und Ziele der Studie

Um den zukünftigen medizinischen Versorgungsbedarf einer bestimmten Region abzuschätzen, müssen neben der Analyse der Bevölkerungsstruktur auch die vorhandenen Versorgungsstrukturen (z.B. Kliniken, Pflegedienste, Therapeuten, Apotheken etc.) berücksichtigt werden. Hierbei spielt die aktuelle Struktur der Ärzteschaft eine zentrale Rolle, da die Entwicklung der Ärztezahlen sowie deren Verteilung einen maßgeblichen Einfluss auf das zukünftige (ambulante) Versorgungsangebot hat. Das bundesweit seit langem steigende Alter der Vertragsärzte führt dazu, dass viele Praxen in den kommenden Jahren aus Altersgründen abgegeben werden und ein Nachfolger gesucht werden muss. Allein in Baden-Württemberg werden im Jahr 2018 mehr als 1.100 Hausärzte älter als 65 Jahre alt sein.¹ Parallel zu dieser Entwicklung zeigt sich ein Trend zu Teilzeitbeschäftigung unter Ärzten, was zu einem Mehrbedarf an Hausärzten führt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) geht von einer (arbeitszeitkorrigierten) Abnahme von über 10.000 Hausärzten bis zum Jahr 2030 aus², während der Versorgungsbedarf demographisch bedingt zunimmt (dieser wurde im hausärztlichen Bereich zwischen 2006 und 2020 auf rund 5% geschätzt³).

Aufgrund des absehbaren Hausärztemangels einerseits und der Tendenz zu modernen Kooperationsformen andererseits, sollen für den Landkreis Tübingen der aktuelle Versorgungszustand und zu erwartende Entwicklungen analysiert werden.

Ziel ist es, eine profunde Standortanalyse als Basis für weitere Planungsschritte zu erstellen. In einem nächsten Schritt können dann nachhaltige und innovative Versorgungskonzepte bedarfsgerecht erarbeitet werden. Langfristiges Ziel wäre aus Sicht der Versorgungswissenschaft dabei, Gesundheitszentren zu entwickeln, die den gesamten Versorgungsbedarf der Bevölkerung (von der Prävention und Gesundheitsbildung bis hin zur Therapie und Rehabilitation) im Blick haben und ausgehend von der hausärztlichen Versorgung durch Vernetzung ein integratives Angebot bieten zu können⁴. In jedem Schritt sollten dabei von Anfang an die Bedarfe und Präferenzen der Bürger und regionaler Leistungserbringer berücksichtigt werden, auch um eine dauerhafte Unterstützung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Neben einer umfassenden, wohnortnahen Grundversorgung der Bevölkerung in der Region können gleichzeitig attraktive Arbeitsplätze für den medizinischen Nachwuchs entstehen.

Der Fokus dieser Versorgungsanalyse liegt auf der hausärztlichen Grundversorgung. Hierfür wurden neben dem Alter, der Praxislage und -struktur, auch Präferenzen und Pläne der Ärzte in den einzelnen Städten und Gemeinden des Landkreises erfragt. Ergänzt wurden die Befragungsdaten durch Strukturdaten, um auf die regionalen Besonderheiten im Landkreis Tübingen eingehen zu können.

¹ KV-Baden-Württemberg, Dr. Fechner (Pers. Kommunikation)

² KBV: Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztlageentwicklung in Deutschland, Pressekonferenz 5.Okt. 2016 (www.kbv.de).

³ https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/ExecSummary_KVThueringen_kleinraeumigeAnalyse.pdf

⁴Vgl. Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: <http://www.svr-gesundheit.de/>

II Methoden und Studienpopulation

Die Ethikkommission der Universitätsklinik Tübingen hat positiv über die Durchführung der Studie entschieden. Die Daten wurden vorwiegend deskriptiv in SPSS und Excel ausgewertet.

1. Ärztebefragung

1.1. Fragebogen

Um die ärztliche Versorgung zu analysieren, wurde ein bereits in einem anderen Landkreis erprobter Fragebogen in Kooperation mit Mitgliedern des Arbeitskreises „Hausärztliche und barrierefreie Versorgung“ der Gesundheitskonferenz angepasst und durch ärztliches Personal des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen pilotiert. Die Ausfülldauer betrug demnach ca. 15 bis 20 Minuten.

Der Fragebogen besteht aus fünf thematischen Frageblöcken mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten:

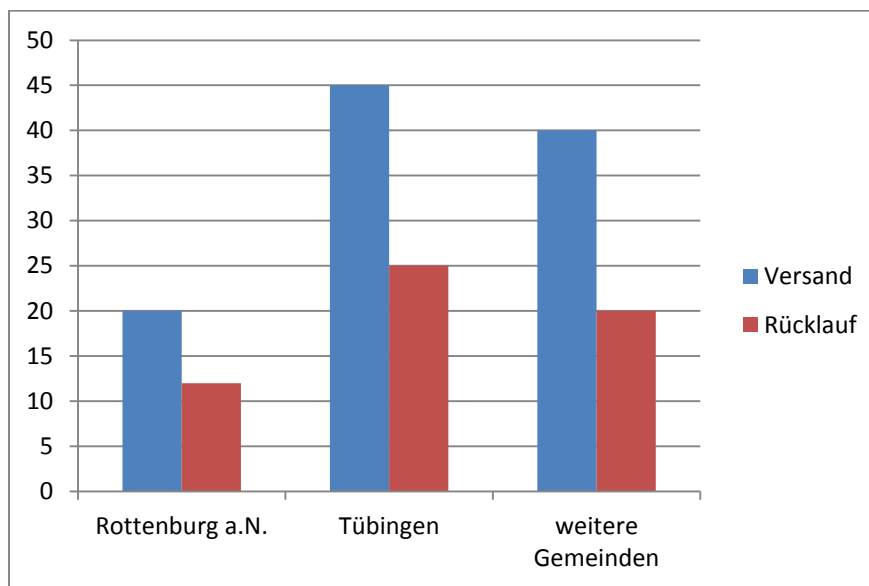
- vorhandene Praxis- und Altersstrukturen und Niederlassungen
- Versorgungssituation und Kooperationen
- Nachwuchs und Wissenschaft
- Pläne der einzelnen Praxen für die kommenden Jahre
- Aktuelle Herausforderungen im Praxisalltag

1.2. Rekrutierung, Verteiler, Nachfassen und Rücklauf

Im Rahmen der Befragung konnten wir 150 hausärztliche Tätigkeiten an 106 Praxisstandorten in den 15 Kommunen des Landkreises identifizieren. Es wurden alle niedergelassenen Hausarztpraxen (n=106) des Landkreises Tübingen schriftlich angeschrieben. Der Rücklauf belief sich auf 65 Fragebögen, somit ergibt sich eine Rücklaufquote von 68,9 %.

Fünf dieser Fragebögen waren ohne Ortsangabe. Es wurden nicht immer alle Fragen beantwortet, sodass die Anzahl der vorliegenden Antworten je nach Frage variiert.

Abbildung 1: Anzahl versandter Bögen und Rücklauf Hausarztpraxen



Legende: blau: Rücklauf (n=65), rot: fehlende Antworten (n= 46). Anzahl der versandten Bögen insgesamt: n=106. Aus Datenschutzgründen werden nur die Werte für Tübingen und Rottenburg gesondert dargestellt.

1.3. Datenqualität und Limitationen im Hinblick auf den Rücklauf

Der Rücklauf in der Ärztebefragung ist mit fast 70% deutlich höher als in freiwilligen Befragungen sonst zu erwarten ist. Dennoch können auf Basis der vorliegenden Studie nur Trends im Hinblick auf die aktuelle und künftige Versorgung abgeleitet werden. Folgende Einschränkungen sind bei der Interpretation der Daten zu beachten:

- Das tatsächliche Angebot der hausärztlichen Versorgung kann unter anderem dadurch schwer identifiziert werden, da die Anzahl der KV-Sitze und der tatsächliche Arbeitsumfang der tätigen Ärzte nur bei vorliegenden Antworten bekannt sind. Außerdem wurden nur Praxen, nicht einzelne Ärzte angeschrieben.
- Nicht alle Antwortenden beantworteten alle Fragen des Fragebogens, was theoretisch zu Verzerrungen führen kann. Die jeweils vorliegenden Antworten wurden innerhalb der Grafiken und der Beschreibungen als 100 % festgesetzt.
- Das Alter konnte nicht von allen Hausärzten des Landkreises erfasst werden. Dabei ist zu beachten, dass das Alter der Antwortenden höher ist als das Durchschnittsalter aller Hausärzte des Landkreises, was wiederum zu einer Verzerrung führen kann. Auch bei der Geschlechterverteilung könnte eine Verzerrung vorliegen, allerdings ist die Verteilung im Landkreis nicht bekannt.

2. Strukturdaten

Für die Strukturdaten der Bevölkerung und weiterer medizinischer Einrichtungen wurden öffentlich zugängliche Quellen - Daten des statistischen Landesamts, der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und weitere Internetressourcen - zurückgegriffen. Diese Darstellungen stellen keine umfassende Auflistung dar und dienen nur zu Orientierung.

III Analyse des Versorgungsangebotes mit Fokus auf den Primärversorgungssektor

1. Landkreis und Bevölkerungsstruktur

1.1. Bevölkerung

Im Landkreis Tübingen leben 223.857 Einwohner auf einer Gesamtfläche von 519 Quadratkilometern. Dies entspricht einer Bevölkerungsdichte von 431,2 Einwohner/km². In Baden-Württemberg liegt die durchschnittliche Einwohnerdichte mit 298 Einwohner/km² deutlich niedriger als im betreffenden Landkreis, wobei von den insgesamt 15 Kommunen im Landkreis Tübingen vier eine Bevölkerungsdichte von weniger als 298 Einwohner/km² haben (Hirrlingen, Ammerbuch, Neustetten, Starzach). Dagegen gibt es sechs Kommunen mit mehr als 400 Einwohnern/km.

Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass die Bevölkerungszahl bis ins Jahr 2035 von 221.016 auf 228.496 Einwohner ansteigen wird.⁵

Im Landkreis Tübingen leben etwas mehr weibliche als männliche Bürger (51,2 % / 48,8 %). Die Arbeitslosenquote liegt mit ca. 3,2 % etwas unter der Quote von Baden-Württemberg mit zuletzt 3,5 %.⁶

1.1.1. Altersstruktur

Das durchschnittliche Alter der Bevölkerung im Landkreis Tübingen lag im Jahr 2015 bei 41,1 Jahren, in Baden-Württemberg bei 43,7 Jahren. Dabei lag der Anteil der Bevölkerung unter 18 Jahren im Landkreis mit 16,9 % etwas niedriger als in Baden-Württemberg insgesamt (17,3 % bzw. 17,1 %) und der Anteil der über 65-Jährigen mit 17,8 % deutlich niedriger als im Landesdurchschnitt (19,8 %). Der Anteil der Bürger über 85 Jahren an der Gesamtbevölkerung lag bei 2,6 %.⁷

Voraussrechnungen zeigen, dass die Anzahl der über 65-Jährigen zwischen 2015 und 2035 voraussichtlich von 49.127 auf 69.507 ansteigen wird, was einem 41 %igen Anstieg dieser Altersgruppe entspricht. Entsprechend steigt der Altenquotient⁸ im Landkreis Tübingen voraussichtlich von 25,9 % auf 44,1 %. (Abbildung 2)

Für den medizinischen Kontext ist die Bevölkerungsvorausberechnung relevant, nach der (wie in Deutschland insgesamt) eine deutliche Zunahme der Älteren und Hochbetagten zu erwarten ist. Neben der absoluten Bevölkerungsentwicklung ist vor allem die Entwicklung der älteren Bevölkerung von Bedeutung, da ältere Menschen auf Grund von häufigeren und chronischen sowie oft gleichzeitig bestehenden Krankheiten einen deutlich höheren Versorgungsbedarf aufweisen als jüngere Mitbürger.

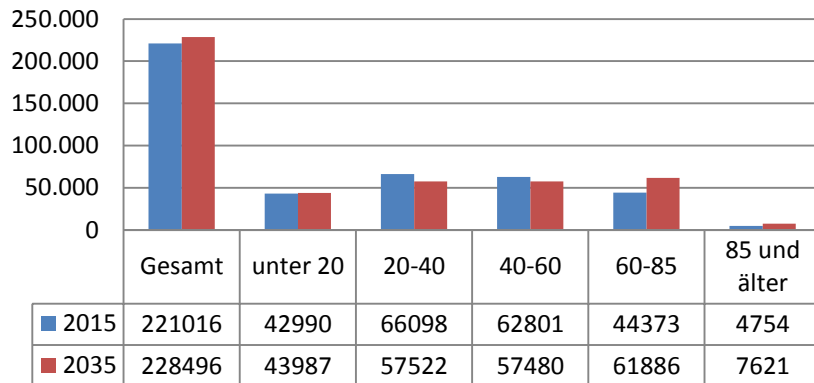
⁵ Quelle: Statistik-bw.de. URL: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/98015021.tab?R=KR416> (Stand: 10.01.2018).

⁶ Quelle: Statistik-bw.de. URL: <https://www.statistik-bw.de/> (Stand 27.02.2018).

⁷ Quelle: Statistik-bw.de. URL: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Alter/01035100.tab?R=KR416> (Stand: 10.01.2018).

⁸ Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter bezogen auf die Bevölkerung von 20 bis unter 65 Jahren (Altenquotient = (Bevölkerung 65 Jahre und älter / Bevölkerung 20 bis unter 65 Jahre) × 100)

Abbildung 2: Die prognostizierte Entwicklung der Altersverteilung im Landkreis Tübingen zwischen den Jahren 2015 und 2035 im Landkreis



Legende: Datengrundlage für die Bevölkerungsprognose: BW-Statistik.de (2017).

Fazit

Besonderheiten im Landkreis Tübingen:

- Trotz der im Vergleich zu Baden-Württemberg hohen Bevölkerungsdichte gibt es vier Kommunen mit unterdurchschnittlicher Bevölkerungsdichte.
- Die Bevölkerung im Landkreis Tübingen ist insgesamt jünger als im Landesdurchschnitt Baden-Württemberg.
- Der Anteil der älteren Bürger und Hochbetagten wird bis zum Jahr 2035 voraussichtlich um ca. 40% zunehmen.
- Dadurch ist ein steigender medizinischer Versorgungsbedarf und eine wachsende Anzahl an Pflegebedürftigen zu erwarten.

2. Struktur der ärztlichen Versorgung

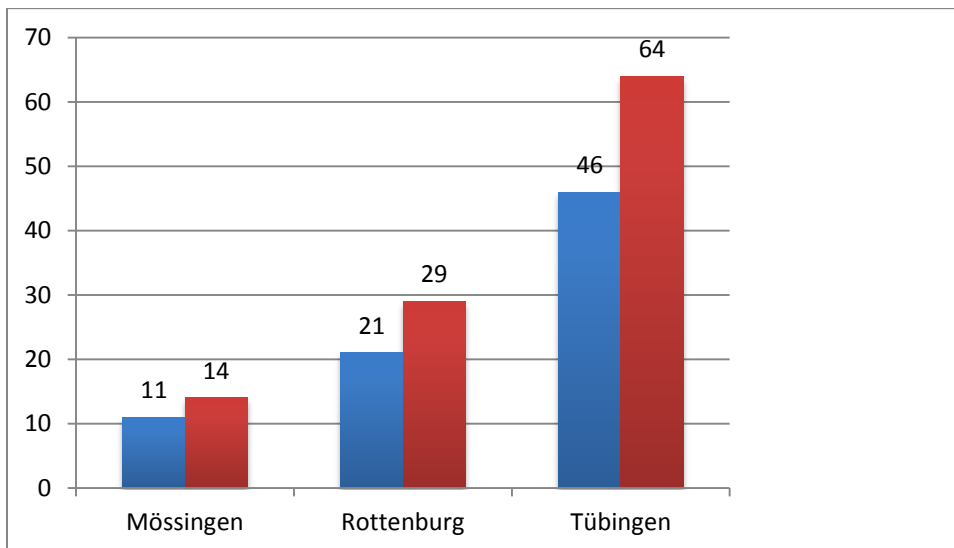
2.1. Geographische Verteilung und Versorgungsdichte

In Baden-Württemberg variiert die Hausarztichte zwischen 1.000 und 1.795 Einwohner je Arzt.⁹ Dabei lässt sich in Baden-Württemberg kein eindeutiges Stadt-Land-Gefälle ausmachen. Überdurchschnittlich viele Hausärzte gibt es zurzeit in vielen Mittelbereichen des Südwestens sowie des Südostens, während sich dazwischen Bereiche mit geringster Hausarztichte befinden. Tübingen mit 1.492 EW/Hausarzt im Durchschnitt rangiert hier in der Mitte.

Laut Bedarfsplanung ist der Landkreis Tübingen aktuell mit einem hausärztlichen Versorgungsgrad von 111,4 % gesperrt und es stehen keine hausärztlichen Kassenarztsitze zur Verfügung (Stand 10/2017). In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind folgende Facharztbereiche für Niederlassungen geöffnet: Kinder- und Jugendpsychiater, Nuklearmediziner, Pathologie, Physikalische Medizin und Rehabilitationsmedizin. Hierbei liegt der Versorgungsgrad aktuell auch jeweils zwischen 97,7 % und 108,5 %.¹⁰

Im Rahmen der Befragung konnten wir 150 hausärztliche Tätigkeiten an 106 Praxisstandorten in den 15 Kommunen des Landkreises identifizieren. Die meisten davon befinden sich erwartungsgemäß in Tübingen, Mössingen und Rottenburg (Abbildung 3). Laut des Versorgungsberichts der KVBW gibt es in allen Kommunen des Landkreises mindestens eine Hausarztpraxis (Abbildung 4).

Abbildung 3: Anzahl der Ärzte und Arztpraxen der Planungsbereiche Tübingen, Rottenburg und Mössingen



Datengrundlage: Arztpraxen (blau): Adressliste KVBW, Ärzte (rot): Versorgungsbericht 2017 der KVBW

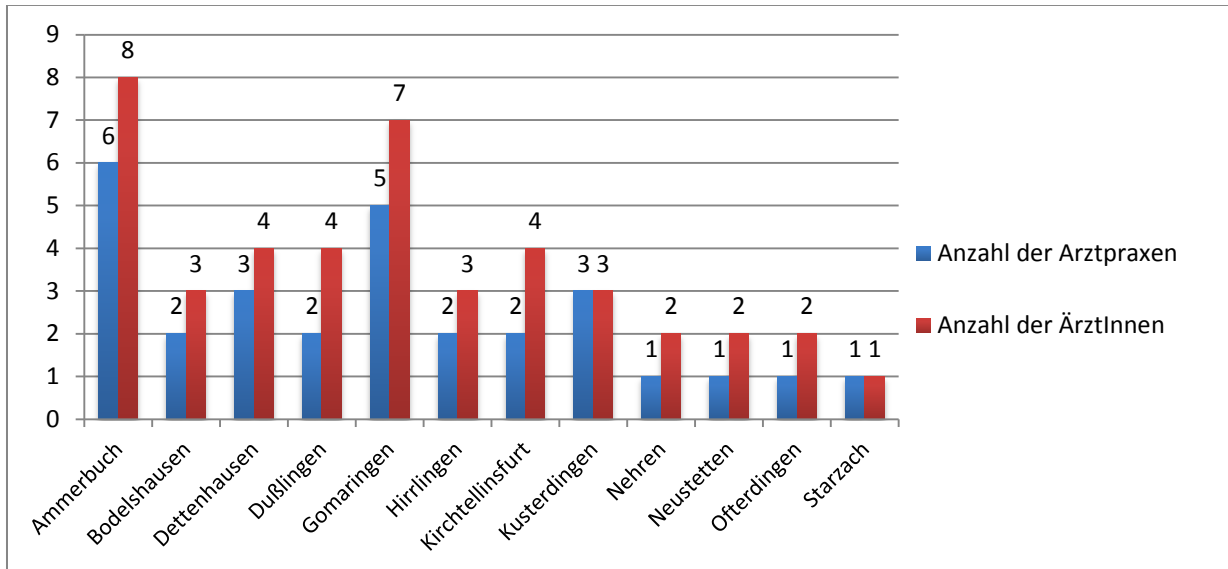
Die Versorgungsdichte reicht rechnerisch von 1.025 (Hirrlingen) bis 4.354 (Starzach) Einwohner je Hausarzt, womit Starzach, gefolgt Kusterdingen (2.862), Ofterdingen (2.446) und Nehren (2.151) am stärksten von Unterversorgung bedroht sein könnten (Abbildung 5).

⁹ Quelle: KBV, Stand 10/2016

¹⁰ Quelle: KVBW (2017). URL: <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung/> (Stand: 10.01.2017).

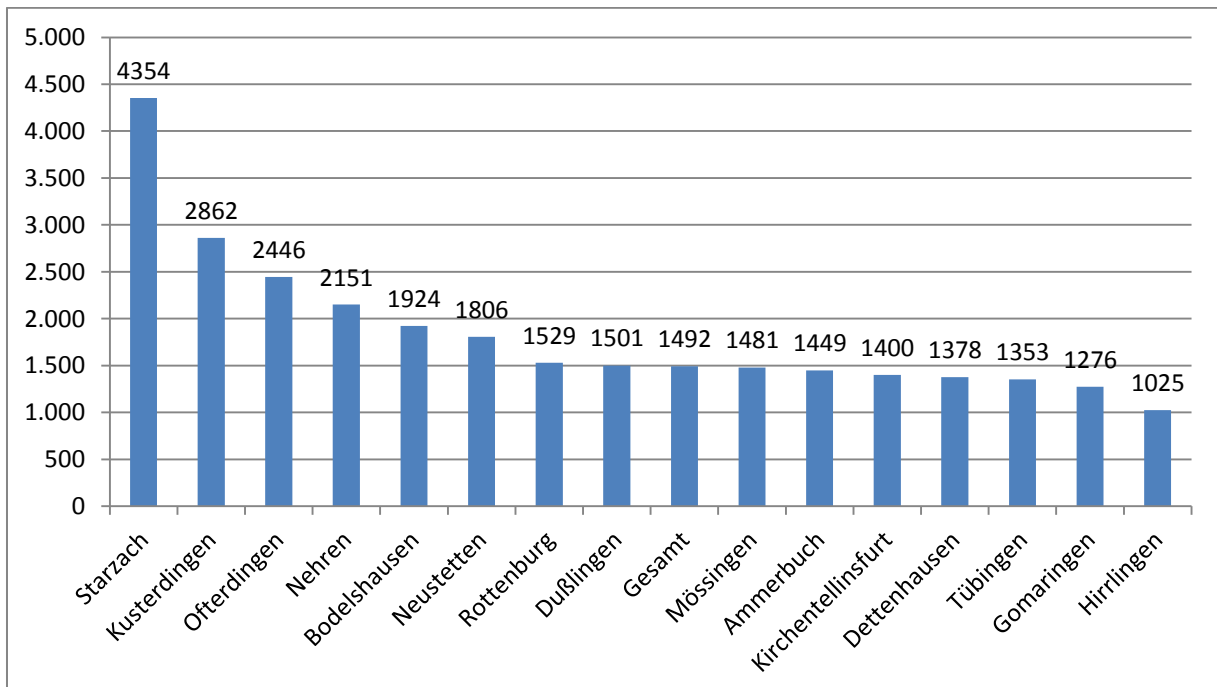
Hierbei sind jedoch nur die formalen Gemeindegrenzen und nicht die geographischen Regionen und Besonderheiten berücksichtigt. Außerdem sind die tatsächlichen Kapazitäten der Praxen nicht berücksichtigt (z.B. die Öffnungszeiten der einzelnen Praxen oder der Umfang der Arbeitszeit der einzelnen Ärzte).

Abbildung 4: Anzahl der Ärzte und Arztpraxen in den einzelnen Kommunen



Legende: Datengrundlage: Adressliste und angepasster Versorgungsbericht 2017 der KVBW

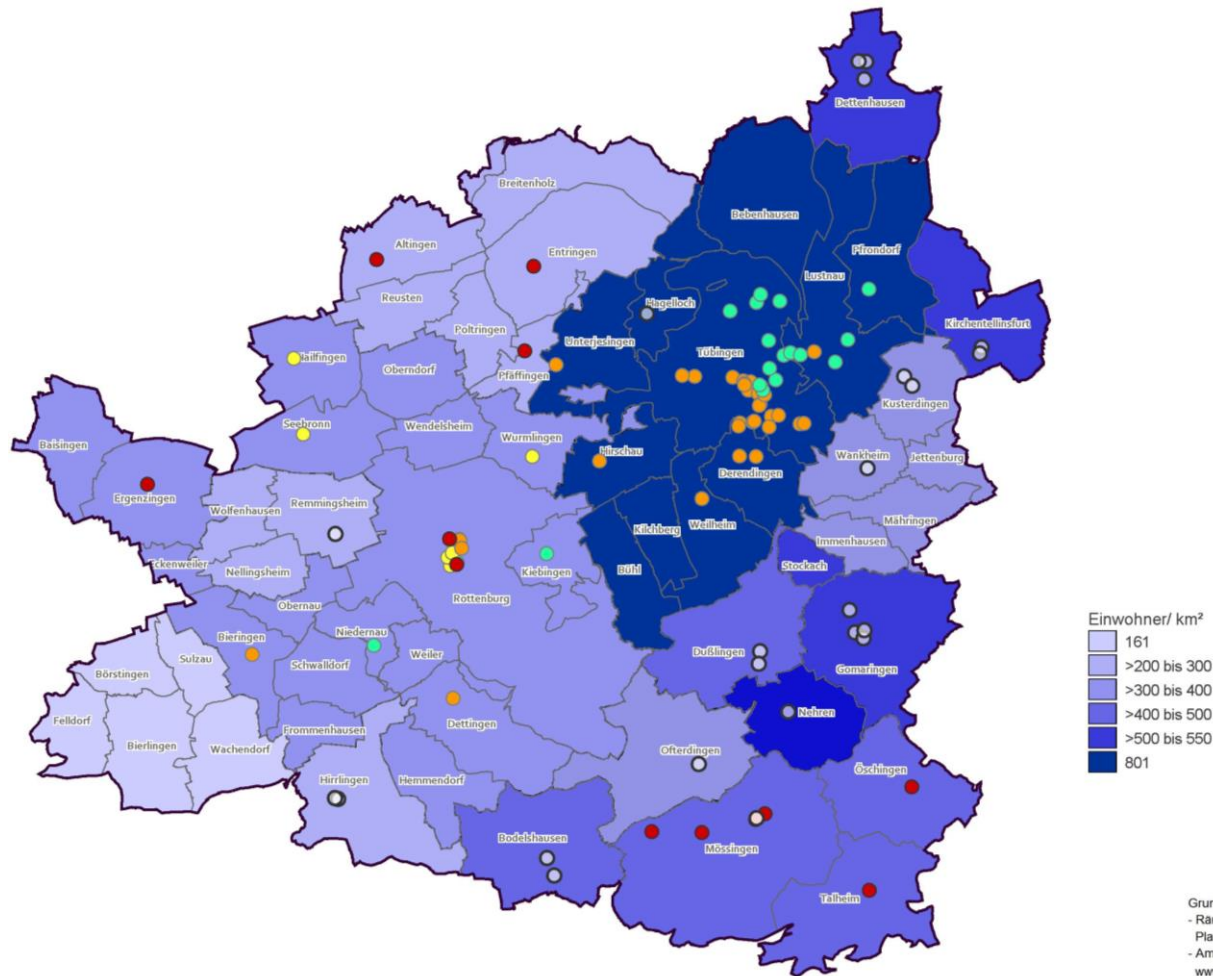
Abbildung 5: Hausarztichte im Landkreis



Legende: Anzahl der Einwohner je Hausarzt. Datengrundlage: Versorgungsbericht der KVBW und Statistisches Landesamt.

In Abbildung 6 wird die regionale Verteilung der Hausärzte in Bezug zur Bevölkerungsdichte in den einzelnen Kommunen gesetzt. Dabei wird einerseits die hohe Praxendichte in Tübingen (n=64) bei gleichzeitig hoher Bevölkerungsdichte deutlich. Deutlich wird jedoch auch, dass es z.B. in den dünn besiedelten Teilgemeinden der Kommune Starzach (Felldorf, Börstingen Bierlingen, Sulzau und Wachendorf) keinen Hausarzt gibt und in Kommunen wie Nehren, Neustetten oder Ofterdingen lediglich eine Hausarztpraxis ist. Das heißt, die Verteilung der Hausärzte schwankt regional stark und es gibt trotz einer formal ausreichenden Versorgung, Regionen mit potenzieller Unterversorgung.

Abbildung 6: Verteilung der Hausarztpraxen in Bezug zur Bevölkerungsdichte (bezogen auf die einzelnen Kommunen)



Datengrundlage: Räumliches Informations- und Planungssystem (RIPS) der LUBW, amtliche Geobasisdaten, www.lgl-bw.de sowie Daten des Versorgungsberichts der KVBW. Aus Datenschutzgründen wurde eine Legende entfernt, in der die farbliche Kodierung der Standorte aufgeschlüsselt war. Die Farben der Standorte können daher ignoriert werden. Mit freundlicher Unterstützung von Frau Sabine Frantz, LRA Tübingen.

2.2. Altersstruktur der Hausärzte

Etwas mehr als die Hälfte der Hausärzte (52 %) sind bereits über 55 Jahre alt; 20 % sogar über 65 Jahre alt. Lediglich 5 % der Hausärzte im Landkreis sind der Altersgruppe der unter 40-Jährigen zuzuordnen. (Abbildung 7).

Abbildung 7: Alter aller Hausärzte im Landkreis

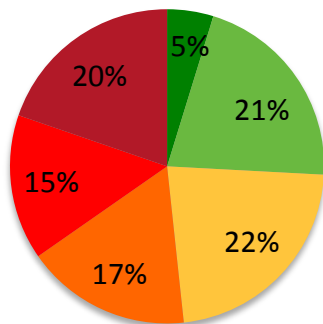
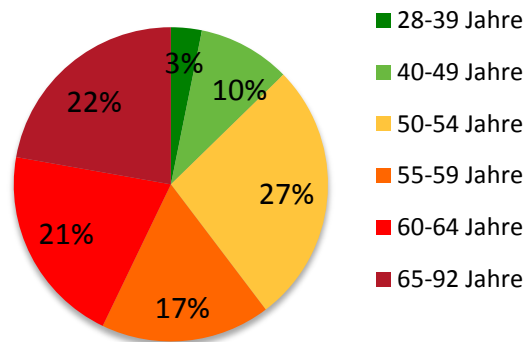


Abbildung 8: Alter der teilnehmenden Hausärzte



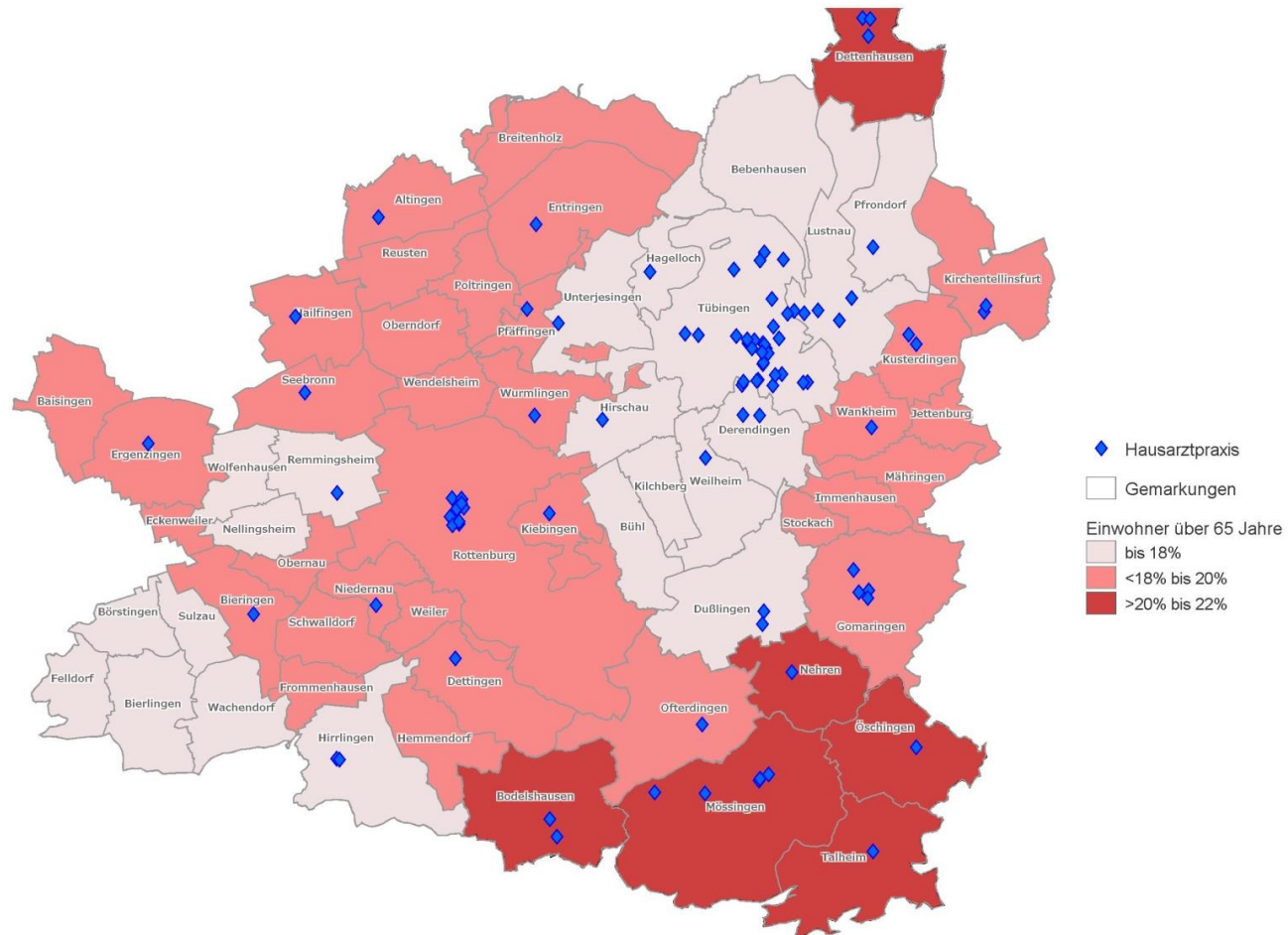
Datenbasis: KVBW Versorgungsbericht 2017: (n=147); Datenbasis: Befragung: (n=65).

Insgesamt liegt das Alter von 65 der 147 Ärzte vor (Abbildung 8). Auffallend ist die Überrepräsentation der älteren Hausärzte im Rücklauf: 43% der antwortenden Hausärzte (versus 35 % im Landkreis insg.) sind über 60 Jahre alt. Auch die Altersgruppe 50-54 Jahre ist überrepräsentiert. Dagegen scheint die Altersgruppe 40-49 Jahre in der Befragung unterrepräsentiert (13 % versus 26 %). Dass die „älteren Hausärzte“ eher an der Befragung teilgenommen haben, könnte unter anderem daran liegen, dass diese größere Bedenken hinsichtlich der zukünftigen hausärztlichen Versorgung und der Wiederbesetzung der eigenen Praxen haben. Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Hausärzte lag bei 57 Jahren. Dies entspricht in etwa dem Altersmittelwert von 56 Jahren für ganz Baden-Württemberg.¹¹

Das durchschnittliche aus der Befragung bekannte Alter der Hausärzte variiert zwischen 44 Jahren und 70 Jahren. Besonders kritisch hinsichtlich einer drohenden Versorgungslücke sind die Gemeinden zu betrachten, in denen es wenig Ärzte gibt und gleichzeitig ein hohes Alter vorliegt.

¹¹ Datengrundlage ist der Rücklauf der Befragung sowie der *Versorgungsbericht der KVBW*

Abbildung 9: Der Anteil der über 65-Jährigen in Bezug zur Anzahl der Hausarztpraxen



0 1 2 3 km
 Maßstab 1 : 165.000

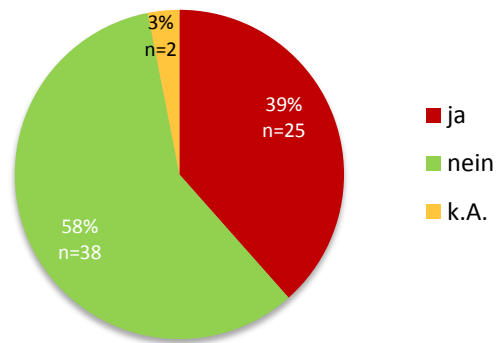
Grundlage:
 - Räumliches Informations- und
 Planungssystem (RIPS) der LUBW
 - Amtliche Geobasisdaten © LGL,
 www.lgl-bw.de, Az.: 2851.9-1/19

Mit freundlicher Unterstützung von Frau Sabine Frantz, LRA Tübingen.

2.3. Praxisabgabe und Nachfolge

In den nächsten sechs Jahren wollen 25 der 65 an der Befragung teilnehmenden Hausärzte (39%) ihre Praxis abgeben (Abbildung 10). Nur einer der befragten Hausärzte gab als Grund für die geplante Schließung an, den Praxisstandort wechseln zu wollen.

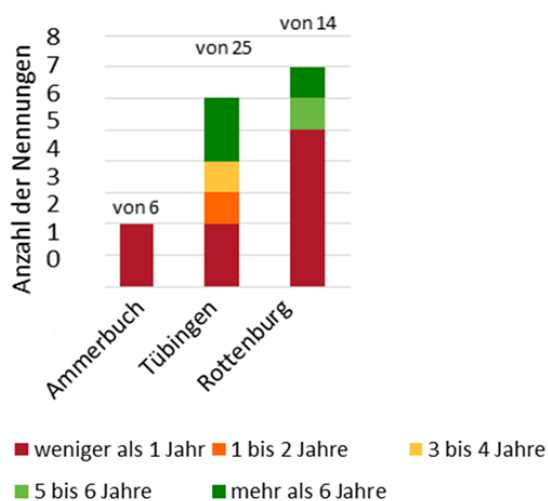
Abbildung 10: Praxisaufgabepläne der Hausärzte



Legende: Als Datengrundlage dienten n=65 Rücksendungen.

In Abbildung 11 sind die Praxisaufgabepläne der niedergelassenen Hausärzte nach Kommune und nach den Jahren, wann sie ihre Praxis aufgeben wollen, dargestellt. Die meisten Praxisaufgaben werden innerhalb der nächsten vier Jahre geplant (n=17). Allein innerhalb des nächsten Jahres wird es demnach in Ammerbuch (in 2 von 6 Praxen), in Rottenburg (5 von 14) sowie in Tübingen (2 von 25) Praxisaufgaben geben.

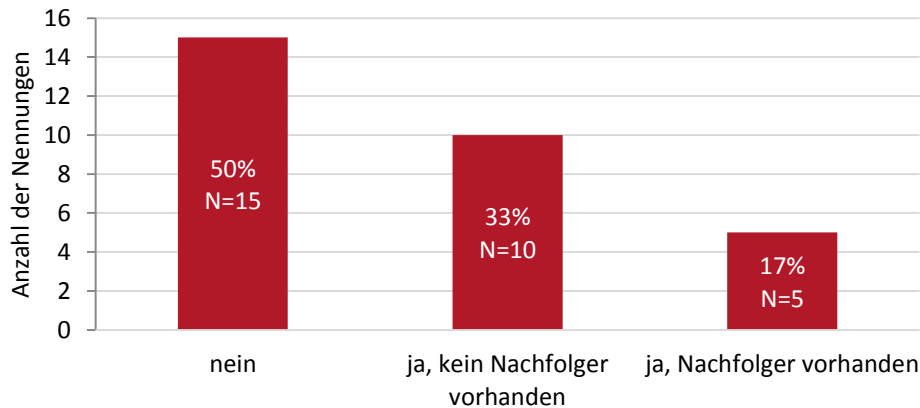
Abbildung 11: Pläne zur Praxisaufgabe innerhalb der nächsten sechs Jahre (nach Kommune und Jahren)



Legende: Datengrundlage: Anteil der teilnehmenden Hausärzte, die angegeben haben, in den nächsten Jahren ihre Praxis aufgeben zu wollen (n= 25). Aus Datenschutzgründen werden nur die Werte für Tübingen, Rottenburg und Ammerbuch dargestellt.

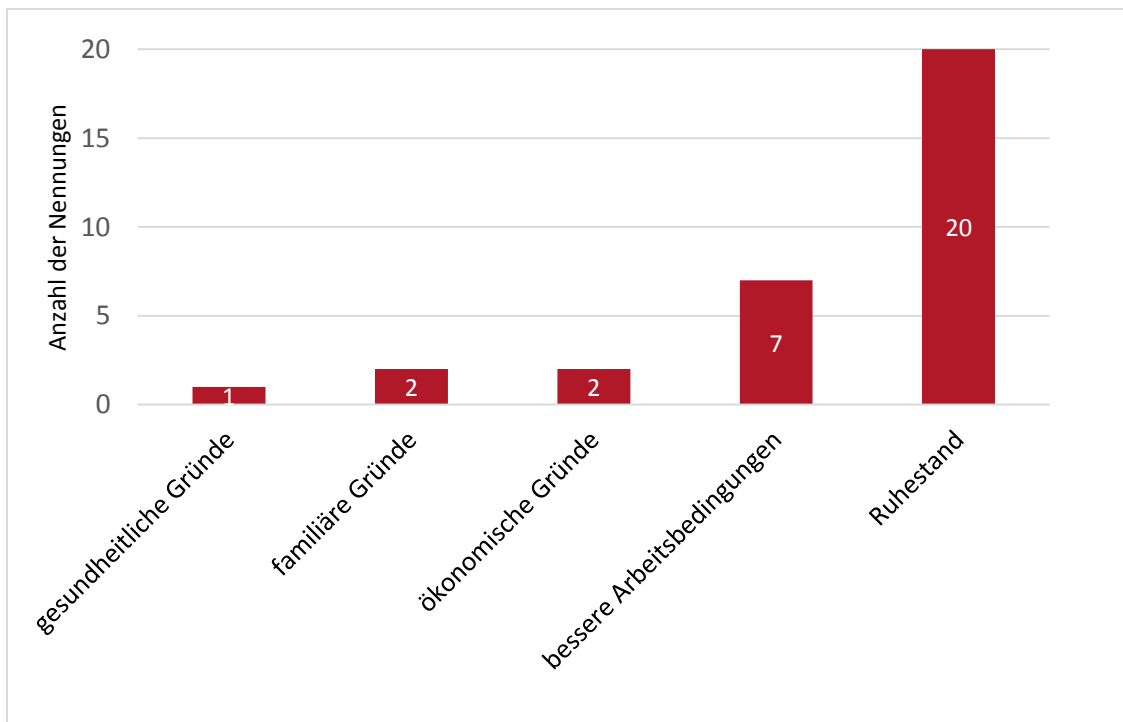
Auf die Frage, ob bereits ein Nachfolger gesucht wird bzw. ein Nachfolger vorhanden sei, antworteten wiederum 50 % der genannten 25 Ärzte, dass sie bisher nicht aktiv nach einem Nachfolger gesucht hätten. Die andere Hälfte der Antwortenden gab an, bereits aktiv einen Nachfolger gesucht zu haben, davon lediglich 17 % (n=5) mit Erfolg. Ein Drittel (n=10) haben trotz aktiver Suche bis jetzt keinen Nachfolger gefunden (Abbildung 12).

Abbildung 12: Suche nach einem Nachfolger



Legende: Datengrundlage: Anteil der teilnehmenden Hausärzte (n= 30).

Abbildung 13: Gründe für die Praxisabgabe



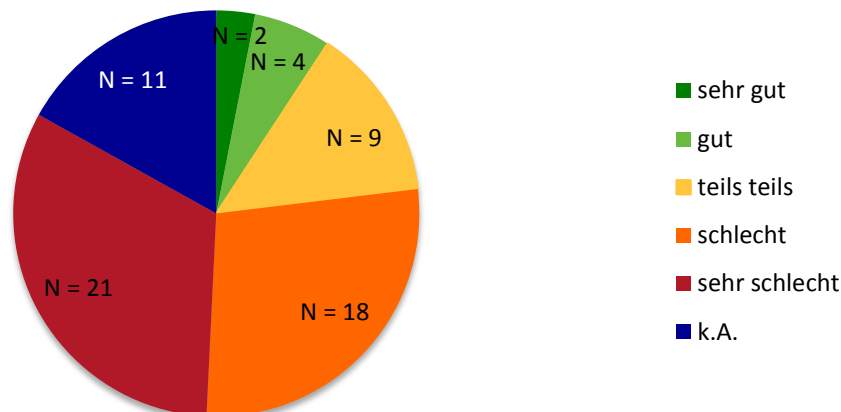
Die meisten der Abgaben erfolgt auf Grund des anstehenden Ruhestandes. Immerhin sieben Antworten gaben an, die Praxis wegen besseren Arbeitsbedingungen abgeben zu wollen.

Im Kontext des Themas „Praxisabgabe“ ist es eine Möglichkeit, seine Selbständigkeit graduell abzugeben und umzuwandeln. Danach befragt, gaben vier der 58 Antwortenden an, in den

nächsten Jahren in ein Angestelltenverhältnis wechseln zu wollen. Weitere vier gaben an, in den nächsten zehn Jahren in eine Gemeinschaftspraxis oder in ein MVZ wechseln zu wollen.

Die Einschätzung der teilnehmenden Hausärzte hinsichtlich der Möglichkeit, ihre Praxis zu einem angemessenen Preis verkaufen zu können, zeigte ein ernüchterndes Ergebnis. Über die Hälfte der Teilnehmenden (39 von 65) schätzte die Wahrscheinlichkeit, ihre Praxis zu einem angemessenen Preis verkaufen zu können als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ ein. Lediglich sechs der Teilnehmenden erwarten, die Praxis zu einem „guten“ oder „sehr guten“ Preis verkaufen zu können (Abbildung 14).

Abbildung 14: Einschätzung, die Praxis zu einem angemessenen Preis verkaufen zu können



Legende: Datengrundlage: Anteil der teilnehmenden Hausärzte (n= 65).

FAZIT

Für die hausärztliche Versorgung gilt:

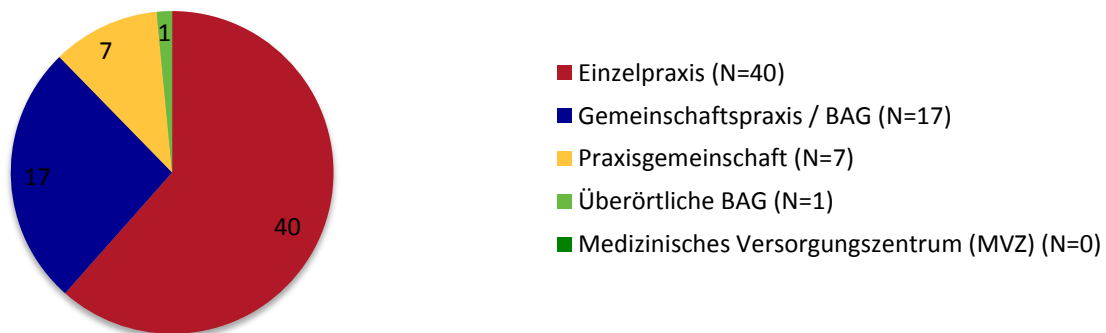
- Trotz formal ausreichender Versorgung gibt es Gemeinden wie Starzach, Kusterdingen, Offerdingen und Nehren, in denen jeweils über 2.000 Einwohner versorgt werden müssen, lediglich einen Hausarzt.
- 25 von 65 Ärzten planen eine Praxisabgabe innerhalb der kommenden sechs Jahre, allein neun im kommenden Jahr. Letzteres betrifft zwar neben Rottenburg und Tübingen nur die Gemeinde Ammerbuch, jedoch sind in einigen Gemeinden mit wenigen Ärzten weitere altersbedingte Praxisabgaben gehäuft zu erwarten.
- Bislang sind wenig Nachfolger vorhanden, gleichzeitig haben nur rund die Hälfte angegeben, bereits aktiv einen Nachfolger gesucht zu haben.

3. Die Praxisstrukturen und Ressourcen

3.1. Praxisformen

In Abbildung 15 werden die einzelnen Praxisformen der teilnehmenden Hausärzte (n=65) im Landkreis dargestellt. Am häufigsten fanden sich Einzelpraxen (n=40). Lediglich 25 der antwortenden Hausärzte arbeiten in einer anderen Praxisform wie einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG, Gemeinschaftspraxis) (n=17), einer Praxis-Gemeinschaft (n=7) oder einer überörtlichen BAG (n=1). In einem MVZ arbeitet keiner der teilnehmenden Hausärzte.

Abbildung 15: Anteil der Praxisformen der teilnehmenden Ärzte

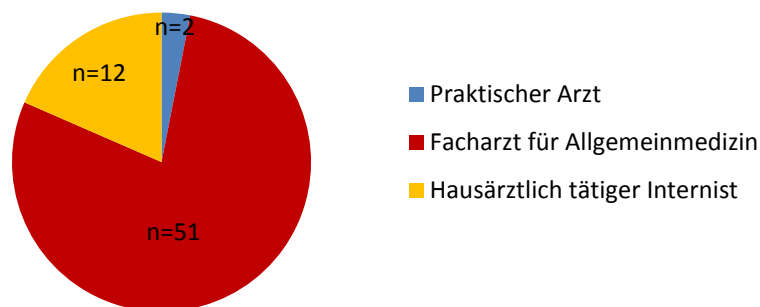


Legende: Rücklauf der Befragung (n=65)

3.2. Gebietsbezeichnung und Schwerpunkte

Die meisten antwortenden Hausärzte sind Fachärzte für Allgemeinmedizin (79 %), zwölf (18 %) der Antwortenden sind hausärztliche Internisten und lediglich zwei gaben an Praktischer Arzt zu sein (Abbildung 16).

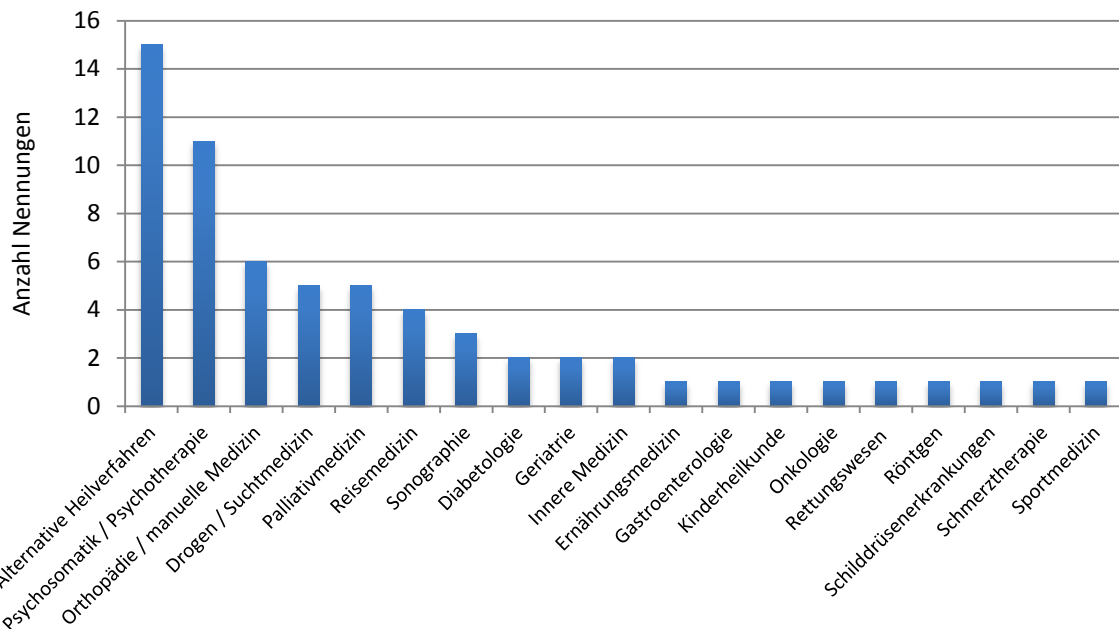
Abbildung 16: Gebietsbezeichnung der teilnehmenden Ärzte



Legende: Datengrundlage: Rücklauf der Befragung (n=65).

Über die Hälfte aller teilnehmenden Hausärzte (54 %) gaben einen fachlichen Schwerpunkt an. Die meisten bezogen sich dabei auf naturheilkundliche Heilverfahren (n=15) gefolgt von Psychosomatik/Psychotherapie (n=11) und Orthopädie/Manuelle Medizin (n=6) (Abbildung 17).

Abbildung 17: Fachliche Schwerpunkte der Hausärzte (freie Angaben)

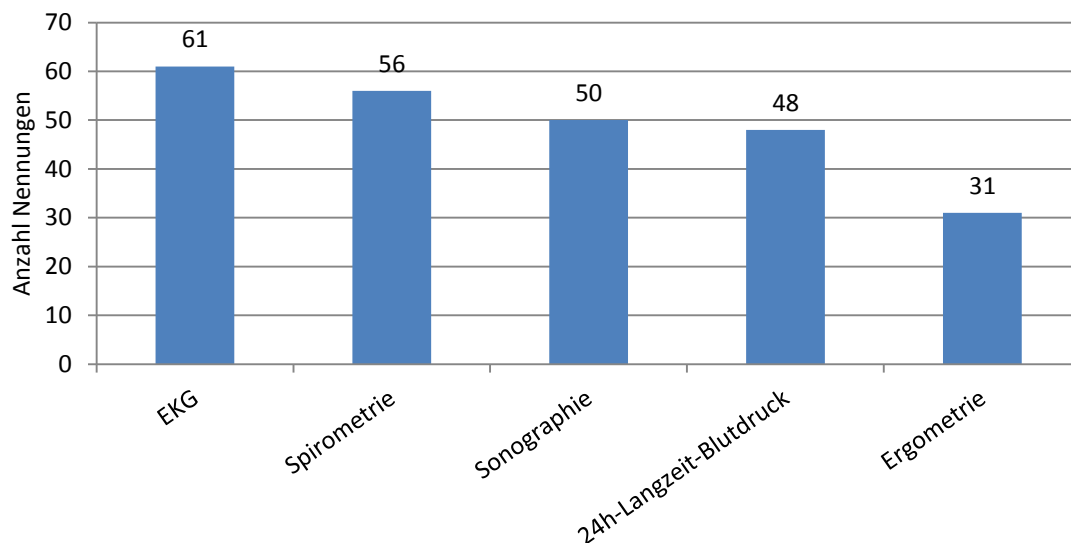


Datengrundlage: Rücklauf der Befragung (n=65)

3.3. Geräte- und Praxisausstattung

Folgende Geräte-Ausstattung halten die teilnehmenden Hausärzte im Landkreis vor:

Abbildung 18: Geräteausstattung in den Praxen der teilnehmenden Hausärzte

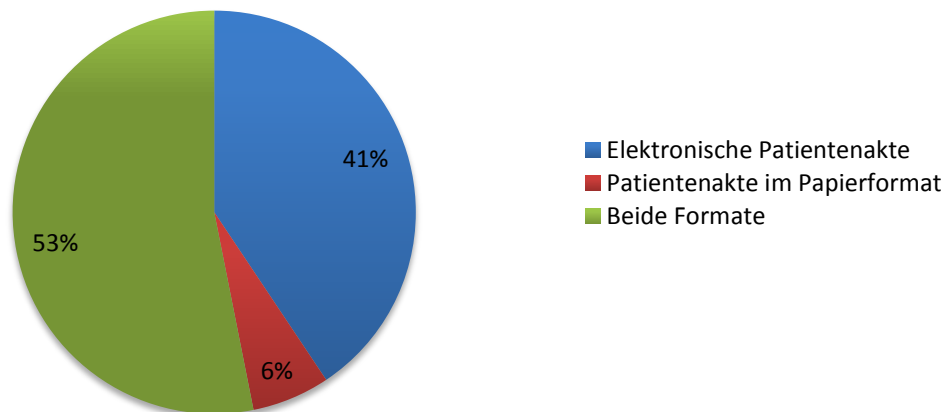


Legende: Datengrundlage waren n=62 Rücksendungen, die eine Angabe zur Geräteausstattung enthielten.

Sieben der teilnehmenden Hausärzte geben an, sich bereits bestimmte medizinische Geräte mit anderen Praxen und Kollegen zu teilen, sieben weitere halten es künftig für wünschenswert.

Von den 64 Praxen führen 41 % ausschließlich eine elektronische Patientenakte und lediglich 6 % der Teilnehmenden geben an, Patientenakten ausschließlich in Papierform zu führen (Abbildung 19).

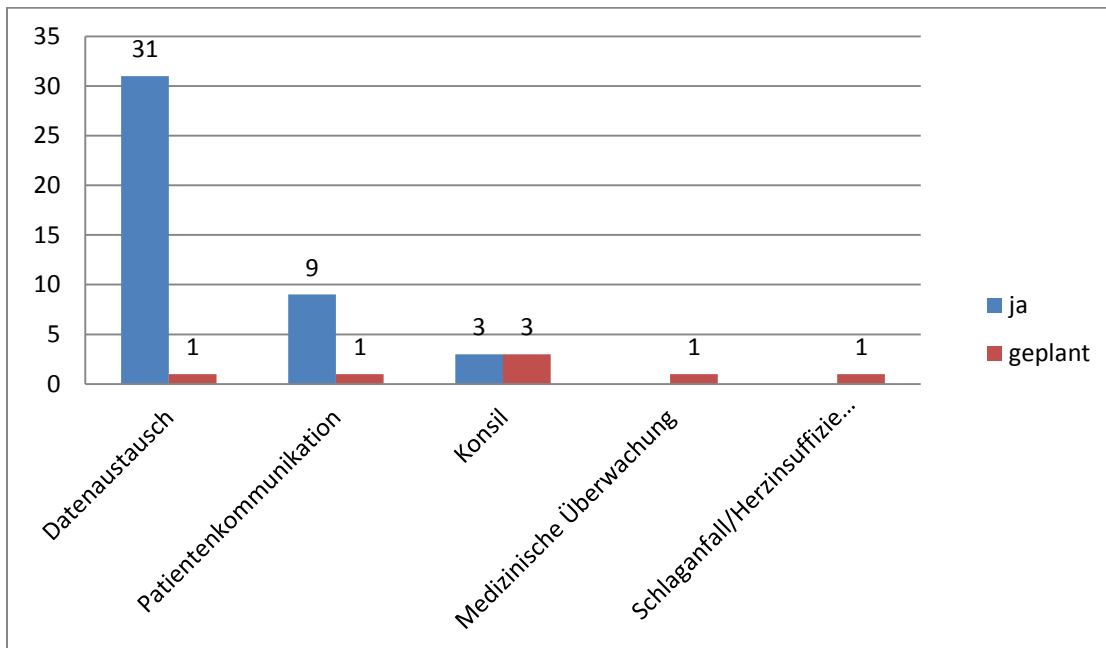
Abbildung 19: Art der Patientenakte (n= 64)



Legende: Datengrundlage waren n=64 Rücksendungen, die eine Angabe zum Aktenformat enthielten.

Neun der Hausärzte geben an, mit ihren Patienten mittels elektronischer Medien zu kommunizieren, 31 Hausärzte kommunizieren mit Kollegen über elektronische Medien. Drei Ärzte geben an, elektronische Medien für Konsilsprechstunden zu nutzen (Abbildung 20) und drei weitere Ärzte planen, in Zukunft elektronische Medien in der Patientenversorgung zu nutzen.

Abbildung 20: Nutzung elektronischer Medien für...



Legende: Als Datengrundlage dienten n=60 Rücksendungen, die Angaben zur Nutzung elektronischer Medien enthielten.

3.4. Anzahl der KV-Sitze, Ärzte und MFAs pro Praxis

Von den teilnehmenden Hausärzten arbeitet keiner in einem Angestelltenverhältnis und 62 antworteten, dass sie über einen eigenen KV-Sitz verfügen.

Die meisten der teilnehmenden Praxen (N=40) gaben an, über genau einen KV-Sitz zu verfügen; 38% gaben an, über zwei KV-Sitze in ihrer Praxis zu verfügen. Es gibt darüber hinaus nur einzelne Praxen im Landkreis, die über mehr als vier KV-Sitze verfügen (Abbildung 21).

Abbildung 21: Anzahl KV-Sitze pro Praxis

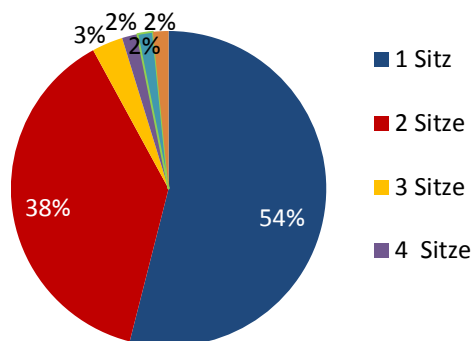
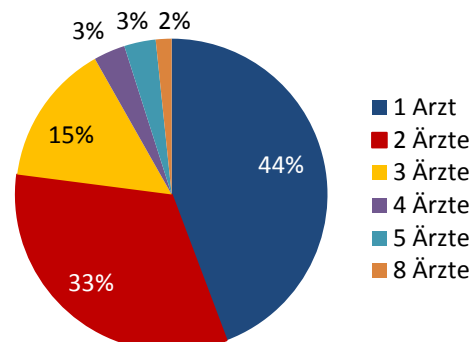


Abbildung 22: Anzahl der Ärzte pro Praxis (n= 61)



Legende: Datengrundlage waren Bögen mit Angaben zur Anzahl der KV-Sitze (n=61).

Entsprechend der Praxisstruktur arbeitet in den meisten teilnehmenden Praxen ein einzelner Hausarzt (44 %), gefolgt von Praxen, in denen zwei Ärzte tätig sind (33 %). Eine Antwort bezog

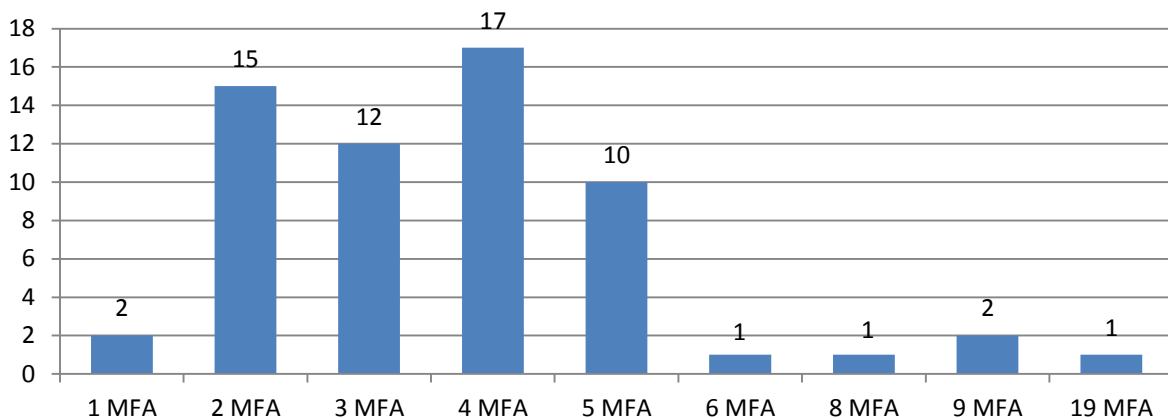
sich auf eine Praxis in der acht Ärzte tätig sind (Abbildung 22). Durchschnittlich arbeiten in Einzelpraxen 1,5 Ärzte, in Berufsausübungsgemeinschaften sind es 2,9 Ärzte.

Lediglich vier der Antwortenden arbeiten in Teilzeit, 60 in Vollzeit. Da die Fragebögen überwiegend von Praxiseigentümern (KV-Sitz-Inhabern) ausgefüllt wurden (s.o.) legt das die Vermutung nahe, dass KV-Sitz-Inhaber tatsächlich überwiegend in Vollzeit arbeiten. Andererseits lässt dies keinen Rückschluss auf den Anteil von Teilzeitbeschäftigten zu, der damit wohl weit unterschätzt wird.

Die durchschnittliche Sprechzeit der teilnehmenden Praxen beträgt 32 Stunden pro Woche (zwischen 15 bis 120, Median: 30,5).

Die meisten Hausarztpraxen im Landkreis beschäftigen zwischen zwei (20%) und vier (28 %) MFAs (Abbildung 23).

Abbildung 23: Anzahl der Medizinischen Fachangestellten (MFAs) pro Praxis



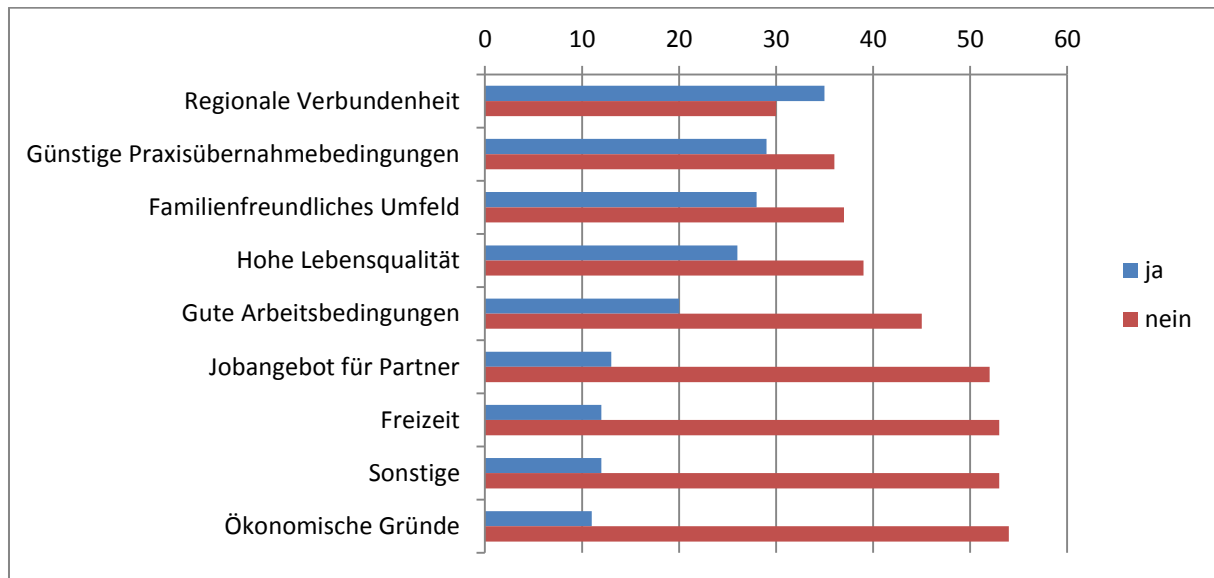
Legende: Y-Achse: Anzahl der Praxen. MFA = medizinische Fachangestellte; Datengrundlage waren Bögen mit Angaben zur Anzahl der MFAs (n=61).

Die Anzahl der Scheine je Praxis liegt überwiegend zwischen 1500 und 2000 Scheinen, auch in Einzelpraxen. In einigen Gemeinden scheinen die Praxen jedoch weniger Patienten zu betreuen.

Knapp die Hälfte der teilnehmenden Hausärzte (45 %) gab an, ihre Praxis selbst gegründet zu haben. Als Gründe für die Wahl des Praxisstandortes wurde am häufigsten die regionale Verbundenheit genannt, gefolgt von Familienfreundlichkeit, hoher Lebensqualität und günstigen Praxisübernahmebedingungen. Jobangebote für Partner spielten im Landkreis eine untergeordnete Rolle (Abbildung 24).

Knapp ein Drittel der antwortenden Hausärzte (29 %) gaben an, in der Vergangenheit den Praxisstandort bereits gewechselt zu haben; der Großteil dieser wiederum (n=12) blieb im Falle eines Wechsels in derselben Gemeinde, lediglich drei haben den Landkreis gewechselt.

Abbildung 24: Gründe für die Wahl des Praxisstandortes



Datengrundlage: Rücklauf der Befragung (n=65)

3.5. Praxisgröße und Arbeitsbelastung

3.5.1. Patientenstamm und Einzugsgebiet

Auf die Frage, wie sich der Patientenstamm in den letzten drei Jahren verändert habe, gaben 41 der 54 antwortenden Hausarztpraxen (74 %) an, dass sich dieser vergrößert habe. Nur in 13 Hausarztpraxen (26 %) scheint sich das Patientenaufkommen nicht verändert zu haben. Keine der teilnehmenden Praxen gab an, dass sich der Patientenstamm verkleinert habe.

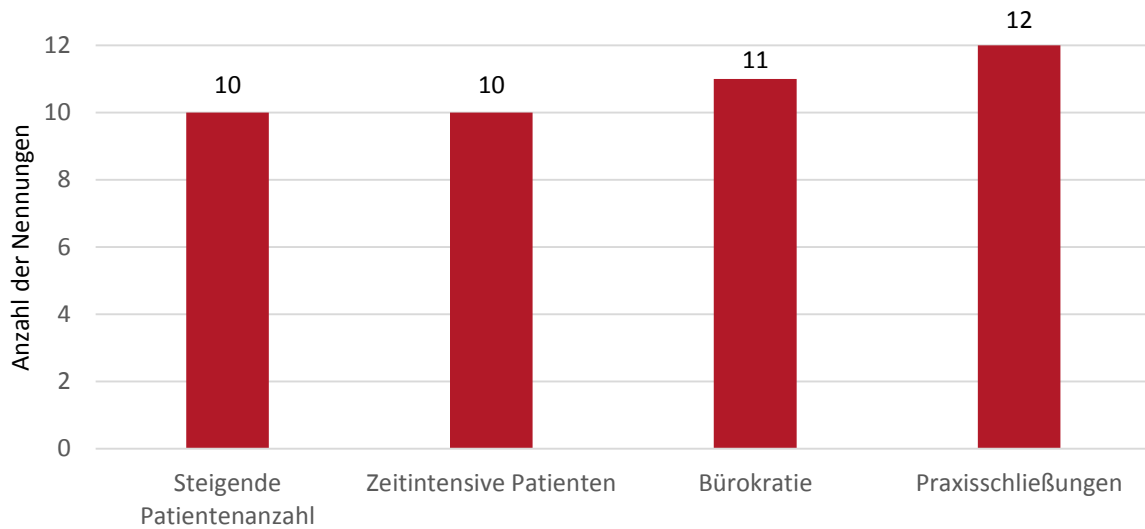
Analog zur Erweiterung des Patientenstamms in den meisten Kommunen vergrößert sich auch das Einzugsgebiet der Hausärzte in vielen Städten und Gemeinden.

Insgesamt deutet dies auf eine höher gewordene Arbeitsbelastung hin, was sich auch in der direkten Frage nach der Arbeitsbelastung bestätigte. Auf die Frage, ob sich die Arbeitsbelastung in den letzten drei Jahren verändert habe, bejahten dies 45 der 59 antwortenden Hausärzte. Lediglich 14 gaben an, die Arbeitsbelastung sei in diesem Zeitraum konstant geblieben und keiner der Teilnehmenden gab an, dass sie sich reduziert habe.

Die häufigsten Gründe im Falle einer steigenden Arbeitsbelastung sahen die Teilnehmenden in Praxisschließungen, erhöhtem Bürokratieaufwand, zeitintensiven Patienten und in einer gestiegenen Patientenzahl (Abbildung 25).

Insgesamt können all diese Antworten als Hinweis auf sich abzeichnende Lücken in der hausärztlichen Versorgung gewertet werden.

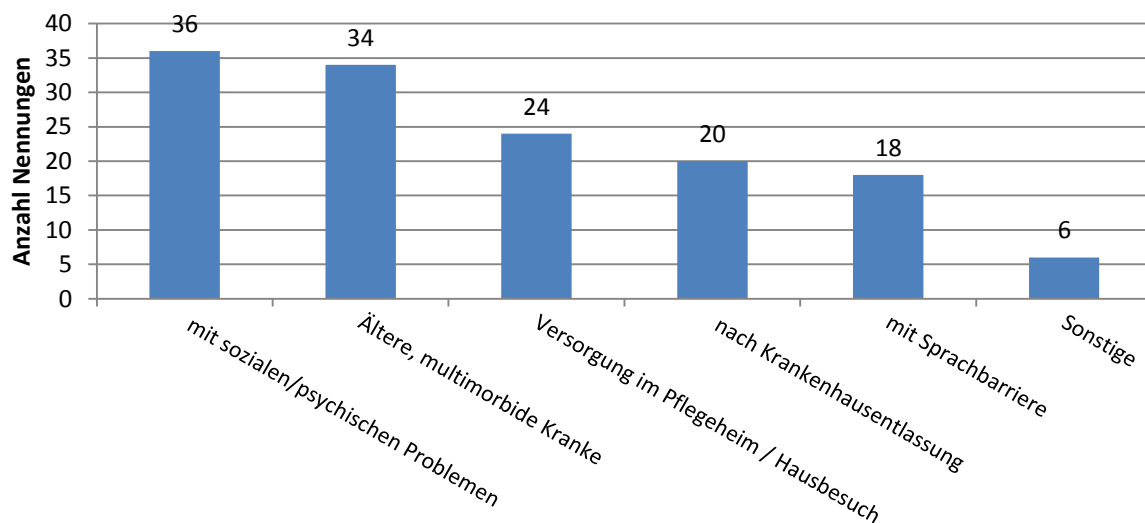
Abbildung 25: Gründe für eine angestiegene Arbeitsbelastung



Legende: Als Datengrundlage dienten n=43 Rücksendungen, die offene Angaben zu Gründen für eine gestiegene Arbeitsbelastung enthielten.

Auf die Frage, welche Patientengruppe die zeitintensivste darstelle, gaben die meisten der teilnehmenden Hausärzte an, dass Patienten mit sozialen bzw. psychischen Problemen (n= 36) sowie ältere und multimorbide Patienten (n=34) den höchsten Betreuungsaufwand erfordern. Weiterhin werden Patienten in Pflegeheimen (n=24), Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt (n=20) sowie Patienten mit Sprachbarrieren (n=18) als besonders zeitensiv dargestellt. Lediglich sechs der Teilnehmenden wählten die Kategorie „Sonstige“. Unter „Sonstige“ wurden drogenabhängige Patienten (n=3; in Hirrlingen und Tübingen), chronisch kranke Patienten (n=1) sowie schwer behinderte und/oder intensiv pflegebedürftige Patienten (n=1) genannt (Abbildung 26).

Abbildung 26: Die zeitintensivsten Patienten



Legende: Als Datengrundlage dienten n=65 Rücksendungen, Mehrfachnennungen waren erlaubt.

FAZIT

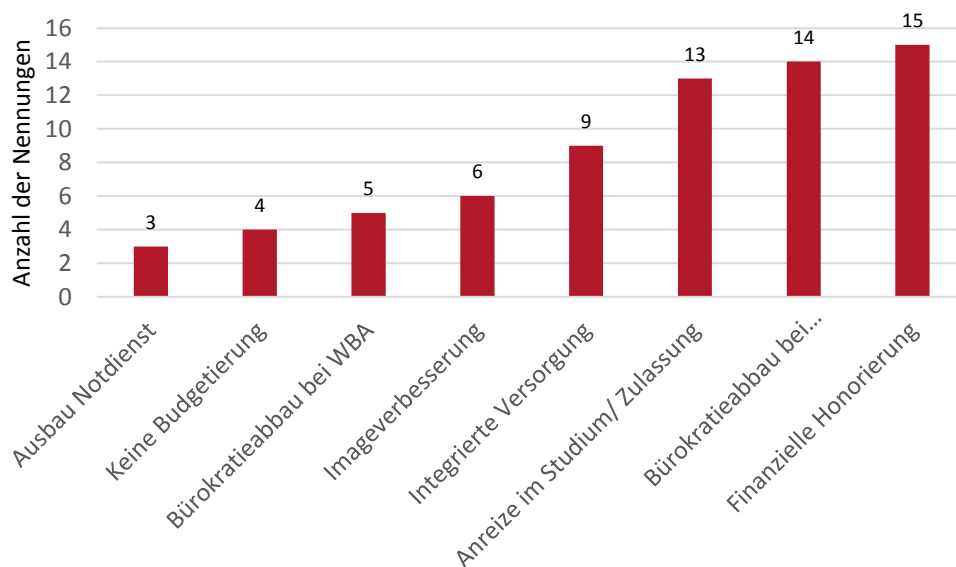
Für die ärztliche Versorgung gilt:

- Einzelpraxen überwiegen in der hausärztlichen Versorgung, wobei viele davon mit mehreren Ärzten betrieben werden. Praxen mit mehr als 3 Ärzten oder Kassensitzen sind in der Minderheit.
- Von den Praxen werden im Durchschnitt Sprechzeiten von 32 Stunden pro Woche angeboten.
- Bei den meisten Hausärzten hat sich der Patientenstamm sowie das Einzugsgebiet vergrößert. Als häufigste Gründe für die zunehmende Arbeitsbelastung wurden Praxisschließungen und Bürokratie genannt.
- Regionale Verbundenheit, günstige Übernahmebedingungen und Familienfreundlichkeit waren die häufigsten Gründe für die Wahl des Praxisstandortes. Ökonomische Gründe wurden am seltensten genannt.
- Die zeitintensivsten Patienten sind solche mit psychosozialen Problemen sowie multimorbide, ältere Patienten

4. Mögliche Maßnahmen aus ärztlicher Sicht

Die Hausärzte wurden gefragt, welche Maßnahmen aus ihrer Sicht am besten geeignet seien, um drohenden Versorgungsengpässen entgegenzuwirken. Dabei antworteten die meisten (n=15), dass eine bessere finanzielle Honorierung, hausärztlichen Versorgungsproblemen entgegenwirken könnte, gefolgt von niedrigerem bürokratischen Aufwand bei der Abrechnung (n=14) sowie Anreizen, die bereits im Studium gesetzt werden (n=15) (Abbildung 27).

Abbildung 27: Geeignete Maßnahmen, um Versorgungsengpässen entgegenzuwirken

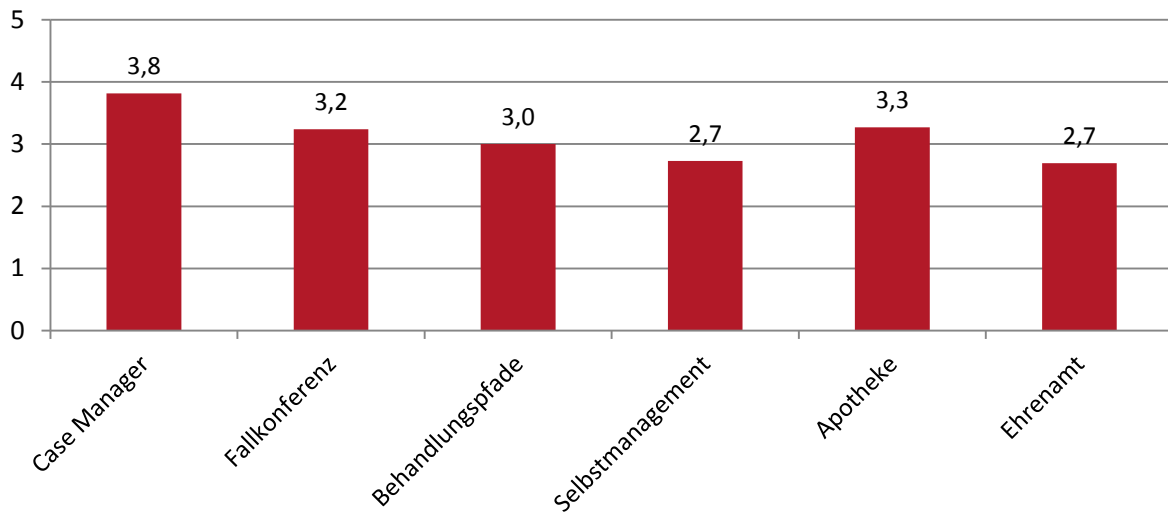


Legende: Datengrundlage: Anteil der teilnehmenden Hausärzte (n= 65). Mehrfachnennungen waren möglich.

4.1. Entlastungspotential für die Praxis

Auf die Frage, inwiefern und durch welche Aspekte in der hausärztlichen Versorgung Entlastungspotential besteht, wurde das höchste Potential (auf einer Skala von 0=sehr niedrig bis 5=sehr hoch) in einem Case Manager (3,3), in der Zusammenarbeit mit der Apotheke (3,3) sowie durch Fallkonferenzen (3,2) gesehen (Abbildung 28).

Abbildung 28: Entlastungspotential für die hausärztliche Versorgung



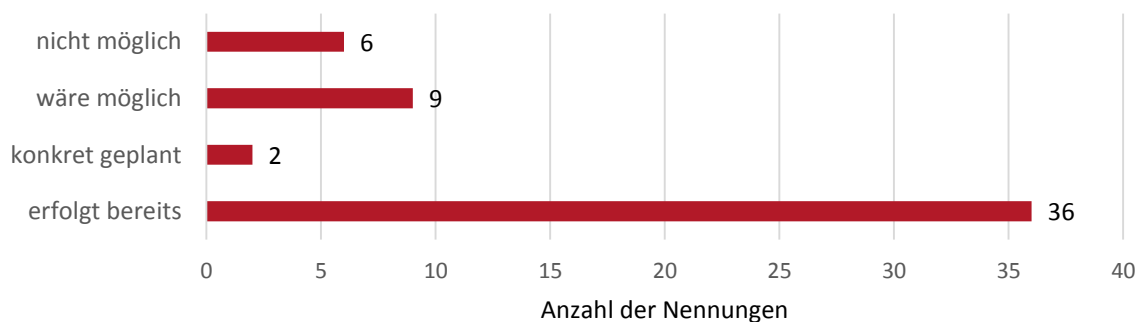
Legende: Skala von 1=sehr niedrig bis 5=sehr hoch; abgebildet sind die Mittelwerte der Einschätzungen aller teilnehmenden Praxen (n=65)

4.2. Delegation

Ein weiteres Entlastungspotential kann in der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an speziell geschulte nicht-ärztliche Gesundheitsfachberufe wie z.B. MFAs liegen.

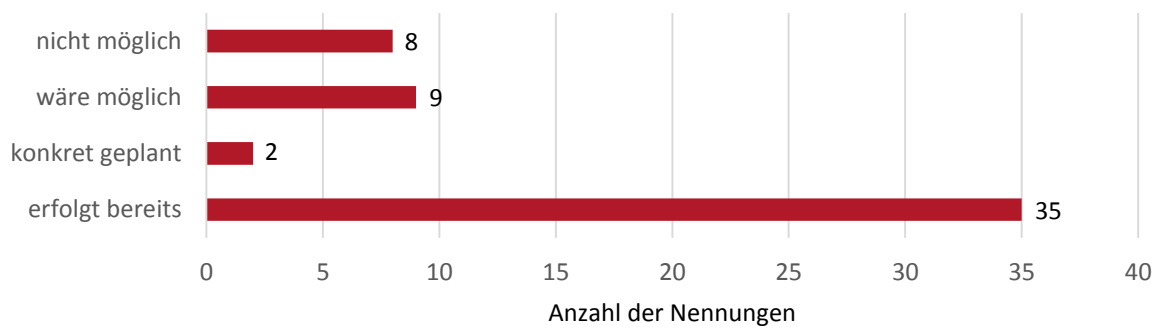
Die meisten der teilnehmenden Hausärzte delegieren bereits Tätigkeiten im Bereich der Versorgung von Impfungen (67%), DMP-Patienten (65%) und Wundversorgung (62%), weitere geben jeweils an, dies sei potentiell möglich oder konkret geplant (Abbildung 30 - 33).

Abbildung 29: Delegation im Bereich Impfen



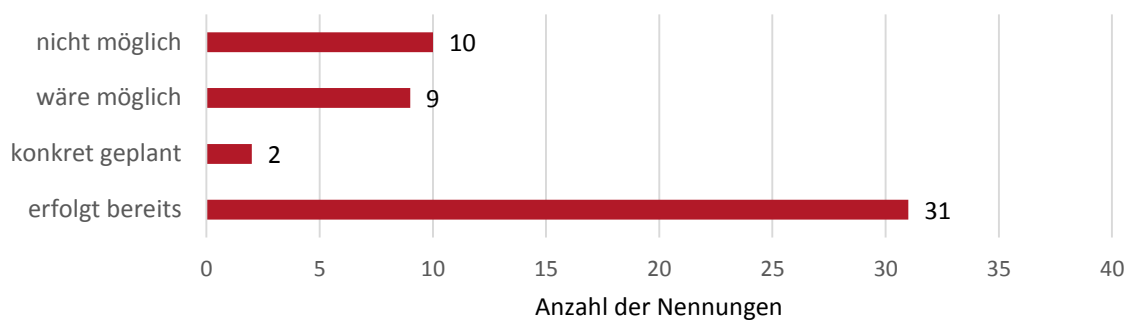
Legende: Datengrundlage: Anteil der teilnehmenden Hausärzte (n= 53).

Abbildung 30: Delegation im Bereich DMP-Patienten



Legende: Datengrundlage: Anteil der teilnehmenden Hausärzte (n= 54).

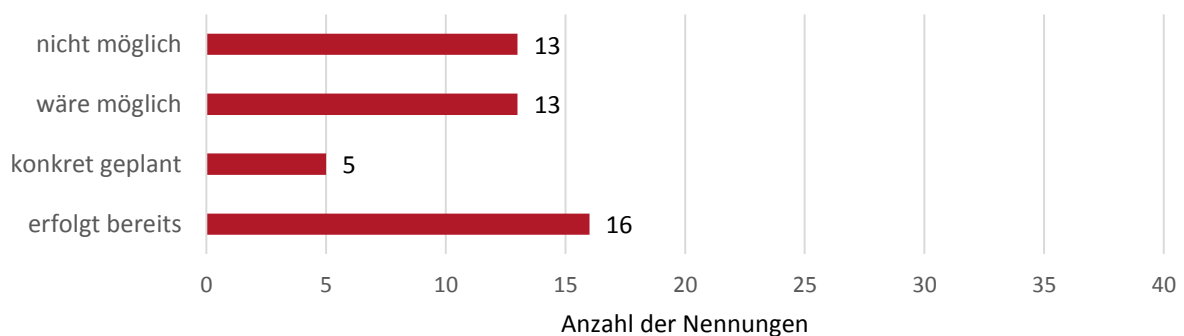
Abbildung 31: Delegation im Bereich Wundmanagement



Legende: Datengrundlage: Anteil der teilnehmenden Hausärzte (n= 52).

Des Weiteren besteht Entlastungspotential durch die Delegation von Diabetesschulungen. Genutzt wird dieses Potential von 16 teilnehmenden Hausärzten (34%), weitere 18 halten die Delegation in diesem Bereich für möglich oder planen die Übertragung der Schulungen an nicht-ärztliches Personal. Allerdings scheint in diesem Bereich die Skepsis am höchsten zu sein (Abbildung 32).

Abbildung 32: Delegation im Bereich Diabetesschulungen

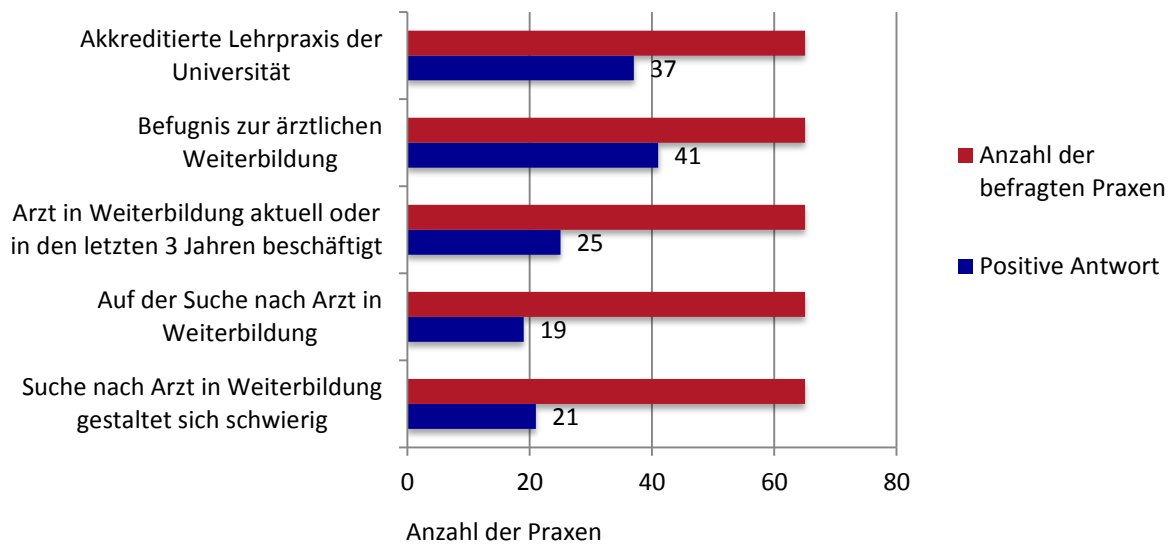


Legende: Datengrundlage: Anteil der teilnehmenden Hausärzte (n= 47).

4.3. Beteiligung an medizinischer Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung

Von den 65 antwortenden Hausärzten verfügen 63 % über eine Weiterbildungsbefugnis. Von den Weiterbildern haben bzw. hatten 60 % einen Assistenten / Arzt in Weiterbildung beschäftigt und 29 % gaben an, dass sie auf der Suche nach einem Arzt in Weiterbildung seien. Dass sie eine akkreditierte Lehrpraxis sind gaben 57 % an (Abbildung 33).

Abbildung 33: Beteiligung an Aus- und Weiterbildung



FAZIT

Um die hausärztliche Versorgung zu sichern, wurden folgende Möglichkeiten genannt:

- Neben Bürokratieabbau werden mehr Medizinstudienplätze und Honorierung der Leistungen am häufigsten als allgemeine Lösungsansätze gegen den Hausärztemangel genannt. Hohes Entlastungspotential wird durch Case-Manager, Fallkonferenzen, Apotheken und Behandlungspfade gesehen.
- Rund zwei Drittel der Hausärzte setzen weiterqualifizierte medizinische Fachangestellte für die Delegation ein oder planen dies. Eine weitere Nutzung des Potentials der Delegation könnte zur Entlastung der Versorgung beitragen.
- Über die Hälfte der Praxen sind akkreditierte Lehrpraxen und/oder besitzen eine Weiterbildungsbefugnis. Die Anzahl dieser Praxen könnte weiter gesteigert werden und so zur Nachwuchssicherung beitragen.

5. Weitere medizinische Versorgungsstrukturen und Angebote

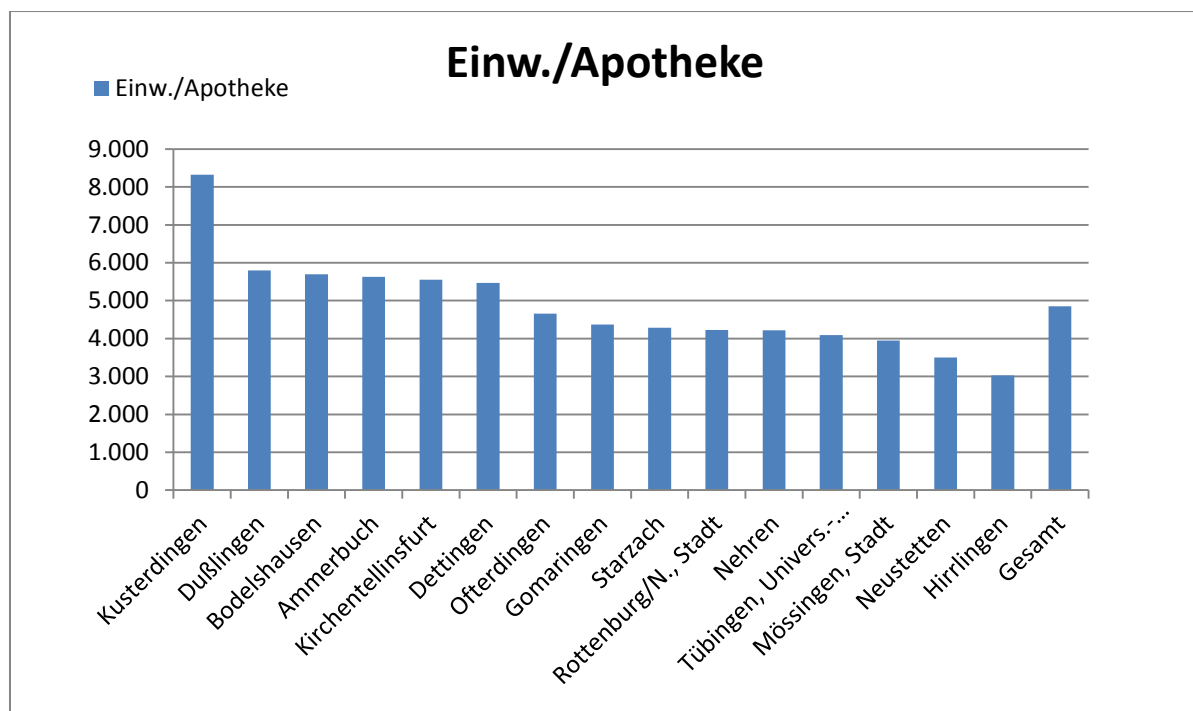
5.1. Apotheken

In Baden-Württemberg sinkt die Zahl der Apotheken seit 2006 kontinuierlich. Zwischen 2008 bis 2016 hat sich die Zahl der Apotheken in Baden-Württemberg um 200 auf 2.578 Betriebsstätten reduziert. Dies entspricht dem Trend auf Bundesebene. Noch stärker als die Zahl der Apotheken sinkt die Zahl der Apothekeninhaber, da viele von der Schließung bedrohte Apotheken als Filialen weiterbetrieben werden. Dies ist u.a. auch eine Folge von Praxisschließungen, da Apotheken v.a. in ländlichen Kommunen stark von den dort bestehenden Praxen abhängig sind.

Im Landkreis Tübingen gibt es 50 Apotheken (Abbildung 34); dies entspricht im Kreisdurchschnitt einer Apothekendichte von 4.851 Einwohner/Apotheke, in Baden-Württemberg hingegen liegt die Zahl bei 4.108 Einwohner/Apotheke¹². In manchen Kommunen wie z.B. in Kusterdingen, kommen sogar 8.324 Einwohner auf eine Apotheke. Dort ist gleichzeitig noch die regionale Dichte mit nur 0,4 Apotheken je 10 km² mit am geringsten. Letzteres trifft sonst noch auf Ammerbuch und Starzach zu. In Hirrlingen dagegen ist die Apothekendichte im Kreis am höchsten (3.025 Einwohner/Apotheke).

Die geographische Apothekendichte liegt im Landkreis Tübingen bei 0,84 Apotheken/ km² und ist dabei besser als der Landesdurchschnitt mit 0,7 Apotheken/ km².

Abbildung 34: Apotheken im Landkreis



Datengrundlage: Statistisches Landesamt (2015).

¹² Quelle: Apothekenliste des Landkreises, Stand 2015, Statistisches Landesamt

5.2. Pflege

Man kann davon ausgehen, dass der Versorgungsbedarf einer Region in der Pflege umso höher ist, je mehr ältere Personen in dieser Region leben. Im relativ jungen Landkreis Tübingen gelten ca. 2,1 % (im Landesvergleich sind es 3,0 %) der Gesamtbevölkerung als pflegebedürftig (2013). Prognosen zufolge ist im Landkreis Tübingen eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit von 2009 bis zum Jahr 2030 um 33 % auf 2,8 % der Gesamtbevölkerung zu erwarten.¹³

Neben den 72 ambulanten Pflegediensten gab es im Jahr 2013 31 stationäre Pflegeheime mit insgesamt 1.391 Pflegeheimplätzen. Die Pflegeheime verteilen sich grundsätzlich über den gesamten Landkreis, sind aber insbesondere in Tübingen (n=9), Rottenburg (n=7) und Mössingen (n=3) vorzufinden. Die weiteren Kommunen können lediglich jeweils ein stationäres Pflegeheim vorweisen.

Die Auslastung der Pflegeheime lag in Jahr 2013 im Planungsraum Tübingen trotz der auf den ersten Blick hohen Anzahl von Pflegeheimen bei 99 %, im Planungsraum Mössingen bei 93 % und im Planungsbereich Rottenburg bei 98 % und damit deutlich höher als im landesweiten Vergleich. Im Land Baden-Württemberg lag dieser im Jahr 2013 bei 88,7 %.¹⁴

FAZIT

Weitere Strukturen:

- Es gibt starke regionale Unterschiede in der Versorgung durch Apotheken zwischen den einzelnen Kommunen.
- Der Anteil an Pflegebedürftigen wird weiter steigen. Gleichzeitig besteht bereits jetzt eine sehr hohe Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen.

¹³ Quelle: Wegweiser Kommune (2017). URL: <http://www.wegweiser-kommune.de/statistik/tuebingen-lk+basisdaten-pflegevorausberechnung+anteil-pflegebeduerftige+2013-2030+land+balkendiagramm>

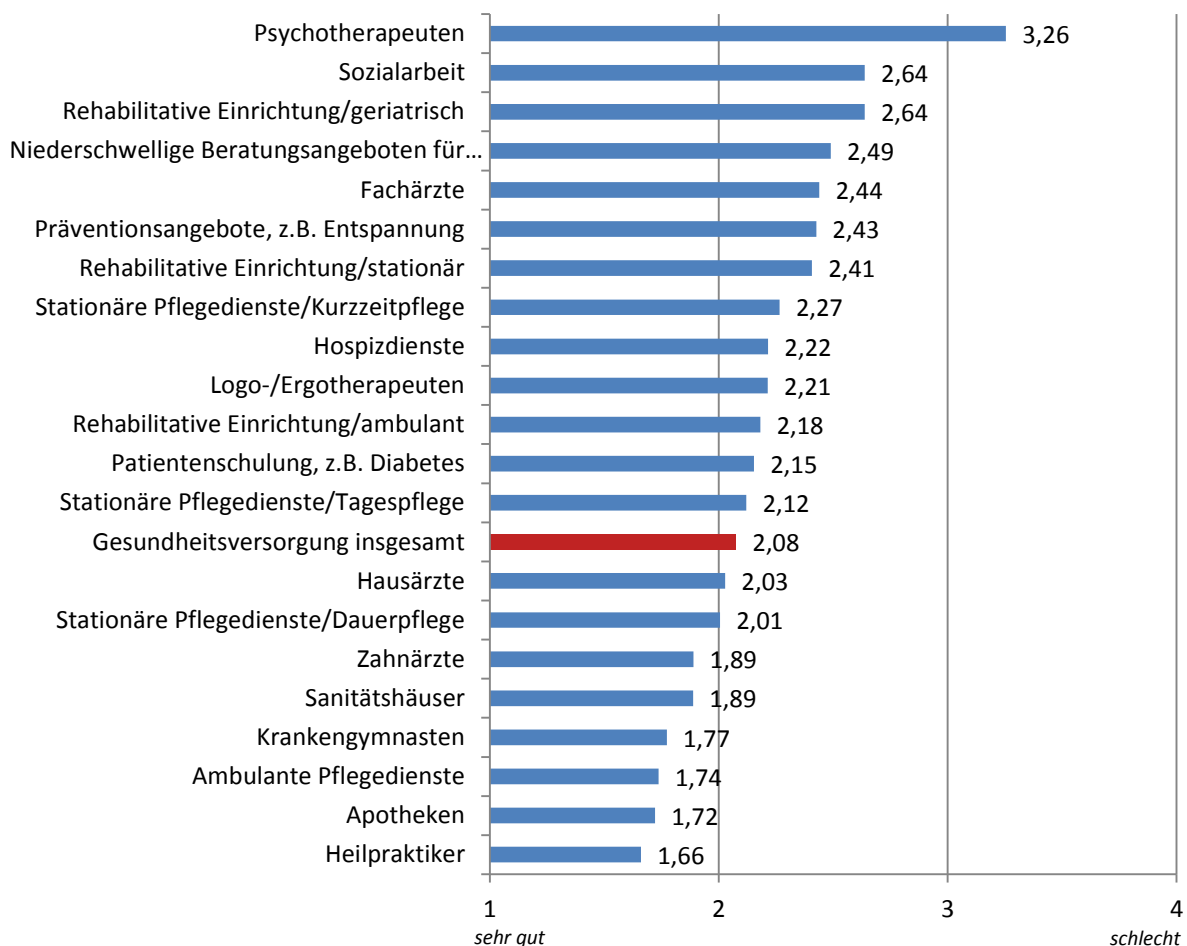
¹⁴ Quelle: Statistisches Landesamt (2015). URL: <https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/20150603>

6. Aktuelle Gesundheitsversorgung im Landkreis

6.1. Bewertung der aktuellen Versorgungslage aus hausärztlicher Sicht

Die teilnehmenden Hausärzte bewerteten die Gesundheitsversorgung ihres Einzugsgebietes im Landkreis insgesamt als gut (2,08 auf einer Skala von 1: sehr gut bis 5: sehr schlecht). Auch die Versorgung durch Hausärzte wird insgesamt leicht überdurchschnittlich mit 2,03 bewertet. Die Versorgungssituation durch andere Fachärzte erscheint mit 2,44 deutlich schlechter. Neben Rehabilitativen Angeboten, leicht zugänglichen Angebote für psychisch Kranke (z.B. durch Gemeinden und Selbsthilfe) und Sozialarbeit schnitt die Versorgung durch Psychotherapeuten mit 3,26 am schlechtesten ab (Abbildung 35).

Abbildung 35: Bewertung der Gesundheitsversorgung



Legende: 1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht. Datenbasis: Rücklauf der Befragung (n=65). Auf die Frage: „Wie bewerten Sie die aktuelle Versorgungslage im Einzugsgebiet Ihrer Praxis in Hinblick auf...“

Gut abgeschnitten haben ambulante Pflegedienste (1,74) und stationäre Pflege (2,01), wobei die stationäre Kurzzeitpflege etwas schlechter (mit 2,27) bewertet wurde. Ebenso wurde die Versorgung durch Zahnärzte, Apotheken und Sanitätshäuser gut bewertet.

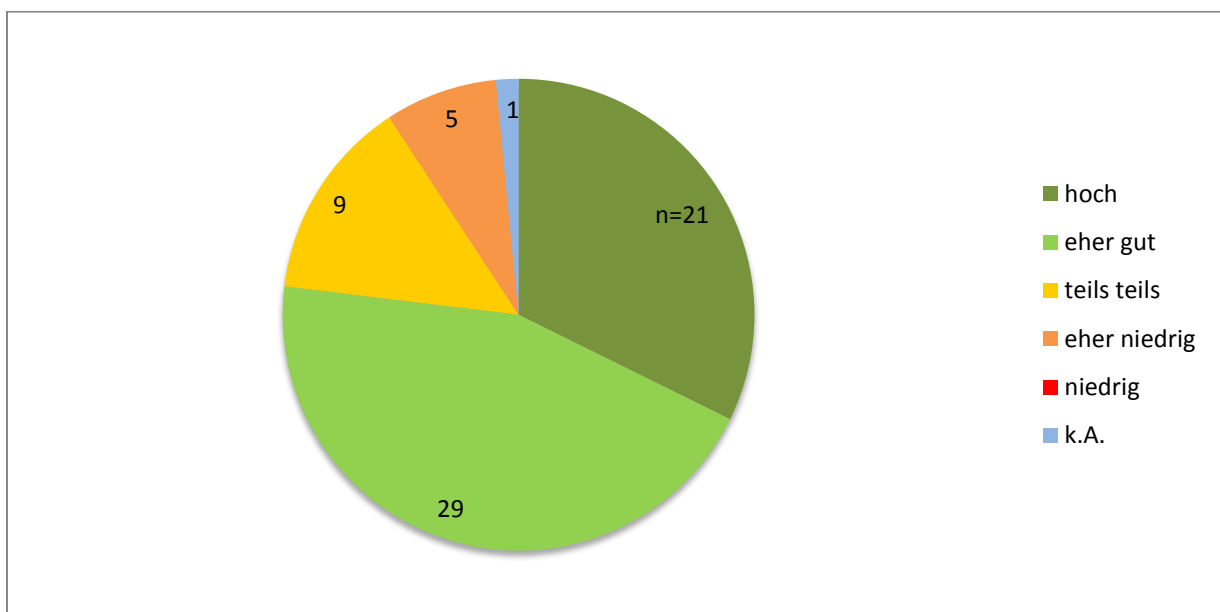
Die krankengymnastische Versorgung schnitt besser ab als die Versorgungssituation durch Logo- und Ergotherapie. Diese wurde genauso gut bewertet wie Hospizdienste (2,2). Ambulante

Rehabilitation (2,18) wurde besser bewertet als stationäre (2,41) und insbesondere als die geriatrische Rehabilitation (2,64).

6.2. Arbeitszufriedenheit der Hausärzte

Die Arbeitszufriedenheit wird von den teilnehmenden Hausärzten (n=65) insgesamt als hoch eingeschätzt (2,0 auf einer 5-stufigen Skala von hoch (1) bis niedrig (5)). Die meisten (45 %) beschreiben ihre Arbeitszufriedenheit als eher hoch, gefolgt von den Teilnehmenden, die ihre Arbeitszufriedenheit als hoch (32 %) angeben. Lediglich 8 % geben ihre Arbeitszufriedenheit als eher niedrig an und keiner der Teilnehmenden gab an, die Arbeitszufriedenheit sei sehr niedrig (Abbildung 36).

Abbildung 36: Arbeitszufriedenheit der Hausärzte



Legende: Als Datengrundlage dienten n=65 Rücksendungen.

6.3. Korrelation der Bewertung der Versorgungslage mit der Arbeitszufriedenheit

Setzt man die Arbeitszufriedenheit mit der Bewertung der Gesundheitsversorgung auf Ebene der Kommunen miteinander in Verbindung, zeigt sich, dass diese beiden Aspekte hoch signifikant korrelieren (Spearman's rho = 0.429, $p < 0.001$). Die Bewertung der Gesundheitsversorgung und die Arbeitszufriedenheit hängt somit offensichtlich zusammen, wobei aus den Daten nicht abgelesen werden kann, welches der auslösende Faktor ist.

FAZIT

Bewertung der Versorgung aus ärztlicher Sicht:

- Bei insgesamt guter Einschätzung wird insbesondere die psychotherapeutische Versorgungssituation aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte schlechter bewertet. Ebenso wurden Sozialarbeit, (geriatrische) Rehabilitation, die spezialfachärztliche Versorgung und Präventions- und Beratungsangebote eher schlecht beurteilt.
- Gut schnitt die Versorgung durch Heilpraktiker, Apotheken, ambulante Pflege und Krankengymnastik ab.
- Die Arbeitszufriedenheit der meisten Hausärzte ist hoch oder eher hoch. Diese korreliert mit der Beurteilung der Versorgungssituation.

IV Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Die Bevölkerung im Landkreis Tübingen ist insgesamt zwar jünger als im Landesdurchschnitt Baden-Württemberg, jedoch ist zu erwarten, dass der Anteil der älteren Bürger und Hochbetagten deutlich zunehmen wird. Dadurch wird der medizinische Versorgungsbedarf zunehmen und die Anzahl an Pflegebedürftigen steigen.

Der Landkreis ist inhomogen in Bezug auf die Bevölkerungsdichte (städtische Zentren und Kommunen mit niedriger Bevölkerungsdichte) und auch in Bezug auf die Versorgungsdichte. So kommen in Gemeinden wie Starzach, Kusterdingen, Ofterdingen und Nehren, jeweils über 2.000 Einwohner auf einen Hausarzt. Das spiegelt sich auch in der formalen Bedarfsplanung, in der (Stand 4/208) im Mittelbereich Tübingen ein Versorgungsgrad von 110,2% bestand und somit keine freien Vertragsarztsitze vorlagen, während im Mittelbereich Rottenburg bei einem Versorgungsgrad von 98,1% vier Hausarztsitze unbesetzt waren. Überdies ist die Gemeinde Starzach für die Förderung der Kassenärztlichen Vereinigung (Ziel u Zukunft, ZuZ) qualifiziert.

Hinzu kommt, dass viele Hausärzte bereits über 60 Jahre alt sind und planen, Ihre Praxis innerhalb der kommenden Jahre ab zu geben - allein neun im kommenden Jahr. Insbesondere für Gemeinden mit wenigen Ärzten sind altersbedingte Praxisabgaben von großer Bedeutung.

Die Versorgungssituation insgesamt wurde von den Hausärzten gut (zwischen 2 und 3 auf einer Skala von 1=sehr gut bis 5= sehr schlecht) bewertet. Im Vergleich schlechter abgeschnitten hat insbesondere die psychotherapeutische Versorgungssituation. Problematisch war auch Versorgung durch Sozialarbeit, (geriatrische) Rehabilitation, die spezialfachärztliche Versorgung sowie Präventions- und Beratungsangebote.

Bei den meisten Hausärzten hat sich der Patientenstamm sowie das Einzugsgebiet vergrößert, d.h. die Arbeitsbelastung hat zugenommen. Als häufigste Gründe hierfür wurden Praxisschließungen und zunehmende Bürokratie genannt. Dies ist sicher bei anderen Facharztgruppen ähnlich.

Folgende Verbesserungsoptionen wurden von den befragten Ärzten genannt:

Auf der politischen Ebene wurde die Forderung nach Bürokratieabbau, mehr Medizinstudienplätze und adäquate Honorierung am häufigsten genannt, um die Attraktivität des Berufs zu verbessern.

Neben der bereits praktizierten Delegation ärztlicher Leistungen wird hohes (organisatorisches) Entlastungspotential durch Case-Manager, Fallkonferenzen und die Einbeziehung von Apotheken und in Behandlungspfade gesehen.

1. Mögliche Handlungsansätze:

Ansatzpunkte für Kommunen und andere Akteure ergeben sich in zwei Hauptbereichen: Nachwuchs gewinnen und Effizienz der vorhandenen Strukturen verbessern. Initiatoren für Veränderungen können entweder Ärzte bzw. Praxen oder kommunale bzw. regionale Einrichtungen sein. Häufig bedarf es im ersten Schritt nur, die Akteure an einen Tisch zu bringen und Transparenz über Ziele und Möglichkeiten zu schaffen. Hierbei kann z.B. die Gesundheitskonferenz als neutraler Moderator agieren.

Für die konkrete Umsetzung eines Projektes braucht es eine gute Planung und deshalb ausreichend Vorlaufzeit. In den meisten Fällen ist professionelle Unterstützung für rechtliche, bauliche und organisatorische Aspekte unumgänglich.

1.1. Nachwuchs gewinnen

Hierfür sind u.a. folgende Punkte wichtig:

▪ Attraktive Arbeitsplätze schaffen

Aktuell sind die meisten Praxen als Einzelpraxen geführt, was nicht den Präferenzen der nachfolgenden Ärztegeneration entspricht. Jüngere Ärzte wollen v.a. Flexibilität bzgl. der Arbeitszeiten, des -umfangs, Teamstrukturen und immer weniger die wirtschaftliche Verantwortung einer Praxis übernehmen. Hierfür sind andere Strukturen (z.B. Kooperationen, Zentren) besser geeignet. Regionale Maßnahmen könnten sein:

- Informationsangebote über ärztliche Kooperationsmodelle schaffen bzw. diese Informationen an die Zielgruppe weiterleiten
- Ärzte, die ihre Praxen in absehbarer Zeit abgeben wollen, bei der Entwicklung von zukunftsfähigen Modellen unterstützen (z.B. Umwandlung in Gemeinschaftspraxen / MVZs oder die Entwicklung von regionalen, interprofessionellen Zentren für die Primärversorgung).

▪ Nachwuchsgewinnung

Über die Hälfte der Praxen im Landkreis sind akkreditierte Lehrpraxen und/oder besitzen eine Weiterbildungsbefugnis. Die Anzahl dieser Praxen könnte weiter gesteigert werden und

so zur Nachwuchssicherung beitragen. Denn: die frühe Bindung zum Nachwuchs führt häufig zu langfristigen Kooperationen. Handlungsoptionen wären:

- Beantragung einer Akkreditierung als Lehrpraxis (Blockpraktikum) oder als PJ-Praxis der Universität Tübingen über das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung.
 - Beantragung einer Weiterbildungsbefugnis bei der Ärztekammer
 - Aktive Rekrutierungsstrategien entwickeln (z.B. immer Suchmeldung an KV-Ärzteliste, Information ans Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung → Weiterbildungsverbund am UKT, Kooperationen mit regionalen Kliniken)
 - Beteiligung am Programm KWBW Verbundweiterbildungsplus, welches an jedem universitären Standort in Baden-Württemberg Angebote für weiterbildungsbefugte Ärzte (Train the trainer) und für Gemeinden/Landkreise (Landtage) macht (www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de).
 - Transparenz über Ärzte in Weiterbildung in der Region schaffen.
- Kontakte zum Nachwuchs aufbauen

Hier ist Kreativität gefragt und kann von Schule bis hin zu Ärzten in der Region, die aktuell nicht berufstätig sind umfassen. Das Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung klärt gerne Fragen und unterstützt dabei (z.B. über die JADE www.jungeallgemeinmedizin.de).

1.2. Effizienz der vorhandenen Versorgungsstrukturen verbessern

Um künftige Herausforderungen bei der Versorgung älterer, multimorbider Patienten besser begegnen zu können, sind fachübergreifende Kooperationen und Kommunikation sowie eine bessere Patientensteuerung mittelfristig unabdingbar. Um das zu erreichen, gibt es verschiedene Möglichkeiten:

▪ „Integrierte Versorgung“ aufbauen mit Zentrenbildung

Hierzu gelten u.a. die Vorschläge des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen zu kommunalen Primärversorgungszentren als eine mögliche Zielrichtung. Hierbei soll die Versorgung bedarfsbezogen um die hausärztliche Versorgung herum geplant werden und alle Versorgungsaspekte (von der Prävention bis hin zur Langzeitversorgung) mit berücksichtigen. Zentral ist hier natürlich eine funktionierende elektronische Kommunikation um Akteure in verschiedenen Ebenen einbeziehen zu können. Als Initiatoren kommen hierbei sowohl die Ärzteschaft als auch die kommunale Ebene in Frage. Konkrete Möglichkeiten:

- Die bestehenden Strukturen vor Ort mit dem konkreten Bedarf abgleichen (z.B. durch Nutzung solcher Studien)
- Regionale Akteure aus dem Gesundheitsbereich (Ärzte, Therapeuten, Kliniken, Reha, Pflege, Selbsthilfe etc. inklusive Selbstverwaltung und Kassen) vernetzen, um gegenseitige Interessen und Möglichkeiten auszuloten. Hier ist oft eine neutrale

Moderation hilfreich. Außerdem helfen hier Beispiele, Möglichkeiten für Kooperation oder auch neue Aufgabenfelder zu erkennen. Hier kann u.a. das Institut für Allgemeinmedizin unterstützen.

- Finanzierungsmöglichkeiten klären: auch hier müssen die medizinischen mit den kommunalen Akteuren und der Forschung gemeinsam die Möglichkeiten zusammentragen, die sich aus öffentlicher Förderung, aus Drittmitteln im Rahmen von Forschung oder aus privaten Investitionen zusammen setzen kann.

▪ Patientensteuerung verbessern (Case-Manger, Patientenpfade)

Um die Versorgungsqualität zu verbessern, können in Zentren oder ähnlichen Strukturen (z.B. gemeindebasiert, praxenübergreifend) Angebote geschaffen werden, die Patienten bei Ihrem Weg durch das Gesundheitssystem unterstützen und dabei Arztpraxen entlasten. Konkrete Optionen wären z.B.:

- Regionale Patientenpfade für wichtige Patientengruppen erarbeiten (z.B. zwischen hausärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung oder zwischen Therapeuten und den betreffenden Ärzten etc.)
- Zentrale Anlaufstelle für Patienten für alle gesundheitlichen Belange schaffen, die auch dabei hilft, Patienten zu den nächsten Versorgungsstufen zu lenken.
- Lebensstilberatung (ergänzend zur ärztlichen Beratung) und Unterstützung bei der Umsetzung auch hinsichtlich vor Ort verfügbarer Präventionsprogramme.

Um solche Strukturen sinnvoll planen und integrieren zu können, bedarf es einer konzertierten Vorgehensweise von Landkreis, Kommunen, Praxen und weiteren Einrichtungen.

▪ Unterstützung der Ärzteschaft durch nicht-ärztliche Berufe (Delegation, Einbeziehung Apotheken ...)

Grundsätzlich sollten alle in der medizinischen Versorgung Tätigen jeweils am Optimum Ihres Ausbildungsniveaus arbeiten. D.h. Ärzte sollten möglichst alle nicht ausschließlich durch sie erbringbare Tätigkeiten delegieren können. So könnten die vorhandenen ärztlichen Ressourcen optimal genutzt werden.

- VERAHs und NÄPAs für die Delegation von (haus-)ärztlichen Tätigkeiten optimal nutzen. Dies könnte ggf. auch praxisübergreifend geplant werden.
- Prüfung von Möglichkeiten, Pflegekräfte mit erweitertem Aufgabenprofil ein zu setzen (insbesondere auch akademisch qualifizierte Pflegekräfte), wie z.B. im Rahmen von Community Health Nurse Konzepten.
- Praxenübergreifende Unterstützung bei der Organisation der Versorgung (z.B. an den Schnittstellen zwischen Klinik, Reha und häuslicher Umgebung) z.B. durch Sozialarbeiter.
- Praxen entlasten bei sozialrechtlichen oder organisatorischen Fragen (in Abstimmung mit bestehenden Angeboten wie z.B. den Pflegestützpunkten)
- Apotheker in die Beratung zur medikamentösen Therapie besser einbeziehen.