

**Handlungsstrategie
für die Sicherstellung der
ambulanten ärztlichen Versorgung
im Landkreis Böblingen**

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Ausgangslage	3
2.1 Stand der hausärztlichen Versorgung im Kreis (03.07.2024).....	4
2.2 Stand der kinderärztlichen Versorgung im Kreis (03.07.2024).....	6
2.3 Regelungen für Niederlassung und Neugründung von Arztpraxen	7
3. Handlungsfelder	8
3.1 Kommunale Gesundheitskonferenz.....	8
3.2 Weiterbildungsverbund im Landkreis Böblingen	11
3.3 Runder Tisch zur kinderärztlichen Versorgung	13
3.4 Anreize für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte	15
3.5 Konzeptionelle Erarbeitung von Strukturen für die langfristige Sicherung der ambulanten Versorgung im Kreis	15
3.5.1 Datenerhebung.....	16
3.5.2 Prognose und Handlungsempfehlungen	18
<u>Anhang:</u>	20
Versorgungsbericht KVBW 2024 - Seiten 77/78	21
Karten mit allen Hausarzt- und Kinderarztsitzen	23
Tabelle Maßnahmenplan aus der KGK.....	28
Kommunale Gesundheitskonferenz im Landkreis Böblingen AG 2 Arbeitsentwurf des Maßnahmenplans zur Stabilisierung / Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung.....	28
Tabelle Maßnahmenplan und Ideen aus Runder Tisch.....	30

1. Einleitung

Eine umfassende und gute Gesundheitsversorgung ist von entscheidender Bedeutung für die Lebensqualität der Bevölkerung im Landkreis und muss so aufgestellt werden, dass sie zukunftsfähig und dauerhaft gesichert ist. Dies ist - angesichts der dynamischen Veränderungen im Gesundheitswesen - eine große Herausforderung, der sich auch der Landkreis stellen muss.

Wichtige Einflussfaktoren in diesem Kontext sind sich ändernde demografische Strukturen, der akute und sich weiter verstärkende Fachkräftemangel, steigende Kosten, aber auch der rasante medizinische Fortschritt und sich wandelnde Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung, die von den bestehenden ärztlichen Strukturen ohne erhebliche Veränderungen, nicht mehr aufgefangen werden können.

Gerade der sich immer stärker bemerkbar machende Mangel an niederlassungsbereiten Ärztinnen und Ärzten führt zu erheblichen Problemen bei der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Es besteht ein Missverhältnis bezüglich der Anzahl der niederlassungsbereiten Ärztinnen und Ärzte und der Anzahl der in Rente gehenden Kolleginnen und Kollegen.

Zudem wird von den neuen Ärztinnen und Ärzten mehr Gewicht auf Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit gelegt und der Wunsch nach mehr Anstellungsverhältnissen und Teilzeitarbeit geäußert. Es besteht außerdem häufig eine Diskrepanz in Bezug auf die Vorstellungen über Räumlichkeiten im Falle einer Praxisübernahme, oder bei einer Neuniederlassung im Verhältnis zum Bestand der verfügbaren Raumstrukturen. Ebenso trägt der Mangel an medizinischem Fachpersonal zu der sich verschlechternden Gesamtsituation bei.

Der Mangel schlägt sich an vielen Stellen der Kommunen und des Landkreises nieder: Bürgerinnen und Bürger, die sich auf der Suche nach einem Hausarzt oder Kinderarzt an die lokale Politik und Verwaltungen wenden, Eltern die Kita-Plätze nicht in Anspruch nehmen können, da die erforderlichen Impfungen oder Untersuchungen mangels Kinderarzt fehlen, Belastung des ambulanten oder stationären Sektors durch nicht gemachte Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, usw..

Mit Hinweis auf die Daseinsfürsorge werden daher immer mehr Forderungen an die Kommunen gestellt, sich aktiv bei der Sicherstellung der ärztlichen ambulanten Versorgung einzubringen. Der Landkreis unterstützt hierbei die Kommunen, um im gemeinsamen Schulterschluss die bestmögliche Versorgung für die Bevölkerung zu erreichen.

Der Versorgungsauftrag für die ambulante medizinische Versorgung obliegt grundsätzlich der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Die Tatsache, dass mittlerweile mehr als 40 Hausarztsitze im Landkreis Böblingen unbesetzt sind, deutet jedoch darauf hin, dass die KVBW alleine nicht mehr in der Lage ist, diese Sitze zu vergeben und die Versorgung sicherzustellen. Auch das Ausrufen von Fördergebieten hatte bis jetzt nicht den gewünschten Effekt, um eine Schließung von bereits bestehenden Versorgungslücken zu erreichen.

In der Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses am 12.3.2024 wurde die Verwaltung beauftragt ein strategisches Handlungskonzept zur Verbesserung der (haus-)ärztlichen Versorgung im Landkreis Böblingen zu entwickeln. In diesem Bericht werden die bereits erfolgten und geplanten Maßnahmen beschrieben.

2. Ausgangslage

Der Bedarf an medizinischer Arbeitszeit steigt durch eine alternde Gesellschaft (dadurch mehr Krankheitsfälle) sowie durch größeren diagnostischen und therapeutischen Aufwand infolge von medizinischem Fortschritt.

Die Anzahl der neu ausgebildeten Mediziner ist in den letzten Jahren gestiegen, gleichzeitig ist jedoch die verfügbare Arbeitskraft durch den höheren Frauenanteil und den allgemein verstärkten Wunsch nach Work-Life-Balance gesunken. Angesichts dieser Entwicklungen äußern die heutigen Generationen von Ärztinnen und Ärzten spezifische Vorstellungen und Wünsche bezüglich ihrer Arbeitsbedingungen:

Ein wichtiger Aspekt ist, dass Arbeitsmodelle, die Flexibilität und eine ausgewogene Work-Life-Balance ermöglichen, präferiert werden. Dazu gehört die Möglichkeit, in einem Angestelltenverhältnis zu arbeiten, das Sicherheit bietet und das unternehmerische Risiko minimiert. Geregelte Arbeitszeiten sowie die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit sind erwünscht. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Wunsch nach Entlastung von administrativen und organisatorischen Aufgaben, um mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung zu haben. Darüber hinaus wird der Wunsch geäußert, regelmäßig und niederschwellig mit Kolleginnen und Kollegen kommunizieren zu können, um Erfahrungen auszutauschen und ein unterstützendes Arbeitsumfeld zu schaffen. Für viele ist von ebenso von Bedeutung, Tätigkeiten an qualifiziertes Personal wie z. B. die Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH) oder arztentlastende, gemeindenahе, e-Health-gestützte, systemische Interventionen (AGnES) delegieren zu können.

Die zwei wesentlichen Bereiche der ambulanten Basisversorgung sind die hausärztliche Versorgung und die kinderärztliche Versorgung, die im Folgenden betrachtet werden.

2.1 Stand der hausärztlichen Versorgung im Kreis (03.07.2024)

Die hausärztliche Versorgung im Kreis Böblingen ist in drei Mittelbereichen (Leonberg, Böblingen/Sindelfingen und Herrenberg) organisiert. Alle drei Bereiche sind aktuell für neue Niederlassungen für Hausärztepraxen offen, da nicht alle Kassensarztsitze besetzt sind (Abb1./Tab.1).

Diese Situation wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit zukünftig noch verschärfen, da ca. 1/3 der momentan niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte über 60 Jahre alt sind und voraussichtlich in den nächsten Jahren in Rente gehen werden (Tab.2). Mit Betriebsaufgaben von Praxen ist vermehrt zu rechnen, die Nachfolge ist meist ungewiss.

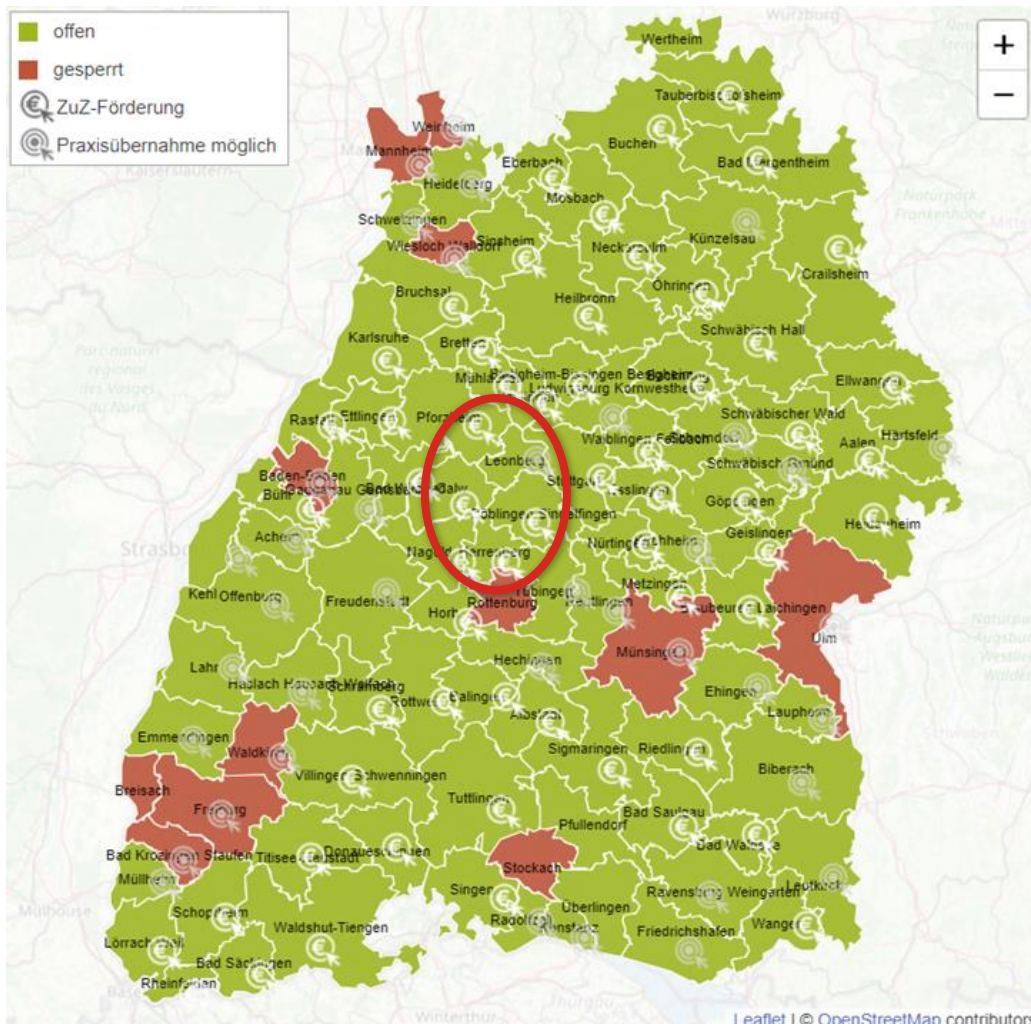


Abbildung 1: Karte offener und gesperrter Hausarztsitze in BW, Stand 08/2024, Quelle: KVBW:

Mittelbereich	Einwohner	Regionale Verhältnis- zahl	Stellen- anzahl	Versorgungs- grad	Niederlassungs- möglichkeiten
Böblingen/ Sindelfingen	224.315	1.760	116,0	88,9 %	27,5
Herrenberg	69.882	1.794	38,50	96,4 %	5,5
Leonberg	106.847	1.712	55,50	87,9 %	14,0

Tabelle 1: Vertragsärztliche Versorgung im Landkreis Böblingen (Stand: Landesausschuss 03.07.2024) Hausärztliche Versorgung in den Mittelbereichen des Landkreises Böblingen

Mittelbereich	Hausärzte gesamt (Kopfzahlen)	Unter 50 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter	Anteil 60 Jahre und älter
Böblingen/ Sin- delfingen	114	30	45	39	34,2%
Herrenberg	35	6	15	14	40%
Leonberg	63	13	30	20	31,8%
Baden- Württemberg	7.039	2.064	2.296	2.679	38%

Tabelle 2: Altersstruktur der Hausärzte in den Mittelbereichen im Landkreis Böblingen und in Baden-Württemberg (Stand 07/2024)

Der bestehende und sich zukünftig verstärkende Mangel in der hausärztlichen Versorgung stellt nicht nur die Bürgerinnen und Bürger im Landkreis vor Herausforderungen, sondern hat auch Auswirkungen auf die stationäre Versorgung. Wenn eine Versorgung ambulant vor Ort nicht mehr möglich ist, wird das stationäre System, meist zum späteren Zeitpunkt, aber dafür mit höherem Aufwand, erheblich belastet. Aber auch die fehlende rechtzeitige Diagnose und Behandlung führen langfristig zu höheren gesamtwirtschaftlichen Kosten.

2.2 Stand der kinderärztlichen Versorgung im Kreis (03.07.2024)

Bei der Vergabe der Kinderarztsitze ist der Landkreis die Planungseinheit. Bei freien Kinderarztsitzen kann die Neugründung einer Praxis innerhalb der Kreisgrenzen frei gewählt werden.

Der Versorgungsgrad bei der kinderärztlichen Versorgung im Kreis Böblingen, liegt derzeit bei knapp 109%. Von den bis vor kurzem noch offenen 2,5 Kinderarztstellen sind inzwischen 2,0 besetzt. Somit kann derzeit nur ein Stellenanteil von 0,5 an einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin im Landkreis vergeben werden.

Abbildung 2 zeigt die kinderärztliche Versorgung im Landkreis Böblingen von 2013 bis 2024. Die Zahlen basieren auf den Beschlüssen des Landesausschusses (LA). Im LK Böblingen sind derzeit 33 Kinderärztinnen und Kinderärzte tätig, die insgesamt 27,5 Kassensitze ausfüllen. Diese Differenz kommt größtenteils dadurch zustande, dass ein Teil der Kinderärztinnen und -ärzte in Teilzeit arbeitet.

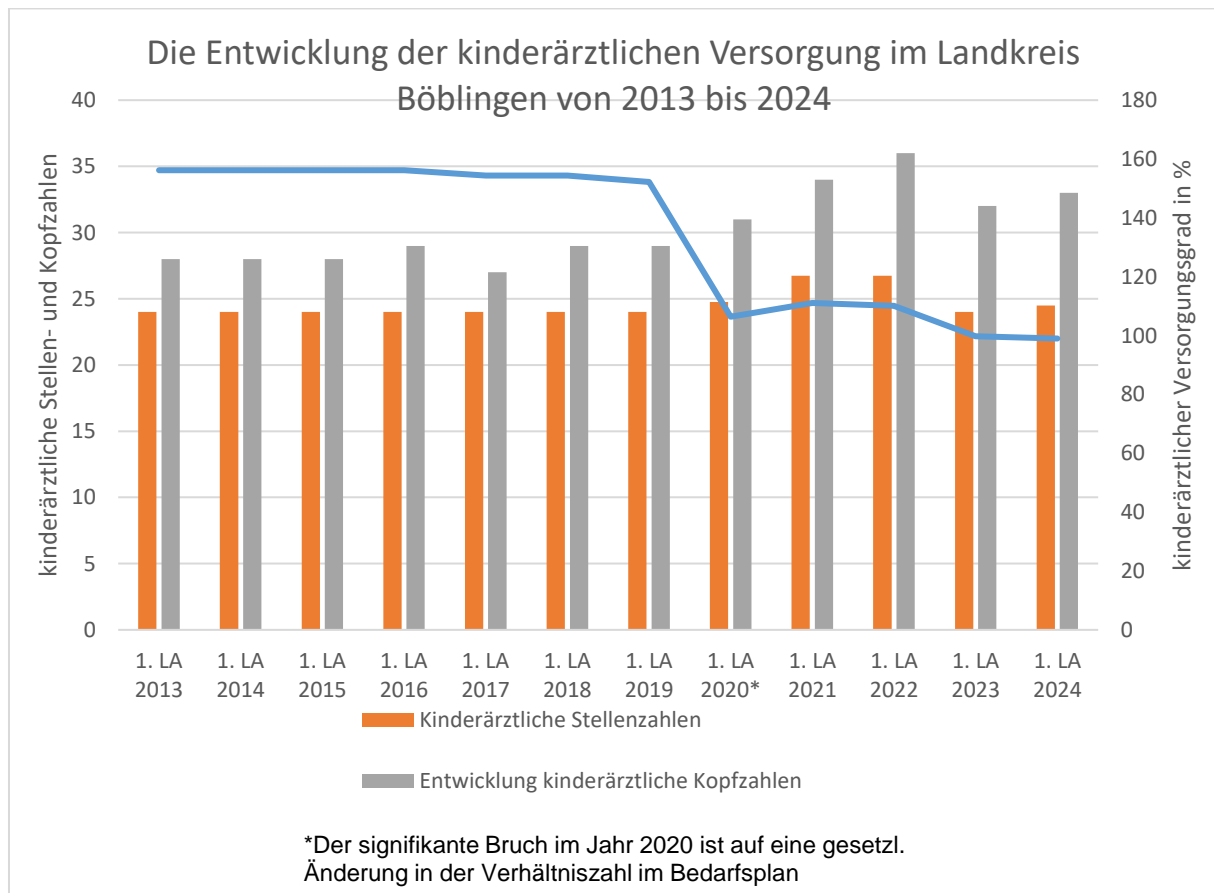


Abbildung 2: Entwicklung der kinderärztlichen Versorgung im Landkreis Böblingen von 2013 bis 2024

Die jüngste Vergabe der Kinderarztsitze führt leider nur zu einer teilweisen Entspannung: Der gefühlte und erlebte Mangel (Rückmeldungen von Eltern) ist immer noch vorhanden und das Problem nur vertagt, denn auch bei den Kinderärztinnen und Kinderärzten sind ca. 30 % der Niedergelassenen momentan über 60 Jahre alt (Tab.3).

	Kinderärzte Gesamt (Kopfzahlen)	Kinderärzte unter 50 Jahre	Kinderärzte 50 bis 59 Jahre	Kinderärzte 60 Jahre und älter	Anteil Kinder- ärzte 60 Jahre und älter
Landkreis Böblingen	33	10	12	11	33,3%
Baden- Württem- berg	1.011	394	361	256	25%

Tabelle 3: Altersstruktur der niedergelassenen Kinderärzte im Landkreis Böblingen und in Baden-Württemberg (Stand 07/2024)

Vor allem regionale Versorgungsengpässe im Norden des Landkreises sind dadurch nicht behoben. Eltern müssen oft mit langen Wartezeiten rechnen, finden keine Kinderarztpraxis die sie aufnimmt und nehmen lange Wege in Kauf, bzw. wenden sich in Krankheitsfällen an die Notaufnahmen in den Kliniken. Impfungen und U-Untersuchungen können nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden. Dies betrifft vor allem Familien, die neu in den Kreis ziehen. Personalmangel in den Praxen und keine Planungssicherheit durch Nachfolgeprobleme belasten die Praxen zusätzlich.

2.3 Regelungen für Niederlassung und Neugründung von Arztpraxen

Grundlage für die Gründung oder Übernahme einer Arztpraxis allgemein, die in der Regelversorgung (GKV-System) tätig werden will, ist die Bedarfsplanung der KVBW. Je nach Grad der Versorgung wird von einer Über- oder Unterversorgung gesprochen; die KVBW legt auf dieser Grundlage fest, ob Planungsbereiche (bei den Hausärzten wird in Mittelbereichen, bei anderen Fachärzten auf Kreisebene geplant) für Niederlassungen offen oder gesperrt sind. Nur in Gebieten, die für eine Niederlassung offen sind, kann die Praxisneugründung erfolgen. Die Übernahme einer bestehenden Praxis kann jedoch auch in gesperrten Bereichen erfolgen.

Um Anreize für eine Niederlassung oder ärztliche Tätigkeit zu schaffen, hat die KVBW das Programm „Ziel und Zukunft“ (ZuZ) aufgelegt. Im Rahmen von ZuZ

werden in von ihr ausgewiesenen Fördergebieten u.a. die Niederlassung von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sowie die Tätigkeit als angestellter Ärzt*innen in diesen Praxen, durch Fördergeld unterstützt.

Im Kreis Böblingen sind derzeit sechs Gemeinden als Fördergemeinden für Hausarztpraxen ausgewiesen. Bei einem sich verschärfenden Hausärztemangel ist mit einer deutlichen Erweiterung dieser Gebiete zu rechnen.

3. Handlungsfelder

Im Folgenden werden die unterschiedlichen strategischen Ansätze beschrieben, die bereits verfolgt werden oder geplant sind, um die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung voranzubringen. Die verschiedenen Ansätze und das Gesamtkonzept werden auch zukünftig bedarfsgerecht weiterentwickelt und an aktuelle Veränderungen und Notwendigkeiten angepasst.

Folgende Ansätze werden beschrieben:

- Einbringen des Themas in die Kommunale Gesundheitskonferenz und Bearbeitung innerhalb der Arbeitsgruppe Intersektorale Versorgung
- Initiierung eines Weiterbündungsverbands für den hausärztlichen Bereich
- Runder Tisch „Kinderärztliche Versorgung“
- Anreizsystem für niederlassungsinteressierte Ärztinnen und Ärzte
- Konzeptionelle Erarbeitung von Strukturen für die langfristige Sicherstellung der ambulanten Versorgung

3.1 Kommunale Gesundheitskonferenz

Die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) im Landkreis Böblingen ist ein Gremium, dessen Plenum sich aus delegierten Vertretungen örtlicher Institutionen und Einrichtungen zusammensetzt. Die Vertretungen werden aus Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention, medizinischen Versorgung, Selbsthilfe, Patientenschutz und dem Sozialbereich entsendet. Zudem sind Delegierte der Kreistagsfraktionen fester Bestandteil des Plenums. Vorsitzender des Plenums ist der Landrat. Die Geschäftsstelle zur Koordination der Aufgaben ist im Gesundheitsamt angesiedelt.

Zu den Aufgaben des Gremiums gehören die Beratung, Koordination und Vernetzung zu Fragestellungen aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, medizinischer Versorgung, Pflege und Rehabilitation. Darüber hinaus soll das Gremium Ziele und Empfehlungen für diese Bereiche im Landkreis Böblingen formulieren.

Im Landkreis Böblingen wird die KGK seit 2012 in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Die letzte Versammlung des Plenums hat im Rahmen der 9. KGK am 21. Februar 2024 stattgefunden.

In Rahmen des Prozesses zur Neuausrichtung der KGK (2018) wurde eine Arbeitsgruppe (AG), die sich mit der sektorenübergreifenden Versorgung beschäftigt, gegründet. In einem ersten Schritt entstanden die Projekte Entlassmanagement und Patientenübergangsbegleitung. Im Jahr 2022 wurde als nächstes Schwerpunktthema die Sicherstellung der ärztlichen ambulanten Versorgung in den Fokus genommen.

Die Arbeitsgruppe Intersektorale Versorgung besteht aus einer breiten Palette an Schlüsselakteuren, darunter Vertreter der Kreisärzteschaft, des Klinikverbunds Südwest, der KVBW, Vertreter der Kreistagsfraktionen und der Kommunen, das Gesundheitsamt und Vertreter verschiedener anderer Institutionen.

In einem ersten Schritt haben sich die Teilnehmenden der AG mit der Identifizierung der Herausforderungen und Probleme der hausärztlichen Versorgung beschäftigt. Hierbei wurden mögliche Maßnahmen diskutiert, erfasst, strukturiert und erste Lösungsansätze gesammelt. (Tabelle im Anhang)

Es wurde dabei deutlich, dass viele der identifizierten Herausforderungen nicht alleine nur auf den Kreis zutreffen und auch nicht auf regionaler Ebene oder im Rahmen einer AG der KGK lösbar sind. Insbesondere die langfristig notwendigen Veränderungen, wie z.B. Bürokratieabbau, geänderte Bedarfsplanung, Anpassungen bei Vergütung und Ausbildung, erfordern einen Ansatz auf anderer (Landes-/Bundes-) Ebene und können von den Akteuren im Kreis nicht direkt beeinflusst werden.

Infolgedessen fokussierte sich die Arbeitsgruppe auf die Entwicklung von Maßnahmen, die durch regionale Lösungsansätze oder Kooperationen realisierbar sind und kurzfristig eine Entlastung bei der ambulanten medizinischen Versorgung im Kreis bringen können. Als wesentliche Maßnahmen, die kurzfristig wirksam sein können und lokal umsetzbar sind, wurden folgende Themenfelder identifiziert:

- Verbesserung des Informationsflusses zwischen den Berufsgruppen,
- Unterstützung der Praxen durch nichtärztliches Personal,
- Förderung der Telemedizin und
- Verfügbarkeit von geeigneten Räumlichkeiten für Praxen.

Ein weiterer Punkt, Werbung oder auch Anreizsysteme für Niederlassungen von Ärzten und Ärztinnen, wird unter Punkt 3.4 aufgegriffen.

Als zentrales Thema wurde eine Verbesserung der Information und Kommunikation identifiziert, da der Informations- und Kommunikationsfluss zu bestehenden Angeboten in der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie zu weiteren Akteuren im Landkreis nicht flächendeckend vorhanden ist und oft „Arzt“ Zeit kostet, die bei der Versorgung dann wiederum fehlt.

Im nächsten Schritt wurden dann die an der ärztlichen Versorgung beteiligten Akteure und Institutionen lokalisiert. Anschließend erfolgte eine Schnittstellenbetrachtung, einschließlich der Wege des Informations- und Kommunikationsflusses zwischen den Akteuren. Dabei wurden Problembereiche wie die Kommunikation zwischen Ärzten und Kommunen, zwischen niederlassungswilligen Ärzten und anderen Akteuren sowie Probleme im Tagesgeschäft, insbesondere die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflege-/Sozialdiensten, diskutiert.

Einigkeit bestand darüber, dass Informationsdefizite vorhanden sind und es von zentraler Bedeutung ist, diese Lücken zu schließen. Die AG hat deshalb konkrete Maßnahmen erarbeitet, welche die Kommunikation zwischen den Akteuren verbessern sollen. Dazu gehören bspw. die Erfassung, Bündelung und digitale Speicherung von Informationen aller Art an einer zentralen Stelle, auf die alle Akteure unproblematisch Zugriff haben. Weitere Diskussionspunkte waren eine zentrale Anlaufstelle zur Koordination der Informationsflüsse, sowie ein Mentorenprogramm bzw. eine Patenschaft seitens der Ärzteschaft für neu niedergelassene Kollegen oder niederlassungswillige Kollegen.

Im Ergebnis konnten die Überlegungen in drei zentralen Maßnahmen zusammengeführt werden:

- Erstellung eines Wegweisers in Form einer Homepage oder Broschüre,
- Nutzung und Erweiterung von vorhandenen Strukturen
- sowie Benennung von festen Ansprechpersonen bei allen Akteuren.

Prioritär eingestuft wurde nach intensiver Diskussion innerhalb der AG die Idee eines Wegweisers in digitaler Form.

Die Umsetzung einer digitalen Lösung zur Verbesserung des Informationsflusses zwischen den Akteuren in Form einer Homepage wird in den kommenden Sitzungen der AG das Ziel sein. Diese Homepage soll zur nächsten KGK im Februar 2025 vorgestellt werden. Danach werden weitere Themen aus dem Maßnahmenplan ausgewählt und deren Umsetzung vorbereitet.

3.2 Weiterbildungsverbund im Landkreis Böblingen

Ein Weiterbildungsverbund, der sowohl die stationäre als auch die ambulante Versorgung umfasst, ist ein Zusammenschluss von Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die regional kooperieren, um die Weiterbildungsbedingungen für angehende Medizinerinnen und Mediziner zu verbessern. Diese Weiterbildungsverbände bieten strukturierte und kontinuierliche Abläufe. Angehende Medizinerinnen und Mediziner erhalten die Möglichkeit, ihre gesamte Weiterbildung (ambulant und stationär) "im Paket" zu durchlaufen. Dies erspart die weitere Suche nach Anschlussstellen und bietet Planungssicherheit sowohl für die angehenden Allgemeinmediziner, als auch für die Weiterbildungsstätten.

Insgesamt bietet der Aufbau eines Weiterbildungsverbundes im hausärztlichen und pädiatrischen Bereich die Chance, die Qualität der ambulanten Versorgung nachhaltig zu verbessern und den ärztlichen Nachwuchs gezielt zu fördern. Erfahrungswerte aus z.B. anderen Landkreisen belegen, dass Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung in einer bestimmten Region absolvieren, dazu tendieren, sich später auch in dieser Region niederzulassen. Damit wird die Bedeutung eines Weiterbildungsverbundes im hausärztlichen und pädiatrischen Bereich nicht nur für die unmittelbare

Verbesserung der Versorgungsqualität, sondern auch für die langfristige Perspektive deutlich. Ein solcher Verbund kann eine wirksame Strategie sein, um Ärzte langfristig in der Region zu halten und damit Kontinuität und Stabilität in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Darüber hinaus trägt der Verbund dazu bei, den Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zu stärken.

Daher wurde für den Kreis Böblingen der Ansatz, einen Weiterbildungsverbund im hausärztlichen und pädiatrischen Bereich zu etablieren, neu aufgegriffen. Der früher bestehende Weiterbildungsverbund im hausärztlichen Bereich war über die Jahre eingeschlafen; im pädiatrischen Bereich gab es bisher keine entsprechenden Ansätze. Eine Neuausrichtung und Wiederbelebung sind deshalb dringend erforderlich.

Zu diesem Zweck hat das Gesundheitsamt in Kooperation mit KVBW, der Kreisärzteschaft und der Regionaldirektorin Ambulante Medizin des Klinikverbundes Südwest einen ersten Austausch der wichtigsten Akteure initiiert. Ziel war es, erste Überlegungen zur Gründung eines Weiterbildungsverbundes zusammenzutragen und die Bereitschaft zur Mitwirkung abzufragen.

Im nächsten Treffen unter Einbeziehung der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und der KVBW (Verbundweiterbildung Plus) konnten offene Fragen und wichtige Schritte im Prozedere besprochen werden. Verantwortlichkeiten und Aufgaben wurden geklärt, bzw. verteilt; das nächste Treffen findet im Herbst 2024 statt, um konkrete Umsetzungsschritte einschließlich Terminalschiene zu definieren und zu planen.

Angestrebt ist zunächst eine Umsetzung für die hausärztliche Weiterbildung. Bei erfolgreicher Implementierung ist beabsichtigt, auch die kinderärztliche Weiterbildung in den Fokus zu nehmen und vergleichbare Strukturen zu schaffen.

3.3 Runder Tisch zur kinderärztlichen Versorgung

Bei der kinderärztlichen Versorgung stellt sich die Situation komplexer dar, auch wenn die Grundprobleme die Gleichen wie bei der hausärztlichen Versorgung sind. Jedoch ist durch die steigende Anzahl der Kinder, die geringere Anzahl an Praxen an sich, die häufigeren Kontakte in den ersten Lebensjahren, die Pflichtuntersuchungen und Impfungen, eine längerfristige Anbindung der Familien an eine Kinderarztpraxis für eine gesunde Entwicklung der Kinder und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (bspw. Kita-Untersuchung/Impfungen) enorm wichtig und zwingend notwendig. Der Mangel wird hier besonders offensichtlich, da ein Ausweichen auf eine andere Praxis schlicht nicht möglich ist.

Die kinderärztliche Versorgung wurde in zahlreichen Gesprächen und Diskussionen mit beteiligten Gruppen (Hebammen, Jugendamt, Kinderärzteschaft, u.a.) immer wieder thematisiert. Aufgrund der Vielfalt der beteiligten Interessensgruppen wurde ein runder Tisch zum Austausch und zur Verständigung der unterschiedlichen Akteure und Beteiligten initiiert.

Im Vorfeld hat das Gesundheitsamt, um die speziellen Herausforderungen und die Bedarfe der niedergelassenen Kinderärzteschaft zu erfassen, eine online-Umfrage bei den Kinderarztpraxen durchgeführt. Bei den Rückmeldungen konnten als dringlichste Herausforderungen/ Probleme folgende Themen identifiziert werden:

- Mangel an Fachkräften und Nachfolgern
- gestiegene Arbeitsbelastung
- gestiegene Bürokratie und nicht adäquate Vergütung
- Belastung durch Anfragen zu nichtmedizinischen Themen
- digitale Transformation und
- zunehmende psychische Belastung.

Der Runde Tisch zur kinderärztlichen Versorgung fand am 11.10.2023 statt. Ziel war die Versorgungssituation genauer zu betrachten, verschiedene Perspektiven der verschiedenen Akteure aufzuzeigen und Ideen und Lösungsmöglichkeiten zusammenzutragen. Die Teilnehmenden kamen aus Politik (Fraktionen und Gemeinden), der (Kinder-)Ärzteschaft, Elternvertreter, Kinderklinik und des LRA.

Der einführende Vortrag der KVBW über die Situation und den Möglichkeiten aus Sicht der KVBW, die Ergebnisse der online-Umfrage sowie die Beiträge aus den unterschiedlichen Blickrichtungen der Teilnehmenden, führten zu einem regen Austausch und trugen zum Verständnis über die Vielschichtigkeit des Themas bei. Probleme und Herausforderungen wurden benannt und Ideen für mögliche Lösungen gesammelt, dokumentiert und strukturiert (siehe Anlage).

Deutlich wurde, dass

- es nicht an der zu geringen Anzahl der Ärzt*innen liegt, sondern an dem Zeit-Anteil, den diese arbeiten (Teilzeitbeschäftigung, Work-Life-Balance)
- es einen Mangel auch bei den Assistenzberufen gibt
- die veränderten Rahmenbedingungen (bspw. Bürokratie, Arbeitslast) niederlassungswillige Ärzte abschrecken
- die „Ärztezeit“ (Zeit für originäre Arztaufgaben) durch viele andere Aufgaben geschmälert wird und dadurch die Eigenständigkeit unattraktiv wird.

Viele der genannten Lösungsansätze gehen in die gleiche Richtung wie bei der hausärztlichen Versorgung: bessere Vergütung und Abbau Bürokratie; Veränderung der Rahmenbedingungen, mehr Ausbildung (sowohl ärztlich wie auch nichtärztlich), Entlastung der Praxen bei nichtmedizinischen Themen. Diese sind meist auf Ebene der Landkreise nicht beeinflussbar.

Einer der Lösungsvorschläge, der eine kurzfristige und schnelle Entlastung der angespannten Situation bei der kinderärztlichen Versorgung bringen würde, war eine Institutsambulanzermächtigung für die Kinderklinik zu erlangen. Diese hat die Kinderklinik mit Unterstützung der niedergelassenen Kinderarztpraxen beantragt. Dadurch könnte die Kinderklinik ambulante Leistungen anbieten und abrechnen, und damit die vorherrschende Situation eine begrenzte Zeit lang entschärfen. Der Antrag der Kinderklinik auf diese Ermächtigung wurde mit dem Hinweis auf fehlende rechtliche Grundlagen vom Kassenärztlichen Zulassungsausschuss Ende 2023 abgelehnt.

Mittlerweile wurde durch die Neugründung des haus- und kinderärztlichen MVZ in Böblingen zumindest ein Teil der freien Kinderarztsitze wiederbesetzt. Der Versorgungsgrad ist dadurch zwar wieder angestiegen, dem gefühlten und praktischen Mangel (der sich darin äußert, dass Eltern immer noch keine Termine für ihre Kinder bekommen) wird dies v.a. im nördlichen Teil des Landkreises eher nicht abhelfen.

Ein weiterer Ansatzpunkt, die kinderärztliche Versorgung im Kreis langfristig sicherzustellen ist die Gründung eines pädiatrischen Weiterbildungsverbundes mit der Kinderklinik des KVS und der Kinderärzteschaft. (Siehe Kapitel 3.2 Weiterbildungsverbund)

3.4 Anreize für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte

Anreizsysteme für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte zu etablieren, kann ebenfalls eine Maßnahme sein, die auch regional und mittelfristig umsetzbar ist. Dabei soll der Standort Landkreis Böblingen für eine Niederlassung attraktiv gemacht werden und die medizinische Versorgung damit langfristig gesichert werden. Es werden verschiedene Maßnahmen und Modelle, bspw. Werbekampagnen, Aktionstage oder auch Prämien, die sich bereits in anderen Regionen bewährt haben, recherchiert und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und ausgewertet. Im nächsten Schritt sollen dann geeignete Anreize in einem Konzept als Maßnahmenkatalog zugeschnitten auf den Landkreis Böblingen zusammengestellt, vorgestellt und diskutiert werden.

3.5 Konzeptionelle Erarbeitung von Strukturen für die langfristige Sicherung der ambulanten Versorgung im Kreis

Um die Versorgung im ganzen Landkreis auch langfristig (über die oben beschriebenen Ansätze hinaus) zu sichern und zukunftsfähig aufzustellen, bedarf es jedoch noch eines zusätzlichen strukturellen Konzepts, das den Ist-Zustand und mögliche Entwicklungsszenarien für die nächsten 5 - 10 Jahre beschreibt, bewertet und daraus Handlungsempfehlungen ableitet. Diese sollen den Kommunen und dem Landkreis konkrete Hinweise liefern, wo es Bedarfe gibt und wie eine Sicherstellung bewältigt werden kann.

Angesichts der bestehenden Herausforderungen und der begrenzten Wirksamkeit der bisherigen Maßnahmen ist dabei die Gesamtbetrachtung des Kreises und der kommunale Zusammenhalt von entscheidender Bedeutung. Nur so kann ein

Flickenteppich an Einzelmaßnahmen im Kreis verhindert werden, denen keine Gesamtstrategie zugrunde liegt.

Dafür sind zwei Schritte notwendig:

1. Ermittlung von fehlenden Daten

- Erst Strukturdaten und weitere notwendige Erhebungen zeichnen ein genaues Bild der momentanen Lage und ermöglichen dezidiertere Prognosen, basierend auf der wissenschaftlichen Aufbereitung der Daten, aktuellen Trends und anderer relevanter Informationen

2. Erstellung von Prognose und Handlungsempfehlungen

- Entwicklung möglicher zukünftiger Szenarien für die Kommunen und den gesamten Kreis unter Berücksichtigung der Kliniklandschaft und den dortigen Planungen
- Zugeschnitten auf die Größe der Planungsbereiche, für die eine Versorgung gesichert werden soll, werden konkrete Maßnahmen vorgeschlagen. Es können bspw. modellhafte Gesundheitszentren entwickelt werden mit unterschiedlichen Schwerpunkten und differierenden quantitativen und qualitativen Ausprägungen, einschließlich Empfehlungen für welche Bereiche, welches Modell in Frage käme.

3.5.1 Datenerhebung

Um die Ausgangslage im Kreis genauer betrachten zu können, müssen alle vorhandenen Daten gesichtet und noch fehlende Informationen erhoben werden. Daraus können dann realistische Annahmen für die Entwicklung in den nächsten Jahren getroffen werden. Ohne Datenerhebungen ist eine genaue und qualifizierte Bewertung der aktuellen Situation und die Erarbeitung von konkreten, umsetzbaren und praktikablen Handlungsempfehlungen nicht möglich.

Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, auch die aktuellen Entwicklungen der Kliniklandschaft mit möglichen Campusmodellen zur der Nachnutzung der Standorte zu berücksichtigen bzw. zu verzahnen und konzeptionell aufeinander abzustimmen.

Daten der KV BW

Von der KVBW werden Daten zur Verfügung gestellt, die als Planungsgrundlage einen ersten Eindruck liefern können, jedoch lässt sich mit diesen der Ist-Zustand nur ungenügend differenziert beschreiben, geschweige denn können verlässliche Prognosen aufgestellt werden. Die Betrachtung dieser Daten als Datenbasis genügt nicht, da die Daten zu wenig ins Detail gehen und nur aggregiert auf die Planungsebene (Mittelbereich bzw. Kreis) bezogen ausgewertet werden. Die auf Grundlage der Altersberechnungen basierenden Prognosen zeigen lediglich auf, dass die Situation schlechter wird, aber erlauben keine Hinweise darauf, in welchen Bereichen und Zeiträumen dies geschehen wird.

Abfrage bei Kommunen

Gemäß dem Auftrag aus der Sitzung des VFA vom 12.03.2024 sollen die getätigten und geplanten Bestrebungen und Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung bei den Kommunen abgefragt werden. Dadurch kann ein detailliertes Bild der aktuellen Situation der (haus-)ärztlichen Versorgung in jeder einzelnen Gemeinde entstehen. Derzeit wird eine Umfrage bei den 26 Kommunen im Landkreis vorbereitet, die als online-Umfrage zeitnah an die Kommunen gehen wird.

Inhalte der Umfrage werden sein:

1. In Umsetzung befindliche und geplante Maßnahmen:
2. Einschätzung der aktuellen Lage:
3. Bedarfe, Wünsche, Ziele

Die Ergebnisse der Umfrage werden als weitere wichtige Grundlage für die Entwicklung eines strategischen Handlungskonzepts und die Planung weiterer Schritte dienen.

Umfrage bei der Kreisärzteschaft

Unabhängig von der Umfrage bei den Kommunen soll in Zusammenarbeit mit den Kreisärzteschaften eine online-Umfrage unter den Hausarztpraxen durchgeführt werden. Mit dieser Umfrage soll ein tiefgehendes Verständnis für die Situation, Wünsche und Herausforderungen der Ärzteschaft geschaffen werden.

Die Perspektiven und Erfahrungen der Hausärzteschaft einzubeziehen soll sicherstellen, dass die Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung auf die

spezifischen Bedürfnisse der Ärzteschaft abgestimmt sind. Auch diese Ergebnisse sollen in die Entwicklung des strukturellen Konzepts einfließen.

Weitere Datenerhebungen

Für fundierte Aussagen über die Ausgangslage und die Entwicklung möglicher Empfehlungen sind Erhebungen über die vorhandenen und verfügbaren Daten hinaus notwendig. Recherche und Gewinnung von zusätzlichen Informationen können beispielsweise durch Abfragen und durch Interviews mit den wichtigen Akteuren, insbesondere der Ärzteschaft, aber auch im Kontakt mit allen anderen wichtigen Akteuren der Gesundheitslandschaft, erfolgen. Der Einbezug des KVS ist dabei unabdingbar, um Synergien zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu schaffen.

3.5.2 Prognose und Handlungsempfehlungen

Auf Grundlage der ermittelten Daten sollen Bedarfe festgestellt und mögliche zukünftige Szenarien für die Gemeinden und den gesamten Kreis skizziert werden. Eine (langfristige) Planung für die Zukunft über die nächsten 5 Jahre und darüber hinaus muss ins Auge gefasst werden, damit die Kommunen informiert sind, ab wann sie sich auf Engpässe einstellen müssen und um rechtzeitig, mit entsprechendem Vorlauf, dagegen arbeiten zu können.

Aus den Szenarien müssen konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, die u.a. auch Modelle für Versorgungsstrukturen bspw. Gesundheitszentrum, MVZ, o.ä., beinhalten, welche medizinisch unterschiedlich ausgerichtet sein können und sich auch hinsichtlich Größe und Charakter unterscheiden können bzw. müssen. Diese sollen dann eine konkrete Hilfestellung bei der langfristigen Planung und Sicherung der Versorgung in den jeweiligen Gemeinden bieten.

Das Zusammentragen und Auswerten aller vorhandenen Daten und Fakten, der Schlussfolgerungen und der Entwicklung von Handlungsempfehlungen daraus, erfordern eine Expertise, die weder in der KGK, noch im LRA (Gesundheitsamt) oder dem Klinikverbund vorhanden ist. Um eine fundierte und tiefgehende Analyse auf diesem komplexen Niveau eigenständig zu leisten ist deshalb externe Unterstützung erforderlich. Diese trägt dazu bei, eine objektive und unvoreingenommene Bewertung zu gewährleisten, frei von Interessenkonflikten und losgelöst von lokalen Interessen. Gefordert sind dafür Kompetenz, Fachwissen und Erfahrung, welche über die

personellen und fachlichen Kapazitäten und die Ressourcen der kreisinternen Strukturen hinausgeht. Dienstleister, die auf solche Auswertungen und Entwicklungen spezialisiert sind, bringen nicht nur das notwendige methodische Wissen, sondern auch Kenntnisse aus vergleichbaren Projekten in anderen Landkreisen und Regionen mit.

Anhang:

Versorgungsbericht KVBW 2024 - Seiten 77/78

Karten mit allen Hausarzt- und Kinderarztsitzen

Tabelle Maßnahmenplan aus der KGK

Tabelle Maßnahmenplan und Ideen aus Runder Tisch

Versorgungsbericht KVBW 2024 - Seiten 77/78

Böblingen



EINWOHNER

401.044

EINWOHNER JE HAUSARZT

1.823

Anzahl der zugelassenen und angestellten KVBW-Mitglieder

GEMEINDE	HAUSÄRZTE	AUGEN-ÄRZTE	CHIRURGEN UND ORTHOPÄDEN	FRAUEN-ÄRZTE	INTERNISTEN (fachärztlich tätig)	KINDER- UND JUGEND-ÄRZTE	PSYCHO-THERAPEUTEN	WEITERE FACHÄRZTE	GESAMT
Aidlingen	6						2		8
Altdorf	3						2		5
Böblingen	34	6	13	11	16	11	21	42	154
Bondorf	3						1	1	5
Deckenpfronn	2								2
Ehningen	4			1			1		6
Gärtringen	7					1		1	9
Gäufelden	5						2		7
Grafenau	3								3
Herrenberg	22	6	6	7	2	6	21	14	84
Hildrizhausen	2						1		3
Holzgerlingen	10	1	1	1	2	3	5	1	24

77 DIE AMBULANTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG 2024

DATEN UND FAKTEN


Böblingen

FORTSETZUNG: ANZAHL DER ZUGELASSENEN UND ANGESTELLTEN KVBW-MITGLIEDER

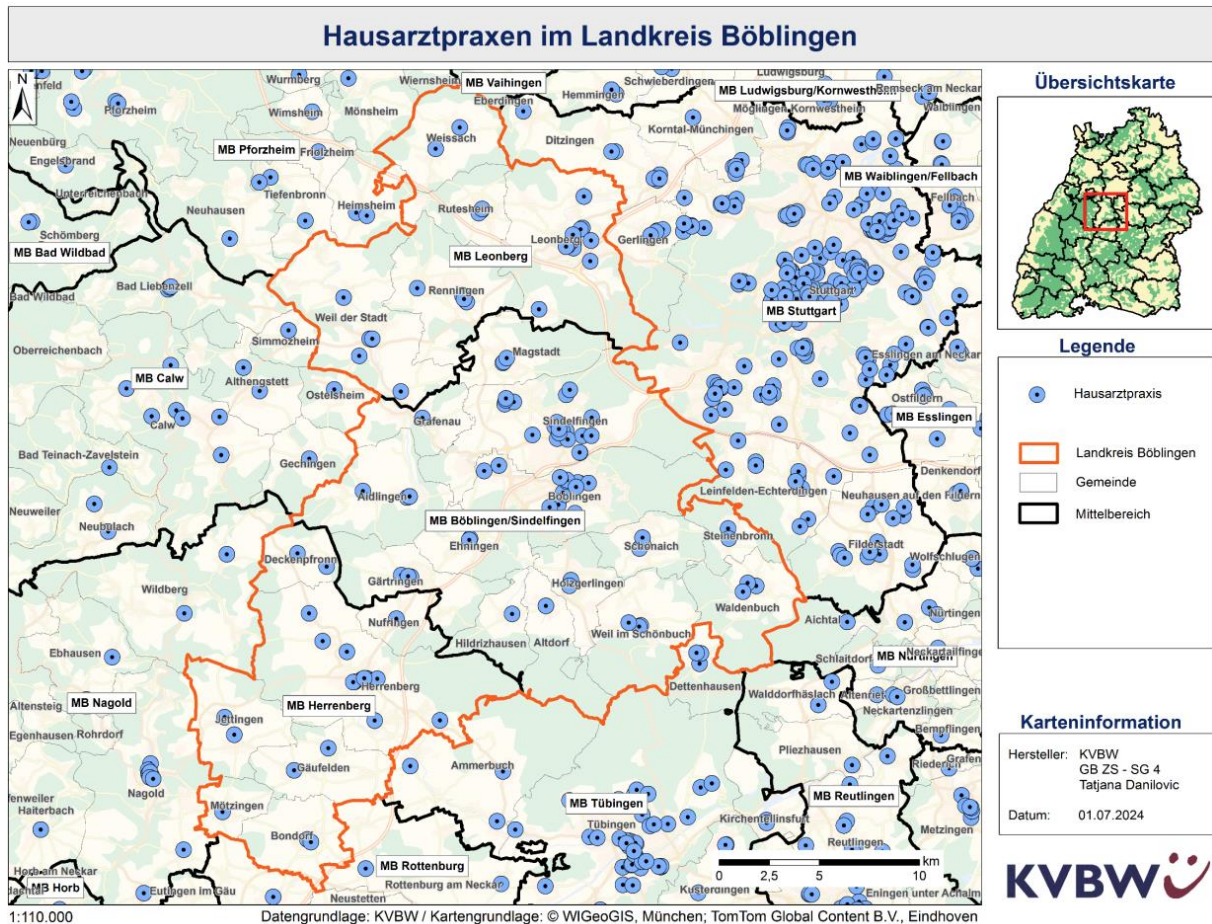
GEMEINDE	HAUSÄRZTE	AUGEN-ÄRZTE	CHIRURGEN UND ORTHOPÄDEN	FRAUEN-ÄRZTE	INTERNISTEN (fachärztlich tätig)	KINDER- UND JUGEND-ÄRZTE	PSYCHO-THERAPEUTEN	WEITERE FACHÄRZTE	GESAMT
Jettingen	3						2		5
Leonberg	25	5	5	9	5	3	7	25	84
Magstadt	3								3
Mötzingen	1						1		2
Nufringen	4				2				6
Renningen	9			3			1	2	15
Rutesheim	6			2			5	1	14
Schönaich	5	1		1			4		11
Sindelfingen	31	6	14	7	5	3	8	26	100
Steinenbronn	3						1		4
Waldenbuch	4			1		2	1		8
Weil der Stadt	11		1	1		4	12	3	32
Weil im Schönbuch	4			1			3		8
Weissach	10						2		12
GESAMT	220	25	40	45	32	33	103	116	614

Altersstruktur der großen Arztgruppen

ALTER IN JAHREN	HAUSÄRZTE	AUGEN- ÄRZTE	CHIRURGEN UND ORTHOPÄDEN	FRAUEN- ÄRZTE	INTERNISTEN (fachärztlich tätig)	KINDER- UND JUGEND- ÄRZTE	PSYCHO- THERAPEUTEN
28 bis 39	14	2	5	3			11
40 bis 49	41	9	10	10	9	10	20
50 bis 54	35	4	9	7	8	8	16
55 bis 59	50	4	9	9	6	4	11
60 bis 64	47	3	5	10	6	8	15
65 bis 94	33	3	2	6	3	3	30
ANTEIL DER ÜBER 60-JÄHRIGEN	36%	24%	18%	36%	28%	33%	44%



Karten mit allen Hausarzt- und Kinderarztsitzen



Hausärztliche Versorgung im Mittelbereich Böblingen/Sindelfingen

Mittelbereich	Hausärzte gesamt (Kopfzahlen)	Unter 50 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter	Anteil 60 Jahre und älter
Böblingen/ Sin- delfingen	114	30	45	39	34,2%



Hausärztliche Versorgung im Mittelbereich Herrenberg

Mittelbereich	Hausärzte gesamt (Kopfzahlen)	Unter 50 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter	Anteil 60 Jahre und älter
Herrenberg	35	6	15	14	40%

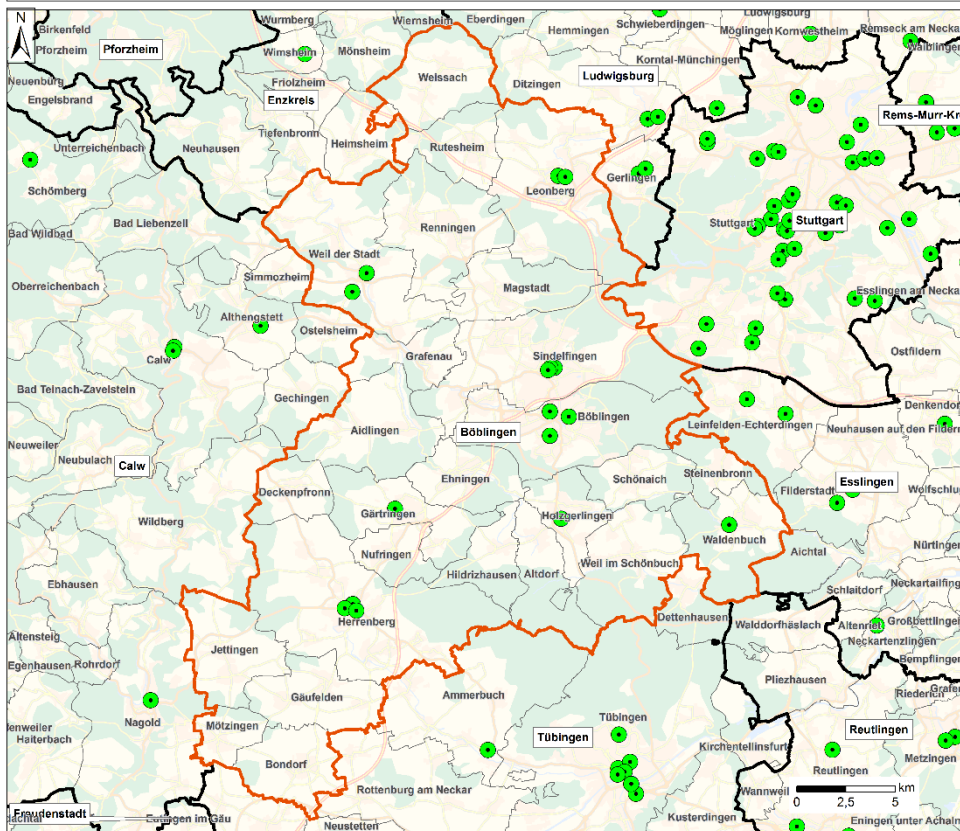


Hausärztliche Versorgung im Mittelbereich Leonberg

Mittelbereich	Hausärzte gesamt (Kopfzahlen)	Unter 50 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter	Anteil 60 Jahre und älter
Leonberg	63	13	30	20	31,8%



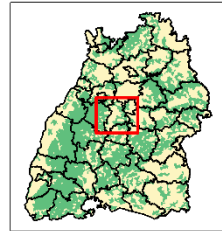
Kinderarztpraxen im Landkreis Böblingen



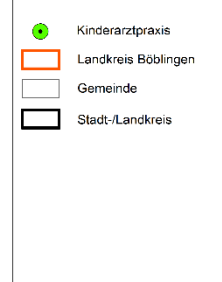
1:110.000

Datengrundlage: KVBW / Kartengrundlage: © WlGeoGIS, München; TomTom Global Content B.V., Eindhoven

Übersichtskarte



Legende



Karteninformation

Hersteller: KVBW
 GB ZS - SG4
 Tatjana Danilovic
 Datum: 01.07.2024



Tabelle Maßnahmenplan aus der KGK

Kommunale Gesundheitskonferenz im Landkreis Böblingen | AG 2 | Arbeitsentwurf des Maßnahmenplans zur Stabilisierung / Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung

Ziel	Maßnahme	Konkretisierung / Erklärung / Bemerkung	Umsetzbarkeit	Wirksamkeit	Zielgruppe Umsetzung	Hindernisse / Kritik / zu beachten	erfüllt Erwartungshaltung "junger" Mediziner
1) Bedingungen für Niederlassungen verbessern - Anreize für Niederlassung in Kommune/Kreis schaffen							
	Unterstützung durch Kommune bei Immobiliensuche zur Niederlassung	Hilfe konkret bei Immobiliensuche, vergünstigte Immobilien, vergünstigte Mieten, Hilfe bei baurechtlichen Anträgen, etc.	kurzfristig	kurzfristig	Kommunen	Evl. Rechtfertigungsdruck gegenüber anderen Berufsgruppen Kommunalrechtliche Möglichkeiten prüfen; vereinzelt hatten Kommunen hier Schwierigkeiten.	finanzielle Risiken entlasten
	"Marketingkampagne" der Kommunen hinsichtlich harter und weicher Standortfaktoren	wie z.B. KiTa- und Schulangebote, Unterstützung bei Platzsuche für Kinder, Verkehrsanbindung, etc. Attraktivität der Niederlassung in der Kommune hervorheben, freizeitl. und wirtschaftl. Vorzüge des Standorts bewerben	kurzfristig	kurz-/mittelfristig	Kommunen, Kreis	Konkurrenzdruck zwischen den Kommunen vermeiden	Vereinbarkeit Familie und Beruf Work-Life-Balance
	Nachwuchsgewinnung durch Stipendienvergabe	Finanzielle Unterstützung von Medizinstudierenden bzw. Personen in Facharztausbildung mit Verpflichtung zur Niederlassung in der Kommune Div. Landkreise in BW haben bereits Stipendienprogramme, Erfahrungen?	kurzfristig	langfristig	Kommunen, Kreis	Hoher Verwaltungsaufwand für vertragliche Regelungen, Kontrolle der Einhaltung und Rechtsprozess bei Verletzung der Bedingungen. Kosten vs. Nutzen	finanzielle Risiken entlasten
	Vergabe von Niederlassungsprämien	Finanzielle Prämien bei Niederlassungen, vergeben durch Kommune, Kreis, KVBW oder mischfinanziert. Im Sinne einer Start- bzw. Anschubfinanzierung für Ausstattung, Geräte, evtl. anfallende Ablösebeträge, etc.	kurzfristig	kurz-/mittelfristig	Kommunen, Kreis, KVBW		finanzielle Risiken entlasten
	Netzwerkbildung in der Ärzteschaft fördern, Weiterbildungsangebote im Verbund bedarfsgerecht generieren	Attraktivität des Standorts fördern durch gutes "Miteinander" in der Ärzteschaft, Benefit für "neue" Kollegen	kurzfristig	kurzfristig	Ärzteschaft, Kommune/Kreis, Klinikverbund	Curriculum KVSW?	Interprofessionalität Austausch mit Kollegen
	Versorgungsgrad muss neu formuliert werden	Anzahl der möglichen Niederlassungen erhöhen. Seit Reform der Bedarfsplanung 2019 wird bei Berechnung des Versorgungsgrads der Morbiditätsfaktor berücksichtigt. Allgemeine Verhältniszahl wird zur regionalen Verhältniszahl. Kritik: Versorgungsgrad entspricht nicht der Realität.	kurz-/mittelfristig	mittelfristig	KBV, KVBW	Im Landkreis BB derzeit rund 50 hausärztl. Niederlassungen möglich. Neuformulierter Versorgungsgrad und damit verbundene Erhöhung der Niederlassungsmöglichkeiten trägt nicht zu einer Verbesserung der Versorgungslage bei.	
	Vereinfachung der Niederlassung	Prozess im Zulassungsausschuss vereinfachen bzw. transparenter gestalten, Ziel: Prozess verkürzen	langfristig	langfristig	KBV, GB-A	Für Anpassung der Bedarfsplanung ist der Gemeinsame Bundesausschuss zuständig.	
	Mitsprache der Kommunen bei Niederlassungsstandorten ermöglichen	Demografie muss berücksichtigt werden, Zugang zur Versorgung bedarfsgerecht ermöglichen	kurz-/mittelfristig	mittelfristig	KVBW, Kommunen	Ärzt*innen können frei wählen, wo sie sich in BW in geöffneten Planungsbereichen niederlassen. KVBW hat keine weitere Einflussmöglichkeit. Steuerung ärztlicher Niederlassung nur über entsprechende Anreize erreichbar.	
2) Entlastung künftiger sowie praktizierender Ärzt*innen und Praxen, um Fokus auf eigentliche Tätigkeit legen zu können							
	Gründung Medizinischer Versorgungszentren	Trägerschaft durch Ärzteschaft / Klinik / Kommune / Genossenschaft Organisation und Abrechnung durch festes Praxisteam. Arzt*innen praktizieren nur ärztliche Tätigkeiten.	mittelfristig	mittelfristig	Kommunen, Landkreis, mgl. Investoren, Ärzteschaft, KVBW	Je nach Trägerschaft besteht Gefahr, dass Gewinnmaximierung über Versorgungsinteresse steht. Gewisses Maß an Altruismus muss gegeben sein. Wirtschaftlichkeit generell schwierig, da hohe Betriebskosten.	Angestelltenverhältnis Teilzeitmodelle möglich Entlastung bei Verwaltungstätigkeit geringeres wirtschaftl. Risiko Austausch mit Kollegen
	Gründung von interprofessionellen Gesundheitszentren	Bündelung medizinischer Kompetenzen an einem Ort. Entlastung durch Delegation ärztl. Aufgaben z.B. im Bereich des Patientenerstkontaktes oder der Versorgung chronisch kranker Patienten Delegation an Physician Assistant, CHN/APN, Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa), Weitere? bspw. PORT-Zentrum, Medicum Flugfeld Gesundheitscampus in Leonberg und Herrenberg	mittelfristig	mittelfristig	Kommune, Landkreis, Ärzteschaft, Heilberufe, Klinikverbund	Berufsrecht der CHN/APN ist noch nicht hinreichend geregelt (z.B. bisher nicht als eigenständiger Heilberuf anerkannt) [vgl. M. Burgi & G. Igl, 2021, Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von CHN in Deutschland, Nomos Verlag], Evaluation von Modellprojekten zu CHN in Gesundheitszentren abwarten, bspw. Poliklinik Veddel in Hamburg	Entlastung bei Verwaltungstätigkeit Fokus auf ärztliche Tätigkeit Teilzeitmodelle möglich Work-Life-Balance Interprofessionalität Austausch mit Kollegen
	Gründung von Abrechnungs-/Verwaltungszentren	Entlastung der Praxen bei Abrechnung, keine Gewinnorientierung, kostendeckende Arbeit, Praxen können so Fokus auf eigentliche Tätigkeit setzen	mittelfristig	mittelfristig	KVBW, Kommunen, Kreis	Frage der Finanzierung	Fokus auf ärztliche Tätigkeit
	Bürokratischen Abrechnungsaufwand der Praxen reduzieren	KBV durch geeignete Maßnahmen dazu auffordern den bürokratischen Aufwand bei Abrechnungen zu reduzieren.	kurzfristig	mittelfristig	KBV, KVBW		Fokus auf ärztliche Tätigkeit
	Qualifikation von medizinischem Personal	Medizinisches Personal qualifizieren, um ärztliche Tätigkeiten in Delegation wahrnehmen zu können, z.B. NäPa Qualifikationsangebote/-modelle generieren.	mittelfristig	mittelfristig	Ärzteschaft, Ärztekammer, KVBW	Delegierbares Aufgabenspektrum ist begrenzt.	Interprofessionalität

3) Bedarfe und Bedürfnisse gesundheitlicher Versorgung/Unterstützung auffangen							
	Patientenbegleitung bei stationärem Aufenthalt, sowie Übergangsbegleitung bei Entlassung	Entlastung der ambulanten Versorgungsstrukturen durch ehrenamtliche Begleitung, Vermittlung von Leistungen, dadurch Reduzierung von "unnötigen" medizinischen Kontakten	in Durchführung	in Durchführung	Kreisseniorenrat, Klinikverbund	Dauerhafte Finanzierung der Schulungen und Aufwandsentschädigungen?	
	Entlassmanagement der Kreiskliniken bedarfsgerecht stärken	Übergang von stationär versorgten Patienten in die ambulante Anschlussversorgung gewährleisten. Reibungslosen Ablauf generieren, durch strukturierte Informationsweitergabe und Veranlassung von weiteren Terminen und Leistungen	kurzfristig	mittelfristig	Klinikverbund, Kreisseniorenrat		
	Gründung von Kurzzeitpflegeeinrichtung	Sicherstellung intensiver bzw. aufwändiger Anschlussversorgung. Dadurch Reduzierung ärztlicher Inanspruchnahme durch hilflose Patienten	mittelfristig	mittelfristig	Landkreis, Wohlfahrtsverbände	Problem ist "Lücke" zwischen SGBV und SGBXI	
	Gründung von Gesundheitskiosken	Entlastung der ambulanten med. Versorgung, erste niedrigschwellige Anlaufstelle und Wegweiser für "Ratsuchende". Vermittlung von Leistungen, Durchführen von Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Mitwirkung bei Prävention und Gesundheitsförderung	mittelfristig	mittelfristig	Kommunen, Kreis, Krankenkassen	Einsatz von CHN nur mit begrenzten Möglichkeiten aufgrund unzureichendem Berufsrecht (s.o.) Akzeptanz/Unterstützung von Ärzteschaft?	Interprofessionalität
4) Anzahl niederlassungswilliger Ärzt*innen erhöhen							
	Anzahl der Studienplätze an Universitäten signifikant erhöhen	Anzahl der ärztlichen Fachkräfte für die Zukunft dauerhaft erhöhen. Pro Studienplatz erfolgen derzeit 4-9 Bewerbungen.	langfristig	langfristig	Universitäten?, Bundes- bzw. Landesministerium?		
	Auswahl- bzw. Zulassungskriterien für die Vergabe der Studienplätze anpassen	Berücksichtigung: Motivation der Bewerber*innen - Altruismus Abbrecherquote?	langfristig	langfristig	Universitäten?, Bundes- bzw. Landesministerium?		
	Kapazität der Weiterbildungsplätze für Facharzt Ausbildung an Kliniken erhöhen	Logische Konsequenz im Anschluss an Erhöhung der Studienplätze	mittelfristig	mittel-/langfristig	Kliniken?		
	Kapazität der Weiterbildungsplätze für Facharzt Ausbildung in Praxen erhöhen	Logische Konsequenz im Anschluss an Erhöhung der Studienplätze	mittelfristig	mittel-/langfristig	Ärzeschaft?		
	Zuwanderung medizinischer Fachkräfte ermöglichen	Berufszulassung medizinischer Fachkräfte aus dem Ausland ermöglichen. Sowohl für ärztliche als auch nicht-ärztliche Fachkräfte.	kurz-/mittelfristig	mittelfristig	Ärztchammer	Internationale Vergleichbarkeit der Ausbildungsstandards? Qualität?	
5) Maßnahmen um akuten bzw. chronischen Notstand abzufangen / Interimslösungen							
	Verteilerfunktion für Notfälle / Menschen ohne Anbindung	Praxen aus Gemeinden schließen sich zusammen und übernehmen bspw. abwechselnd Patienten ohne Anbindung	kurzfristig	kurzfristig	Ärzeschaft, Kommune, Kreis		
	temporäre Ambulanz für Menschen ohne Arzt	bspw. Kinderambulanz für Kinder ohne Kinderarzt, für Kitauntersuchungen, Impfungen U-Untersuchungen Orga über einen KV-Arzt	kurzfristig	kurzfristig	Ärzeschaft, KV, Kommune, Klinik ...	Mangelnde Kapazität der Ärzteschaft	
	Angebot von Onlineberatungen, Telemedizin kurzfristig ausbauen	Kurzfristiges Auffangen von unkritischen Fällen, erste Anamnese und Verteilfunktion. Beispielsweise Telemedizinangebot "docdirect" der KVBW	kurzfristig	kurzfristig	KVBW, Ärzteschaft	Kritische Betrachtung durch Medizin, kann Präsenzsprechstunde nicht vollwertig ersetzen	Digitalisierung
	Mobile Arztpraxis	Betrieb einer mobilen Arztpraxis als Alternative bzw. Ergänzung zu Hausbesuchen Beispielprojekt: Hessen Medibus	kurzfristig	kurzfristig	KVBW, Ärzteschaft, Kreis, Kommunen, Ärztekammer (Berufsrecht)	Beschaffung und Unterhalt Fahrzeug? Mglw. Schwierigkeiten bzgl. der Präsenzpflcht gemäß § 24 Ärzte-ZV. Im Rahmen der Präsenzpflcht müssen die Ärzt*innen die Sprechstunden am Vertragsarztsitz durchführen.	

Tabelle Maßnahmenplan und Ideen aus Runder Tisch

Ideensammlung „runder Tisch“ zur kinderärztlichen Versorgung im LK Böblingen

Herausforderung/Problem	Lösungsansätze	Mögliche Zuständigkeiten
Hohe Arbeitsbelastung		
1. Vermeidbare Arztbesuche	<ul style="list-style-type: none"> Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung Aufklärungskampagnen und Schulungen initiieren 	
2. Überlastung im Landkreis Böblingen im Vergleich zu umliegenden Landkreisen / 50% mehr Kinder pro Arzt als Durchschnitt in BW	<ul style="list-style-type: none"> Ressourcenverteilung und Personalmanagement optimieren, Institutsermächtigung für Kinderklinik KVSWS, als Notnagel; scheitert an Bürokratie und am Zulassungsausschuss -> Druck nach oben weitergeben KV dabei unterstützen, dass positive Antwort gegeben werden 	KVBW, Zulassungsausschuss Politische Vertreter
3. Akuter Notstand bei U-Untersuchungen, Impfungen	<ul style="list-style-type: none"> Institutsermächtigung für den Klinikverbund zur Entlastung der ambulanten Strukturen 	KVBW,
4. Kooperation stationär/ambulant	<ul style="list-style-type: none"> Weiterbildungsförderung im Verbund. Finanzielle Anreize für Weiterbildungen schaffen 	KVSWS, KVBW
5. Sektorenübergreifende Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> Koordinierungsstelle für Praxen und Frühe Hilfen einrichten Delegation von Patienten an andere Fachgruppen 	
6. Gesundheitsversorgung von Geflüchteten	<ul style="list-style-type: none"> Einführung von Gesundheitssprechstunden in Flüchtlingsunterkünften Kooperationen mit NGOs und Flüchtlingsorganisationen eingehen 	LRA, Ärzteschaft

7. Ärztezeit schwindet im Vergleich mit anderen Aufgaben, dadurch entsteht höheren Belastung (bspw. Umsetzung eAU, IT, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • "Ärztezeit" erhöhen, Aufgaben delegieren 	
8. Hebammen fehlen → Belastung der KiÄ	<ul style="list-style-type: none"> • mit Hebammen im Verbund - MVZ Standort Leonberg/Herrenberg erarbeiten 	KVSW
Belastung durch Bürokratie		
1. Hoher Zeitaufwand durch ansteigende Bürokratie	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinfachung von Verwaltungsprozessen anstreben 	KVBW
2. Unattraktivität des Berufsfeldes aufgrund von Bürokratie.	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung bei bürokratischen Aufgaben 	KVBW
3. Starre Rahmenbedingungen bei Zulassungsverfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Flexiblere Regelungen einführen 	
Erheblicher Fachkräftemangel		
1. Psychische Belastung des Praxispersonals	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Unterstützung für psychische Gesundheit anbieten • Sensibilisierung der Bevölkerung für wohlwollenden Umgang mit Ärzten und MFAs 	
2. Unattraktivität des Berufsbildes MFA	<ul style="list-style-type: none"> • Attraktivere Vergütungen und bessere Arbeitsbedingungen schaffen 	
3. Ärztemangel	<ul style="list-style-type: none"> • Letzte Reserve mobilisieren; Angebote machen für diejenigen, die gerade nicht arbeiten • nichttätige oder berufsfremd tätige (Fach)-Ärzte wieder zurückgewinnen 	Politik, LÄK
Finanzierungsschwierigkeiten		
1. Gleichbleibende Vergütung in Gebieten mit hohen Lebenskosten.	<ul style="list-style-type: none"> • Differenzierte Vergütungssysteme entwickeln. 	gBA
2. Probleme mit Budgetierung.	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung und Anpassung des Budgetierungsmodells 	gBA
3. Finanzierung des Weiterbildungsverbunds.	<ul style="list-style-type: none"> • Fördermittel und Kooperationen mit KVBW anstreben 	

Nachfolgeprobleme bei Niederlassungswilligen Ärzt*innen		
1. Ungeeignete Räumlichkeiten für Praxen.	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei Umbaumaßnahmen 	Kommunen
2. Fehlende Räumlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Bezahlbare Räumlichkeiten schaffen 	Kommunen
Sonstige Probleme und Herausforderungen		
1. Veränderte Anforderungen der nachkommenden Ärztegenerationen	<ul style="list-style-type: none"> • MVZ pädiatrisch, an Klinikstandorten schaffen, keine Investoren, als Bindeglied zwischen stationär und ambulant • Förderprogramme bekannter machen 	KVSW, KVBW
2. Belastung der Ärzte durch Krankschreibungen (Kind-Krank)	<ul style="list-style-type: none"> • Attest erst ab 4. Tag 	Politik
3. Bedarfsplanung veraltet	<ul style="list-style-type: none"> • Überarbeitung und Modernisierung der Bedarfsplanung • Neudefinition der Bedarfsplanung. 	KVB, Politik, gBA