



STIFTUNG MÜNCH

PROJEKTBERICHT

November 2018

SICHERSTELLUNG DER GESUNDHEITS- VERSORGUNG IN LÄNDLICH GEPRÄGTEN REGIONEN: NEUE MODELLE UND MASSNAHMEN

Carolin Auschra, Jana Deisner, Anne Berghöfer, Jörg Sydow



STIFTUNG MÜNCH

Verfasser:

Dr. Carolin Auschra (Freie Universität Berlin)

Jana Deisner (Technische Universität Berlin)

PD Dr. Anne Berghöfer (Charité Universitätsmedizin Berlin)

Prof. Dr. Jörg Sydow (Freie Universität Berlin)

Wir danken der Stiftung Münch für die finanzielle Unterstützung der Studie.

Weiterhin gilt unser Dank allen Interviewten, die großzügig ihre Zeit und ihre Expertise zur Verfügung gestellt haben. Wir danken auch Elias Adlung, Angela Geiger, Rabea Holtmann, Bettina Husemann, Antonia Schömmel, Alina Schultze-Berndt, Philipp Stöhr und Jonas Will für ihre Beiträge zur Erstellung der Studie.

Vorgeschlagene Zitierweise:

Auschra C, Deisner J, Berghöfer A, Sydow J. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: Neue Organisationsmodelle und Maßnahmen. Projektbericht in Herausgeber-schaft der Stiftung Münch. Berlin 2018.

In der folgenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechts

Das Wichtigste in Kürze

Dieser Projektbericht gibt Aufschluss über etablierte und neu erprobte Versorgungsmodelle und Maßnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. Entwicklungen wie der demographische Wandel, Urbanisierung, Fachkräftemangel und veränderte Erwartungen an die medizinische Versorgung können hier eine – teils vorhandene, teils perspektivisch drohende – Unterversorgung bedingen. Dieses Projekt verfolgte daher auf Basis einer sozialwissenschaftlich verankerten, organisationstheoretischen Sichtweise und unter Zuhilfenahme einer qualitativen Forschungsmethodik folgende Ziele:

1. Die Beschreibung und Systematisierung der **vorhandenen Vielfalt** traditioneller wie neuer Versorgungsstrukturen in ländlich geprägten Regionen;
2. die Dokumentation **bisheriger Erfahrungen** bei der Implementierung dieser Versorgungsmodelle sowie eine Ableitung damit verbundener Herausforderungen und Potentiale;
3. die Entwicklung von **Handlungsimpulsen** für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen.

Hinsichtlich der **Beschreibung und Systematisierung der vorhandenen Vielfalt neuer Versorgungsstrukturen** in ländlichen Regionen kommt diese Untersuchung zu folgenden Ergebnissen: Den für die regionale Gesundheitsversorgung relevanten Stakeholdern stehen verschiedene Elemente der Gestaltung konkreter Versorgungsmodelle zur Verfügung. Dabei werden traditionelle Organisationsformen des deutschen Gesundheitswesens mit neueren Organisationsformen kombiniert, die im Kern eine Arbeitsteilung zwischen Ärzten bei gleichzeitiger Reduktion des wirtschaftlichen Risikos für angestellte Ärzte ermöglichen oder eine temporäre Tätigkeit an einem anderen Standort erlauben. Einzelpraxen werden so zunehmend von Medizinischen Versorgungszentren, Gemeinschaftspraxen oder kommunalen Eigeneinrichtungen abgelöst sowie um Zweigpraxen erweitert. Krankenhäuser werden für die ambulante Behandlung geöffnet. Zusätzlich können weitere Gestaltungselemente aus den Bereichen Organisation (z.B. Case Management, organisationsübergreifende Kooperationen), Technik (z.B. Telemedizin), Profession (z.B. Nutzung von Delegation) und Mobilität (z.B. Erhöhung der Patientenmobilität) eingesetzt werden, um einer (drohenden) Unterversorgung entgegenzuwirken.

Die Implementation solch neuartiger Organisationsmodelle kann von modellübergreifenden Maßnahmen der Kontextgestaltung (z.B. Niederlassungsförderung für Ärzte, Maßnahmen der Aus- und Weiterbildung ärztlicher und nicht-ärztlicher Professionen) unterstützt werden. Die konkreten Versorgungsmodelle unterscheiden sich stark in ihrer Zielsetzung (z.B. indikationsspezifisch vs. indikati-

onsübergreifend) und agieren entweder innerhalb der Grenzen eines bestehenden Sektors (ambulant oder stationär) oder sind – deutlich seltener – sektorenübergreifend angelegt. Wichtige Treiber zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sind regionale Akteure wie die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhausträger und Kommunen. Der Projektbericht illustriert konkrete neuartige Versorgungsmodelle mit unterschiedlichen Zielsetzungen durch kurze Fallbeschreibungen.

Mit Blick auf die bisherigen Erfahrungen zur Implementierung neuartiger Versorgungsmodelle in ländlichen Regionen hat das Projekt verschiedene **Herausforderungen** identifiziert, deren Ursachen auf Ebene der einzelnen Modelle, auf Ebene der lokalen Umwelt oder auf Ebene des gesamten Gesundheitssystems verortet werden können. So ergeben sich auf der Modellebene Herausforderungen durch die Komplexität der zu implementierenden Modelle sowie durch die Notwendigkeit des Managements der Zusammenarbeit sehr unterschiedlicher Partner. Mit Blick auf die lokale Umwelt fehlt neuartigen Modellen häufig die notwendige Legitimation. Sie treffen zudem auf das fehlende Interesse wichtiger regionaler Stakeholder und/oder sind mit der Angst etablierter Akteure vor einem Positionsverlust konfrontiert. Auf Ebene des Gesamtsystems ergeben sich schließlich u.a. Herausforderungen durch eine fehlende Ressourcenausstattung und Finanzierung neuartiger Modelle, fehlende Abrechnungsmöglichkeiten in der Regelversorgung, fehlende allgemeine rechtliche Rahmenbedingungen und/oder fehlende digitale und sonstige Infrastrukturen.

Aufgrund dieser Untersuchung lassen sich **Impulse zur Diskussion** über die zukünftige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen ableiten. Zunächst fällt auf, dass die objektive Messung einer tatsächlichen regionalen Unterversorgung äußerst komplex ist und daher die Feststellung einer (ggf. auch nicht vorhandenen) Unterversorgung stets differenziert betrachtet werden sollte. Darüber hinaus fehlen evidenzbasierte Evaluationen über die Wirksamkeit der beschriebenen Versorgungsmodelle mit Bezug auf morbiditäts- und mortalitätsorientierte Ergebnisparameter weitgehend. Somit lassen sich bis jetzt keine verlässlichen Aussagen zur durch die Modelle erreichten Verbesserung der Gesundheitsversorgung sowie zu ihrer ökonomischen Effizienz machen. Die Studienlage lässt auch sinnvolle Modellvergleiche noch nicht zu. Aufgrund der geführten Expertengespräche können jedoch folgende Thesen zur Diskussion gestellt werden:

- Zukünftig werden in ländlichen Regionen ambulant-ärztliche Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis ebenso wie die interprofessionelle Zusammenarbeit weiter zunehmen.
- Distanzüberbrückende telemedizinische Lösungen werden weiter an Bedeutung gewinnen.
- Krankenhäuser werden künftig – trotz weiter voranschreitender Konzentration – in ländlichen Regionen eine zentralere Rolle als heute einnehmen.

- Die Bedeutung von Managementkompetenzen im Gesundheitswesen wird zukünftig noch steigen. Insbesondere das Zusammenspiel zwischen medizinischem und Managementwissen wird zukünftig eine noch größere Rolle bei der erfolgreichen Gestaltung von Versorgungsmodellen spielen.

Mit Blick auf konkrete Handlungsimpulse kommt dieser Projektbericht zu dem Schluss, dass vor allem die Ermöglichung einer Exploration und Evaluation von komplexeren Modellen und Maßnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen beitragen kann. Zudem sollte auch die Möglichkeit geschaffen werden, modellübergreifend aus Misserfolgen zu lernen. Auch werden weiterhin v.a. finanzielle Handlungsanreize zur Erprobung neuer Modelle benötigt, die insbesondere ein sektorenübergreifendes Denken und Handeln unterstützen. Hierzu gehören z.B. die Verstärkung von Instrumenten wie dem Innovationsfonds zur Implementierung und Evaluation von Versorgungsprojekten sowie auch die Sicherstellung der langfristigen Finanzierung von nachgewiesenen wirksamen Maßnahmen und Modellen über eine Projektförderung hinaus.

Inhalt

1	Einführung	6
1.1	Ziel der Studie	6
1.2	Die Rahmenbedingungen der Studie	7
2	Problemsituation: Ländliche, unterversorgte Regionen	9
2.1	Zum Begriff ländliche Region	9
2.2	Zum Begriff Unterversorgung	12
3	Status Quo – Versorgungsmodelle im ländlichen Raum	21
3.1	Regional relevante Stakeholder	21
3.2	Gestaltungselemente für Versorgungsmodelle in ländlichen Regionen	23
3.3	Entwicklungstrajektorien	34
4	Implementierungserfahrungen bestehender Modelle	51
4.1	Herausforderungen auf der Modellebene	52
4.2	Herausforderungen auf Ebene der lokalen Umwelt	53
4.3	Herausforderungen auf der Gesamtsystemebene	55
5	Potentialanalyse	59
5.1	Potentiale bestehender Modelle	59
5.2	Thesen mit Blick auf die zukünftige Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen	62
6	Fazit und Handlungsimpulse	65
6.1	Generelles Fazit	65
6.2	Bewertung von Handlungsempfehlungen und konkrete Impulse	66
7	Anhang: Methodik	72
7.1	Datenerhebung	72
7.2	Datenanalyse	74
8	Liste der Experten	75
9	Glossar	76
10	Interessante Links	79
	Literatur	80
	Verfasser	87

1 Einführung

1.1 Ziel der Studie

Die **Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen** gestaltet sich in Deutschland aufgrund von demographischem Wandel, Urbanisierung, Fachkräftemangel und veränderten Erwartungen an die Krankenversorgung und Prävention als zunehmende Herausforderung (*Holzinger/Augurzky 2015; Müller et al. 2016*). Dies zeigt sich zum Beispiel auch darin, dass ein Themenschwerpunkt des Innovationsfonds „Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten“ adressiert und sich ein Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2014 hauptsächlich diesem Thema widmet (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014*). Obwohl im Moment (noch) eine sehr gute Versorgungssituation in den meisten Regionen Deutschlands besteht, gilt es angesichts zu erwartender demographischer und epidemiologischer Entwicklungen, verschiedene innovative Lösungen zur Adressierung einer möglichen Unterversorgungssituation zu erproben und weiterzuentwickeln.

In den letzten Jahren sind denn auch verschiedene Maßnahmen und Modelle entwickelt worden, die für sich beanspruchen, zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf dem Land beizutragen. Diese Maßnahmen und Modelle zeichnen sich durch eine große **Vielfalt** aus. Zum einen können solche Modelle die direkte Organisation von Gesundheitsversorgung adressieren (z.B. in Form von kommunalen Medizinischen Versorgungszentren oder komplexen, durch den Innovationsfond geförderten Versorgungsmodellen). Andere Maßnahmen betreffen dagegen die Gestaltung von Rahmenbedingungen, wie etwa die Förderung der Niederlassung von ärztlich Tätigen, die Vergabe von Stipendien an Medizinstudierende oder die Ermöglichung von Delegationsmodellen. Auch negative Effekte der immer noch vorhandenen Sektorentrennung werden bei der Betrachtung von medizinischer Versorgung in ländlichen Regionen deutlich. Viele Modelle – alte wie neue – adressieren entweder den stationären oder den ambulanten Sektor, während nur wenige auf sektorenübergreifende Versorgung setzen. Darüber hinaus bieten technologische und regulatorische Veränderungen, die beispielsweise die Nutzung von Telemedizin ermöglichen, weitere Potentiale zur Gestaltung der Versorgung in ländliche Regionen.

Diese Studie verfolgt vor diesem Hintergrund folgende **Ziele**:

1. Sie beschreibt und systematisiert die vorhandene Vielfalt von Modellen und Maßnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen.

2. Sie dokumentiert bisherige Erfahrungen bei der Implementierung derartiger Versorgungsstrukturen und leitet darauf aufbauend Herausforderungen sowie Potentiale ab.
3. Sie gibt aufbauend auf der Analyse des Status-Quo Impulse für die zukünftige Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlich geprägten Regionen.

Die Studie stützt sich auf die Auswertung von 31 Expertengesprächen mit 33 Interviewpartnern sowie eine Vielzahl von Sekundärdokumenten und wissenschaftlichen Studien.¹

Der weitere Verlauf des Abschlussberichtes zu dieser Studie gestaltet sich wie folgt: Zunächst werden Rahmenbedingungen und damit auch Limitationen des Analysepotentials der vorliegenden Studie verdeutlicht. Anschließend wird detailliert auf die Ursachen einer möglichen medizinischen Unterversorgung in ländlichen Regionen eingegangen. Hier erfolgt auch eine Diskussion sowie nähere Bestimmung der für diese Studien zentralen Begriffe „ländliche Region“ sowie „Unterversorgung“. Nachfolgend werden die identifizierten Versorgungsstrukturen zusammengestellt und klassifiziert und anhand von kurzen Fallbeschreibungen illustriert (Status-Quo). Auf eine Darstellung bisheriger Implementierungserfahrungen folgt dann eine Potentialanalyse. Der Bericht schließt mit einem Fazit und einigen Handlungsimpulsen.

1.2 Die Rahmenbedingungen der Studie

Das Forschungsdesign der vorliegenden Studie setzt bestimmte Rahmenbedingungen, die die Aussagekraft der Studie ermöglichen, aber auch gleichzeitig begrenzen:

- **Fokus nur auf ländlich geprägte Regionen:** Es wurden nur Modelle und Maßnahmen betrachtet, die sich dezidiert auf ländlich geprägte Regionen² beziehen. Dies schließt Konzepte, die sich ausschließlich auf Metropolregionen beziehen, aus (z.B. das vom Innovationsfonds in Billstedt-Horn/Hamburg geförderte Projekt, siehe z.B. *Deutsches Ärzteblatt* 2018). Gleichwohl ist es denkbar, dass auch Metropolregionen von in ländlichen Regionen erprobten Modellen profitieren können, so wie dies auch umgekehrt der Fall sein könnte.
- **Fokus auf den ambulanten und stationären Sektor:** Diese Betrachtung schließt den Pflegesektor, den Sektor der Rehabilitation, die zahnärztliche Versorgung sowie die Medikamentenversorgung

¹ Die Methodik der vorliegenden Untersuchung ist im Anhang dargestellt.

² Ländliche Regionen beziehen sich häufig auf Zentrale Orte mit städtischem Charakter (z.B. Mittel- und Oberzentren), die wichtige Infrastrukturelemente für die medizinische Versorgung des Umlandes bereitstellen. Die Bedeutung solcher Orte ist daher in die Analyse einbezogen.

in ländlichen Regionen aus. Auch die Notfallversorgung wurde weitestgehend bewusst nicht betrachtet. Diese Themenbereiche sind für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen in ihrer Gesamtheit von ebenso hoher Relevanz wie die von der Studie behandelten Bereiche, können aber im Rahmen dieser Untersuchung nicht abgedeckt werden.

- **Fehlende Evaluation aus Perspektive der Versorgungsforschung:** Die vorliegende Studie nimmt keine evidenzbasierte Evaluation und keinen evidenzbasierten Vergleich bestehender Modelle vor (z.B. Beurteilung der Effektivität einzelner Modelle, Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, Akzeptanz und Zufriedenheit bei Stakeholdern). Durch ihre Vielfalt sind die bestehenden Modelle in dieser Hinsicht kaum vergleichbar. Die Komplexität und der Einfluss von verschiedenen Kontextfaktoren und nicht zuletzt manchmal auch ihre Einzigartigkeit erschweren eine derartige Evaluation zusätzlich.
- **Limitationen in der Datenerhebung:** Im Rahmen der Studie wurden nicht mit Vertretern aller identifizierten Modelle Expertengespräche geführt. Daher ist es möglich, dass nicht für jedes Modell alle tatsächlich vorhandenen Gestaltungselemente identifiziert werden konnten. Auch ist vorstellbar, dass nicht alle relevanten Modelle erfasst wurden, was zum Beispiel durch einen Publikationsbias begründet ist. Dennoch bietet die Studie einen guten Überblick über die vorhandenen Gestaltungselemente und Möglichkeiten ihrer Kombination.

2 Problemsituation: Ländliche, unterversorgte Regionen

2.1 Zum Begriff ländliche Region

Zunächst ist festzuhalten, dass es keine einheitliche, von Wissenschaft, Politik und Gesellschaft anerkannte Definition von ländlichen Regionen gibt (*Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft 2016b; Franzen et al. 2008*). Jedoch schlägt das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2016a; 2016b) verschiedene – recht deskriptive – Kennzeichen von ländlichen Regionen vor. Hierzu gehören unter anderem:

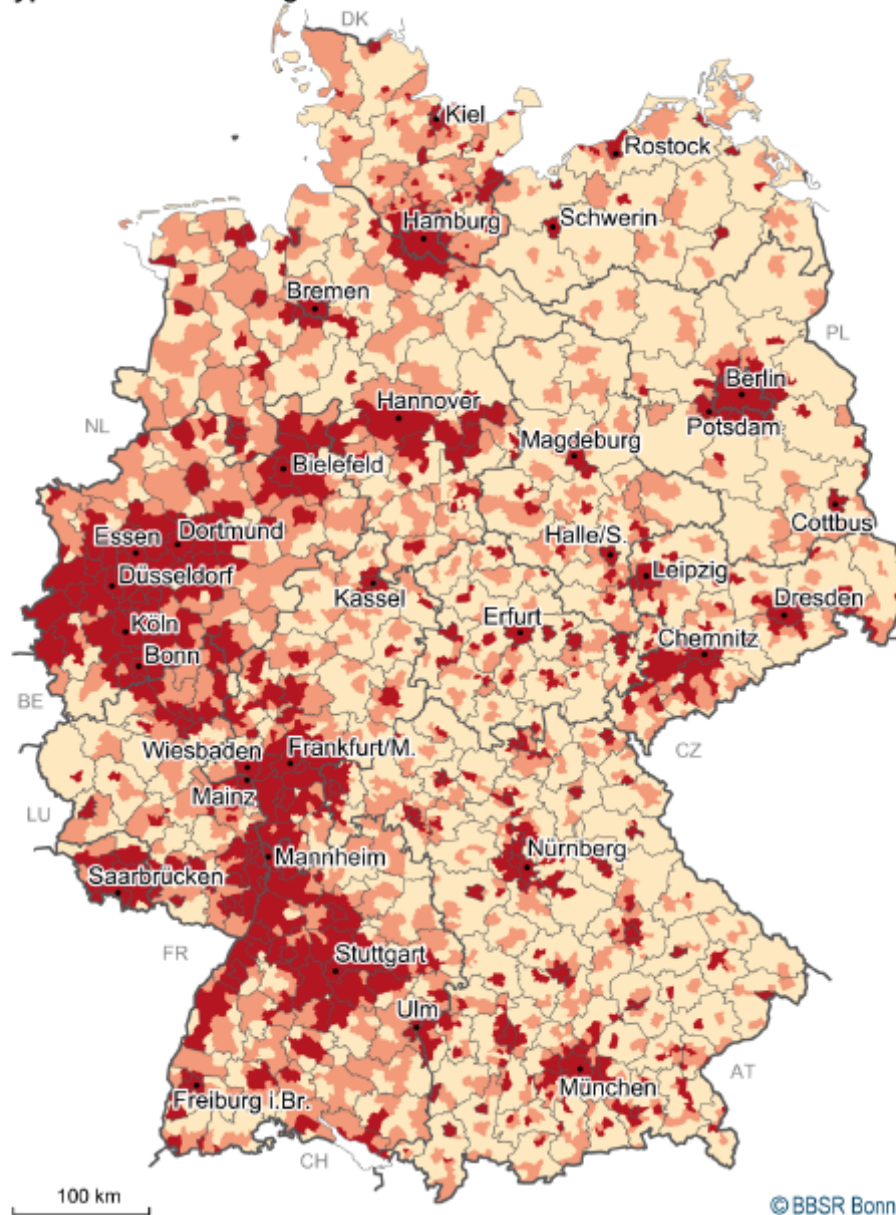
- Das Landschaftsbild ist bestimmten von Dörfern, kleinen sowie mittleren Städten, die von Feldern, Wiesen und Wäldern umgeben sind;
- Lage außerhalb oder abseits von Ballungsräumen, was die Nähe von Ballungszentren jedoch nicht ausschließt;
- eine niedrigere Bevölkerungs- und Siedlungsdichte;
- ein lokaler Zusammenhalt sowie eine regionale Verbundenheit;
- die Prägung durch land- und forstwirtschaftliche Flächennutzung;
- v.a. kleine und mittelständische Unternehmen;
- sowie Klein- und Mittelstädte als Zentren der Versorgung.

Anhand dieser Beschreibung wird deutlich, dass ländliche Regionen – auch mit Bezug auf die Gesundheitsversorgung – nicht ohne urbane Strukturen gedacht werden können (aufgrund von Mitversorgungseffekten, siehe z.B. *Ozegowski/Sundmacher 2012; Sundmacher et al. 2018*). Insbesondere ist in Klein- und Mittelstädten häufig auch eine Konzentration von Leistungserbringern zu finden. Aber auch Metropolregionen wie beispielsweise Berlin und Hamburg können einen wichtigen Beitrag zur zum Beispiel fachärztlichen Versorgung des Umlandes liefern.

Abbildung 1 und 2 zeigen einen vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) erstellten Überblick über Raumtypen in Deutschland, aus dem auch die Lokalisation von ländlich geprägten Regionen hervorgeht. Dabei wurde die Besiedlung eines Raumes durch die Bevölkerungsdichte und den Siedlungsflächenanteil operationalisiert, während zentral und peripher gelegene Räume durch Erreichbarkeitsanalysen bestimmt wurden. Für die Berechnung der Erreichbarkeit durch die Tagesbevölkerung wurde dabei die Fahrzeit mit dem motorisierten Individualverkehr zugrunde gelegt (*BBSR Bonn 2018*).

Abbildung 1: Raumtypen nach Besiedlung (BBSR Bonn 2018)

Raumtypen 2010: Besiedlung



Siedlungsstrukturelle Prägung

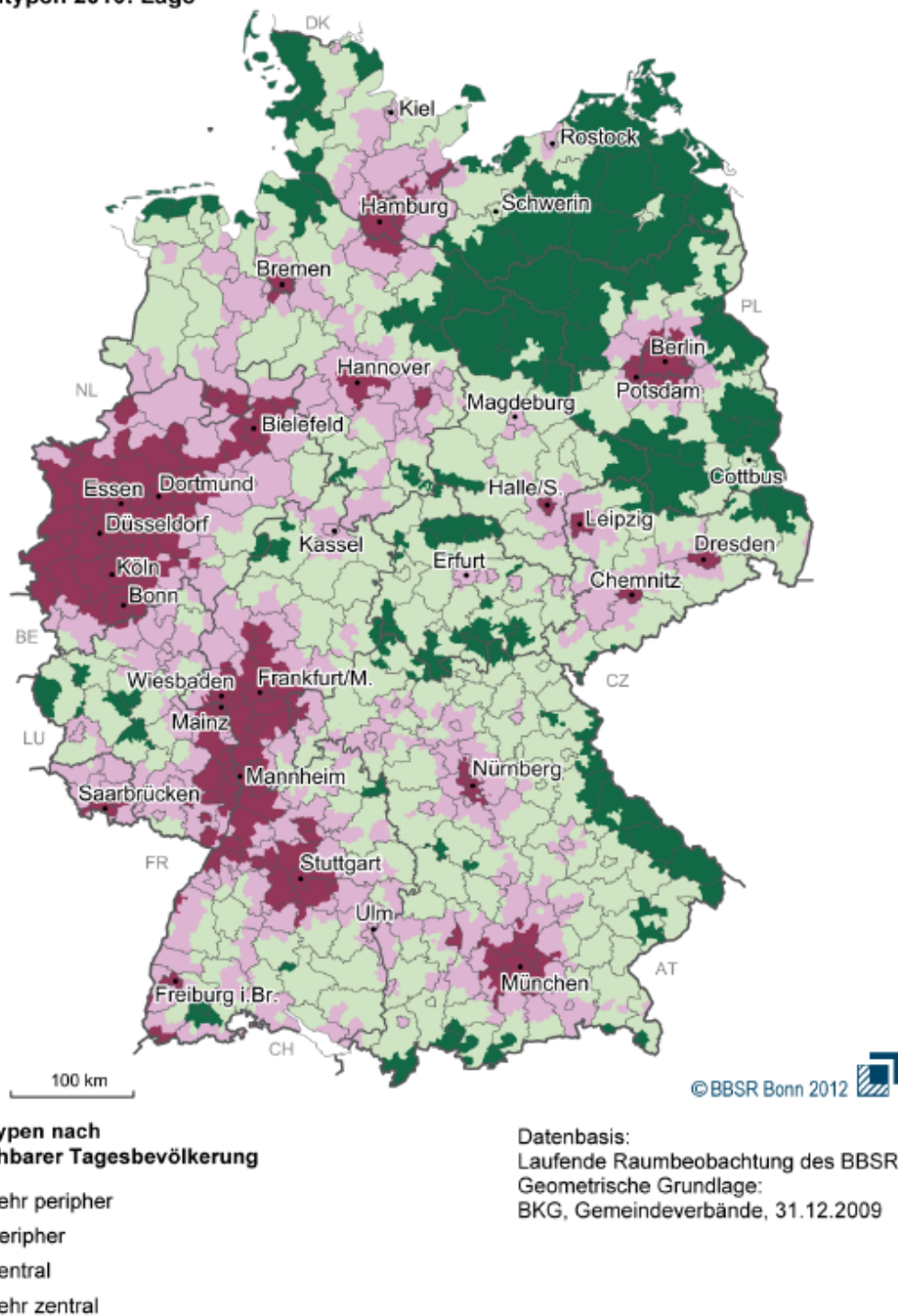
- ländlich
- teilweise städtisch
- überwiegend städtisch

Datenbasis:
 Laufende Raumbewertung des BBSR
 Geometrische Grundlage:
 BKG, Gemeindeverbände, 31.12.2009

© BBSR Bonn 2012 

Abbildung 2: Raumtypen nach Lage/Erreichbarkeit (BBSR Bonn 2018)

Raumtypen 2010: Lage



Allerdings machen themenspezifische Analysen deutlich, dass sich verschiedene ländliche Regionen mit Blick auf sozioökonomische Faktoren, ihre Wirtschaftskraft, Wanderungsbewegungen der Bevöl-

kerung (Zuzug vs. Entleerung), das Auftreten und die Ausprägung von bestimmten Erkrankungen sowie die Ausbildung von Infrastrukturen der Daseinsvorsorge stark unterscheiden (siehe auch *Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft* 2016a; *Mose* 2005). Ein Beispiel für eine differenziertere Betrachtung bieten hier beispielsweise Clusteranalysen auf Kreisebene (*Wiechmann/Terfrüchte* 2017). Hier wird deutlich, dass ländliche Regionen mit großen strukturellen Herausforderungen (v.a. in Ostdeutschland) von Landkreisen mit durchschnittlichen und guten Entwicklungschancen unterschieden werden müssen.

2.2 Zum Begriff Unterversorgung

2.2.1 Mögliche Ursachen für Unterversorgung

Für die Entstehung einer Unterversorgung einer Region mit Gesundheitsdienstleistungen werden – unabhängig von der Frage der Operationalisierung von Unterversorgung (siehe dazu nächster Abschnitt) – verschiedene, oft ineinandergreifende Ursachen diskutiert:

- Der **demografische Wandel**, der in allen Industrienationen vergleichbare Merkmale zeigt, führt zu einem Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung, einer Zunahme der Morbidität und des Krankheitsspektrums und einer konsekutiv höheren Nachfrage nach gesundheitlicher Versorgung (z.B. *Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung* 2013). Mit dem demographischen Wandel geht auch eine strukturelle Alterung der Ärzteschaft einher (*Knieps/Amelung/Wolf* 2012). Eine verstärkte Konzentration einer alternden Bevölkerung auf bestimmte ländliche Regionen kann zudem durch selektive Binnenmigrationsbewegungen verstärkt werden.
- **Binnenmigration** führt zu einer regionalen Veränderung der Bevölkerungszusammensetzung. Migrationsströme können unterschiedliche Richtungen annehmen: eine Urbanisierung führt zur Verdichtung der Bevölkerung in städtischen Räumen und zu einer Abnahme der Bevölkerungsdichte im ländlichen Raum. Diese betrifft vor allem jüngere Generationen. Umgekehrt können Begleiterscheinungen der Urbanisierung wie Wohnraummangel, infrastrukturelle Überlastung oder Anstieg der Lebenshaltungskosten eine Abwanderung in den ländlichen Raum, häufig in sogenannte „Speckgürtel“, bewirken (*Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung* 2013). Die Zunahme der Bevölkerungsdichte ohne Anpassung der Versorgungsangebote führt zur Unterversorgung.
- Unterversorgung ist auch Folge von **Fachkräftemangel**. So wird gerade für ländliche Regionen ein Mangel oder ein drohender Mangel an Nachwuchs bei ärztlichem und nicht-ärztlichem medizini-

schen Fachpersonal berichtet. Als mögliche Ursachen werden hier nicht nur ein gesteigener Bedarf an medizinischer Versorgung, sondern auch veränderte Erwartungen der jüngeren Ärztegeneration zum Beispiel mit Bezug auf das Thema Work-Life-Balance diskutiert (*Knieps/Ame- lung/Wolf 2012; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018*). Urbanisierungstendenzen verstärken den Fachkräftemangel in ländlichen Regionen weiter.

- Unterversorgung entsteht regional auch durch eine **ineffiziente Verteilung von Leistungsanbietern** – dann verbunden mit regionaler Überversorgung in Nachbarregionen. Derartige Phänomene existieren in großen und zugleich sozioökonomisch sehr heterogenen Planungsregionen. Eine ungleiche regionale Verteilung von Ärzten, wobei häufig eine Konzentration in urbanen Regionen zu beobachten ist, kann zu ungleichem Zugang zu Versorgung sowie längeren Anfahrtswegen für Patienten führen. Die These des Allokationsproblems (siehe auch *Klose/Rehbein 2017*), welche sich nicht nur auf die Wahl des Arbeitsortes, sondern auch auf die Wahl der Facharztausbildung erstreckt (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014*), wird durch eine über die letzten Jahre konstante Zunahme der Absolventen des Medizinstudiums gestärkt (*Statistisches Bundesamt*).
- Unterversorgung ist auch **Folge von infrastruktureller Benachteiligung von Regionen**, zum Beispiel durch schlechte Verkehrsanbindungen, Schließung von Anschlüssen an den öffentlichen Nahverkehr und schlechte Erreichbarkeit durch zum Beispiel geographisch bedingte Insellagen (*OECD 2016*).

Darüber hinaus werden folgende Gründe als Ursache für **die Konzentration der ärztlichen Profession in städtischen Räumen** diskutiert: (vermutete) Einkommensunterschiede, (vermutete) verringerte Arbeitszeiten, bessere Karrieremöglichkeiten, die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Kollegen, Möglichkeiten zum Erlernen und Anwenden hochspezialisierten medizinischen Fachwissens, bessere Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Familienmitglieder sowie umfassendere Möglichkeiten der Freizeitgestaltung (*Natanzon et al. 2010; OECD 2016; 2017; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014*). Zudem wird die Tätigkeit als „Landarzt“ bzw. Allgemeinmediziner im Vergleich zu anderen Fachrichtungen von Studierenden teilweise als weniger prestige- und einkommensträchtig wahrgenommen (*OECD 2016*). Eine Befragung von deutschen Medizinstudierenden im Jahr 2012 spiegelt diese Trends wider (*Gibis et al. 2012*). Sie zeigt die Attraktivität des Angestelltenverhältnisses in der Klinik auf, verdeutlicht den Wunsch Medizinstudierender nach flexiblen Arbeitszeiten und illustriert, dass viele Medizinstudierende Städte gegenüber ländlichen Regionen vorziehen. Zudem wird die Tätigkeit in der ambulanten Gesundheitsversorgung

häufig noch mit einer freiberuflichen Tätigkeit assoziiert, was durch die örtliche Bindung die Flexibilität von jungen Ärzten mit Blick auf den langfristigen Lebensmittelpunkt verringert. Die Interviews verweisen außerdem darauf, dass die Bedingungen der Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst die Attraktivität der Tätigkeit in einer ländlichen Region weiter verringern.

2.2.2 Der Begriff „Unterversorgung“ und gesetzliche Rahmenbedingungen der Bedarfsplanung

Die **ambulante vertragsärztliche Versorgung** wird in Deutschland auf der Basis des Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleistet. Der Gesetzgeber sieht vor, dass Kassenärztliche Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse“ untereinander verbindlich regeln und dabei „die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden“ (§72 Abs. 2 SGB V). Im Falle einer nicht mehr ausreichenden Anzahl von Vertragsärzten in einer Region geht der Sicherstellungsauftrag an die Krankenkassen über, die ihn durch ersatzweise Verträge mit Leistungserbringern erfüllen müssen (§72a SGB V). Das über lange Zeit bestehende Sicherstellungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen ist im Rahmen der Gesundheitsreform im Jahr 2000 eingeschränkt worden. Hierdurch soll den Krankenkassen eine selektive Kontrahierung mit Leistungserbringern im Rahmen von Integrierter Versorgung oder später auch die Entwicklung weiterer innovativer Versorgungsformen ohne Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht werden. Damit wurde ein Grundstein für die flexiblere Anpassung der Gesundheitsversorgung an besondere regionale und/oder diagnose-bezogene Anforderungen gelegt.

Die konkrete Ausführung der Sicherstellung wird erst durch eine untergesetzliche Rechtsverordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses „über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)“ festgelegt. Verhältniszahlen pro Planungsbereich und Arztgruppe geben vor, wie viele Ärzte eines Fachgebiets in einer bestimmten Region vorhanden sein müssen, um eine ausreichende ambulante ärztliche Versorgung der dort lebenden Bevölkerung sicherzustellen. Von einer **Überversorgung** wird ab einem Versorgungsgrad von 110%, von einer **Unterversorgung** ab einem Versorgungsgrad unter 75% in der hausärztlichen und unter 50% in der fachärztlichen Versorgung gesprochen. Mit der Einführung der Bedarfsplanung erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen zu Beginn der 1990er Jahre ein Instrument zur besseren Steuerung der Niederlassung der Vertragsärzte im Kontext einer drohenden Ärzteschwemme und einer notwendigen Kostendämpfung im Gesund-

heitswesen. So ist beispielsweise eine Überversorgung mit einer Zulassungssperre in der Region verbunden. Obwohl dieser Kontext heute ein ganz anderer ist, nämlich die Sorge vor einer Unterversorgung bestimmter Regionen und Ärztemangel, ist das Instrument der Bedarfsplanung nur begrenzt angepasst worden. Das Versorgungsstrukturgesetz von 2012 forderte eine erste Reform der Bedarfsplanung, in der die Altersstruktur und Morbidität der Bevölkerung sowie Merkmale der Infrastruktur in einer Region berücksichtigt und zudem unterschiedliche Planungsbereiche für verschiedene Arztgruppen festgelegt werden. In der folgenden Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses von 2013 wurde die ursprüngliche Orientierung an der Landkreisebene bzw. kreisfreien Stadt nun ersetzt durch Regionenbegriffe wie Mittelbereiche für die hausärztliche, Kreise für die allgemeine fachärztliche, Raumordnungsregionen für die spezialisierte fachärztliche und die gesamte KV-Region für die gesonderte fachärztliche Versorgung. Die oben genannten Raumzuschnitte beruhen auf Abgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung und können daher mit anderen Raumplanungskonzepten, zum Beispiel infrastrukturellen Maßnahmen, synchronisiert werden. Die aktuell gültige Bedarfsplanungsrichtlinie von 2018 beinhaltet weitere Festlegungen zum Demografiefaktor, um die Altersstruktur der Bevölkerung in einer Region zu berücksichtigen und ermöglicht den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen Abweichungen zur flexibleren Anpassung der Versorgerzahlen.

Trotz der Neustrukturierung der Bedarfsplanung aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen hat sich die Grundsystematik der Bedarfsplanung nicht geändert: Sie ist auf der wirtschaftlichen Ebene das Fundament für die Begrenzung des Budgets für die ambulante Versorgung und der maßgebliche regulatorische Eingriff in den Anbietermarkt zum Schutz vor Konkurrenz.

Die Bedarfsplanung in der **stationären Versorgung** erfolgt gemäß §6 KHG durch die Länder, die eine Sicherstellung der Versorgung über Landeskrankenhausgesetze regeln. Einrichtungen bzw. stationäre Plätze (Betten), die in die Planung aufgenommen werden, haben Zugang zu Investitionsmitteln der jeweiligen Länder, während die Betriebskosten durch die Krankenkassen gedeckt werden (duales System der Krankenhausfinanzierung). Somit liegt die Verantwortung für die Bedarfsplanung der Gesundheitsversorgung für den ambulanten und stationären Sektor in getrennten Händen.

Die Bedarfsplanung für den akutstationären Bereich erfolgt in den Ländern unter anderem unter Mitwirkung der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft und der Landesverbände der Krankenkassen. Der daraus resultierende Landeskrankenhausplan, der alle Betten im Bundesland nach Krankenhaus und Fachrichtung differenziert ausweist, wird in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Diese Aktualisierung orientiert sich an demografischen Merkmalen der Bevölkerung sowie dem erwarteten morbiditätsbedingten Versorgungsbedarf. Für diese sogenannten Planbetten in den Plankrankenhäusern besteht für die Kostenträger Kontrahierungszwang.

Die Quote von 606 Planbetten je 100.000 Einwohner in Deutschland ist im internationalen Vergleich ausgesprochen dicht, in der Folge ist die Anzahl von gut 1.900 Plankrankenhäusern mit insgesamt fast 500.000 Betten in Deutschland sehr hoch (*Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2016; OECD 2017*). Angesichts der Tatsache, dass der stationäre Sektor die meisten Ressourcen im Gesundheitswesen verschlingt, wird daher seit langem durch Anreize im Vergütungssystem und wirksame Rahmenbedingungen versucht, die Anzahl der Krankenhausbetten zu reduzieren. Durch Einführung der DRG-Vergütung (eine komplex errechnete Fallpauschale) anstelle der früheren Tagessätze für reale Liegezeiten konnte die durchschnittliche Liegezeit bereits deutlich gesenkt werden. Frei werdende Kapazitäten wurden jedoch parallel durch ansteigende Fallzahlen kompensiert (*Deutsche Krankenhausgesellschaft 2017*), so dass der Kostenanteil stationärer Versorgung an den Gesamtausgaben für Gesundheit nicht gesenkt werden konnte.

Eine Vielzahl der Plankrankenhäuser sind reine sogenannte Grundversorger, das heißt sie bieten Leistungen der stationären Grundversorgung (Innere Medizin, Chirurgie, seit 2018 auch Gynäkologie) an. Häufig sind sie klein und nicht ausreichend wettbewerbsfähig. Die Qualität der Versorgung ist unterdurchschnittlich, weshalb die Forderung nach einer weiteren Zentralisierung der stationären Versorgung wächst. Dadurch werden allerdings Fahrzeiten verlängert und die Erreichbarkeit damit verschlechtert, was der GKV-Spitzenverband in seinem Kliniksimulator anschaulich verdeutlicht (*GKV Kliniksimulator 2018*).

Der Gemeinsame Bundesausschuss definierte 2016 Maßstäbe zur Erreichbarkeit und deklarierte solche Krankenhäuser zu sogenannten „Sicherstellungskandidaten“, die eine Region mit Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohnern / Quadratkilometer versorgen. In diesem Fall wird ein Sicherstellungszuschlag zum Erhalt des ökonomisch womöglich defizitären Krankenhauses gezahlt. Ein Krankenhaus wird als relevant für die Basisversorgung angesehen, wenn mindestens 5.000 Einwohner durch seine Schließung mehr als 30 Minuten Fahrtzeit per PKW zum alternativen Krankenhausstandort hätten.

Zugleich aber ist zu beobachten, dass die Länder sich allmählich aus der Krankenhausfinanzierung zurückziehen, einige Länder durch leistungsbezogene Investitionsfinanzierung oder durch Pauschal- statt Einzelförderung (*Winterer 2009*). Die betroffenen Krankenhäuser sind somit gezwungen, sich aus den DRG-Erlösen zu bedienen, um Investitionskosten zu decken (*Blum/Weigand 2015*).

Das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung im Gesundheitswesen (2018) spricht diese Probleme der Überkapazitäten im stationären Sektor gepaart mit unzureichenden Investitionskosten und Anreizen zur Leistungsmengenausweitung an. Eine Notwendigkeit der Schließung gerade kleiner Krankenhäuser, die zudem häufig in von Wettbewerb geprägten Agglomerations- und Verdichtungsräumen stehen und keine qualitativ ausreichenden Leistungen erbringen können, scheint

dringend geboten und möglich. Für diese und insbesondere Häuser in ländlichen Regionen eröffnet sich sogar durch Übernahme weiterer ambulanter Leistungen neues Potential (Osterloh 2018).

2.2.3 Ansätze zur Optimierung der Bedarfsplanung

Während die Richtlinien der Bedarfsplanung bereits Stellschrauben beinhalten, die vor allem die ambulante Bedarfsplanung flexibler machen sollen (Demografiefaktor, regionale Abweichungsmöglichkeiten bei Sonderbedarf, infrastrukturelle Besonderheiten), existiert jedoch bis heute **keine evidenzbasierte Bedarfsdefinition** und schon lange kein evidenzbasiertes Verfahren zur Ermittlung des tatsächlichen Bedarfs (siehe auch *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* 2014, S. 356). Darüber hinaus bezieht sich die Grundlage der ambulanten Bedarfsplanung auf die in den 1990er Jahren real existierende räumliche Verteilung von niedergelassenen Ärzten und daraus resultierende Messzahlen zur Bestimmung von Unter-, Normal- und Regelversorgung. Die Aussagekraft und Angemessenheit dieser Verteilung wurden allerdings nicht empirisch überprüft. Kritisch lässt sich hier festhalten, dass somit die heutige Bedarfsplanung im Grunde den damaligen Status Quo mit Aufrechterhaltung einer möglichen Fehlverteilung und weitgehend ohne den Einbezug von Binnenmigration und tatsächlich erbrachten Leistungsvolumina fortschreibt (z.B. auch *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* 2018). Auch bezieht die aktuelle Bedarfsplanung tatsächliche Arztkapazitäten pro Arztsitz und mögliche Kapazitäten des stationären Sektors nicht mit ein (Ozegowski/Sundmacher 2012; Ozegowski/Sundmacher 2013; für Vorschläge siehe *Sundmacher et al.* 2018).

Zusammengefasst liegen de facto nur bruchstückhafte Kenntnisse über aktuell vorhandene Versorgungslücken vor. Bis heute fehlt es in Deutschland an einem Verfahren, das flächendeckend ermittelt, wie hoch der Versorgungsbedarf vor Ort wirklich ist und wie dieser wohnortnah gesichert werden kann (*Knieps/Amelung/Wolf* 2012). Eine Definition von Unterversorgung als „Nichtdeckung des realen Versorgungsbedarfs“ ist also bislang nicht möglich.

Sowohl die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen als auch die Politik haben aber erkannt, dass die vorhandenen Regelungen zur Bedarfsplanung keine ausreichenden Instrumente zur angemessenen Bedarfsplanung und Vermeidung von Unterversorgung sind. Daher wurden seitens verschiedener Akteure im Gesundheitswesen Vorschläge unterbreitet, wie eine Bedarfsplanung methodisch verfeinert und damit Über- und Unterversorgung präziser begegnet werden kann. Verschiedene Ansätze zur Optimierung der Bedarfsplanung werden im Folgenden vorgestellt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ein Gutachten in Auftrag gegeben, welches ein belastbares und diskriminierungsfreies Modell der Bedarfsbestimmung ermitteln soll. Darin wird neben umfangreichen Verfahren zur Neuberechnung der Bedarfsplanung die Erreichbarkeit einer Arztpraxis als ein zentrales neues Kriterium der Bedarfsplanung empfohlen. So sollten künftig 99 Prozent der Bevölkerung ihren Hausarzt innerhalb von 15 Minuten erreichen können, einen Facharzt innerhalb von 30 Minuten. Darüber hinaus wird empfohlen, den Versorgungsaufwand von niedergelassenen Ärzten unter Verwendung einheitlicher Kodierrichtlinien präziser zu berechnen und Daten ähnlich zu denen des Risikostrukturausgleichs „samt georeferenzierter Diagnosedaten mit Bezug zum Patientenwohnort und Angaben zum Betätigungsstatus der Mitglieder“ für die Bedarfsplanung heranzuziehen (*Sundmacher et al. 2018, S. 32*).

Analysen in einzelnen Versorgungsregionen legen darüber hinaus nahe, dass sozioökonomische und soziokulturelle Aspekte (das verfügbare Einkommen einer Region, die Arbeitslosenquote, der Bildungsstand und der öffentliche Nahverkehr, Pendlerströme und Verkehrsverbindungen, etc.) berücksichtigt werden müssen, um Lücken in der Versorgung zu erkennen, die die konventionelle Bedarfsplanung nicht sichtbar macht (*Laschet 2017*). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit dem Helmholtz Zentrum München überprüften die Verwendung des German Index of Multiple Deprivation (GIMD) zur Modellierung der Bedarfsplanung in deprivierten Regionen. Regionale Deprivation, also der Grad regionaler Benachteiligung von Bevölkerungsgruppen, ist mit der Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen, aber auch Mortalität und Morbidität assoziiert. Ein darauf aufbauender Algorithmus soll dazu beitragen können, die facharztbezogene Verhältniszahl entsprechend nach oben oder unten anzupassen (*Kopetsch/Maier 2018*). Die Berücksichtigung der sozialen Lage war bereits im Gemeinsamen Bundesausschuss diskutiert worden, wurde dann aber nicht in die Bundesrichtlinie zur Bedarfsplanung aufgenommen, sondern den jeweiligen Landesgremien überlassen.

Weitere Indizes wurden durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland entwickelt, so zum Beispiel der relative Beanspruchungsindex rBIX, der die Veränderung der Beanspruchung von Arztfachgruppen durch Bevölkerungsgruppen einbezieht, zum Beispiel infolge von Änderungen des Morbiditätsspektrums, der Altersverteilung, der Bevölkerungsdichte oder der Einzugsbereiche eines Arztes. Der Urbanitätsindex UX berücksichtigt bevölkerungsstrukturelle Merkmale wie Einwohnerdichte und Haushaltsstruktur. In den sozioökonomischen Gesundheitsindex SGX fließen Parameter wie der Anteil der Transferleistungsempfänger oder Arbeitslosen in Zusammenhang mit Lebenserwartung und dem Anteil Pflegebedürftiger in einer Region ein (*versorgungsatlas.de Newsletter 2018*).

Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz hat darüber hinaus einen Versorgungsindex entwickelt, der in komplexer Weise dreizehn Einzelparameter integriert. Hierzu gehören die minimale Fahrdistanz zur nächsten Arztpraxis, Strukturparameter der Ärzteschaft wie Altersstruktur und Auslastung der Vertragsärzte, und schließlich Inanspruchnahmeparameter wie Mitversorgereffekte und Verhalten von Berufspendlern (*Christ 2017; Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz 2016*).

Weitere mögliche Indikatoren zur Messung von Unterversorgung, die auch immer wieder in den Expertengesprächen genannt wurden, umfassen neben der Messung von Fahrzeiten auch den Einbezug von Sprechstundenumfang und Terminverfügbarkeit (*Ozegowski/Sundmacher 2013; Sundmacher et al. 2018*) eines niedergelassenen Arztes sowie die Beachtung von ambulant-sensitiven Krankenhausfällen (ASK-Fällen) in einer Region. Hierbei könnte eine hohe Quote von ASK-Fällen einen Hinweis auf eine mangelnde Qualität der ambulanten Versorgung (*Burgdorf/Sundmacher 2014*) und/oder eine ambulante Unterversorgung geben. Allerdings wird empfohlen, Rückschlüsse aus der Quote der ASK-Fälle nur in Kombination mit anderen Indikatoren zur Qualitätsmessung zu ziehen (*Burgdorf/Sundmacher 2014*).

Ein Blick in die internationale Studienlage zeigt verschiedene weitere Methoden zur Bedarfsplanung, die aber in Deutschland in dieser Systematik nicht verwendet werden (*Roberfroid/Leonard/Stordeur 2009*). Doch auch diese Methoden weisen Defizite auf, insofern sie Zugangsbarrieren, individuelle Präferenzen oder Bedingungen auf dem Anbietermarkt nicht berücksichtigen. Deutlich radikalere Vorschläge zur Veränderung der Bedarfsplanung werden ebenfalls diskutiert, so zum Beispiel ein kompletter ordnungspolitischer Paradigmenwechsel, indem die gesamte Verantwortung für Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung auf Landesbehörden übertragen wird und damit die Möglichkeit eröffnet, ambulante und stationäre Versorgung an regionale Bedarfe anzupassen. Damit würden die Länder ihrer Aufgabe der Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge gerecht (*Nagel et al. 2017; Reiners 2018*).

2.2.4 Fazit zum Begriff Unterversorgung

In der bestehenden Literatur wird ebenso wie in den geführten Interviews deutlich, dass eine objektive Messung eines medizinischen Bedarfs und damit auch einer möglichen Unterversorgung nicht nur aufgrund vielfältiger möglicher Einflussfaktoren, sondern auch aufgrund unterschiedlicher individueller Bedürfnisse an eine medizinische Versorgung schwierig ist (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014*). So wird gar diskutiert, ob die Möglichkeit der Festsetzung objektiv operationalisierbarer Kriterien als Suggestion bezeichnet werden kann (*Nagel et*

al. 2017). Beispielsweise kollidiert das Interesse von Bevölkerungsteilen an einer wohnortnahen, zeitlich möglichst unlimitierten Gesundheitsrundumversorgung bei einem Wunscharzt oder einer Wunschärztin durchaus mit der von der Selbstverwaltung als (auch in ökonomischer Hinsicht) angemessen bewerteten Bedarfsplanung. So zeigt sich in einer Studie, dass Versicherte in ländlichen Regionen im Vergleich zu jenen in städtischen Regionen tendenziell unzufriedener mit der Anzahl und der Erreichbarkeit von Fachärzten sind, obwohl sich keine Kriterien für eine messbare Unterversorgung ableiten lassen (Bock/Osterkamp/Schulte 2012). Die Definition von evidenzbasierten Schwellenwerten des Zugangs zur Versorgung, deren Nicht-Überschreitung das Risiko negativer Gesundheitsergebnisse minimiert, kann hier einen Ansatzpunkt zur Berechnung eines Versorgungsbedarfes bieten. Internationale Literaturreviews weisen darauf hin, dass Zusammenhänge zwischen Erreichbarkeit und Wartezeiten und Gesundheitsoutcomes im ambulanten Sektor bestehen, weswegen diese Indikatoren zu einer genaueren Bedarfsplanung beitragen könnten (Sundmacher et al. 2018).

Allerdings ist auch festzuhalten, dass eine stark interessen geleitete Nutzung des Begriffes Unterversorgung von bestimmten Akteursgruppen nicht ausgeschlossen werden kann. Dies liegt beispielsweise darin begründet, dass aufgrund existierender Rahmenbedingungen die Feststellung einer regionalen Unterversorgung zu einer Allokation von Ressourcen in dieser Region beitragen kann.

Zusammengefasst ist es also schwierig, eine reale Unterversorgungssituation für eine bestimmte Region objektiv zu ermitteln. Allerdings gehen verschiedene aktuell hierzu eingesetzte Instrumente durchaus davon aus, dass schon heute in einigen – wenigen – Regionen Deutschlands Schwächen in der Versorgung auftreten (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014; 2018; Sundmacher et al. 2018). Die meisten Expertengespräche zu konkreten Versorgungsmodellen und -maßnahmen haben zudem Aufschluss über eine in bestimmten Regionen vorhandene, zumindest subjektiv empfundene Unterversorgung gegeben. Ein Blick auf die möglichen Ursachen von Unterversorgung lässt außerdem die These zu, dass ohne Veränderungen der Versorgungslandschaft in manchen ländlichen (und auch städtischen) Regionen Deutschlands zukünftig mit einer Zunahme einer medizinischen Unterversorgung zu rechnen ist.

3 Status Quo – Versorgungsmodelle im ländlichen Raum

Der folgende Abschnitt widmet sich der Beantwortung folgender Frage zum Status Quo der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum:

Welche Modelle und Maßnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen existieren im Moment in Deutschland? Anhand welcher Eigenschaften lassen sich diese Modelle klassifizieren?

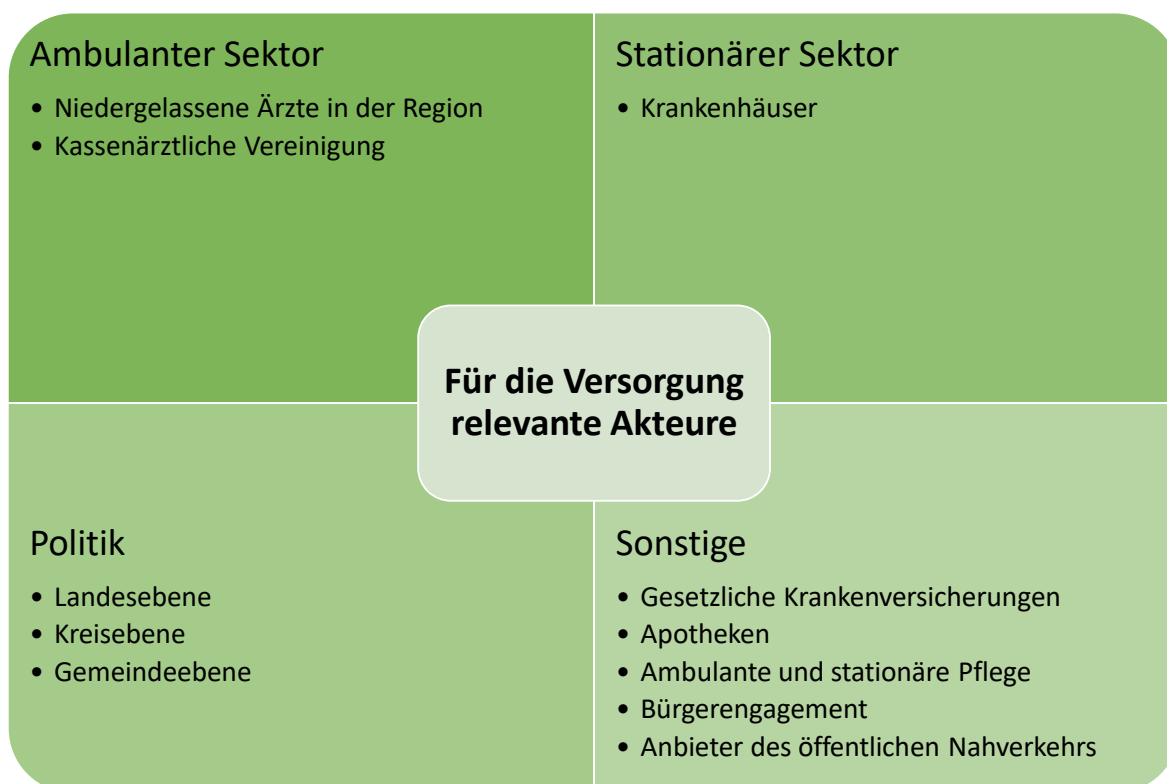
Dabei wird wie folgt vorgegangen: Zunächst werden Akteurs- bzw. Stakeholdergruppen benannt, die eine hohe Relevanz für die Implementierung eines Versorgungsmodells haben. Anschließend werden die im Rahmen der Studie identifizierten Gestaltungselemente von Versorgungsmodellen im ländlichen Raum vorgestellt. Dann werden sektorenspezifische bzw. sektorenübergreifende Entwicklungspfade aufgezeigt, die anhand konkreter Modelle illustriert werden.

3.1 Regional relevante Stakeholder

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen relevanten Stakeholder. All diese Akteure können auch maßgeblich an der Implementierung von Modellen und Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen beteiligt sein oder als Treiber der Initiierung solcher Organisationsmodelle wirken. Die Expertengespräche geben sogar Hinweise darauf, dass die Kooperation dieser Akteursgruppen häufig eine notwendige Voraussetzung für die langfristige Implementierung eines Versorgungsmodells ist. Die Stakeholdergruppen lassen sich wie folgt unterscheiden und beschreiben:

Ambulanter Sektor: Akteure der ambulanten Gesundheitsversorgung – hierbei maßgeblich niedergelassene Ärzte sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen – nehmen zunächst de facto den Auftrag der Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung wahr. So stehen den Kassenärztlichen Vereinigungen beispielsweise zur Vermeidung von Unterversorgung sog. Sicherstellungsmaßnahmen zur Verfügung (z.B. Investitionskostenzuschüsse, Sicherstellungszuschläge für Vertragsärzte, Eigenbetriebe) (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018*). Einige Kassenärztliche Vereinigungen wie zum Beispiel die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg haben auch umfangreiche Konzepte zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen entwickelt, so zum Beispiel im Rahmen des KV RegioMed-Konzeptes (für Details und konkrete Gestaltungselemente siehe z.B. *Helming 2014; Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg 2018*).

Abbildung 3: Für die Versorgung in ländlichen Räumen relevante Stakeholder (Eigene Darstellung)



Politik: Auch der Politik zugehörige Akteure können an der Entwicklung von Versorgungsmodellen im ländlichen Raum maßgeblich beteiligt sein. Hierbei sind verschiedene Ebenen von Relevanz. Dazu zählen Vertreter von regionalen Gesundheitsministerien auf der Landesebene, Landräte auf der Kreisebene sowie Bürgermeister auf der Gemeindeebene. Die Sicherstellung der stationären sowie zunehmend auch ambulanten Gesundheitsversorgung wird dabei als ein Aspekt der staatlich verantworteten Daseinsvorsorge angesehen. Neben den dargestellten Akteursgruppen können auch gesundheitspolitische Akteure auf Bundesebene, z.B. im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren, die Versorgung in ländlichen Regionen maßgeblich beeinflussen.

Stationärer Sektor: Mit Blick auf den stationären Sektor stellen insbesondere Krankenhäuser einen wichtigen Akteur dar. Diese sind nicht nur an der stationären Gesundheitsversorgung selbst beteiligt. Sie können auch Aufgaben in der ambulanten Gesundheitsversorgung übernehmen, zum Beispiel bei der Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle oder als Träger ambulanter Versorgungseinrichtungen (z.B. von Medizinischen Versorgungszentren).

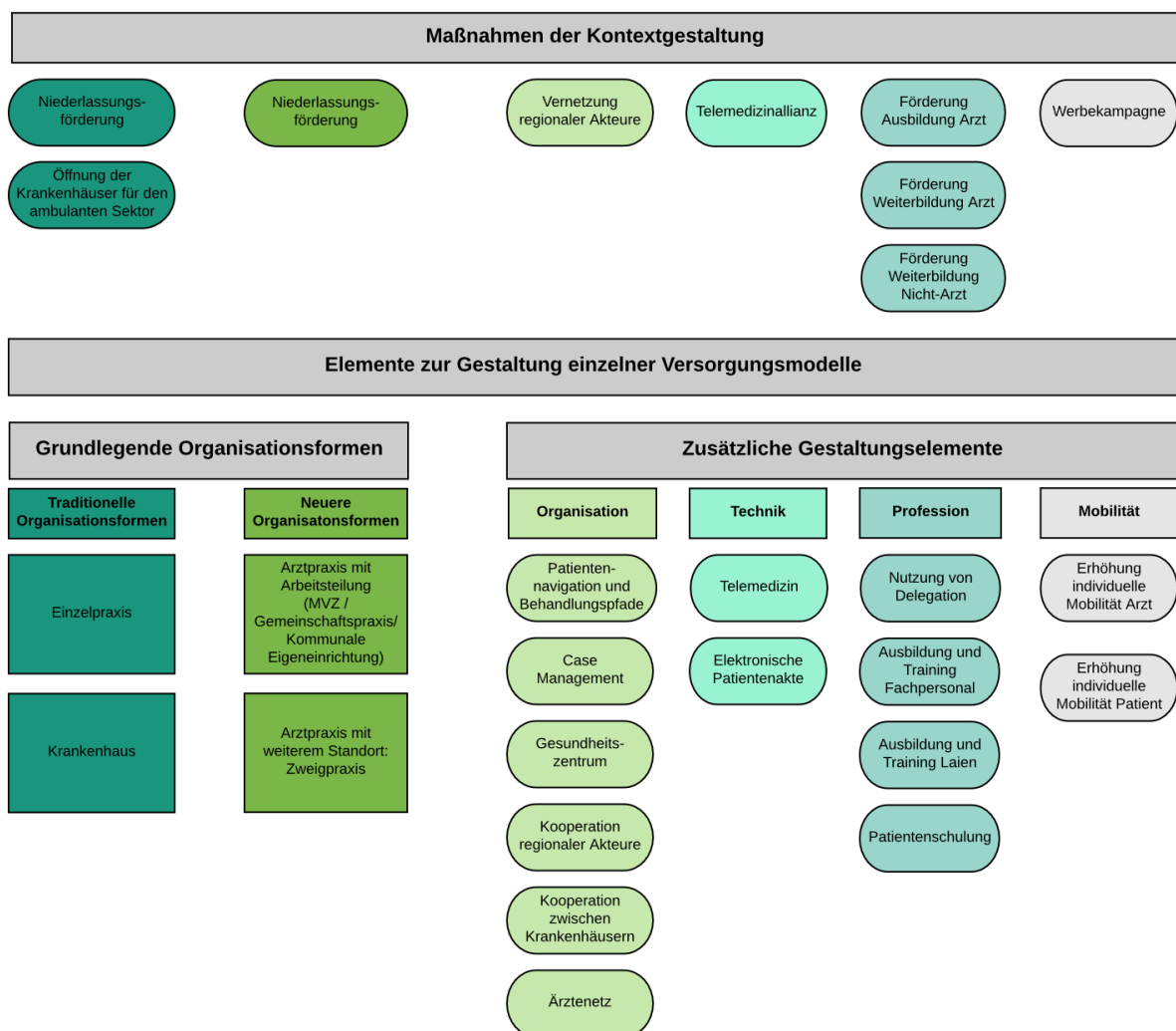
Sonstige: Weitere Akteure, die – jedoch meist mit geringerer Wichtigkeit – eine Funktion für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Raum haben, sind: Gesetzliche Krankenversicherungen (z.B. im Rahmen von Innovationsfondsprojekten), Apotheken, ambulante und stationäre

Pflegeeinrichtungen sowie engagierte Bürger. Letztere können zum Beispiel im Rahmen von Fahrdiensten einen wichtigen Beitrag leisten. In diesem Zuge sind auch Anbieter des öffentlichen Nahverkehrs relevant.

3.2 Gestaltungselemente für Versorgungsmodelle in ländlichen Regionen

In diesem Abschnitt werden die Gestaltungselemente für Versorgungsmodelle in ländlichen Regionen dargestellt, die im Rahmen der Studie identifiziert wurden (für einen Überblick siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Gestaltungselemente für Versorgungsmodelle (Eigene Darstellung)



Hierbei lassen sich erstens von einzelnen Versorgungsmodellen unabhängige und damit modellübergreifende Maßnahmen der Kontextgestaltung identifizieren. Zweitens gibt es Elemente zur Gestaltung einzelner, konkreter und oft einzigartiger Versorgungsmodelle. Hier lassen sich grundlegende Organisationsformen sowie zusätzliche Gestaltungselemente aus den Bereichen Organisation, Technik, Profession und Mobilität unterscheiden. In der Realität werden diese Organisationsformen und

Gestaltungselemente vielfältig kombiniert. Zunächst werden die einzelnen Maßnahmen der Kontextgestaltung sowie die Elemente zur Gestaltung einzelner Versorgungsmodelle systematisch vorgestellt. Wie diese Kombinationen in verschiedenen Versorgungsmodellen ausgestaltet werden, wird im nachfolgenden Kapitel thematisiert.

3.2.1 Maßnahmen der Kontextgestaltung

Neben konkreten Versorgungsmodellen, die aus grundlegenden Organisationsformen sowie zusätzlichen Gestaltungselementen zusammengesetzt sind, existieren auf übergeordneter Ebene (bezogen auf ein KV-Gebiet, Bundesland- oder Bundesebene) Maßnahmen der Kontextgestaltung. Diese sollen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen beitragen und werden typischerweise von Akteuren aus der Politik und/oder den Kassenärztlichen Vereinigungen vorangetrieben. Abbildung 4 verdeutlicht, dass die Maßnahmen der Kontextgestaltung ebenfalls auf grundlegende Organisationsformen oder die zusätzlichen Gestaltungselemente aus den Bereichen Organisation, Technik, Profession und Mobilität abzielen.

Niederlassungsförderung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben verschiedene Maßnahmen der Niederlassungsförderung in insbesondere unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten initiiert. Hierzu zählen beispielsweise Beratungsangebote und Existenzgründungsseminare. Angeboten werden aber auch Sicherstellungszuschläge, Investitionskostenzuschüsse und Niederlassungszuschläge für die Gründung oder Übernahme von Praxen und Zweigpraxen sowie auch Umsatzgarantien (siehe z.B. auch *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014*). Die Niederlassung von Ärzten wird in manchen ländlichen Regionen auch von Kommunen und Landkreisen gefördert.

Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung

Der Gesetzgeber hat verschiedene Maßnahmen getroffen, die Krankenhäusern Zugang zur ambulanten Versorgung erlauben. Diese Maßnahmen können insbesondere in unterversorgten ländlichen Regionen großes Gestaltungspotential entwickeln. Als besonders relevant sind hier zu nennen (nach *Coenen/Haucap/Hottenrott 2016*):

- Persönliche Ermächtigungen von im Krankenhaus tätigen Ärzten bei Unterversorgung (§ 116 SGB V)
- Ambulante fachärztliche Versorgung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (§ 116a SGB V)

- Ambulante Versorgung im Rahmen der Besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) und Strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137f SGB V)
- Einrichtungen von Medizinischen Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern (§ 95 SGB V)

Vernetzung regionaler Akteure

Eine weitere Maßnahme der Kontextgestaltung zielt auf die Initiierung der – insbesondere sektorenübergreifenden – Vernetzung regionaler Akteure. Im Rahmen der Studie haben sich hier verschiedene Ausgestaltungsansätze ergeben. Diese umfassen im Kern den Einsatz regionaler Koordinatoren, die Einrichtung von Steuerungs- und Arbeitsgruppen sowie die Durchführung von regionalen Gesundheitskonferenzen. Diese Praktiken vermitteln zwischen regionalen Akteuren der Gesundheitsversorgung und unterstützen die Initiierung und Umsetzung von Projekten. Die Vernetzung regionaler Akteure wird dabei zum Beispiel durch den Einsatz von regionalen Koordinatoren durch Landkreise angestrebt. Darüber hinaus gibt es aber auch umfassende Vernetzungsprojekte auf Landesebene. Als Beispiel können hier die Gesundheitsregionen Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein genannt werden. Auch Projekte wie die vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz geförderten lokalen Zukunftswerkstätten zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung (Ulrich *et al.* 2018) tragen zur Vernetzung regionaler Akteure bei.

Telemedizinallianz

Telemedizinallianzen wie die Bayerische TelemedAllianz (Bayerische TelemedAllianz 2018) haben das Ziel, Kompetenzen zu bündeln und telemedizinische Projekte und Initiativen zu koordinieren und zu vernetzen. Auch über geordnete Themen wie gesetzliche Rahmenbedingungen und die Nutzung von technischen Standards werden von solchen Allianzen adressiert. Sie tragen damit zur Legitimation, Nutzung und Weiterentwicklung des Gestaltungselements Telemedizin bei, dass auf der Ebene konkreter Versorgungsmodelle genutzt wird.

Förderung der Ausbildung von Ärzten

Die Förderung der Ausbildung von Ärzten umfasst verschiedene Maßnahmen, die hier nur ausschnittsweise dargestellt werden können. So unterstützen beispielsweise Kassenärztliche Vereinigungen die Ableistung von Famulaturen und Abschnitten des praktischen Jahres in ländlichen Regionen. Kassenärztliche Vereinigungen, aber auch Kommunen und Länder, vergeben Stipendien an Medizinstudierende, die sich perspektivisch zu einer Tätigkeit in ländlichen Regionen verpflichten. Auch die Einführung einer „Landarztquote“, die die Vergabe von Studienplätzen an eine zukünftige Tätigkeit im ländlichen Raum knüpft, wird hier diskutiert. Die in kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft befindliche Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB) ist ein Beispiel,

wie ein Bundesland in Zusammenarbeit mit Krankenhausträgern Ärzte schon während des Studiums für eine Tätigkeit in ländlichen Regionen gewinnen will. Die 2014 gegründete MHB arbeitet mit ca. 100 Lehrpraxen und über 20 Kliniken in Brandenburg zu Ausbildungszwecken zusammen, mit dem Ziel, dass die Anbindung der Studierenden auch nach dem Examen anhält. Die Studiengebühren sind teilfinanzierbar durch eine Klinik der Trägerschaft, die das Darlehen in ein Stipendium umwandelt, wenn die Absolventen für fünf Jahre bei vollem tariflichen Lohn in dieser Klinik arbeiten (siehe auch *Medizinische Hochschule Brandenburg* 2018).

Förderung der Weiterbildung von Ärzten

Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten der Fachrichtung Allgemeinmedizin. Dies trägt ebenfalls zur langfristigen Nachwuchsgewinnung dieser Facharztgruppe bei. Die Existenz von ausreichend weitergebildeten Allgemeinmedizinern ist dabei auch essentiell für ländliche Regionen. Einige Ansätze setzen hier auch auf die Stärkung der Fachrichtung Allgemeinmedizin bereits während des Medizinstudiums (siehe z.B. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* 2014, S. 367).

Förderung der Weiterbildung von nicht-ärztlichen Professionen

Auch die Weiterbildung von nicht-ärztlichen Professionen kann als kontextbeeinflussende Maßnahme dazu beitragen, die ambulante Versorgung in ländlichen Regionen sicherzustellen. Hier sind insbesondere Maßnahmen zu nennen, die die Weiterbildung von medizinischen Fachangestellten unterstützen (z.B. agnes^{zwei}, VERAH). Perspektivisch ist hier auch eine umfassendere Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal vorstellbar, was nicht nur die Delegation, sondern auch Substitution von ärztlichen Leistungen erlaubt.

Werbekampagne

Eine weitere Maßnahme der Kontextbeeinflussung stellen Werbekampagnen dar, die auf die Gewinnung von Ärzten für die Tätigkeit in ländlichen Regionen generell oder bestimmten ländlichen Regionen abzielen. Solche Werbekampagnen werden von Kassenärztlichen Vereinigungen aber auch Bundesländern, Kommunalvertretern und regionalen Ärztenetzen initiiert.

3.2.2 Grundlegende Organisationsformen auf der Ebene einzelner Modelle

Grundlegende Organisationsformen bilden die notwendige Basis für jedes Versorgungsmodell. Durch eine Kombination dieser Organisationsformen und/oder das Hinzufügen von weiteren Gestaltungselementen und ergänzenden Maßnahmen können besonders herausfordernde Versorgungssituationen adressiert werden. Die grundlegenden Organisationsformen lassen sich mit Blick auf die Historie

ihrer Nutzung im deutschen Gesundheitssystem als traditionelle und neuere Organisationsformen klassifizieren.

3.2.2.1 Traditionelle Organisationsformen

Die beiden traditionellen Organisationsformen des deutschen Gesundheitssystems sind die Einzelpraxis und das Krankenhaus. Während die klassische Einzelpraxis durch die freiberufliche Tätigkeit eines einzelnen Arztes charakterisiert ist, ist das Angestelltenverhältnis typisch für ein Krankenhaus. Weiterhin weisen beide Organisationsformen Unterschiede in der alltäglichen Arbeitsteilung auf. Während in einer traditionellen Praxis eine Aufgabenteilung meist zwischen Arzt und medizinischen Fachangestellten erfolgt, ist im Krankenhaus auch eine Arbeitsteilung zwischen Ärzten üblich. Je nach Trägerschaft sind Krankenhäuser als grundlegende Organisationsform in der Lage, die Implementierung und Erprobung innovativer Versorgungsmodelle über einen längeren Zeitraum zu finanzieren. Wie nachfolgend deutlich wird, stellt insbesondere die traditionelle Einzelpraxis Anforderungen an den dort tätigen Arzt, die potentielle Praxisinhaber aufgrund veränderter Erwartungen an den Arztberuf und die Krankenversorgung insbesondere in ländlichen Regionen oft nicht mehr bedienen wollen.

3.2.2.2 Neure Organisationsformen

Arztpraxis mit Arbeitsteilung

Eine neuere Organisationsform ist die Arbeitspraxis mit Arbeitsteilung. Da auch die traditionelle Einzelarztpraxis eine Arbeitsteilung aufweist (z.B. zwischen Arzt und medizinischen Fachangestellten), beziehen sich die in diesem Bericht als „Arztpraxis mit Arbeitsteilung“ bezeichneten Organisationsformen insbesondere auf die Aufgabenteilung zwischen Ärzten. Weiterhin können auch zum Beispiel das Praxismanagement und die Buchführung betreffende Tätigkeiten von Betriebswirten übernommen werden. Da solche Organisationsmodelle rechtlich auch die Anstellung von Ärzten erlauben, können Inhaberschaft der Praxis und Erbringung ärztlicher Leistungen personell auseinanderfallen³. Mit Blick auf ihre konkrete Ausgestaltung stellen sich Arztpraxen mit Arbeitsteilung als sehr vielfältig dar (siehe Tabelle 1 für einen Überblick).

In der Praxis sind diese Organisationsformen zunächst oft nicht voneinander unterscheidbar, da sich alle nach außen wirksamen Bezeichnungen wie Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), Medizini-

³ Auch in Einzelpraxen ist die Anstellung von weiteren Ärzten rechtlich möglich. Allerdings hat sich dieses Modell im Rahmen der Studie als nicht relevant erwiesen.

ches Zentrum, Gesundheitszentrum, Poliklinik, Ärztehaus etc. bedienen können. Diese Bezeichnungen korrespondieren jedoch nicht immer mit einer möglichen bzw. gewählten Rechtsgrundlage der Einrichtung.

Tabelle 1: Vergleich von Arztpraxen mit Arbeitsteilung (in Anlehnung an BMVZ 2017; 2018)

	Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis)*	MVZ	Kommunales MVZ	Kommunale Eigen-einrichtung
Gemeinsamkeiten	<ul style="list-style-type: none"> Ambulant-kooperative Versorgungsstrukturen Rechtsrahmen weitgehend durch SGB V (Leistungserbringung und Abrechnung) Bei Gründung und Erweiterung den Grenzen der Bedarfsplanung unterworfen Sind hinsichtlich des äußeren Erscheinungsbildes und der medizinischen Versorgungsleitung von außen nicht zu unterscheiden 			
Rechtsgrundlage	§ 33 Abs. 2-3 Ärzte-ZV	§ 95 Abs. 1a SGB V		§ 105 Abs. 5 SGB V
Zulässige Gründer/Träger	Vertragsärzte (-zahnärzte & -psychotherapeuten), MVZ	Vertragsärzte (-zahnärzte & -psychotherapeuten), Krankenhäuser, Dialysebetreiber	Kommunen	
Verhältnis Träger und Leistungserbringer	Personenidentität zwischen Gesellschaftern und dort tätigen Leistungserbringern zumindest teilweise notwendig	Personenidentität zwischen Gesellschaftern und dort tätigen Leistungserbringern möglich, aber nicht notwendig	Keine Personenidentität zwischen Träger und dort tätigen Leistungserbringern	
Form	Regelversorgungsform			Sonderform
Zulassung	Genehmigung vom Zulassungsausschuss notwendig; personengebundene Zulassung entsprechender Arztstellen (Zulassung der Gemeinschaft speist sich aus Summe dieser Arztstellen)	Jedes MVZ benötigt eine Zulassung durch den Zulassungsausschuss. Dieser MVZ-Zulassung sind wiederum mehrere, nicht personengebundene Arztstellen (Sitze) zugeordnet (institutionelle Zulassung) Gründungsanträge von Kommunen werden diesbezügliche wie jene anderer Träger behandelt. Der Nachrang aus § 105 V SGB V gilt entsprechend für kommunale MVZ nicht		Werden nachrangig behandelt Benötigen die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen, anschließende Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss
Anstellung von Ärzten	Mit Genehmigung des Zulassungsausschusses ist die Anstellung von bis zu drei Ärzten ⁴ oder Psychotherapeuten möglich	Ärzte können sowohl angestellt (in unbegrenzter Zahl im Rahmen der Bedarfsplanung) als auch als Vertragsärzte im MVZ arbeiten		Ausschließlich angestellte Ärzte

* Rechtlich zählen auch MVZs zu den Gemeinschaftspraxen (BMVZ 2018). Zur besseren Unterscheidung (z.B. hinsichtlich der Trägerschaft) werden sie jedoch getrennt dargestellt.

⁴ Im Moment ist rechtlich offen, ob bis zu drei Ärzte von der gesamten Berufsausübungsgemeinschaft oder bis zu drei Ärzten pro Vertragsarzt als Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft angestellt werden können (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, S. 382).

MVZs können dabei ab 2003 eingerichtet werden, wobei zunächst der Einbezug verschiedener ärztlicher Fachrichtungen notwendig war. Seit 2015 ist neben der Gründung von kommunalen MVZs auch die Einrichtung von fachgleichen MVZ (z.B. zwei Fachärzte für Allgemeinmedizin) möglich. Allerdings wurde bisher nur eine geringe Zahl kommunaler MVZs gegründet (*Müller 2018*).

Die Gründung von kommunalen Eigeneinrichtungen wurde schon 2011 ermöglicht. Allerdings ist davon auszugehen, dass in Zukunft keine kommunalen Eigeneinrichtungen mehr gegründet werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Kommunen nun auch die Trägerschaft von kommunalen MVZs übernehmen können. Die Zulassung dieser Organisationsform unterliegt wiederum weniger Hürden. Allerdings ist für die Trägerschaft eines solchen MVZs ein Fachwissen über die Gesundheitsversorgung notwendig, das durch Kommunen zunächst aufgebaut werden muss (*BMVZ 2017*). Im Gegensatz zu Berufsausübungsgemeinschaften können MVZs auch durch andere Träger wie Kommunen und Krankenhäuser gegründet werden (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018*).

Weiterhin besteht nach § 105 SGB V Abs. 1 Satz 2 für Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Möglichkeit, Eigeneinrichtungen zu schaffen und zu betreiben. Dabei werden Ärzte von einer regionalen Kassenärztlichen Vereinigung angestellt, wobei in der Regel eine spätere Übernahme der Praxis und Weiterführung in eigener Niederlassung möglich und geplant ist. Allerdings erfolgt hier, wie auch bei der kommunalen Eigeneinrichtung, nicht immer zwangsläufig eine Arbeitsteilung zwischen mehreren Ärzten.

Ein Vorteil dieser Organisationsmodelle ist ihr Potential, attraktive Arbeitsbedingungen sowohl für den Ärztenachwuchs als auch für kurz vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben stehende Ärzte zu bieten. Dies beinhaltet auch die Übernahme des wirtschaftlichen Risikos durch den Träger. Zudem können Arbeitszeiten häufig flexibler als in einer traditionellen Einzelpraxis gestaltet werden (z.B. auch Teilzeit) (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2010*). Der Austausch mit Kollegen wird ebenso wie die gemeinsame Nutzung von investitionsintensiven medizinischen Geräten möglich.

Zudem sind insbesondere MVZs ein wichtiges Gestaltungselement zum Verbinden der ambulanten und stationären Versorgung. Sie bieten darüber hinaus das Potential, eine stabile, standorttreue und von einzelnen Arztpersönlichkeiten vergleichsweise unabhängige Versorgung zu ermöglichen (*Müller 2018*).

Arztpraxis mit weiterem Standort: Zweigpraxis

Eine weitere neuere Organisationsform ist die Zweigpraxis (siehe z.B. *Kassenärztliche Bundesvereinigung* 2007). Seit 2007 dürfen Ärzte nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV über den Vertragsarztsitz („Stammpraxis“) hinaus noch an weiteren Orten („Zweigpraxis“) ärztlich tätig sein. In § 98 Abs. 2 SGB V ist alternativ von sog. „weiteren Tätigkeitsorten“ die Rede. Die Anzahl der Zweigpraxen ist durch die genannten Paragraphen nicht limitiert, jedoch durch die jeweiligen Berufsordnungen auf Stammsitz und ein bis zwei Zweigpraxen. Angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten können die Praxisinhaber in diesen Filialpraxen unterstützen. Eine Zweigpraxis bedarf dabei einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Falls die Zweigpraxis im Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung als die Stammpraxis liegt, ist außerdem eine Ermächtigung des für diesen Bezirk zuständigen Zulassungsausschuss erforderlich. Dies eröffnet insbesondere für ländliche Regionen neue Versorgungsmöglichkeiten, da nur zeitweise besetzte Zweigpraxen eine ambulante Gesundheitsversorgung an Orten ermöglichen, für die sich beispielsweise kein Nachfolger für eine ehemals vorhandene Praxis findet. Zweigpraxen können auch durch eine Berufsausübungsgemeinschaft, ein MVZ oder als Eigeneinrichtung einer Kassenärztlichen Vereinigung betrieben werden und schließen die Tätigkeit eines Arztes im Angestelltenverhältnis nicht aus.

3.2.3 Zusätzliche Gestaltungselemente auf der Ebene einzelner Modelle

Die grundlegenden Organisationsformen können zur Entwicklung eines innovativen Versorgungsmodells in ländlichen Regionen außerdem mit zusätzlichen Gestaltungselementen kombiniert werden. Diese lassen sich den Bereichen Organisation, Technik, Profession und Mobilität zuordnen und werden im Folgenden dargestellt.

3.2.3.1 Organisation

Patientennavigation und Behandlungspfade

Dieses Gestaltungselement zielt sowohl auf die bewusste Gestaltung von Kontaktpunkten zwischen Patienten mit Leistungserbringern (z.B. Notaufnahme vs. Hausarzt, Patientennavigation) als auch auf die Entwicklung von klinischen Behandlungspfaden auf der Basis nationaler und internationaler Leitlinien. Während Patientennavigation in erster Linie die Kontaktpunkte und Wege von Patienten im Gesundheitswesen und damit eine räumlich-zeitliche Koordination adressiert, zielen Behandlungspfade zusätzlich stark auf den Inhalt und die Qualität der Behandlung ab. Dabei greifen Patientennavigation und Behandlungspfade oft ineinander, indem zum Beispiel die Erhebung einer Anamnese den weiteren Weg eines Patienten in der Gesundheitsversorgung bestimmt (*Walter/Auner/Griewing* 2017). Beiden ist außerdem gemeinsam, dass sie eine Prozesssteuerung und -optimierung anstreben.

Case Management

Case Management hat den Zweck, eine einzelfallbezogene, bedarfsentsprechende und angemessene Unterstützung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen zu bewerkstelligen. Dies beinhaltet gleichzeitig die effiziente und effektive Steuerung von Leistungsprozessen in Sozial- und Gesundheitswesen (*Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management 2018*).

Gesundheitszentrum

Der Begriff „Gesundheitszentrum“ bezeichnet keine bestimmte Rechtsform der Organisation im Gesundheitswesen. Als Gestaltungselement im Rahmen dieser Studie verstehen wir darunter die institutionalisierte, bewusst eingerichtete und räumlich konzentrierte Zusammenarbeit mehrerer Gesundheitsprofessionen an einem Ort. Diese kann sich sowohl auf einen Sektor beschränken (z.B. Ansiedlung von Haus-, Facharzt und Physiotherapiepraxen in einer Immobilie) oder sektorenübergreifend angelegt sein (z.B. Physiotherapiepraxis in einem Krankenhaus).

Kooperation zwischen regionalen Akteuren

Das Gestaltungselement „Kooperation zwischen regionalen Akteuren“ bezeichnet die dauerhaft und auf die Erreichung eines gemeinsamen Ziels angelegte Zusammenarbeit verschiedener, hier regionaler Akteure (*Provan/Fish/Sydow 2007*). Dabei handelt es sich häufig sowohl um eine professions- als auch sektorenübergreifende Zusammenarbeit, die beispielsweise neben Leistungserbringern und Krankenkassen auch Akteure der Regionalpolitik umfassen kann. Entscheidend hierbei ist, dass diese Akteure weiterhin rechtlich und grundsätzlich auch wirtschaftlich unabhängig bleiben. Im Gegensatz zum Gesundheitszentrum erfolgt auch nicht zwangsweise eine Konzentration an einem Ort.

Kooperation zwischen Krankenhäusern

Ähnlich wie bei der Kooperation zwischen regionalen Akteuren handelt es sich hier ebenfalls um die langfristig angelegte und zielorientierte Zusammenarbeit rechtlich und wirtschaftlich unabhängiger, nicht notwendig regionaler Akteure. Hierbei handelt es sich jedoch immer um Krankenhäuser; die Kooperation betrifft also ausschließlich die stationäre Gesundheitsversorgung.

Ärztetz

Beim Ärztenetz handelt es sich um die langfristig angelegte und zielorientierte Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten derselben oder verschiedener Fachrichtungen in einer Region. Hierbei handelt es sich also zunächst um eine Kooperation, die die ambulante Gesundheitsversorgung betrifft. Viele Ärztenetze streben darüber hinaus auch eine Kooperation mit stationären sowie weiteren Leistungserbringern an. Die Zusammenarbeit in Ärztenetzen kann unterschiedliche Ziele wie zum Beispiel Vertretungsregelungen, aber auch die gemeinsame Gestaltung der Patientenbehandlung umfassen.

3.2.3.2 Technik

Telemedizin

Telemedizinische Anwendungen adressieren in ihrer Gesamtheit die durch Informationstechnik medierte Überbrückung von räumlichen und zeitlichen Distanzen im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen medizinischen Versorgung. Im Zentrum stehen dabei der distanzüberbrückende Austausch von medizinischen Informationen sowie von Expertenwissen. Dies trägt insbesondere zur Einsparung von Wegezeiten bei (*Bundesärztekammer 2015*). Dabei können verschiedene Anwendungsbereiche wie Telekonsile zwischen verschiedenen Leistungserbringern, das regelmäßige telemedizinische Monitoring von Patienten (z.B. im Fall von Herzinsuffizienz) sowie der direkte Austausch zwischen Leistungserbringer und Patient unterschieden werden. Sowohl die Versorgung chronischer Erkrankungen als auch Akut- und Notfallversorgung können somit in telemedizinischen Szenarien unterstützt werden. Aufgrund der Möglichkeit der Distanzüberbrückung können telemedizinische Anwendungen besonders gewinnbringend in ländlichen Regionen eingesetzt werden (z.B. *Hubert et al. 2016; van den Berg et al. 2015*).

Elektronische Patientenakte

Eine elektronische Patientenakte dient der oft Einrichtungs- und Leistungserbringerübergreifenden Speicherung und Bereitstellung von Patientendaten in digitaler Form. Je nach Form der Ausgestaltung erlauben elektronische Patientenakten ein breites Anwendungsspektrum. Mögliche Funktionen umfassen zum einen die Gestaltung effizienterer Arbeitsprozesse durch die Nutzung von digitalisierten Daten, zum Beispiel mit Blick auf die administrative Belastung von Fachpersonal. Die hierdurch vereinfachte Datenweitergabe wird insbesondere in kooperativen Modellen bedeutsam, wo sie die Zusammenarbeit ohne die sonst üblichen Informationsverluste ermöglicht. Darüber hinaus können durch den Austausch von Daten beispielsweise auch telemedizinische Anwendungen unterstützt und unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden, was zur Verbesserung von Versorgungsprozessen und zur Patientensicherheit beitragen kann. Einige elektronische Patientenakten erlauben auch Patienten Zugriff auf ihre Gesundheitsdaten (*Amelung et al. 2017*).

3.2.3.3 Profession

Nutzung von Delegation

Es gibt in Deutschland verschiedene Modelle, die eine Delegation ärztlicher Aufgaben an andere medizinische, nicht-ärztliche aber gleichzeitig qualifizierte Professionen erlauben. Zentral ist hier insbesondere die Fortbildung von medizinischen Fachangestellten (für eine Übersicht siehe z.B. *Mergenthal et al. 2016c*). Die Verantwortung für die Behandlung verbleibt dabei beim Arzt (*Mergenthal et al.*

2016a). Die Nutzung von Delegation kann durch eine Arbeitsentlastung von Ärzten dazu beitragen, die Versorgung in strukturschwachen ländlichen Regionen zu unterstützen. Je nach Delegationskonzept kann hier auch ein Case Management institutionell verankert sein (z.B. im Rahmen des von der Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg GbR (IGiB) initiierten agnes^{zwei}-Konzepts, siehe z.B. *Schmiedhofer/Brandner/Kuhlmey 2017*). Auch ist es vorstellbar, dass Angehörige nicht-ärztlicher Professionen aus dem Pflegesektor hier wichtige unterstützende Tätigkeiten wahrnehmen, so z.B. im Rahmen von Pflegepraxen, die die Versorgung chronischer Wunden ermöglichen.

Die geführten Expertengespräche unterstützen ausschnitthaft den Tenor von Studien, die darauf hinweisen, dass solche Delegationsmodelle von Patienten (*Mergenthal et al. 2016b*) und Ärzten (*Mergenthal et al. 2013*) geschätzt werden. Auch medizinische Fachangestellte (*Schmiedhofer/Brandner/Kuhlmey 2017*) befürworten solche Modelle, da sie oft eine Erweiterung ihrer fachlichen Aufgaben und Kompetenzen beinhalten. Allerdings können Delegationsmodelle nur dann erfolgreich implementiert werden, wenn auch eine entsprechende Vergütung erfolgt. Ein weiterer möglicher Problembereich ist auch die Gewinnung von qualifiziertem Fachpersonal.

Ausbildung und Training von Fachpersonal

Ein weiteres Gestaltungselement im übergeordneten Bereich Profession setzt auf Ausbildung und Training von medizinischem Fachpersonal, welches typischerweise auf der Modellebene und nicht im Rahmen einer übergreifenden Maßnahme der Kontextgestaltung stattfindet. Solche Maßnahmen finden sich zum Beispiel im Rahmen sehr indikations- und/oder kontextspezifischer Versorgungsmodelle (z.B. Schlaganfall, Notfallversorgung).

Ausbildung und Training von Laien

Modellbezogene Maßnahmen von Ausbildung und Training können auch die Qualifikation von medizinischen Laien zum Ziel haben. Ein Beispiel für dieses Gestaltungselement findet sich im Rahmen eines Modells, das darauf abzielt die regionale Notfallversorgung durch die Schulung von Laien in Reanimation zu verbessern.

Patientenschulung

Schließlich können auch Schulungsmaßnahmen für Patienten als Gestaltungselement von Versorgungsmodellen im ländlichen Raum eingesetzt werden. Diese richten sich typischerweise an chronisch erkrankte Personen und können eine wichtige Voraussetzung für den Einsatz von telemedizinischem Monitoring bilden.

3.2.3.4 Mobilität

Erhöhung individueller Mobilität von Ärzten

Ein erstes mögliches Gestaltungselement im Bereich Mobilität ist eine erhöhte mobile Versorgung durch Ärzten (für einen Überblick siehe auch *Hämel/Kutzner/Vorderwülbecke 2017*) abseits der Durchführung von Hausbesuchen. Dieses Gestaltungselement beinhaltet nicht nur die temporäre Mobilität von ärztlichen Spezialisten im Rahmen der Kooperation zwischen Krankenhäusern. Auch wurden und werden Modelle erprobt, bei denen Ärzte als Besatzung mobiler Versorgungslösungen (Kleinbusse oder Busse) bestimmte ländliche Regionen meist nach einem bestimmten Fahrplan ansteuern (siehe z.B. *Schwartze/Wolf 2017* zur "Rollenden Arztpraxis" in Niedersachsen).

Erhöhung individuelle Mobilität von Patienten

Im Zuge des demographischen Wandels sind insbesondere ländliche Regionen tendenziell auch durch die Immobilität der Bevölkerung mit Blick auf die Fortbewegung gekennzeichnet. Dem gegenüber steht der Bedarf nach Fahrten zur medizinischen Versorgung, die sich zunehmend in städtischen Zentren konzentriert. Hieraus ergibt sich die Herausforderung, auch aus diesem Grund ein regionales Angebot des öffentlichen Nahverkehrs zu adäquaten Kosten aufrecht zu erhalten (*Herr 2014; KWC Gmbh/BBG und Partner Rechtsanwälte 2012*). Wo dies nicht möglich ist, gibt es weitere Möglichkeiten, die individuelle Mobilität von Patienten zu fördern. Hierzu zählen beispielsweise Patientenbusse, wie sie als Teil des KV Regiomed-Konzepts der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg genutzt werden (*Helming 2014*). Darüber hinaus ist auch die Nutzung von bedarfsorientierten Fahrdiensten vorstellbar, die durch Bürgerinitiativen, Gemeinden oder einen regionalen Leistungserbringer betrieben werden könnten.

3.3 Entwicklungstrajektorien

Innovative Versorgungsmodelle und Maßnahmen lassen sich danach klassifizieren, ob sie auf eine Versorgungsoptimierung innerhalb der Grenzen eines Sektors (ambulant oder stationär) abzielen oder ob eine sektorenübergreifende Neustrukturierung angestrebt wird (siehe auch *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, S. 347*). Die Abgrenzung zwischen ambulantem und stationärem Sektor erfolgt traditionell nach dem Ort der Leistungserbringung, wobei ambulante Leistungen außerhalb von Krankenhäusern erbracht werden (*Nagel et al. 2017*). Diese Unterscheidung kann aufgrund einer zunehmenden Öffnung der Sektorengrenzen nicht aufrechterhalten werden, da zunehmend – und auf dies weist auch der durch den Begriff der Trajektorie abgebildete Entwicklungscharakter hin – auch ambulante Gesundheitsdienstleistungen in bzw. durch

Krankenhäuser erbracht werden. Vielmehr unterscheidet sich also heute eine ambulante und stationäre Leistungserbringung danach, ob (auch) eine stationäre Unterbringung erfolgt. Da trotz Bestrebungen des Abbaus der Sektorengrenzen diese zum Beispiel mit Blick auf bestehende Verfügungssysteme weiterhin existieren, kombinieren wir beide Sichtweisen und definieren die Trajektorien wie folgt:

- **Ambulante Trajektorien:** Erbringungen von Leistungen ohne stationären Aufenthalt durch Anbieter, die ausschließlich dem ambulanten Sektor zugehörig sind
- **Stationäre Trajektorien:** Erbringung von Leistungen in Verbindung mit einem stationären Aufenthalt ausschließlich durch Krankenhäuser
- **Sektorenübergreifende Trajektorien:** Erbringung von Leistungen mit oder ohne stationären Aufenthalt durch Anbieter, die dem stationären und/oder ambulanten Sektor zugehörig sind.

Abbildung 5: Entwicklungstrajektorien von innovativen Versorgungsmodellen in ländlichen Regionen (Eigene Darstellung)

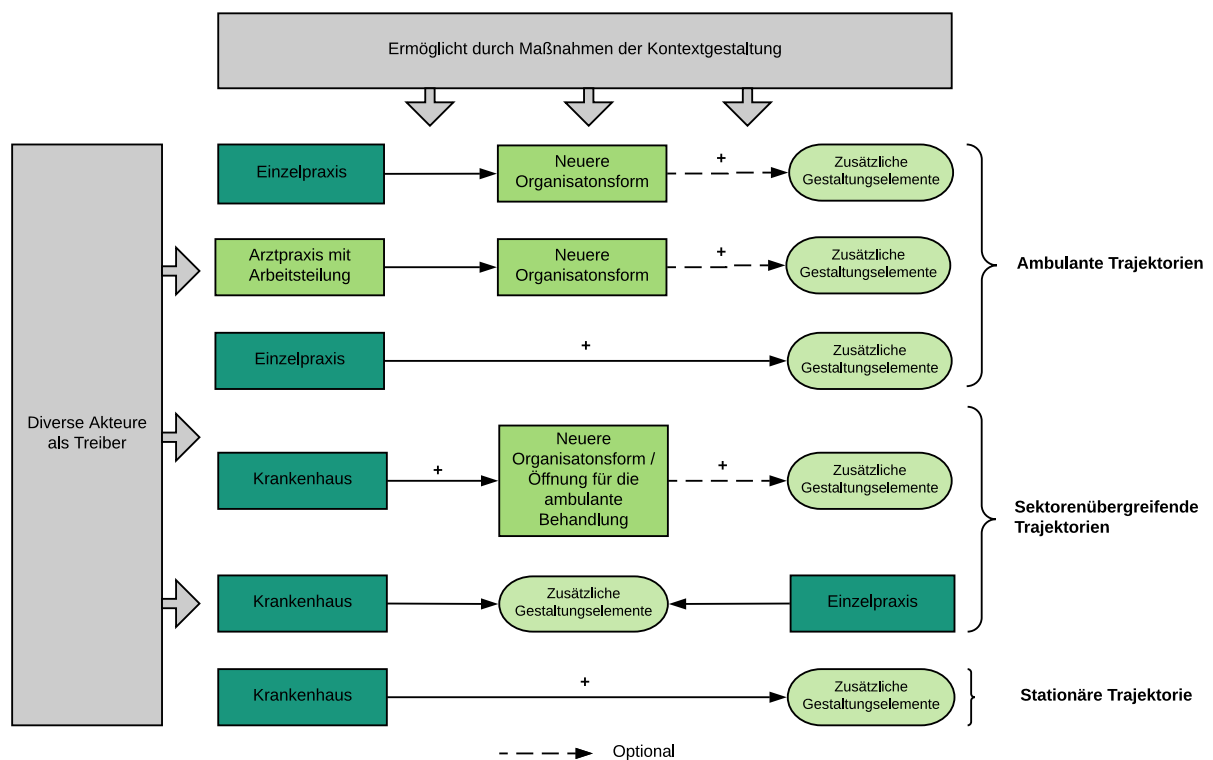


Abbildung 5 gibt einen Überblick über die im Rahmen der Studie identifizierten Entwicklungstrajektorien. Diese Trajektorien geben nicht nur Aufschluss über die sektorenbezogene Reichweite von Versorgungsmodellen; sie beziehen auch die zeitliche Entwicklung bzw. den Ausgangspunkt der Entwicklung eines innovativen Versorgungsmodells in ländlichen Regionen mit ein. Bei dem Ausgangspunkt der Entwicklung handelt es sich im Normalfall um eine der beiden traditionellen Organisationsformen Einzelpraxis oder Krankenhaus, im Rahmen der ambulanten Trajektorie selten auch um eine

neuere Organisationsform in Form einer Arztpraxis mit Arbeitsteilung. Die Entwicklung von solchen Versorgungsmodellen wird dabei von verschiedenen Treibern (siehe relevante Akteure) vorangetrieben und häufig durch übergeordnete Maßnahmen zur Kontextgestaltung erst ermöglicht (z.B. neue Rahmenbedingungen zur Nutzung von innovativen Komponenten wie Delegation oder Telemedizin).

Die Studie kann aufgrund der genannten methodischen Limitationen bei der Identifikation aktuell bestehender Versorgungsmodelle (siehe Anhang) keinen zuverlässigen Aufschluss über die exakte Anzahl von Modellen pro Entwicklungstrajektorie geben. Jedoch zeigt sich die Tendenz, dass am häufigsten Modelle innerhalb der ambulanten Trajektorie implementiert werden, gefolgt von Modellen innerhalb der stationären Trajektorie. Insbesondere komplexe sektorenübergreifende Modelle wurden am seltensten identifiziert.

Das Gutachten des Sachverständigenrats (2014) schlägt zudem vor, Vorhaben zur „Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen“ (S. 563) danach zu klassifizieren, ob sie auf die Fortschreibung bestehender Strukturen oder die Entwicklung neuartiger Lösungsansätze abzielen. Hier ist mit Blick auf die aktuelle Untersuchung festzuhalten, dass insbesondere sektorenübergreifende Modelle der zweiten Kategorie (Entwicklung neuartiger Lösungen) zuzuordnen sind, wenn man von wenig komplexen Ermächtigungen von einzelnen Krankenhausärzten oder Krankenhausabteilungen in unterversorgten Regionen absieht (§§ 116 und 116a SGB V). Modelle innerhalb der rein ambulanten oder stationären Trajektorie sind dagegen eher auf die Erhaltung bestehender Strukturen ausgerichtet.

Nachfolgend werden die Eigenheiten von und Beispiele für die einzelnen Trajektorien auch anhand konkreter Fallbeispiele⁵ genauer dargestellt. Abgesehen von der Klassifikation in Bezug auf Sektorengrenzen werden diese Modelle von sehr unterschiedlichen Akteuren initiiert und finanziert. Darüber hinaus werden auch unterschiedlichste Versorgungsprobleme (z.B. indikationsübergreifend vs. indikationsspezifisch, Mangel von Allgemein- vs. anderen Fachärzten) adressiert.

3.3.1 Stationäre Trajektorie

Die stationäre Trajektorie entwickelt sich ausgehend von der traditionellen Organisationsform des Krankenhauses, die mit zusätzlichen Gestaltungselementen kombiniert wird. Im Zentrum adressiert diese Trajektorie den regionalen Facharztmangel, der je nach Modell indikations- bzw. fachspezifisch (v.a. zur Behandlung von Schlaganfällen und anderen neurologischen Erkrankungen; dermatologische

⁵ Die gewählten, konkret dargestellten Fallbeispiele sind nicht als Empfehlung für diese Versorgungsmodelle zu verstehen, insbesondere da eine vergleichende Evaluation verschiedener Modelle nicht vorliegt. Ebenso ist die nicht genauere Darstellung von Versorgungsmodellen nicht als Abwertung zu verstehen. Die Fallbeispiele wurden so ausgewählt, dass sie möglichst umfassend mögliche Aspekte zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen darstellen können.

Erkrankungen) oder fachübergreifend aufgegriffen wird. Ein zentrales Gestaltungselement ist dabei die distanzüberbrückende Nutzung von Telemedizin zur Arzt-Arzt-Kommunikation, die von allen identifizierten Versorgungsmodellen mit der Kooperation mit anderen Krankenhäusern kombiniert wird. Hierbei kann somit von dem Krankenhaus in einer ländlichen Region auf die Expertise von meist in einem urbanen Zentrum angesiedelten Spezialisten zurückgegriffen werden. Alle identifizierten Modelle belassen es dabei nicht bei einem virtuellen Austausch von Expertenwissen. Auch das Gestaltungselement der Mobilität von Ärzten wird genutzt. Je nach Modell kann es sich dabei um regelmäßige Rotationen zwischen Kliniken (indikationsübergreifend in Bezug auf ein Fachgebiet) oder punktuellen Austausch, auch zu Schulungszwecken (indikationsspezifische Modelle) handeln. Treiber solcher Modelle sind typischerweise Krankenhäuser, die mit Blick auf die Finanzierung zunehmend von Gesetzlichen Krankenkassen unterstützt werden.

Nachfolgend wird ein Fallbeispiel für ein indikationsspezifisches Versorgungsmodell innerhalb der stationären Trajektorie dargestellt.

Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-Ost-Bayern (TEMPiS)

Ziel: Zeitnahe und spezialisierte Schlaganfallbehandlung auch in dünn besiedelten ländlichen Regionen

Gestaltungselemente: Ausbildung und Training Fachpersonal, Erhöhung der individuellen Mobilität von Ärzten, Kooperation zwischen Krankenhäusern, Patientennavigation und Behandlungspfade, Telemedizin

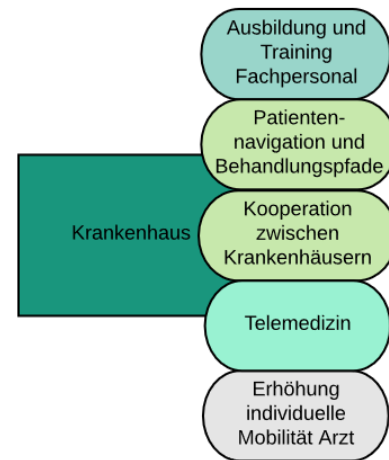
Jahr der Einführung: 2003

Das Projekt TEMPiS hat sich 2003 mit dem Ziel gegründet, eine optimale, normalerweise in hochspezialisierten Zentren stattfindende Schlaganfallbehandlung auch in ländlichen Regionen Süd-Ost-Bayerns verfügbar zu machen. Hierzu wurden zunächst Beratungen von Kliniken bei der Einrichtung von spezialisierten Abteilungen (Stroke-Units) sowie Schulungen aller dort an der Behandlung beteiligter Akteure durchgeführt. Hieraus entwickelten sich außerdem Behandlungsrichtlinien und Qualitätsstandards, die fortlaufend an den aktuellen Stand der Forschung angepasst werden. Im weiteren Verlauf wurden diese Maßnahmen um eine telemedizinische Infrastruktur ergänzt, die im Bedarfsfall die Beratung von Medizinern vor Ort durch erfahrene Spezialisten sicherstellt.

Problemdefinition/Ausgangssituation

Zu Beginn der 2000er Jahre bestanden in Bayern starke regionale Unterschiede in den Behandlungsmöglichkeiten von Schlaganfallpatienten. Da nur sehr wenige Kliniken die empfohlenen Behandlungen anboten, konnte nur ein geringer Prozentsatz der Patienten von diesen profitieren. Es galt jedoch als erwiesen, dass zum einen die Gabe von hoch dosierten Blutverdünnern (Thrombolysetherapie) und zum anderen die anschließende Behandlung in einer spezialisierten Abteilung, in der sämtliche Mitarbeiter der verschiedenen Professionen auf den Schlaganfall spezialisiert sind (Stroke-Unit), sich sehr positiv für den Patienten auswirkt. Da die Therapie sehr zeitnah nach Eintreten eines Schlaganfalls begonnen werden soll, waren die weiten Wege zu den sich meist in Ballungsräumen befindlichen spezialisierten Kliniken für viele Patienten nachteilig.

Abbildung 6: Genutzte Gestaltungselemente TEMPiS (Eigene Darstellung)



Lösung

Um eine flächendeckende Versorgung mit den neuesten Schlaganfalltherapien sicherzustellen, setzte TEMPiS auf eine Kombination von verschiedenen ineinandergreifenden Maßnahmen.

In einem ersten Schritt sollte die Dichte der Stroke-Units erhöht werden. Hierzu werden Kliniken bei der Einrichtung in organisatorischer, technischer, aber auch fachlicher Hinsicht beraten. Damit eng verknüpft ist ein umfangreiches Programm zur Schulung aller beteiligten Mitarbeiter der Stroke-Units durch hochspezialisierte Experten. So werden die Neurologen vor Ort befähigt, die Thrombolysetherapie erfolgreich einzusetzen. Hierbei wurden Behandlungsstandards entwickelt und implementiert, die kontinuierlich angepasst werden. Diese Standards sind für alle teilnehmenden Kliniken verbindlich und werden regelmäßig evaluiert. Hierdurch konnten diese Behandlungsmethoden auch in ländlichen Gebieten etabliert werden. Unterstützt werden die Ärzte in den Stroke-Units außerdem durch ein Telemedizinnetzwerk, das es ermöglicht, Patienten einem Spezialisten in München vorzustellen, um beispielsweise eine Entscheidung für die riskante Lyse-Behandlung abzusichern. Eine neuere Entwicklung im Netzwerk ist nun die Thrombektomie, eine operative Entfernung von Blutgerinnseln. Um diese flächendeckend anbieten zu können, stand TEMPiS vor der Herausforderung, dass der Eingriff nur von erfahrenen Medizinern durchgeführt werden kann, die sich aufgrund der geringen Fallzahlen in regionalen Kliniken in der Regel in Metropolregionen finden. Da diese Behandlung also nicht telemedizinisch durchgeführt werden kann, ermöglicht ein aktuelles Pilot-Projekt, dass Spezialisten im Bedarfsfall mit einem Helikopter in die entsprechenden Kliniken geflogen werden.

Umsetzung, Bewertung und Ausblick

Die Umsetzung des Projektes ist eng an die erfolgreiche Finanzierung durch die Krankenkassen geknüpft. Das telemedizinische Netzwerk konnte zunächst nicht im Rahmen der bestehenden Regelvergütung der gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden und wurde daher über ein Sonderbudget ermöglicht, das mit der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherungsverbände abgestimmt wurde. Seit 2011 werden nur noch die Leistungen des telemedizinischen Zentrums über ein Sonderbudget finanziert, die Leistungen der teilnehmenden Kliniken können im Rahmen der Regelvergütung finanziert werden.

Neben TEMPiS existieren insbesondere in Bayern, aber auch deutschlandweit noch weitere Netzwerke, die sich auf die Betreuung von Akutschlaganfallpatienten spezialisiert haben, wobei die Nutzung von Telemedizin ein verbindendes Gestaltungselement darstellt.

3.3.2 Ambulante Trajektorie

Die ambulante Trajektorie entwickelt sich im Prinzip ausgehend von der traditionellen Organisationsform der Einzelpraxis, die mit neueren Organisationsformen und/oder zusätzlichen Gestaltungselementen kombiniert wird. Grundsätzlich lassen sich hier zunächst zwei Sub-Trajektorien mit unterschiedlicher Ausgestaltung und Zielsetzung benennen:

- 1. Der Einsatz einer neueren Organisationsform, die attraktivere Arbeitsbedingungen für Ärzte schafft:** Diese unter allen in die Studie einbezogenen Fällen am häufigsten auftretende Subtrajektorie adressiert in erster Linie einen drohenden oder vorhandenen Mangel von Allgemeinmedizinern in einer ländlichen Region. Häufig geht es hier um die zunächst erfolglose Nachbesetzung von bestehenden Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Neuere Organisationsformen wie beispielsweise (Kommunale) MVZ, Kommunale Eigeneinrichtungen aber auch Gemeinschaftspraxen ermöglichen attraktivere Arbeitsbedingungen für Ärzte in ländlichen Regionen, indem sie zum Beispiel verringerte Arbeitszeiten und/oder eine Tätigkeit in Anstellung ermöglichen (siehe oben, Gestaltungselemente). In Falle einer Anstellung verbleibt das wirtschaftliche Risiko beim Praxis-träger und der Angestellte muss sich nicht langfristig an eine bestimmte Region binden. Auch Zweigpraxen als weitere neuere Organisationsform ermöglichen Ärzten eine zeitlich begrenzte Tätigkeit in einer bestimmten Region, was auch im Rahmen der Versorgung durch Ärzte anderer Fachrichtungen als der Allgemeinmedizin relevant ist. Innerhalb dieser Subtrajektorie ist auch die Eröffnung von regionalen Zweigstellen durch MVZ zu beobachten. Diese haben das Potential, „auch in der Fläche ein relevante[r] Versorgungsträger im ländlichen Raum zu werden“ (Müller

2018, S. 38). Sehr häufig werden in dieser Subtrajektorie die Räumlichkeiten der ärztlichen Tätigkeit mit einem Gesundheitszentrum kombiniert, was die gemeinsame Nutzung einer Immobilie mit zum Beispiel Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und/oder einer Apotheke, impliziert.

2. **Die Bildung von Ärztenetzen in ländlichen Regionen:** Eine weitere, jedoch deutlich weniger oft identifizierte Subtrajektorie betrifft die Bildung von Ärztenetzen in ländlichen Regionen. Hierbei kooperieren mehrere dem ambulanten Sektor zugehörige ärztliche Versorgungseinrichtungen. Ärztenetze im Allgemeinen wie auch in ländlichen Regionen verfolgen sehr heterogene Ziele, was auch mit ihrer unterschiedlichen Ausgestaltung korrespondiert. Während einige ländliche Ärztenetze sehr indikationsspezifisch ausgerichtet sind (z.B. Palliativversorgung), sind andere breiter aufgestellt und adressieren zum Beispiel die Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung in der Region, nicht zuletzt auch durch die Schaffung von attraktiveren Arbeitsbedingungen für Ärzte im Rahmen von Vertretungsregelungen oder gegenseitigem fachlichen Austausch.

Typische, aber nicht immer zusätzlich genutzte Gestaltungselemente in den ersten beiden ambulanten Subtrajektorien sind der Einsatz von Telemedizin und elektronischer Patientenakten sowie die Nutzung von Delegation. Die Treiber dieser Entwicklungstrajektorien, die im Kern auf den Erhalt bestehender ambulanter Versorgungsstrukturen abzielen, sind nicht nur regionale Kassenärztliche Vereinigungen, sondern auch Akteure auf der Kommunalebene (z.B. Bürgermeister, Landräte) sowie regional niedergelassene Ärzte (letztere v.a. im Fall der Ärztenetze).

Darüber hinaus konnte noch eine dritte, rein auf den ambulanten Sektor beschränkte Subtrajektorie identifiziert werden:

3. **Die „arztunabhängige“ Nutzung von Delegationsmodellen:** Weiterhin gibt es auf den ambulanten Sektor beschränkte Versorgungsmodelle, die sich auf die Erbringung ärztlich delegierbarer Gesundheitsdienstleistungen fokussieren. Diese Modelle wurden innerhalb der ambulanten Entwicklungstrajektorie mit Abstand am seltensten identifiziert. Im Kern adressieren diese Modelle einen wahrgenommenen Ärztemangel und setzen auf eine Ergänzung der medizinischen Versorgung durch nicht-ärztliches Personal, das eng mit den ambulant tätigen Allgemeinmedizinern in der Region kooperiert. Im Gegensatz zum Einsatz von fortgebildeten medizinischen Fachangestellten (z.B. agnes^{zwei}, VERAH), die in einer Arztpraxis angestellt sind, handelt es sich hier um projektbasiert angestellte Fachkräfte (z.B. „Gemeindeschwestern“). Sie werden beispielsweise in den Bereichen Prävention, Überwachung des Gesundheitszustands und Einhaltung der Medikamentencompliance tätig. Solche Projekte werden typischerweise von Akteuren auf der Kommunalebene initiiert und sind somit auch von einer Finanzierung außerhalb des Gesundheitssystems abhängig.

Nachfolgend wird ein Fallbeispiel für ein ambulantes Versorgungsmodell vorgestellt, das im Kern auf den Einsatz einer neueren Organisationsform zur Adressierung einer drohenden allgemeinmedizinischen Unterversorgung setzt und somit die erste vorgestellte ambulante Subtrajektorie illustriert.

Ärztzentrum Büsum

Ziel: Sicherstellung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen

Gestaltungselemente: Case-Management, Gesundheitszentrum, Nutzung einer neueren Organisationsform (Kommunale Eigeneinrichtung), Nutzung von Delegation, Telemedizin

Jahr der Einführung: 2015

Um die hausärztliche Versorgung aufrecht zu erhalten, wurde in Büsum eine kommunale Eigeneinrichtung gegründet, die veränderte Erwartungen an den Arztberuf adressiert und dadurch zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung beitragen kann.

Problemdefinition/Ausgangssituation

2015 waren in Büsum fünf Hausärzte in Einzelpraxen tätig, die jedoch einen Altersdurchschnitt von über 60 Jahren aufwiesen. Da einige von ihnen sich bereits vergeblich um eine Nachfolge bemüht hatten, sah sich die Kommune, wie vielerorts in Schleswig-Holstein, mit einer drohenden hausärztlichen Unterversorgung konfrontiert.

Hausarztpraxen in ländlichen Regionen finden oft keine Nachfolger, weil den Berufseinsteigern die Belastungen und Risiken der selbstständigen Niederlassung zu hoch sind. Sie wünschen sich flexible Arbeitszeiten und eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf und werden zusätzlich von hohen finanziellen Anfangsinvestition sowie den umfangreichen administrativen Aufgaben abgeschreckt, die eine Niederlassung mit sich bringt.

Lösung

Um die zukünftige hausärztliche Versorgung vor Ort zu sichern, haben die Gemeinde Büsum und die Ärztegenossenschaft Nord in enger Zusammenarbeit mit andern regionalen Akteuren ein Ärztezentrum mit der Rechtsform einer gGmbH als kommunale Eigeneinrichtung aufgebaut.

Hierzu wurde von der Kommune ein bestehendes

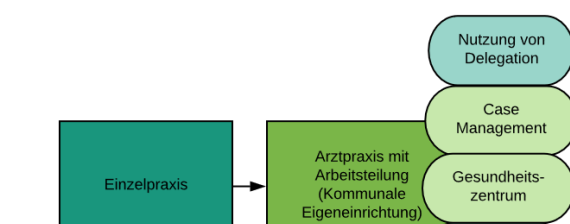


Abbildung 7: Genutzte Gestaltungselemente Ärztehaus Büsum (Eigene Darstellung)

Gebäude gekauft, in dem vier der bisher fünf eigenständigen Praxen zusammengelegt wurden. Gleichzeitig ist ein Ausbau zum Gesundheitszentrum (Apotheke, Schulungszentrum, Physiotherapie, Heilpraktikerin, Pflegebüro) erfolgt. Das Ärztezentrum Büsum ermöglicht erfahrenen Ärzten die Flexibilisierung ihrer Arbeitszeit vor dem Berufsausstieg und eine gleichzeitige Einarbeitung von Nachfolgern. Durch zahlreiche Entlastungen für die angestellten Ärzte ist es gelungen, junge Hausärzte für eine Tätigkeit in Büsum zu gewinnen. Zu diesen Entlastungen gehören neben flexiblen Arbeitszeitmodellen ebenso die Reduktion von Verwaltungsaufgaben und Hausbesuchen. Im Ärztehaus sind zwei nicht-ärztliche Praxisangestellte beschäftigt, die mit Hilfe von telemedizinischer Infrastruktur einen Teil der Hausbesuche übernehmen können. Außerdem ist im Ärztezentrum eine Case-Managerin angestellt, die insbesondere die Patientenversorgung an den Versorgungsschnittstellen (Facharzt, Krankenhaus, Pflege) koordiniert. Teile der Betriebsführung werden von der Ärztegenossenschaft Nord getätigt.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat nicht nur die Gründung dieses neuen Versorgungsmodells finanziell unterstützt. Auch profitiert das Ärztehaus Büsum von der finanziellen Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten der Fachrichtung Allgemeinmedizin.

Umsetzung, Bewertung und Ausblick

Obwohl in eigener Praxis selbstständig tätige Ärzte weiterhin als ein „Königsweg“ der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen betrachtet werden können, wurden hier neue Wege beschritten. Man hat frühzeitig festgestellt, dass ein Teil der nachfolgenden Hausärztegeneration Anforderungen an ihren beruflichen Alltag hat, die nur durch neue, arbeitsteilige Organisationsmodelle adressiert werden können. Daher wurde in Büsum, wo keine Nachfolge für bestehende Hausarztpraxen gefunden werden konnte, das Konzept der Kommunalen Eigeneinrichtung mit ergänzenden Gestaltungselementen umgesetzt. Im Ergebnis konnten bereits Nachfolger für drei ausscheidende Ärzte gefunden werden und das Modell ist inzwischen zum Vorbild für zahlreiche ähnliche Lösungsansätze in Schleswig-Holstein und Niedersachsen geworden. Ermöglicht wurde es maßgeblich durch die Zusammenarbeit von Ärztegenossenschaft Nord, der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und der Kommune. Neue Versorgungselemente konnten über die Förderung durch die Robert Bosch Stiftung (PORT) integriert werden. Schon früh konnten so im Planungsprozess alle regional relevanten Akteure angesprochen werden, was zur erfolgreichen Moderation verschiedener Interessen mit Blick auf das Vorhaben beigetragen hat. Hilfreich hierfür waren Regionalkonferenzen, die sich themenübergreifend mit den Folgen des demographischen Wandels in der Region beschäftigen und so den lösungsorientierten Austausch und die Zusammenarbeit unabhängig von der professionellen Herkunft ermöglichen.

3.3.3 Sektorenübergreifende Trajektorie

Die sektorenübergreifende Trajektorie entwickelt sich entweder ausgehend von der traditionellen Organisationsform des Krankenhauses (durch Öffnung für die ambulante Behandlung durch die Einbindung der neueren Organisationsform MVZ oder eine Ermächtigung). Alternativ entsteht ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell durch die aufeinander zugehende Kooperation der traditionellen Organisationsformen Krankenhaus und Einzelpraxis. Sektorenübergreifende Versorgungsmodelle nutzen (abgesehen in Fällen der „einfachen“ Ermächtigung von Krankenhäusern für die ambulante Behandlung) darüber hinaus regelmäßig eine Vielzahl von weiteren Gestaltungselementen aus den Bereichen Organisation, Technik und Profession, was diese Versorgungsmodelle recht komplex macht.

Insbesondere komplexere sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, die sich (auch) auf ländliche Regionen beziehen, adressieren im Wesentlichen zwei generelle Ziele: erstens den Erhalt und die Verbesserung einer indikationsspezifischen (z.B. Herzinsuffizienz) oder indikationsübergreifenden Gesundheitsversorgung und/oder zweitens den Aufbau einer technischen Infrastruktur für verschiedene telemedizinische Anwendungsfälle (z.B. in den Anwendungsszenarien Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Pathologie, Radiologie). Je nach Ausrichtung des Modells wird damit ein Fach- und/oder Hausärztemangel adressiert.

Aufgrund der Komplexität der Modelle agieren hier oft kooperierende Akteure als Treiber, die auch Zugriff auf die notwendigen Investitionsmittel zur Implementierung des Modells haben (v.a. Krankenhäuser und/oder Kassenärztliche Vereinigungen in Kooperation mit regionalen Krankenkassen).

Nachfolgend werden drei Fallbeispiele innerhalb der sektorenübergreifenden Trajektorie dargestellt: zwei Beispiele für indikationsübergreifende Versorgungsmodelle, die die Komplexität eines solchen Vorhabens darstellen, sowie ein Exkurs zu einem Versorgungsmodell, das zur sektorenübergreifenden Optimierung des Rettungsdienstes in ländlichen Regionen beiträgt.

Strukturmigration im Mittelbereich Templin (StimMT)

Ziel: Sicherstellung und bedarfsgerechte Anpassung regionaler Versorgungsstrukturen und -abläufe in einer ländlichen Region vor dem Hintergrund zu erwartender demographischer und epidemiologischer Veränderungen; Schaffung und Erprobung eines sektorenübergreifenden Versorgungsmodells

Gestaltungselemente: Ärztenetz (geplant), Case-Management, elektronische Patientenakte, Gesundheitszentrum, Kooperation zwischen regionalen Akteuren, Nutzung von Delegation, Patientennavigation und Behandlungspfade, Telemedizin (geplant)

Jahr der Einführung: Ab 2017

Die Region im Mittelbereich Templin ist ein prototypisches Beispiel für strukturschwache, ländliche Regionen in Deutschland. Zu erwartende, mit der Versorgungsforschung belegte, demographische und epidemiologische Veränderungen werden dort durch die Erprobung eines vom Innovationsfonds geförderten, umfassenden sektorenübergreifenden Versorgungsmodells adressiert. Das Projekt profitiert von einer langjährig gewachsenen, umfangreichen Kooperation regionaler Akteure.

Problemdefinition/Ausgangssituation

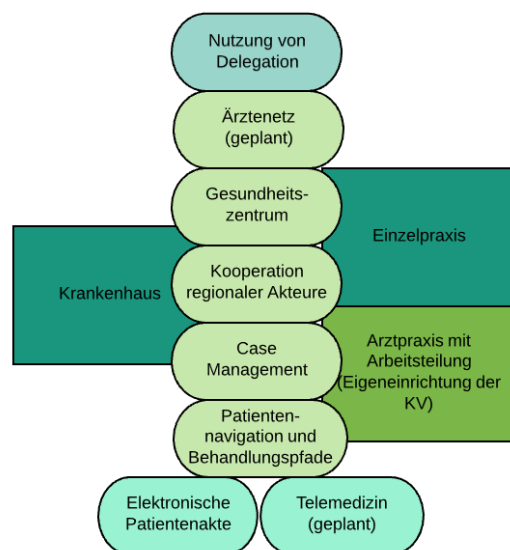
Der Mittelbereich Templin liegt im Norden des Landes Brandenburg. Die Einwohnerzahl von aktuell 27 000 wird nach aktuellen Prognosen bis zum Jahr 2030 auf knapp 22 500 zurückgehen (Reduktion von ca. 17%). Gleichzeitig wird der Anteil der ab 65-Jährigen um ca. 40% zunehmen. Neben einer zunehmend älteren Bevölkerung ist auch mit einer Zunahme der Erkrankungslast und Multimorbidität in der Region zu rechnen. Zudem sind für den Bereich Templin und Umland lange Wegstrecken für Patienten charakteristisch. Schon heute gibt es darüber hinaus in der Region einen hohen Anteil von ambulant-sensitiven Krankenhausfällen von über 30%, was als Indikator für eine Unterversorgung im ambulanten Bereich gewertet werden kann. Somit ergibt sich insgesamt ein Bedarf der Anpassung medizinischer Versorgungsstrukturen, der sowohl eine Adaption stationärer Versorgungskapazitäten an den Bevölkerungsrückgang und gleichzeitig eine Adressierung des veränderten medizinischen Bedarfs (Profilmigration) impliziert.

Lösung

Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt beginnt diese notwendigen Veränderungen schon heute durch den Aufbau eines sektorenübergreifenden Versorgungsmodells. Als Projektpartner kooperieren hier u.a. die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH, Gesetzliche Krankenversicherungen wie die AOK Nordost, BARMER, (TK, IKK Brandenburg und Berlin als Kooperationspartner des Projektes), das Gemeinsame Landesgremium Brandenburg nach § 90a SGB V, der Landkreis Uckermark und die Stadt Templin.

Das Innovationsfondsprojekt profitiert dabei zum einen von einer langjährig bestehenden Kooperation der genannten Akteure, zum Beispiel im

Ab
Da



Rahmen des Joint Ventures „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ (IGiB) GbR mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, der AOK Nordost und der BARMER als Teilnehmern. Auch kann auf die vielfältigen Erfahrungen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen zurückgegriffen werden. So werden beispielsweise mehrere Elemente des 2010 initiierten KV RegioMed-Konzeptes auch in Templin genutzt (z.B. der Baustein des KV Regiomed-Zentrums für die Geriatrie und der Bereitschaftspraxis zur Koordination des ärztlichen Bereitschaftsdienstes).

Kern des sich seit 2017 in schrittweiser Umsetzung befindlichen Versorgungsmodells ist das Ambulant-Stationäre Zentrum Templin. Dieses im Gebäude des Sana-Klinikums Templin angesiedelte Zentrum bündelt regionale medizinische Ressourcen (z.B. auch dort angesiedelte Physiotherapeuten). So ist auch eine häufig als attraktiv wahrgenommene sowohl stationäre als auch ambulante Tätigkeit von Ärzten möglich. Es ergeben sich weiterhin Synergie- und Skaleneffekte durch die gemeinsame Nutzung von medizinischen Geräten. Darüber hinaus ermöglicht eine Eigeneinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg Kooperationsverträge mit lokal niedergelassenen Allgemeinmedizinern und anderen Fachärzten sowie im Krankenhaus angestellten Ärzten.

Um den Versorgungsprozess von Patienten optimal zu gestalten, werden im Rahmen des Projektes professions- und organisationsübergreifende Behandlungspfade durch die regionalen Ärzte gemeinsam erarbeitet. Diese orientieren sich an nationalen und internationalen evidenzbasierten Leitlinien. Dabei erfolgt mit Bezug auf einzelne Indikationen eine schrittweise Erarbeitung. Ein Austausch von patientenbezogenen Daten zwischen diesen Akteuren wird zukünftig auch im Rahmen einer gemeinsamen Dokumentation über eine elektronische Gesundheitsplattform erfolgen.

Ein weiteres tragendes Element des Versorgungsmodells ist das Koordinations- und Beratungszentrum Templin. Dieses ermöglicht ein sektorenübergreifendes Case-Management durch geschulte Fachkräfte (agnes^{zwei}). Solche Fachkräfte unterstützen dabei im Rahmen eines Delegationsmodells die Patientenversorgung. Hier ist auch die Einbindung von telemedizinischer Technik geplant. Als weitere ergänzende Maßnahmen ist die Einbindung eines regionalen Ärztenetzes sowie die Einrichtung eines Patientenshuttles im Rahmen des KV RegioMed-Konzeptes geplant.

Die Projektförderung durch den Innovationsfonds (€ 14,5 Mio.) stellt neben einer Investition des Landes Brandenburg und des Bundes (Krankenhaus-Strukturfonds) in den Umbau des regionalen Krankenhauses einen wichtigen finanziellen Beitrag zur Implementierung und operativen Koordination des Projektes dar. Die operative medizinische Tätigkeit wird jedoch nach Möglichkeit im Rahmen der Regelversorgung abgebildet.

Umsetzung, Bewertung und Ausblick

Das Projekt ist zunächst auf einer Dauer von vier Jahren angelegt und befindet sich somit noch in der Phase der Umsetzung, die schrittweise erfolgt. Im Rahmen der Projektlaufzeit wird – Innovationsfonds-typisch – auch eine Evaluation des Versorgungsmodells stattfinden.

Durch seinen sektorenübergreifenden Charakter und die umfassende Einbindung einer Vielzahl regionaler Akteure hat das Projekt das Potential, wichtige Impulse und Erfahrungen auch zur Versorgung anderer Regionen zu generieren. Durch seine Gestaltung kann es dazu beitragen, nicht nur attraktive Arbeitsplätze für Ärzte in der Region zu schaffen, sondern insgesamt einen Beitrag zur Regionalentwicklung zu leisten.

Eine Herausforderung im Rahmen des Projektes ist zum einen die weitreichende Veränderung bestehender und der aufwändige Aufbau neuer Strukturen. Auch bei einer möglichen erfolgreichen Implementierung des Modells ist noch fraglich, wie eine gänzliche Überführung in die Regelversorgung gestaltet werden könnte. Insbesondere die Vergütung von Management- und Koordinationstätigkeiten müsste hier systematisch abgebildet werden. Dabei ist die notwendige Veränderung von bestehenden Rahmenbedingungen zeitkritisch, damit aufgebaute Strukturen auch nach Ablauf der Projektlaufzeit erhalten werden können.

Das RHÖN-Campus-Konzept

Ziel: Sicherstellung der fachärztlichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen sowie Schaffung einer ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Versorgung ohne Rationierung

Gestaltungselemente: Case-Management, elektronische Patientenakte, Gesundheitszentrum, Kooperation regionaler Akteure, Nutzung einer neueren Organisationsform (MVZ), Nutzung von Delegation, Patientennavigation und Behandlungspfade, Telemedizin

Jahr der Einführung: Entwicklung konzeptioneller Grundzüge 2014 und Baubeginn in 2015; seitdem fortlaufend mit geplantem Vollbetrieb ab dem ersten Quartal 2019

Im Rahmen einer langfristigen Zukunftsstrategie entwickelte die RHÖN-KLINIKUM AG ab 2014 das RHÖN-Campus-Konzept, welches baulich und organisatorisch am Pilotstandort Bad Neustadt an der Saale exemplarisch und vollständig umgesetzt wird. Das Konzept soll durch eine enge Kooperation aller an der Behandlung beteiligten Akteure eine ganzheitliche Betreuung der Patienten über Sektorengrenzen hinweg ermöglichen. Durch das zentrale Management von Behandlungspfaden und die Ansiedlung von zum Großteil selbstständiger Facharztpraxen und weiterer komplementärer Partner

und Kooperationsformen am Standort soll eine passgenaue Patientenbehandlung ermöglicht werden. Gleichzeitig werden so attraktive Arbeitsplätze geschaffen.

Problemdefinition/Ausgangssituation

Im ländlich geprägten Einzugsgebiet des RHÖN-KLINIKUMS Bad Neustadt legen Patienten oft lange Wege zurück, wenn sie aufgrund unklarer Diagnosen oder unspezifischer Symptome vom Hausarzt zum Facharzt und oft zu weiteren Fachärzten oder in die Klinik fahren müssen. Hierbei können wertvolle Zeit und Informationen verloren gehen, die für eine optimale Behandlung notwendig wären. Für Patienten ist es außerdem oft schwer einzuschätzen, welche Behandlung sie benötigen und ob sie sich zu einem niedergelassenen Arzt oder direkt in eine Notaufnahme begeben sollten. Hierdurch entstehen Risiken, lange Wartezeiten und eine Fehlallokation von begrenzten Ressourcen des Gesundheitssystems. Solche Auswirkungen einer fehlenden sektorenübergreifenden Vernetzung sind zunächst nicht spezifisch für ländliche Regionen. Allerdings stellen die dort typischerweise vorhandenen langen Wegstrecken eine weitere Herausforderung für Patienten dar, die durch eine Bündelung von Behandlungsangeboten an einem Standort adressiert werden kann.

Lösung

Das RHÖN-Campus-Konzept setzt auf standardisierte und transparente Diagnosepfade und ein übergreifendes Case-Management bei Patienten mit entsprechenden Problemstellungen bzw. Krankheitsbildern. Dies ermöglicht eine gezielte Patientennavigation. Im Ergebnis führt dieser Ansatz zu einer zentralen Vollversorgung, die eine schnellstmögliche und optimale Behandlung am richtigen Ort in der richtigen Intensität ermöglicht. Dies inkludiert auch das Ziel der Vermeidung von Überversorgung.

Seit 2015 wird eine komplexe bauliche Infrastruktur auf einem Gesundheitscampus in Bad Neustadt a. d. Saale errichtet. Dort niedergelassene Fachärzte sowie Medizinische Versorgungszentren und weitere Gesundheitsdienstleister bilden ein „Zentrum für ambulante Medizin“. Diese Anbieter ambulanter Versorgung stehen ebenso wie weitere medizinische Dienstleister der Region in engem Austausch mit dem ebenfalls auf dem Campus angesiedelten Zentrum für klinische Medizin. Das Zentrum für klinische Medizin bietet sowohl stationäre Grund- und Regelversorgung, aber insbesondere eine überregional ausgerichtete klinische Spezialversorgung (z. B.

Abb
zept



Herz- und Neuromedizin, orthopädische und viszeral chirurgische Medizin).

Das Campus-Konzept ermöglicht es, Patienten mit Hilfe von Lotsen und digitalen Kommunikationsinfrastrukturen (z.B. bereits auf dem Rettungswagen) ohne Informationsverluste, weite Wege oder lange Wartezeiten zu versorgen. Eine zentrale Rolle zur Umsetzung des Konzepts spielt auch der umfangreiche Einsatz einheitlicher Kommunikationstechnologien. So wird eine technische Infrastruktur bereitgestellt, mit deren Hilfe alle behandelnden Ärzte Patientendaten austauschen können. Notaufnahmen wird so bereits vor dem Eintreffen von Patienten eine Vorbereitung auf die Aufnahme ermöglicht. Kleine Kliniken in der Region können telemedizinisch von Spezialisten unterstützt und Risikopatienten auch zu Hause engmaschig überwacht werden. Außerdem können Patienten auch nach der Entlassung über ein telemedizinisches Monitoring weiterhin durch dieselben Ärzte betreut werden. Darüber hinaus soll die Nutzung eines Delegationsmodelles in der ambulanten Versorgung erarbeitet werden, um im persönlichen Kontakt mit dem Patienten in der gewohnten Umgebung bleiben zu können.

Um die Erreichbarkeit des Campus zu optimieren, werden ergänzend neue Verkehrswege geschaffen und es wird eine Abstimmung in Themen der Mobilität mit den zuständigen Stellen des ÖPNV durchgeführt.

Umsetzung, Bewertung und Ausblick

Das RHÖN-Campus-Konzept ermöglicht eine umfassende, sektoren- und professionsübergreifende Betreuung von Patienten. Dies gelingt u.a. durch das bewusste Management und die funktionale Gestaltung von Prozessen, eine übergeordnete Koordination, eine gezielte Patientensteuerung und die Nutzung einheitlicher Kommunikationstechnologien. Eine moderne bauliche sowie informationstechnische Infrastruktur sind weitere tragende Elemente.

Das Campus-Konzept hat das Potential, die Versorgung in ländlichen Regionen auf einem hohen Niveau sicherzustellen. Auch scheint es möglich, die Attraktivität der Arbeitsbedingungen für niedergelassene wie angestellte Ärzte und alle anderen notwendigen Berufsgruppen zu erhöhen. Neben der Möglichkeit des fachlichen Austausches können im ambulanten Zentrum angestellten Ärzten flexible und verlässliche Arbeitszeiten angeboten werden. Für niedergelassene Ärzte ergeben sich attraktive Vertretungsmöglichkeiten.

Maßgeblich für die verhältnismäßig schnelle Umsetzbarkeit dieses Projektes und die notwendige Gestaltungsfreiheit ist die relative Unabhängigkeit von der Finanzierung durch die öffentliche Hand und die langjährige Bau- sowie Managementkompetenz. Nach Einschätzung des Betreibers könnte etwa ein Dutzend ländliche Regionen in Deutschland von diesem Konzept überproportional profitieren. Die

Umsetzung des Campus-Konzeptes setzt jedoch die enge Zusammenarbeit aller regional an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure voraus.

Zukünftig relevant in ökonomischer Hinsicht dürfte es sein, dieses Versorgungskonzept auch in eine langfristig tragfähige Vergütungsform zu überführen.

Land|Rettung

Ziel: Sicherstellung der notfallmedizinischen Versorgung und Verkürzung des Intervalls bis zum Einsetzen einer Notfallbehandlung in dünn besiedelten ländlichen Regionen

Gestaltungselemente: Ausbildung und Training Laien, Kooperation regionaler Akteure, Nutzung von Delegation, Telemedizin

Jahr der Einführung: 2017

Das Projekt „Land|Rettung“ zielt darauf ab, die notfallmedizinische Versorgung in den zum Teil sehr dünn besiedelten Regionen Mecklenburg-Vorpommerns sicherzustellen. Außerdem soll bei Eintritt eines Notfalls das Intervall bis zum Einsetzen der Notfallbehandlung reduziert werden. Land|Rettung setzt dazu auf folgende vier Säulen: erstens die Schulung der Bevölkerung in Reanimation; zweitens die Vernetzung professionell ausgebildeter Ersthelfer zu einem ehrenamtlichen Bereitschaftsnetzwerk, das mit einer Smartphone-App koordiniert wird; drittens die Ausstattung von Rettungswagen mit telemedizinischen Mitteln, die die Zusammenarbeit mit einem zentral stationierten Telenotarzt ermöglichen; und viertens eine Verzahnung von Rettungsdienst und kassenärztlichem Notdienst.

Problemdefinition/Ausgangssituation

In Mecklenburg-Vorpommern ist die Bevölkerungsdichte stellenweise so gering, dass Rettungsfahrzeuge nur sehr wenige Einsätze fahren und daher aus ökonomischen Gründen die räumliche Dichte der Rettungsstellen sehr niedrig ist. In der Konsequenz können die gesetzlich vorgegebenen Einsatzzeiten von zehn Minuten bis zum Eintreffen des Rettungswagens und fünfzehn Minuten bis zum Kontakt mit Notfallmedizinern oft nicht eingehalten werden. Die geringe Zahl der Einsätze führt außerdem zu einem langsamen Erfahrungsaufbau der Rettungswagenbesatzungen, was sich im Notfall negativ auf die Qualität der Versorgung auswirken könnte.

Lösung

Um die Qualität der Versorgung im Ernstfall zu verbessern, soll zum einen ein breiter Teil der Bevölkerung in Reanimation unterrichtet werden.

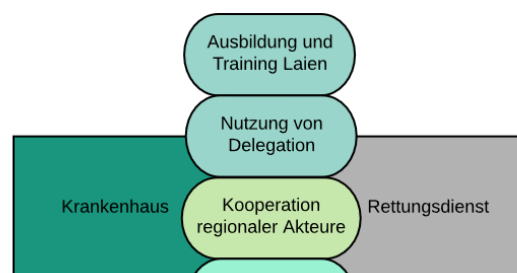


Abbildung 10: Genutzte Gestaltungselemente Land|Rettung (Eigene Darstellung)

Hierzu werden Unterweisungen zum Beispiel in Schulen durchgeführt. Außerdem werden ehrenamtliche Ersthelfer – Personen, die eine Ausbildung in erster Hilfe haben, wie Sanitäter, Ärzte etc. – mit einer Smartphone-App ausgestattet, über die sie in einem Notfall in ihrer direkten Umgebung (500-2000m) ähnlich einer freiwilligen Feuerwehr alarmiert werden. Gleichzeitig werden Rettungsfahrzeuge mit telemedizinischer Hardware ausgestattet. Diese Ausstattung ermöglicht es in Fällen, in denen ein Notarzt nicht notwendig anwesend sein muss, aber in denen eine Versorgung durch Rettungssanitäter allein auch nicht als ausreichend angesehen wird, Notärzte aus einer telemedizinischen Zentrale am Universitätsklinikum Greifswald zuschalten. Ein Beispiel für einen Anwendungsfall ist die Entscheidung über die Verordnung von schmerzstillenden Medikamenten. Schließlich soll durch eine verstärkte Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkasse und Rettungsleitstelle dem Umstand Rechnung getragen werden, dass immer häufiger Rettungsfahrzeuge zu Patienten gerufen werden, die vom kassenärztlichen Notdienst angemessen und kostengünstiger versorgt werden könnten. Die hierdurch entstehenden Kosten und personellen Engpässe sollen durch bessere Abstimmung und eine neue Regelung der Finanzierung reduziert werden.

Umsetzung, Bewertung und Ausblick

Zentral für die Möglichkeit der Umsetzung des Projektes ist die derzeitige, jedoch zeitlich begrenzte, Finanzierung durch den Innovationsfond. Die Antragstellung wurde durch eine enge Zusammenarbeit zwischen dem zuständigen Landrat und der Universitätsklinik Greifswald, insbesondere der für die Notfallversorgung zuständigen Anästhesieabteilung, ermöglicht.

Durch die Maßnahme der Bevölkerungsschulung konnte die Quote der reanimationsbedürftigen Fälle, in denen Laien die Reanimation vor Eintreffen von professionellen Rettungskräften beginnen, von 41% auf ca. 50% gesteigert werden. Dies ist im Vergleich zu Gesamtdeutschland als deutlicher Erfolg zu werten.

Eine aktuelle Herausforderung des sich noch in der Implementierungsphase befindlichen Projektes bleibt allerdings die Gewinnung weiterer ehrenamtlicher Ersthelfer. Bisher haben sich hier die Freiwilligen Feuerwehren als gute Partner erwiesen. Am Beispiel dieses Projektes wird auch deutlich, dass die Erarbeitung neuer Arbeitsschutz- und Qualitätssicherungsregeln notwendig ist. Diese betreffen beispielsweise die Anzahl der Fälle, die ein Telenotarzt zur selben Zeit bearbeiten kann und soll. Für den flächendeckenden Einsatz des Telenotärztlichen Dienstes fehlt außerdem stellenweise noch eine verlässliche Mobilfunk-Netzabdeckung.

4 Implementierungserfahrungen bestehender Modelle

Dieser Abschnitt widmet sich der Beantwortung folgender Frage zu den Implementierungserfahrungen bestehender Versorgungsmodelle:

Welche Herausforderungen sind mit der Implementierung von neuartigen Versorgungsmodellen in ländlichen Regionen verbunden?

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine Vielzahl von Herausforderungen die Implementierung konkreter Versorgungsmodelle behindern kann. Diese Herausforderungen treten unabhängig davon auf, ob ein Modell sektorenintern oder sektorenübergreifend angelegt ist. In jeden Fall ist mit seiner Einführung eine Veränderung der regionalen Versorgungssituation impliziert. Herausforderungen der Modellimplementierung können sowohl auf der eigentlichen Modellebene auftreten oder durch die lokale Umwelt oder die übergeordnete Systemebene bedingt sein. Diese aus unterschiedlichen Ebenen resultierenden Herausforderungen können sich gegenseitig bedingen und beeinflussen (siehe dazu auch *Auschra* 2018).

Tabelle 2: Herausforderungen bei der Implementation neuartiger Versorgungsmodelle (Eigene Darstellung)

Ebene des Gesamtsystems	Ebene der lokalen Umwelt	Ebene des Einzelmodells
<ul style="list-style-type: none"> Fehlende Ressourcenausstattung und Finanzierung Fehlende Abrechnungsmöglichkeiten in der Regelversorgung Fehlende allgemeine rechtliche Rahmenbedingungen Datenschutz Fehlende digitale Infrastrukturen (fehlende Interoperabilität, fehlende Bereitstellung mobiler Netze) Fehlende sonstige Infrastrukturen (u.a. Nahverkehr) 	<ul style="list-style-type: none"> Fehlende Legitimation neuer Modelle Angst etablierter Akteure vor Positionsverlust Fehlendes Interesse regionaler Stakeholder 	<ul style="list-style-type: none"> Implementierung eines komplexen Modells Management der Zusammenarbeit unterschiedlicher Partner (Finden einer einheitlichen Kommunikationsform, Vereinbaren widersprüchlicher Interessen, Integration zentraler Akteure)

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Herausforderungen von neuartigen Versorgungsmodellen in ländlichen Regionen. Der nachfolgende Abschnitt stellt diese detaillierter dar und zeigt auch erste Möglichkeiten ihrer Adressierung.

4.1 Herausforderungen auf der Modellebene

4.1.1 Implementierung eines komplexen Modells

Bei der Implementierung eines komplexeren Modells werden Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche vielfältigster Akteure berührt. Oft ergibt sich hieraus das Problem, dass die Beteiligten, die sich in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich sehr gut auskennen, an die Grenzen ihrer jeweiligen Kompetenzen stoßen. Schnell fehlt dann auch einzelnen Akteuren der Überblick über die vielfältigen Abhängigkeiten im Gesundheitssystem. So wird beispielsweise die Integration über Sektorengrenzen hinweg oft aufgrund der verschiedenen Abrechnungspraktiken erschwert, oder bei der telemedizinischen Konsultation von Schlaganfallpatienten müssen Abrechnungsformen gefunden werden, die es ermöglichen, dass die eigentlich behandelnde Klinik diese mit der Krankenkasse abrechnet und ihrerseits wiederum an den Anbieter der Telemedizinischen Konsultation einen Anteil weiterreicht. Erschwert wird dieser Prozess weiterhin, wenn beispielsweise Landesgrenzen überschritten werden. Nur durch enge Zusammenarbeit und stetigen Austausch können dann Wege gefunden werden, mit allen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen konstruktiv umzugehen und sie für das Modell zu nutzen. Dieser organisatorische Mehraufwand kann jedoch seinerseits oft nur sehr schwer in der Vergütung abgebildet werden.

4.1.2 Management der Zusammenarbeit unterschiedlicher Partner

Mit Blick auf diesen Herausforderungskomplex lassen sich drei Teilthemen identifizieren: das Finden einer einheitlichen Kommunikationsform, das Vereinbaren widersprüchlicher Interessen und die Integration zentraler Akteure.

Finden einer einheitlichen Kommunikationsform

Viele der Modelle setzen auf die Kooperation verschiedener Akteure, die gemeinsam neue Wege in der medizinischen Versorgung der Region beschreiten. Hierbei ist das Etablieren einer Kommunikationsstruktur und -kultur unter den Partnern essenziell. Es wird als Voraussetzung für das Lösen vieler Probleme zwischen den Partnern gesehen. So können beispielsweise die verschiedenen Perspektiven auf die Versorgungslösung und das Modell ausgetauscht und ein „Blick über den Tellerrand“ der einzelnen Beteiligten ermöglicht werden. Dies erleichtert zugleich ein gegenseitiges Verständnis. Je vielfältiger und je zahlreicher die Beteiligten sind, desto wichtiger scheint dieses gegenseitige Verständnis zu werden, um eine Integration von heterogenen Interessen zu erreichen. Allerdings sind zum Aufbau einer solchen Kommunikationsform kontinuierliche Anstrengungen aller Beteiligten nötig.

Vereinbaren widersprüchlicher Interessen

Auch wenn sich die an einem Versorgungsmodell beteiligten Akteure zusammengefunden haben und eine grundsätzliche Bereitschaft zur Kooperation mitbringen, ist es oft sehr aufwendig, die heterogenen und oft widersprüchlichen Ziele aller Beteiligten miteinander zu vereinbaren. Oft sind hierbei nicht nur verschiedene Stakeholdergruppen (z.B. Klinikleitung und niedergelassene Ärzte) unterschiedlicher Meinung und verfolgen diametral entgegengesetzte Ziele. Gerade in einer heterogenen Gruppe wie der niedergelassenen Ärzteschaft finden sich oft verschiedene Interessen zugleich. Dann kann ein Krankenhaus beispielsweise mit einigen Ärzten eine Kollaboration aufbauen, während gleichzeitig andere das Modell weiterhin ablehnen.

Integration der zentralen Akteure

Da oft zunächst keine Einigung mit allen potenziellen Stakeholdern eines geplanten Versorgungsmodells erzielt werden kann, wurde in den Expertengesprächen oft die Wichtigkeit der Kenntnis und Integration zentraler Akteure betont. Diese haben Potenzial, ein Modell zu blockieren, wenn sie nicht „mit im Boot“ sind. Um die potenziell interessierten Stakeholder in ein Projekt zu integrieren, ist es außerdem hilfreich, die Zahl der Beteiligten überschaubar zu halten, sodass gegebenenfalls noch persönliche Gespräche möglich sind und die Vielfalt der Interessen handhabbar bleibt. Die Bedeutung persönlicher Gespräche und das Bilden vertrauensvoller und verlässlicher Beziehungen betonen die Experten als essenziell für eine erfolgreiche Kooperation. Wenn dies gelingt und ein Vertrauen zwischen den Parteien aufgebaut und eine gegenseitige Verlässlichkeit aufrechterhalten werden kann, so bergen Kooperationen aber auch das Potential über bisherige Strukturen hinaus zu gehen, durch die Vielfalt der Perspektiven neue Modelle zu entwickeln und gemeinsam zu etablieren.

4.2 Herausforderungen auf Ebene der lokalen Umwelt

Neben den Akteuren, deren Interessen und Positionen in ein Modell integriert werden, stehen oft andere Akteure wie Patienten in einer Beziehung zum Modell, ohne direkt aktiv beteiligt zu sein. Diese externen Stakeholder gilt es für die erfolgreiche Etablierung eines Modells aber unbedingt zu berücksichtigen.

4.2.1 *Fehlende Legitimation neuer Modelle*

Externe Stakeholder können neue Modelle als angemessene und geeignete Lösungen für relevante Probleme wahrnehmen. Wenn es allerdings nicht gelingt, eine solche Legitimität herzustellen, können sie solche Modelle unter Umständen aber auch teilweise oder vollständig boykottieren. So wird beispielsweise beschrieben, dass arbeitsteiligen Organisationsformen wie MVZs oft mit Misstrauen

begegnet wird, da hier ein stärker wirtschaftliches Interesse zu Lasten des medizinischen Interesses eines niedergelassenen Hausarztes in einer Einzelarztpraxis unterstellt wird. Vielfach wird berichtet, dass sich erst durch die detailliertere Information und teilweise Integration dieser Stakeholder, sowie durch die Fürsprache von legitimen Akteuren aus Wissenschaft oder Politik, die Legitimation und somit die Akzeptanz des neuen Modells herstellen ließ.

4.2.2 *Angst etablierter Akteure vor Positionsverlust*

Ein besonderer Fall solcher, nicht beteiligter Stakeholder, sind Akteure, die ihre eigene Position in der Region durch das neue Modell gefährdet sehen und es deshalb ablehnen. Da neue Strukturen immer die Tendenz haben die alten in Frage zu stellen, ist diese Angst oft zunächst nicht unbegründet. Zugleich sind diese Akteure aufgrund ihrer Etablierung im Feld aber auch in der Lage, sich gegen neue Modelle stark zu machen. Sie können die Etablierung neuer Strukturen gefährden oder gar verhindern. So sind beispielsweise Ärzte oft besorgt, dass telemedizinische Modelle ihre Arbeit nicht unterstützen, sondern ersetzbar machen könnten. Häufig sind sie gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung dann in der Lage, ein Modell in einer Region zu blockieren. Ebenso wird der Einsatz nichtärztlichen Personals für Hausbesuche sehr skeptisch betrachtet, wenn er als Vorstufe einer „Abschaffung der Hausärzte“ wahrgenommen wird.

Wo die Etablierung dennoch gelingt, werden jedoch oft positive Erfahrungsberichte laut, die als Vorbild und zur Information für zukünftige Einführungsprojekte herangezogen werden können.

4.2.3 *Fehlendes Interesse regionaler Stakeholder*

Nicht nur die aktive Blockade geplanter Modelle durch regionale Stakeholder kann sich als Herausforderung darstellen. Es kann sich auch die Problematik ergeben, dass sich keine lokalen Akteure finden, die sich für das Problem der medizinischen Versorgung auf dem Land interessieren und motiviert sind, sich an der Etablierung eines Modells zu beteiligen. So erfahren Modelle zwar nicht immer einen aktiven Gegenwind, aber sie suchen dennoch vergeblich nach lokalen Ansprechpartnern und „Promotoren“ (*Hauschildt/Gemünden* 1999). Oft liegt dieses Phänomen darin begründet, dass es unklar scheint, wer für die Sicherstellung der Versorgung zuständig ist bzw. zuständig sein sollte. So ist es beispielsweise schwer für einen Bürgermeister, der eine drohende Unterversorgung in seiner Gemeinde wahrnimmt, die Kassenärztliche Vereinigung davon zu überzeugen, den Arztsitz zu sichern, wenn der betreffende Arzt kein eigenes Interesse daran zeigt und (noch) keine formale Unterversorgung festgestellt wurde. Dieses Problem steht in enger Verbindung mit der Legitimation neuer Versorgungsansätze und beispielsweise neuer Organisationsmodelle wie einem MVZ. Oft kann nur durch

die enge Einbindung der lokalen Partner eine Legitimation erreicht und damit die Inanspruchnahme der neuen Versorgungsform durch die Bevölkerung gesichert werden.

4.3 Herausforderungen auf der Gesamtsystemebene

4.3.1 Fehlende Ressourcenausstattung und Finanzierung

Die Implementation von neuartigen Versorgungsmodellen ist oft mit nicht unerheblichen Investitionskosten verbunden, die jedoch meist nicht regelhaft in bestehenden Verfügungssystemen zur Verfügung gestellt werden. Nur wenigen Initiatoren von Projekten ist dabei ein alleiniger Zugriff auf Eigenmittel zur Finanzierung möglich. Eine wahrgenommene Verantwortungsdiffusion zur Sicherstellung von Versorgung, zum Beispiel zwischen Kommunen, Kassenärztlichen Vereinigungen und bereits regional niedergelassenen Ärzten, kann die Gewinnung der erforderlichen Ressourcen noch zusätzlich erschweren. Bei guter Abstimmung besteht hier aber gleichzeitig auch das Potential für gemeinsame Investitionen. Wichtig ist hierbei zu beachten, dass eine einmalige Investition zur Implementation eines Versorgungsmodells oft nicht ausreichend ist, die dauerhaft für den Betrieb zu finanzierenden Koordinations- und Managementkosten zu decken.

4.3.2 Fehlende Abrechnungsmöglichkeiten in der Regelversorgung

Um ein Modell dauerhaft zu finanzieren, muss die Möglichkeit einer regulären Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen etabliert werden. Hierbei stoßen Projekte oft auf das Problem, dass das bisherige Abrechnungssystem die neuen Formen der Leistungserbringung nicht abbilden kann. Novellierungen erfordern oft viele Gespräche und Zeit und bremsen die Einführung in die Regelversorgung und schrecken Akteure ab. Häufig wird dann der Ruf nach privaten Investoren laut. So finanzierte Modelle stehen jedoch vor der Herausforderung, die Legitimität ihrer Umwelt zu gewinnen. Ihnen wird häufiger unterstellt, die Gewinnorientierung über die Qualität medizinischer Leistungen zu stellen.

4.3.3 Fehlende allgemeine rechtliche Rahmenbedingungen

Ähnlich wie die Finanzierungsstrukturen sind auch die rechtlichen Rahmenbedingungen oft zwar funktional für den Status Quo, nicht jedoch, wenn es um die Ermöglichung innovativer Modelle geht. Am deutlichsten wird dies, wenn Modelle nicht nur in einem rechtlichen Vakuum operieren, sondern direkt gegen geltendes Recht wie das Fernbehandlungsverbot verstoßen. In rechtlich unterdetermi-

nierten Bereichen ist oft eine zumindest lokale Aushandlung zwischen Akteuren möglich, so dass Pilotphasen durchgeführt werden können, während die Rechtslage genauer ausdefiniert wird (beispielsweise der Einsatz von nichtärztlichem Personal für Hausbesuche). Andere Modelle können nicht weiterentwickelt oder verbreitet werden, ohne dass eine Gesetzesänderung erfolgt. Ein prominentes Beispiel hierfür ist das Fernbehandlungsverbot, welches weiter überarbeitet werden müsste, um weitgreifenden telemedizinischen Anwendungen den Weg zu ebnet.

Diese Gesetzesänderungen sind nicht nur zeitaufwändig, sondern scheinen oft schwer oder mittelfristig gar nicht zu erwirken. Da das Rechtssystem in seiner Komplexität und Vielschichtigkeit oft von den Beteiligten nicht vollständig überblickt wird, werden Modelle oft nacheinander mit immer neuen Regularien konfrontiert, die der angestrebten Praxis widersprechen. So kann ein Modell beispielsweise in einem Bundesland erfolgreich etabliert werden, nachdem der rechtliche Rahmen geschaffen wurde. Sobald es jedoch Ländergrenzen überschreiten will, weil beispielsweise die Versorgung an der Landesgrenze mit dieser Lösung einfach und kostengünstig mit übernommen werden könnte, steht es vor einem völlig neuen Set rechtlicher Anforderungen, die es zu erfüllen oder anzupassen gilt.

4.3.4 Datenschutz

Die Kooperation verschiedener Leistungserbringer, insbesondere über verschiedene Standorte hinweg, wird häufig durch Informationstechnik unterstützt, die beispielsweise den schnellen Austausch von Patientendaten ermöglichen soll. Eine weitere Herausforderung, insbesondere für Versorgungsmodelle mit dem Einsatz technischer Gestaltungselemente, ist die Gewährleistung eines angemessenen aber gleichzeitig umsetzbaren Datenschutzes. Die Expertengespräche führen zu dem Ergebnis, dass offene Fragen des Datenschutzes beispielsweise den Datenaustausch zwischen regionalen Kooperationspartnern erschweren.

4.3.5 Fehlende digitale Infrastrukturen

Mit Blick auf diesen Herausforderungskomplex lassen sich zwei Teilbereiche identifizieren: fehlende Interoperabilität und fehlende flächendeckende Bereitstellung mobiler Netze.

Fehlende Interoperabilität

Eng mit der Frage nach der Handhabbarkeit des Datenschutzes verknüpft tritt das Problem auf, dass Standards für Schnittstellen verschiedener Technologien bisher kaum etabliert wurden. So erfordert jede Verknüpfung von Systemen individuelle Lösungen, die oft aufwendig und kostenintensiv sind und entsprechende, zumeist nicht vorhandene Kompetenzen erfordern. Hierdurch werden Kooperationen, die auf die Kopplung technologischer Systeme angewiesen sind, deutlich erschwert. Hinzu

kommt, dass auch in dem Fall, dass individuelle Lösungen entwickelt werden, eine hohe Abhängigkeit zum technischen Support dieser Lösung hergestellt wird. Diese Quasi-Monopolisierung stellt in Projekten dann häufig einen zusätzlichen Kostenfaktor dar, der bei einer Verbreitung des Modells verstärkt wird. So ist beispielsweise der Markt der Telemedizin-Infrastruktur-Anbieter bisher von wenigen Akteuren mit großen Marktanteilen dominiert. Durch das Fehlen von Standards führt die Zusammenarbeit mit einem dieser Anbieter daher schnell zu einem „lock-in-Effekt“ (David 1985) und neue Anbieter können sich nur schwer im Markt etablieren.

Fehlende Bereitstellung mobiler Netze

Modelle, die auf mobile Kommunikationsinfrastrukturen setzen, haben häufig Probleme sehr schlechter Netzabdeckung insbesondere in den schwer zu versorgenden Regionen. Daher kann, was so naheliegend erscheint, dort oft nicht umgesetzt werden. Zwar gibt es im Bereich der Funkkommunikation die BOS-Infrastruktur, die es der Polizei und der Feuerwehr und so auch den Rettungsdiensten ermöglicht, sicher zu funken. Auf Ebene des Mobilfunks, der beispielsweise auch eine Übertragung von Bilddaten zulässt, ist allerdings keine Technik verfügbar, die eine Netzabdeckung zuverlässig und flächendeckend gewährleisten kann. Hier erfordert eine erweiterte Anwendbarkeit von distanzüberbrückenden Technologien einen Ausbau der Mobilfunk-Infrastruktur in den ländlichen Regionen. Dieses Problem betrifft nach Auswertung der Expertengespräche insbesondere Anwendungen, die vor Ort beim Patienten, bei Hausbesuchen oder auf Rettungsfahrzeugen eingesetzt werden sollen. Für Kliniken, die für telemedizinische Konsultationen vernetzt sind, stellt sich dieses Problem heute nicht mehr.

4.3.6 Fehlende sonstige Infrastrukturen

Aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte haben ländliche Regionen nicht nur im Mobilfunkbereich oft schlechter ausgebaute Infrastrukturen als urbanere Regionen. Die geringe Bevölkerungsdichte sorgt oft dafür, dass eine Infrastruktur wie der öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) stark ausgedünnt oder räumlich konzentriert wird, um weiterhin gewinnbringend betrieben werden zu können.

Nahverkehr

So sind Busfahrpläne oft auf bestimmte Tageszeiten reduziert und insgesamt stark eingeschränkt. Ein häufiges Problem ist hier beispielsweise die Abstimmung der Busfahrpläne allein auf die Zielgruppe der Schüler mit ihren sehr regelmäßigen und berechenbaren Fahrzeiten. Für Arztbesuche ist dieser ÖPNV dann nur geeignet, sofern diese mit den Schulzeiten zusammenfallen. Modelle, die eine Mobilisierung der Patienten beinhalten, um beispielsweise eine Versorgungseinrichtung in einem Untermittelpunkt zu etablieren, stehen oft vor dem Problem, dass die weniger mobilen Patienten auch dieses

Unterzentrum nicht erreichen können. Patientenbusse haben sich hierbei bisher in der Regel nicht als nachhaltige Lösung erwiesen. Andere Ansätze zielen daher inzwischen darauf ab, den Busfahrplan und die Terminvergabe der Ärzte aufeinander abzustimmen.

Der Nahverkehr und damit die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen stellen darüber hinaus einen Faktor dar, der in der Bedarfsplanung bisher nicht hinreichend Beachtung findet. Der oben beschriebene Fall der Gründung einer großen Versorgungseinrichtung mit vielen Arztsitzen in einem Unterzentrum kann beispielsweise dazu führen, dass die umliegende Region formal optimal versorgt ist, wenngleich einige Patienten nahezu keine Möglichkeit haben, einen Arzt ohne eigenen PKW zu erreichen.

Sonstige Infrastruktur

Aufgrund der Expertengespräche erweisen sich weitere Infrastrukturen neben dem Nahverkehr als relevant. Eine weitere Herausforderung kann darin bestehen, dass die zu versorgende Region durch einen bereits erfolgten Abbau von Infrastruktur aufgrund geringer Bevölkerungsdichte wenig geeignet ist, medizinisches Personal für lokale Modelle anzuziehen. Auch neue Formen der Arbeitsorganisation mit Teilzeitbeschäftigung (z.B. in einem MVZ) können eine geringe Attraktivität für einen jungen Arzt mit Familie aufweisen, wenn dort keine Schulen oder Freizeitmöglichkeiten vorhanden sind.

5 Potentialanalyse

Der nachfolgende Abschnitt widmet sich der Beantwortung folgender Fragen zur Bewertung der Potentiale bestehender Versorgungsmodelle:

- Welche Potentiale sind mit dem Einsatz der unterschiedlichen Modelle und Maßnahmen verbunden?
- Welche Thesen lassen sich mit Blick auf die zukünftige Gestaltung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen aufstellen?

5.1 Potentiale bestehender Modelle

5.1.1 Fehlende evidenzbasierte Evaluationen

Zunächst ist mit Blick auf die Potentialanalyse der identifizierten Modelle und Maßnahmen festzuhalten, dass bisher nur ein Bruchteil dieser auf nationaler oder auch internationaler Ebene hinsichtlich solcher Ergebnisparameter evaluiert wurde, die sich konkret auf Versorgungsverbesserung beziehen. Auch existiert – außer im Rahmen von Innovationsfondsprojekten – keine regelhafte Evaluation solcher Modelle (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014*). Dies erschwert nicht nur die Bewertung der Wirksamkeit einzelner Modelle und Maßnahmen, sondern auch ihren Vergleich (z.B. mit Blick auf Ergebnisse vs. Kosten). Zudem gilt es im Rahmen einer Evaluation auch zu fragen, welche Parameter tatsächlich eine hohe Relevanz zur Messung der Sicherstellung einer Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen haben. Während einige bestehende Evaluationen beispielsweise die Zufriedenheit von Patienten und Ärzten messen, plädieren wir dafür, dass insbesondere die – jedoch noch schwieriger zu messende – Qualität der medizinischen Versorgung mit Blick auf Morbidität oder gar Mortalität (z.B. auf Basis von Routineleistungsdaten) nach Möglichkeit in eine solche Betrachtung einbezogen werden muss. Auch ein bestimmter „Versorgungsgrad“ in einer Region oder die einfache Messung der Zunahme von regional tätigen Ärzten (z.B. zur Reduktion eines „Ärzt mangels“) sind unserer Meinung nach hier keine geeigneten Ergebnisparameter. So geht die Zunahme von Ärzten in einer Region nicht automatisch mit einer verbesserten Versorgungsqualität einher, sondern kann auch zu Überversorgung, erhöhtem Wettbewerb und damit beispielsweise auch anbieterinduzierter Leistungsmengenausweitung führen.

Die morbiditäts- und mortalitätsorientierte Evaluation eines Versorgungsmodells oder einer entsprechenden Maßnahme wird durch die Komplexität des Versorgungskontextes erschwert (siehe z.B. auch *Craig et al. 2008*). So ist es beispielsweise herausfordernd, Veränderungen in der Qualität der

Versorgung einem bestimmten Versorgungsmodell (z.B. einem Ärztenetz) zuzurechnen, wenn noch weitere Leistungserbringer in einer Region existieren (siehe auch *Siegel et al.* 2011). Auch die Einrichtung von Kontrollgruppen kann erschwert sein, zum Beispiel bei einem tatsächlichen regionalen Monopol des zu untersuchenden Versorgungsmodells oder einer prinzipiell mangelnden Vergleichbarkeit einer Region mit anderen.

Hinsichtlich des Vergleichs verschiedener Modelle und Maßnahmen ist außerdem festzuhalten, dass sie in ihrer Ausgestaltung und konkreten Zielsetzung sehr unterschiedlich sind und auch auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen (z.B. generelle Förderung der Ausbildung von Medizinern vs. Entwicklung und Implementierung von Behandlungspfaden für eine konkrete Indikation). Dies erschwert eine vergleichende Evaluation zusätzlich.

Auch mit Blick auf den internationalen Kontext zeigt sich, dass die Evaluation von Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen wenig ausgeprägt ist. Als wirksam hat sich laut einer Überblicksarbeit vor allem die Rekrutierung von Ärzten mit einer persönlichen Verwurzelung im ländlichen Raum sowie der Einsatz von Delegationsmodellen an nicht-ärztliche Professionen mit akademischer Ausbildung erwiesen (*Baier/Struckmann* 2014). Aufgrund fehlender Evidenz können hierdurch aber nur begrenzte Aussagen zur Wirksamkeit anderer Maßnahmen abgeleitet werden.

5.1.2 Eindrücke aus den Expertengesprächen

Die im Rahmen der Studie geführten Expertengespräche, die sich auch auf die Erfahrungen mit den bisher erprobten Modellen und Maßnahmen beziehen, lassen vorsichtige Rückschlüsse über zumindest deren kontextuelle Akzeptanz und Legitimation zu. Diese nachfolgend zusammengefassten Eindrücke, die die potentiell einsetzbaren Gestaltungselemente auch nur selektiv adressieren, können allerdings allenfalls als Ausgangspunkt für weitere Versorgungsforschung dienen. Eine evidenzbasierte Aussage über die Wirksamkeit einzelner Modelle und Maßnahmen ist damit nicht möglich.

Kooperation regionaler Stakeholder als Gestaltungspotential

Eine Mehrheit der Experten hat angegeben, dass Gesundheitsversorgung stets ein regionales und damit räumlich kontextabhängiges Geschehen ist. Hierbei gilt es also, nicht nur Spezifitäten lokaler Akteure einzubeziehen, sondern auch die Historie ihrer (ggf. auch fehlenden oder nur sehr eingeschränkten) Interaktion. Genauso scheint es – auch mit Blick auf bestehende Erkenntnisse der Wirtschaftsgeographie (z.B. *Bathelt/Glückler* 2012) – wenig verwunderlich, dass die Kooperation lokaler Stakeholder eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung, Finanzierung und auch häufig zentraler Bestandteil eines regionalen Versorgungsmodells ist. Eine solche Kooperation

bezieht sich also nicht nur auf den Einbezug möglicher unterschiedlicher Interessen, sondern bietet auch weitreichende Potentiale für die gemeinsame Gestaltung von Gesundheitsversorgung. Dabei scheint es sich als vorteilhaft zu erweisen, wenn regionale Akteure zur Generierung von innovativen Ideen sowie zur Initiierung von konkreten Einzelprojekten und ihrer Evaluation auf eine institutionalisierte und damit auf Dauer angelegte Kooperation zurückgreifen können, die nicht allein an das Gelingen eines Projektes geknüpft ist, sondern das Sammeln und Nutzen gemeinsamer Erfahrungen ermöglicht (so z.B. im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft "Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg", siehe *IGiB* 2018).

Neuere Organisationsformen als Gestaltungspotential

Generell lässt sich sowohl eine Zunahme von MVZ als auch eine Zunahme von Ärzten im Angestelltenverhältnis beobachten (*Kassenärztliche Bundesvereinigung* 2016; *Köppel/Velling* 2017; *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* 2018). Dies deckt sich mit Aussagen von Interviewpartnern, die eine zukünftige Abnahme von Einzelpraxen zugunsten von Arztpraxen mit Arbeitsteilung und ärztlichen Angestelltenverhältnissen annehmen. Hierbei ist festzuhalten, dass insbesondere Kassenärztliche Vereinigungen bei der Förderung solcher Organisationsmodelle stets die spätere Möglichkeit der Praxisübernahme und damit freiberuflichen Tätigkeit eines angestellten Arztes im Blick haben. So könnte sich die vorangehende angestellte Tätigkeit als erster Schritt für die Niederlassung in einer ländlichen Region erweisen, zumal die Anstellung eines Arztes auch stets eine Übernahme des wirtschaftlichen Risikos durch einen Träger (bspw. eine Kommune) nötig macht und auch eine Kündigung seitens des Arztes nicht ausschließt. Organisationsformen, die auch durch flexible Arbeitszeiten und kollegialem Austausch eine als attraktiver empfundene Tätigkeit von Ärzten in ländlichen Regionen ermöglichen, könnten also ein hohes Gestaltungspotential entwickeln.

Einschätzung zum Potential der mobilitätsbezogenen Gestaltungselemente

In vielen von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen ist die Überbrückung von Distanzen durch Mobilität ein entscheidender Faktor des Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Grundsätzlich ergeben sich hier zwei Möglichkeiten – der Arzt fährt zum Patienten oder der Patient zum Arzt.

Mit Blick auf die erste Variante, „Arzt zu Patient“, ist festzuhalten, dass eine solche Lösung von Patienten sehr gut angenommen wird (*Schwartz/Wolf/Haux* 2014). Allerdings kann hier ein im Vergleich zu anderen Modellen ineffizienter Einsatz der teuren Ressource Arzt vermutet werden. Dieser ineffiziente Ressourceneinsatz ist nicht nur durch Fahrzeiten, sondern auch durch die Übernahme von typischerweise nicht-ärztlichen Tätigkeiten (z.B. Vorbereitung von Patienten, Terminmanagement) durch den Arzt begründet. Zudem halten mobile Lösungen oft nur einen technisch weniger gut als eine Praxis ausgestatteten Behandlungsraum (bei gleichzeitiger Notwendigkeit von Warteräumen an mehreren Standorten) vor, was ebenfalls die Zeit, die ärztlichen Tätigkeiten gewidmet werden kann,

verringert. Somit ist eine solche Lösung zumindest mit Blick auf aktuelle Vergütungssysteme kaum kostendeckend und ohne zusätzliche Subvention einsetzbar. Der Einsatz eines solchen Modells ist daher als Ergänzung vorstellbar (*Schwartze/Wolf/Haux 2014*), wenn andere Organisationsmodelle keine Wirkung (mehr) erzielen. Abgesehen von „reisenden Ärzten“ werden jedoch rege Modelle genutzt, die auf die Delegation von beispielsweise ärztlichen Hausbesuchen an qualifiziertes Fachpersonal (z.B. agnes^{zwei}, VERAH) setzen.

Die zweite Variante, „Patient zu Arzt“, hat sich trotz verschiedener bisheriger Umsetzungsversuche (z.B. Patientenbus in Müncheberg, Patientenmobil Leer) ebenfalls nur unter bestimmten Bedingungen als erfolgreich erwiesen. So stärken die Interviews den Eindruck, dass die Vorhaltung eines regelmäßig verkehrenden „Patientenbusses“ ebenfalls mit hohen Kosten verbunden ist, die durch die aktuell real existierende Inanspruchnahme nicht gedeckt werden können. Kooperationen mit dem allgemeinen öffentlichen Nahverkehr (z.B. Schülerverkehr) werden zwar angedacht, erweisen sich aber oft aufgrund der dünnen Besiedlung in ländlichen Regionen ebenfalls als schwierig. Fahrdienste auf der Basis von planbaren Fahrten (z.B. im Rahmen des Besuchs einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation) könnten hier ein höheres Erfolgspotential haben. Darüber hinaus stellt sich allerdings die Frage, welche Akteure (z.B. Selbstverwaltung des Gesundheitswesens vs. regionale Kommunen) für die Sicherstellung eines funktionalen und erschwinglichen Angebots des öffentlichen Nahverkehrs zur Erreichung von medizinischen Versorgungseinrichtungen verantwortlich sind.

5.2 Thesen mit Blick auf die zukünftige Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen

Im Moment ergibt sich der Eindruck, dass – auch unterstützt durch die Einrichtung des Innovationsfonds (siehe z.B. die vorgestellten Fallbeispiele StimMT und Land | Rettung) – eine Vielzahl von Experimenten mit Maßnahmen und Modellen zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen stattfindet. Dabei ist es auch aufgrund der Regionalität von Gesundheitsversorgung und sich daraus ergebender unterschiedlicher Problemstellungen unwahrscheinlich, dass sich ein einziges Modell als Blaupause zur Adressierung aller Versorgungssituationen in ländlichen Regionen durchsetzt. Auch Aussagen zu möglicherweise zukünftig dominanten Versorgungsmodellen in ländlichen Regionen sind zu diesem Zeitpunkt aus unserer Sicht noch nicht möglich, insbesondere da auch evidenzbasierte Evaluationen ihrer Wirksamkeit fehlen.

Aufgrund der geführten Expertengespräche und unter Einbezug nationaler und internationaler Fachliteratur lassen sich allerdings Vermutungen mit Blick auf die zukünftige Gestaltung von Gesundheits-

versorgung in ländlichen Regionen aufstellen. Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Experteninterviews generieren Hypothesen, rekonstruieren die jeweiligen Perspektiven der Akteure, suchen Erklärungen für Abweichungen und bedürfen typischerweise noch einer Ergänzung durch quantitative Forschungsergebnisse. So lange verstehen wir die nachfolgenden Thesen als Input für zukünftige Diskussion und Forschung.

1. **Die ambulant-ärztliche Tätigkeit im Angestelltenverhältnis könnte weiterhin zunehmen.** Dabei werden ambulant tätige Ärzte nicht nur in Organisationen tätig sein, die ihrer Rechtsform nach klassischerweise dem ambulanten Sektor zugerechnet sind. Auch die ambulante Tätigkeit von im Krankenhaus angestellten Ärzten könnte zunehmen. Es ist zu vermuten, dass eine solche Veränderung Teile des Selbstverständnisses der ärztlichen Profession grundlegend wandeln wird, was einen nicht konfliktfreien Veränderungsprozess implizieren könnte (siehe dazu z.B. *Reay/Goodrick/Hinings* 2016).
2. **Es könnte zu einer Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung kommen.** Trotz der bisher äußerst zögerlichen Nutzung von weitreichenden Delegations- oder gar Substitutionsmodellen ist davon auszugehen, dass perspektivisch die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an andere medizinische Professionen zunehmen wird. Dies trägt nicht nur zur Attraktivität dieser Professionen bei, sondern ermöglicht auch einen kostengünstigeren Ressourceneinsatz. Die Mobilität von medizinischen Fachkräften kann hier additiv zur ambulanten Versorgung in der Fläche ländlicher Regionen beitragen, zum Beispiel durch das Aufsuchen von Patienten in der Häuslichkeit.
3. **Distanzüberbrückende telemedizinische Lösungen könnten an weiterer Bedeutung gewinnen.** Sowohl im Rahmen der stationären, ambulanten und auch sektorenübergreifenden Versorgung könnte die Nutzung von Telemedizin als Maßnahme zur Überbrückung räumlicher Distanzen an weiterer Bedeutung gewinnen, gemäß dem Paradigma „digital vor ambulant vor stationär“. Sowohl Szenarien des regelmäßigen Monitorings als auch der Austausch zwischen Angehörigen medizinischer Professionen und zwischen Ärzten und Patienten könnten dabei weiter ausgebaut werden (zur positiven Evaluation des Einsatzes von Telemedizin siehe z.B. *Audebert et al.* 2006; *Koehler et al.* 2018). Unterstützend könnte hier nicht nur die Kombination mit Delegationsmodellen, sondern auch eine zunehmende digitale Kompetenz der ländlichen Bevölkerung wirken.
4. **Krankenhäuser könnten zukünftig in ländlichen Regionen eine deutlich zentralere Rolle als heute einnehmen.** Sowohl der Blick in andere nationale Kontexte wie auch Vorschläge des Sachverständigenrates (2014) und die aktuelle Erprobung von sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen in Deutschland verweisen auf die Möglichkeit, dass Krankenhäuser – trotz anhaltender

Konzentrationstendenzen in diesem Sektor – zukünftig eine zentrale Plattform für die sektorenübergreifende, v.a. fachärztliche Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen bieten könnten. Solche Versorgungsmodelle könnten zusätzlich noch durch die Übernahme einer regionalen Budgetverantwortung gestärkt werden (siehe z.B. auch *Augurzky et al.* 2018). Insbesondere vor dem Hintergrund des Wirtschaftens mit knappen Ressourcen in ländlichen Regionen können hier Synergiepotentiale vermutet werden.

5. **Die Bedeutung von Managementkompetenz könnte zukünftig zunehmen.** Viele schon heute in ländlichen Regionen eingesetzte Versorgungsmodelle gehen nicht nur mit einer verstärkten Aufgabenteilung zwischen genuin medizinischen und Managementaufgaben einher, sondern führen auch zu einem erhöhten Koordinationsaufwand. Mehr denn je wird eine adäquate Versorgung, nicht nur aber eben auch auf dem Lande, von medizinischer *und* managementbezogener Kompetenz bzw. Leistung bestimmt werden. Dies trifft gleichwohl auf sektorenübergreifende Versorgungsmodelle aber auch sektoreninterne Lösungen (z.B. Betrieb eines MVZ, Koordination eines Schlaganfallnetzwerkes) zu. Somit wird die Bedeutung von Managementkompetenz im Gesundheitswesen noch zunehmen. Eine zunehmende Wichtigkeit von Managementaufgaben bzw. deren adäquate Wahrnehmung wird auch durch die beklagte und notwendig reduzierbare Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit unterstützt (siehe z.B. *Fricke* 2018). Diese notwendige Managementkompetenz kann sowohl – auch modellübergreifend – von kollektiven Akteuren wie den Kassenärztlichen Vereinigungen (z.B. beim Betrieb von Eigeneinrichtungen), externen Managementgesellschaften oder Krankenhausträgern als auch einzelnen Individuen (z.B. Berater) angeboten werden.

6 Fazit und Handlungsimpulse

6.1 Generelles Fazit

Deutschland kann im internationalen Vergleich auf eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung mit sehr gutem Zugang zu wohnortnahen Gesundheitsdienstleistungen blicken. Im Moment besteht in fast allen Regionen Deutschlands eine gute bis sehr gute Versorgungssituation, die allerdings schon jetzt „erhebliche“ (S. 8) regionale und siedlungsstrukturelle Unterschiede aufweist (*Sundmacher et al.* 2018). Zukünftige demographische, soziokulturelle und technische Entwicklungen lassen jedoch vermuten, dass es insbesondere auch in ländlichen Regionen zunehmend zu Problemen beim zeitlich und räumlich angemessenen Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen kommen könnte.

Die vorliegende Studie zeigt in diesem Zusammenhang zunächst die Schwierigkeiten einer objektiven Bemessung von Unterversorgung auf. Es ist festzuhalten, dass eine wie auch immer festgestellte „Unterversorgung“ häufig eine sehr unterschiedlich wahrgenommene und mit limitierten Messinstrumenten erfasste Versorgungssituation bezeichnet. Diese Problematik wird noch dadurch verstärkt, dass eine regionale Legitimation von Unterversorgung häufig mit bestimmten Ressourcenflüssen verbunden ist. Somit plädieren wir dafür, sich einer festgestellten (Nicht-) Unterversorgung stets äußerst kritisch und reflektiert zu nähern und eine möglichst vielfältige Operationalisierung vorzunehmen, die quantitative, aber auch qualitative, objektive wie subjektive Messwerte umfasst. Fraglich ist darüber hinaus auch, ob und inwiefern ein Narrativ über „strukturschwache, unterversorgte ländliche Regionen“ die Attraktivität dieser Regionen zusätzlich negativ beeinflusst. Zumindest besteht diese Gefahr, so dass es von Beginn an eines möglichst sachgerechten und sachdienlichen gesellschaftlichen Diskurses dazu bedarf.

Diese Studie gibt auch Aufschluss über aktuell in Deutschland eingesetzte Maßnahmen und Versorgungsmodelle zur Adressierung einer empfundenen oder drohenden Unterversorgung in ländlichen Regionen. Dabei zeigt sich, dass einzelne Organisationen wie Arztpraxen (in Zukunft zunehmend mit mehreren dort tätigen Ärzten) sowie Krankenhäuser das Rückgrat einer ländlichen Gesundheitsversorgung bilden. Diese traditionellen Organisationsformen werden allerdings recht häufig mit zusätzlichen Gestaltungselementen aus den Bereichen Organisation, Technik, Profession und Mobilität ergänzt. Die Zusammenarbeit zwischen regionalen Akteuren, zum Beispiel bei Einrichtung eines Gesundheitszentrums, in regionalen Netzwerken und bei der Nutzung von Case Management spielt hierbei eine zentrale Rolle. Im Moment werden – aufgrund noch mangelnden Wissens über die Voraussetzungen und Folgen zu Recht – verschiedene Organisationsmodelle umgesetzt bzw. erprobt.

Eine flächendeckende und vergleichende Evaluation fehlt jedoch noch. Hier ist auch festzuhalten, dass solche Modelle mit großer Wahrscheinlichkeit nicht nur die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen gewährleisten können, sondern generell zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung von Gesundheitsversorgung beitragen können. Damit ist ihr Einsatz nicht nur in ländlichen, sondern auch in (unterversorgten) urbanen Regionen vorstellbar.

Organisationsmodelle und flankierende unterstützende Maßnahmen auf der übergreifenden Systemebene (z.B. Niederlassungsförderungen, Maßnahmen zur gezielten Weiterbildung von Angehörigen medizinischer Professionen) zielen sowohl auf sektorenspezifische oder sektorenübergreifende Versorgungslösungen ab. Sektorenübergreifende Lösungen sind dabei bis heute, zum Beispiel aufgrund ungünstiger übergeordneter Rahmenbedingungen, eher die Ausnahme. Insgesamt ist eher ein inkrementeller denn radikaler Wandel von Versorgungsmodellen zu beobachten, der häufig auf den Erhalt bestehender Versorgungsstrukturen und professionsspezifischer Aufgabengebiete abzielt. Die Inkrementalität dieses Wandels wird auch durch historisch gewachsene, starre Strukturen bedingt (siehe dazu z.B. auch *Gersch/Sydow 2017*), die beispielsweise die langfristige Finanzierung von neuartigen sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen erschweren können. So zeigt sich, dass insbesondere komplexe neue Versorgungsmodelle in ländlichen Regionen häufig auf zeitlich begrenzte Projektförderungen zurückgreifen, nicht zuletzt aktuell im Rahmen des Innovationsfonds.

Allerdings ist hier auch festzuhalten, dass aufgrund der Regionalität von Versorgungssituationen auch jeweils regionalspezifische Lösungen zur Adressierung einer Versorgungsproblematik in ländlichen Regionen angestrebt werden sollten. Eine solche Lösung kann, je nach Problemlage, sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. So kann beispielsweise eine tiefgreifendere Analyse einer Versorgungssituation durchaus zu dem Schluss kommen, dass als Lösung nicht die aufwändige Implementation eines komplexen sektorenübergreifenden Versorgungsmodells notwendig ist, sondern beispielsweise auch die Einrichtung eines kommunalen MVZs die regionale allgemeinmedizinische Versorgung langfristig sicherstellen kann. Es ist außerdem davon auszugehen, dass häufig auch erst eine Kombination mehrerer Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen zum gewünschten Erfolg führen wird.

6.2 Bewertung von Handlungsempfehlungen und konkrete Impulse

Sowohl in der Fachliteratur als auch in den Interviews wurden bzw. wurden eine Vielzahl von möglichen Handlungsempfehlungen zur Adressierung von Unterversorgung in ländlichen Regionen gegeben. Tabelle 3 gibt einen ausschnitthaften Überblick über aktuell diskutierte Handlungsempfehlungen. Mit Blick auf die bei der Implementierung einzelner Modelle aufgetretenen Herausforderungen adressieren diese insbesondere die Ebene des Gesamtsystems (siehe auch Tabelle 2).

Tabelle 3: Beispiele für Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen

Themenbereich	Konkret vorgeschlagene Maßnahmen
Finanzierung und finanzielle Anreize	<ul style="list-style-type: none"> • Verstetigung projektgebundener Förderungen zur Erprobung innovativer Versorgungsmodelle (z.B. Innovationsfonds) • Langfristige Finanzierung, die die regelhaften Management- und Koordinationskosten von innovativen Versorgungsmodellen sowie von Metaprojekten zur Vernetzung regionaler Akteure abdeckt • Bereitstellung von Mitteln zur Evaluation von Versorgungsmodellen und kontextbeeinflussenden Maßnahmen • Erhöhte Vergütung für die Tätigkeit in ländlichen Regionen innerhalb des ambulanten Vergütungssystems als finanzieller Ansatz („Landarztzuschläge“) • Einführung von sektorenübergreifenden Vergütungssystemen (z.B. regionale Budgets, Hybrid-DRGs)
Aus- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Anzahl der Medizinstudienplätze • Zugangsvoraussetzung für das Medizinstudium an spätere Tätigkeit in ländlichen Regionen knüpfen („Landarztquoten“) • Verlagerung von medizinischen Hochschulen oder Ausbildungsabschnitten in ländliche Regionen • Stärkung der Fachrichtung Allgemeinmedizin in Aus- und Weiterbildung • Akademisierung der Ausbildung nicht-ärztlicher Professionen zur Stärkung von Delegations- und Substitutionsmodellen
Arbeitsbedingungen und -organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Abbau von Bürokratie auch in ländlichen Arztpraxen • Zunehmende Anstellung von Ärzten in der Vertragsarztversorgung, um so beispielsweise von Interessenten wahrgenommene wirtschaftliche Risiken zu minimieren

Diese Handlungsempfehlungen sind in großen Teilen deckungsgleich mit bisher schon eingesetzten kontextübergreifenden Maßnahmen und konkreten Gestaltungselementen auf der Ebene der einzelnen Modelle. Somit liegen also auch für diese Handlungsempfehlungen nur wenige wissenschaftliche Evaluationen im deutschen Gesundheitssystem vor. Die umfangreichsten Evaluationen komplexerer Maßnahmen existieren dabei für den Bereich Aus- und Weiterbildung (*Deutsch et al. 2014; Grobler/Marais/Mabunda 2015; OECD 2016*), allerdings häufig in Form der Befragung von Medizinstudierenden und damit ohne die Überprüfung von morbiditäts- und mortalitätsorientierten Ergebnisparametern bei der zu versorgenden Bevölkerung. Weitere Evidenz existiert zur Wirksamkeit von Landarztquoten (*Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018; Gibis et al. 2012; Steinhäuser et al. 2013*). Auch die Nutzung von Delegationsmodellen wird auf nationaler (*Mergenthal et al. 2013; Mergenthal et al. 2016b; Schmiedhofer/Brandner/Kuhlmey 2017*) sowie internationaler (*Laurant et al. 2018*) Ebene evaluiert. Allerdings ist auch hier der Einbezug von morbiditäts- und mortalitätsorientierten Ergebnisparametern eine Seltenheit. Vergleichsweise gut evaluiert sind hingegen Modelle der telemedizinisch unterstützten Schlaganfallversorgung (z.B. *Audebert et al. 2006; Hubert et al. 2016*) sowie Modelle des telemedizinischen Monitorings von Herzinsuffizienzpatienten (*Koehler et al. 2018*). Ein wesentlicher Grund dafür liegt in der wenig komplexen Form der Intervention; die (ggf.

positive) Veränderung von Ergebnisparametern ist hier auf nur eine umschriebene Intervention in Form der Anwendung des technischen Gerätes zurückzuführen. Für den Einsatz komplexerer Versorgungstechnologien, die aus gleichzeitigen Interventionen auf verschiedenen Ebenen (Systemebene, Personaleinsatz, Technologieeinsatz, etc.) bestehen, sind angemessene Evaluationsmethoden bislang wenig erprobt und müssen erst entwickelt werden (*Dintsios/Gerber 2011*).

Im Folgenden werden beispielhaft drei Handlungsempfehlungen, je eine aus dem Bereich Finanzierung und finanzielle Anreize, Aus- und Weiterbildung sowie Arbeitsbedingungen und -organisation genauer dargestellt. Diese Empfehlungen erscheinen aufgrund dieser qualitativen Erhebung vielversprechend, sollten aber durch weitere Evaluationen noch genauer untersucht werden:

- 1. Die Einrichtung von sektorenübergreifenden, regionalen Budgets:** Regionale, auch sektorenübergreifende Budgets übertragen die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Gesundheitserbringung an einen oder ein Konsortium von regionalen Leistungserbringern. Im Zuge von sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen konzentrieren sich diese häufig um ein regionales Krankenhaus. Es handelt sich dabei um eine Form eines Capitation-Modells, für das verschiedene Faktoren als Voraussetzung zur erfolgreichen Umsetzung diskutiert werden, so unter anderem (für eine umfangreiche Diskussion dieser Voraussetzungen siehe *Augurzky et al. 2018*): Vorhandensein eines dominanten regionalen Leistungserbringers zur Übernahme von Koordinations- und Managementaufgaben, Anreize zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zum Beispiel durch Erhalt der freien Arzt- und Krankenhauswahl, Beteiligung einer kritischen Masse von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen unter Einbezug sämtlicher Leistungssegmente, Sicherstellung der Finanzierung der Management- und Koordinationskosten sowie eine kartellrechtliche Unbedenklichkeit. Bisher gibt es in Deutschland eine sektorenübergreifende Umsetzung eines regionalen Budgets im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Derzeit bestehen dreizehn regionale Budgets auf der gesetzlichen Basis von Modellprojekten nach § 64b SGB V in Deutschland, bei denen die stationäre und ambulante psychiatrische Betreuung inklusive „home treatment“ durch den stationären Pflichtversorger der jeweiligen Region abgedeckt wird (*Deister/Wilms 2014*)⁶. Mit dem Konzept „Gesundes Kinzigtal“ wurde auch außerhalb der Psychiatrie ein Versorgungsmodell umgesetzt, das zumindest große Teile der ambulanten Gesundheitsversorgung in Form eines regionalen Budgets abbildet. Evaluationen verweisen hierbei auf mögliche Qualitätssteigerungen der Versorgung bei gleichzeitiger Kostenre-

⁶ Regionale Budgets in der Psychiatrie sind bereits hinsichtlich relevanter Ergebnisparameter untersucht worden und wirken positiv auf Vermeidung einer „Drehtür“-Psychiatrie, verbessern das psychosoziale Funktionsniveau der Patienten und stabilisieren die Ausgaben für die Kostenträger (*Berghöfer et al. 2016; Deister/Wilms 2014*).

duktion (z.B. *Hildebrandt et al.* 2015; *Pimperl et al.* 2017). Sektorenübergreifende regionale Budgets erscheinen auch aufgrund der geführten Expertengespräche eine Handlungsempfehlung, die genauer evaluiert werden sollte.

2. **Die Verlagerung von medizinischen Ausbildungsabschnitten und Hochschulen in ländliche Regionen.** Dieser mögliche Handlungsansatz adressiert sowohl sektoreninterne als auch sektorenübergreifende Entwicklungstrajektorien. Beispiele für die Umsetzung dieser Handlungsempfehlung (siehe auch *OECD* 2017) in Deutschland umfassen die Gründung der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane und die Förderung von Ausbildungsabschnitten in ländlichen Regionen durch Kassenärztliche Vereinigungen. Solche Maßnahmen wurden bereits in Norwegen, Japan und Kanada erprobt. Es gibt erste Hinweise darauf, dass ein großer Anteil der Studierenden dieser Hochschulen auch für ländliche Regionen gewonnen werden kann (*OECD* 2016) bzw. diese Maßnahme durchaus erfolgversprechend ist (*Henry/Edwards/Crotty* 2009). Auch die Verlagerung von Ausbildungsabschnitten wie Famulaturen scheint aufgrund erster Studierendenbefragungen durchaus erfolgversprechend (*Gibis et al.* 2012; *Schäfer et al.* 2015). Aufgrund der langsamen Wirksamkeit solcher Maßnahmen muss hier auch ein sehr langfristiger Evaluationshorizont angestrebt werden. Sie sind aus unserer Sicht anderen Maßnahmen vorzuziehen, die zwar einen gewissen Erfolg versprechen, aber durch entweder die Selektion nach Herkunft nicht mit diskriminierungsfreien Zugangsvoraussetzungen zum Medizinstudium vereinbar sind oder mit zu weitreichenden Implikationen für die Lebensplanung von Medizinstudierenden verbunden sind (v.a. im Rahmen von „Landarztquoten“) (siehe auch *Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.* 2010; 2014).
3. **Reorganisation der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen, um die Attraktivität der Arbeitsbedingungen zu erhöhen:** Diese Handlungsempfehlung adressiert in erster Linie die ambulante, aber auch sektorenübergreifende Entwicklungstrajektorie. Sie zielt darauf ab, dass Ärzte zukünftig vor allem in Einrichtungen mit Kollegen tätig werden, wodurch intra- aber auch interprofessionelle Aufgabenteilung möglich wird. Eine Studie zum Konzept von Primärversorgerpraxen, die Arbeiten im Team und Teilzeitbeschäftigungen ermöglichen zeigt hier, dass sowohl Ärzte als auch Bürgermeister Vorteile einer solchen Organisationsform sehen (*Klausmann/Brandt/Steinhaeuser* 2017). Während Bürgermeister längere und konstante Öffnungszeiten als positiv bewerten, schätzen Ärzte den Austausch unter Kollegen bezüglich medizinischer und organisatorischer Fragen. Eine weitere Studie weist darauf hin, dass die Arbeitsbelastung von Ärzten, die in einer Organisation mit Elementen eines Primärversorgermodells tätig sind, sinkt (*Erlor et al.* 2012). Dies wird durch eine weitere Studie untermauert, die zeigt, dass die Arbeitsbelastung von in ländlichen Einzelarztpraxen tätigen Ärzten höher ist als die ihrer städti-

schen Kollegen. Aus dieser Studie wird allerdings auch deutlich, dass die Arbeitsbelastung einzelner Ärzte in Gemeinschaftspraxen – unabhängig von ihrer Lokalisation – niedriger ist als in der Einzelpraxis (*Steinhaeuser et al.* 2014). Eine qualitative Befragung zeigt außerdem, dass die Zusammenarbeit in Teams die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in ländlichen Regionen erhöht (*Natanzon et al.* 2010). Insofern scheint dies eine weitere Handlungsempfehlung, die durch tiefergehende wissenschaftliche Evaluationen untersucht werden sollte. Eine Studie mit einem Fokus auf morbiditätsorientierte Ergebnisparameter könnte auch die existierende Befürchtung überprüfen, dass die mit dieser Organisationsform häufig assoziierte Betreuung eines Patienten durch unterschiedliche Behandler zu schlechteren Ergebnissen führt.

Aus den Ergebnissen dieser Studie leiten wir folgende übergreifende Handlungsimpulse ab, die auch zur langfristigen Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen beitragen könnten:

1. Eine **regelmäßige, morbiditäts- und mortalitätsorientierte Evaluation von Modellen und Maßnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen** sollte angestrebt werden. Hierzu sollte die Selbstverwaltung entsprechende Mittel zur Verfügung stellen, die auch den frei verfügbaren Zugang zu Evaluationsergebnissen (s.u.) sicherstellen.
2. Da es sich bei der Bereitstellung einer flächendeckenden, hochqualitativen Gesundheitsversorgung um ein gesamtgesellschaftliches Interesse handelt, sollten **Möglichkeiten geschaffen und genutzt werden, auch aus Misserfolgen zu lernen**. Dies setzt zum einen eine Offenlegung möglicher Misserfolge durch frei zugängliche Evaluationsergebnisse und damit die Reduzierung eines zu vermutenden Publikationsbias (*Easterbrook et al.* 1991) voraus. Zum anderen ist vor allem von Entscheidern im Gesundheitswesen ein reflexiver, sachlicher und nicht interessengeleiteter Umgang mit positiven wie negativen Evaluationsergebnissen erforderlich. Ein konstruktiver Umgang mit Fehlern und Misserfolgen kann dabei zur Entwicklung hochperformativer und zuverlässiger Versorgungssysteme beitragen (*Roberts/Desai/Madsen 2007; Weick/Sutcliffe/Obstfeld 1999*).
3. Aufgrund der aktuell bestehenden Grenzen des immer noch sektoral gegliederten und damit siloartigen Systems werden weiterhin **Handlungsanreize zur Erprobung neuer Modelle** benötigt. Instrumente wie der Innovationsfonds sind dabei sehr hilfreich, da sie verschiedenen Stakeholder der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen zusammenbringen, die Umsetzung geplanter Projekte beschleunigen und eine dringend benötigte „Anschubfinanzierung“ ermöglichen können. Dies inkludiert insbesondere auch die Entwicklung adäquater Forschungsmethoden und die Möglichkeiten der Evaluation von Modellen im Rahmen der Förderung von Versorgungsforschung.

4. Die vorliegende Studie macht zudem deutlich, dass ein **sektorenübergreifendes Denken und Handeln**, welches auch die Schaffung einer Durchlässigkeit bestehender Finanzierungs- und Vergütungssysteme impliziert, zur Sicherstellung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen beitragen könnte.

7 Anhang: Methodik

7.1 Datenerhebung

Die der Studie zugrunde liegende Methodik der Datenerhebung folgt einem qualitativen Ansatz und ist zweigeteilt. Sie nutzt im Gegensatz zu einem quantitativen Ansatz Experteninterviews sowie die Auswertung von Dokumenten. In einem ersten Schritt wurden verschiedene Versorgungsmodelle in ländlichen, von Unterversorgung bedrohten oder betroffenen Regionen durch die Recherche in einschlägigen Datenbanken sowie Fachzeitschriften identifiziert. In einem zweiten Schritt wurden teilstrukturierte Interviews mit ausgewählten Experten geführt.

Identifikation von Versorgungsmodellen: Nach einer initialen Literaturrecherche zu der Thematik wurde zunächst in verschiedenen Datenbanken und Fachzeitschriften eine Recherche nach Versorgungsmodellen in ländlichen, von Unterversorgung bedrohten oder betroffenen Regionen durchgeführt. Einschlusskriterium war dabei, dass diese Modelle in Deutschland erprobt wurden oder werden und drohende oder aktuelle Unterversorgung im Modellzusammenhang genannt wird. Der Stichpunkt der Datenerhebung war der 25.03.2018. Auf den Pflegesektor bezogene und in Metropolregionen implementierte Modelle wurden bewusst ausgeschlossen. Einige weitere Versorgungsmodelle konnten durch Expertengespräche sowie die Lektüre von Fachpublikationen im Verlauf der weiteren Datenerhebung identifiziert werden.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über die einbezogenen Quellen zur Identifikation von Versorgungsmodellen. Insgesamt konnten durch dieses Vorgehen **90 relevante Modelle und Maßnahmen** identifiziert werden, die sich wie folgt aufschlüsseln:

- Stationär: 9 Modelle
- Sektorenübergreifend: 7 Modelle
- Ambulant: 45 Modelle
- Patientenbusse: 2 Modelle
- Rahmenbedingungen: 27 Maßnahmen

Tabelle 4: Datenbanken zur Identifikation von Versorgungsmodellen in ländlichen Regionen

Name der Quelle	Beschreibung	Link
Innovative Gesundheitsmodelle	Datenbank des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität, die deutschlandweit innovative Gesundheitsmodelle identifiziert und beschreibt. Die dargestellten Modelle sollen so Impulse für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum bieten	www.innovative-gesundheitsmodelle.de
Geförderte Projekte des Innovationsfonds	Datenbank des Gemeinsamen Bundesausschusses, die geförderte Innovationsfondsprojekte im Bereich „Neue Versorgungsformen“ auflistet	(https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/)
Geförderte Projekte des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Bereich Gesundheitsforschung	Bis Ende 2016 abgeschlossene Projekte der Schwerpunkte des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung	https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/abgeschlossene-vorhaben.php
MSD Gesundheitspreis Datenbank	Datenbank mit der Beschreibung aller Projekte, die sich für den MSD-Gesundheitspreis beworben haben	https://www.msd.de/gesundheits-im-dialog/gesundheitspreis/archiv/
Deutsches Ärzteblatt	Medizinische Fachzeitschrift	https://www.aerzteblatt.de/

Als **Limitation** ist jedoch festzuhalten, dass diese Modelle nicht die Grundgesamtheit aller Versorgungsmodelle in ländlichen, von Unterversorgung bedrohten oder betroffenen Regionen in Deutschland darstellen. Diese Einschränkung ist erstens darin begründet, dass weitere Versorgungsmodelle erst nach dem Stichpunkt der Datenerhebung implementiert wurden. Zweitens existieren mit hoher Wahrscheinlichkeit einzelne Modelle, die in den oben genannten Datenbanken nicht erfasst wurden und auch aufgrund ihrer regionalen Verteilung nicht in den stattgefundenen Expertengesprächen identifiziert werden konnten. Somit unterliegt die Studie einem Selektionsbias, der auch durch den Umfang der finanziellen Förderung sowie die Intensität der Öffentlichkeitsarbeit bestehender Modelle beeinflusst ist.

Durchführung von Expertengesprächen: Nach der Identifikation der relevanten Modelle wurden diese kodiert und damit in Gruppen eingeteilt. Um tiefere Informationen zu Ausgestaltung und Implementierungserfahrungen bestimmter Modelle und Maßnahmen zu erhalten, wurden teilstrukturierte Expertengespräche mit ausgewählten Repräsentanten jeder identifizierten Modellgruppe geführt (*Miles/Huberman/Saldaña* 2014). Außerdem wurden auch Daten in Interviews mit Repräsentanten von weiteren Stakeholdern (z.B. Kassenärztliche Vereinigungen) erhoben. Zur Struk-

turierung der Gespräche wurde ein Interviewleitfaden genutzt. 31 Interviews mit 33 Experten wurden im Zeitraum Juni bis September 2018 telefonisch oder persönlich geführt und dauerten im Durchschnitt 60 Minuten.

7.2 Datenanalyse

Auch die Datenanalyse erfolgte zweigeteilt. In einem ersten Schritt wurden die **identifizierten Versorgungsmodelle** tabellarisch erfasst. Dabei wurden bestimmte Kategorien wie beispielsweise Region, Ziele und organisatorische Merkmale der Modelle zur Einordnung und Unterscheidung der Modelle genutzt. Aufgrund dieser Merkmale konnten die in der Studie dargestellten Versorgungsmodelltypen abgeleitet werden. Diese tabellarische Übersicht diente auch zur Auswahl der Interviewpartner.

Die **Interviews** wurden aufgezeichnet und transkribiert. In einem nächsten Schritt erfolgte die Datenanalyse durch Kodierung. Dabei wurden insbesondere Gestaltungsmerkmale, die Implementationserfahrungen von Akteuren sowie Treiber und Hindernisse der Modellumsetzung identifiziert. Dabei wurde ein systematisches Vorgehen gewählt (*Gioia/Corley/Hamilton 2012*).

8 Liste der Experten

Gespräche mit folgenden Experten sind in die Studie eingeflossen:

- Annegret Anspach (MVZ Börde)
- Dr. Benjamin Behar (Artemed)
- Raimund Böhle (Carus Consilium Sachsen GmbH)
- Lars Bongartz (Landarztnetz Lahn-Dill)
- Dr. Lorenz Breuer (STENO)
- Lutz Freiberg (IGiB; Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg)
- Dr. Bernhard Gibis (Kassenärztliche Bundesvereinigung)
- Steffen Hampel (Gesundheitsamt Märkisch-Oderland)
- Dr. Hans-Joachim Helming (IGiB-StimMT)
- Dr. Gordian Hubert (TEMPiS)
- Prof. Dr. Gunter Lauven (Projekt HandinHand)
- Ulrike Keller (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg)
- Andreas Memmert (Samtgemeinde Schladen-Werla)
- Dr. Karola Mergenthal (Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main)
- Dr. Uwe Milbradt (MVZ Börde)
- Robert Montag (IGiB)
- Susanne Müller (BMVZ e.V.)
- Lea Oesterle (Gesundheitsregionen Niedersachsen)
- Dr. Maren Preuß (Gesundheitsregionen Niedersachsen)
- Dr. Jan Purr (Gesundheitszentrum Gelstertal)
- Dr. Karl-Christian Thies (Land| Rettung)
- Thomas Rampoldt (Ärztegenossenschaft Nord eG)
- Heinrich Reinhard (Gemeinde Reichertshausen)
- Bertram Roessiger (Ärzte der Region Hinterland/Wittgenstein)
- Dr. Annette Rommel (Kassenärztliche Vereinigung Thüringen)
- Harald Stender (Koordinator ambulante Versorgung Kreis Dithmarschen)
- Dr. Silke Wachsmuth-Uhrner (Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen)
- Dominik Walter (RHÖN-Klinikum AG)
- Günter Wigbers (Samtgemeinde Sögel)
- Dr. Karl Wilhelm (MVZ – Dachau/München/Freising)
- Michael Zaske (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg)
- Zwei weitere anonyme Experten

9 Glossar

Anamnese: Professionelle Erfragung und damit systematische Erfassung von potenziell medizinisch relevanten Informationen (z.B. Vorgeschichte, Lebensumstände, Erkrankungen) durch medizinisches Fachpersonal, meist direkt beim Patienten.

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle: Fälle, die nach heutigem Stand der Medizin ambulant behandelt werden könnten, bei denen jedoch eine stationäre Aufnahme erfolgt. Wird als ein möglicher Qualitätsindikator zur Messung der ambulanten Gesundheitsversorgung diskutiert.

Daseinsvorsorge: Sicherung des öffentlichen Zugangs zu existentiellen Leistungen und Gütern entsprechend der Bedürfnisse von Bürgern, zum Beispiel Gesundheit, Energieversorgung, Telekommunikation, Post, Verkehr, Wohnungswirtschaft, Wasserversorgung, Abwasser- und Müllentsorgung, Bildung und öffentliche Sicherheit.

DRG (Diagnosis Related Groups): Ökonomisch-medizinisches Patientenklassifikationssystem, das zur fallbezogenen Abrechnung im Rahmen der stationären Gesundheitshausversorgung genutzt wird. DRGs bilden damit die Grundlage für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung von Krankenhausdienstleistungen.

Innovationsfonds: Fördert seit 2015 Projekte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland, insbesondere sektorenübergreifende Versorgungsformen sowie die patientennahe Versorgungsforschung. Der Innovationsfonds finanziert sich aus den Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Integrierte Versorgung: Fach- und/oder sektorenübergreifende Versorgung mit dem Ziel von Qualitäts- und Effizienzsteigerung, in Deutschland oft mit Bezug auf Verträge nach § 140 SGB V verstanden.

Kassenärztliche Vereinigung (KV): Kassenärztliche Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, denen alle Vertragsärzte und Psychotherapeuten angehören müssen. Sie sind für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen zuständig und haben den Auftrag der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Kleinzentrum: Ort der untersten Zentralitätsstufe innerhalb des Zentrale-Orte-Konzepts, soll zur Befriedigung der Grundbedürfnisse des täglichen Bedarfs der Bevölkerung nach Waren und Dienstleistungen beitragen (z.B. Hauptschule, Arzt, Apotheke, Einzelhandels- und Handwerksbetriebe).

Kommune: Staatsrechtlicher Fachbegriff, der alle kommunalen Gebietskörperschaften (je nach Bundesland z.B. Gemeinde, Kreis, Landkreis, Stadt) umfasst.

Kontext: Summe von Faktoren, die eine konkrete Interaktion oder Organisation beeinflussen können. Mit Blick auf Versorgungsmodelle in ländlichen Regionen kann dabei in den näheren (regionalen) und weiteren (Gesamtsystem) Kontext unterschieden werden.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ): Ärztlich geleitete Einrichtungen mit strukturierter Zusammenarbeit mindestens zweier Ärzte (nach § 95 SGB V). MVZs weisen im Gegensatz zu traditionellen Einzelarztpraxen eine Institutionen- und nicht personengebundene Zulassung auf.

Mittelzentrum: Ort der mittleren Zentralitätsstufe innerhalb des Zentrale-Orte-Konzepts, soll zur Befriedigung der Bedürfnisse der Bevölkerung nach Waren und Dienstleistungen des gehobenen Bedarfs beitragen (z.B. weiterführende Schulen, Krankenhaus, Hallenbad, weitere Sportstätten). Mindestens 7000 Einwohner.

Oberzentrum: Ort der höchsten Zentralitätsstufe innerhalb des Zentrale-Orte-Konzepts, soll zur Befriedigung hochspezialisierter Bedürfnisse der Bevölkerung nach Waren und Dienstleistungen beitragen (z.B. auch höhere Verwaltungsbehörden, Hochschulen, Theater, Spezialkliniken). Mindestens 100.000 Einwohner.

Organisationsmodell: Organisationen zielen darauf ab, bestimmte Ziele durch Arbeitsteilung und Koordination zu erreichen. Bei einem Organisationsmodell handelt es sich um eine mit Blick auf Struktur und Interaktion reproduzierbare Form, die im Kern durch hierarchische Anweisungen koordiniert wird.

Peers: Auch „Genesungsbegleiter“ genannt. Geschulte Krankheits-Erfahrene, die zur Unterstützung in der Therapie vor allem chronisch Kranker eingesetzt werden. Sie können auf der Basis eigener Krankheits- und Therapieerfahrung Patienten bei der Übernahme von Selbstverantwortung, der Entwicklung von Stigmaresistenz und der Steigerung von Adhärenz helfen. Neben wenigen Modellen bezahlter Peer-Arbeit entstammen sie meist Selbsthilfenetzwerken und werden in vielen Versorgungsbereichen (Reha, Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Suchtbereich) eingesetzt.

Stakeholder: Einzelpersonen, Personengruppen oder juristische Personen (Firmen, andere Akteure), die ein berechtigtes Interesse an einem Sachverhalt oder Prozess haben und daher an der Entwicklung und an Entscheidungen beteiligt werden. Abhängig vom Kontext sind alternativ die deutschen Begriffe Interessengruppen oder interessierte Kreise oder Anspruchsträger geläufig.

Trajektorie: Eine sich entwickelnde Folge von Ereignissen und/oder Handlungen, auch in Bezug auf die Gestaltung von Organisationsmodellen zur Gesundheitsversorgung.

Untzentrum: Ort der unteren Zentralitätsstufe innerhalb des Zentrale-Orte-Konzepts, soll zur Befriedigung der Grundbedürfnisse der Bevölkerung nach Waren und Dienstleistungen beitragen. Unterscheiden sich von Kleinzentren durch die bessere infrastrukturelle Ausstattung.

Zentrale-Orte-Konzept: Konzept zur unterschiedlichen zentralörtlichen Bedeutung von Städten, zurückgehend auf den Geographen Walter Christaller.

10 Interessante Links

<http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de>

Datenbank über innovative Gesundheitsmodelle in Deutschland in ländlichen und anderen Regionen, außerdem Beratungsangebot für die Umsetzung; aufgebaut vom Institut für Allgemeinmedizin; Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.

<http://www.lass-dich-nieder.de>

„Lass dich nieder“, Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen, um Medizinstudierende und junge Ärzte über die Niederlassung zu informieren.

<https://www.msd.de/gesundheit-im-dia-log/gesundheitspreis/archiv/>

Datenbank mit allen Projektbeschreibungen von Bewerbern für den MSD-Gesundheitspreis. Viele Projekte adressieren auch die Versorgungssituation in ländlichen geprägten Regionen.

Literatur

- Amelung, V. E./Binder, S./Bertram, N./Chase, D. P./Urbanski, D.* (2017), Die elektronische Patientenakte. Fundament einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung, Heidelberg.
- Audebert, H. J./Schenkel, J./Heuschmann, P. U./Bogdahn, U./Haberl, R. L.* (2006), Effects of the implementation of a telemedical stroke network: The Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS) in Bavaria, Germany, in: *The Lancet Neurology*, 5, S. 742–748.
- Augurzky, B./Graf, C./Griewing, B./Walter, D.* (2018), Versorgung und Vergütung regional gedacht: „Von der Volumen- zur Wertorientierung“, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 72, S. 52–59.
- Auschra, C.* (2018), Barriers to the integration of care in inter-organisational settings. A literature review, in: *International Journal of Integrated Care*, 18, S. 1–14.
- Baier, N./Struckmann, V.* (2014), Review zu den Perspektiven der ländlichen Versorgung. Ein Überblick international bestehender Ansätze, Berlin.
- Bathelt, H./Glückler, J.* (2012), Wirtschaftsgeographie. Ökonomische Beziehungen in räumlicher Perspektive, 3. Aufl., Stuttgart.
- Bayerische TelemedAllianz* (2018), Innovative Wege der Gesundheitsversorgung. Willkommen bei der Bayerischen TelemedAllianz, <https://www.telemedallianz.de/> (20.09.2018).
- BBSR Bonn* (2018), Laufende Raumb Beobachtung - Raumabgrenzungen, https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/Raumtypen2010_vbg/Raumtypen2010_alt.html (18.09.2018).
- Berghöfer, A./Hubmann, S./Birker, T./Hejnal, T./Fischer, F.* (2016), Evaluation of quality indicators of integrated care in a Regional Psychiatry Budget - A pre-post comparison by secondary data analysis, in: *International Journal of Integrated Care*, 16, S. 11–17.
- Blum, K./Weigand, A.* (Hrsg.) (2015), Sanierungsfall Krankenhaus. Erkennen, Vorbeugen, Abwenden, Düsseldorf.
- BMVZ* (2017), Nur auf den ersten Blick sind alle gleich ..., <https://www.bmvz.de/presse/journalisten/%C2%A7%C2%A795-311-105-systematik/> (06.09.2018).
- BMVZ* (2018), Medizinische Versorgungszentren, <https://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/medizinische-versorgungszentren/> (06.09.2018).
- Bock, C./Osterkamp, N./Schulte, C.* (2012), Fachärztliche Versorgung auf dem Land – Mangel oder fehlender Komfort?, in: *Böcken, J./Braun, B./Repschläger, U.* (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER/GEK, Gütersloh*, S. 160–181.
- Bundesärztekammer* (2015), Ärztliche Priorisierung von Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Telemedizin_Telematik/Telemedizin/Einsatzgebiete_telemedizinischer_Patientenversorgung.pdf (10.09.2018).
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung* (2013), Bevölkerungsentwicklung 2013. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft* (2016a), Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der ländlichen Räume 2016, Berlin.
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft* (2016b), Ländliche Regionen verstehen. Fakten und Hintergründe zum Leben und Arbeiten in ländlichen Regionen, Berlin.

- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.* (2010), Die bvmd spricht sich gegen eine Landarztquote aus. Positionspapier, Bonn.
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.* (2014), Gegen unsachliche Merkmale als Auswahlkriterien zum Medizinstudium. Positionspapier, Berlin.
- Burgdorf, F./Sundmacher, L.* (2014), Potentially avoidable hospital admissions in Germany: An analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations, in: *Deutsches Ärzteblatt International*, 111, S. 215–223.
- Christ, T.* (2017), Beurteilung der Versorgungssituation durch Berücksichtigung unterschiedlicher Parameter: der Versorgungsindex, Mainz.
- Coenen, M./Haucap, J./Hottenrott, M.* (2016), Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung. Analyse und Reformansätze, Düsseldorf.
- Craig, P./Dieppe, P./Macintyre, S./Michie, S./Nazareth, I./Petticrew, M.* (2008), Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance, in: *BMJ*, 337, 1-6.
- David, P. A.* (1985), Clio and the economics of QWERTY, in: *American Economic Review*, 75, S. 332–337.
- Deister, A./Wilms, B.* (2014), Regionale Verantwortung übernehmen. Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach §64b SGB V, Köln.
- Deutsch, T./Lippmann, S./Frese, T./Sandholzer, H.* (2014), Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses - Zusammenhang zwischen praxisorientierter Lehre und Karriereentscheidung, in: *Gesundheitswesen*, 76, S. 26–31.
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management* (2018), Was ist CM? Offizielle Definition der DGCC, <https://www.dgcc.de/case-management/> (19.09.2018).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft* (2017), Eckdaten der Krankenhausstatistik, https://www.dkgev.de/dkg.php/cat/215/aid/4222/title/Eckdaten_Krankenhausstatistik (28.09.2018).
- Deutsches Ärzteblatt* (2018), Gesundheitskiosk in Hamburger Problembezirk wird gut angenommen. 07.03.2018, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91649/Gesundheitskiosk-in-Hamburger-Problembezirk-wird-gut-angenommen> (30.07.2018).
- Dintsios, C.-M./Gerber, A.* (2011), Gesundheitsökonomische Evaluation der Integrierten Versorgung: Stößt die Gesundheitsökonomie an ihre Grenzen?, in: *Amelung, V. E./Eble, S./Hildebrandt, H.* (Hrsg.), *Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand*, Berlin, S. 135–144.
- Easterbrook, P.J./Gopalan, R./Berlin, J.A./Matthews, D.R.* (1991), Publication bias in clinical research, in: *Lancet*, 337, S. 867–872.
- Erler, A./Beyer, M./Welbers, G./Gerlach, F.* (2012), Zusammenschluss von Hausarztpraxen zum SCHAAZ – Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und Burnout-Risiko, in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 88, S. 303–312.
- Franzen, N./Hahne, U./Hartz, A./Kühne, O./Schafranski, F./Spellerberg, A./Zeck, H.* (2008), Herausforderung Vielfalt - ländliche Räume im Struktur- und Politikwandel, Hannover.
- Fricke, A.* (2018), Formularwut. Bürokratie in der Praxis nimmt nicht ab, https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxismanagement/article/971331/buerokratie-formularwut-arztpraxis-nimmt-nicht-ab.html (23.09.2018).

- Gersch, M./Sydow, J. (2017), Der Innovationsfonds aus Sicht der Innovationsforschung, in: *Amelung, V. E./Eble, S./Hildebrandt, H./Knieps, F./Lägel, R./Ozegowski, S./Schlenker, R.-U./Sjuts, R.* (Hrsg.), Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem, Berlin, S. 58–64.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (2016), Betten in Krankenhäusern (Anzahl und je 100.000 Einwohner), http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=92503744&nummer=839&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=42365315 (29.09.2018).
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (2018), Ärztemangel in ländlichen Regionen, http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=26011 (19.08.2018).
- Gibis, B./Heinz, A./Jacob, R./Muller, C.-H. (2012), The career expectations of medical students: Findings of a nationwide survey in Germany, in: *Deutsches Ärzteblatt International*, 109, S. 327–332.
- Gioia, D. A./Corley, K. G./Hamilton, A. L. (2012), Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology, in: *Organizational Research Methods*, 16, S. 15–31.
- GKV Kliniksimulator* (2018), <https://www.gkv-kliniksimulator.de> (28.09.2018).
- Grobler, L./Marais, B. J./Mabunda, S. (2015), Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas, in: *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 6*. Art. No.: CD005314.
- Hämel, K./Kutzner, J./Vorderwülbecke, J. (2017), Mobile Versorgungseinrichtungen zur Stärkung der Versorgungssicherheit im ländlichen Raum? Eine Analyse von Konzepten und Implementationsanforderungen, in: *Gesundheitswesen*, 79, S. 1012–1018.
- Hauschildt, J./Gemünden, H. G. (Hrsg.) (1999), *Promotoren*, 2. Aufl., Wiesbaden.
- Helming, H. J. (2014), KV RegioMed. Ein Baukasten für die Zukunft, in: *Amelung, V. E./Göhl, M./Hess, R./Koschorrek, R./Lang, T./Mann, M./Quodt, H./Schwartz, F. W./Scriba, P. C.* (Hrsg.), *Erfolgreiche Versorgungsprojekte in der Praxis. Gemeinsam Versorgung gestalten*, Haar, S. 110–118.
- Henry, J. A./Edwards, B. J./Crotty, B. (2009), Why do medical graduates choose rural careers?, in: *Rural and Remote Health*, 9, S. 1–13.
- Herr, C. (2014), Medizinische Versorgung und ÖPNV im ländlichen Raum. Grundlagenuntersuchung zu Kooperationsmöglichkeiten und -formen zwischen ÖPNV und medizinischen Versorgungseinrichtungen, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=2ahUKEwiiuZLjx9XdAhXHzKQKHbehDFkQFjAFegQIBhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.mw.niedersachsen.de%2Fdownload%2F87416%2F13.50_uhr_herr_kombi_krankenfahrten.pdf&usg=AOvVaw1GpxZOb8HMiheSHmA1Qrlu (06.09.2018).
- Hildebrandt, H./Pimperl, A./Schulte, T./Hermann, C. F./Riedel, H./Schubert, I./Köster, I./Siegel, A./Wetzel, M. (2015), Triple Aim - Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal - Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit, in: *Bundesgesundheitsblatt*, 58, S. 383–392.
- Holzinger, S./Augurzky, B. (2015), *Netzwerkmedizin – Fakten, Diskurs, Perspektiven für die praktische Umsetzung*, Heidelberg.
- Hubert, G./Handschu, R./Barlinn, J./Berrouschot, J./Audebert, H. J. (2016), Telemedizin beim akuten Schlaganfall, in: *Aktuelle Neurologie*, 43, S. 615–623.
- IGiB* (2018), *Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg*, <http://www.gesundeideenfürbrandenburg.de/> (27.09.2018).

- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2007), Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – Chancen durch Vielfalt, Berlin.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2016), 4. MVZ Survey der KBV. Medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Berlin.
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg* (2018), KV RegioMed, <https://www.kvbb.de/praxis/service/kv-regiomed/> (27.09.2018).
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz* (2016), Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2016 - Vertragsärztliche Versorgung im Wandel, Mainz.
- Klausmann, S./Brandt, B./Steinhaeuser, J.* (2017), Wie stehen Bürgermeister und Hausärzte eines schwäbischen Landkreises zum Konzept einer Primärversorgerpraxis?, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 93, S. 391–395.
- Klose, J./Rehbein, I.* (2017), Ärzteatlas 2017. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin.
- Knieps, F./Amelung, V. E./Wolf, S.* (2012), Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen – Grundlagen, Definitionen, Problemanalysen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 66, S. 8–19.
- Koehler, F./Koehler, K./Deckwart, O./Prescher, S./Wegscheider, K./Kirwan, B.-A./Winkler, S./Vettorazzi, E./Bruch, L./Oeff, M./Zugck, C./Doerr, G./Naegele, H./Störk, S./Butter, C./Sechtem, U./Angermann, C./Gola, G./Prondzinsky, R./Edelmann, F./Spethmann, S./Schellong, S. M./Schulze, P. C./Bauersachs, J./Wellge, B./Schoebel, C./Tajsic, M./Dreger, H./Anker, S. D./Stangl, K.* (2018), Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): A randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial, in: Lancet, 392, S. 1047–1057.
- Kopetsch, T./Maier, W.* (2018), Analyse des Zusammenhangs zwischen regionaler Deprivation und Inanspruchnahme – Ein Diskussionsbeitrag zur Ermittlung des Arztbedarfes in Deutschland, in: Gesundheitswesen, 80, S. 27–33.
- Köppel, B./Velling, P.* (2017), Neue Gesundheitspolitik und die Rolle der MVZ. MVZ & Anstellung im Fokus, https://www.bmvz.de/wp-content/uploads/2017/11/Praktiker2017_01_KoepplVelling.pdf (06.09.2018).
- KWC Gmbh/BBG und Partner Rechtsanwälte* (2012), Medizinische Versorgung und ÖPNV im ländlichen Raum. Grundlagenuntersuchung zu Kooperationsmöglichkeiten und -formen zwischen ÖPNV und medizinischen Versorgungseinrichtungen im ländlichen Raum, Berlin, Bremen.
- Laschet, H.* (2017), Versorgung unter der Lupe. Frühwarnung durch Bedarfsplanung im Detail, https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/bedarfsplanung/article/944069/versorgung-lupe-wenn-bedarfsplanung-nicht-stimmt.html (21.09.2018).
- Laurant, M./van der Biezen, M./Wijers, N./Watananirun, K./Kontopantelis, E./van Vught, A. J.* (2018), Nurses as substitutes for doctors in primary care, in: Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 7. Art. No.: CD001271.
- Medizinische Hochschule Brandenburg* (2018), Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, <https://www.mhb-fontane.de/> (26.09.2018).
- Mergenthal, K./Beyer, M./Gerlach, F. M./Guethlin, C.* (2016a), Sharing responsibilities within the general practice team - A cross-sectional study of task delegation in Germany, in: PloS one, 11, 1-12.
- Mergenthal, K./Beyer, M./Güthlin, C./Gerlach, F. M.* (2013), Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 107, S. 386–393.

- Mergenthal, K./Güthlin, C./Beyer, M./Gerlach, F. M./Siebenhofer, A. (2016b)*, Wie bewerten und akzeptieren Patienten die Betreuung durch Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis? Ergebnisse einer Patienten-Befragung in der HzV in Baden-Württemberg, in: *Gesundheitswesen*, 78, S. 1–7.
- Mergenthal, K./Leifermann, M./Beyer, M./Gerlach, F. M./Güthlin, C. (2016c)*, Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal in Deutschland - eine Übersicht, in: *Gesundheitswesen*, 78, e62-68.
- Miles, M. B./Huberman, A. M./Saldaña, J. (2014)*, *Qualitative data analysis. A methods sourcebook*, 3. Aufl., Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC.
- Mose, I. (2005)*, Ländliche Räume, in: *Ritter, E.-H. (Hrsg.), Handwörterbuch der Raumordnung*, 4. Aufl., Hannover, S. 573–579.
- Müller, B. S./Leiferman, M./Wilke, D./Gerlach, F. M./Erlar, A. (2016)*, Innovative Versorgungsmodelle in Deutschland – Erfolgsfaktoren, Barrieren und Übertragbarkeit, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 115-116, S. 49–55.
- Müller, S. (2018)*, Theorie vs. Realität. Zur Bedeutung von MVZ für die ländliche Versorgung, in: *KU Gesundheitsmanagement*, S. 37–39.
- Nagel, E./Neukirch, B./Schmid, A./Schulte, G. (2017)*, Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland, Berlin.
- Natanzon, I./Szecsenyi, J./Ose, D./Joos, S. (2010)*, Future potential country doctor: The perspectives of German GPs, in: *Rural and Remote Health*, 10, S. 1347.
- OECD (2016)*, *Health workforce policies in OECD countries. Right jobs, right skills, right places. OECD Health Policy Studies*, Paris.
- OECD (2017)*, *Health at a glance 2017. OECD indicators*, Paris.
- Osterloh, F. (2018)*, Stationäre Versorgung (I). Kontroverse um SVR-Gutachten, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 115, C1281-1284.
- Ozegowski, S./Sundmacher, L. (2012)*, Wie "bedarfsgerecht" ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung, in: *Gesundheitswesen*, 74, S. 618–626.
- Ozegowski, S./Sundmacher, L. (2013)*, Bedarfsplanung – quo vadis?, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 67, S. 60–67.
- Pimperl, A./Schulte, T./Muhlbacher, A./Rosenmoller, M./Busse, R./Groene, O./Rodriguez, H. P./Hildebrandt, H. (2017)*, Evaluating the impact of an accountable care organization on population health: The quasi-experimental design of the German *Gesundes Kinzigtal*, in: *Population Health Management*, 20, S. 239–248.
- Provan, K. G./Fish, A./Sydow, J. (2007)*, Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks, in: *Journal of Management*, 33, S. 479–516.
- Reay, T./Goodrick, E./Hinings, C. R. (2016)*, Institutionalization and professionalization, in: *Ferlie, E./Montgomery, K./Reff Pedersen, A. (Hrsg.), The Oxford handbook of health care management*, Oxford, 25-44.
- Reiners, H. (2018)*, Bedarfsplanung und Sicherstellung – Dauerbaustelle der Gesundheitspolitik, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 72, S. 21–25.
- Roberfroid, D./Leonard, C./Stordeur, S. (2009)*, Physician supply forecast: Better than peering in a crystal ball?, in: *Human Resources for Health*, 7, S. 1–13.

- Roberts, K. H./Desai, V./Madsen, P. (2007), Reliability enhancement and demise at Back Bay medical center's children's hospital, in: Carayon, P. (Hrsg.), Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety, Mahwah, NJ, S. 249–258.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010), Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014), Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bern.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Berlin, Bonn.
- Schäfer, H.-M./Mangold, B./Paulitsch, M./Gerlach, F. (2015), Landpartie Fulda – ein Projekt zur Förderung des hausärztlichen Nachwuchses im ländlichen Raum, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 91, S. 260–263.
- Schmiedhofer, M. H./Brandner, S./Kuhlmey, A. (2017), Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte: Der Versorgungsansatz agneszwei in Brandenburg – eine qualitative Akzeptanzanalyse, in: Gesundheitswesen, 79, S. 453–460.
- Schwartz, J./Wolf, K.-H. (2017), Projekt „Rollende Arztpraxis“ im Landkreis Wolfenbüttel, in: Pfannstiel, M. A./Focke, A./Mehlich, H. (Hrsg.), Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, Wiesbaden, S. 81–92.
- Schwartz, J./Wolf, K.-H./Haux, R. (2014), Rollende Arztpraxis. Abschlussbericht, Braunschweig, Hannover.
- Siegel, A./Stößel, U./Schubert, I./Erlner, A. (2011), Probleme der Evaluation einer regionalen integrierten Vollversorgung am Beispiel „Gesundes Kinzigtal“, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 105, S. 590–596.
- Steinhaeuser, J./Joos, S./Szecsenyi, J./Götz, K. (2013), Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen?, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 89, 10-15.
- Steinhaeuser, J./Otto, P./Goetz, K./Szecsenyi, J./Joos, S. (2014), Rural area in a European country from a health care point of view: An adoption of the Rural Ranking Scale, in: BMC Health Services Research, 147, S. 1–6.
- Sundmacher, L./Flemming, R./Franke, S./Höser, C./van den Berg, N./Becker, U./Schang, L./Frank-Tewaag, J./Wende, D./Kistemann, T./Hoffman, W./Brechtel, T./Schütting, W./Geiger, I./Weinhold, I./Kemen, J./Kleinke, F. (2018), Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, München, Leipzig, Bonn, Greifswald, Köln.
- Ulrich, L./Faller, B./Barthen, L./Lobeck, M./Erlner, A. (2018), Strategien zur Verbesserung der regionalen hausärztlichen Versorgung – Das Konzept der lokalen Zukunftswerkstätten in Rheinland-Pfalz, in: Pfannstiel, M. A./Focke, A./Mehlich, H. (Hrsg.), Management von Gesundheitsregionen IV. Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit, Wiesbaden, S. 77–88.
- van den Berg, N./Schmidt, S./Stentzel, U./Mühlhan, H./Hoffmann, W. (2015), Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete. Möglichkeiten, Einschränkungen, Perspektiven, in: Bundesgesundheitsblatt, 58, S. 367–373.
- versorgungsatlas.de Newsletter (2018), Indizes: Kennzahlen in der Medizin, Berlin, in: Newsletter 1/2018 (18.09.2018).

- Walter, D./Auner, H./Griewing, B. (2017), Und der Patient entscheidet doch! Campusmodell der Rhön-KlinikumAG: Ansätze zur Bewältigung einer altersdominierten Gesundheitsversorgung ohne Rationierung, in: KU Gesundheitsmanagement, 53-56.
- Weick, K. E./Sutcliffe, K. M./Obstfeld, D. (1999), Organizing for high reliability: Processes of collective mindfulness, in: Sutton, R. I./Staw, B. M. (Hrsg.), Research in organizational behavior, vol. 21, Greenwich, CT, S. 81–124.
- Wiechmann, T./Terfrüchte, T. (2017), Smart Country regional gedacht – Teilräumliche Analysen für digitale Strategien in Deutschland, Gütersloh.
- Winterer, A. (2009), Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW, in: Klauber, J./Robra, B.-P. (Hrsg.), Krankenhausreport 2008/2009. Schwerpunkt Versorgungszentren, Stuttgart, S. 143–154.

Verfasser

Dr. Carolin Auschra (M.Sc. in Management & Marketing, B.Sc. in Betriebswirtschaftslehre, staatlich geprüfte Physiotherapeutin) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Management-Department der Freien Universität Berlin.

Arbeitsschwerpunkte: Organisation von Gesundheitsversorgung, organisationsübergreifende Zusammenarbeit, Innovation und Digitalisierung der Gesundheitsversorgung.

Kontakt: carolin.auschra@fu-berlin.de

PD Dr. med. Anne Berghöfer ist Ärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Arbeitsschwerpunkte: Sektorenübergreifende Versorgung, Evaluation integrierter Versorgungsmodelle, Qualitätsmanagement, Psychiatrische Versorgungsforschung.

Kontakt: anne.berghoefer@charite.de

Jana Deisner (M.A. in Soziologie) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Graduiertenkolleg „Innovationsgesellschaft heute“ am Institut für Soziologie der Technischen Universität Berlin

Arbeitsschwerpunkte: Zusammenspiel von Organisation mit Technik und Innovation, Digitalisierung in der ambulanten Pflege.

Kontakt: jana.deisner@tu-berlin.de

Prof. Dr. Jörg Sydow ist Inhaber der Professur für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Unternehmenskooperation, am Management-Department der Freien Universität Berlin, sowie Gastprofessor an der Graduate School of Business der University of Strathclyde in Glasgow.

Arbeitsschwerpunkte: Unternehmensnetzwerke, industrielle Beziehungen, Innovations- und Projektmanagement, Organisations- und Managementtheorie, Entrepreneurship und Kreativität.

Kontakt: joerg.sydow@fu-berlin.de