2023

Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis [Bericht der Kommunalen Gesundheitskonferenz]

kommunale
gesundheits-
konferenz
ortenaukreis

Impressum

Kommunale Gesundheitskonferenz Ortenaukreis
Gesundheitsamt - Landratsamt Ortenaukreis
Leutkirchstraße 34b, 77723 Gengenbach
http://www.ortenaukreis.de

Ansprechperson:

Dr. Evelyn Bressau
Tel.: 0781 805 9708
E-Mail: evelyn.bressau@ortenaukreis.de

Autoren:

M. Sc. Fabienne Räther, Dr. phil. Janine Feicke, Dr. Evelyn Bressau

Weitere beteiligte Personen:

Arbeitsgruppe Sektorenübergreifende Versorgung der KGK Ortenaukreis, Linda Fuchs, Jessica Jäger, Angela Schickler, Andrea Blaser

Datum der Veröffentlichung

28. September 2023

Vervielfältigung mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu gewerblichen Zwecken. Belegexemplar erbeten.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis ..... **I**

Abbildungsverzeichnis ..... **II**

Tabellenverzeichnis ..... **III**

Vorwort **1**

1 Einführung **2**

1.1 Hintergrund 2

1.2 Ziele und methodisches Vorgehen 3

2 Die Kinder- und Jugendärztliche Versorgungssituation im Ortenaukreis **5**

2.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen der Kinder und Jugendmedizin 5

2.2 Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung 7

2.3 Anzahl der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten, Altersverteilung, regionale Verteilung im Ortenaukreis 14

2.4 Relevante Bevölkerungsentwicklungen 17

2.5 Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte im Ortenaukreis 18

2.6 Zukunftswerkstatt zu der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis 35

3 Handlungsempfehlungen **39**

3.1 Gewinnung und Bindung von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten für den Ortenaukreis 39

3.1.1 Hintergrund 39

3.1.2 Konkrete Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten auf Bundes- und Landesebene 41

3.1.3 Konkrete Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten auf kommunaler Ebene 43

3.1.4 Weiterführende Informationen zu den Maßnahmen 44

3.2 Gewinnung und Bindung von Medizinischen Fachangestellten 48

3.2.1 Hintergrund 48

3.2.2 Konkrete Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung von Medizinischen Fachangestellten auf Bundes- und Landesebene 51

3.2.3 Konkrete Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung von Medizinischen Fachangestellten auf kommunaler Ebene 52

3.3 Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Zielgruppen 53

3.3.1 Hintergrund 53

3.3.2 Konkrete Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Zielgruppen auf Bundes- und Landesebene 56

3.3.3 Konkrete Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Zielgruppen auf kommunaler Ebene 57

3.3.4 Weiterführende Informationen zu den Maßnahmen 59

3.4 Abbau der Bürokratie und Förderung der Digitalisierung 63

3.4.1 Hintergrund 63

3.4.2 Konkrete Maßnahmen zum Abbau der Bürokratie und zur Förderung der Digitalisierung auf Bundes- und Landesebene 65

3.4.3 Konkrete Maßnahmen zum Abbau der Bürokratie und zur Förderung der Digitalisierung auf kommunaler Ebene 67

3.4.4 Weiterführende Informationen zu den Maßnahmen 68

3.5 Förderung der sektorenübergreifenden und interprofessionellen gesundheitlichen Versorgung 69

3.5.1 Hintergrund 69

3.5.2 Konkrete Maßnahmen zur Förderung der sektorenübergreifenden und interprofessionellen Versorgung auf Bundes- und Landesebene 70

3.5.3 Konkrete Maßnahmen zur Förderung der sektorenübergreifenden und interprofessionellen Versorgung auf kommunaler Ebene 71

3.5.4 Weiterführende Informationen zu den Maßnahmen 72

3.6 Einrichtung von innovativen Versorgungsangeboten wie Gesundheitskioske und/oder Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen 74

3.6.1 Hintergrund 74

3.6.2 Konkrete Maßnahmen zur Einrichtung von innovativen Versorgungsangeboten wie Gesundheitskioske und/oder Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen auf Bundes- und Landesebene 80

3.6.3 Konkrete Maßnahmen zur Einrichtung von innovativen Versorgungsangeboten wie Gesundheitskioske und/oder Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen auf kommunaler Ebene 80

3.6.4 Weiterführende Informationen zu den Maßnahmen 81

3.7 Einrichtung von patientenorientierten Gesundheitszentren 82

3.7.1 Hintergrund 82

3.7.2 Konkrete Maßnahmen zur Einrichtung von patientenorientierten Gesundheitszentren auf Bundes- und Landesebene 85

3.7.3 Konkrete Maßnahmen zur Einrichtung von patientenorientierten Gesundheitszentren auf kommunaler Ebene 86

Zusammenfassung und Ausblick 89

Literatur 102

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
BMFSFJ	Bundesministerium Familie, Senioren, Frauen und Jugend
eAU	Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
ePA	Elektronische Patientenakte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzlichen Krankenversicherung
IfSG	Infektionsschutzgesetzes
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVBW	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
MFA	Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter
MFT	Medizinische Fakultätentag
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PNO	Präventionsnetzwerk Ortenaukreis
RKI	Robert Koch-Institut
SGFK	Schulgesundheitsfachkraft
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
STIKO	Ständige Impfkommission
TI	Telematikinfrastruktur

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 01: Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung der Handlungsempfehlungen in Anlehnung an den Public Health Action Cycle, eigene Darstellung in Anlehnung an die Landesgesundheitskonferenz BW (2010) 4

Abbildung 02: Bedarfsplanung – ein Ineinandergreifen verschiedener Steuerungsmöglichkeiten..... 9

Abbildung 03: Offene und gesperrte Gebiete für die Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte in Baden-Württemberg 12

Abbildung 04: Anzahl der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis von 2017-2022 14

Abbildung 05: Prozentuale Altersverteilung der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis.....15

Abbildung 06: Regionale Verteilung an Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten sowie Versorgungsaufträge im Ortenaukreis 16

Abbildung 07: Altersverteilung der niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte im Ortenaukreis.....19

Abbildung 08: Altersverteilung der angestellten Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis.....19

Abbildung 09: Beschäftigungsumfang der niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis.....20

Abbildung 10: Beschäftigungsumfang der angestellten Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis.....20

Abbildung 11: Arbeitsstunden pro Woche in Abhängigkeit der Altersverteilung 21

Abbildung 12: Wunschvorstellung der Arbeitsstunden pro Woche in Abhängigkeit des Alters in den nächsten 5 Jahren.....22

Abbildung 13: Gründe für einen erhöhten Arbeitsaufwand der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte im Ortenaukreis.....24

Abbildung 14: Anteil vulnerabler Zielgruppen am Patientenstamm 26

Abbildung 15: Gründe für die erschwerte Einstellung von Medizinischen Fachangestellten 29

Abbildung 16: Bewertung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit.....30

Abbildung 17: Vorstellungen der Befragten bzgl. eines Patientenorientierten Zentrums mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendärztliche Versorgung 34

Abbildung 18: Konzept für ein Patientenorientiertes Gesundheitszentrum für die Kinder- und Jugendärztliche Versorgung um Ortenaukreis 88

Abbildung 19: Konzept für ein Patientenorientiertes Gesundheitszentrum für die Kinder- und Jugendärztliche Versorgung um Ortenaukreis 99

Tabellenverzeichnis

Tabelle 01: Altersstruktur der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis,.....14

Tabelle 02: Genannte Gründe und Lösungsansätze für den Mangel an Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis.....23

Tabelle 03: Gründe und Lösungsvorschläge für die Zunahme an Aufgaben in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis.....25

Tabelle 04: Gründe und Lösungsvorschläge für einen erhöhten Versorgungsaufwand bei vulnerablen Zielgruppen.....26

Tabelle 05: Gründe und Lösungsvorschläge für eine mangelnde Gesundheitskompetenz der Eltern 27

Tabelle 06: Gründe und Lösungsvorschläge für bürokratischen Aufwuchs in der Praxisverwaltung.....27

Tabelle 07: Gründe und Lösungsvorschläge für unausgereifte Digitalisierungsstrategien.....28

Tabelle 08: Lösungsvorschläge zur Begegnung des Fachkräftemangels bei Medizinischen Fachangestellten.....30

Tabelle 09: Herausforderungen im Bereich der Sektorenübergreifenden Versorgung sowie Lösungsvorschläge zur Optimierung der Sektorenübergreifenden Versorgung 31

Tabelle 10: Priorisierung der Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich Relevanz und Umsetzbarkeit im Rahmen der Zukunftswerkstatt 36

Tabelle 11: Priorisierung der Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich Relevanz und Umsetzbarkeit im Rahmen der Zukunftswerkstatt 37

Tabelle 12: Kernelemente (Aufgabenblöcke, Zielgruppen und Zugang) des Konzeptes zur Ausgestaltufeng eines Case Managements in der südlichen Ortenau 79

Vorwort

Die Kinder- und Jugendärztliche Versorgung hat in vielerlei Hinsicht einen entscheidenden Einfluss auf die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und gehört zu den vielfältigsten und komplexesten Fachdisziplinen in der medizinischen Versorgung. Ein gesundes Heranwachsen kann jedoch nur dann gelingen, wenn eine gute medizinische Betreuung und Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sichergestellt wird.

Dieser Thematik hat sich die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) Ortenaukreis in Zusammenarbeit mit den im Landkreis tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten angenommen. Vor dem Hintergrund, dass die Kinder- und Jugendärztliche Versorgung vor Ort längst nicht mehr selbstverständlich ist und vor immer größeren Herausforderungen steht, haben sie gemeinsam Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis erarbeitet, welche in dem vorliegenden Bericht veröffentlicht werden.

Die KGK hat darüber hinaus für die Sicherstellung der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis mehrere relevante Handlungsbereiche identifiziert und hierzu unter Berücksichtigung von zum Teil bereits bestehenden Best Practice Beispielen Maßnahmenpakete für die Landes- und Bundesebene sowie die kommunale Ebene zusammengestellt.

Schnell wurde klar, dass der Fachkräftemangel nicht alleine auf der Versorgungsebene oder einer medizinischen Ebene gelöst werden kann. Die Ursachen, weshalb Fachkräfte auf dem Markt fehlen, sind vielschichtig, komplex und reichen in viele soziale Bereiche hinein. Daher ist dieser Bericht ausführlicher und länger geworden als ursprünglich angedacht.

Für den schnellen Leser sind die Handlungsbereiche ab Seite 89 zusammengefasst. Alle denjenigen, die sich in einzelnen Themen oder auch in der ganzen Breite informieren möchten, bietet dieser Bericht viele Möglichkeiten

Wir möchten allen danken, die mit ihrer Arbeit an diesem Bericht mitgewirkt haben. Außerdem wünschen wir uns eine weitere konstruktive Zusammenarbeit, um gemeinsam die Umsetzung der Maßnahmenpakete zu erreichen.

1 Einführung

1.1 Hintergrund

Der Ortenaukreis ist der flächengrößte Landkreis im Bundesland BW. Der Landkreis ist überwiegend ländlich geprägt und weist mit Lahr und Offenburg zwei Verdichtungsräume auf. Etwa 85,6 % der Flächen (158.341 ha) waren im Jahr 2021 Natur- und Kulturlandschaft mit großen Wald- bzw. landwirtschaftlichen Nutzflächen. Die Siedlungs- und Verkehrsfläche betrug am 31. Dezember 2021 22.587 ha (12,2 % der Bodenfläche insgesamt) (1). In den 16 Städten und 35 Gemeinden des Landkreises lebten Anfang des Jahres 2023 rund 442.651 Einwohnerinnen und Einwohner. Davon waren ca. 196.009 in den großen Kreisstädten Offenburg, Lahr, Kehl, Oberkirch und Achern zu Hause (2).

In ländlichen Settings wie z.B. dem Ortenaukreis steht die medizinische Primärversorgung vor großen Herausforderungen und ist mit den herkömmlichen Leistungsangeboten nicht mehr durchgehend sicherzustellen (3). Das Versorgungssystem droht aufgrund einer überalterten Ärzteschaft bei gleichzeitig stark abnehmender Lebensarbeitszeit in wenigen Jahren vollends aus der Balance zu kommen (4). Weitere relevante Faktoren sind die zunehmende Heterogenität der Gesellschaft einschließlich der Zunahme sozialer Unterschiede, der geänderte Lebensstil, der die Entwicklung von Zivilisationskrankheiten begünstigt, sowie die Zunahme psychischer Belastungen und Erkrankungen durch hohe Anforderungen im privaten und beruflichen Bereich. Oft wird der Bedeutsamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Gesundheitskompetenzförderung zu wenig Beachtung geschenkt. Die Zersplitterung des Gesundheitssystems in verschiedene Sektoren sowie die grundsätzliche Komplexität der Gesundheitsversorgung begünstigen die Herausforderungen zusätzlich. Digitale Anwendungen im Gesundheitswesen werden unzureichend ausgeschöpft.[1]

Längst spürbar im Ortenaukreis und bereits seit mehreren Jahren im öffentlichen Diskurs ist die zunehmende problematische Erbringung einer adäquaten fachärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin. Ein Mangel an kinderärztlicher Versorgung bei gleichzeitiger Zunahme an Versorgungsaufgaben werden immer wieder beklagt (5). Dies wurde im Rahmen intensiver Austauschgespräche zwischen den Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten und der KGK des Gesundheitsamtes im Ortenaukreis deutlich. Alle Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte arbeiten bereits seit langem an ihren Kapazitätsgrenzen. Trotz reichlicher Bemühungen finden viele Familien keine Kinder- und Jugendärztin bzw. keinen Kinder-

[1] Weitere Informationen zur Bevölkerungsstruktur und der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung im Ortenaukreis finden Sie unter https://www.ortenaukreis.de/media/custom/3406_1606_1.PDF?1647866581 [25.08.2023].

und Jugendarzt. Dies führt nicht zuletzt zu einer Nicht-Versorgung von Kindern im Landkreis. Auch die Mitarbeitenden beim Gesundheitsamt und bei der Kommunalen Gesundheitskonferenz werden immer wieder mit der Problematik konfrontiert. Zum einen durch regelmäßige Rückmeldungen im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen und zum anderen durch regelmäßige Anfragen von Familien, die vergeblich eine Kinderärztin oder einen Kinderarzt suchen. Zusätzlich gab es im Dezember 2022 einen Antrag der Politik an die Verwaltung des Landkreises sich um diese Problematik zu kümmern.

1.2 Ziele und methodisches Vorgehen

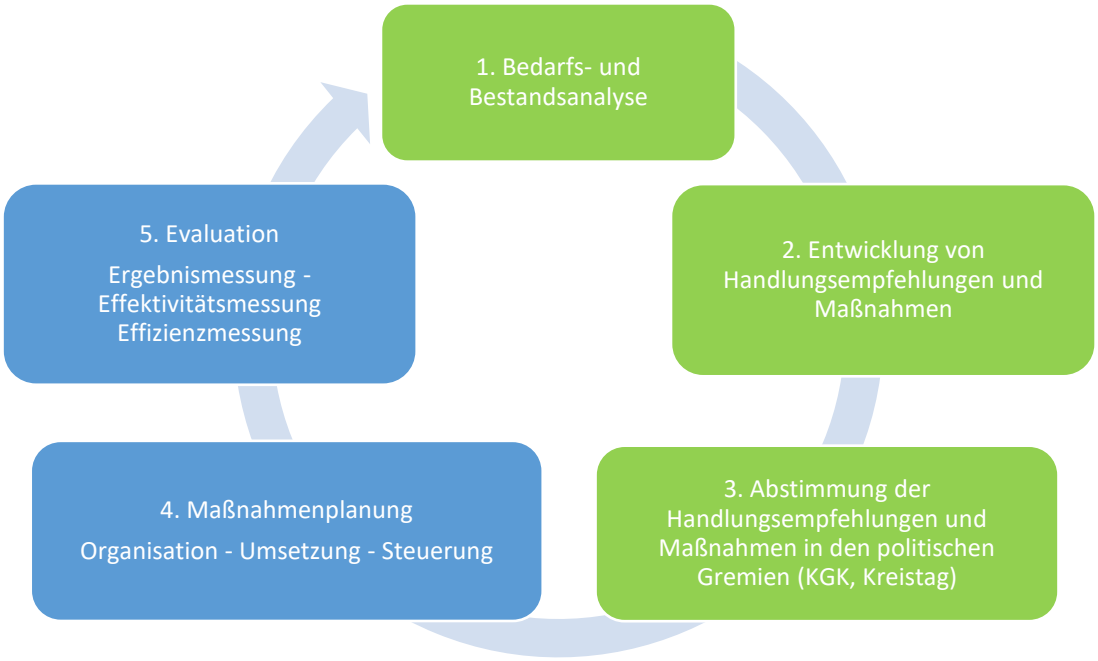
Angesichts der spürbaren Engpässe in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis hat die KGK im Oktober 2022 in enger Kooperation mit den im Landkreis tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten das Projekt *„Sicherstellung der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis“* initiiert. Das Ziel ist die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für Kreis, Land und Bund, um die Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung sicherzustellen. Die Basis hierfür bildet entsprechend dem Public Health Action Cycle Abbildung 01 eine umfassende Bestands- und Bedarfsanalyse.

Zur Erfassung der aktuellen Versorgungssituation sowie der zukünftig zu erwartenden Herausforderungen bei der pädiatrischen Versorgung wurden im Januar und Februar 2023 persönliche leitfadengestützte Interviews mit den im Ortenaukreis tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten durchgeführt. Aufgrund der Ergebnisse konnten künftige Entwicklungen abgebildet sowie wichtige Informationen über potenzielle Einflussmöglichkeiten und konkrete Maßnahmen bei der Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung abgeleitet werden. Anschließend wurde im März 2023 eine Zukunftswerkstatt durchgeführt, um die Ergebnisse der Interviews sowie die Relevanz und Umsetzbarkeit verschiedener Maßnahmen und innovativer Versorgungskonzepte mit wichtigen Akteuren in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung zu diskutieren. Die Ergebnisse der Bedarfs- und Bestandanalyse sind in Kapitel 2 dargestellt.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse und der Berücksichtigung bestehender wissenschaftlicher Erkenntnisse wurden Handlungsempfehlungen entwickelt. Einzelne Empfehlungen wurden anschließend nochmals mit Expertinnen und Experten des Themenschwerpunkts im bilateralen Austausch analysiert und optimiert. Zudem war das Projekt eng in die Arbeit der KGK eingebunden und die Zwischenergebnisse wurden stets in den Sitzungen der Arbeitsgruppen (AG) der KGK „Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung (sektorenübergreifende Versorgung)“ und „Nachwuchsgewinnung in Berufen im Gesundheitswesen“ sowie in dem Lenkungskreis der KGK präsentiert und diskutiert. Die finalen Handlungsempfehlungen sind in

Kapitel 3 dargestellt. Das Kapitel ist so aufgebaut, dass es zu jeder Handlungsempfehlung Hintergrundinformationen und konkrete Maßnahmen zur Umsetzung auf Landes- und Bundesebene sowie auf kommunaler Ebene gibt. Zusätzlich werden zu einzelnen Sachverhalten vertiefende Informationen sowie Best-Practice Beispiele dargestellt.

Abbildung 01: Methodisches Vorgehen bei der Entwicklung der Handlungsempfehlungen in Anlehnung an den Public Health Action Cycle, eigene Darstellung in Anlehnung an die Landesgesundheitskonferenz BW (2010) (6)



Legende: Im Rahmen des Projektes werden ausschließlich die Schritte 1 bis 3 durchgeführt und sind Bestandteil dieses Abschlussberichtes.

2 Die Kinder- und Jugendärztliche Versorgungssituation im Ortenaukreis

2.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen der Kinder und Jugendmedizin

Die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt in einem komplexen und vielschichtigen Versorgungssystem und schließt sämtliche Fachbereiche des Gesundheits- und Sozialwesens mit ein (7, 8). Dreh- und Angelpunkt der ärztlichen Grundversorgung und Gesundheitsvorsorge sind in erster Instanz niedergelassene und angestellte Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im ambulanten Sektor (4, 9). Sie sind erste Ansprechpartner im Versorgungssystem mit der zentralen Aufgabe, die physische und psychische Gesundheit der zu betreuenden Kindern und Jugendlichen sicherzustellen (10, 11). Sie betreuen Kinder und Jugendliche von der Geburt an in einem kontinuierlichen Prozess hin zur Volljährigkeit und sind gleichermaßen für die Behandlung von akuten Erkrankungen sowie für die Versorgung von angeborenen und chronischen Erkrankungen verantwortlich. Dabei werden täglich Kinder und Jugendliche mit einem großen Spektrum an unterschiedlichsten Krankheitsbildern versorgt (8, 10). Das weitere Aufgabenspektrum schließt Präventionsleistungen im Sinne der Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen sowie Gesundheitserziehung und beratende Tätigkeiten ein. Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte übernehmen zudem eine Lotsenfunktion im Leistungsdschungel des Gesundheits- und Sozialwesens und kooperieren mit verschiedenen Fachbereichen, Institutionen oder Behörden. Dabei erfolgt die Vernetzung im Rahmen der hausärztlich-pädiatrischen Versorgung insbesondere mit Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, pädiatrischen Spezialeinrichtungen sowie Fachärzten und Spezialisten mit pädiatrischen Kompetenzen (10).

Angesicht des sich verändernden Krankheitsspektrums von überwiegend akuten Krankheiten hin zu chronischen Erkrankungen und Krankheitsbildern die unter dem Begriff „Neue Morbidität“ gefasst werden, sind Vernetzung und Kooperation unerlässlich. Mit dem Begriff „Neue Morbidität“ wird eine Schwerpunktverlagerung der Krankheitslast hinzu einer zunehmenden Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten, Störungsbildern in der sprachlichen, motorischen und kognitiven Entwicklung, psychischen/emotionalen Problemen sowie körperlichen Störungen wie z.B. Adipositas, die sehr eng mit der sozialen Lage (sozioökonomischer Status, soziale Sicherheit, familiäre Ressourcen) eines Kindes zusammenhängen beschrieben (4, 12, 13). Das Maximum an Problemen, welches Kinder und ihre Familien diesbezüglich mitbringen, führt zu einer deutlichen Verlagerung von sozialpädiatrischen und sozialräumlichen Anforderungen in den medizinischen Bereich und bedingt gleichzeitig einen Anstieg der Arbeitsbelastung für Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten (4). Ein Mehr an Aufgaben sowie eine

zunehmende Belastung und Überlastung ergeben sich daneben durch immer komplexer werdende Behandlungspfade, mehr Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen und allgemein durch das Erfordernis von Kompetenzen in den Gebieten Gesundheitsförderung und Prävention durch eine Zunahme an Präventionsaufgaben sowie durch einen zunehmenden Beratungs- und Gesprächsbedarf der Eltern (4, 10). Insgesamt wird die Versorgung immer zeitintensiver, gleichzeitig nimmt die zur Verfügung stehende Zeit für die Patienten jedoch ab (8).

Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (aktuell U1 bis U9 sowie J1), welche ein wichtiger Baustein zur gesunden kindlichen Entwicklung sein können, sind als Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in § 26 SGB V festgelegt. Die Inhalte, Zeitpunkte und Struktur des Untersuchungsprogramms legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie[2]) fest. Bei den "U"-Untersuchungen werden der allgemeine Gesundheitszustand und die altersgemäße Entwicklung eines Kindes regelmäßig ärztlich überprüft. So können mögliche Probleme oder Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und behandelt werden. Die einzelnen U-Untersuchungen bestehen – neben speziellen Screening-Untersuchungen auf bestimmte Erkrankungen – aus körperlichen Untersuchungen des Kindes sowie einer Beratung der Eltern. Teil der Untersuchung ist auch die Überprüfung des Impfstatus und die Beratung zur Verbesserung des Impfschutzes des Kindes. Außerdem muss bei Erstaufnahme des Kindes in die Kindertageseinrichtung ein ärztliches Attest vorgelegt werden. Neben den gesetzlich festgelegten Untersuchungen des U-Untersuchungsprogramms bieten eine Reihe von Krankenkassen zusätzliche Untersuchungen (U0 - Vorsorgeuntersuchung am Ende der Schwangerschaft, U10 und U11 für Kinder im Grundschulalter und J2 für Jugendliche). Bei diesen zusätzlichen Untersuchungen ist das Untersuchungsspektrum nicht durch den G-BA festgelegt. Die Kosten werden von einzelnen Krankenkassen als freiwillige Leistung übernommen (14). Die Gesundheitsuntersuchungen wurden in Deutschland im Jahr 1971 etabliert und seither ständig ausgebaut und verbessert (15). Ausschließlich in den drei Bundesländer Bayern, Hessen und Baden-Württemberg sind die Untersuchungen U1 bis U9 gemäß der der jeweiligen Kinderschutzgesetze der Länder verpflichtend (16).

Kinderschutzimpfungen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) gibt gemäß § 20 Abs. 2 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)[3] Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter (17). Auf der Grundlage dieser Empfehlungen bestimmt

[2] https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3038/Kinder-RL_2022-12-15_iK-2022-12-15.pdf [13.07.2023]
[3] Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBI. | S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBI. | Nr. 190) geändert worden ist.

der G-BA die Einzelheiten zu den von Krankenkassen übernommenen Schutzimpfungen. Einen frühzeitigen, ohne mit Verzögerungen einhergehenden Impfschutz sicherzustellen, ist eine zentrale Aufgabe von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten. Vor den Hintergrund besonderer gesundheitlicher Gefährdungen in der frühen Kindheit, sollte die Grundimmunisierung bei Säuglingen und Kleinkindern rechtzeitig begonnen werden und bis zu einem Alter von 15 Monaten abgeschlossen sein. Für einen ganzheitlichen Impfschutz sind ebenso regelmäßige Auffrischimpfungen zu gewährleisten (17). Eine Übersicht über die Empfehlungen der STIKO zu den Standardimpfungen bietet der aktuelle Impfkalender 2023.[4] Die Historie der STIKO-Empfehlungen zeigt, dass über die Impfungen über die Jahre hinweg stetig ausgeweitet wurden (18).

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland berichtet von deutlich steigenden Impfquoten bei den wichtigen Impfungen im Kindes- und Jugendalter in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über die Jahre 2012 bis 2021. Wie erwartet hat die Kinder- und Jugendmedizin hierbei den größten Versorgungsanteil (19). Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie, zeigen Analysen des RKI zudem, dass auf die bundesweite Inanspruchnahme der Standardimpfungen keine negativen Auswirkungen zu verzeichnen sind. Mit dem Beginn der Corona Pandemie, trat das Masernschutzgesetz in Kraft und führte zu positiven Auswirkungen hinsichtlich einer zeitgerechteren Inanspruchnahme der Masernschutzimpfung. Trotz allgemeiner positiver Entwicklungen sind nach wie vor Defizite bei fast allen Kinderschutzimpfungen bestehend. Die Impfung erfolgt oftmals nicht zeitgerecht und/oder unvollständig. In der Konsequenz werden „bei keiner Impfung national bzw. international gesetzte Impfquotenziele erreicht“ (20).

2.2 Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung

Damit Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich genau da niederlassen, wo sie benötigt werden, existiert die Bedarfsplanung. Ziel der Bedarfsplanung ist für gesetzlich Versicherte bundesweit einen gleichmäßigen und bedarfsgerechten Zugang zur ambulanten Versorgung zu gewährleisten und damit die Verhinderung einer Unter- und Überversorgung. Gerade in ländlichen Regionen oder einkommensschwachen Stadtbezirke – also Gegenden die für Leistungserbringern unattraktiv erscheinen, droht eine Unterversorgung. Eine Überversorgung z.B. in Stadtbezirken gefährdet eine wirtschaftliche Tragfähigkeit der Praxen aufgrund der gegenseitigen Konkurrenz. Die Bedarfsplanung kann in diesem Falle

[4] https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.pdf?__blob=publicationFile [20.07.2023]

einer sogenannten angebotsinduzierten Nachfrage von unwirtschaftlichen, über den medizinischen Bedarf hinausgehenden Leistungen entgegenwirken (21).

Verschiedene Zuständigkeiten und Steuerungsmöglichkeiten auf Bundes- und Landesebene greifen bei der Bedarfsplanung ineinander:

- „Der G-BA ist gesetzlich beauftragt, einen bundeseinheitlichen Planungsrahmen zu definieren. Diesen legt er in der Bedarfsplanungs-Richtlinie[5] fest.
- Nicht vom G-BA, sondern auf Landesebene werden sogenannte Bedarfspläne aufgestellt, die die regionale und lokale Versorgungssituation berücksichtigen. Dort wird darüber entschieden, ob und inwieweit von dem bundeseinheitlichen Rahmen des G-BA abgewichen werden sollte, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.“ (22)

Die Abbildung 02 stellt die Steuerungsmechanismen bei der Bedarfsplanung nochmals konkreter dar.

[5] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, BAnz AT 31.12.2012 B 7 vom 31.Dezember 2012, zuletzt geändert am 16. März 2023, BAnz AT 02.06.2023 B2, in Kraft getreten am 03. Juni 2023, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3160/BPL-RL_2023-03-16_iK-2023-06-03.pdf [02.08.2023]

Abbildung 02: Bedarfsplanung – ein Ineinandergreifen verschiedener Steuerungsmöglichkeiten (23)

Ebenen	Aufgaben	Wesentliche Steuerungsinstrumente
Deutschlandweit	Gesetzlich Versicherte sollen bundesweit einen vergleichbaren bedarfsgerechten Zugang zur ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung haben. Der G-BA wirkt im Auftrag des Gesetzgebers daran mit. Er definiert einen bundeseinheitlichen Planungsrahmen.	– Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA
Regional*	Die Kassenärztlichen Vereinigungen erfassen und bewerten die ärztliche und psychotherapeutische Versorgungssituation vor Ort. Neue Niederlassungsmöglichkeiten (Sitze) werden dort ausgewiesen, wo sie benötigt werden. Regionale und lokale Besonderheiten können berücksichtigt werden.	– Bedarfspläne der Kassenärztlichen Vereinigungen – aufgestellt im Einvernehmen mit den Krankenkassen
Lokal*	Die Zulassungsausschüsse können einem besonderen lokalen Versorgungsbedarf begegnen und zusätzliche Sitze schaffen. Dies gilt auch, wenn der Planungsbereich aufgrund von Überversorgung gesperrt ist.	– Sonderbedarfszulassungen

*Beispielregionen

Zusätzlich hat die oberste Landesbehörde, also das für Gesundheit zuständige Landesministerium, die Möglichkeit, in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten zusätzliche Sitze für die Niederlassung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten auch in gesperrten Planungsbereichen vorzusehen (24).

1976 legte der Gesetzgeber den Grundstein für die heutige Bedarfsplanung. „Die Bedarfsplanungs-Richtlinie, in der seit 1993 die bundeseinheitliche Planungssystematik geregelt ist, wird

vom G-BA kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt.“ (25) In der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind Bestimmungen über Planungsbereiche, einheitliche Verhältniszahlen und Regelungen für die Berechnung des Versorgungsgrades verankert. Hierbei wird ein bedarfsgerechtes Verhältnis zwischen der jeweiligen Einwohnerzahl und der Zahl an Ärztinnen und Ärzten entwickelt (sog. Verhältniszahlen) und bei Bedarf auf Grund veränderter Umstände angepasst. Auf der Grundlage der Verhältniszahlen werden die Kassen-Zulassungsmöglichkeiten berechnet und festgelegt, ob bestimmte Planungsbereiche unter- bzw. überversorgt sind. Im Jahr 2019 erfolgte eine Reform der Bedarfsplanung. Zusätzlich zu den bis dahin geltenden Faktoren zur Bestimmung der Verhältniszahlen wurde ein sogenannter Morbiditätsfaktor eingeführt. Dieser gibt die Struktur eines Planungsbereichs im Hinblick auf Demografie, Leistungsbedarf und Morbidität im bundesweiten Vergleich wieder.

„**Planungsbereiche** sind der geografische Bezugspunkt für die Planung der einzelnen Arztgruppen. An die Planungsbereiche wird angeknüpft, um die Versorgungslage vor Ort zu prüfen und ggf. eine (drohende) Unter- oder Überversorgung festzustellen. Im Ergebnis können Planungsbereiche für weitere Zulassungen „offen“ oder „gesperrt“ sein.“ (26) Planungsbereiche können je nach Arztgruppen unterschiedlich groß bemessen sein. Dazu wurden die Fachgruppen der Bedarfsplanung in vier Versorgungsebenen eingeteilt:

- die hausärztliche Versorgung
- die allgemeine fachärztliche Versorgung
- die spezialisierte fachärztliche Versorgung
- die gesonderte fachärztliche Versorgung.

Da die hausärztliche Versorgung möglichst wohnortnah erfolgen soll, wird hier kleinräumig geplant. In der fachärztlichen Versorgung wird in größeren Einzugsgebieten geplant. Die Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte gehören zur Ebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung.

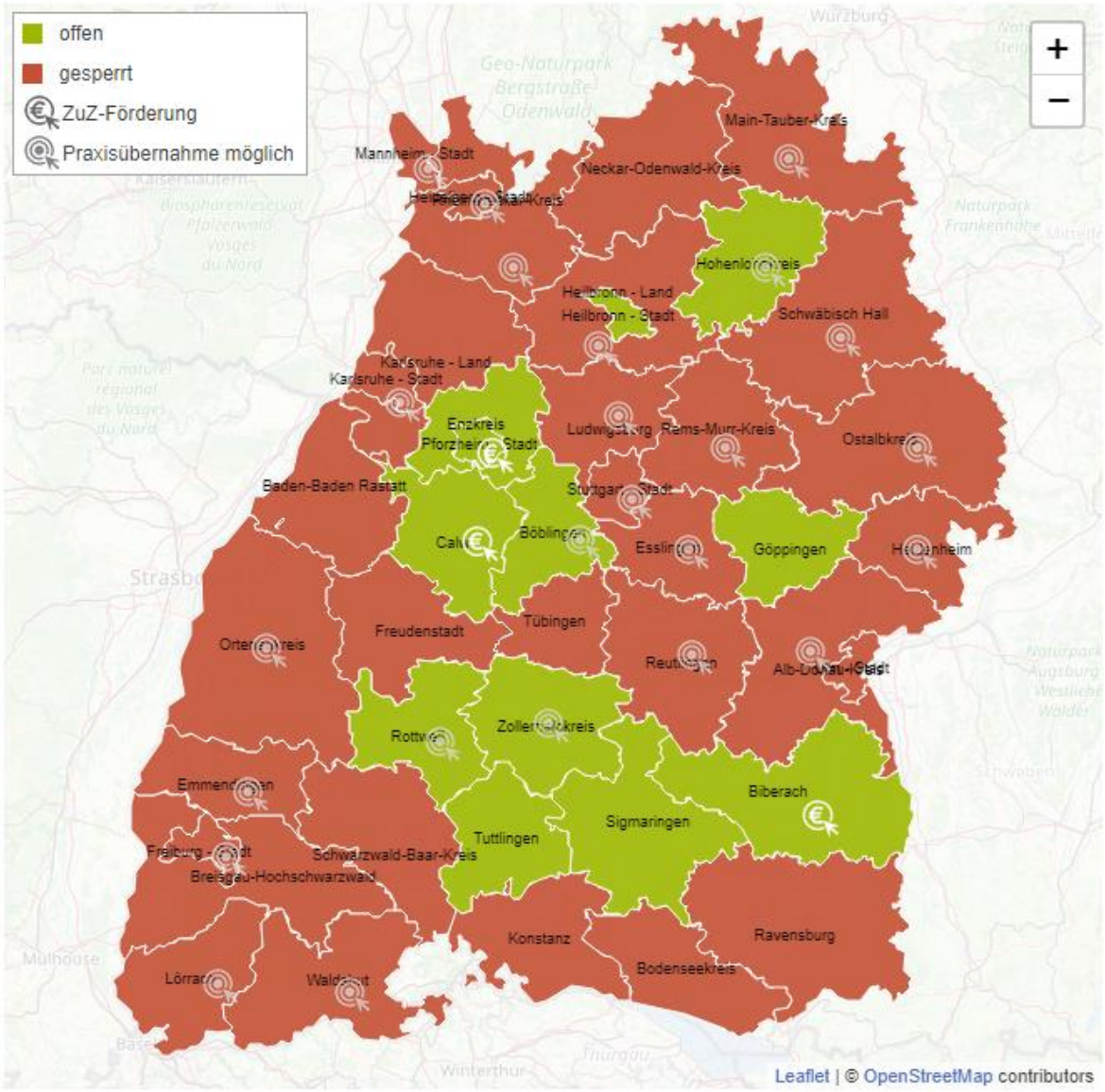
„Der **Versorgungsgrad** wird in Prozent angegeben und drückt aus, wie bedarfsgerecht – durchschnittlich gesehen – das Niveau der vertragsärztlichen Versorgung in einem Planungsbereich ist. Berechnet wird er, indem das Ist-Niveau des aktuellen Einwohner-Arzt-Verhältnisses mit dem angestrebten Soll-Niveau der Regionalen Verhältniszahl verglichen wird. Für Pädiaterinnen und Pädiater wird nur die Bevölkerung unter 18 Jahren berücksichtigt. Der statistisch gesehen ideale Versorgungsgrad von 100 Prozent besagt also, dass Ist- und Soll-Niveau identisch sind.“ (27) Ärztinnen und Ärzte bzw. psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen können sich in einem Planungsbereich niederlassen, wenn das Ist-Versorgungsniveau unter 110 Prozent liegt. Der Planungsbereich wird dann als „offen“ bezeichnet. Wenn der

Versorgungsgrad über 110 Prozent liegt, ist der Planungsbereich für weitere Niederlassungen gesperrt (28). Von einem unterversorgten Planungsbereich wird gesprochen, „wenn die im Bedarfsplan vorgesehenen Vertragsarztsitze nicht nur vorübergehend unbesetzt sind und dadurch eine unzumutbare Erschwernis für Patientinnen und Patienten eintritt, vertragsärztliche Leistungen zu nutzen und dies auch durch die Ermächtigung von Ärztinnen und Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen nicht behoben werden kann (§ 28 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Einen rechnerischen Anhaltspunkt sieht § 29 Bedarfsplanungs-Richtlinie vor: Danach ist eine Unterversorgung anzunehmen, wenn der Versorgungsgrad unter 75 Prozent im hausärztlichen Bereich oder unter 50 Prozent im fachärztlichen Bereich liegt.“ (29) Ein Versorgungsgrad von 100 Prozent besagt, dass Ist- und Soll-Niveau identisch sind (28).

Die Abbildung 03 gibt einen aktuellen Überblick über offene und gesperrte Gebiete für die Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte in Baden-Württemberg. Bei der Arztgruppe Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte gehört der Ortenaukreis zu den gesperrten Gebieten der KVBW. Es gibt ebenso keine ausgeschriebenen Praxissitze. Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte können sich hier nur neu niederlassen oder angestellt werden, „wenn sie die Praxis eines Vorgängers übernehmen oder im Jobsharing tätig werden.“[6]

[6] Weitere Informationen zu den Niederlassungsmöglichkeiten nach Fachgruppen finden Sie unter https://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/bedarfsplanung-offen-oder-gesperrt [25.07.2023]

Abbildung 03: Offene und gesperrte Gebiete für die Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte in Baden-Württemberg (30), Stand September 2023



Auf folgende Aspekte hat der G-BA keinen Einfluss mit seiner Bedarfsplanungs-Richtlinie:

- „ob und inwieweit die Landesebene ihre Möglichkeiten nutzt, um auf regionale und lokale Besonderheiten zu reagieren: Bspw. können Planungsbereiche kleinräumiger zugeschnitten, Arztgruppen abweichend definiert und/oder die Verhältniszahlen abweichend festgelegt werden.
- ob Ärztinnen und Ärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine lokale oder qualifikationsgebundene Sonderbedarfszulassung in einem bereits gesperrten Planungsbereich beantragen und ob diese erteilt wird.

- ob es Interessentinnen und Interessenten für freie Sitze gibt – in solchen Fällen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 SGB V einen gewissen Handlungsspielraum, um Anreize für eine Niederlassung zu setzen. Hierzu gehört, dass sie aus einem Strukturfonds Zuschüsse zu den Investitionskosten bei Neuniederlassungen, Praxisübernahmen oder der Gründung von Zweigpraxen zahlen können. Ebenso können sie Sonderbedarfszulassungen und Eigeneinrichtungen finanziell fördern.
- Es liegt weitgehend in der Entscheidung der Ärztinnen und Ärzte sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wie viele Stunden sie ihre Praxis für die Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten öffnen: In der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte wird ein Mindestsprechstundenangebot von 25 Wochenstunden für einen vollen Sitz vorgesehen. Die Einhaltung dieser Mindestvorgabe wird durch die KVen geprüft.
- Welche Leistungen in welcher Menge durch die Ärztinnen und Ärzte und die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbracht werden, ist nicht Gegenstand der Bedarfsplanung. Denn geplant werden mit der Bedarfsplanung ärztliche beziehungsweise psychotherapeutische Kapazitäten, keine konkreten Leistungen. Wenn sich also bspw. ein Augenarzt oder eine psychologische Psychotherapeutin spezialisiert und nur bestimmte Behandlungen anbietet, ist das die jeweilige individuelle Entscheidung.“ (31)

Bei einer drohenden Unterversorgung können folgenden Maßnahmen ergriffen werden:

„Wird vom Landesauschuss der Ärzteschaft und Krankenkassen eine (drohende) Unterversorgung festgestellt, richten sich die weiteren Maßnahmen nach den Vorschriften des SGB V und der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. So hat der Landesauschuss die Kassenärztliche Vereinigung (KV) aufzufordern, die Unterversorgung binnen einer von ihm zu bestimmenden angemessenen Frist abzuwenden oder zu beseitigen. Hierbei kann der Landesausschuss auch schon bestimmte Maßnahmen empfehlen.

Nach Ablauf der Frist bzw. spätestens sechs Monate nach Feststellung der Unterversorgung ist die KV in der Pflicht, Eigeneinrichtungen zu betreiben (§ 105 SGB V). Gelingt es auch nach Fristablauf nicht, die Unterversorgung zu beheben, kann der Landesausschuss andere Gebiete für die Zulassung sperren.

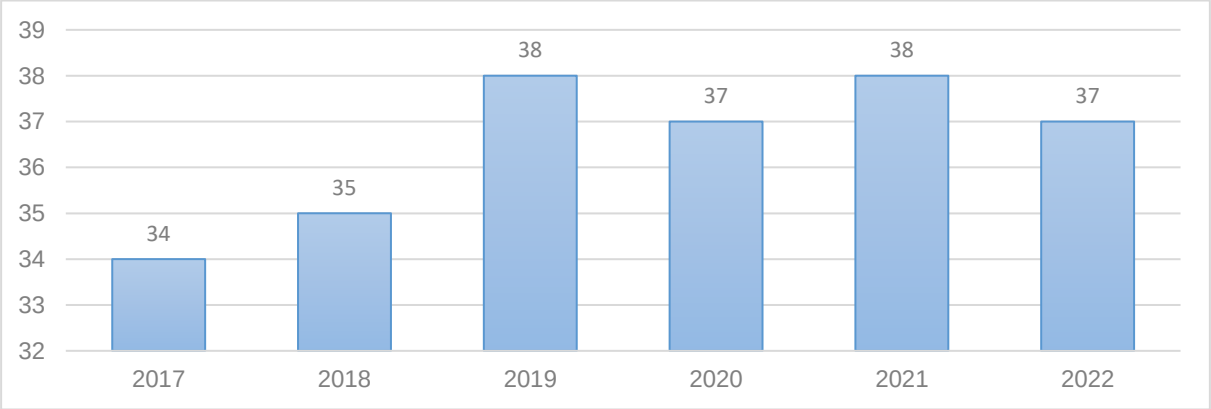
Zudem können KVen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aus einem Strukturfonds (gemäß §105 Absatz 1a SGB V) Förderungsmaßnahmen – wie z.B. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei Neuniederlassungen, Praxisübernahmen oder der Gründung von Zweigpraxen – finanzieren und Stipendien für Medizinstudierende vergeben.

Der Sicherstellungsatlas der Kassenärztlichen Bundesvereinigung[7] gibt einen Überblick über die in den jeweiligen KV-Regionen ergriffenen Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung.“ (32)

2.3 Anzahl der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten, Altersverteilung, regionale Verteilung im Ortenaukreis

Insgesamt sind im Ortenaukreis 37 Kinder- und Jugendärzte/-innen tätig (33); Stand September 2022). Die Abbildung 04 zeigt den zeitlichen Verlauf der im Ortenaukreis tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte der Jahre 2017 bis 2022.

Abbildung 04: Anzahl der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis von 2017-2022 Stand September 2022, (33), eigene Darstellung



Altersverteilung

Die Tabelle 01 sowie die Abbildung 05 zeigen, dass der größere Anteil an Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten (n = 24; 65%) 50 Jahre und älter ist, während ein geringerer Anteil (n = 13; 35%) zwischen 28 und 49 Jahren ist.

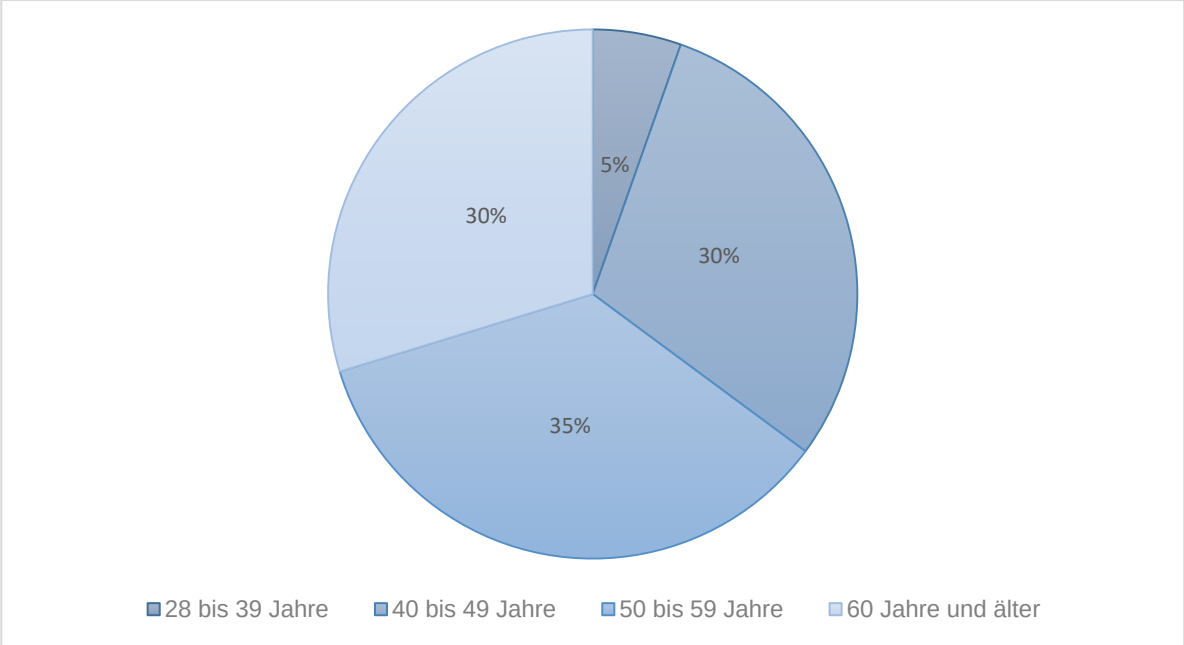
Tabelle 01: Altersstruktur der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis, Stand September 2022, (33), eigene Darstellung

Alter in Jahren	Anzahl der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten
28 bis 39	2
40 bis 49	11
50 bis 54	8
55 bis 59	5
60 bis 64	7

[7] Sicherstellungsatlas der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: https://www.kbv.de/html/sicherstellungsatlas.php [03.08.2023]

65 bis 93	4

Abbildung 05: Prozentuale Altersverteilung der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis Stand September 2022, (33), eigene Darstellung



Regionale Verteilung

Die Abbildung 06 zeigt die regionale Verteilung der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte im Ortenaukreis.

Abbildung 06: Regionale Verteilung an Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten sowie Versorgungsaufträge im Ortenaukreis, Stand September 2022, (33), eigene Darstellung

2.4 Relevante Bevölkerungsentwicklungen

Im Folgenden wird auf den Anstieg von Neugeborenen und der Zahl an Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft im Ortenaukreis eingegangen, da diese Entwicklungen unmittelbar Auswirkungen auf die ambulante Kinder- und Jugendärztliche Versorgung haben.

Im Jahr 2021 registrierte der Ortenaukreis 4441 Lebendgeburten. Im Vergleich zu 2020 sind dies 307 Lebendgeborene mehr. Wird die Entwicklung der Geburten über die letzten 45 Jahre hinweg betrachtet, werden aber bedeutende Schwankungen erkennbar. Während sich die 90er Jahre als die geburtenstärksten Jahrgänge darstellen (Höchstzahl von 4726 Geburten im Jahr 1993), erreichte die Anzahl an Lebendgeborenen im Jahr 2011 ihren Tiefpunkt mit nur 3297 Geburten. Dies entspricht einem Geburtenrückgang von über 30% vom Gipfelpunkt. Seit 2011 steigt die Anzahl der Geburten im Ortenaukreis wieder an (34). Im Jahr 2022 ist jedoch wieder ein Rückgang mit 4128 Lebendgeburten zu verzeichnen (35). Auch bundesweit sank die Geborenenzahl im Jahr 2022 um 7,1% auf rund 739 000 Kinder gegenüber dem geburtenreichen Jahr 2021 (36).

Neben ansteigenden Geburtenraten, ist ebenso die Zahl an Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft angestiegen. Im Jahr 2022 lebten im Landkreis Ortenaukreis 64 522 Personen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft. Eine Betrachtung der vergangenen 50 Jahre zeigt, dass der Ausländeranteil sowohl im Ortenaukreis als auch in Baden-Württemberg in der Vergangenheit stetig angestiegen ist, obschon der Ausländeranteil im Ortenaukreis über den gesamten Zeitraum hinweg deutlich niedriger ausfiel als im Landesdurchschnitt. Bei der Volkszählung 1970 wurden im Ortenaukreis 12 282 Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit gezählt, das entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung des Landkreises in Höhe von 3,5 % (Land: 7,2 %). Bis heute hat sich der Ausländeranteil im Landkreis mehr als verdreifacht, gleichwohl er auch heute noch auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau liegt (2022 OG: 14,6 %; Land: 17,8 %) (37).

Kinder mit Migrationsgeschichte sind im Vergleich zu deutschen Kindern z.B. häufiger von Adipositas betroffen (38) und leiden vermehrt an psychischen Störungen aufgrund von diversen gesundheitlichen, psychosozialen, soziokulturellen sowie ökonomischen Belastungen. Weiterhin ist die Inanspruchnahme und Behandlung durch zahlreiche Zugangsbarrieren zum deutschen Gesundheitswesen im Vergleich zu Einheimischen deutlich benachteiligt (39).

2.5 Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte im Ortenaukreis

Um herauszufinden, wie die Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzte im Ortenaukreis die aktuelle Kinder- und Jugendärztlichen Versorgungssituation wahrnehmen und bewerten, wurde eine Befragung durchgeführt. Das Ziel war, die aktuelle Versorgungssituation unter Betrachtung bestehender Herausforderungen und Problematiken zu erfassen, zukünftige Entwicklungen abzusehen, Lösungsvorschläge zu erarbeiten und bereits erarbeitete Lösungsvorschläge zu bewerten.

Methodisches Vorgehen: Zu Beginn wurde das Projekt im Rahmen eines internen Qualitätszirkels der Ortenauer Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte im Dezember 2022 vorgestellt. Anschließend wurden insgesamt 39 Ärztinnen und Ärzte aus 15 Kinder- und Jugendarztpraxen kontaktiert. Sieben Ärztinnen und Ärzte wurden aufgrund von Krankheit oder Mutterschutz von der Erhebung ausgeschlossen. Im Januar und Februar 2023 haben insgesamt 26 Ärztinnen und Ärzte aus 13 Kinder- und Jugendarztpraxen an der Befragung teilgenommen. 18 Ärztinnen und Ärzte nahem im Rahmen von persönlichen Gesprächen unter Verwendung eines strukturierten Fragebogens teil und acht Ärztinnen und Ärzte haben den Fragebogen schriftlich ausgefüllt. Die 13 eingeschlossenen Praxen organisieren sich wie folgt: Fünf Praxen sind jeweils als Einzelpraxis organisiert, acht Praxen als Berufsausübungsgemeinschaft. Folgende Themenbereiche wurden erfasst: Altersverteilung und Beschäftigungsumfang, Praxiszukunft, Arbeitsalltag, Aktuelle Versorgungssituation, Medizinische Fachangestellte, Sektorenübergreifende Versorgung und Patientenorientierte Gesundheitszentren.

An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass die Anzahl an Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten, welche im Rahmen der Erhebung kontaktiert wurden, mit der Anzahl der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), welche unter Kapitel 2.3 aufgeführt werden, abweichen. Die Daten unter Kapitel 2.3 stammen aus dem aktuellsten veröffentlichten Versorgungsbericht der KVBW mit dem Stand September 2022. Die im Rahmen dieses Projektes durchgeführte Erhebung erfolgte hingegen im Januar und Februar 2023, wodurch sich eine zeitliche Diskrepanz ergibt.

Ergebnisse:

Altersverteilung und Beschäftigungsumfang

Die Teilnehmer wurden im Rahmen der Befragung gebeten, Angaben zu ihrem Alter und Beschäftigungsverhältnis zu machen. Unter den Befragten sind mehr niedergelassene als angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie mehr ältere als jüngere Ärztinnen und Ärzte tätig. Hinzukommt, dass der größere Anteil an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zwischen 50 und 60

Jahren und älter ist. Im Gegensatz dazu ist der größere Anteil an angestellten Ärztinnen und Ärzte zwischen 28 und 45 Jahren (siehe Abbildung 07 und Abbildung 08).

Abbildung 07: Altersverteilung der niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte im Ortenaukreis (n=8)

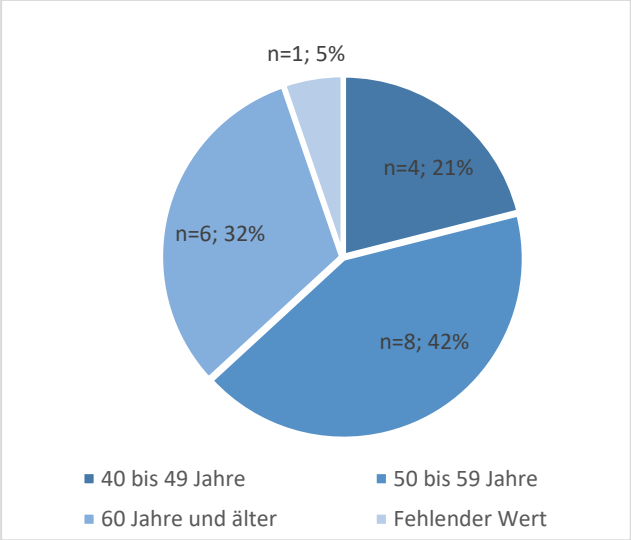
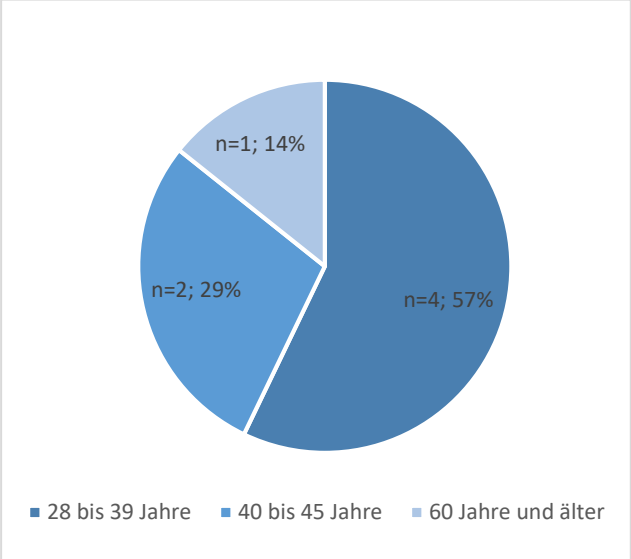


Abbildung 08: Altersverteilung der angestellten Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis (n=7)



Zudem zeichnet sich ab, dass Niedergelassene eher in Vollzeit und Angestellte eher in Teilzeit arbeiten (siehe Abbildung 09 und Abbildung 10).

Abbildung 09: Beschäftigungsumfang der niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis (n=19)

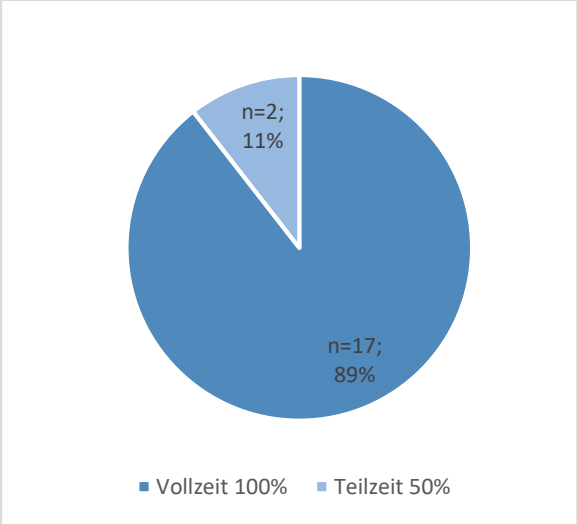
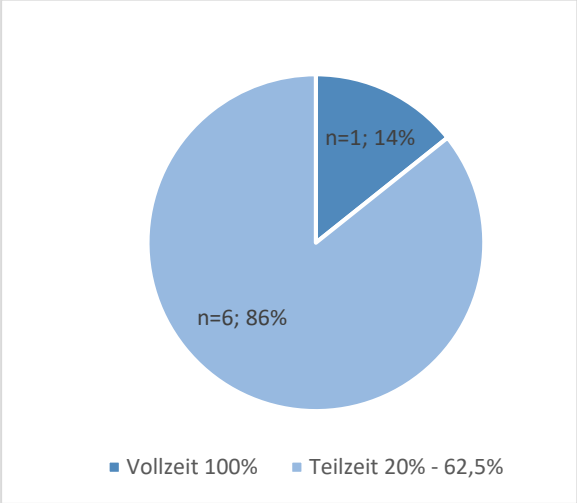


Abbildung 10: Beschäftigungsumfang der angestellten Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis (n=7)



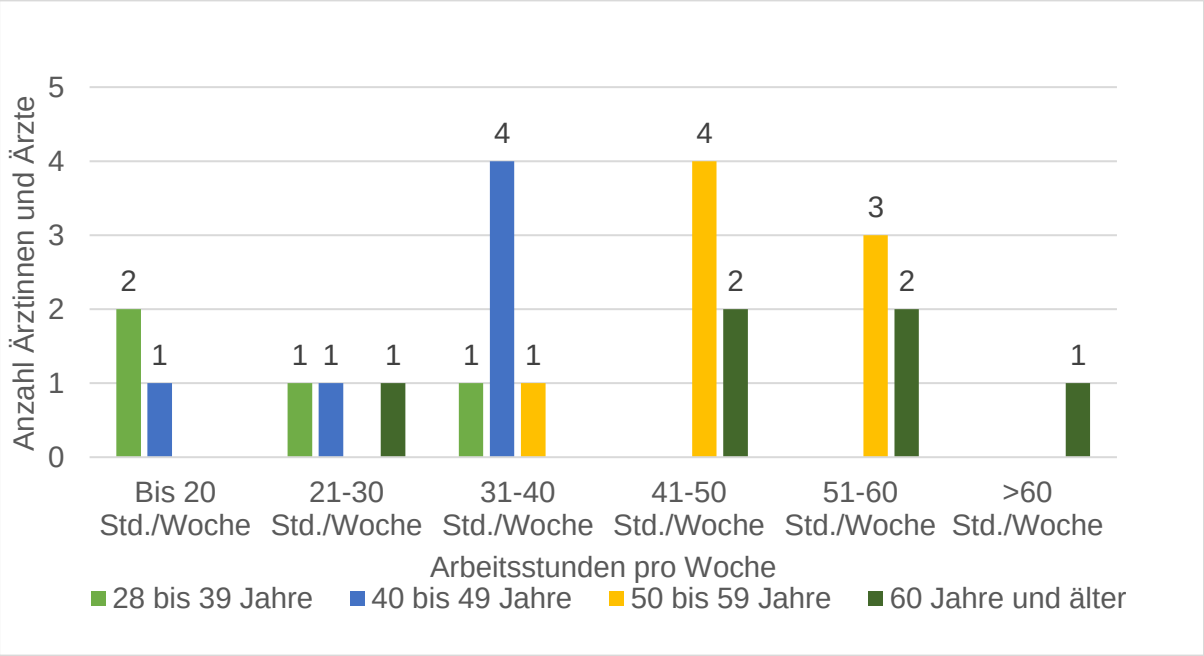
Praxiszukunft

Um eine Zukunftsprognose zu geben, wurden die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu ihrer Praxiszukunft befragt. Insgesamt planen sechs niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus fünf Praxen ihre Tätigkeit in den nächsten fünf Jahren abzugeben. Drei von sechs (ein fehlender Wert) sind noch auf der Suche nach einem Nachfolger für Ihre Praxis und finden diese Suche eher schwierig bis sehr schwierig. Zwei von sechs (ein fehlender Wert) haben bisher einen potentiellen Nachfolger gefunden. Die alleinige Übernahme ist jedoch aufgrund des Arbeitspensums und der Anzahl an zu behandelnden Patientinnen und Patienten ausgeschlossen. Zudem wird eine angestellte/r Ärztin und Arzt ihre/seine Tätigkeit in den nächsten fünf Jahren aufgeben.

Arbeitsalltag

Um den aktuellen Arbeitsalltag abzubilden, wurden die Ärztinnen und Ärzte zu ihren Arbeitsstunden pro Woche befragt. Die Ergebnisse zeigen die zum Befragungszeitpunkt der Woche zuvor geleisteten Arbeitsstunden. Hauptsächlich Ärztinnen und Ärzte der Altersgruppen 50 bis 60 Jahre und älter leisten zwischen 41 und über 60 Stunden pro Woche. Die jüngeren Ärztinnen und Ärzte zwischen 28 und 49 Jahren arbeiten eher weniger als 40 Stunden, also in Teilzeit oder 40 Stunden pro Woche (siehe Abbildung 11).

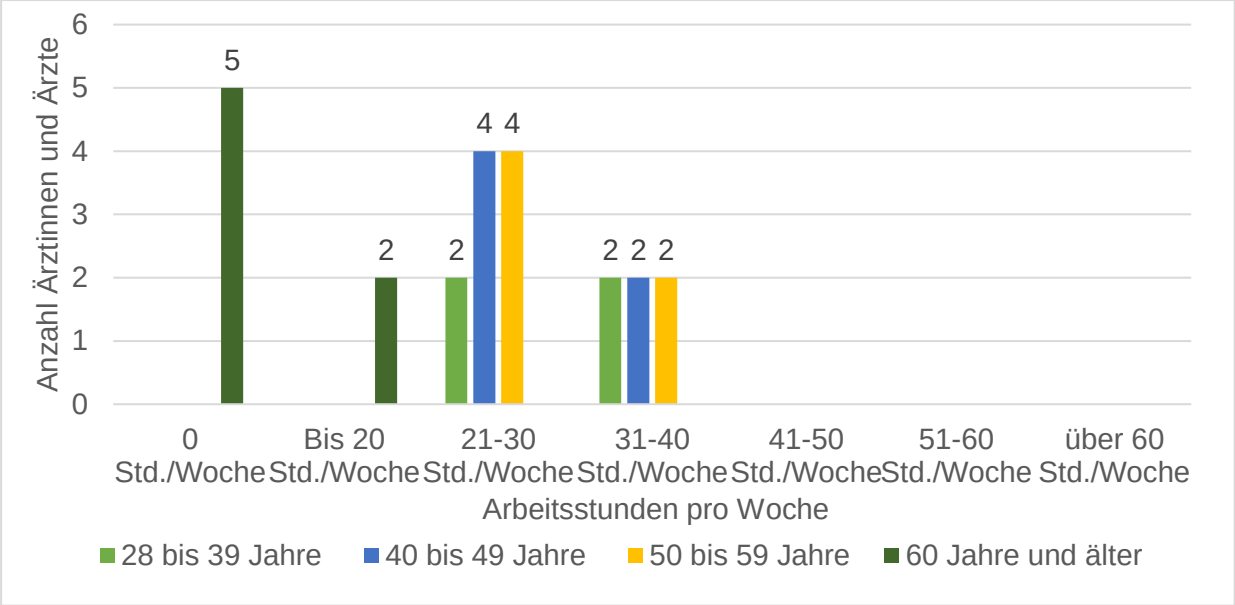
Abbildung 11: Arbeitsstunden pro Woche in Abhängigkeit der Altersverteilung (n=26; 2 fehlende Werte)



Bezogen auf den Arbeitsalltag wurden die Teilnehmenden darüber hinaus gefragt, ob Spezialsprechstunden angeboten werden. Insgesamt zehn der befragten Ärztinnen und Ärzte (n=26) bieten Spezialsprechstunden in folgenden Fachgebieten an: Asthmasprechstunde (2 Std. pro Woche), Neuropädiatrie (19 Std. pro Woche), Sozialpädiatrie (17-20 Std./Woche), Allergologie (2 Std./Woche) und Lungenheilkunde (8-10 Std./Woche).

Weiterhin wurden die Ärztinnen und Ärzte zu ihrer Vorstellung des Arbeitsalltags in fünf Jahren befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich der Trend hin zu einem Arbeitspensum unter 40 Stunden pro Woche auch in den nächsten fünf Jahren fortführen wird. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass fünf Ärzte innerhalb der nächsten fünf Jahre aufgrund des Ruhestandes keine Arbeitszeit mehr leisten werden (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12: Wunschvorstellung der Arbeitsstunden pro Woche in Abhängigkeit des Alters in den nächsten 5 Jahren (n=26; 3 fehlende Werte)



Aktuelle Versorgungssituation

Im Rahmen der Befragung wurden alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gebeten, die aktuelle Versorgungssituation im Ortenaukreis einzuschätzen. 84% bewerten die Kinder- und Jugendärztliche Versorgung mangelhaft. 16% schätzen die Versorgungssituation als ausreichend ein. Alle Befragten (n=26) geben an, dass es einen Mangel an Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis gibt und die personellen Kapazitäten zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei erhöhtem Bedarf, steigenden Ansprüchen an Versorgungsleistungen und zunehmenden Aufgaben nicht ausreichen.

Die Tabelle 02 fasst die genannten Gründe und Lösungsansätze für den Mangel an Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis zusammen.

Tabelle 02: Genannte Gründe und Lösungsansätze für den Mangel an Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis

Gründe für den Mangel an Kinder- und Jugendärztliche Versorgung
– Fehlerhafte Bedarfsplanung: **Fast alle Ärztinnen und Ärzte (n=25) sehen zwischen dem durch die KVBW ermittelten Versorgungsgrad der ambulant tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten im Ortenaukreis und dem tatsächlichen Bedarf eine Diskrepanz.** Folgende Aspekte werden laut der Befragten nicht berücksichtigt: o Veraltete Zahlen, die anderen Ansprüchen entsprechen o Zunahme an Aufgaben (mehr U-Untersuchungen, mehr Impfungen) o Zunahme an sozialpädagogischen und sozialpädiatrischen Anforderungen o Mehr Gesprächs- und Beratungsbedarf: Die sprechende Medizin wird nicht abgebildet o Zuzug von Menschen mit Migrationshintergrund wird nicht berücksichtigt o Anstieg Geburtenrate
– Zu wenig Übernahmen von Praxen: **Ein Großteil der Befragten gibt an, dass es bereits jetzt zu wenige Übernahmen von Praxen gibt und sich dies zukünftig weiter verschärfen wird.** Hierfür geben die Befragten folgende Ursachen an: o Junge Ärztinnen und Ärzte präferieren aufgrund von bspw. der Kindererziehung und/oder der Work-Life-Balance in Teilzeit zu arbeiten. o Jungen Ärztinnen und Ärzten fehlt immer mehr die Bereitschaft zur Niederlassung aufgrund bspw. der Sorge vor dem finanziellen und wirtschaftlichen Risiko oder der steigenden Arbeitsbelastung. o Fehlende Attraktivität des ländlichen Raumes sowie fehlende familienfreundliche Arbeitsbedingungen (ÖPNV, fehlende qualitativ hochwertige Kinderbetreuung). o Neugründungen sind aufgrund der Bedarfsplanung nicht möglich.
– Ein weiterer Grund wird in der **Aus- und Weiterbildung der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten** gesehen. Folgende Punkte werden angegeben: o Es fehle grundsätzlich an Studienplätze und einer mangelnden Ausbildung. o Es gebe kein ausreichendes Angebot an Spezialisierung und Weiterbildung für Fachärztinnen und Fachärzte im Landkreis.

Lösungsansätze für den Mangel an Kinder- und Jugendärztliche Versorgung
– Überarbeitung der Bedarfsplanung in Anlehnung an die hausärztliche Versorgung und in Bezug auf die oben genannten Punkte – Förderung von Nachwuchs durch Praktikumsmöglichkeiten und Vorstellung des Arztberufes in Schulen – Schaffung von mehr Studienplätzen – Einrichten einer Verbundweiterbildung – Anbieten eines ausreichenden Angebotes an Spezialisierung und Weiterbildung für Fachärztinnen und Fachärzte – Ermöglichung flexibler Beschäftigungsmodelle (Anstellungs- und Teilzeitmöglichkeiten) – Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Kinderbetreuung – Erhöhung der Attraktivität des Standortes o Räume zur Verfügung stellen o ÖPNV ausbauen o Klimafreundlichkeit/Nachhaltigkeit vorantreiben

Die Befragten geben ebenfalls an, dass die Aufgaben sowie der Bedarf und die Ansprüche an Versorgungsleistungen der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten über die Jahre hinweg zugenommen haben. Die Abbildung 13 fasst die genannten Gründe zusammen und die Tabellen 03 bis 07 stellen die Ergebnisse bis auf den Punkt „Folgen der Corona-Pandemie – Zunahme an psychischen und physischen Erkrankungen“ ausführlicher dar.

Abbildung 13: Gründe für einen erhöhten Arbeitsaufwand der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte im Ortenaukreis

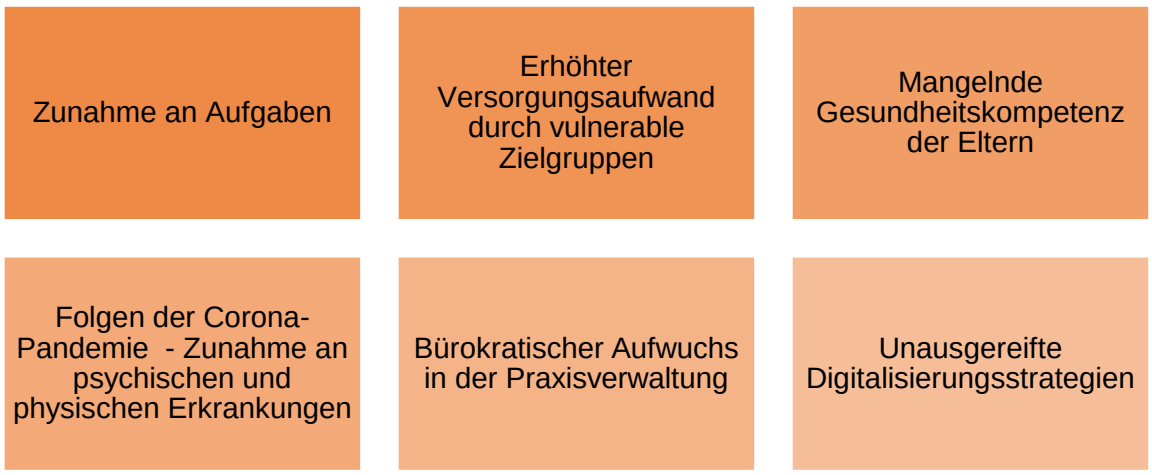


Tabelle 03: Gründe und Lösungsvorschläge für die Zunahme an Aufgaben in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis

Gründe für die Zunahme an Aufgaben in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis

– Einführung von mehr Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen
– Zunahme von pädagogischen und sozialpädiatrischen Anforderungen bzw. Aufgaben
  ○ Beurteilung von Integrationshilfen
  ○ Erziehungsberatung
  ○ Sprachentwicklung
– Zunahme der Anspruchshaltung von Schulen, Kindergärten und der Gesellschaft
– Zunehmende Verlagerung von Aufgaben aus anderen nicht-medizinischen Bereichen in den medizinischen Bereich

Lösungsvorschläge für die Zunahme an Aufgaben in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis

– Delegation von Aufgaben an einzelne Berufsgruppen
  ○ Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen und sonderpädagogische Beratungsstellen
  ○ Medizinische Fachangestellte mit Weiterbildungen
  ○ Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen
  ○ Sprachtests an Logopädinnen und Logopäden
– Bereitstellung von Ressourcen durch bessere Abstimmung der Einschulungsuntersuchungen des Gesundheitsamtes und den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder- und Jugendlichen durch die Kinder- und Jugendärzteschaft
– Entwicklung und Durchführung von Kampagnen zur Sensibilisierung von Eltern, Kindertageseinrichtungen, Schulen sowie der gesamten Gesellschaft hinsichtlich der begrenzten Ressourcen in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung

Die Mehrheit der Befragten gibt an, vulnerable Zielgruppen in ihren Praxen zu versorgen (24 von 26 Befragte, 2 fehlende Werte). Die Abbildung 14 geht genauer auf den Anteil vulnerablen Zielgruppen am Patientenstamm in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis ein.

Abbildung 14: Anteil vulnerabler Zielgruppen am Patientenstamm (n=26, 2 fehlende Werte)

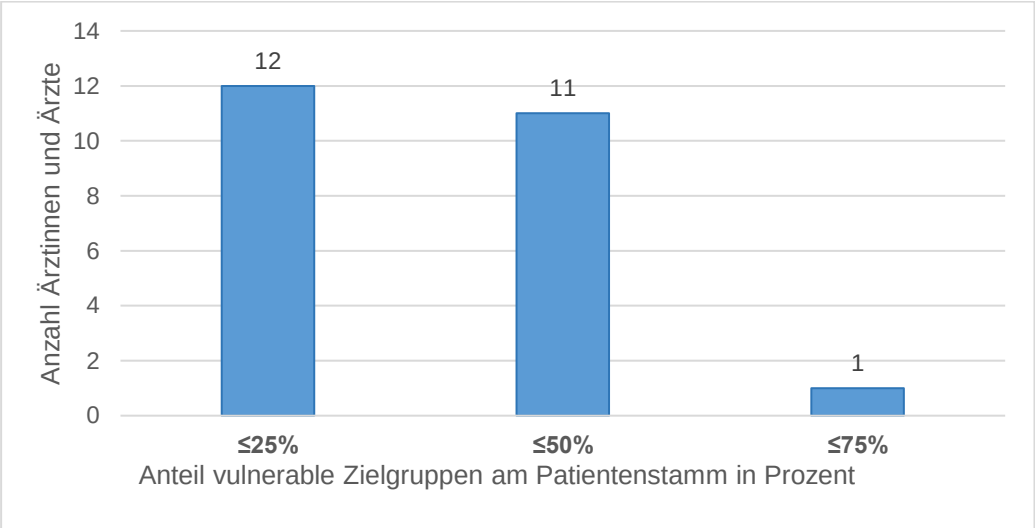


Tabelle 04: Gründe und Lösungsvorschläge für einen erhöhten Versorgungsaufwand bei vulnerablen Zielgruppen

Gründe für einen erhöhten Versorgungsaufwand bei vulnerablen Zielgruppen
– Sprachliche Barrieren – Mehr bürokratischen Aufwand – Sonstiges: Viele Einzelprobleme (Eltern Analphabeten, Eltern psychisch krank), Unzuverlässigkeit, Kulturelle Unterschiede, Zeitaufwand durch Strukturierung und Sortierung der Versorgung Insgesamt führt dies zu einem erhöhten Umfang der Behandlungszeit.
Lösungsvorschläge für einen erhöhten Versorgungsaufwand bei vulnerablen Zielgruppen
– Multiprofessionelles Zusammenarbeiten unter einem Dach – Online Übersetzer/ Übersetzer Tools – Ehrenamtliche Gesundheitslotsen für Familien mit Migrationshintergrund in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung

Tabelle 05: Gründe und Lösungsvorschläge für eine mangelnde Gesundheitskompetenz der Eltern

Gründe für eine mangelnde Gesundheitskompetenz der Eltern

– Überprotektion
  ○ Zunahme an Sorgen und Ängsten
  ○ Zunehmende Inanspruchnahme der Akutsprechstunden durch Lappalien
– Anspruchshaltung der Eltern
  ○ Fehlendes Bewusstsein für die Ressource „Kinder- und Jugendärzte“
– Verwahrlosung und Minderbetreuung
– Nicht Zurechtfinden im Gesundheits- und Sozialsystem
  ○ Unübersichtlichkeit von Leistungsanbietern im Gesundheitssystem
– System Großfamilie existiert in vielen Fällen nicht mehr
  ○ fehlende Unterstützung
  ○ Eltern werden gefordert selbständig zu sein
– Unselbständigkeit aufgrund von fehlendem Wissen
– Desinformation durch das Internet

Lösungsvorschläge für eine mangelnde Gesundheitskompetenz der Eltern

– Ausbau einer konsequenten Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung
– Gesundheitslotsen in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung
– Förderung von Gesundheitsförderung und Prävention (Mehr kostenlose Beratungsangebote)
– Gesundheitskompetenzförderung:
  ○ Schulungsangebote für Eltern: „Was ist ein krankes Kind? Wann muss ich zum Kinderarzt und wann nicht?“
  ○ Umsetzung von Patientenschulungen
  ○ Projekte in Kindergärten und Schulen
– Mehr Triage Systeme

Tabelle 06: Gründe und Lösungsvorschläge für bürokratischen Aufwuchs in der Praxisverwaltung

Gründe für bürokratischen Aufwuchs in der Praxisverwaltung

– Abrechnungs- und Ziffernsystem
  ○ Mit großem Zeitaufwand verbunden, aber die Versorgung wird dadurch nicht besser
  ○ Die Codierung bildet den Aufwand der Versorgung nicht ab

- Selektivverträge
    - Unterschiedlichste Vorgänge bei einzelnen Krankenkassen
- „Attestitis“
- Mehr Organisationsaufwand bei vulnerablen Zielgruppen

Lösungsvorschläge für bürokratischen Aufwuchs in der Praxisverwaltung

- Abrechnungs- und Ziffernsystem vereinfachen
- Selektivverträge verringern
- Bürokratieabbau bei Überweisungen und Zulassungen
- Pflicht bei Unterschriften vereinfachen
- Datenschutz zugunsten des Kindeswohl verändern

Tabelle 07: Gründe und Lösungsvorschläge für unausgereifte Digitalisierungsstrategien

Gründe für unausgereifte Digitalisierungsstrategien

- Mit der Einführung neuer Programme ist ein großer Aufwand verbunden.
    - Viel (Zeit-)Aufwand im Vergleich zu dem daraus resultierenden Nutzen
    - Ausfälle, Wartungen, Komplexität, zusätzliche Kosten werden bemängelt.

Insgesamt ist anzumerken, dass die Mehrheit der Praxen EDV-gestützte Praxisverwaltungssysteme und/oder telemedizinische Anwendungen in ihrer Praxis verwenden. Vereinzelt werden Videosprechstunden angeboten. Ein Teil der Arztpraxen verwendet die APP „Mein Kinder- und Jugendarzt“.

Lösungsvorschläge für unausgereifte Digitalisierungsstrategien

- Benutzerfreundlichkeit und Einheitlichkeit der Programme
- Infoveranstaltungen „Was gibt es, was kann man etablieren“
- Klare Anweisungen seitens der KV
- Hotline zur Unterstützung bei der KV ansiedeln
- Wartung und Installation durch die KV
- Klärung von Haftungsfragen und Datenschutz
- Schulungsangebote für Ärztinnen und Ärzte und Medizinische Fachangestellte hinsichtlich der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen

Medizinischen Fachangestellte

Insgesamt werden 93 Medizinische Fachangestellte (MFA) in den an der Befragung teilnehmenden Kinder- und Jugendarztpraxen (n=13) beschäftigt. Mit 57% arbeitet der größere Anteil der Fachangestellten in Teilzeit (Vollzeit 37%, Mini-Job 4%, 2 fehlende Werte). Zusätzlich befinden sich 13 MFA noch in der Ausbildung.

Neun Praxen beschäftigen MFA mit Weiterbildungsqualifikationen (Fachwirtin für Gesundheitswesen, Praxismanagerin, Präventions- und Versorgungsassistentinnen, Kinderkrankenschwester, Hygienebeauftragte, Wundmanagerin, Abrechnungsmanagerin, Qualitätsmanagement-Beauftragte, Impfmanagerin, Praxisanleiterin). Gründe, die gegen eine Weiterbildungsqualifikation sprechen sind der bestehende Personalmangel und dahingehend eine knappe Besetzung der Praxis sowie Zeitmangel.

Aufgrund des allgemeinen Fachkräftemangels ist das Finden von geeigneten Medizinischen Fachangestellten erschwert. Allerdings klagen nicht alle Praxen über Personalprobleme. Alle Ärztinnen und Ärzte wurden nach Gründen für eine erschwerte Einstellung von Medizinischen Fachangestellten gefragt. Die Abbildung 15 stellt die Antworten auf diese Frage dar. Unter „Sonstiges“ wurden Aspekte wie Bürokratie, Anspruchshaltung der Patienten, Insgesamt viel Verantwortung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Umgang der Patientinnen und Patienten mit den Medizinischen Fachangestellten zusammengefasst. Die Tabelle 08 stellt mögliche Lösungsvorschläge zur Begegnung des Fachkräftemangels bei Medizinischen Fachangestellten der Befragten dar.

Abbildung 15: Gründe für die erschwerte Einstellung von Medizinischen Fachangestellten (n = 26; Mehrfachnennungen möglich, 2 Fehlende Werte)

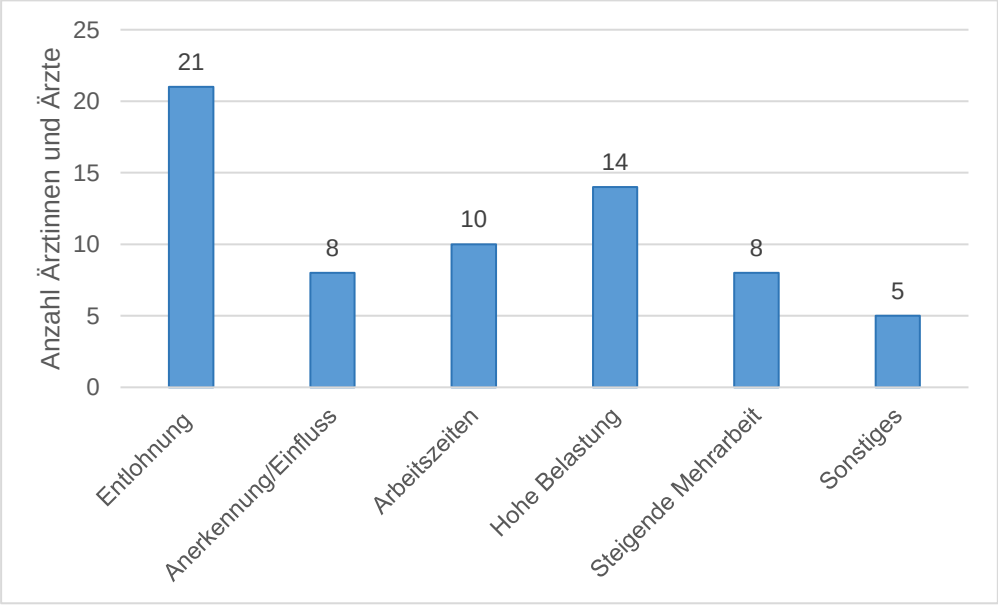


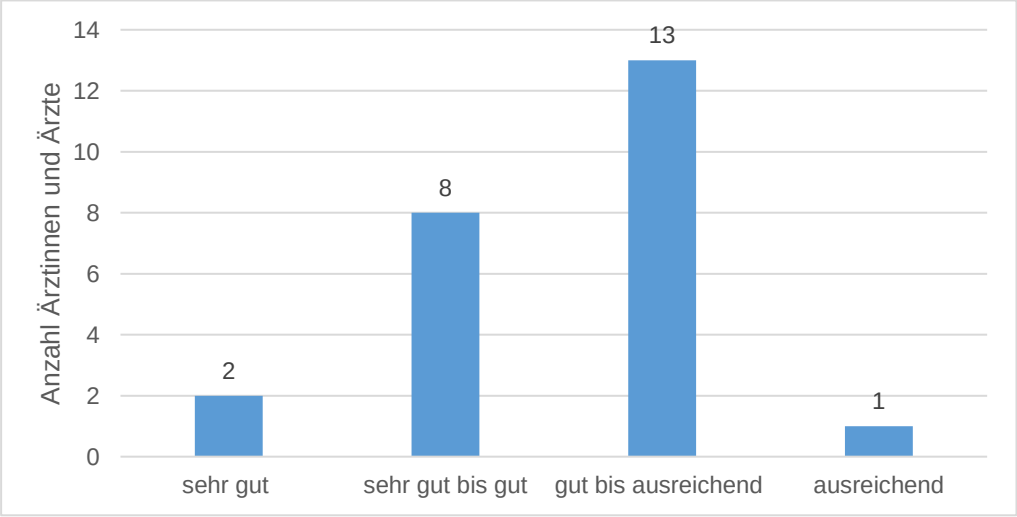
Tabelle 08: Lösungsvorschläge zur Begegnung des Fachkräftemangels bei Medizinischen Fachangestellten

Lösungsvorschläge zur Begegnung des Fachkräftemangels bei Medizinischen Fachangestellten
– Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen: Anstieg Lohnniveau/ Übertarifliche und einheitliche Bezahlung – Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten – Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Praxis; Übernahme von Verantwortung – Standardisierte Ausbildung – Praktika in Arztpraxen ermöglichen – Attraktive Gestaltung des Berufsbildes o Werbung für Gesundheitsthemen und für die Ausbildung in Schulen o Stärkere Differenzierung des Berufs in der Ausbildung o Imagekampagne für den Beruf der Medizinischen Fachangestellten

Sektorenübergreifende Versorgung

Alle Ärztinnen und Ärzte wurden gefragt, wie sie Zusammenarbeit mit anderen Anbietern im Gesundheitswesen (Fachärzte, Hausärzte, andere Professionen, Kliniken etc.) bewerten. Die Abbildung 16 zeigt die Antworten zu dieser Frage.

Abbildung 16: Bewertung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit (n=26)



Grundsätzlich wird eine Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen im Gesundheitswesen befürwortet. Allerdings ist es gerade für junge Ärztinnen und Ärzte sehr aufwendig sich ein entsprechendes Netzwerk aufzubauen. Es konnte auch eine Bereitschaft festgestellt werden, einzelne Aufgabenbereiche an andere Berufsgruppen abzugeben, da diese über mehr Kompetenzen, Erfahrungen und Ressourcen in diesen Bereichen verfügen. Die Tabelle 09 zeigt die von den Befragten angegebenen Herausforderungen im Bereich der Sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sowie genannte Lösungsvorschläge zur Optimierung der Sektorenübergreifenden Versorgung.

Tabelle 09: Herausforderungen im Bereich der Sektorenübergreifenden Versorgung sowie Lösungsvorschläge zur Optimierung der Sektorenübergreifenden Versorgung

Herausforderungen im Bereich der Sektorenübergreifenden Versorgung
– Terminfindung bei der Fachärzteschaft häufig schwierig (lange Wartezeiten) – Erreichbarkeit und Entfernung oft problematisch – Fachkräftemangel in allen Bereichen – Ansprechpartner in Kliniken oft nicht bekannt – Reduzierte Ambulanzzulassung im Ortenau Klinikum (Abtelefonieren von anderen Kliniken ist mit großem Aufwand verbunden) – Grundsätzliches Zeitproblem o Patientenausfall bei interdisziplinären Treffen o Mangel der Arbeitszeit o Patienten werden nicht anderweitig aufgrund des allgemeinen Mangel versorgt – Bessere Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft als mit anderen Professionen – Problem der Vergütung bei bspw. Runden Tischen und Qualitätszirkel – Defizit bei der Transition von chronisch erkrankten Menschen – Fehlen eines Sozialpädiatrischen Zentrums
Lösungsvorschläge zur Optimierung der Sektorenübergreifenden Versorgung
– Einrichtung eines Sozialpädiatrischen Zentrums – Bildung von Therapeutengemeinschaften – Verbandsmäßige Organisation der Heilmittelerbringer – Bessere Vernetzung mit Kliniken o Fortbildungen oder regelmäßige Veranstaltungen zu Themen wie „Was wird angeboten“, Was kann versorgt werden, was kann nicht versorgt werden“ o Flyer mit Ansprechpartner und Erreichbarkeiten

- Feste Zeiten für Gespräche mit Fachärzten und Kliniken für Austausch und Terminvergabe
- Öffentlicher Gesundheitsdienst: Übersetzung von Impfpässen
- Engere Zusammenarbeit mit Erzieherinnen und Erziehern wünschenswert

Patientenorientierte Gesundheitszentren

Ziel der Befragung war ebenfalls, die Einstellung der Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzte im Ortenaukreis gegenüber Patientenorientierte Gesundheitszentren zu erfassen. Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung stellen einen Lösungsansatz dar, um die Versorgung bei den bestehenden genannten Herausforderungen sicherzustellen. Neben einer patientenzentrierten, koordinierten und kontinuierlichen Versorgung „aus einer Hand" beinhaltet dieses Modell Möglichkeiten zur Abmilderung des Fachkräftemangels. Durch die Delegation von medizinischen Aufgabenbereiche z.B. an „Community Health Nurses" oder „Advanced Practice Nurses" sowie eine zentrale Verwaltung kann sich die Ärzteschaft auf das medizinische Kerngeschäft konzentrieren. Darüber hinaus können Ärztinnen und Ärzte durch flexible Arbeitszeitmodelle sowie attraktive Arbeitsplatzbedingungen (u. a. integrierte Kinderbetreuung) und die Möglichkeit einer Anstellung gewonnen werden (40).

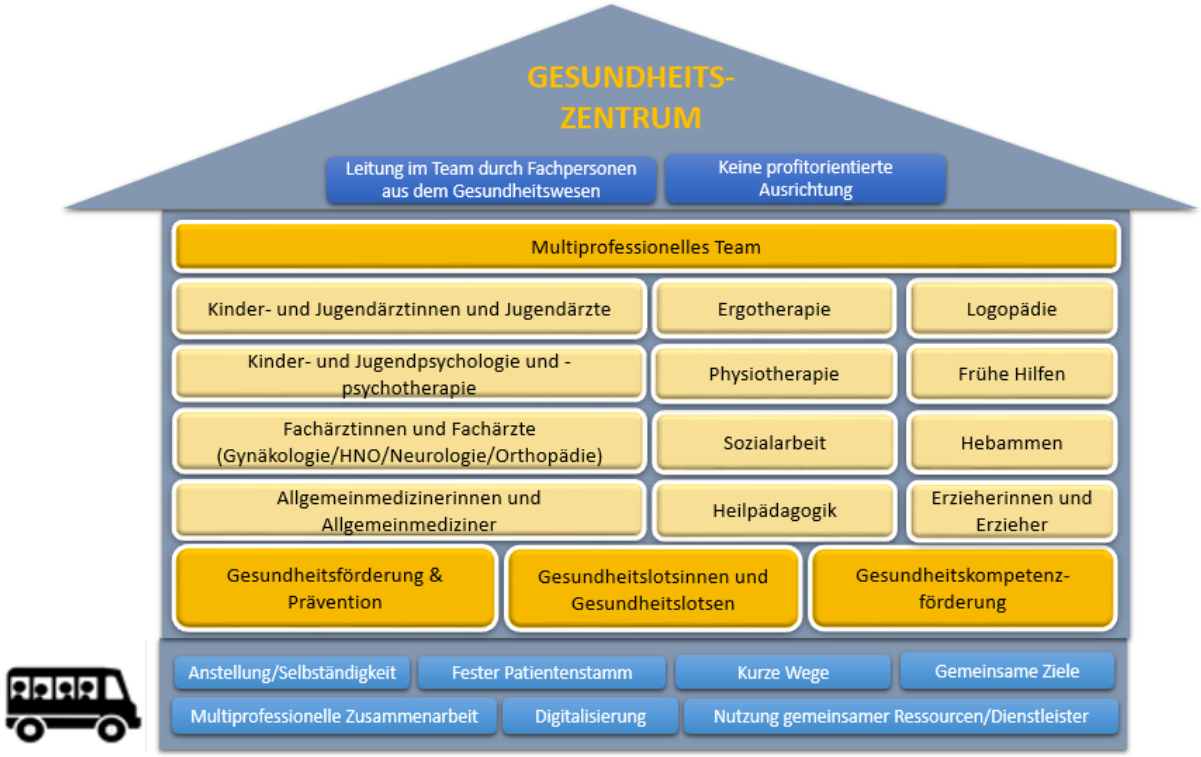
Zum einen wurde gefragt: **„Können Gesundheitszentren mit kooperativen, sektorenübergreifenden Ansätzen (z.B. PORT) die Kinder- und Jugendärztliche Versorgung in Zukunft sicherstellen?"**. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die Befragten das Konzept „Patientenorientierte Gesundheitszentren" überwiegend nicht kannten. Nachdem den Befragten das Modell erklärt wurde und die Unterschiede zu den aktuell bestehenden Medizinischen Versorgungszentren dargestellt wurden, stimmten 17 der 26 befragten Ärztinnen und Ärzten zu, dass diese Versorgungsform die Versorgung sicherstellen könnte (12 x trifft zu; 5 x trifft eher zu). Als Begründung gaben sie u.a. die multiprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe, die Entlastung der Ärzteschaft durch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen und Dienstleister (Digitalisierung, Verwaltung) und eine bessere Versorgung für alle Kinder und Jugendliche aber vor allem für sozial schwächere Personen an. Zwei Ärztinnen und Ärzte sind nicht bis eher nicht der Meinung, dass Patientenorientierte Gesundheitszentren die Versorgung in Zukunft sicherstellen können. Sie sehen mit dem Konzept keine Zeit- und Ressourceneinsparung, sondern eher einen Mehraufwand verbunden und halten am Konzept Gemeinschaftspraxen fest. Drei Teilnehmende haben sich zu dieser Frage schriftlich geäußert. Bei Ihnen erfolgte somit keine mündliche Aufklärung über patientenorientierte Gesundheitszentren. Diese Teilnehmenden gaben als Antwort ebenfalls „eher nicht" an. Vier Teilnehmerende haben zu dieser Frage keine Angaben gemacht.

Eine weitere Fragestellung lautete: **„Könnten Sie sich vorstellen in einem Gesundheitszentrum mit kooperativen, sektorenübergreifenden, patientenorientierten Ansätzen zu arbeiten?“.** 16 der 26 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten könnten sich vorstellen, in einem Gesundheitszentrum mit kooperativen, sektorenübergreifenden und patientenorientierten Ansätzen zu arbeiten, wenn, wie bereits geschildert, eine Aufklärung über das Konzept erfolgte. Allerdings waren den Teilnehmenden hierbei folgende Bedingungen im Patientenorientierten Zentrum wichtig:

- Das Zentrum sollte gemeinwohlorientiert und nicht auf Profitmaximierung ausgerichtet sein.
- Keine ausschließlich wirtschaftliche Leitung / Leitung und Koordination durch eine oder mehrere fachliche Person/en (mehrere Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Pädagoginnen und Pädagogen)
- Beschäftigungsverhältnis in Anstellung oder Selbständigkeit sollte gegeben sein
- Fester Patientenstamm und ein ärztlicher Ansprechpartner für Familien und Kinder sind wichtig in der ambulanten Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung
- Gemeinsame Ziele; Teamaufbau und Teamarbeit
    - Menschlich auf einer Ebene sein
    - Kein „nebeneinanderher arbeiten“

Die Abbildung 17 fasst zusammen unter welchen Bedingungen und mit welchen Berufsgruppen, die Befragten in einem Patientenorientierten Gesundheitszentrum arbeiten würden.

Abbildung 17: Vorstellungen der Befragten bzgl. eines Patientenorientierten Zentrums mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendärztliche Versorgung



Zwei Ärztinnen und Ärzte können sich nicht vorstellen in einem Patientenorientierte Gesundheitszentrum zu arbeiten. Sie sehen mit dem Konzept keine Zeit- und Ressourceneinsparung, sondern eher einen Mehraufwand verbunden. Darüber hinaus befürchten sie für sich zu wenig Gestaltungsfreiheit im Zentrum. Drei Teilnehmende haben schriftlich angegeben, dass sie sich nicht vorstellen können in einem Patientenorientierten Gesundheitszentrum zu arbeiten. Wie bereits geschildert, erfolgte bei diesen Befragten keine mündliche Erklärung zum Konzept. Fünf Teilnehmende haben zu dieser Frage keine Angaben gemacht.

2.6 Zukunftswerkstatt zu der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis

Ergänzend zu den Interviews mit den Ärztinnen und Ärzten wurde im Rahmen der Bestands- und Bedarfsanalyse am 29. März 2023 eine sogenannte Zukunftswerkstatt im Gesundheitsamt in Gengenbach durchgeführt. In diesem Rahmen wurden die ersten Ergebnisse der Interviews und erste Handlungsmaßnahmen dargestellt sowie bereits umgesetzte, innovative Konzepte wie das Patientenorientierte Gesundheitszentrum „GeKo Berlin e.V." oder der „Gesundheitskiosk Billstedt" vorgestellt. Im Zuge dessen wurde die Veranstaltung genutzt, um die Relevanz und Umsetzbarkeit verschiedener Maßnahmen und Konzepte mit wichtigen Akteurinnen und Akteuren, Verantwortlichen und Entscheidungsträgern zu diskutieren. Die daraus gewonnenen neuen Impulse dienten zur weiteren Entwicklung und Erarbeitung von konkreten Beispielen für die Handlungsempfehlungen.

Methodisches Vorgehen

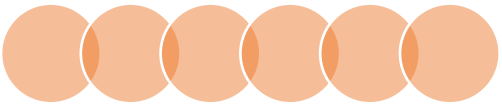
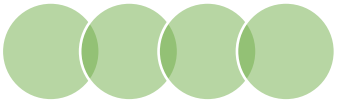
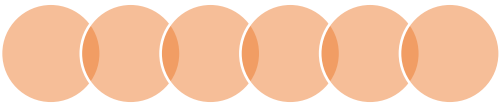
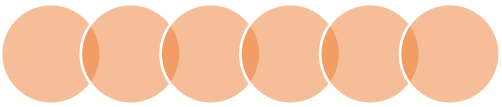
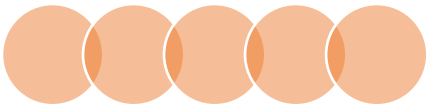
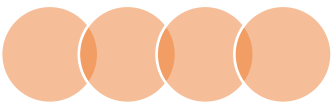
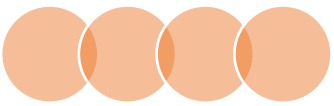
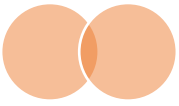
Unter Anbetracht der für die Kinder- und Jugendärztliche Versorgung relevanten Akteurinnen und Akteure, wurden entsprechende Vertreterinnen und Vertreter, Verantwortliche und Entscheidungsträger im Rahmen der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung zur Veranstaltung der Kommunalen Gesundheitskonferenz eingeladen. Anwesend waren Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte aus dem Ortenaukreis, die Kreisärzteschaft, der Chefarzt der Kinderheilkunde und Jugendmedizin am Ortenau Klinikum, Vertreterinnen und Vertreter vom Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Ortenau, der AOK, der KVBW, von vulnerablen Zielgruppen, dem Gesunden Kinzigtal und aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Die Ergebnisse der Interviews sowie erste Handlungsmaßnahmen wurden in Form einer Präsentation vorgestellt. Die Vorstellung des Patientenorientierten Gesundheitszentrum „GeKo Berlin e.V." sowie des Gesundheitskiosks Billstedt/Horn erfolgte durch kleinere Impulsvorträge. Für Ergänzungen und Anmerkungen zu den einzelnen Maßnahmen im Rahmen von Diskussionsrunden wurden zusätzlich themenspezifische Pinnwände aufgestellt. Letztlich wurden alle Beteiligten gebeten, die erarbeiteten Maßnahmen nach deren Relevanz und Umsetzbarkeit zu priorisieren. Hierfür wurden orangene und grüne Klebepunkte verteilt.

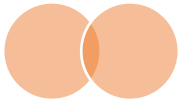
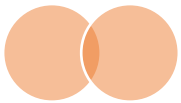
Ergebnisse

Die folgenden Tabellen (Tabelle 10 und Tabelle 11) geben ein Stimmungsbild bezüglich der Bewertung der erarbeiteten Maßnahmen nach deren Relevanz und Umsetzbarkeit wider. Zu beachten ist, dass nicht alle Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte anwesende waren. Zusätzlich war leider auch zu wenig Zeit für die Applizierung der Punkte vorhanden. Die Ergebnisse sind unter diesen Vorbehalt zu betrachten.

Handlungsmöglichkeiten zur Begegnungen des Mangels an Ärztinnen und Ärzten

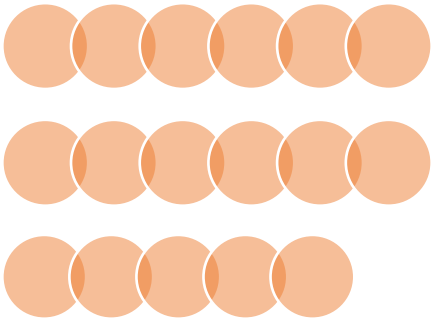
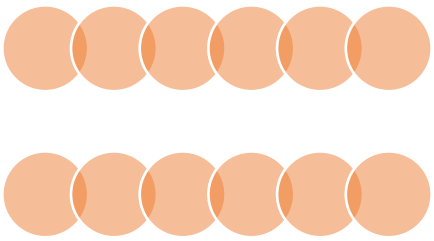
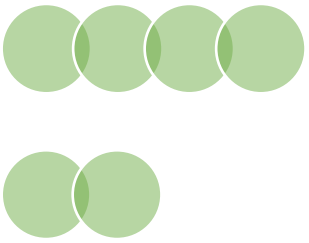
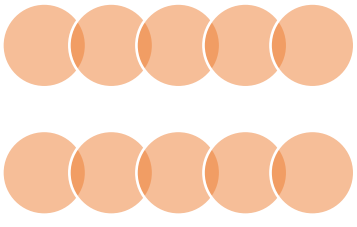
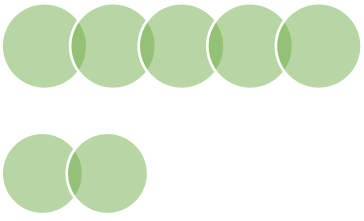
Tabelle 10: Priorisierung der Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich Relevanz und Umsetzbarkeit im Rahmen der Zukunftswerkstatt

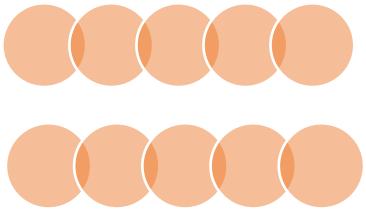
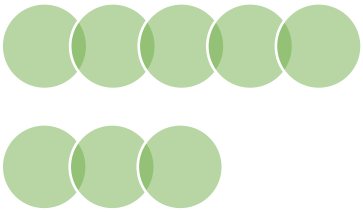
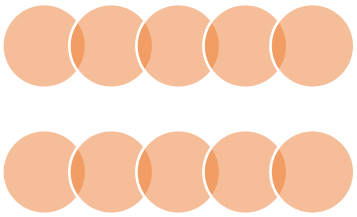
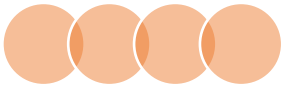
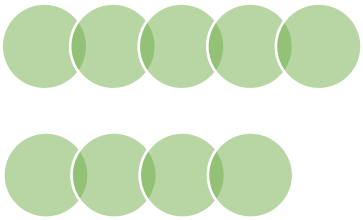
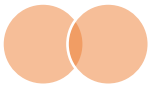
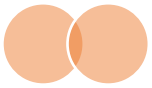
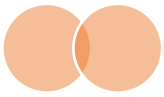
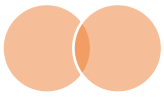
Handlungsmöglichkeit	Relevanz	Umsetzbarkeit
Ausreichendes Angebot an Spezialisierung und Weiterbildung für (Fach-) Ärzte		
Kinderklinik als Ausgangspunkt		
Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Kinderbetreuung		
Überarbeitung der Bedarfsplanung		
Verbundweiterbildung		
Flexible Beschäftigungsmodelle		
Förderung von Nachwuchs aus der Ortenau		

Schaffung von mehr Studienplätzen		
Attraktivität des Standortes erhöhen		

Handlungsmöglichkeiten zur Begegnungen des Mangels an Kinder und Jugendärztliche Versorgung

Tabelle 11: Priorisierung der Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich Relevanz und Umsetzbarkeit im Rahmen der Zukunftswerkstatt

Handlungsmöglichkeit	Relevanz	Maßnahmen
Gesundheitskiosk		
Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen		
Optimierung der Sektorenübergreifenden Versorgung		

Sicherstellung von Medizinischen Fachangestellten		
Abbau von Bürokratie		
Förderung der Gesundheitskompetenz		
Delegation von Aufgaben an einzelne Berufsgruppen		
Weiterentwicklung der Digitalisierung und Unterstützung der Ärzteschaft bei der Umsetzung		
Sensibilisierung der Anspruchshaltung von Eltern, Kindertageseinrichtungen, Schulen und der Gesellschaft		
Abschaffung von einzelnen Leistungen		
Förderung der Gesundheitsförderung und Prävention		

3 Handlungsempfehlungen

3.1 Gewinnung und Bindung von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten für den Ortenaukreis

3.1.1 Hintergrund

Obwohl die Kinder- und Jugendmedizin die zweitbeliebteste Fachrichtung im Medizinstudium darstellt, ist die Sicherstellung der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung derzeit höchstproblematisch und wird auch in Zukunft, nach Vorausrechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bis zum Jahr 2030 gefährdet sein (5, 41, 42). Besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen ist die Betreuung und Versorgung von Kindern und ihren Familien durch Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte prekär (43). Die Gründe hierfür sind vielschichtig, sowohl gesellschaftliche Entwicklungen als auch medizinische Veränderungen stellen die ambulant ärztliche Versorgung zunehmend vor große Herausforderungen (5, 43, 44).

Im Zuge gesellschaftlicher Entwicklungen liegt ein besonderer Fokus auf dem Prozess der demographischen Alterung. Kennzeichnend hierfür ist insbesondere die Zunahme an älteren Menschen (44). Eine mit der demographischen Entwicklung einhergehende alternde Gesellschaft bedingt neben einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ebenfalls eine immer älter werdende Ärzteschaft (44–47). In diesem Kontext zeigt die Altersverteilung der KBV als auch der Bundesärztekammer, dass das bundesweite Durchschnittsalter von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sowie von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den letzten zehn Jahren angestiegen ist und gegenwärtig eine relativ große Gruppe an Fachkräften kennzeichnet (47, 48). In der Fachgruppe der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten sind 61% zwischen 50 und 60 Jahren und älter (47). Im Ortenaukreis zeichnet sich eine selbige Entwicklung ab. 58% der im Ortenaukreis tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte sind zwischen 50 und 60 Jahren und älter. Hinzukommt, dass mindestens fünf Ärztinnen und Ärzte innerhalb der nächsten fünf Jahre in den Ruhestand eintreten werden. Somit wird der Bedarf an Nachbesetzung freiwerdender Arztstellen und damit verbunden die Wichtigkeit der Gewinnung und Bindung von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten allgemein und für die Ortenau deutlich (47). Gerade die Nachfolgersuche ist jedoch angesichts der sich wandelnden Versorgungssituation im ambulanten Sektor durch Veränderungen in den Lebens- und Arbeitsvorstellungen der jungen Ärztegeneration sowie heterogener Beschäftigungsstrukturen eine große Herausforderung (5, 49). Auch im Rahmen der Analyse im Ortenaukreis wurde diese Problematik immer wieder moniert. Um ärztliche Fachkräfte zu gewinnen und auch langfristig zu binden und die medizinische Betreuung von Kindern und

Familien sicherzustellen, bedarf es demnach der Schaffung und dem Ausbau neuer Strukturen, Organisationsformen und Versorgungskonzepten, die sich an die demografischen Entwicklungen anpassen und den Arbeits- und Lebensvorstellungen der nachkommenden Ärztegeneration entsprechen (4, 41, 43, 49). Diesbezüglich gibt es mehrere Aspekte, die eine bedeutende Rolle spielen und bei der Sicherstellung der Versorgung mitbedacht werden müssen.

Ärztinnen und Ärzte sind mitunter eine der Berufsgruppen im Gesundheitswesen mit besonders langen Arbeitszeiten (50). Der Arbeitsalltag hat sich in den letzten Jahrzehnten vor allem durch die Bereitschaft gekennzeichnet, überdurchschnittlich viele Wochenarbeitsstunden zu leisten. Häufig wurde über eine normale 40-Stunden-Woche hinaus gearbeitet, um die Versorgungsbedarfe der Bevölkerung zu decken (51). Diese Art von Arbeitsalltag wird es zukünftig im Rahmen der ambulant ärztlichen Versorgung immer weniger geben. Junge Ärztinnen und Ärzte haben andere Vorstellungen ihr Arbeitsleben zu gestalten. Flexible Beschäftigungsmodelle, Teilzeitarbeit und die Möglichkeit der Anstellung sind immer beliebter werdende Formen der Beschäftigung im Praxisalltag. Zudem legen immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte großen Wert auf eine gute Work-Life-Balance (4, 42, 49, 51–53). Die Ergebnisse einer Befragung der KBV aus dem Jahr 2018 verdeutlichen diese Aspekte der Arbeits- und Lebensgestaltung und zeigen die Erwartungen im Rahmen der späteren Berufstätigkeit von Medizinstudierenden. Über 80% der befragten Medizinstudentinnen und Medizinstudenten wünschen sich geregelte Arbeitszeiten sowie die Möglichkeit einer flexiblen Gestaltung dieser. Für über 90% ist die Anstellung in mindestens einer Institution wie einem Krankenhaus, einem MVZ oder einer Praxis eine attraktive Möglichkeit. Vor allem aber das Interesse an einer Anstellung in einer Praxis oder in einem MVZ hat seit der ersten Umfrage im Jahr 2010 deutlich zugenommen (53). Allgemein hat sich die Zahl an angestellten Ärztinnen und Ärzten bundesweit über die Jahre hinweg ununterbrochen erhöht. Im Jahr 2022 ist die Zahl laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer weiter um 12,6% verglichen zum Vorjahr gestiegen (48). Demgegenüber ist die Anzahl an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten rückläufig (51). Auch die Befragungsergebnisse der KBV machen deutlich, dass die Bereitschaft zur Niederlassung als Haus- oder Facharzt mit 74% weniger attraktiv als eine Anstellung ist. Zu den Gründen für die fehlende Bereitschaft einer Niederlassung können bspw. das damit verbundene wirtschaftliche Risiko, Aspekte wie Bürokratie und Verwaltung oder auch die hohe Arbeitsbelastung gezählt werden (5, 49). Vor allem aber das Interesse zur Übernahme oder Gründung einer Einzelpraxis hat abgenommen. Berufsausübungsgemeinschaften hingegen erfreuen sich zunehmender Beliebtheit (49, 53). Flexible Arbeitszeitmodelle wie Anstellungs- und Teilzeitmöglichkeiten sind zudem wichtig, um Familie und Beruf miteinander vereinbaren zu können (46, 49). Für über 90% der befragten Medizinstudierenden ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein

wichtiger Aspekt im Rahmen der späteren beruflichen Tätigkeit (53). Es müssen familienfreundliche Arbeitszeiten geschaffen werden, um vor allem die Arbeitszeit von Ärztinnen, welche die größere Gruppe des Fachkräftepotenzials darstellen, auszuschöpfen.

3.1.2 Konkrete Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten auf Bundes- und Landesebene

1. Der Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) sollte angeregt werden, die Bedarfsplanungs-Richtlinie hinsichtlich folgender Punkte zu modifizieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Mitglied des G-BAs sollte sich für dieses Anliegen einsetzen.
    - Berücksichtigung der Zunahme an Aufgaben im Rahmen der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung: mehr Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche, mehr Kinderschutzimpfungen, mehr sozialpädiatrische und sozialpädagogische Anforderungen, mehr Gesprächs- und Beratungsbedarf, Zunahme an Organisationsaufgaben, mehr Verknüpfung und Zusammenarbeit mit pädagogischen Einrichtungen notwendig.
    - Veränderte Arbeitszeitmodelle junger Ärztinnen und Ärzte.
    - Zunahme an vulnerablen Zielgruppen bzw. Personen mit geringerer Gesundheitskompetenz.
    - Niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind in Deutschland durchgehend hausärztlich tätig. Die spezialärztliche Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen findet fast ausschließlich an den Kliniken und Sozialpädiatrischen Zentren statt (54).
2. Qualitativ hochwertige Nachwuchssicherung durch den Ausbau von mehr Studienplätzen in der Medizin bei gleichzeitigen Investitionen in die Qualität der Lehre (zügige Umsetzung des „Masterplan Medizinstudium“[8]).
3. Vereinfachung des Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium.
4. Stärkung der Aus-, Fort- und Weiterbildung zur Verbesserung der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung. Die Arbeitsgruppe der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat hierzu Anfang 2023 konkrete Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung erarbeitet (54).
5. Einrichten von Förderprogrammen, um Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte für den ländlichen Raum zu gewinnen in Anlehnung an „Förderprogramm bringt neue

[8] https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/kurzmeldungen/de/masterplan-medizinstudium-2020.html [03.08.2023]

Hausärzte aufs Land“ vom Ministerium für Soziales , Gesundheit und Integration BW[9]“ oder der „Landarztquote“.

6. Sicherstellungsmaßnahmen der KVBW für den Ortenaukreis bereitstellen[10].
    - Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (monatlicher Zuschuss zur Kinderbetreuung) (siehe Hessen).
    - Weiterbildungsförderung (siehe Berlin).
    - Übernahme von Umzugskosten und Gewährung von Zuschüssen für die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten bei bedarfsplanungsrelevanter Besetzung vakanter Arztstellen (siehe Mecklenburg-Vorpommern).
    - …
7. Der G-BA könnte die Möglichkeit einer besseren Honorierung von Ärztinnen und Ärzten auf dem Land prüfen.
8. Stipendien und Starterprämien für künftige Kinderärztinnen und Kinderärzte vom Land (siehe Mecklenburg-Vorpommern).
9. Die finanzielle Förderung von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten in der Pädiatrie sollte analog der Allgemeinmedizin erfolgen.
10. Förderung einer Verbundweiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin durch das Land und die KVBW in Anlehnung an die Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin (Finanzielle Unterstützung für die Kinderklinik Ortenaukreis analog der Allgemeinmedizin).
11. Entwicklung und Durchführung von Crossmedialen Kampagnen zur Stärkung des Berufsbildes Kinder- und Jugendärztin und Jugendarzt.
12. Sicherstellung der Kinderbetreuung für Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die zentrale Herausforderung der kommenden Jahre wird sein, gut qualifizierten Fachkräfte für die Kindertagesbetreuung und Ganztagsbetreuung an Grundschulen zu gewinnen und zu halten. Bereits jetzt ist absehbar, dass der Bedarf an Fachkräften nicht gedeckt werden kann.[11]
    - Hierzu müssen der Bund gemeinsam mit den Ländern und weiteren Akteuren eine Gesamtstrategie zur Fachkräftesicherung in den Erziehungsberufen entwickeln (55). Die Stärkung der Fachkräfte sollte hierbei besonders berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollten Vorgaben erfolgen, welche Aufgaben entfallen können, um die Qualität am Kind zu erhalten.

[9] https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/medizinische-versorgung/haus-und-landaerzte [03.08.2023]
[10] Sicherstellungsatlas der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: https://www.kbv.de/html/sicherstellungsatlas.php [08.08.2023]
[11] https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/jugend/Jugendhilfeplanung_und_-berichterstattung/Demografischer_Wandel/GeWa_Bericht_2023_final_BF.pdf [19.09.2023]

- Lockerung der im Landesrecht geregelten Rahmenbedingungen, um den Kommunen zu ermöglichen, neue Ideen und Konzepte zu entwickeln und auszuprobieren (56). Kommunen sollte es ermöglicht werden, kooperative Angebote umsetzen und abrechnen zu können.

13. Optimierung der Attraktivität des ländlichen Raumes.
    - Ausbau des öffentlichen Personennahverkehrs.
    - Digitalisierung gerade im ländlichen Raum voranbringen.

3.1.3 Konkrete Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten auf kommunaler Ebene

1. Aufbau einer Verbundweiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin analog der Allgemeinmedizin.
2. Anbieten von Weiterbildungen und Spezialisierungen für Ärztinnen und Ärzte in der Facharztausbildung sowie für niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte.
3. Schaffung von Strukturen, die den Vorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte bezüglich den Arbeitsbedingungen entsprechen (Kooperationsformen, Arbeiten im Team, Konzentration auf überwiegend medizinische Tätigkeiten, Anstellungs- und Teilzeitmöglichkeiten…) (siehe 3.7).
4. Unterstützung von potentiellen Ärztinnen und Ärzten beim Finden einer möglichen Arztstelle, Kinderbetreuung, Wohnraum sowie Unterstützung bei anfänglichen bürokratischen Hürden, die mit einem Umzug in den Ortenaukreis verbunden sind.
5. Durchführung weiterer Maßnahmen zur Sicherstellung der Kinderbetreuung. Der Bedarf an Betreuungsplätzen übersteigt weiterhin das Angebot (55, 57). Wenn Kinder nicht betreut werden können, bedeutet dies für Eltern Arbeitszeitverkürzung, wobei Frauen besonders betroffen sind (58). Da die Medizin weiblich wird (zwei Drittel der Studienanfänger im Fach Medizin sind derzeit Frauen) (59) ist dies für die medizinische Versorgung gravierend. Folgende Maßnahmen können exemplarisch genannt werden:
    - Planung von Angeboten Kommunen übergreifend,
    - Etablierung von „Stützpunkteinrichtungen“ (Komprimierung von Angeboten),
    - Kombination mit Ehrenamt,
    - Digitalisierung und Komprimierung von Verwaltungsaufgaben.
6. Weitere Optimierung der Attraktivität des ländlichen Raumes. Damit Fachkräfte in den Ortenaukreis ziehen, bedarf es generell familienfreundliche Bedingungen (gesundheitliche Versorgung, Freizeitangebote, Internetzugänglichkeit und Digitalisierung, Erreichbarkeit, günstiger Lebensraum, …). Speziell für medizinisches Fachpersonal wären folgende Aspekte entscheidend:

- Angebot an günstigen Praxisräumlichkeiten für Personal, welches sich niederlassen möchte.
- Weiterentwicklung hinsichtlich der Themen Klimafreundlichkeit und Nachhaltigkeit.

7. Schaffung einer gezielten regionalen Personalgewinnung.
    - Durchführung von Werbekampagnen organisiert u.a. durch die AG „Nachwuchsgewinnung in Berufen im Gesundheitswesen“ der KGK Ortenaukreis.
        - Date mit der Ortenau
    - Schaffung eines breiten Angebotes an Praktikumsstellen im Rahmen der Berufsorientierung wie BORS oder BOGY für Schülerinnen und Schüler, um Personen frühzeitig für den Beruf zu interessieren / Förderung von Nachwuchs speziell aus der Ortenau. Die Kreisärzteschaft könnte diesbezüglich die niedergelassene Ärzteschaft animieren.
    - Ggf. Auflage eines Mentoring-Programms für Medizinstudierende aus der Ortenau und regelmäßige lokale Treffen als "Ortenauer Medizinstudierenden-Stammtisch" mit der Ärzteschaft vor Ort.
    - Vorstellung des Berufsbildes Kinder- und Jugendärztin und Jugendarzt in Schulen im Landkreis durch lokale Vertreter der Kinder- und Jugendärzteschaft.
    - Positive Darstellung des Berufes in der Öffentlichkeit/ Medien durch die AG „Nachwuchsgewinnung in Berufen im Gesundheitswesen“ der KGK Ortenaukreis zusammen mit lokalen Vertreterinnen und Vertretern der Kinder- und Jugendärzteschaft.

3.1.4 Weiterführende Informationen zu den Maßnahmen

Ausbau von mehr Studienplätzen in der Medizin bei gleichzeitigen Investitionen in die Qualität der Lehre

Um junge Menschen für den Arztberuf zu gewinnen und mittel- bis langfristig qualifizierte Fachkräfte auszubilden, ist ein Fokus auf das Medizinstudium zu richten. Seitens des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten wurde bereits 2021 eine deutliche Aufstockung der Gesamtzahl der Medizin-Studienplätze gefordert (60). Auch die Landesärztekammer Baden-Württemberg plädierte anlässlich des Tages der Bildung für den Ausbau der Medizin-Studienplätze, um so die Patientenversorgung auch in Zukunft zu sichern. Die Schaffung mehrerer Tausend Medizin-Studienplätze wird zwar als eine langfristige Lösung gedacht, muss aber angesichts der langen Studienzeit sowie Facharztweiterbildung bereits jetzt angegangen werden (61). Mehr Medizin-Studierende werden insbesondere auch deshalb benötigt, weil sich die Rahmenbedingungen des Arztberufes stark verändert haben. Flexible Beschäftigungsmodelle sowie familienfreundliche Arbeitszeiten bedingen, dass immer mehr Ärztinnen

und Ärzte gebraucht werden, um die Arbeitszeit der in Rente eintretenden Ärztinnen und Ärzte zu kompensieren und somit eine der Versorgungsbedarfe entsprechende Nachbesetzung zu gewährleisten (siehe 3.1.1).

Der Medizinische Fakultätentag (MFT) und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland gibt jedoch zu bedenken, dass für eine Ausweitung an Studienplätze auch entsprechende klinische Kapazitäten sowie Raumkapazität und eine entsprechende Zahl der Lehrtätigen benötigt werden (62). In vielen Regionen sind aktuell bereits schon Grenzen erreicht, da seit 2010 die Zahl der Medizinstudienplätze kontinuierlich gestiegen ist (Jahr 2010: 80.574 Studierende; Jahr 2021: 105.275)[12]. Es fehlt gleichzeitig an Investitionen in die Qualität der Lehre. Der MFT betont, dass im internationalen Vergleich Deutschland weder zu wenige Ärztinnen und Ärzte noch zu wenige Studienplätze hat[13]. Eine Reform des Medizinstudiums, um dessen hohe Qualität zu bewahren, wird als essentiell angesehen. Künftige Ärztinnen und Ärzte sollten noch besser auf eine alternde Gesellschaft, eine digitalisierte und vernetzte Medizin und die Arbeit in multiprofessionellen Team vorbereitet werden. Die Finanzierung der Reform ist jedoch derzeit „der Hauptknackpunkt". Medizinstudienplätze gehören zu den teuersten Studienplätzen überhaupt (250.000 Euro bis zum dritten Staatsexamen). Dennoch gefordert ist eine zügige Umsetzung des „Masterplan Medizinstudium 2020"[14].

Eine Möglichkeit, auch ohne Spitzenabitur Medizin zu studieren, ist die "Landarztquote". Die Bewerber verpflichten sich, nach dem Studium entweder als Landarzt oder im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zu arbeiten - und zwar für zehn Jahre. Bei Verstoß werden 250.000 Euro Strafe fällig. Knapp acht Prozent der Medizin-Studienplätze in Hessen sind dafür reserviert. In Auswahlverfahren steht nicht der Notendurchschnitt im Fokus, „sondern die persönliche und fachliche Eignung", so das Sozialministerium.

2022 sind laut Ministerium die ersten 58 Studierenden auf diesem Weg in ein Medizinstudium gestartet, 108 hatten sich beworben. Die Bewerbungsfrist für 2023 ist schon beendet, die Entscheidung aber noch nicht gefallen. Laut Sozialministerium werden vermutlich rund 75 Plätze für Landärzte und 15 für den ÖGD zur Verfügung stehen. Los geht's dann im Oktober.

Aufbau einer Verbundweiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin

Empfehlungen und Maßnahmen zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sind immer unter dem Aspekt des Fachkräftemangels zu betrachten. Letztendlich bleibt die grundsätzliche Frage, wie Fachkräfte und in diesem

[12] Konkrete Zahlen zur Entwicklung von Medizinstudierenden finden Sie unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/lrbil05.html#242500 [03.08.2023]
[13] Deutschland im internationalen Vergleich: https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm [03.08.2023]
[14] https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/kurzmeldungen/de/masterplan-medizinstudium-2020.html [03.08.2023]

Sinne allen voran Ärztinnen und Ärzte für die pädiatrische Grundversorgung im ambulanten Bereich des Ortenaukreises gewonnen werden können. Ein Handlungsfeld zur Stärkung der pädiatrischen Grundversorgung im ambulanten Setting, ist die Weiterbildung zur Facharztreife Pädiatrie. Bislang findet diese hauptsächlich in den Kliniken statt, jedoch wird ein Wandel diesbezüglich deutlich spürbar. Es besteht mittlerweile ein breiter Konsens, „dass die ernsthaft betriebene Vermittlung aller wichtigen Inhalte der Pädiatrie als Weiterbildungsziel nur mit gemeinsamen Konzepten von Kliniken und hausärztlich-pädiatrischen Grundversorgern gelingen kann." (63) Weiterbildungsverbünde aus Praxen und Kliniken bieten dahingehend kooperative Strukturen und eine umfassende Weiterbildung mit allen geforderten Inhalten. Denn „Inhalte lassen sich dort gut vermitteln, wo sie im Berufsalltag vorkommen" (64). Die neuen Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern richten sich hiernach und fordern, dass Inhalte der pädiatrischen Grundversorgung zukünftig im ambulanten Setting vermittelt werden. Als Grundlage der ambulanten Weiterbildung im Weiterbildungsverbund und zur Vermittlung von Weiterbildungsinhalten hat die Sektion Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie über die letzten Jahre hinweg, ein „strukturiertes und kompetenzbasiertes Weiterbildungscurriculum (PaedCompenda)[15] der Grundversorgung erarbeitet." (63) Ein kompetenzbasiertes Curriculum für die klinische Weiterbildung in der Pädiatrie befindet sich in der Erarbeitungsphase. Dieses Curriculum legt z.B. den Grundbaustein für die ambulanten Weiterbildung im Weiterbildungsverbund Pädiatrie in Schleswig-Holstein.[16]

Bislang war es möglich, in einer rein stationären Weiterbildung die Facharztreife zu erlangen. Zunehmend mehr Weiterbildungsinhalte wie Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, viele sozialmedizinische Fragestellungen kommen im stationären Bereich nicht vor. Umfragen zeigen jedoch, dass sich Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ein angepasstes Weiterbildungsangebot wünschen, um somit praktische Erfahrungen in verschiedenen Handlungsfeldern der ambulanten pädiatrischen Grundversorgung zu sammeln. Zwar gibt es nach den Weiterbildungsordnungen der Länder bereits seit langem die Möglichkeit ambulanter Weiterbildung (in der Regel 24 Monate), obgleich der Wichtigkeit ist die Inanspruchnahme eher selten und von Zurückhaltung geprägt. Mögliche Gründe sind u.a. Unkenntnis hinsichtlich ambulanter Versorgungsstrukturen sowie fehlende Vorstellungen für ambulante Tätigkeiten, Abschottungstendenzen zwischen Klinik und Praxis oder Vorstellungen zu den Arbeitsbedingungen (Einzelkämpferstatus, finanzielle Risiken, fehlender fachlicher Austausch, etc.). Im Sinne eines sek-

[15] https://www.paedcompenda.de/ [21.07.2023]
[16] https://www.weiterbildung.dgaap.de/weiterbildung/weiterbildung-in-den-landesverbaenden/schleswig-holstein/ [21.07.2023]

torenübergreifenden Weiterbildungsverbundes könnte durch tragfähige Kooperationen zwischen Klinik und Praxis für mehr Akzeptanz gesorgt werden und Bedenken geschmälert werden (63).

Im Ortenaukreis hat sich bisher die Verbundweiterbildung für die Allgemeinmedizin etabliert[17]. Das Ziel ist, eine strukturierte, kontinuierliche und qualitativhochwertige Weiterbildung sowohl stationär am Ortenau Klinikum als auch ambulant in Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft anzubieten. In diesem Sinne soll Medizinstudierenden sowie Ärztinnen und Ärzten, welche eine Facharztweiterbildung zur Allgemeinmedizinerin/ zum Allgemeinmediziner anstreben, eine Perspektive im Ortenaukreis geboten werden. Gleichzeitig bietet die Verbundweiterbildung eine Möglichkeit, Fachkräfte für den Ortenaukreis zu begeistern. In diesem Sinne ist der Aufbau einer Verbundweiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin zu denken. Ärztinnen und Ärzte, die eine Facharztausbildung zur Kinder- und Jugendärztin und zum Kinder- und Jugendarzt anstreben, könnten insofern einen Teil der Facharztausbildung in der ambulanten Praxis rotieren und als sinnvolle Unterstützung der ambulanten Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte fungieren. Die Kinderklinik des Ortenau Klinikums dient dabei als Eintrittspforte, um angehende Kinder- und Jugendmedizinerinnen und Jugendmediziner in die Praxis zu entlassen und trägt zugleich zur Förderung einer sektorenübergreifenden Ausbildung und Versorgung bei. Die Relevanz einer sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung für Kinder- und Jugendliche wird unter 3.5 erläutert. Zur Gründung und Durchführung der Verbundweiterbildung müssen finanzielle Mittel sowohl für die kooperierende niedergelassene Ärzteschaft als auch für die Kliniken zur Verfügung gestellt werden.

Date mit der Ortenau

Bereits seit 2011 gibt es das „Date mit der Ortenau“. Ziel der Veranstaltung ist es, junge Medizinstudierende in die Ortenau einzuladen und ihnen die Arbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der Region zu zeigen. Geboten werden u.a. Einblicke in die medizinische Versorgungsstruktur, in Themen wie Finanzierung einer Arztpraxis. Unterschiedlich organisierte Arztpraxen werden gemeinsam besucht und auch für die Lebenspartnerinnen und -partner der angehenden Ärztinnen und Ärzte lassen sich vielfältige Perspektiven finden. Darüber hinaus werden eingehend die Möglichkeiten der Weiterbildung in der Ortenau mit Kolleginnen und Kollegen vor Ort besprochen. Daneben kommen auch die hervorragenden Freizeitangebote der Ortenau bei diesem anregenden Wochenende nicht zu kurz. Die Finanzierung erfolgt

[17] https://karriere.ortenau-klinikum.de/aerzte/verbundweiterbildung-allgemeinmedizin/#collapse-2723 [08.06.2023]

über Sponsoren. Die kommende Veranstaltung findet am 18./19. November 2023 in Gengenbach statt. Bei dieser Veranstaltung wird auch ein Vertreter der Kinder- und Jugendmedizin aus der Ortenau vertreten sein.[18]

Förderung von Nachwuchs speziell aus der Ortenau

Vor dem Hintergrund ungleich verteilter ärztlicher Ressource sowie der Herausforderung freiwerdende Arztstellen nach zu besetzen, bleiben Diskussionen über favorisierte Wohnort- und Arbeitsorte junger, nachkommender Ärztinnen und Ärzte bestehen. Die Ergebnisse des Berufsmonitorings Medizinstudierende zeigen, dass sich mit zunehmender Tendenz eine Konzentration auf das Heimatbundesland sowie die nähere Heimatregion manifestiert. Präferiert werden bekannte Strukturen und Regionen, sofern die vorhandenen Rahmenbedingungen und Beurteilungen der Region nicht zu abschreckend und negativ behaftet sind. Einzelne Strategien zur Gewinnung und Bindung von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten sind in diesem Zusammenhang vor allem unter dem Aspekt der Heimatverbundenheit zu betrachten (53).

3.2 Gewinnung und Bindung von Medizinischen Fachangestellten

3.2.1 Hintergrund

MFA sind als integraler Bestandteil in der direkten Patientenversorgung von Arzt- und Psychotherapiepraxen tätig und bilden als größte Berufsgruppe eine wichtige Säule zur Sicherstellung einer guten ambulanten medizinischen Versorgung (65–67). Die Gesamtheit des Aufgabenspektrums ist vielfältig und hat im ambulanten Alltag einen großen Einfluss auf die Versorgung und Sicherheit der Patientinnen und Patienten (67). Zu den Hauptaufgaben gehört übergreifend das Patienten- und Praxismanagement. Eine gut organisierte Arztpraxis durch ein gutes Patienten- und Praxismanagement ist von zentraler Bedeutung zur Sicherstellung einer patientenorientierten Versorgungsqualität (67). Um den zahlreichen Tätigkeitsbereichen gerecht zu werden, wird von MFA eine Vielzahl an unterschiedlichen Fähigkeiten und Kenntnissen gefordert. Neben einem fundierten medizinischen Fachwissen, welches insbesondere für die Beurteilung und Priorisierung der durch die Patientinnen und Patienten beschriebenen Beschwerden bedeutsam ist, werden MFA als Multitalente bezeichnet, die durch verwaltungsbezogene Kenntnisse und kaufmännisches Geschick für einen reibungslosen Praxisablauf sorgen (65, 67, 68). In diesem Kontext lassen sich u.a. folgende Aufgaben differenzieren:

- Organisation der Patientenbetreuung und des Sprechstundenablaufs z.B. Empfang der Patientinnen und Patienten und Terminvereinbarung

[18] https://karriere.ortenau-klinikum.de/aerzte/verbundweiterbildung-allgemeinmedizin/ [20.07.2023]

- Vorbereitung von Behandlungsräumen und Überprüfung medizinischer Geräte z.B. Instrumente und Arzneimittel
- Assistieren bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- Übernahme von Labortätigkeiten
- Durchführung von Büro- und Abrechnungsaufgaben z.B. die Patientendokumentation, die Ausstellung von Überweisungsschreibungen, die Durchführung von Zahlungsvorgängen, die Abwicklung des Schriftverkehrs mit Patientinnen und Patienten und Behörden, die Bearbeitung der Post
- Ermittlung und Beschaffung des Materialbedarfs
- Wahrnehmen von versorgungsrelevanten Aufgaben unter ärztlicher Delegation z.B. Verwendung von Röntgengeräten, Injektionen, Infusionen, Blutabnahmen, EKG-Aufzeichnungen, Wundversorgungen und Spirometrie
- Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Instrumenten und Geräten
- Durchführung des Qualitätsmanagements: regelmäßige Überprüfung von Arbeitsabläufen
- Netzwerkarbeit (65, 67, 68)

Die breit gefächerten Aufgaben erfordern nicht nur Einfühlungsvermögen, Empathie und eine gute Kommunikationsfähigkeit im Umgang mit Patientinnen und Patienten und deren Beschwerden, auch eine schnelle Reaktions- und Entscheidungsfähigkeit gerade im Hinblick auf die hohe Verantwortung bei der Einschätzung der Patientenbeschwerden ist essentiell. Ergänzend wird zur Bewältigung von Aufgaben im Verwaltungsbereich ein hohes Maß an Organisations- und Koordinationsfähigkeit gefordert. Als Schnittstelle zwischen Ärztin/Arzt, Patientin/Patient, Technik und Organisation wird erwartet, dass MFA gleichzeitig laufende oder schnell wechselnde Aufgaben der verschiedenen Bereiche beherrschen (67, 68).

Qualifiziertes Praxispersonal zu finden und zu binden stellt Ärztinnen und Ärzte zunehmend vor eine große Herausforderung. Obwohl sich die Ausbildung, vor allem bei Frauen, großer Beliebtheit erfreut und laut Bundesinstitut für Bildungsforschung zu den im Jahr 2021 beliebtesten Ausbildungsberufen in Deutschland zählt, ist der Fachkräftemangel, wie in vielen anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, auch in dieser längst spürbar (65, 66, 69). Die Ergebnisse der Befragung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Vereinigung zur Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung der Erhebungswelle 2020 belegen den akuten Fachkräftemangel. Als Hauptgründe für die Schwierigkeiten geeignetes Personal zu finden werden das Fehlen an Bewerbungen auf Stellenanzeigen und die schlechte Verfügbarkeit von geeignetem Personal durch eine zu geringe Qualifikation von Bewerberinnen und Bewerbern genannt (70). Viele Praxen setzen daher auf die

Ausbildung von eigenem Praxispersonal, um durch qualifizierte Fachkräfte dem Personalmangel entgegen zu wirken und diese langfristig zu binden. Zwar wird darin eine Möglichkeit gesehen, nicht-ärztliches Personal in den Vertragsarztpraxen sicherzustellen, dennoch ist auch hier die Bewerberlage durch nicht geeignete Bewerberinnen und Bewerber als problematisch einzuschätzen. Auch Abwanderungen in einen anderen Versorgungsbereich oder eine komplette berufliche Neuorientierung sind trotz Übernahmeangebot des Ausbildungsbetriebes bestehend (70, 71). Demzufolge sollte dies nicht als einziger Ansatzprunkt gegen die Personalproblematik in Betracht gezogen werden. Zur Gewinnung und Bindung von MFA gilt es, neben einer verstärkten Ausbildungstätigkeit in der eigenen Praxis, ebenso einen Blick auf die berufsspezifischen Herausforderungen zu richten.

In Bezug auf die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit sind MFA in der Forschung im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten oder Pflegekräften unterrepräsentiert (67). Dennoch gibt es bereits Erkenntnisse darüber, welche Probleme und Erschwernisse sich im Berufsalltag abzeichnen. Diese sind vielfältig und ergeben sich vor allem aus der Vielzahl an Aufgaben. Stetig steigende gesundheitliche und medizinische Anforderungen sowie bürokratischer Aufwuchs in der Praxisverwaltung führen zu einem hohen Arbeitspensum und gleichzeitig einer hohen Arbeitsbelastung (67). In diesem Kontext werden psychosoziale Stressoren wie eine geringe Arbeitskontrolle durch wenig planbare Ereignisse, schnell wechselnde und kurze Interaktionen mit Patientinnen und Patienten, die auch durch fordernde und schwierige Personen geprägt sein können, Zeitdruck oder auch ein hoher Patientendurchlauf in der Literatur benannt (67). Die im ambulanten Sektor verankerten Rahmenbedingungen bedingen zudem, dass es nur wenig Einflussmöglichkeiten auf die Arbeitsbedingungen im Praxisalltag gibt, sodass diese stark von der vorgesetzten Person und dessen Führungsstil abhängen (67). Neben Herausforderungen, die sich aus dem Praxisalltag ergeben, gehören vor allem das unterdurchschnittliche tarifgebundene Einkommensniveau während und nach der Ausbildung und die fehlende Anerkennung trotz der hohen Versorgungsrelevanz mitunter zu den relevantesten Faktoren (72). Die Leistungen und Fähigkeiten sowie die damit einhergehende Verantwortung von MFA werden nach wie vor zu wenig wertgeschätzt, häufig noch immer im Sinne eines „Helferinnenjobs“ assoziiert und im Berufsalltag der Wertschätzung von ärztlichen Tätigkeiten unterstellt (73). Zusammenfassend ergeben sich viele Arbeitsanforderungen, die immer weiter ansteigen und gleichzeitig eine zu geringe Entlohnung und Wertschätzung für den Beruf, wodurch Arbeitsunzufriedenheit und Fluktuation verschärft und der Personalmangel in den Praxen begünstigt wird (67).

Analog zu den genannten Herausforderungen, werden in der Literatur erste Anknüpfungspunkte für mögliche Interventionen diskutiert. Im Kontext neuer Versorgungsformen muss vor

allem im ambulanten Bereich die Rolle der MFA mitbedacht werden. Zur Aufwertung des Berufes wird entsprechend auf die Möglichkeit von Delegationskonzepten verwiesen. Erste Studienergebnisse zeigen in diesem Zusammenhang einen positiven Einfluss im Rahmen der Patientenversorgung (67). Weitere Möglichkeiten zur Gewinnung und Bindung von Praxispersonal werden auch in der Weiterentwicklung der Praxisstrukturen gesehen. Lob und positive Rückmeldungen als Anerkennung durch die vorgesetzte Person sowie Team-Building Maßnahmen zur Optimierung des Arbeitsklimas können wirksam sein (67). Um die Attraktivität des Berufes weiter zu steigern, wird insbesondere auf eine angemessene Honorierung durch Erhöhung der finanziellen Gegebenheiten, auf die Steigerung der Anerkennung für den Beruf durch die Gesellschaft, indem die Versorgungsrelevanz der Berufsgruppe gestärkt wird, sowie auf den Ausbau von Weiterbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten verwiesen (72).

3.2.2 Konkrete Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung von Medizinischen Fachangestellten auf Bundes- und Landesebene

1. Schaffung attraktiver Arbeits- und Ausbildungsrahmenbedingungen.
    - Erhöhung der Anerkennung durch Verbesserung der finanziellen Gegebenheiten durch den Anstieg des Einkommensniveaus während und nach der Ausbildung.
2. Entwicklung und Durchführung von Crossmedialen Kampagnen für das Berufsbild MFA.
    - Stärkung des Berufsbildes und Stärkung der Wahrnehmung hinsichtlich der Versorgungsrelevanz der Berufsgruppe durch die Gesellschaft
    - Bekanntheitssteigerung der Initiative „Von Beruf wichtig": Influencer werben für Ausbildung als MFA“[19] der Bundesärztekammer und die KBV.
3. Überarbeitung und Weiterentwicklung des Rollenverständnisses von Ärztinnen und Ärzten in der Zusammenarbeit mit MFA.[20]
    - Schaffung von strukturellen und rechtlichen Handlungsrahmenbedingungen zur Übertragung von definierten bisher ärztlichen Aufgaben an MFA, um Synergien durch Bündelung vorhandener Kompetenzen zu nutzen.
    - Weiterentwicklung und Spezifizierung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, um dahingehend Qualifikationsanforderungen und Kompetenzprofile zu fördern.
4. Sicherstellung der Kinderbetreuung für Vereinbarkeit von Familie und Beruf (siehe auch 3.1).

[19] https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/wwwvon-beruf-wichtigde-influencer-werben-fuer-ausbildung-als-mfa [20.07.2023]

[20] Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung: https://www.bundesaerztekammer.de/politik/programme-positionen

5. Weitere Optimierung der Attraktivität des ländlichen Raumes (siehe auch 3.1).

3.2.3 Konkrete Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung von Medizinischen Fachangestellten auf kommunaler Ebene

1. Mögliche Weiterentwicklung attraktiver Arbeits- und Ausbildungsrahmenbedingungen innerhalb der Praxen:
    - Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Mitgestaltungsmöglichkeiten sowie die Übernahme von Verantwortung ermöglichen.
    - Nutzung von Kompetenzen des nicht-ärztlichen Personales seitens der Ärzteschaft.
    - Teilzeitmöglichkeiten gewährleisten.
    - Schulungen und Qualifizierungen im Umgang mit schwierigen Patientinnen und Patienten bieten.
    - Fortbildungen zur Optimierung des Arbeitsklimas und Stärkung der Teamarbeit.
    - Die Schaffung einer wertschätzenden Arbeitskultur wird von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als ein wichtiger Faktor erachtet.
2. Schaffung einer gezielten regionalen Personalgewinnung.
    - Durchführung von Imagekampagnen durch die AG „Nachwuchsgewinnung in Berufen im Gesundheitswesen“ der KGK Ortenaukreis.
        - „Infotag für medizinische Berufe“
        - Berufs-Info-Messe in Offenburg
        - Bekanntheitssteigerung der Initiative „Von Beruf wichtig": Influencer werben für Ausbildung als MFA“[21] der Bundesärztekammer und die KBV.
    - Schaffung eines breiten Angebotes an Praktikumsstellen im Rahmen der Berufsorientierung wie BORS oder BOGY für Schülerinnen und Schüler, um Personen frühzeitig für den Beruf zu interessieren. Koordiniert wird dies über die Kreisärzteschaft.
    - Etablierung von Berufsbotschafter-Teams, am besten aus Ärztin oder Arzt und MFA-Auszubildende oder MFA-Auszubildenden. Solche Ausbildungsteams werden von der Ärztekammer gefördert. Koordiniert wird dies über die Kreisärzteschaft.
        - Vorstellung des Berufsbildes MFA in Schulen im Landkreis.
    - Gewinnung von weiteren Ausbildungsbetrieben in dem Ortenaukreis. Ggf. können hier Kooperationen mit Nachbarpraxen eingegangen werden.

[21] https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/wwwvon-beruf-wichtigde-influencer-werben-fuer-ausbildung-als-mfa [20.07.2023]

- Positive Darstellung des Berufes in der Öffentlichkeit/ Medien.

3. Sicherstellung der Kinderbetreuung für Vereinbarkeit von Familie und Beruf (siehe auch 3.1).
4. Weitere Optimierung der Attraktivität des ländlichen Raumes (siehe auch 3.1).

3.3 Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Zielgruppen

3.3.1 Hintergrund

„Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern“ (74).

Im Jahr 2014 wurde eine erste repräsentative Umfrage zur Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 1) durchgeführt. Damals schätzten rund 46 Prozent der Befragten die eigene Gesundheitskompetenz als exzellent und ausreichend ein, rund 54 Prozent der Befragten schätzen ihre Kompetenzen dagegen nur als eingeschränkt ein (75). Die Folgestudie "Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 2)“ zeigt, dass sich die Gesundheitskompetenz in Deutschland graduell verschlechtert hat: Den im Jahr 2020 Befragten fällt es sogar noch schwerer als den im Jahr 2014 Befragten, die komplexen Informationen zu Gesundheit und Krankheit angemessen zu verarbeiten: 64,2 % verfügen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Eine wesentliche Ursache wird nach den Angaben der Befragten in der Menge, Vielfalt und auch Widersprüchlichkeit der (zunehmend digitalen) Informationen gesehen sowie darin, dass auch Falsch- und Fehlinformationen zu Gesundheitsthemen zugenommen haben (75, 76).

Besonderen Unterstützungsbedarf bei der Gesundheitskompetenz haben nach den Befunden beider Studien insbesondere ältere Menschen, chronisch erkrankte Personen, Menschen mit Migrationsgeschichte[22] und Menschen mit einem niedrigeren Bildungs- oder Einkommensstatus. Im Unterschied zur Erhebung 2014 schneiden aber 2020 auch jüngere Altersgruppen deutlich schlechter ab (75, 76).

[22] Wie bereits unter 2.4 dargestellt, hat die Anzahl an Menschen mit Migrationsgeschichte zugenommen.

Die Folgen geringer Gesundheitskompetenz erweisen sich zu beiden Zeitpunkten als gravierend. Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz haben im Vergleich einen schlechteren selbst eingeschätzten Gesundheitszustand, bewegen sich weniger und ernähren sich ungesünder als Befragte mit einer hohen Gesundheitskompetenz. Außerdem fallen Bevölkerungsgruppen mit einer geringen Gesundheitskompetenz durch eine überdurchschnittlich häufige Nutzung des Gesundheitssystems, insbesondere der Haus- und Fachärztinnen und Fachärzte sowie Notfallambulanzen auf (75, 76).

Im Kontext einer zunehmenden Inanspruchnahme an Leistungen der haus- und fachärztlichen Versorgungen sowie der Notfallambulanzen zeigen Studienergebnisse, dass ein stetiger Anstieg an Patientenzahlen in der pädiatrischen Versorgung zu verzeichnen ist (9, 77). Ursächlich sind zum einen hohe Infektionszahlen nach zwei Jahren Pandemie, aber auch die kontinuierliche Zunahme an Beratungsbedarfen und Unsicherheiten der Eltern im Umgang mit dem erkrankten Kind (4, 77). Elterliches Handeln hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit des Kindes und bestimmt ebenso das Aufsuchen von Gesundheitseinrichtungen. Demzufolge wird der elterlichen Gesundheitskompetenz eine besondere Bedeutung beigemessen. Das Nutzungsverhalten deckt sich nicht immer mit den verfügbaren gesundheitlichen Ressourcen. Die Inanspruchnahme von Kinder- Jugendarztpraxen und pädiatrischen Notfallambulanzen erfolgt häufig aufgrund von nichtdringlichen Behandlungsursachen und hat im Herbst und Winter 2022 zu einer der größten Überlastungen der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung geführt. Häufig besteht eine Diskrepanz zwischen der medizinischen Notwendigkeit zur Behandlung und der subjektiv wahrgenommenen Dringlichkeit und/oder fehlende Kenntnisse über anderweitige Versorgungsmöglichkeiten (77).

Die beschriebenen Ergebnisse zeigen, wie essenziell es ist, stärker in die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu investieren und geeignete Rahmenbedingungen für eine gesundheitskompetente Gestaltung der Versorgungsangebote zu schaffen (75, 76). Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz[23] unterbreitet hierzu detaillierte Handlungsempfehlungen, die sich an die Gesamtbevölkerung in Deutschland richten. Die Empfehlungen umfassen die folgenden vier Bereiche: Die Gesundheitskompetenz in jeglichen Lebensbereichen unterstützen; das Gesundheitswesen bedienungsfreundlich und gesundheitskompetent aufbauen; gesundheitskompetent mit anhaltender Krankheit leben und die Gesundheitskompetenz gezielt wissenschaftlich untersuchen (78).

Der Förderung der Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten außerhalb des Gesundheitssystems wird eine besondere Bedeutung beigemessen. Die Bedingungen der persönlichen

[23] https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/ [09.06.2023]

Lebensumwelt und des alltäglichen Lebens haben einen entscheidenden Einfluss auf die gesundheitsförderlichen Entscheidungen und Handlungen, die Menschen täglich treffen. Besonders im Fokus steht dabei das Erfordernis, so früh wie möglich im Lebenslauf mit der Förderung der Gesundheitskompetenz zu beginnen. Erziehungs- und Bildungseinrichtungen wie z.B. Kindertageseinrichtungen, Grund- und weiterführende Schulen, Ausbildungsbildungseinrichtungen, Volkshochschulen oder außerschulische Bildungseinrichtungen, werden im Nationalen Aktionsplan als besonders wichtige Akteure adressiert[24], da diese Menschen im Laufe ihre Lebens begleiten und „die Entwicklung von kognitiven, sozialen und emotionalen Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die Einfluss auf die Gesundheitskompetenz haben [unterstützen]." (78)

Neben Einrichtungen des Erziehungs- und Bildungssystems sind Eltern wichtige Adressaten hinsichtlich der Gesundheitskompetenzförderung. Eltern als gesundheitskompetent Handelnde stehen in der Verantwortung für ihre Kinder und sind „entscheidende Akteure hinsichtlich des informellen Lernens ihrer Kinder." (77) Vor allem Eltern und Familien mit Migrationsgeschichte sind hierbei zu berücksichtigen. Im Rahmen der Strategiepapiere des Nationalen Aktionsplans wird vor dem Hintergrund einer voranschreitenden Diversifizierung der Gesellschaft ein gesonderter Fokus auf das Thema Migration gerichtet.[25] Gefordert werden „adressatengerechte Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund, in dem die Kommunikation und Interaktion Versorgungsalltag migrationsgerecht und diversitätssensibel ausgerichtet wird." (79)

Neben der Stärkung der Gesundheitskompetenz in den alltäglichen Lebenswelten liegt ein weiterer Fokus auf der Systemebene, indem das Gesundheitssystem bedienungsfreundlich und gesundheitskompetent weiterentwickelt wird[26]. Obwohl in den letzten Jahren bereits einige Bemühungen unternommen wurden, um die Gesundheitskompetenz innerhalb des Gesundheitssystems zu stärken, sind weitere Anstrengungen nötig, um „Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem [zu] verankern." (78) Das Gesundheitssystem kann sehr komplex, unübersichtlich und herausfordernd für die Nutzenden sein. Deshalb bedarf es der Veränderung vorhandener Strukturen und Rahmenbedingungen, um somit „den Nutzern des Gesundheitswesens einen kompetenten und selbstbestimmten Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen zu ermöglichen." (77, 78) Wichtig ist z.B. die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Navigation im Gesundheitssystem sowie eine bedienungsfreundliche Entwicklung der Informationslandschaft (80). Auch in diesem Kontext gilt es,

[24] Strategiepapier Nr. 1: https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/strategiepapiere/
[25] Strategiepapier Nr. 6: https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/strategiepapiere/
[26] Strategiepapier Nr. 4: https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/strategiepapiere/

Schwierigkeiten, die sich für Menschen mit Migrationsgeschichte ergeben, zu berücksichtigen (79).

3.3.2 Konkrete Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Zielgruppen auf Bundes- und Landesebene

1. Umsetzung der Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz durch konkrete Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene:
   - Entwicklung einer länderübergreifend abgestimmten Strategie durch die Kultusministerkonferenz, um die Gesundheitskompetenz in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen nachhaltig zu verankern (Fortbildungen für das Schulpersonal, Mustercurricula und fächerübergreifende Lehr- und Unterrichtsmaterialien, hier sollten bereits bestehende evaluierte Programme wie z.B. „Klasse 2000[27]“ berücksichtigt werden). Ggf. Einführung eines Fachs „Gesundheitsbildung“ in der Schule, um eine konsequente Beschäftigung mit Themen wie eine gesunde Lebensweise und Zugang zur Gesundheitsversorgung durch alle Jahrgangsstufen hinweg zu gewährleisten.[28][29]
   - Schulgesundheitspflege in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen verankern.
   - Entwicklung und Durchführung von crossmedialen Kampagnen mit dem Themenschwerpunkt Kinder- und Jugendärztliche Versorgung durch die Bundesärztekammer.
     - Schaffung des Bewusstseins für die Ressourcen von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten.
     - Verbesserung der Informationslage hinsichtlich Anlaufstellen und zum Leistungsspektrum der an der Kinder- und Jugendmedizinischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen besonders für vulnerable Zielgruppen.
2. Finanzielle Förderung zur Umsetzung der Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans auf Kommunaler Ebene.

[27] https://www.klasse2000.de/ [19.07.2023]
[28] Deutscher Ärztetag (2023): https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/aerztetag-fordert-bundesweite-strategie-zur-gesundheitsbildung-an-schulen [12.07.2023]
[29] https://stiftung-gesundarbeiter.de/ueber-uns-schulfach-gesundheit/

3.3.3 Konkrete Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Zielgruppen auf kommunaler Ebene

Weitere Umsetzung der Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz durch die Etablierung und Weiterentwicklung konkreter Maßnahmen, die für die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen essentiell sind:

- Implementierung von Gesundheitsprojekten und/oder Projektwochen in Kindertageseinrichtungen, Schulen und weiteren Bildungseinrichtungen.
- Mögliche Weiterentwicklung der Angebote des Präventionsnetzwerkes Ortenaukreises (PNO) zur Steigerung der Gesundheitskompetenz.
    - Initiierung von Veranstaltungen für Kita-Teams, Eltern zusammen mit den örtlichen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten sowie dem Gesundheitsamt zu Themen der Kindergesundheit wie z.B. Umgang mit Infektionskrankheiten, Kinderkrankheiten, Notfallversorgung und medizinischer und therapeutischer Versorgung.
    - Erweiterung des PNO Podcast „Pssst… alle mal herhören!“ - Aufnahme von einer Podcastfolgenreihe mit regionalen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten und dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes zu Themen der Kindergesundheit und Versorgung. Hierfür würden sich die vorhandenen Strukturen des PNO anbieten. Konkrete mögliche Themen sind:
        - Umgang mit Kinderkrankheiten in der Gemeinschaftseinrichtung und Zuhause; Empfehlungen von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten und vom Gesundheitsamt Infektionsschutz an die Gemeinschaftseinrichtung und an die Familien.
        - Gesundheitsuntersuchungen und Impfen: Es werden empfohlene Vorsorgeuntersuchungen für Kinder besprochen, der Impfplan der STIKO erläutert und die Bedeutung der regelmäßigen Gesundheitsuntersuchungen hervorgehoben.
        - Kindergesundheit bei saisonalen Veränderungen z.B. wie man sie vor Erkältungen im Winter schützt oder vor Hitze im Sommer.
        - Kinderkrankheiten und ihre Behandlung: Hier könnten häufige Kinderkrankheiten besprochen werden, wie man sie erkennt, behandelt und wann man ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen sollte.
        - Krankes Kind: Bearbeitung der Fragestellung, ob kranke Kinder in die Einrichtung gegeben werden oder zuhause gelassen werden sollten.

        - Förderung des Vertrauens der Eltern im Umgang mit Erkrankungen ihres Kindes.
        - Kindergesundheit in multikulturellen Familien: Expertinnen und Experten sprechen darüber, wie verschiedene kulturelle Hintergründe die Herangehensweise an die Kindergesundheit beeinflussen und wie kulturelle Vielfalt in die Gesundheitspflege integriert werden kann.
        - Erste Hilfe für Eltern: Hier könnten grundlegende Erste-Hilfe-Maßnahmen besprochen werden, die Eltern in Notfällen anwenden können, bevor professionelle Hilfe eintrifft.
        - Wo wende ich mich hin, wenn es meinem Kind nicht gut geht? Darstellung des Gesundheitswesens (Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte, KV-Notfallpraxis und Notaufnahme).
- Entwicklung und Durchführung von Kampagnen zur Sensibilisierung von Eltern, Kindertageseinrichtungen, Schulen sowie der gesamten Gesellschaft hinsichtlich der begrenzten Ressourcen in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung. Hierzu bräuchte es eine sektorenübergreifende Abstimmung unter den Akteurinnen und Akteuren in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung.
- Bestehende (Informations-) Angebote des Ortenaukreises für alle an der Versorgung Beteiligten transparent machen z.B. durch die Koordinierungsstelle Sektorenübergreifende Versorgung des Gesundheitsamtes und ggf. optimieren:
    - Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen in Ettenheim (siehe 3.6).
    - Informationsflyer „Kindergesundheit: Wo wende ich mich hin?“[30] und „Wegweiser: Brauchst du Hilfe?“[31] sowie Übersetzung dieser in einfache Sprache und in mehrere Sprachen.
    - Integreat App des Ortenaukreises[32] sowie Weiterentwicklung.
    - Gesundheitswegweiser für den Ortenaukreis[33] sowie Optimierung.
- Bei der Versorgung von Familien mit Migrationshintergrund den Ehrenamtlichen Dolmetscherpool hinzuziehen.
- Professionsübergreifende Fortbildungen zu Themen wie kultursensible Versorgung oder Tools zum Umgang mit Personen, welche eine niedrige Gesundheitskompetenz aufweisen, nutzen zur Stärkung des Vertrauens zwischen Patientinnen und

[30] Kindergesundheit - Wo wende ich mich hin? (pno-ortenau.de)
[31] Brauchst du Hilfe? (pno-ortenau.de)
[32] https://integreat.app/ortenaukreis/de
[33] https://www.gesundheitswegweiser-ortenau.de/Gesundheitswegweiser/ [10.08.2023]

Patienten und Ärzteschaft z.B. organisiert durch die Koordinierungsstelle Sektorenübergreifende Versorgung in Zusammenarbeit mit der AG Förderung der Gesundheitskompetenz der KGK Ortenaukreis.

- Schulungen für haupt- und ehrenamtliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit Menschen mit Migrationsgeschichte arbeiten (u.a. Integrationsmanagerinnen und Integrationsmanager, Dozentinnen und Dozenten der Sprachschulen, Hebammen, Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen, Ehrenamtliche Dolmetschende, Tagesmütter und Tagesväter) zu Themen, die die Gesundheitskompetenz u.a. in den Bereichen Aufbau und Zugang zum Gesundheitswesen, Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen, gesunde Ernährung und Bewegung bei dieser Zielgruppe stärken.
- Um die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, sollten auch die Einrichtungen im Gesundheitswesen zu gesundheitskompetenten Einrichtungen weiterentwickelt werden. Mit diesem Thema beschäftigt sich bereits eine Arbeitsgruppe der KGK Ortenaukreis.

3.3.4 Weiterführende Informationen zu den Maßnahmen

Schulgesundheitspflege in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen

Ein Modell, welches sich in vielen anderen Ländern bereits etabliert hat, ist die Schulgesundheitspflege. Das Konzept basiert auf dem Setting-Ansatz der WHO vor dem Hintergrund, dass die Schule ein zentraler Ort für Kinder und Jugendliche ist, um gesund aufzuwachsen und gleichzeitig Raum schafft, Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen. Dabei wird vor allem auf den bestehenden Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen, Gesundheit und Bildungserfolg und die Wichtigkeit des gesunden Aufwachens für einen erfolgreichen Bildungsweg verwiesen. Themen wie Krankheit, Gesundheit/Gesundheitsförderung, Prävention oder Behinderung sind im pädagogischen Alltag noch relativ unbearbeitet. Obgleich gibt es viele Kinder und Familien, „die über die Schule eine sozialpädagogische Betreuung benötigen." Anforderungen, die für Lehrkräfte alleine schwer umzusetzen sind. Ein Betreuungsangebot durch Schulgesundheitspflegerinnen und Schulgesundheitspfleger könnte hier Abhilfe verschaffen. Auf nationaler Ebene wird das Konzept nicht regelhaft umgesetzt, sondern in Form von Modellprojekten erprobt (81).

Erste Auswertungen aus Modellprojekten in anderen Bundesländern zeigen eine hohe Akzeptanz von fest an Schulen angesiedelten Schulgesundheitsfachkräften bei Schülerschaft, Lehrern und Eltern (82), die Reduzierung der Sorgen und Bedenken von Eltern und Lehrern ge-

genüber der inklusiven Beschulung von Kindern mit Sonderbedarfen (83) sowie positive Effekte auf die Gesundheit und die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen[34]. Die WHO[35] sowie wichtige Berufsverbände wie der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe[36], die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin[37], der Fachausschuss Öffentliche Gesundheitsdienst in der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin[38] und der Deutsche Lehrerverband[39] fordern und unterstützen die Ansiedlung von Schulgesundheitsfachkräften. Trotz dieser Forderungen und der nachgewiesenen Wirksamkeit ist die Einführung allerdings erschwert durch komplexe Strukturen hinsichtlich verschiedener Aspekte: Beteiligung unterschiedlicher Kostenträger, diverse bundes- und landesrechtlicher Grundlagen, Heterogenität und Multiprofessionalität der Kooperationspartner und Netzwerke (verschiedenste Erwartungen und Wünsche an eine Schulgesundheitsfachkraft).

Ein bestehendes erfolgreiches Beispiel ist das Stuttgarter Modellprojekt Schulgesundheitspflege[40][41] an zwei Schulstandorten mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Schülerinnen und Schüler, welches bereits 2021 startete und auf drei Jahre angelegt ist. Pro Schulcampus, mit zusammen ca. 1400 Schülerinnen und Schüler von direkt benachbarten Schulen, sind während der Schulzeiten zwei Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) in einem gut erreichbaren Raum vor Ort. Insgesamt werden drei SGFK beim Gesundheitsamt für die Modellprojektdauer angestellt und einer Schulärztin / einem Schularzt in einer Außenstelle des Gesundheitsamts zur Fachaufsicht und Aufgabenunterstützung zugeordnet. Folgende Ziele sollen erreicht werden: verbessertes Gesundheitsverhalten bei Schülerinnen und Schülern und beim Schulpersonal, bessere Integration chronisch kranker Schülerinnen und Schüler, bessere Versorgung von akut erkrankten oder verletzten Schülerinnen und Schülern, Verbesserung der Lernvoraussetzungen für gesundheitlich und/oder sozial belastete Schülerinnen und Schülern und Etablierung eines gesundheitsbewussten Schulklimas, Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention sowie Schulentwicklung zu einer gesundheitsfördernden Schule. Die SGFK

[34] https://schulgesundheitsfachkraft.de/de/abschlussberichte-dokumente/ [08.08.2023]
[35] https://www.who.int/publications/i/item/health-promoting-school-an-effective-approach-for-early-action-on-ncd-risk-factors [08.08.2023]
[36] https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Schulgesundheitspflege.pdf [29.08.2023]
[37] DAKJ Stellungnahme: Aktivitäten im Handlungsfeld „Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule“ Schulgesundheitsschwester (SGS) ins multiprofessionelle Team der Schulgesundheitspflege einbringen
[38] https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-schulgesundheitsschwestern-januar-2015.pdf
[39] Stellungnahme des Deutschen Lehrerverbandes zum Entwurf eines Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), Berlin, 31.05.2019
[40] Landeshauptstadt Stuttgart. Referat Soziales und gesellschaftliche Integration (2023): Zwischenbericht zum Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ an zwei Standorten in Stuttgart.
[41] https://www.domino1.stuttgart.de/web/ksd/KSDRedSystem.nsf/fd321a0810eb96ecc1257f7e00359de5/f533c148b6118018c12585fb002c230b?OpenDocument [08.08.2023]

hat u.a. folgende Aufgaben: medizinisch-pflegerische Verrichtungen bei Kindern mit chronischer Erkrankung oder Behinderung, Maßnahmen der Ersten Hilfe bei Verletzungen und Erkrankungen, Vertrauens- und Ansprechperson für medizinische Fragen, bei Bedarf Anbindung der Kinder an eine adäquate medizinische Versorgung, Durchführung von Aktionen zur Gesundheitserziehung, in Kooperation mit der Schulärztin / dem Schularzt Durchführung von Untersuchungen oder Impfangeboten an den Schulen. Seit 2021 kamen mehr als 5.000-mal in Stuttgart Schulgesundheitsfachkräfte zum Einsatz. Das Projekt wird von den Schulleitungen und den Beteiligten schon jetzt als äußerst gewinnbringend und positiv bewertet: u.a. werden Sekretariate und Lehrende entlastet und können sich ihren Kernaufgaben widmen, Fehltage der Kinder reduziert und wird die Kinder- und Jugendärzteschaft entlastet. Aktuell gibt es bereits Anfragen von anderen Kommunen aus Baden-Württemberg zur Übertragung des Projektes. Das Projekt ist überwiegend durch Drittmittel finanziert. Wegen des großen Erfolgs soll ein Modellprojekt zur Schulgesundheitspflege daher auch nach 2024 weiterlaufen. Aktuell finden Gespräche bezüglich einer dauerhaften Finanzierung mit Kooperationspartnern wie Krankenkassen, Unfallversicherung, Sozial- und Kultusministerium statt.

Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO)[42]

Im Ortenaukreis gibt es bereits seit 2014 ein flächendeckendes Präventionsnetzwerk zur Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie der sozialen Teilhabe von Kindern und ihren Familien. Kinder und Familien werden hier vor allem über die Kindertageseinrichtungen und Schulen, in denen sie täglich sind, erreicht (Setting-Ansatz). Ein weiterer elementarer Bestandteil des PNO ist die Vernetzung von Einrichtungen im Ortenaukreis mit den weiteren Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern aus dem Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungssystem vor Ort. Hierzu werden unter anderem auch Fortbildungen für Fach- und Lehrkräfte angeboten, die wiederum als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Kinder und deren Familie fungieren. Die Wirksamkeit von PNO konnte nachgewiesen werden (84). Zur Qualitätssicherung evaluiert das PNO seine Angebote regelmäßig und optimiert so permanent den Nutzen für die jeweiligen Zielgruppen aus dem Bildungs-, Gesundheits- und Jugendhilfesystem. Darüber hinaus werden regelmäßig Bedarfs- und Bestandsanalysen im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung erhoben, um weitere relevante Fortbildungsthemen zu eruieren.[43][44] Im Rahmen des fortwährenden Weiterentwicklungs- und Optimierungsprozesses strebt das PNO danach, die Präventionskette kontinuierlich weiter auszubauen, aktuell liegt der Fokus vom Zeitraum der Schwangerschaft bis hin zum Übergang von Schule in den Beruf, im Rahmen der kommunalen Präventionsstrategie des Ortenaukreises.

[42] https://www.pno-ortenau.de/ [09.08.2023]
[43] https://www.pno-ortenau.de/media/custom/2565_496_1.PDF?1539105174 [11.08.2023]
[44] https://www.pno-ortenau.de/media/custom/2565_991_1.PDF?1658403496 [11.08.2023]

Im Jahr 2024 feiert das PNO sein 10-jähriges Bestehen. Zum aktuellen Stand (interne Auswertung PNO, August 2023) konnten 86% der sozioökonomisch belasteten Kindertageseinrichtungen und Grundschulen sowie Grundstufen der Förderschulen vom dem Kernangebot des PNO profitieren. Auf den gesamten Ortenaukreis gesehen sind es über die Hälfte aller Einrichtungen. Somit kommt dem PNO in Bezug auf die Förderung der Gesundheitskompetenzen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ein hoher Stellenwert zu.

Ehrenamtliche Dolmetscherpool

Ehrenamtliche Dolmetscherpools unterstützen öffentliche Einrichtungen wie z.B. Schulen, Beratungsstellen oder Behörden. Diese Einrichtungen haben die Möglichkeit, ehrenamtliche Dolmetschende zu einem entsprechenden Gespräch hinzuzuziehen.

Im Alltag werden bei Sprachschwierigkeiten häufig Familienangehörige als Dolmetschende eingesetzt. Hierbei besteht die Gefahr, dass es zur Überanstrengung oder sozialen Konflikten kommt. Eine neutrale Übersetzung des Gesprochenen ist nicht zu jederzeit gewährleistet. Im Gegensatz dazu sind ehrenamtliche Dolmetschende neutral und unterliegen der Schweigepflicht. Dadurch, dass diese Dolmetschende neutral agieren, kann Unklarheiten und falschen Deutungen entgegengewirkt werden.[45]

Gesundheitskompetente Einrichtungen

Gesundheits- und Pflegefachberufe sind durch hohe Arbeitsanforderungen, körperliche und psychische Belastungen gekennzeichnet. Je gesundheitskompetenter die Arbeits- und Rahmenbedingungen einer Einrichtung gestaltet sind, desto einfacher kann mit diesen Herausforderungen im Berufs- und Alltagsleben und mit Informationen zur Gesundheit umgegangen werden. Das Konzept der gesundheitskompetenten Einrichtung bietet neben dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement einen ganzheitlichen Ansatz, um die Gesundheitskompetenz bei Leitungspersonal und Fachpersonal (d.h. Mitarbeitenden) bspw. in den Bereichen der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner, Klientinnen und Klienten sowie deren Angehörigen, Bereitstellung verständlicher Informationsmaterialien zu Gesundheitsthemen oder Schulungen zur Gesundheitskompetenz für die Mitarbeitenden zu stärken. Zusätzlich werden auch Maßnahmen beschrieben, die die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten sowie der gesamten kommunalen Bürgerschaft optimieren sollen. Die Gesundheitskompetenz von Einrichtungen kann in acht Handlungsfelder unterteilt werden.[46]

[45] https://www.ortenaukreis.de/Unsere-%C3%84mter/Dezernat-2-Infrastrukturen-Baurecht-Migration/Migrationsamt/Integration/Ehrenamtliche-Dolmetscherpools/ [06.08.2023]
[46] https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/wp-content/uploads/2022/02/EwiKo_Toolbox-Gesundheitsversorgung_Version-1.pdf [04.08.2022]

3.4 Abbau der Bürokratie und Förderung der Digitalisierung

3.4.1 Hintergrund

Das deutsche Gesundheitswesen verzeichnet einen zunehmenden Anstieg an bürokratischen Anforderungen mit einem Arbeitsaufwand, der sich nach wie vor einem zu hohen Niveau bewegt (85, 86). Im öffentlichen Diskurs wird dies als höchst problematisch erklärt. Täglich investieren Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung ein hohes Pensum an Zeit in bürokratische Vorgaben und Aufgaben, Zeit die für die Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen fehlt (87–89). „Die Anzahl an Gesetzen und Gesetzesänderungen, Richtlinien, Verordnungen und Ausführungsbestimmungen“ sowie „immer neue Detailregelungen, Abrechnungs-, Dokumentations- und Nachweispflichten“ sind enorm belastend für das Personal in der medizinischen Versorgung (85). Folglich werden die vielen Regulierungsvorschriften und der hohe Verwaltungsaufwand mitunter als Ursachen für die zunehmende Unzufriedenheit der niedergelassenen Ärzteschaft sowie als Hürde für den Weg in die Selbständigkeit erklärt (90). Zu den Top Fünf der aufwendigsten Informationspflichten gehören Überweisungen, Auskünfte an Krankenkassen und deren Medizinischen Dienst, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die Verordnung von Krankenbeförderungen sowie Foto-, Video- und Bilddokumentationen. Am meisten Zeit nimmt das Ausstellen von Verordnungen und Bescheinigungen in Anspruch (90). Im Rahmen der Bestands- und Bedarfsanalyse wird ebenfalls auf den dauerhaft zunehmenden bürokratischen Aufwuchs in der Praxis hingewiesen. Hierbei werden unter anderem das Abrechnungs- und Ziffernsystem, verschiedene Selektivverträge sowie unterschiedlichste Vorgänge bei einzelnen Krankenkassen, Formalien bei Überweisungen, die Ausstellung von Attesten sowie Vorgaben beim Datenschutz als besonders aufwendig empfunden. Entsprechend müssen schnelle und pragmatische Maßnahmen getroffen werden, um Ärztinnen und Ärzte, insbesondere in Zeiten des Fachkräftemangels, in ihrem Praxisalltag zu entlasten (85).

Die Digitalisierung sollte ursprünglich Abhilfe verschaffen und Prozesse erleichtern, gilt aber in der Praxis mehr und mehr als Dauerbaustelle und führt statt zur Entlastung zu einer zusätzlichen Belastung (89). Auch hier gibt es noch einiges nachzuholen, denn eine aus Sicht des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte unausgereifte Digitalisierungsstrategie erschwert die Erbringung einer qualitativ hochwertigen Versorgung (87). Das PraxisBarometer Digitalisierung, eine Befragung an der ca. 2.500 Praxen teilgenommen haben, zeigt den Stand sowie die Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und –psychotherapeutischen Versorgung im Jahr 2022. Fast alle der befragten Arztpraxen sind an der sog. Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen (91). Die TI soll der digitalen Vernetzung im Gesundheitswesen dienen und „[Ärztinnen und] Ärzten, [Psychotherapeutinnen und] Psychotherapeuten

und weiteren [Akteurinnen und] Akteuren im Gesundheitswesen wie Krankenhäusern, Apotheken und Krankenkassen einen schnellen und sicheren Datenaustausch über eine Vernetzung von IT-Systemen [ermöglichen].“ (92) Mit der TI als Basis wurden bzw. werden digitale Anwendungen wie unter anderem die elektronische Patientenakte (ePA), das elektronische Rezept, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), der elektronische Medikationsplan oder das Notfalldatenmanagement eingeführt und erprobt. Auch das Versichertenstammdatenmanagement durch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist eine Pflichtanwendung der TI (93, 94). Diese digitalen Anwendungen sollen letztlich flächendeckend eingeführt werden und eine schnelle und lückenlose Bereitstellung von Informationen bieten, um somit Prozesse in der medizinischen Versorgung zu erleichtern und zu verbessern. Ziel ist es, Informationen, die für die medizinische Versorgung von entsprechender Bedeutung sind, schneller und lückenloser bereit zu stellen (93). In diesem Sinne bieten digitalisierte Prozesse die Chance, „Kommunikation und Information zu stärken und Versorgungsprozesse weiterzuentwickeln.“ (95)

Die bisherigen Erfahrungen aus der Praxis zeigen jedoch, dass die TI immer wieder zu Beeinträchtigungen des Praxisbetriebes führt sowie einen erhöhten bürokratischen Mehraufwand bedingt und die Digitalisierung in Arztpraxen daher nach wie vor nicht rund läuft (91, 96). Die Ergebnisse der IGES-Befragung weisen darauf hin, dass vor allem von „Fehlern im Zusammenhang mit der TI-Nutzung, die vor allem den Konnektor, das Kartenterminal oder den VPN-Zugang betreffen“, berichtet wird (91). Aus dem aktuellen Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung, welcher durch die KBV und die Fachhochschule des Mittelstands veröffentlicht wird, geht zudem hervor, dass die eAU zu einem deutlichen bürokratischen Mehraufwand in Arztpraxen als Folge des langandauernden digitalen Signier- und Versandvorgangs führt (97). Eine weitere Befragung der KBV macht deutlich, dass die Anwendung der eAU und des E-Rezeptes immer wieder mit technischen Problemen und einem zeitlichen Mehraufwand verbunden ist (98). Auch die Ergebnisse der Bestands- und Bedarfsanalyse machen deutlich, dass die TI aktuell mit sehr viel Aufwand und Komplexität verbunden ist, da es in der Praxis immer wieder zur Ausfällen und Wartungen kommt.

Entsprechend dem Referentenentwurf vom 13.07.2023 für das „Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)“[47] soll die ePA ab Anfang 2025 für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet werden. Personen, die dies nicht möchten, können dem widersprechen. Die ePA soll mit einer digitalen Medikamentenübersicht befüllt werden, damit ungewollte Wechselwirkungen von Arzneimitteln zukünftig besser vermieden

[47] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/digig.html [10.08.2023]

werden. Das Elektronische Rezept soll zum 1.01.2024 als verbindlicher Standard in die Arzneimittelversorgung. Zusätzlich soll die Nutzung der eGK und ePA-App stark vereinfacht werden.

Weiterhin hat das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit zahlreichen Akteurinnen und Akteuren eine Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege[48] erarbeitet. Kernvorhaben sind unter anderem Weiterentwicklung der TI und der ePA zur individuellen Gesundheitsplattform der Versicherten. Bis zum Jahr 2025 sollen 80% der gesetzlich Versicherten über eine ePA verfügen. Weiterhin soll die Telemedizin ausgebaut werden. Zu diesem Zweck soll die durch Fachpersonal assistierte Telemedizin eingeführt werden, die zum Beispiel in Apotheken und Gesundheitskiosken in Anspruch genommen werden kann. Bis 2026 soll es in mindestens 60% der hausärztlich unterversorgten Regionen eine Anlaufstelle für assistierte Telemedizin geben.

Neben Anwendungen der TI rücken ebenso „digitale medizinische Anwendungen (Gesundheits-Apps), die als Medizinprodukte verordnungsfähig sind, sowie weitere Apps, bei denen die Zielsetzung von medizinischer Versorgung bis hin zu „Lifestyle“ (z.B. Fitnesstracker, Ernährungs- und Bewegungs-Apps)“ in den Fokus der digitalisierten gesundheitlichen Versorgung (99). Auf diese Formen der Digitalisierung wird an dieser Stelle jedoch nicht weitereingegangen, da die TI und ihre Anwendung maßgeblich den Praxisbetrieb und die medizinische Versorgung vor Ort tangieren.

3.4.2 Konkrete Maßnahmen zum Abbau der Bürokratie und zur Förderung der Digitalisierung auf Bundes- und Landesebene

1. Erarbeitungen von Maßnahmen, um die Ausstellung von ärztlichen Attesten sowie sonstigen Formularen zu reduzieren.
    - Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sollte mit dem Ministerium für Kultur, Jugend und Sport Lösungen erarbeiten, um die Anforderungen der Bildungseinrichtungen an die Ärzteschaft zu reduzieren (54).
    - Großzügigerer Rahmen (z.B. keine AU gleich ab dem ersten Tag) bezüglich dem Vorlegen einer ärztlichen Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.
    - Erleichterung bei Anträgen und Formularen bei den Versorgungs- oder Arbeitsämtern sowie Sozialgerichten.
2. Die KBV und der GKV-Spitzenverband sollten Maßnahmen erarbeiten, um die Bürokratie im Bereich der Krankenkassen zu reduzieren:

[48] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie.html [10.08.2023]

- Erarbeiten von Möglichkeiten, wie die Unübersichtlichkeit bezüglich der verschiedenen Krankenkassen mit deren jeweils individuellen Satzungsleistungen reduziert werden kann (u.a. Online Übersicht).
- Angleichung der Formulare der verschiedenen Krankenkassen – Einführung von bundeseinheitlichen Formularen, Reduzierung kassenindividueller Formulare.
- Genereller Bürokratieabbau in den Krankenkassen z.B. Reduzierung der Krankenkassenanfragen und Dokumentationspflichten.

3. Schaffen von Maßnahmen zur Unterstützung von Praxen im Bereich Praxismanagement und Digitalisierung.
    - Die KVBW bietet bereits Maßnahmen zur Unterstützung der Ärzteschaft an.[49][50] Es sollte überprüft werden, ob diese ausreichend bekannt sind und von der Ärzteschaft in Anspruch genommen werden. Zusätzlich sollte das Angebot regelmäßig hinsichtlich Nutzerfreundlichkeit, Angemessenheit und Wirksamkeit evaluiert werden. Hierzu sollte ein regelmäßiger Austausch zwischen der KVBW und der Ärzteschaft im Kreis stattfinden.
    - Reduzierung der Dokumentationspflichten im Rahmen von Qualitätsmanagement und Hygieneverordnung.
4. Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der sektorenübergreifenden und interprofessionellen gesundheitlichen Versorgung auf Bundes- und Landesebene.
5. Umsetzung der zentralen und abgestimmten Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege[51].
6. Einführung nur von reifen und praxistauglichen digitalen Angeboten in Praxen. Ärztinnen und Ärzte sind eher an Digitalisierung interessiert, wenn sinnvolle und innovative Angebote ihre Bedürfnisse erfüllen. Außerdem muss ein Mehrwert für das Praxisteam spürbar sein und zwar möglichst zeitnah. Darüber hinaus müssen sich neue Anwendungen möglichst einfach und nahtlos in vorhandene Praxisabläufe und IT-Prozesse einfügen lassen. Ebenfalls entscheidend ist eine ansprechende Gestaltung und intuitive Nutzerführung. Außerdem ist es hilfreich, wenn die Praxen bei der Implementierung begleitet werden. Für die Einführung digitaler Anwendungen sollte ebenfalls Zeit fürs Ausprobieren und Lernen eingeplant werden sowie das ganze Team und ggf. auch die Patientinnen und Patienten einbezogen werden (100).

[49] https://www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/praxismanagement [10.08.2023]
[50] https://www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/it-online-dienste [10.08.2023]
[51] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie.html [10.08.2023]

7. Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz bei den Bürgerinnen und Bürgern im Allgemeinen und der Angehörigen der Heilberufe im Speziellen. Die im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz beschriebene strukturelle und programmatische Verankerung der Förderung von Gesundheitskompetenz muss konsequent in allen Bereichen des Bildungssystems erfolgen (101) (siehe 3.3).
    - Weiterführung des bestehenden Modellprojektes „Gesund und digital im Ländlicher Raum“ im Ortenaukreis. Hierbei werden Konzeptionen zur Digitalen Teilhabe im Gesundheitswesen erarbeitet, die insbesondere auf die Bedürfnisse des Ländlichen Raums zugeschnitten sind. Das Projekt wird vom Ministerium für Ernährung, Ländlichen Raum und Verbraucherschutz Baden-Württemberg im Rahmen des Kabinettsausschusses Ländlicher Raum gefördert und von der Landesanstalt für Kommunikation koordiniert.

3.4.3 Konkrete Maßnahmen zum Abbau der Bürokratie und zur Förderung der Digitalisierung auf kommunaler Ebene

1. Schaffen von Maßnahmen zur Unterstützung von Praxen im Bereich Praxismanagement und Digitalisierung.
    - Die Ärzteschaft könnte in Zusammenarbeit mit der KVBW einen niederschwelligen Austausch zwischen den Arztpraxen bezüglich Praxismanagement und Digitalisierung initiieren (Stammtische, Hospitationen von Best Practice Beispielen). Der Nutzen von Investitionen sollte erfahrbar werden. Mögliche Bereiche könnten sein:
        - Prozessoptimierung in der Praxis
        - Digitale Technologien, die dazu geeignet sind, bürokratische Tätigkeiten zu vermeiden, z.B. voice-to-text, smarte Technologien, „Online-Check-In“ zur Vereinfachung der Patientenanmeldung
        - Einstellung von Dokumentationsassistenten
        - Delegation von Aufgaben
2. Die Ärzteschaft im Ortenaukreis sollte die Maßnahmen zur Unterstützung von Praxen im Bereich Praxismanagement und Digitalisierung der KVBW regelmäßig nutzen und prüfen sowie Verbesserungsvorschläge an die KVBW geben, damit diese entsprechend weiterentwickelt werden können.
3. Förderung und Steigerung des Bekanntheitsgrades von regionalen und überregionalen Unterstützungsleistungen wie z.B. „Der Praxisservice. Von Ärzten konzipiert. Für Ärzte

und Praxen gemacht“ des Gesunden Kinzigtals Ortenaukreis[52] oder „Die PVS. Von Ärzten für Ärzte“[53].

4. Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der sektorenübergreifenden und interprofessionellen gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene.
5. Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz bei den Bürgerinnen und Bürgern im Allgemeinen und der Angehörigen der Heilberufe im Speziellen. Konsequente Umsetzung des Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (siehe 3.3).
    - Fortsetzen der Begleitung von ausgebildeten digitalen Gesundheitsbotschafterinnen und -botschaftern und digitalen Gesundheitshelferinnen und Gesundheitshelfern (siehe Projekt „Gesund und digital im Ländlichen Raum“), die als Multiplikatoren insbesondere für ältere Menschen auftreten, angesiedelt beim Amt für Soziale und Psychologische Dienste.
    - Perspektivisch sollte sich mit diesem Thema ebenfalls die AG „Gesundheitskompetenz“ der KGK Ortenaukreis beschäftigen.

3.4.4 Weiterführende Informationen zu den Maßnahmen

Gesund und digital im ländlichen Raum

Die Ortenau ist eine von vier Modellregionen in Baden-Württemberg, in denen das Projekt „Gesund und digital im Ländlichen Raum“ durchgeführt wird.[54] Hierfür werden eigens auf den Ländlichen Raum angepasste Informationsveranstaltungen von den Volkshochschulen angeboten. Diese befassen sich u. a. mit den Themen Videosprechstunde, Telemedizin, elektronische Patientenakte (ePA) sowie E-Rezept. Als Qualifizierung werden vom Landesmedienzentrum Ehrenamtliche vor Ort zu „digitalen Gesundheitsbotschaftern“ bzw. „Helfer/Helferinnen bei digitalen Gesundheitsinformationen“ ausgebildet, die anschließend Bürgerinnen und Bürger in deren Umfeld zu Themen der Internetnutzung und der Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen beraten und begleiten können.

[52] https://www.gesundes-kinzigtal.de/gesundheits-und-praxisnetzwerk-kinzigtal/der-praxis-service.html [21.09.2023]
[53] https://www.die-pvs.de/ [21.09.2023]
[54] https://www.lfk.de/medienkompetenz/seniorinnen-und-senioren/gesund-und-digital-im-laendlichen-raum [08.05.2023]

3.5 Förderung der sektorenübergreifenden und interprofessionellen gesundheitlichen Versorgung

3.5.1 Hintergrund

Der sich vollziehende Wandel in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen geht auf die zunehmende Komplexität der Krankheiten, die Erweiterung von Versorgungsaufgaben (siehe 2.1), den bestehenden Fachkräftemangel (siehe 2.3 und 2.5) und begrenzte finanzielle Ressourcen zurück. Diese Faktoren verdeutlichen die Relevanz einer sektorenübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit (4, 102). Um eine ganzheitliche und umfangreiche gesundheitliche Versorgung im Kontext der individuellen Lebenswelt zu gewährleisten, bedarf es der Überwindung sektoraler Grenzen zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich in einem nach wie vor stark fragmentierten Versorgungssystem. Zusätzlich ist eine berufs- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendärzteschaft mit folgenden Akteurinnen und Akteuren essentiell (4, 43, 102):

- Einrichtungen der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung (u.a. Kliniken, sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Psychiater, klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie weiteren Fachärztinnen und Fachärzte, nicht-ärztlichen Fachbereiche wie die Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Heilpädagogik, Pflege, psychologische Beratungsstellen),
- Einrichtungen im Sozialwesen (u.a. Sozialhilfe, Sozialarbeit, Frühe Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe)
- Einrichtungen des Bildungswesens (Kindertageeinrichtungen, Schulen, pädagogische Beratungsstellen).

Dies verdeutlich die Notwendigkeit einer interprofessionellen Kooperation, einer Zusammenarbeit ärztlicher und nichtärztlicher Berufe sowie einer Koordination der Behandlungsschritte über die Grenzen bestehender Sektoren und der Sozialgesetzbücher hinweg (102).

Trotz der bereits seit langem bestehenden Forderungen nach einer Stärkung der sektorenübergreifenden und interprofessionellen Versorgung, werden nach wie vor viele Hinderungsfaktoren diskutiert (103). Übergreifend ist die sektorale Trennung von ambulanten und stationären Versorgungsbereichen eine große Hürde zur Realisierung ganzheitlicher und interprofessioneller Versorgungskonzepte in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung (43). Zu den wichtigsten Erschwernissen gehören darüber hinaus die bis dato fehlenden und uneinheitlichen rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen insbesondere in Bezug auf die Delegation von Aufgaben an nicht-ärztliches Personal sowie ein noch nicht etabliertes, sektoren-

übergreifendes Vergütungssystem. Hinzu kommen Faktoren wie allgemeine personelle Engpässe im Gesundheitssystem, ein hoher Kommunikations- und Kooperationsaufwand mit anderen Dienstleistenden im Versorgungssystem sowie die bislang bestehenden und stark ausgeprägten Hierarchien und Rollenbilder in der medizinischen Versorgung (103). Es bedarf folglich klarer rechtlicher Regelungen und der Schaffung entsprechender professionsübergreifender Strukturen v.a. hinsichtlich der Kommunikationsinstrumente sowie Kommunikationsprozesse. Auch die Klärung von definierten Aufgaben und Kompetenzzuweisungen zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachbereichen sowie im Rahmen von Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen sind erforderlich (102–104). Darüber hinaus ist eine wichtige Grundvoraussetzung für eine gelingende sektorenübergreifende und interprofessionelle Versorgung das persönliche Engagement und die Akzeptanz aller am Versorgungsprozess beteiligter Berufsgruppen, sodass anders als bisher die Versorgung im Sinne einer verzahnten Zusammenarbeit Hand in Hand erfolgen kann und Schnittstellen zu Verbindungstellen werden können (4, 103).

3.5.2 Konkrete Maßnahmen zur Förderung der sektorenübergreifenden und interprofessionellen Versorgung auf Bundes- und Landesebene

1. Schaffung von strukturellen, rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen für eine sektoren- und berufsbildübergreifende Versorgung.
    - Schaffung bundesweiter Rahmenbedingungen für die gemeinsame Planung und Vergütung der sektorenunabhängig erbringbaren Leistungen durch den Gesetzgeber.
    - Schaffung rechtlicher Voraussetzungen zur Delegation von Aufgaben an einzelne nicht-ärztliche Berufsgruppen (siehe 3.7.2).
    - Teambasierte Primärversorgung als neuen Standard gesetzlich festlegen.
2. Schaffung von Voraussetzungen für die digitale Vernetzung zwischen verschiedenen Leistungserbringenden des Gesundheitswesens sowie für die schnelle, sichere digitale Kommunikation (siehe 3.4).
    - Die Nutzung von einer gemeinsamen digitalen Plattform, z. B. KIM stellt ein Kernelement dar. Es sollten Bedingungen geschaffen werden, die eine optimale Nutzung bei möglichst vielen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens ermöglichen. Auch die Anzahl an Nutzungen der ePA sollte gesteigert werden (105).
    - Beschleunigung des flächendeckenden Ausbaus mit Gigabit-Netzen.
3. Überführung von innovativen Versorgungskonzepten wie Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen (siehe 3.6) sowie Patientenorientierte Gesundheitszentren (siehe 3.7) in die Regelversorgung.

4. Professionsübergreifende Aus- und Fortbildungen im Gesundheitswesen etablieren.
5. Optimierung der Ressourcennutzung durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung z.B. Einschulungsuntersuchung beim Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes und Gesundheitsuntersuchungen bei den Kinderärztinnen und Kinderärzten.

3.5.3 Konkrete Maßnahmen zur Förderung der sektorenübergreifenden und interprofessionellen Versorgung auf kommunaler Ebene

1. Förderung der Akzeptanz hinsichtlich der Delegation von Aufgaben auf Seiten der Patientinnen und Patienten sowie der Ärzteschaft und nicht-ärztlichen Berufsgruppen ggf. durch die KGK (Schaffen von Austauschplattformen, Bereitstellung von Informationen).
2. Durchführung von professionsübergreifenden Veranstaltungen ggf. durch die KGK mit den Zielen:
    - Vernetzung der Akteurinnen und Akteure, Aufbau persönlicher Beziehungen, Verständnis der beruflichen Identität von anderen Berufsgruppen, was eine wichtige Grundlage für einen wertschätzenden Austausch auf Augenhöhe darstellt.
    - Sektorenübergreifende Teambildung.
    - Fort- und Weiterbildungen.
    - Darstellung von aktuellen Angeboten in der Gesundheitsversorgung.
    - Verbesserung der Versorgungsqualität.
    - Feststellung von Defiziten in der Versorgung
3. Entwicklung von Flyern mit Ansprechpartnern und Erreichbarkeiten v.a. für das stationäre Setting durch die jeweiligen Einrichtungen ggf. initiiert durch die KGK. Das PNO bietet bereits Flyer mit nützlichen Adressen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen für Eltern mit Kindern im Kita- und Grundschulalter hinsichtlich Fragen und Anliegen rund um die Themen Erziehung, Familie und Gesundheit (siehe 3.3).
4. Schaffung von zugänglichen Durchwahlen und leichter Erreichbarkeit für Gespräche der Kinderärztinnen und Kinderärzte mit der weiteren Fachärzteschaft, Hausärztinnen und Hausärzten sowie mit Kliniken für Austausch und Terminvereinbarungen initiiert durch die Kreisärzteschaft und die KGK.
5. Optimierung der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten mit dem ÖGD z.B. in der Betreuung von Menschen mit Migrationsgeschichte durch die Übersetzung von Impfpässen.
6. Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten und Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern.

7. Stärkung der ambulanten und stationären Vernetzung und Zusammenarbeit in der Kinder- und Jugendmedizin.
    - Aufbau einer Verbundweiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin (siehe 3.1.3).
    - Der Ortenaukreis sollte weiterhin regelmäßig die Option zur Einrichtung einer Institutsambulanz prüfen und dahingehend mit der KVBW Gespräche suchen.

3.5.4 Weiterführende Informationen zu den Maßnahmen

Professionsübergreifende Aus- und Fortbildungen

Eine konsequente interdisziplinäre Lehre zur Förderung von interdisziplinärem Denken und Handeln auf Augenhöhe kann der Sozialisation der einzelnen Berufsgruppen in geschlossenen Systemen vorbeugen. Eine enge Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen kann das Wohlbefinden sowie die Qualität der Versorgung optimieren.

Durch eine interdisziplinäre Lehre …

- kann eine Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team auf Augenhöhe ermöglicht werden. Hierarchiestrukturen werden dadurch langfristig abgebaut,
- können Zuständigkeitsbereiche im gegenseitigen Austausch geklärt, abgegrenzt und evtl. neu ausgehandelt werden,
- können Kompetenzen für die Notfallversorgung erworben werden, die nicht planmäßig im eigenen Zuständigkeitsbereich liegen,
- können die einzelnen Berufsgruppen von interdisziplinär gesammelten Wissen und Fähigkeiten profitieren.

Siehe hierzu auch „Empfehlungen für eine zukunftsfähige Ausgestaltung von Studium und Lehre“ vom Wissenschaftsrat[55].

Die Hochschule Furtwangen bietet bereits interdisziplinäre Lehre an, welche sie noch erweitern möchte. Die Charité – Universitätsmedizin Berlin hat ebenfalls interprofessionelle Ausbildungsziele für die Gesundheitsberufe entwickelt.[56] Die Hochschule für Gesundheit in Bochum legt ebenfalls einen Schwerpunkt auf interprofessionelles Lernen und Handeln. Im Bachelorstudiengang Hebammenkunde finden in einem Pflichtmodul berufsgruppenübergreifende Fallkonferenzen mit Studierenden der Pflege, der Physiotherapie, Logopädie, der Ergotherapie

[55] https://www.wissenschaftsrat.de/download/2022/9699-22.pdf?__blob=publicationFile&v=15 [07.08.2023]
[56] https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1341-1368?device=desktop&innerWidth=412&offsetWidth=412 [07.08.2023]

und der Medizin statt. Durch die gemeinsame Erarbeitung von Versorgungszielen werden dabei interprofessionelle Kommunikationskompetenzen geschult (siehe Modulhandbuch Hebammenkunde[57]).

Skills Labs (in Deutsch: Fertigkeitslabore) haben sich als dritter Lernort für Gesundheitsberufe in den letzten Jahren in Deutschland fest etabliert. Sie bieten einen geschützten Raum, in dem durch realitätsnahes Training die Theorie mit der Praxis verbunden werden kann, um die Handlungskompetenz aller an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen weiterzuentwickeln. Mithilfe von Simulatoren und arrangierten Szenarien erlernen Teilnehmende praktische Fertigkeiten, aber auch Fähigkeiten wie Teamarbeit, Kommunikation und ein konstruktiver Umgang mit Fehlern werden durch das Durchspielen vollständiger Handlungen geschult (106). Interprofessionelle Fortbildungen in Skills Labs eignen sich daher als Maßnahmen, um verschiedene Berufsgruppen in einer stressfreien Umgebung zusammenzuführen und sich in der Zusammenarbeit gegenseitig wahrzunehmen. Wissen und Erfahrungen können anhand praktischer Beispiele ausgetauscht, neue Ideen können erkannt werden. Aber auch das Erarbeiten von effektiven Kommunikationsstrukturen und das Einteilen von Zuständigkeiten fördern den Dialog zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsdisziplinen. Zudem bieten Fortbildungen Raum für Wertschätzung, Feedback und Verbesserungsvorschläge im direkten Austausch miteinander.

Gemeinsame Fort- und Weiterbildungen in Form von Skills-Training, aber auch jährliche interprofessionelle Tagungen in der Ortenau können die Vernetzung der an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen unterstützen. Der Aufbau persönlicher Beziehungen trägt zu einem besseren Verständnis der beruflichen Identität anderer Berufsgruppen bei – eine wichtige Grundlage für einen wertschätzenden Austausch auf Augenhöhe, aber auch zur sektorenübergreifenden Teambildung. Insgesamt trägt ein von Kohäsion geprägtes Versorgungsnetzwerk dazu bei, die Versorgungsqualität in der Region langfristig sicherzustellen.

Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten und Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern

Sowohl die Kinder- und Jugendmedizin als auch die Allgemeinmedizin sind Fachdisziplinen, die einen familienmedizinischen Ansatz verfolgen. Im Sinne einer interprofessionellen gesundheitlichen Versorgung könnten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner Kinderarztpraxen bei Bedarf und Überlastung unterstützen und größere Kinder und Jugendliche mitversorgen. Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte könnten bei Unsicherheiten beratend tätig werden. Um Schnittstellen zu finden und Synergien zu nutzen, bedarf es hierbei einer

[57] https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Studieren_an_der_hsg/MHB_Verlaufsplaene/MHB_HK_2016.pdf [07.08.2023]

Kooperation. Diese Versorgungsoption wurde bereits in der Versorgungsepidemiologischen Analyse der Kinder und Jugendmedizin in Deutschland der Universitätsmedizin Greifswald als Ergebnis dargestellt.[58] Auch der Deutsche Hausärzteverband forderte bereits 2019 eine stärkere Verzahnung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten.[59] Auf Kreisebene wurde dieser Aspekt unter anderem in dem Quartalsbrief (01/2023) der Kreisärzteschaft Ortenau thematisiert.[60] Zusätzlich gilt es in diesem Zusammenhang die Stärkung der pädiatrischen Kompetenz von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern zu forcieren und die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung weiterzuentwickeln (siehe 3.1.2).

3.6 Einrichtung von innovativen Versorgungsangeboten wie Gesundheitskioske und/oder Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

3.6.1 Hintergrund

Aufgrund einer unzureichenden Kooperation und Koordination von Leistungserbringenden im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem in Verbindung mit einer fehlenden Steuerung von Patientinnen und Patienten kommt es vielfach zu einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung (107, 108). Die Ärzteschaft kann aufgrund ihrer starken Auslastung keine umfassende Steuerungsfunktion mehr übernehmen. Z.B. erfordern die komplexen und regional unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und -möglichkeiten der verschiedenen Sozialgesetzbücher eine spezielle Expertise. Die stetige Zunahme an älteren und multimorbiden Personen wird dieses Problem weiter verschärfen. Diese Versorgungsdefizite und Allokationsprobleme können zu hohen und zugleich unnötiger Leistungserbringung und damit verbundenen Kosten im Gesundheitssystem führen. Es bedarf somit dringend neuer Unterstützungsstrukturen, welche niederschwellig, multiprofessionell und an den Bedarfen der Menschen ausgerichtet sind (105).

In den derzeitigen Debatten um politische Reformschritte im Gesundheitswesen steht insbesondere die Etablierung von sogenannten Gesundheitskiosken in dem Mittelpunkt. Dabei handelt es sich um zentrale Anlaufstellen, die vor allem in sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen eine koordinierte, lebensweltorientierte Versorgung und Beratung forcieren und ein Netzwerk von Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens schaffen. Ein Referentenent-

[58] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_DAKJ_Versorgungsepidemiol_Analyse_der_Kinder-_u_Jugendmedizin.pdf [15.08.2023]
[59] https://www.hausaerzteverband.de/fileadmin/user_upload/Positionspapier_Paediatrie_01_2019_FINAL.pdf [08.09.2023]
[60] https://cdn0.scrvt.com/e90e659c888e3602776417cb5358cb67/bd954271420d1fee/aa92c48bb7ca/Quartalsbrief-1-23.pdf

wurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)[61] liegt bereits vor. Der Entwurf sieht vor, dass in besonders benachteiligten Regionen und Stadtteilen niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung und Prävention in Form von Gesundheitskiosken etabliert werden können. Sie können im Zusammenwirken von Kommunen und gesetzlicher Krankenversicherung unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung errichtet werden. Dabei wird das Initiativrecht bei den Kommunen liegen. Die Kioske können auch als mobile Leistungsorte, etwa in Bussen, betrieben werden. Wichtig ist eine enge Zusammenarbeit mit anderen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen.

Die Gesundheitskioske stehen allen Einwohnerinnen und Einwohnern unabhängig von ihrem Versichertenstatus zur Verfügung und müssen bei Bedarf auch mehrsprachig angeboten werden. Es wird davon ausgegangen, dass jährlich insgesamt rund 400.000 Euro pro Gesundheitskiosk anfallen. Die Finanzierung wird mehrheitlich durch die gesetzlichen Krankenkassen (74,5 Prozent; rund 300.000 Euro) vorgesehen. Über die Leistungen der Gesundheitskioske in den Bereichen Gesundheitsförderung sowie Prävention und die Beratungsleistungen ergeben sich jedoch für die gesetzlichen Krankenversicherungen mittel- und langfristig Minderausgaben. Die Kommunen müssen 20 Prozent tragen (pro Gesundheitskiosk rund 80.000 Euro jährlich). Allerdings können sich durch die Übernahme von Aufgaben, die der Prävention und Gesundheitsförderung dienen, etwa für den ÖGD Entlastungen ergeben, die mittel- und langfristig zu Minderausgaben für die Kommunen führen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen übernehmen 5,5 Prozent der Aufwendungen für die Errichtung und den Betrieb von Gesundheitskiosken. Das entspricht einer jährlichen Beteiligung von rund 22.000 Euro pro Gesundheitskiosk.

Folgende Aufgaben der Gesundheitskioske werden aufgeführt:

- Allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur medizinischen, präventiven und sozialen Bedarfsermittlung,
- Beratung zu sowie die Empfehlung und Vermittlung von Leistungen zur Prävention (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention) und Gesundheitsförderung und Anleitung zu deren Inanspruchnahme,
- Beratung zu und die Vermittlung von Leistungen zur medizinischen Behandlung einschließlich ambulanter telemedizinischer Leistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme,

[61] Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (2023): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

- Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme einschließlich der Anleitung zur Inanspruchnahme ambulanter telemedizinischer Leistungen,
- Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten,
- Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz dauerhaft zu verbessern,
- Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes,
- Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben im Rahmen ärztlicher Delegation.

Die Leitung des Gesundheitskioskes übernimmt eine Pflegefachkraft. Soweit im Einzelfall Beratungsbedarf zur Pflege besteht, ist auf die Pflegestützpunkte und die Beratungsangebote der Pflegekassen hinzuweisen. Für die konkrete Ausgestaltung der Kioske (Einzelheiten zur Errichtung, Organisation und Aufgabenerfüllung sowie zum Einsatz der Finanzmittel) schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit dem Kreis oder einer kreisfreien Stadt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. einen Vertrag. Das Gesunde Städte-Netzwerk[62] in Deutschland befürwortet eine multiprofessionelle Besetzung der Gesundheitskioske, um den vielen verschiedenen Anliegen und Bedarfen unterschiedlichster Anspruchsgruppen gerecht zu werden. Um insbesondere Menschen mit Migrationsgeschichte zu erreichen, muss die strukturelle und personelle Planung zudem muttersprachliche und kultursensible Angebote einschließen.

Im Folgenden wird der Gesundheitskiosk im **Hamburger Stadtteil Billstedt-Horn**[63] näher dargestellt, welcher im Jahr 2017 eröffnete und durch den Innovationsfond des GBA[64] gefördert wurde. Die Region war damals geprägt durch einen hohen Anteil vulnerabler Zielgruppen sowie durch Defizite in den Versorgungstrukturen und eine systematische gesundheitliche Unterversorgung. Ziel des Gesundheitskiosks ist es, ein zusätzliches Beratungs- und Lotsenangebot zur Prävention von Volkskrankheiten sowie zur Bewältigung sozialer, sprachlicher und kultureller Hürden zu schaffen. Der Gesundheitskiosk hat folgende Kernaufgaben:

- Lotsenfunktion in Richtung ärztlicher/medizinischer/therapeutischer und pflegerischer Leistungsanbietenden sowie soziale Angebote der unterschiedlichsten Träger,
- Niederschwellige Beratung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen zur Erhöhung der Compliance,

[62] https://gesunde-staedte-netzwerk.de/wp-content/uploads/Stellungnahme-Gesunde-Staedte-Netzwerk-Gesundheitskiosk.pdf [27.07.2023]
[63] https://gesundheit-bh.de/gesundheitskiosk/ [26.07.2023]
[64] https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/invest-billstedt-horn-hamburg-billstedt-horn-als-prototyp-fuer-eine-integrierte-gesundheitliche-vollversorgung-in-deprivierten-grossstaedtischen-regionen.59 [26.07.2023]

- Allgemeine (Einstiegs-)Beratung z.B. zu Ernährung, Schwangerschaft/Geburt, gesundheitsbewusstes Verhalten,
- Zielgruppengenaues Entwickeln und Durchführen von Kursen und Veranstaltungen zu Gesundheits- und Präventionsthemen,
- Wundversorgung im Gesundheitskiosk und auch in Heimen des Quartiers.

Um diese Aufgaben umsetzen zu können, musste ein regionales Gesundheitsnetzwerk (Leistungsanbietende und Sozialbehörden/-einrichtungen) aufgebaut werden. Weiterhin mussten standardisierte Abläufe an den Schnittstellen definiert und ein interdisziplinärer Qualitätszirkel etabliert werden. Für eine schnittstellenübergreifende Zusammenarbeit wurden zusätzlich Fortbildungen und Fallbesprechungen durchgeführt sowie eine einheitliche IT und PVS-Schnittstellen implementiert. Bisherige Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass Gesundheitskioske einen Mehrwert für Versicherte und Leistungserbringende im Vergleich zur Regelversorgung haben. [6566]

Mittlerweile sind weitere Gesundheitskioske mit ähnlicher Struktur oder erweitertem Ansatz entstanden, bei denen nicht immer die Kommune der Initiator ist (u.a. Gesundheitskiosk der StädteRegion Aachen[67], Gesundheitskiosk in Essen/Altenessen[68]) (109).

Neben Gesundheitskiosken sind Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen deutschlandweit sowie international bereits vielfach im Rahmen von innovativen Versorgungsprojekten erprobt. Diese zielen auf eine verbesserte Koordination, Kommunikation und vernetzte Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ab. Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen werden synonym auch u.a. Patientenlotsinnen und Patientenlotsen, Case Managerinnen und Case Manager oder Kümmerende genannt. Die Einsatzgebiete von Lotsinnen und Lotsen sind überwiegend dort, wo komplexe Versorgungsbedarfe mit hohem Koordinierungsaufwand auftreten, so z.B. in der Geriatrie, der Onkologie, bei Herz-Kreislauf- und psychiatrisch-neurologischen Erkrankungen oder übergreifend bei Multimorbidität. Das Konzept von Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen hat zum Ziel, Menschen mit komplexen Gesundheitsproblemen in schwierigen Lebenssituationen zu unterstützen und durch eine gezielte Einzelfallbegleitung im Sinne eines Case Managements eine sektorenübergreifende Anbindung an des Gesundheits- und Sozialwesen zu ermöglichen. Dabei forciert der Aufgabenbereich durch ihre Lotsenfunktion insbesondere den Aufbau eines Hilfe- und Informationsnetzwerks sowie eine aufeinander

[65] https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/140/2022-02-16_INVEST_Bilstedt.Horn_Evaluationsbericht.pdf [09.08.2023]
[66] https://www.hche.uni-hamburg.de/forschung/transfer/invest/2021-03-31-hche-kurzbericht-invest-evaluation.pdf [09.08.2023]
[67] https://www.staedteregion-aachen.de/de/navigation/aemter/gesundheitsamt-a-53/gesundheitskiosk [26.07.2023]
[68] https://www.gesundheitskiosk.ruhr/ [26.07.2023]

abgestimmte Zusammenarbeit mit Leistungserbringenden im Gesundheits- und Sozialwesen, um somit den richtigen Weg unter der Vielfalt an Versorgungsangeboten zu ebnen. Auf nationaler Ebene bietet eine vom Bundesverband Managed Care e.V. erstellte Lotsenlandkarte eine Übersicht über bestehende Versorgungsmodelle, welche auf Selektivverträgen, Innovationsfondsprojekten und anderen Förderprogrammen basieren (105). Die Auswertungen dieser Modellprojekte sowie bestehende Übersichtsarbeiten zeigen, dass Case- und Care Management zweckmäßig sowie kosteneffektiv oder kosteneinsparend und somit wirtschaftlich ist (110). Entscheidend hierfür ist „die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen im ambulanten und stationären Bereich mit Hilfe lückenloser Kommunikation, die Reduktion vermeidbarer Re-Hospitalisierungen durch eine strukturierte Inanspruchnahme notwendiger ambulanter, rehabilitativer und pflegerischer Leistungen sowie eine gezielte Integration zur Verfügung stehender kommunaler bzw. regionaler Versorgungsangebote." (105) Der Bundesverband Management Care e.V. setzt sich aus diesem Grund für die Schaffung eines regelhaften Anspruches auf Lotsenleistungen für Patientinnen und Patienten in komplexen Versorgungslagen aus und liefert zur Umsetzung detaillierte Vorschläge. Auch die Koalitionspartner unterstützen dieses Bestreben (105).

Im Kontext der Versorgung von Kindern und Jugendlichen verweisen Braeseke et. al (2018) auf fünf Versorgungsprogramme in den USA, die vor allem diagnosespezifisch oder auf die palliative Versorgung ausgerichtet sind und dabei dem System Familie eine hohe Bedeutung beimessen. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfordert in diesem Rahmen parallel die Einbeziehung des familiären Umfeldes. Die Lotsenfunktion obliegt zumeist einem Hauptkoordinator, welcher in einem interdisziplinären Team agiert (111).

Die KGK hat im Ortenaukreis bereits im Zeitraum 12/2020 bis 12/2022 im Rahmen des Projektes „Entwicklung eines Konzeptes für ein Sektorenübergreifendes Case Management für chronisch erkrankte und multimorbide Personen in patientenorientierten Gesundheitszentren im Ortenaukreis" ein Konzept für Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen für Ettenheim und Umgebung[69][70] entwickelt und praktisch erprobt. Das Projekt wurde in diesem Zeitraum vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg unterstützt. Aktuell wird das Projekt bis 12/2024 weitererprobt und nach Finanzierungsmöglichkeiten gesucht, wie das Projekt in die Regelversorgung überführt werden kann. Das Projekt kann als Blaupause für den gesamten Ortenaukreis dienen. Ab September 2023 wird der Zugang auch über zwei Kinderarztpraxen (Ettenheim und Lahr)

[69] https://www.zfg-ortenau.de/zentren/zentrum-fuer-gesundheit-ettenheim/ [06.08.2023]
[70] https://www.ortenaukreis.de/index.php?ModID=7&FID=3406.12333.1&object=tx%7C3406.12333.1 [06.08.2023]

erprobt. Die drei Kernaufgabenbereiche, die jeweiligen Zielgruppen und die Zugangsmöglichkeiten zu den Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen sind in Tabelle 12 dargestellt. [71]

Tabelle 12: Kernelemente (Aufgabenblöcke, Zielgruppen und Zugang) des Konzeptes zur Ausgestaltung eines Case Managements in der südlichen Ortenau

Aufgabenblöcke	Information und Vernetzung	Sektorenübergreifendes Case Management	Förderung der Sektorenübergreifenden Kommunikation im Ortenaukreis
	– Durchführung von einmaligen Auskünften – Weitervermittlung an bestehende Versorgungsangebote	– Durchführung eines Case Managements entsprechend dem Regelkreis der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (Klärungsphase; Falleinschätzung; Hilfeplanung; Überwachung; Evaluation)	– Wiederspiegeln der Versorgungssituation vor Ort in der KGK
Zielgruppe	– Alle Menschen im Ortenaukreis	– Chronisch erkrankte und multimorbide Personen sowie deren Angehörige unabhängig vom Alter und Art der Erkrankung – Entscheidend ist die Komplexität des Falles und die Einschränkungen der Alltagskompetenzen: • Vermischung verschiedener Problemlagen (medizinisch, sozial, finanziell) • Fehlendes soziales Netzwerk • Mangelende Systemkenntnis • Informationsdefizite zu vorhandenen Unterstützungsmaßnahmen und eingeschränkte Fähigkeiten zur umfassenden eigenständigen Recherche • Ungesicherte Medikamenteneinnahme • Drehtüreneffekt bezüglich stationärer Behandlungen	– Netzwerk SCM Ortenaukreis – KGK Ortenaukreis

[71] Den Abschlussbericht mit dem ausführlich dargestellten Konzept und weiteren Handlungsempfehlungen finden Sie hier: https://www.ortenaukreis.de/media/custom/3406_2898_1.PDF?1682672389 [06.08.2023]

Zugang	– Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und psychologische Psychotherapeuten – Sozialer Dienst/Entlassmanagement des Ortenau Klinikums – Freier Zugang über eine offene Sprechstunde

3.6.2 Konkrete Maßnahmen zur Einrichtung von innovativen Versorgungsangeboten wie Gesundheitskioske und/oder Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen auf Bundes- und Landesebene

1. Schaffung organisatorischer, finanzieller und rechtlicher Voraussetzungen
   - Weiterentwicklung des Referentenentwurfes des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)[72] zu einem Gesetzesentwurf und dessen Umsetzung.
2. Schaffung von Strukturen, um eine sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleiten (siehe 3.5).
   - Optimierung der digitalen Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringenden des Gesundheitswesens und Sozialwesens (siehe Punkt 6 bei 3.5.2).
   - Etablierung Professionsübergreifender Aus- und Fortbildungen im Gesundheitswesen (siehe Punkt 3 bei 3.5.2).

3.6.3 Konkrete Maßnahmen zur Einrichtung von innovativen Versorgungsangeboten wie Gesundheitskioske und/oder Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen auf kommunaler Ebene

1. Intensive Verfolgung der Entwicklung des Referentenentwurfes des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)[73] zu einem Regierungsentwurf und dessen Umsetzung durch den Landkreis (KGK).
2. Entwicklung einer Strategie für den Ortenaukreis durch die KGK unter Einbezug aller relevanten Akteurinnen und Akteuren bezüglich der gesundheitlichen Versorgung inklusive einer möglichen Einführung von Gesundheitskiosken
   - Vermeidung von Doppelstrukturen und Zusammenführen von Angeboten mit gleicher Zielstellungen, um unter den aktuellen Bedingungen (Fachkräftemangel, begrenzte finanzielle Mittel) eine gesundheitliche Versorgung sicherstellen

[72] Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (2023): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)
[73] Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (2023): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

zu können. Dies führt zu einer effizienten Ressourcenallokation und stellt ein verhältnismäßiges sowie wirtschaftliches Vorgehen sicher.

- Berücksichtigung von bereits etablierte Angeboten, bei denen die Wirksamkeit bereits nachgewiesen wurde (wie z.B. PNO, Frühe Hilfen, …) sowie bestehende aktuell laufende innovative Projekte (Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen in Ettenheim, Gesundheit4PunktZukunft).
- Gesundheitskioske sollen mit einem in erreichbarer Nähe liegenden Primärversorgungszentrum kooperieren.[74]
- „Sektorenübergreifende Versorgungszentren“ in die Primärversorgung einbeziehen[75] (siehe 3.7.1).

3.6.4 Weiterführende Informationen zu den Maßnahmen

Frühe Hilfen

Die Frühen Hilfen[76] sind Unterstützungssysteme für Eltern ab der Schwangerschaft und Familien mit Kindern bis zu ihrem dritten Lebensjahr. Sie dienen der frühzeitigen Stärkung der Beziehungs- und Versorgungskompetenz, um so Kindern eine gesunde Entfaltung und ein Aufwachsen frei von Gewalt zu ermöglichen. Die Angebote der Frühen Hilfen sprechen alle Familien an, mit dem Ziel ihren spezifischen Bedürfnissen und Bedarfen zu begegnen. Ein besonderes Augenmerk legen die Frühen Hilfen auf Familien in belasteten Lebenslagen wie bspw. einem hohen Armutsrisiko, psychischen Erkrankungen der Eltern, Migrations- oder Fluchtgeschichte, Mehrfach- oder hohen Stressbelastungen. Dabei soll durch diskriminierungsfreie, niedrigschwellige Angebote das Präventionsdilemma überwunden und Chancengerechtigkeit auf kommunaler Ebene gewährleistet werden. Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen wie der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens, der Frühförderung und Schwangerschaftsberatung erarbeiten gemeinsam in fachlicher Abstimmung bedarfsgerechte, in der Lebenswelt verankerte Präventionsangebote (112). In der Ortenau sind die Frühe Hilfen[77] seit 2009 im Amt für Soziale und Psychologische Dienste des Landratsamtes Ortenaukreis angesiedelt und mit insgesamt fünf Fachstellen in Achern, Haslach, Kehl, Lahr und Offenburg im gesamten Landkreis vertreten. Sie verfügen über ein umfassendes und deutsch-

[74] Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (2023): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)
[75] Eckpunktepapier – Krankenhausreform vom 10.07.2023 online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf [21.07.2023]
[76] https://www.fruehehilfen.de/ [25.11.2022]
[77] https://www.familie-ortenau.de/projekte-programme/fruehe-hilfen/ [06.08.2023]

landweit modellhaftes Konzept mit einem breit aufgestellten Netzwerk und einer gut entwickelten Zusammenarbeit zwischen den flächendeckend eingerichteten Fachstellen Frühe Hilfen und Hebammen sowie Familienhebammen.

Gesundheit4PunktZukunft

Das seit November 2021 von Bundesmitteln geförderte Projekt „Gesund-heit4PunktZukunft“, der Kommunalen Arbeitsförderung Ortenaukreis (KOA) verfolgt das Ziel, die Gesundheitskompetenz von durch Krankheit belastete Familien, die Leistungen nach dem SGB II erhalten, zu fördern.

Seit Februar 2023 wird im Rahmen des Projekts eine offene Anlaufstelle in der Offenburger Innenstadt betrieben. Ein multiprofessionelles Team bietet für gesundheitlich belastete Familien ein besonders niederschwelliges Programm an, das in Kooperation mit dem Bildungs- und Jugendhilfeträger AgilEvent aus Zell am Harmersbach entstanden ist. In naher Zukunft wird auch eine Erweiterung des bereits bestehenden Teams, um medizinische Honorarkräfte angestrebt. Neben Beratungs- sowie gesundheitsfördernden Gruppenangeboten sollen in den nächsten Jahren auch Workshops und Vorträge angeboten werden.[78]

3.7 Einrichtung von patientenorientierten Gesundheitszentren

3.7.1 Hintergrund

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits 2014 Lokale Gesundheitszentren für die Primär und Langzeitversorgung in Deutschland empfohlen (113). Gefordert ist eine Gesundheitsversorgung, die konsequent patientenorientiert – und nicht in Abhängigkeit der Logik von einzelnen Sektoren und deren Vergütungssystemen – gestaltet ist. Die umfassende Versorgung sollte aus einer Hand erfolgen, was leichter gelingt, wenn die daran Beteiligten in räumlicher Nähe zusammenarbeiten, ihre Prozesse aufeinander abgestimmt haben und über kurze Wege mit intelligenten Hilfsmitteln kommunizieren können. In vielen Ländern ist daher die Primärversorgung in lokalen und regionalen Gesundheitszentren organisiert. Neben einer bedarfsorientierten Versorgung in einer Region beinhaltet dieses Modell Möglichkeiten zur Abmilderung des Fachkräftemangels, indem sich die Ärzteschaft auf das medizinische Kerngeschäft konzentrieren kann und Potenziale der Telemedizin und Telekonsultation genutzt werden. Durch neue Berufsbilder in der medizinischen Versorgung („Community Health Nursing“ oder „Advanced Practice Nursing“) erhält die Pflege eine neue, attraktive und qualifizierte Verantwortung, was den Pflegeberuf interessanter gestaltet und ihm

[78] https://www.ortenaukreis.de/Newsroom/Pressemitteilungen/Neues-Projekt-Gesundheit4PunktZukunft-der-Kommunalen-Arbeitsf%C3%B6rderung-Ortenaukreis-KOA-gestartet.php?object=tx,3406.5.1&ModID=7&FID=3406.13779.1&NavID=3406.254.1 [06.08.2023]

eine wichtigere Rolle zuweist. Durch flexible Arbeitszeitmodelle, attraktive Arbeitsplatzbedingungen (u. a. integrierte Kinderbetreuung) und die Möglichkeit einer Anstellung können ebenfalls Fachkräfte gewonnen werden (40).

Folgende Charakteristika weisen patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung allgemein auf:

- Sie sind auf den regionalen Bedarf abgestimmt.
- Sie bieten eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ an und entwickeln diese stetig weiter.
- Sie unterstützen die Patientinnen und den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung.
- Sie setzen auf multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe.
- Sie nutzen neue Potenziale der Digitalisierung.
- Sie verknüpfen Prävention und Gesundheitsförderung und medizinisch-pflegerische Versorgung über eine gute kommunale Einbindung (114).

Ergänzt um Aktivitäten des ehrenamtlichen Engagements können sie lebendige Orte des Gemeinwesens werden. Durch die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen wie mit weiteren Gesundheitsberufen kann dieses Modell einen neuen Mehrwert für seine Patientinnen und Patienten schaffen. Dieses Modell setzt jedoch ein effizientes Management der Versorgungsleistungen voraus, um Übergänge in andere Versorgungsbereiche zu erleichtern, Schnittstellen besser zu koordinieren und auf diese Weise mehr Transparenz innerhalb der Gesundheitsversorgung zu erzielen (40).

Wenn ebenfalls stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung wohnortnah sowohl mit ambulanten fachärztlichen sowie hausärztlichen Leistungen als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen verbunden werden, wird in dem aktuellen Eckpunktepapier Krankenhausreform des Bundesministeriums für Gesundheit[79], welches als Grundlage für einen Gesetzentwurf dienen soll, von „Sektorenübergreifende Versorger“ („Level Ii-Krankenhäuser“) gesprochen. Hierunter können bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ), Regionale Gesundheitszentren (RGZ), integrierte Gesundheitszentren oder andere ambulant-stationäre Zentren fallen.

Der BKK-Dachverband sieht in Primärversorgungszentren ebenfalls die Zukunft der flächendeckenden und bedarfsorientierten ärztlichen Versorgung. Die überwiegende Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit in einer Ein-Personen-Praxis hält der Kassenverband für nicht mehr

[79] Eckpunktepapier – Krankenhausreform vom 10.07.2023 online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf [21.07.2023]

zeitgemäß, genauso wie die hausarztzentrierte Versorgung. In einem am 20. Juli 2023 veröffentlichten Positionspapier diskutiert der Kassenverband Rahmenbedingungen für solche Einrichtungen. Primärversorgungszentren sollten auf der Basis von weiterentwickelten MVZ fußen (115).

Auch im vorliegenden Referentenentwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz vom 15.06.2023 werden Primärversorgungszentren angesprochen. „Mit dem Ziel, den Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu begegnen […] sollen Primärversorgungszentren etabliert werden. Sie sollen als attraktive Beschäftigungsmöglichkeit für Hausärztinnen und Hausärzte auch die Bereitschaft zur Niederlassung in diesen Regionen steigern […] Mit dem Ziel, die Kommunen besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen, wird die Gründung kommunaler MVZ erleichtert. Auch hiermit wird eine im Koalitionsvertrag enthaltene Vereinbarung umgesetzt.“[80]

Im Folgenden werden zwei Beispiele für Patientenorientierte Gesundheitszentren mit Kinder- und Jugendärztlicher Versorgung dargestellt. Im **PORT Gesundheitszentrum Schwäbische Alb Hohenstein**[81] arbeiten eine Allgemeinarzt Praxis, eine Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, ein Chirurgisch-Orthopädisches Zentrum, eine Hebammen Praxis, eine Physiotherapie Praxis, ein Pflegestützpunkt, eine Gesundheitslotsin, eine interdisziplinäre Frühförderstelle, ein Seminarzentrum und Therapieküche sowie ein Zentrum für Psychotherapie zusammen unter einem Dach. Ebenfalls ist das Universitätsklinikum Tübingen, das Projektmanagement sowie die KGK (Gesundheitsförderung und Prävention) vor Ort vertreten. Im Mittelpunkt stehen die Menschen jeden Alters aus Hohenstein und Umgebung. Es findet die Versorgung im Akutfall als auch eine langfristige Begleitung bei allen gesundheitlichen Bedarfslagen statt. Die Gesundheitslotsin begleitet Menschen individuell durch das Gesundheitssystem. Regelmäßige Veranstaltungen, Vorträge und Schulungen mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sind fester Bestandteil des Angebots. Alle Bürgerinnen und Bürger sind eingeladen, daran teilzunehmen. Das **Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln (Geko)**[82] ist ebenfalls ein Zusammenschluss verschiedener Gesundheitsberufe. Gemeinsam setzen sie sich für eine gute Gesundheitsversorgung aller Menschen ein – unabhängig von Herkunft, Alter, Geschlecht oder Bildung. Im Zentrum befindet sich eine Allgemeinmedizinische Praxis, eine Kindermedizinische Praxis, eine Beratungsstelle, eine

[80] Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (2023): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)
[81] https://www.gesundheitszentrum-hohenstein.de/ [21.07.22023]
[82] https://geko-berlin.de/ [21.07.2023]

Psychotherapie Praxis, eine mobile Gesundheitsberatung und ein Café. Darüber hinaus werden Nachbarschafts-Projekte angeboten. Weitere Beispiele für Patientenorientierte Gesundheitszentren finden Sie hier: https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primaer-und-langzeitversorgung/standorte [21.07.2023] und https://innovative-gesundheitsmodelle.de/ [21.07.2023].

Aufgrund der Ergebnisse der Bestands- und Bedarfsanalyse sollte die Errichtung eines Patientenorientierten Gesundheitszentrums mit dem Schwerpunkt der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung als ein langfristiges innovatives Versorgungskonzept in Betracht gezogen werden. Konkrete Maßnahmen auf Landes- und Bundesebene sowie auf kommunaler Ebene müssen bereits jetzt angegangen werden.

3.7.2 Konkrete Maßnahmen zur Einrichtung von patientenorientierten Gesundheitszentren auf Bundes- und Landesebene

1. Sicherstellung einer Anschubfinanzierung bei der Einrichtung von multiprofessionellen Patientenorientierten Gesundheitszentren mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung (115).
2. Schaffung rechtlicher Voraussetzungen für die multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten und nicht-ärztlichem Personal (z.B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten) unter einem Dach. Entsprechend dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG[83] wird im neuen § 73a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die Rechtsgrundlage für die Errichtung von Primärversorgungszentren geschaffen.
3. Schaffung von weiteren Strukturen, um einer Sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten (siehe 3.5)
    - Überarbeitung und Neuorientierung der Vergütungsstruktur u.a. Schaffen von Finanzierungsmöglichkeiten bzgl. Delegations- bzw. der Team-Leistungen.
    - Schaffung rechtlicher Voraussetzungen zur Delegation von Aufgaben an einzelne nicht-ärztliche Berufsgruppen.
    - Teambasierte Primärversorgung als neuen gesetzlichen Standard festlegen.
    - Optimierung der digitalen Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringenden des Gesundheitswesens und Sozialwesens. (siehe Punkt 6 bei 3.5.2).
    - Etablierung Professionsübergreifende Aus- und Fortbildungen im Gesundheitswesen (siehe Punkt 3 bei 3.5.2).

[83] Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (2023): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

4. Überwindung der tradierten strikten Trennung zwischen ärztlichem und pflegerischem Versorgungsbereich. Z.B. Aufbau von Kapazitäten und Einsatz von akademisch qualifizierten Pflegefachkräfte oder die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Qualifizierungen wie bspw. Community Health Nurses oder Physician Assistants. Hierzu sind Patientenorientierte Gesundheitszentren verpflichtend in die Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64 d SGB V einzubinden (115).

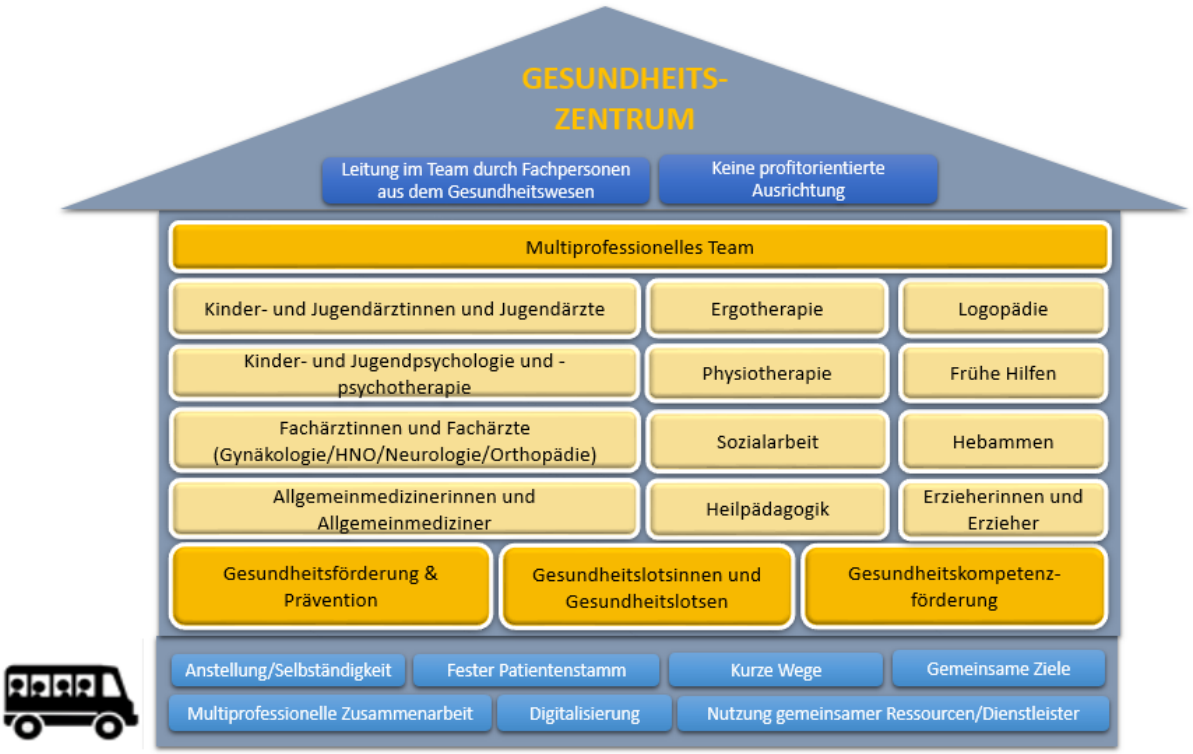
3.7.3 Konkrete Maßnahmen zur Einrichtung von patientenorientierten Gesundheitszentren auf kommunaler Ebene

1. Entwicklung eines strategischen Gesamtkonzepts bezüglich der gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis durch die KGK unter Einbezug aller relevanten Akteurinnen und Akteure (siehe 3.6.3).
2. Die Kinder- und Jugendärzteschaft kann sich eine Einrichtung eines Patientenorientierten Gesundheitszentrums zur Sicherstellung der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung unter folgenden Aspekten überwiegend vorstellen (siehe Abbildung 18):
    - Die Initiative sollte von dem Landkreis in enger Zusammenarbeit mit den im Landkreis tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte erfolgen.
    - Das Zentrum sollte gemeinwohlorientiert und nicht auf Profitmaximierung ausgerichtet sein.
    - Keine ausschließlich wirtschaftliche Leitung und Koordination. Aufteilung der Leitung und Koordination auf mehrere Personen (Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Pädagoginnen und Pädagogen, Management).
    - Leistungserbringende sollten die Möglichkeit haben als Angestellte oder Selbständige im Zentrum zu arbeiten.
    - Die Kinder- und Jugendärzteschaft möchte weiterhin ihren festen Patientenstamm haben. Eine ärztliche Ansprechpartnerin oder ein ärztlicher Ansprechpartner ist für die Versorgung von Familien und Kindern essentiell und effizienter.
    - Für eine gelingende multiprofessionelle Zusammenarbeit darf das Zentrum nicht zu groß sein, d.h. die Übersichtlichkeit an Leistungserbringenden sowie kurze Wege müssen sowohl für die Leistungserbringenden selbst, als auch für Familien mit Kindern, unter besonderer Berücksichtigung von vulnerablen Zielgruppen, gegeben sein.
    - Gemeinsame Nutzung von Ressourcen u.a. durch outsourcen von verwaltungsbezogenen und bürokratischen Aufgaben an eine oder mehrere verantwortliche Personen.

- Das Zentrum muss in die lokalen Strukturen integriert werden.
- Die an der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung beteiligten Leistungserbringenden innerhalb und außerhalb des Zentrums müssen zusammenarbeiten. Damit dies gelingt, bedarf es einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe durch Klärung von einzelnen Kompetenzen und Zuständigkeitsbereichen, durch eine gute Strukturierung innerhalb des Zentrums und durch abgestimmte Absprachen zwischen den einzelnen Professionen. Es müssen gemeinsame Ziele/ ein gemeinsames Leitbild definiert sowie teambildende Maßnahmen durchgeführt werden. Dazu ist es sinnvoll, wenn insbesondere Leistungserbringende, sich im Vorfeld der Zusammenarbeit versichern, dass elementare Grundeinstellungen übereinstimmen. Nur so kann eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit den gleichen Zielen gelingen.
- Mit folgenden Leistungserbringenden würde die Kinder- und Jugendärzteschaft gerne im Zentrum zusammenarbeiten:
    - Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten
    - Kinder- und Jugendpsychologinnen und Psychologen und Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
    - Fachärztinnen und Fachärzte (Gynäkologie/HNO/Neurologie/Orthopädie)
    - Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner
    - Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter
    - Nicht-ärztliche Heilberufe (z.B. Ergotherapie, Hebammen, Heilpädagogen)
    - Frühe Hilfen
    - Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention
    - Angebote zur Steigerung der Gesundheitskompetenz (z.B. Patientenschulungen, Schulungsangebote für Eltern, z.B. für vulnerable Gruppen)
- Das Zentrum sollte entsprechend der Kriterien für gesundheitskompetente Einrichtungen errichtet werden.
- Das Zentrum sollte einen Ort der Begegnung darstellen.
    - Bereitstellung von Räumen, die für Veranstaltungen (z. B. Fortbildungen, Patientenschulungen, Veranstaltungen der Selbsthilfe) kostengünstig gemietet werden können.
    - Schaffung von Austauschmöglichkeiten (z. B. Café).
    - Gute Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr.

5. Eine weitere Möglichkeit ist, die bestehenden MVZ im Ortenaukreis zu Patientenorientierten Gesundheitszentren weiterzuentwickeln und Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte zu integrieren (115).
    - Bei der Weiterentwicklung Berücksichtigung der dargestellten Aspekte unter Punkt 1.
    - Der Geschäftsführer der Ortenau MVZ wird beauftragt freiwerdende, nicht durch andere Niedergelassene besetzbare Zulassungen im Bereich Kinder- und Jugendmedizin zu übernehmen und in die Struktur der Ortenau MVZ zu integrieren. Notwendige Investitionen und Ausgleich eines operativen wirtschaftlichen Defizits werden durch Mittel der zweiten Säule getragen. Zur ärztlichen Besetzung wird eine Kooperation mit der Kinderklinik des Ortenau Klinikums angestrebt.

Abbildung 18: Konzept für ein Patientenorientiertes Gesundheitszentrum für die Kinder- und Jugendärztliche Versorgung um Ortenaukreis



Zusammenfassung und Ausblick

Die gesundheitliche Versorgung steht aktuell bundesweit und auch im Ortenaukreis vor großen Herausforderungen. Im öffentlichen Diskurs dieser Herausforderungen wird zunehmend beklagt, dass die Kinder- und Jugendärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann. Dies erfordert dringenden Handlungsbedarf. Die KGK Ortenaukreis hat im Rahmen des vorliegenden Projektes u.a. eine Bestands- und Bedarfsanalyse durchgeführt mit dem Ziel, die aktuelle Versorgungssituation zum gegenwärtigen Zeitpunkt abzubilden und zukünftig zu erwartende Herausforderungen zu identifizieren. Die Ergebnisse bestätigen zum einen die bekannten Problembereiche, zeigen aber auch regionale Besonderheiten und ganz konkrete Ansatzpunkte bei der Sicherstellung der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis auf. Folgende Herausforderungen wurden identifiziert:

- Im Ortenaukreis sind mehr niedergelassene als angestellte Ärztinnen und Ärzte und mehr ältere als jüngere Ärztinnen und Ärzte tätig. Hinzukommt, dass der größere Anteil an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zwischen 50 und 60 Jahren und älter ist. Im Gegensatz dazu ist der größere Anteil an angestellten Ärzten zwischen 28 und 45 Jahren. Zudem zeichnet sich ab, dass Niedergelassene eher in Vollzeit arbeiten und Angestellte eher in Teilzeit.
- Hauptsächlich Ärztinnen und Ärzte zwischen 50 und 60 Jahren und älter arbeiten zwischen 41 und 60 Stunden pro Woche. Ärztinnen und Ärzte im Alter zwischen 28 und 49 Jahren arbeiten eher in Teilzeit. Dieser Trend (Arbeitspensum unter 40 Stunden pro Woche) wird sich auch in den nächsten fünf Jahren fortsetzen. Hinzukommt, dass mindestens fünf Ärztinnen und Ärzte im Ortenaukreis in den nächsten fünf Jahren in den Ruhestand eintreten werden.
- Immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte wünschen sich ein Beschäftigungsverhältnis in Anstellung sowie Teilzeitmodelle und legen zudem großen Wert auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen im Ortenaukreis wird überwiegend als mangelhaft bewertet. Der erhöhte Bedarf, die Zunahme an Aufgaben sowie mehr Ansprüche an Versorgungsleistungen bei gleichzeitigem Fachkräftemangel, gefährdet die Sicherstellung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.
- Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte arbeiten bereits über ihre Kapazitäten hinaus. Aufnahmestopps in den Praxen sowie die Ablehnung von Familien, führt in letzter Konsequenz dazu, dass viele Kinder und Jugendliche nicht versorgt werden. Hieraus resultieren zudem überfüllte Notfallpraxen.

- Folgende Gründe lassen sich für den Mangel an Kinder- und Jugendärztliche Versorgung ableiten:
    - Eine fehlerhafte Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgrund der Nicht-Berücksichtigung verschiedener Aspekte.
    - Zu wenig Übernahmen von Praxen aufgrund von fehlender Bereitschaft oder weil Neugründungen aufgrund der Bedarfsplanung nicht möglich sind.
    - Mangelnde Aus- und Weiterbildung von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten.
- Folgende Faktoren führen zu einem erhöhten Bedarf, einer Zunahme an Aufgaben sowie mehr Ansprüchen an Versorgungsleistungen:
    - Zunahme an Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen sowie pädagogischen und sozialpädiatrischen Anforderungen.
    - Mehr Versorgungsaufwand durch vulnerable Zielgruppen.
    - Mangelnde Gesundheitskompetenz der Eltern.
    - Bürokratischer Aufwuchs in der Praxisverwaltung.
    - Unausgereifte Digitalisierungsstrategien.
- Aufgrund des allgemeinen Fachkräftemangels ist das Finden von geeigneten MFA erschwert. Zu den wichtigsten Erschwernissen gehören folgende Faktoren: Entlohnung, Anerkennung/Einfluss, Arbeitszeiten, hohe Belastung oder steigende Mehrarbeit. Weitere Gründe sind unter anderem: Bürokratie, erhöhte Anspruchshaltung der Patientinnen und Patienten, insgesamt viel Verantwortung, erschwerte Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder der Umgang der Patientinnen und Patienten mit den MFA.
- Die sektorenübergreifende und interprofessionelle gesundheitliche Versorgung innerhalb Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung ist ausbaufähig. Es fehlt an Austausch und Begegnung in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung. Eine allgemeine Bereitschaft einzelne Aufgabenbereiche abzugeben konnte festgestellt werden. Der allgemeine Fachkräftemangel sowie fehlende zeitliche Ressourcen erschweren jedoch die Umsetzung.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurden Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis entwickelt. Unter Berücksichtigung von zum Teil bereits bestehenden Best Practice Beispielen wurden Maßnahmenpakete für die Landes- und Bundesebene sowie die kommunale Ebene zusammengestellt. Diese werden im Folgenden nochmal kurz zusammengefasst dargestellt:

1. Gewinnung und Bindung von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten für den Ortenaukreis

Die Gründe für die problematische Kinder- und Jugendärztliche Versorgung sind vielschichtig, sowohl gesellschaftliche Entwicklungen als auch medizinische Veränderungen stellen die ambulante ärztliche Versorgung zunehmend vor große Herausforderungen. Im Zuge gesellschaftlicher Entwicklung ist vor allem die immer älter werdende Ärzteschaft in den Blick zu nehmen. Gleichzeitig ist die Nachfolgersuche von Ärztinnen und Ärzten, die in den Ruhestand eintreten angesichts der sich wandelnden Versorgungssituation im ambulanten Sektor durch Veränderungen in den Lebens- und Arbeitsvorstellungen der jungen Ärztegeneration sowie heterogener Beschäftigungsstrukturen problematisch. Um ärztliche Fachkräfte zu gewinnen und auch langfristig zu binden und die medizinische Betreuung von Kindern und Familien sicherzustellen, bedarf es demnach der Schaffung und dem Ausbau neuer Strukturen, Organisationsformen und Versorgungskonzepten, die sich an die demografischen Entwicklungen anpassen und den Arbeits- und Lebensvorstellungen der nachkommenden Ärztegeneration entsprechen.

Zur Gewinnung und Bindung von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten sollte der G-BA angeregt werden, die Bedarfsplanungsrichtlinie zu modifizieren. Die KBV als Mitglied des G-BAs sollte sich für dieses Anliegen einsetzen. Zudem wird eine qualitativ hochwertige Nachwuchssicherung durch den Ausbau von mehr Studienplätzen bei gleichzeitigen Investitionen in die Qualität der Lehre, die Vereinfachung des Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium sowie die Stärkung der Aus-, Fort- und Weiterbildung für besonders wichtig angesehen. Außerdem sind Sicherstellungsmaßnahmen der KVBW für den Ortenaukreis bereitzustellen.[84] Darüber hinaus bedarf es vor allem Maßnahmen, die Ärztinnen und Ärzte für den ländlichen Raum gewinnen. Diesbezüglich wird an die Einrichtung von Förderprogrammen in Anlehnung an das „Förderprogramm bringt neue Hausärzte aufs Land“ vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration BW[85]“ oder die „Landarztquote“, Stipendien und Starterprämien für künftige Kinderärztinnen und Kinderärzte vom Land gedacht. Zudem könnte der G-BA die Möglichkeit einer besseren Honorierung von Ärztinnen und Ärzten auf dem Land prüfen. Auf Bundes- und Landesebene wird zudem die finanzielle Förderung von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten in der Pädiatrie analog der Allgemeinmedizin sowie die Förderung einer Verbundweiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin durch das Land und die KVBW in Anlehnung an die Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin als besonders relevante Maßnahmen angesehen. Zu den weiteren Maßnahmen zählen die Entwicklung und Durchführung

[84] Sicherstellungsatlas der KBV: https://www.kbv.de/html/sicherstellungsatlas.php [08.08.2023]
[85] https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheit-pflege/medizinische-versorgung/haus-und-landaerzte [03.08.2023]

von crossmedialen Kampagnen zur Stärkung des Berufsbildes, die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Kinderbetreuung sowie die Optimierung der Attraktivität des ländlichen Raumes. Dies kann ebenfalls auf kommunaler Ebene angegangen werden. Außerdem könnten potenzielle Ärztinnen und Ärzte beim Finden einer möglichen Arztstelle, einer Kinderbetreuung, von Wohnraum oder bei anfänglichen bürokratischen Hürden unterstützt werden. Aber auch die Schaffung von Strukturen, die den Vorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte bezüglich der Arbeitsbedingungen (u.a. Kooperationsformen, Teamarbeit, Anstellungs- und Teilzeitmöglichkeiten, Konzentration auf überwiegend medizinische Tätigkeiten) entsprechen oder das Anbieten von Weiterbildungen und Spezialisierungen für Ärztinnen und Ärzte in der Fachartausbildung sind anzugehen. Auch die Schaffung einer gezielten regionalen Personalgewinnung könnte als eine Maßnahme in Betracht gezogen werden. Hierbei sind u.a. die Durchführung von Werbekampagnen, die Schaffung eines breiten Angebotes an Praktikumsstellen im Rahmen der Berufsorientierung wie BORS und BOGY für Schülerinnen und Schüler oder die Vorstellung des Berufsbildes Kinder- und Jugendärztin und Jugendarzt in Schulen im Landkreis durch lokale Vertreter der Kinder- und Jugendärzteschaft denkbar.

2. Gewinnung und Bindung von Medizinischen Fachangestellten

MFA sind als integraler Bestandteil in der direkten Patientenversorgung von Arzt- und Psychotherapiepraxen tätig und bilden als größte Berufsgruppe eine wichtige Säule zur Sicherstellung einer guten ambulanten medizinischen Versorgung. Zu den Hauptaufgaben gehört übergreifend das Patienten- und Praxismanagement, wobei sich dieses in vielfältige medizinische und verwaltungsbezogene Aufgaben unterteilt. Qualifiziertes Praxispersonal zu finden und zu binden stellt Ärztinnen und Ärzte zunehmend vor eine große Herausforderung. Angesichts der hohen Versorgungsrelevanz dieser Berufsgruppe bei gleichzeitigem Fachkräftemangel, sind daher Maßnahmen für mögliche Interventionen zur Gewinnung und Bindung von MFA zu treffen.

Die Schaffung von attraktiven Arbeits- und Ausbildungsrahmenbedingungen (u.a. Erhöhung der Anerkennung, Verbesserung der finanziellen Gegebenheiten) kann ein Ansatzpunkt auf Bundes- und Landesebene sein. Zur Stärkung des Berufsbildes könnten auch hier crossmediale Kampagnen entwickelt und durchgeführt werden. Die klassische Aufgabenverteilung von Ärztinnen und Ärzten und deren MFA sollte überarbeitet und weiterentwickelt werden. Zur Realisierung bedarf es der Schaffung von strukturellen und rechtlichen Handlungsrahmenbedingungen zur Übertragung von definierten bisher ärztlichen Aufgaben an MFA sowie der Weiterentwicklung und Spezifizierung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, um Qua-

lifikationsanforderungen und Kompetenzprofile zu fördern. Wie bei der Gewinnung und Bindung von ärztlichem Personal, sind auch im Bereich der MFA eine qualitativ hochwertige Kinderbetreuung sicherzustellen sowie die Attraktivität des ländlichen Raumes zu optimieren.

Eine Maßnahme auf kommunaler Ebene wäre eine mögliche Weiterentwicklung von attraktiven Arbeits- und Ausbildungsrahmenbedingungen. Gemeint sind damit u.a. Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Praxis zu gewährleisten sowie die Übernahme von Verantwortung zu ermöglichen. Auch ist es wichtig, innerhalb der Praxis eine wertschätzende Arbeitskultur sowie die Stärkung der Teamarbeit zu pflegen oder Schulungen und Qualifizierungen im Umgang mit schwierigen Patientinnen und Patienten anzubieten. Eine weitere Maßnahme ist die Schaffung einer gezielten regionalen Personalgewinnung. Denkbar wären hier Imagekampagnen, ein breites Angebot an Praktikumsstellen im Rahmen der Berufsorientierung, die Etablierung von Berufsbotschafter-Teams, die Gewinnung von weiteren Ausbildungsbetrieben im Ortenaukreis sowie die positive Darstellung des Berufes in der Öffentlichkeit. Zur langfristigen Bindung von MFA könnte die Sicherstellung der Kinderbetreuung für Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die weitere Optimierung der Attraktivität des ländlichen Raumes im Fokus stehen.

3. Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung von vulnerablen Zielgruppen

Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist ein besonders wichtiges Handlungsfeld. Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz[86] unterbreitet hierzu detaillierte Handlungsempfehlungen, die sich an die Gesamtbevölkerung in Deutschland richten. Die Gesundheitskompetenz sollte sowohl in der persönlichen Umwelt, dem alltäglichen Leben und in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen, als auch auf der Systemebene, indem das Gesundheitssystem gesundheitskompetent weiterentwickelt wird, gestärkt werden. Das Ziel muss sein, die Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz durch konkrete Maßnahmen umzusetzen.

Auf Bundes- und Landesebene könnte eine länderübergreifend abgestimmte Strategie durch das Kultusministerium entwickelt werden, um die Gesundheitskompetenz in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen nachhaltig zu verankern. Ggf. wäre hier die Einführung eines Fachs „Gesundheitsbildung“ in der Schule denkbar, um eine konsequente Beschäftigung mit Themen wie gesunde Lebensweise und Zugang zur Gesundheitsversorgung durch alle Jahrgangsstufen hinweg zu gewährleisten. Darüber hinaus wäre die Verankerung der Schulgesundheitspflege eine weitere Maßnahme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Erziehungs- und

[86] https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/ [09.06.2023]

Bildungseinrichtungen. Zusätzlich sollte die Bevölkerung auf die begrenzten Ressourcen in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung sowie auf weitere Anlaufstellen und weitere relevante Berufsgruppen in der Kinder- und Jugendmedizinischen Versorgung hingewiesen werden.

Auf kommunaler Ebene wäre die Implementierung von Gesundheitsprojekten und/oder Projektwochen in Kindertageseinrichtungen, Schulen und Bildungseinrichtungen eine mögliche Maßnahme, um die Gesundheitskompetenz zu stärken. Zudem gilt es bereits bestehende Angebote des PNO[87] weiterzuentwickeln. Darüber hinaus sollten bereits vorhandene Angebote für alle an der Versorgung Beteiligten transparent gemacht werden. Dies könnte z.B. durch die Koordinierungsstelle Sektorenübergreifende Versorgung des Gesundheitsamtes erfolgen. Aber auch die Entwicklung und Durchführung von Kampagnen zur Sensibilisierung von Eltern, Kindertageseinrichtungen, Schulen sowie der gesamten Gesellschaft hinsichtlich der begrenzten Ressourcen in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung wäre ein weiterer Ansatzpunkt. Hierzu bräuchte es eine sektorenübergreifende Abstimmung unter den Akteurinnen und Akteuren in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung. Die Berufsgruppen in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung sollten darüber hinaus für die besonderen Bedarfe vulnerabler Zielgruppen durch professionsübergreifende Fortbildungen sensibilisiert werden. Zudem könnten Schulungen für haupt- und ehrenamtliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit Menschen mit Migrationsgeschichte arbeiten, angeboten werden. Weiterhin sollten bei der Versorgung von Familien mit Migrationsgeschichte je nach Sachverhalt die ehrenamtlichen Dolmetscherpools in der Ortenau hinzugezogen werden. Zudem sollten Einrichtungen im Gesundheitswesen zu gesundheitskompetenten Einrichtungen weiterentwickelt werden. Mit diesem Thema beschäftigt sich bereits eine Arbeitsgruppe der KGK Ortenaukreis. Um Maßnahmen auf kommunaler Ebene umsetzen zu können, ist die finanzielle Förderung dieser durch Bund und Land essentiell.

4. Abbau von Bürokratie und Förderung der Digitalisierung

Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte in der ambulanten Versorgung investieren täglich ein hohes Pensum an Zeit in bürokratische Vorgaben und Aufgaben, die letztlich für die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten fehlt. Entsprechend müssen schnelle und pragmatische Maßnahmen getroffen werden, um Ärztinnen und Ärzte, insbesondere in Zeiten des Fachkräftemangels, in ihrem Praxisalltag zu entlasten. Die Digitalisierung sollte ursprünglich Abhilfe verschaffen und Prozesse erleichtern, führt aber durch unausgereifte Strategien und Konzepte statt zur Entlastung zu einer zusätzlichen Belastung. Demnach

[87] https://www.pno-ortenau.de/ [09.08.2023]

gilt es auch hier Maßnahmen zu treffen, die zur Förderung der Digitalisierung beitragen, um Ärztinnen und Ärzte in ihrem Praxisalltag zu unterstützen.

Auf Bundes- und Landesebene sollten Maßnahmen erarbeitet werden, die darauf abzielen, die Ausstellung von ärztlichen Attesten sowie sonstigen Formularen zu reduzieren. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sollte mit dem Ministerium für Kultur, Jugend und Sport Lösungen erarbeiten, um die Anforderungen der Bildungseinrichtungen an die Ärzteschaft zu reduzieren. Darüber hinaus sollten die KBV und der GKV-Spitzenverband Maßnahmen entwickeln, um die Bürokratie im Bereich der Krankenkassen reduzieren. Denkbar sind hier u.a. die Erarbeitung von Möglichkeiten, wie die Unübersichtlichkeit bezüglich der verschiedenen Krankenkassen mit deren jeweils individuellen Satzungsleistungen reduziert werden kann, die Angleichung von Formularen verschiedener Krankenkassen oder die Reduzierung der Krankenkassenanfragen und Dokumentationspflichten. Zusätzlich sollten Maßnahmen zur Unterstützung von Praxen im Bereich Praxismanagement und Digitalisierung geschaffen werden. Die KVBW bietet bereits Maßnahmen zur Unterstützung der Ärzteschaft an.[8889] Es sollte überprüft werden, ob diese ausreichend bekannt sind und von der Ärzteschaft in Anspruch genommen werden. Zusätzlich sollte das Angebot regelmäßig hinsichtlich Nutzerfreundlichkeit, Angemessenheit und Wirksamkeit evaluiert werden. Darüber hinaus ist die Umsetzung der zentralen und abgestimmten Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege ein weiterer relevanter Ansatzpunkt.[90] Allgemein wäre es in dem Zusammenhang wünschenswert, nur reife und praxistaugliche digitale Angebote in Praxen einzuführen. Darüber hinaus müssen sich neue Anwendungen möglichst einfach und nahtlos in vorhandene Praxisabläufe und IT-Prozesse einfügen lassen. Ebenfalls entscheidend ist eine ansprechende Gestaltung und intuitive Nutzerführung. Außerdem wäre es hilfreich, wenn die Praxen bei der Implementierung begleitet werden. Für die Einführung digitaler Anwendungen sollte ebenfalls Zeit fürs Ausprobieren und Lernen eingeplant werden sowie das ganze Team und ggf. auch die Patientinnen und Patienten einbezogen werden. Dabei ist vor allem die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz bei den Bürgerinnen und Bürgern im Allgemeinen und der Angehörigen der Heilberufe im Speziellen wichtig. Die im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz beschriebene strukturelle und programmatische Verankerung der Förderung von Gesundheitskompetenz muss konsequent in allen Bereichen des Bildungssystems erfolgen.

[88] https://www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/praxismanagement [10.08.2023]
[89] https://www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/it-online-dienste [10.08.2023]
[90] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierungsstrategie.html [10.08.2023]

Auf kommunaler Ebene sollten ebenfalls Maßnahmen zur Unterstützung von Praxen im Bereich Praxismanagement und Digitalisierung greifen. Die Ärzteschaft könnte in Zusammenarbeit mit der KVBW einen niederschwelligen Austausch zwischen den Arztpraxen bezüglich Praxismanagement und Digitalisierung initiieren (Stammtische, Hospitationen von Best Practice Beispielen). Die Ärzteschaft im Ortenaukreis sollte die Maßnahmen zur Unterstützung von Praxen im Bereich Praxismanagement und Digitalisierung der KVBW regelmäßig nutzen und prüfen sowie Verbesserungsvorschläge an die KVBW geben, damit diese entsprechend weiterentwickelt werden können. Auch die Förderung und Steigerung des Bekanntheitsgrades von regionalen und überregionalen Unterstützungsleistungen wie z.B. „Der Praxisservice. Von Ärzten konzipiert. Für Ärzte und Praxen gemacht." des Gesunden Kinzigtal oder „Die PVS. Von Ärzten für Ärzte." könnte eine weitere Maßnahme sein. Hinsichtlich der Förderungen der digitalen Gesundheitskompetenz bei den Bürgerinnen und Bürgern im Allgemeinen und der Angehörigen der Heilberufe im Speziellen könnte die Weiterführung des bestehenden Projektes „Gesund und Digital @ländlicher Raum" im Ortenaukreis angestrebt werden. Perspektivisch sollte sich mit diesem Thema ebenfalls die AG „Gesundheitskompetenz" der KGK Ortenaukreis beschäftigen.

5. Optimierung der sektorenübergreifenden und interprofessionellen gesundheitlichen Versorgung

Der sich vollziehende Wandel in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen geht auf die zunehmende Komplexität der Krankheiten, die Erweiterung von Versorgungsaufgaben (siehe 2.1), den bestehenden Fachkräftemangel (siehe 2.3 und 2.5) und begrenzte finanzielle Ressourcen zurück. Diese Faktoren verdeutlichen die Notwendigkeit einer interprofessionellen Kooperation, einer Zusammenarbeit ärztlicher und nichtärztlicher Berufe sowie einer Koordination der Behandlungsschritte über die Grenzen bestehender Sektoren und der Sozialgesetzbücher hinweg. Die Forderungen nach einer sektorenübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit sind bereits seit langem bestehend.

Die Grundlage für eine sektorenübergreifende und interprofessionelle gesundheitliche Versorgung ist die Schaffung von strukturellen, rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen sowie der konsequente Ausbau der Digitalisierung für eine bessere Vernetzung durch eine schnellere sowie sichere Kommunikation im Gesundheitswesen. Darüber hinaus könnte die Etablierung von professionsübergreifenden Ausbildungen entscheidend sein. Eine weitere Maßnahme ist die Optimierung der Ressourcennutzung durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen in der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung. Es sollte geprüft werden, wie die Einschulungsuntersuchung beim Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes

und die Gesundheitsuntersuchungen bei den Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten besser aufeinander abgestimmt und somit Ressourcen ggf. eingespart werden können.

Konkret auf der kommunalen Ebene könnte die sektorenübergreifende und interprofessionelle Vernetzung durch die Förderung der Akzeptanz hinsichtlich der Delegation von Aufgaben auf Seiten der Patientinnen und Patienten sowie der Ärzteschaft und nicht-ärztlichen Berufsgruppen und die Organisation von regelmäßigen, professionsübergreifenden Veranstaltungen gefördert werden. Weitere relevante Maßnahmen könnten die Entwicklung von Flyern mit Ansprechpartnern und Erreichbarkeiten sowie die Schaffung von zugänglichen Durchwahlen und leichter Erreichbarkeit für Gespräche der Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten mit der weiteren Fachärzteschaft, Hausärztinnen und Hausärzten sowie mit Kliniken sein. Zusätzlich sollte die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten mit dem ÖGD und mit Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern optimiert werden.

6. Förderung von innovativen Gesundheitsangeboten wie Gesundheitskioske und/oder Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen

In der derzeitigen Debatte um politische Reformschritte im Gesundheitswesen steht insbesondere die Etablierung von sogenannten Gesundheitskiosken in dem Mittelpunkt. Dabei handelt es sich um zentrale Anlaufstellen, die vor allem in sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen eine koordinierte, lebensweltorientierte Versorgung und Beratung forcieren und ein Netzwerk von Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens schaffen. Ein Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)[91] liegt bereits vor. Neben Gesundheitskiosken sind Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen deutschlandweit sowie international bereits vielfach im Rahmen von innovativen Versorgungsprojekten erprobt. Diese zielen auf eine verbesserte Koordination, Kommunikation und vernetzte Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ab.

Zur Einrichtung von innovativen Versorgungsangeboten wie Gesundheitskiosken und/oder Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen müssen auf Bundes- und Landesebene organisatorische, finanzielle und rechtliche Voraussetzungen geschaffen werden. In diesem Zuge wird die Weiterentwicklung des Referentenentwurfes des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) zu einem Gesetzesentwurf und dessen Umsetzung gefordert.

[91] Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (2023): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Auf kommunaler Ebene bedarf es eine intensive Verfolgung der Entwicklung des Referentenentwurfes des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune“ (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) zu einem Regierungsentwurf und dessen Umsetzung durch den Landkreis (KGK). Auch wäre die Entwicklung eines strategischen Gesamtkonzepts für den Ortenaukreis bezüglich der gesundheitlichen Versorgung inklusive der Einführung von Gesundheitskiosken durch die KGK unter Einbezug aller relevanten Akteurinnen und Akteuren wünschenswert. Die Vermeidung von Doppelstrukturen und das Zusammenführen von Angeboten mit gleicher Zielstellungen sind essentiell, um unter den aktuellen Bedingungen eine gesundheitliche Versorgung sicherstellen zu können. Eine effiziente Ressourcenallokation und somit ein verhältnismäßiges sowie wirtschaftliches Vorgehen sollten angestrebt werden.

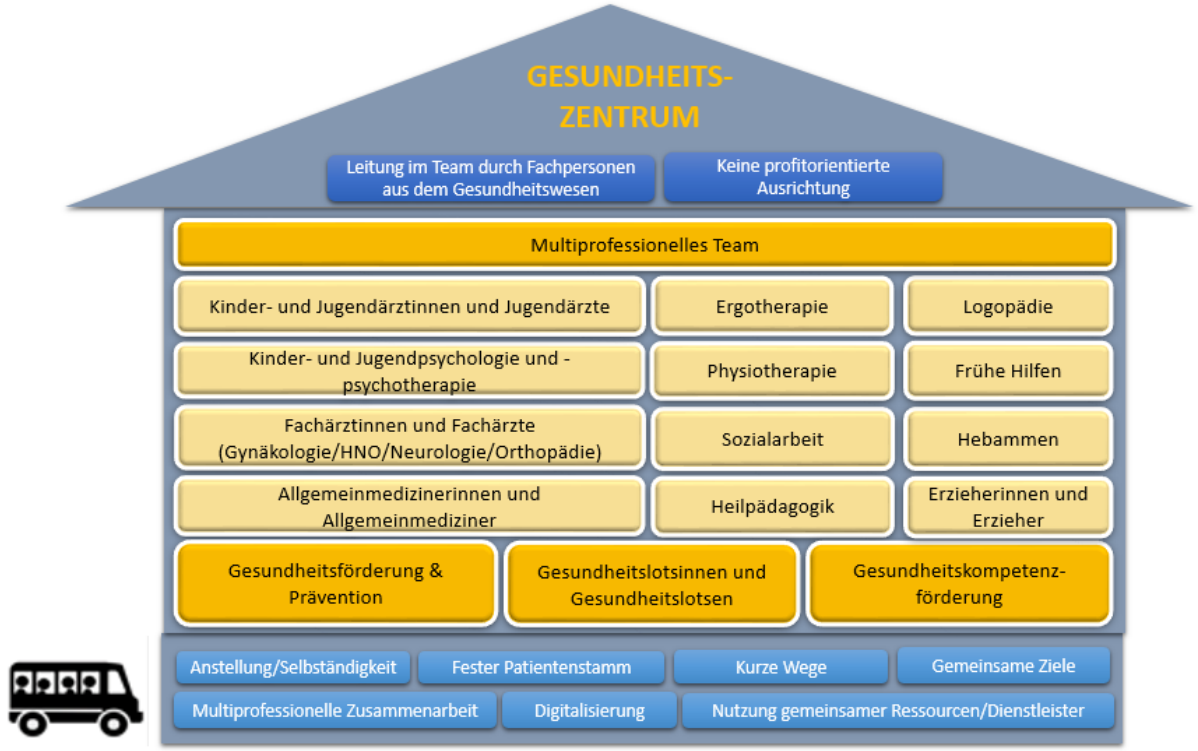
7. Einrichtung von Patientenorientierten Gesundheitszentren

Um die gesundheitliche Primär- und Langzeitversorgung für die Zukunft sicherzustellen, wird die Einrichtung von Patientenorientierten Gesundheitszentren gefordert. Diese Zentren sind auf den regionalen Bedarf abgestimmt und bieten eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ an und entwickeln diese stetig weiter. Sie unterstützen die Patientinnen und den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung, setzen auf multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe und neue Potenziale der Digitalisierung. Zudem verknüpfen sie Prävention, Gesundheitsförderung und medizinisch-pflegerische Versorgung über eine gute kommunale Einbindung. Das wichtige an diesen Zentren ist, dass hier die Patientinnen bzw. der Patient im Mittelpunkt der Versorgung stehen soll. Die Gesundheitsversorgung soll konsequent patientenorientiert und nicht in Abhängigkeit der Logik von einzelnen Sektoren und deren Vergütungssystemen erfolgen. Zudem wird hierin eine Möglichkeit gesehen, jungen Ärztinnen und Ärzten entsprechende Lebens- und Arbeitsvorstellungen zu bieten und diese, aber auch andere Gesundheitsfachberufe für den ländlichen Raum zu gewinnen. Aufgrund der Ergebnisse der Bestands- und Bedarfsanalyse sollte die Errichtung eines Patientenorientierten Gesundheitszentrum mit dem Schwerpunkt der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung als ein langfristiges innovatives Versorgungskonzept in Betracht gezogen werden. Konkrete Maßnahmen auf Landes- und Bundesebene sowie auf kommunaler Ebene müssen bereits jetzt angegangen werden.

Auf Landes- und Bundesebene müssen Voraussetzungen für die Implementierung und Ausgestaltung von patientenorientierten Gesundheitszentren im deutschen Gesundheitswesen geschaffen werden.

Auf kommunaler Ebene muss ein strategisches Gesamtkonzept bezüglich der gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis durch die KGK unter Einbezug aller relevanten Akteurinnen und Akteure entwickelt werden. Die Kinder- und Jugendärzteschaft kann sich eine Einrichtung eines Patientenorientierten Gesundheitszentrums zur Sicherstellung der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung unter konkreten Bedingungen überwiegend vorstellen (siehe Abbildung 19).

Abbildung 19: Konzept für ein Patientenorientiertes Gesundheitszentrum für die Kinder- und Jugendärztliche Versorgung um Ortenaukreis



Das Zentrum muss in die lokalen Strukturen integriert werden. Die Initiative sollte von dem Landkreis in enger Zusammenarbeit mit den im Landkreis tätigen Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten erfolgen. Das Zentrum sollte gemeinwohlorientiert und nicht auf Profitmaximierung ausgerichtet sein. Es wird keine ausschließlich wirtschaftliche Leitung und Koordination gewünscht. Eine Aufteilung der Leitung und Koordination auf mehrere Personen (Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Pädagoginnen und Pädagogen und Verwaltung) sollte erfolgen. Mit folgenden Leistungserbringenden würde die Ärzteschaft gerne zusammenarbeiten: Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten, Kinder- und Jugendpsychologinnen und Psychologen und Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachärztinnen und Fachärzte (Gynäkologie/HNO/Neurologie/Orthopädie), Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Nicht-

ärztliche Heilberufe (z.B. Ergotherapie, Hebammenkunde, Heilpädagogik), Frühe Hilfen, Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsförderung, Prävention und der Gesundheitskompetenzförderung. Es sollte geprüft werden, inwieweit Möglichkeiten bestehen, verschiedene Leistungsbereiche zu integrieren. Hierbei ist es wichtig, dass Leistungserbringende wie z.B. Hebammen oder auch die Ärzteschaft die Möglichkeit haben, als Angestellte oder freiberuflich im Zentrum arbeiten zu können. Die Kinder- und Jugendärzteschaft möchte weiterhin ihren festen Patientenstamm haben. Eine ärztliche Ansprechpartnerin oder einen ärztlichen Ansprechpartner ist für die Versorgung von Familien und Kindern essentiell. Für eine gelingende multiprofessionelle Zusammenarbeit darf das Zentrum nicht zu groß sein, d.h. die Übersichtlichkeit an Leistungserbringenden sowie kurze Wege müssen sowohl für die Leistungserbringenden selbst, als auch für die Familien mit Kindern, unter besonderer Berücksichtigung von vulnerablen Zielgruppen, gegeben sein. Eine gemeinsame Nutzung von Ressourcen u.a. durch outsourcen von verwaltungsbezogenen und bürokratischen Aufgaben an eine oder mehrere verantwortliche Personen wäre wünschenswert. Die an der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung beteiligten Leistungserbringenden innerhalb und außerhalb des Zentrums müssen zusammenarbeiten. Damit dies gelingt bedarf es einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe durch Klärung von einzelnen Kompetenzen und Zuständigkeitsbereichen, durch eine gute Strukturierung innerhalb des Zentrums und durch abgestimmte Absprachen zwischen den einzelnen Professionen. Es müssen gemeinsame Ziele/ ein gemeinsames Leitbild definiert sowie teambildende Maßnahmen durchgeführt werden. Dazu ist es sinnvoll, wenn insbesondere Leistungserbringende, sich im Vorfeld der Zusammenarbeit versichern, dass elementare Grundeinstellungen übereinstimmen. Nur so kann eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit den gleichen Zielen gelingen. Das Gesundheitszentrum sollte zu einem Ort der Begegnung weiterentwickelt werden. Als gesundheitskompetente Einrichtung[92] sollte das Zentrum gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen für das Personal vorhalten und den Zugang für Menschen mit alters-, behinderungs- oder krankheitsbedingten Beeinträchtigungen sowie für Menschen mit mangelhaften Deutschkenntnissen bzw. Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz ermöglichen.

Eine weitere Möglichkeit hinsichtlich der Etablierung von Patientenorientierten Gesundheitszentren ist, die bestehenden MVZ im Ortenaukreis zu Patientenorientierten Gesundheitszentren weiterzuentwickeln und Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzte zu integrieren (115). Bei der Weiterentwicklung sollten die zuvor dargestellten Aspekte berücksichtigt werden. Der Geschäftsführer der Ortenau MVZ wird beauftragt freiwerdende, nicht durch andere

[92] https://ewiko-gesundheitskompetenz.de/wp-content/uploads/2022/02/EwiKo_Toolbox-Gesundheitsversorgung_Version-1.pdf [04.08.2022]

Niedergelassene besetzbare Zulassungen im Bereich Kinder- und Jugendmedizin zu übernehmen und in die Struktur der Ortenau MVZ zu integrieren. Notwendige Investitionen und Ausgleich eines operativen wirtschaftlichen Defizits werden durch Mittel der zweiten Säule getragen. Zur ärztlichen Besetzung wird eine Kooperation mit der Kinderklinik des Ortenau Klinikums angestrebt.

Die dargestellten Handlungsempfehlungen wurden bereits in der AG „Sicherstellung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung im Ortenaukreis“ vorgestellt und diskutiert. Die Vorstellung in weiteren Gremien wie dem Lenkungskreis der KGK, dem Plenum der KGK und dem Sozialausschuss folgt im Jahr 2023/2024. Im Rahmen dieser Gremien wird über die Umsetzung der Handlungsempfehlungen sowie Maßnahmen auf kommunaler Ebene entschieden.

An dieser Stelle wird nochmal darauf hingewiesen, dass durch die Umsetzung der Handlungsempfehlungen, ein Beitrag zur Sicherstellung der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im Ortenaukreis geleistet werden kann. Es wurden speziell Maßnahmen beschrieben, wie dem Fachkräftemangel insbesondere bei den Kinder- und Jugendärztinnen und Jugendärzten und bei den MFA entgegengewirkt und gleichzeitig den vielen Aufgaben, dem ansteigenden Bedarf und der zunehmenden Inanspruchnahme an Versorgungsleistungen begegnet werden kann.

Literatur

1. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Fläche seit 1996 nach tatsächlicher Nutzung; 2023 [Stand: 05.09.2023]. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GebietFlaeche/015152xx.tab?R=KR317.
2. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Bevölkerung nach Nationalität - vierteljährlich; 2023 [Stand: 05.09.2023]. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Bevoelkerung/01035055.tab?R=KR317.
3. Gruhl M. Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen; 2022 [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-05/Expertise_Prim%C3%A4rversorgungszentren_%20RobertBoschStiftung_April%202022.pdf.
4. Fischbach T, Fehr F, Fegeler U. Flächendeckende ambulante pädiatrische Versorgung in Deutschland. Monatsschr Kinderheilkd 2018; 166(2):108–15. doi: 10.1007/s00112-017-0428-4.
5. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages. Zum Mangel an der fachärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin 2022 [Stand: 24.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/927138/cd9d4ee27b973afb9ea3b56426fb4288/WD-9-079-22-pdf-data.pdf.
6. Landesgesundheitskonferenz Baden-Württemberg. AG Standortfaktor Gesundheit: Bericht der Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen.; 2010 [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Download/PG-Berichte/Kommunale_Gesundheitskonferenzen.pdf.
7. Storm A, Greiner W, Witte J, Batram M, Dankhoff M, Hasemann L, Hrsg. Kinder- und Jugendreport 2021. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Suchterkrankungen. 1. Auflage. Heidelberg: medhochzwei Verlag; 2021. (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und VersorgungsforschungBand 36).
8. Philippi A. Krise der pädiatrischen Versorgung durch ökonomische Zwänge. In: Stiftung Kinder Gesundheitt, Hrsg. Kindergesundheitsbericht der Stiftung Kindergesundheit 2022. Berlin; 2022 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: http://s144625188.online.de/stiftung-kindergesundheit/RZ_220909_Stiftung%20Kindergesundheit_Online_Gesamt.pdf.
9. Robert Koch-Institut. Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends; 2018.

10. Fegeler U, Jäger-Roman E, Martin R, Nentwich H-J. Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung. Monatsschr Kinderheilkd 2014; 162(12):1117–30. doi: 10.1007/s00112-014-3258-7.

11. Spranger J, Zepp F. Basiskonzepte der Kinder- und Jugendmedizin. In: Hoffmann GF, Lentze MJ, Spranger J, Zepp F, Berner R, Hrsg. Pädiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020. S. 3–7 (Springer Reference Medizin).

12. Brockmann K, Schlack HG, Deneke C, Aksu F. Soziale Faktoren und „neue Morbidität". In: Hoffmann GF, Lentze MJ, Spranger J, Zepp F, Berner R, Hrsg. Pädiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020. S. 205–17 (Springer Reference Medizin).

13. Resch F, Parzer P. Neue Morbidität und Zeitgeist: Zum Problem des emotionalen Dialogs in sozialen Entwicklungsräumen. 2018 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.escap.eu/uploads/Resources-disorders/neue-morbidita-t-und-zeitgeist.pdf.

14. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche; 2023 [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern.html.

15. Lawrenz B. Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland. Pädiatrie up2date 2020; 15(01):11–28. doi: 10.1055/a-0892-5455.

16. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages. Einführung verpflichtender Kindervorsorgeuntersuchungen?: Überblick über die Verfassungs- und Rechtslage; 2014 [Stand: 06.09.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/406316/8f4c316937f69892c86fce34c6946d28/wd-3-143-14-pdf-data.pdf.

17. Ständige Impfkommission. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2023. Epid Bull 2023; (4):3–68 [Stand: 28.08.2023]. Verfügbar unter: DOI 10.25646/10829.3.

18. Robert Koch-Institut. STIKO-Empfehlungen-Historie; 2018. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Poster/Poster_Stiko_Hist.pdf?__blob=publicationFile.

19. Akmatov MK, Hu E, Holstiege J, Kohring C, Dammertz L, Heuer J et al. Impfungen von Kindern und Jugendlichen in der vertragsärztlichen Versorgung – Versorgungsanteile relevanter Haus- und Facharztgruppen, 2012 bis 2021; 2022.

20. Rieck T, Feig M, Siedler A. Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus der RKI-Impfsurveillance. Epid Bull 2022; (48):3–25 [Stand: 28.08.2023]. Verfügbar unter: DOI 10.25646/10838.

21. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung: Ziele und Zuständigkeiten in der Bedarfsplanung [Warum gibt es die Bedarfsplanung?]; 2023a [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#warum-gibt-es-bedarfsplanung.

22. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung; 2023b [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/.

23. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung: Bedarfsplanung - ein Ineinandergreifen verschiedener Steuerungsmöglichkeiten; 2023c [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/.

24. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung: Bundeseinheitlicher Planungsrahmen des G-BA [Inwiefern können bei der Bedarfsplanung lokale und regionale Besonderheiten berücksichtigt werden?]; 2023d [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#inwiefern-konnen-bei-der-bedarfsplanung-lokale-und-regionale-besonderheiten-berucksichtigt-werden.

25. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung: Bundeseinheitlicher Planungsrahmen des G-BA [Wird die Bedarfsplanungs-Richtlinie regelmäßig aktualisiert und weiterentwickelt?]; 2023e [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#wird-die-bedarfsplanungs-richtlinie-regelmasig-aktualisiert-und-weiterentwickelt.

26. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung: Bundeseinheitlicher Planungsrahmen des G-BA [Warum sind die Planungsbereiche für die hausärztliche Versorgung kleiner als für die fachärztliche?]; 2023f [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#warum-sind-die-planungsbereiche-fur-die-hausarztliche-versorgung-kleiner-als-fur-die-facharztliche.

27. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung: Bundeseinheitlicher Planungsrahmen des G-BA [Was ist der Versorgungsgrad und wie wird er ermittelt?]; 2023g [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.g-

ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#was-ist-der-versorgungsgrad-und-wie-wird-er-ermittelt.

28. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung: Bundeseinheitlicher Planungsrahmen des G-BA [Welche Bedeutung haben die ermittelten Versorgungsgrade?]; 2023h [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#welche-bedeutung-haben-die-ermittelten-versorgungsgrade.
29. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung: Bundeseinheitlicher Planungsrahmen des G-BA [Wie definiert der G-BA "Unterversorgung"?]; 2023i [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#wie-definiert-der-g-ba-unterversorgung.
30. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Offen oder gesperrt?: Offene und gesperrte Bereiche in Baden-Württemberg; 2023 [Stand: 25.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/bedarfsplanung-offen-oder-gesperrt.
31. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung: Bundeseinheitlicher Planungsrahmen des G-BA [Was kann der G-BA mit seiner Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht beeinflussen?]; 2023j. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#was-kann-der-g-ba-mit-seiner-bedarfsplanungs-richtlinie-nicht-beeinflussen.
32. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung: Bundeseinheitlicher Planungsrahmen des G-BA [Welche Maßnahmen greifen bei einer (drohenden) Unterversorgung?]; 2023k. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/bedarfsplanungsrichtlinie/#welche-masnahmen-greifen-bei-einer-drohenden-unterversorgung.
33. Dorbath M, Frien E, Kiunke G, Lupo C, Larosa R, Portenhauser F et al. Die ambulante Versorgung 2022: Bericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) 2022.
34. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Geburten und Sterbefälle; 2022a [Stand: 13.07.2023]. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GeburtSterben/.
35. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Geburten und Sterbefälle.: Lebendgeborene und Gestorbene nach Geschlecht.; 2023 [Stand: 06.09.2023]. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GeburtSterben/01065015.tab?R=KR317.

36. Statistisches Bundesamt. Geburtenrückgang setzt sich 2023 fort.; 2023. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/geburten-aktuell.html.

37. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Migration und Nationalität.; 2022b [Stand: 13.07.2023]. Verfügbar unter: https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/MigrNation/.

38. Koschollek C, Bartig S, Rommel A, Santos-Hövener C, Lampert T. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2; 2019 [Stand: 01.08.2023].

39. Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Bajbouj M, Plener PL. Psychische Störungen bei MigrantInnen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2020; 48(6):453–7. doi: 10.1024/1422-4917/a000769.

40. Nolting H-D, Ochmann RR, Zich K. Gesundheitszentren für Deutschland: Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2021.

41. Kerbl R, Diesner-Treiber S, Voitl P. Ambulante Pädiatrie – Chancen und Grenzen. Monatsschr Kinderheilkd 2022; 170(9):779–82. doi: 10.1007/s00112-022-01571-z.

42. Merten M. KBV-Prognose: Versorgung 2030 in Gefahr?; 2016. Verfügbar unter: https://www.aerztezeitung.de/Politik/Versorgung-2030-in-Gefahr-295573.html.

43. Zepp F, Krägeloh-Mann I. Perspektiven der ambulanten pädiatrischen Versorgung. Monatsschr Kinderheilkd 2018; 166(2):101–3. doi: 10.1007/s00112-018-0436-z.

44. Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. 1. Auflage. Berlin: Robert Koch-Institut; 2015. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

45. Fendrich K, van den Berg N, Siewert U, Hoffmann W. Demografischer Wandel: Anforderungen an das Versorgungssystem und Lösungsansätze am Beispiel Mecklenburg-Vorpommern. Bundesgesundheitsbl. 2010; 53(5):479–85. doi: 10.1007/s00103-010-1051-x.

46. Blum M. Ärztestatistik 2022: Warten auf die Wende. Deutsches Ärzteblatt 2023; 120(19) [Stand: 28.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/231119/Aerztestatistik-2022-Warten-auf-die-Wende.

47. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Gesundheitsdaten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden immer älter; 2023 [Stand: 09.05.2023]. Verfügbar unter: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php.

48. Bundesärztekammer. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2022: Warten auf die Wende; 2022 [Stand: 28.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2022.

49. Dräger S, Gibis B, Jacob R, Kopp J, Trebar B. Zur Situation der angestellten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor in Deutschland: Ergebnisse einer empirischen Studie. Gesundheitswesen 2021; 83(6):425–31. doi: 10.1055/a-1005-7262.

50. Statistisches Bundesamt. Ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte arbeitete 2018 mehr als 48 Stunden pro Woche: Pressemitteilung Nr. N 019 vom 24. April 2020; 2020. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/04/PD20_N019_231.html.

51. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Arztzeit-Mangel. Warum immer weniger Zeit für die Patientenversorgung da ist.; 2023. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/themen_38343.php.

52. Hahn U, Müller T, Awe B, Koch J. Angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung – Trends, Status quo und Auswirkungen. Gesundh ökon Qual manag 2017; 22(02):93–103. doi: 10.1055/s-0042-113352.

53. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018 2019.

54. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. Gemeinsame Erklärung des Fachsymposiums Kinder- und Jugendgesundheit vom 25. Juli 2023. 2023 [Stand: 28.08.2023]. Verfügbar unter: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Anhang_PM/230725_Gemeinsame-Erklaerung_Fachsymposium-Kinder-Jugendgesundheit.pdf.

55. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kindertagesbetreuung Kompakt: Ausbaustand und Bedarf 2022 2023 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/228470/dc2219705eeb5b8b9c117ce3f7e7bc05/kindertagesbetreuung-kompakt-ausbaustand-und-bedarf-2022-data.pdf.

56. Städtetag Baden-Württemberg. Presseinformation: Handeln statt Lamentieren: Ideen für die Zukunft der Kinderbetreuung.; 2023 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.staedtetag-bw.de/PDF/Handeln_statt_Lamentieren_Ideen_f%C3%BCr_die_Zukunft_der_Kinderbetreuung.PDF?ObjSvrID=3335&ObjID=20857&ObjLa=1&Ext=PDF&WTR=1&_ts=1678964184.

57. Bertelsmann Stiftung. 2023 fehlen in Deutschland rund 384.000 Kita-Plätze; 2022 [Stand: 08.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2022/oktober/2023-fehlen-in-deutschland-rund-384000-kita-plaetze.

58. Hans-Böckler-Stiftung. Kinderbetreuung: 57% der erwerbstätigen Eltern mit Schließungen oder verkürzten Betreuungszeiten konfrontiert.; 2023 [Stand: 08.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/de/pressemitteilungen-2675-kinderbetreuung-51190.htm.

59. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Gesundheitsdaten: Die Medizin wird weiblich; 2023 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php.

60. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Pressemitteilung: Kinder- und Jugendärzte fordern: "Kinder- und Jugendärztemangel mit mehr Medizin- Studienplätzen und Bürokratieabbau bekämpfen!“; 2021 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bvkj.de/politik-und-presse/nachrichten/146-2021-04-19-kinder-und-jugendaerzte-fordernkinder-und-jugendaerztemangel-mit-mehr-medizin-studienplaetzen-und-buerokratieabbau-bekaempfen.

61. Landesärztekammer Baden-Württemberg. Gesundheitsversorgung sichern: Ärztekammer fordert mehr Medizin-Studienplätze; 2022 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.aerztekammer-bw.de/aerztekammer-fordert-mehr-medizin-studienplaetze-6e44715bca804775.

62. Deutscher Ärzteverlag GmbH. Medizinstudierende gegen Erhöhung der Studienplatzzahlen; 2023 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140522/Medizinstudierende-gegen-Erhoehung-der-Studienplatzzahlen.

63. Weiß-Becker C. Sektorenübergreifende Pädiatrie: Weiterbildungsverbünde von Praxen und Kliniken. In: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Hrsg. Schwerpunktthema 2020: Pädiatrische Wege und Welten; 2020 [Stand: 29.08.2023].

64. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Hrsg. Schwerpunktthema 2020: Pädiatrische Wege und Welten; 2020 [Stand: 29.08.2023].

65. Verband medizinischer Fachberufe e.V. Berufswunsch Medizinische/r Fachangestellte/r; 2020.

66. Landesärztekammer Baden-Württemberg. Bericht: Medizinische Fachangestellte dringend gesucht!; 2023 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.aerztekammer-bw.de/bericht-medizinische-fachangestellte-dringend-gesucht-a8fb56b038ec6ac2.

67. Vu-Eickmann P, Loerbroks A. Medizinische Fachangestellte: Ein Überblick über die psychosozialen Arbeitsbedingungen dieser Berufsgruppe sowie mögliche Implikationen. In: Angerer P, Gündel H, Brandenburg S, Nienhaus A, Letzel S, Nowak D, Hrsg. Arbeiten im Gesundheitswesen: Psychosoziale Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung. Landsberg: ecomed Medizin; 2019.

68. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Medizinische Fachangestellte: Ein Beruf mit Zukunft. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH; 2016 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://api.blaek.de/content/medien/jascly-bezl15248086939erotlbfal1000/mfa-broschuere-baek.pdf.

69. Bundesinstitut für Berufsbildung. Pressemitteilung: Medizinische Fachangestellte und Kfz-Mechatroniker auf Rang 1 [BIBB-Ranglisten der Ausbildungsberufe nach Neuabschlüssen]; 2022 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bibb.de/de/pressemitteilung_153004.php.

70. Oettel J, Zschille M, Leibner M, Wolf R. Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung; 2021 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Migration/Zi-Paper_23-2022_MFA_Ausbildung.pdf.

71. Oettel J, Zschille M, Leibner M. Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Praxen und Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung; 2022 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/Migration/Zi-Paper_23-2022_MFA_Ausbildung.pdf.

72. Mergenthal K, Güthlin C. Einflussgrößen auf die Arbeitszufriedenheit von Medizinischen Fachangestellten. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2021; 167:78–85. doi: 10.1016/j.zefq.2021.09.006.

73. Dietzen A. Soziale Kompetenz Medizinischer Fachangestellter: Was genau ist das und wie kann man sie messen?: In: bwp@ Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich; 2015.

74. Schaeffer D, Pelikan JM, Hrsg. Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven. 1. Auflage. Bern: Hogrefe; 2017. Verfügbar unter: http://bvbr.bib-bvb.de:8991/exlibris/aleph/a23_1/apache_media/JQA18XVU99VJUY2X3MC2V4TQYA9K48.pdf.

75. Hurrelmann K, Klinger J, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.; 2020 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://doi.org/10.4119/unibi/2950303.

76. Schaeffer D, Berens E-M, Gille S, et al. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2.: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung; 2021.

77. Lutz N. Elterliche Gesundheitskompetenz: Befunde zu Beratungsangeboten - Perspektiven durch PORT Gesundheitszentren. Wiesbaden: Springer; 2022.

78. Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und Kolpatzik, K. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken; 2018.

79. Adam, Y., Berens, E.-M., Hurrelmann, K., Zeeb, H., Schaeffer, D. Strategiepapier #6 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt stärken: Fokus Migration.; 2019.

80. Schmidt-Kaehler, S., Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Pelikan, J. Strategiepapier #4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern.; 2019.

81. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e.V. Schulgesundheitspflege; 2018 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Schulgesundheitspflege.pdf.

82. Tannen A, Adam Y., Ebert J, Ewers M. Schulgesundheitspflege: Ein Modellprojekt in Brandenburg und Hessen Ergebnisse der Implementationsbegleitung.; 2018 [Stand: 29.08.2023]. Verfügbar unter: https://docplayer.org/183395987-Schulgesundheitspflege-ein-modellprojekt-in-brandenburg-und-hessen.html.

83. Paulus P, Petzel T. Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte Brandenburg Evaluation (Bereich Bildung); 2018.

84. Fröhlich-Gildhoff, K. & Böttinger, U. Prävention und Gesundheitsförderung als kommunale Gesamtstrategie. Konzept, Entwicklung und Evaluation des „Präventionsnetzwerks Ortenaukreis (PNO)". Freiburg: FEL.; 2018.

85. Marburger Bund. Bürokratie abbauen, Ärztinnen und Ärzte entlasten: Erste Ergebnisse der Task Force Entbürokratisierung des Marburger Bundes; 2023 [Stand: 20.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2023-05/Zwischenbericht%20Task%20Force%20Entb%C3%BCrokratisierung%20Marburger%20Bund_2.pdf.

86. Beerheide R. Bürokratieabbau: Wenig Entlastung bei Papierkram. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114(43) [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/194141/Buerokratieabbau-Wenig-Entlastung-bei-Papierkram.

87. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte beklagt weitere Verschlechterung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen: Fehlende Verlässlichkeit der Politik gefährdet Regeversorgung; 2022 [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bvkj.de/politik-und-presse/nachrichten/274-2022-09-27-berufsverband-der-kinder-und-jugendaerzte-beklagt-weitere-verschlechterung-der-versorgung-von-kindern-und-jugendlichen.

88. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Qualität fördern und nicht Bürokratie - Videoserie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung; 2021 [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_52268.php.

89. Gerlof H. Zwischen Frust und Fachkräftemangel. Orthop. Rheuma 2022; 25(5):60–2. doi: 10.1007/s15002-022-4141-x.

90. Korzilius H. Bürokratie in der Arztpraxis: 52 Millionen Stunden für Papierkram. Deutsches Ärzteblatt 2016; 113(48) [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/184325/Buerokratie-in-der-Arztpraxis-52-Millionen-Stunden-fuer-Papierkram.

91. Albrecht M, Otten M, Sander M, Temizdemir E. PraxisBarometer Digitalisierung 2020: Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. [Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung]: IGES Institut GmbH; 2020 [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e26423/e26424/e26426/attr_objs26428/IGES_KBV_Digitalbaromenter_2020_ger.pdf.

92. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Telematikinfrastruktur (TI) & E-Health. Digitale Vernetzung im Gesundheitswesen.; 2023 [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.kvbawue.de/praxis/unternehmen-praxis/it-online-dienste/telematikinfrastruktur-ti-e-health.

93. Bundesärztekammer. Telematikinfrastruktur und ihre Anwendungen; o.J. [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen/telematikinfrastruktur.

94. Deutsches Gesundheitsnetz. Die TI-Anwendungen im Überblick; 2023 [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.dgn.de/unternehmen/ti/ti-anwendungen-im-ueberblick/#:~:text=Versichertenstammdatenmanagement,%2C%20drohen%20Honorark%C3%BCrzungen%20von%201%20%25.

95. Bundesverband Medizintechnologie e.V. 13 Forderungen für eine starke Ambulante Versorgung: Qualität, Effizienz und Patientensicherheit in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen; 2021.

96. Haserück A. KBV-Bürokratieindex: Mehraufwand durch Digitalisierung. Deutsches Ärzteblatt 2022; 119(47) [Stand: 20.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/228583/KBV-Buerokratieindex-Mehraufwand-durch-Digitalisierung.

97. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). BIX 2022: eAU sorgt für deutlich mehr Bürokratie in den Arztpraxen; 2022 [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/2022_60813.php.

98. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Umfrage zeigt: Weiterhin große technische Probleme bei eAU und eRezept; 2022 [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_59631.php.

99. Bundesärztekammer. Digitale Anwendungen: Neue Versorgungsformen für Patientinnen und Patienten; o.J. [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen.

100. Heiß S, Rieser S. Digitale Innovationen im Praxistest.: Die Ergebnisse.; 2022 [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Zukunftspraxis_Bericht_WEB.pdf.

101. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Digitalisierung für Gesundheit: Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems [Gutachten 2021]; 2021.

102. Straub C, Hölscher A, Leyh G, Weineck S. Notwendige Schritte zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden Versorgung: 10-Punkte-Papier 2.0; 2022.

103. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Gemeinsam berufsübergreifend handeln - wie intersektorale Versorgung das Gesundheitssystem fit für die Zukunft machen kann: 2. Facharbeitsgruppenbericht "Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft"; 2022.

104. Behrend R, Maaz A, Sepke M, Peters H. Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: Jacobs K, Kuhlmey A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, Hrsg. Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020. S. 201–9.

105. Bundesverband Managed Care e.V. Gesundheitslotsen - Wegbegleiter für eine bessere Versorgung: Impulse zum Leistungsumfang, zur Qualifikation sowie zur organisatorischen und rechtlichen Verankerung von Gesundheitslotsen; 2023 [Stand: 20.08.2023].

Verfügbar unter: https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-01-12-BMC-Positionspapier-Gesundheitslotsen.pdf.

106. Bugaj T, Nikendei C. Practical Clinical Training in Skills Labs: Theory and Practice. GMS J Med Educ 2016; 4(33):1–21 [Stand: 07.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5003146/pdf/JME-33-63.pdf.

107. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 2018; 2018.

108. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Jahresgutachten 2000/2001; 2000/2001.

109. Dostal G. Gesundheitskiosk: erfolgsversprechendes Modell in der (ambulanten) Medizin? Niedrigschwelliger Zugang bringt Gesundheitsvorsorge und medizinische Versorgung zu Menschen.; 2023 [Stand: 26.07.2023]. Verfügbar unter: https://www.dostal-partner.de/Gesundheitskiosk-KU.pdf.

110. Klaehn A-K, Jaschke J, Freigang F, Arnold M. Cost-effectiveness of case management: a systematic review. Am J Manag Care 2022; 28(7):e271-e279. doi: 10.37765/ajmc.2022.89186.

111. Braeseke G, Huster S, Pflug C, Rieckhoff S, Ströttchen J, Nolting H-D et al. Studie zum Versorgungmanagement durch Patientenlotsen: Abschlussbericht für die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten: IGES Institut GmbH; 2018 [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018.pdf.

112. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Frühe Hilfen: Ein überblick; o.J. [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Infopapier-Fruehe-Hilfen-Ein-Ueberblick-bf.pdf.

113. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche: Gutachten 2014; 2014.

114. Robert Bosch Stiftung GmbH. PORT - Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung; 2021 [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2021-03/PORT-Flyer_012021.pdf.

115. BBK Dachverband. Integrative Versorgung: Primärversorgungszentren (PVZ) - integrativ medizinisch versorgt; 2023 [Stand: 30.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Positionspapiere/2023/BKK_Dachverband_Positionspapier_Primaerversorgungszentren__PVZ_.pdf.