

# Strategie und Umfrageergebnisse im Landkreis Ravensburg zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung 2025

Prof. Dr. Joachim Fischer  
Dr. André Baumgart  
Dr. Birgit Kramer



# Inhalt

Eine rasche Orientierung ermöglichen folgende Seiten in nachstehender Reihenfolge: 5, 6, 9, 13, 16, 24, 25, 27, 3, 4, 38

<b>A Das Wichtigste in Kürze .....</b>	<b>5</b>
<b>B Ausgangslage .....</b>	<b>6</b>
B.1 Historische Entwicklung seit 1990 .....	8
B.2 Folgen für die heutige Versorgungssituation.....	10
B.3 Herausforderungen: Nachwuchs und Digitalisierung .....	11
B.4 Politik und zukünftige Versorgungsstrukturen .....	13
B.5 Primärversorgungsinitiativen im Landkreis Ravensburg.....	14
<b>C Verlaufs- und Ist-Analyse der aktuellen Situation .....</b>	<b>16</b>
C.1 Herausforderung für Subsidiarität und kommunale Daseinsfürsorge.....	17
C.2 Analyse der objektiven Daten zur Versorgung.....	17
C.3 Zusammenfassung Analyse Umfrage Ärzt:innen.....	19
C.4 Zusammenfassung Analyse Umfrage Gemeinden .....	22
C.5 Synthese und Empfehlungen.....	24
<b>D Handlungsrichtungen und Strategische Maßnahmen.....</b>	<b>27</b>
H.1 Aufbau einer Primärversorgung in lokalen Versorgungsstrukturen.....	27
H.2 Einbezug der kommunalen Ressourcen.....	28
H.3 Prozessoptimierte sektorübergreifende Zusammenarbeit mit Delegation .....	29
H.4 Attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen für Fachpersonal.....	30
H.5 Echtzeit Informationen im Behandlungspfad („patient journey“).....	31
H.6 Digitale Unterstützung für sektorübergreifende Prozesse .....	32
H.7 Evidenzbasierte Gesundheitsförderung, Prävention und Frühintervention .....	33
H.8 Kommunale Vernetzung mit nicht-medizinischen Lebenswelten .....	34
H.9 Verständliche und verlässliche Gesundheitsinformation.....	35
H.10 Höhere Kapazität durch Zusammenwirken mit kommunalen Ressourcen.....	36
<b>E Projektumsetzung der Maßnahmen.....</b>	<b>38</b>
P.1 Etablierung einer lokalen Governance.....	39
P.2 Design bürger-zentrierter Prozesse .....	40
P.3 Aufbau des Digitalen Ökosystems.....	41
P.4 Rekrutierung von Kernpersonal.....	42
P.5 Entwicklung der räumlichen Infrastruktur .....	43
P.6 Integration von Serviceleistungen.....	44
P.7 Anbindung zivilgesellschaftlicher Ressourcen.....	45
P.8 Kontinuierliche Verbesserung.....	46
<b>F Über uns .....</b>	<b>48</b>
<b>G Projektumsetzungsplan .....</b>	<b>49</b>

© Praevidea GmbH 2023. Dieses Strategie-Dokument ist vertraulich und darf ohne Zustimmung der Autoren nur innerhalb des Landratsamtes Ravensburg weitergegeben werden.

# Vision, Ziele und Handlungsrichtungen

## Vision

Qualitativ hochwertige, bezahlbare  
wohnortnahe hausärztliche Versorgung  
im Landkreis Ravensburg sichern.

## Herausforderungen

- Notwendigkeit zur Strukturreform**  
Fachkräftemangel, Ambulanzisierung, Investoren, New Work, Kostensteigerung.
- Demografischer Wandel**  
der Bevölkerung / Fachkräfte mit Veränderung des Behandlungsspektrums (Multimorbidität)
- Technologischer und digitaler Wandel**  
mit zunehmendem Auseinanderklaffen zwischen Gesundheitswesen und anderen Wirtschaftssektoren
- Unausgeschöpfte Potenziale bei Prävention und Gesundheitsförderung**  
entlang der Lebensspanne
- Externe Makrofaktoren**  
mit Wirkung auf die Kommune und die gesundheitsbezogenen Lebensbedingungen  
z. B. Klimawandel, Pandemie, Energiekrise, Pandemien, Ferninformation

## Handlungsrichtungen

- H1** Aufbau einer **nachhaltigen Primärversorgung** durch Einbettung in die lokalen Versorgungsstrukturen
- H2** Einbezug der **kommunalen Ressourcen** und Stärkung funktionierender Lösungen
- H3** **Prozessoptimierte sektorübergreifende Zusammenarbeit** mit Delegation an nicht-ärztliches Fachpersonal
- H4** **Attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen** für Fachpersonal
- H5** Echtzeit **Informationen und Daten** im Behandlungspfad („patient journey“)
- H6** **Digitale Unterstützung** für sektorübergreifende Prozesse zur Effizienzsteigerung
- H7** **Evidenzbasierte Gesundheitsförderung**, Prävention und Frühintervention zur Stärkung von Autonomie und Teilhabe
- H8** **Kommunale Vernetzung** mit nicht-medizinischen Lebenswelten
- H9** Verfügbarkeit von verständlichen und verlässlichen **Gesundheitsinformation**
- H10** Erhöhung der **Kapazität des Systems** durch Zusammenwirken mit kommunalen Ressourcen

## Ziele

- Patientenzentriert**  
Lokal-angepasste bürger-nahe Versorgung
- Wirksam**  
Qualitativ hochwertige Primärversorgung
- Effektiv**  
Rechtzeitige, sichere zugängliche, effiziente Behandlung
- Integriert**  
Optimale Koordination in der Patient Journey

# Projekt: Handlungsrichtungen, Maßnahmen und Projektumsetzung

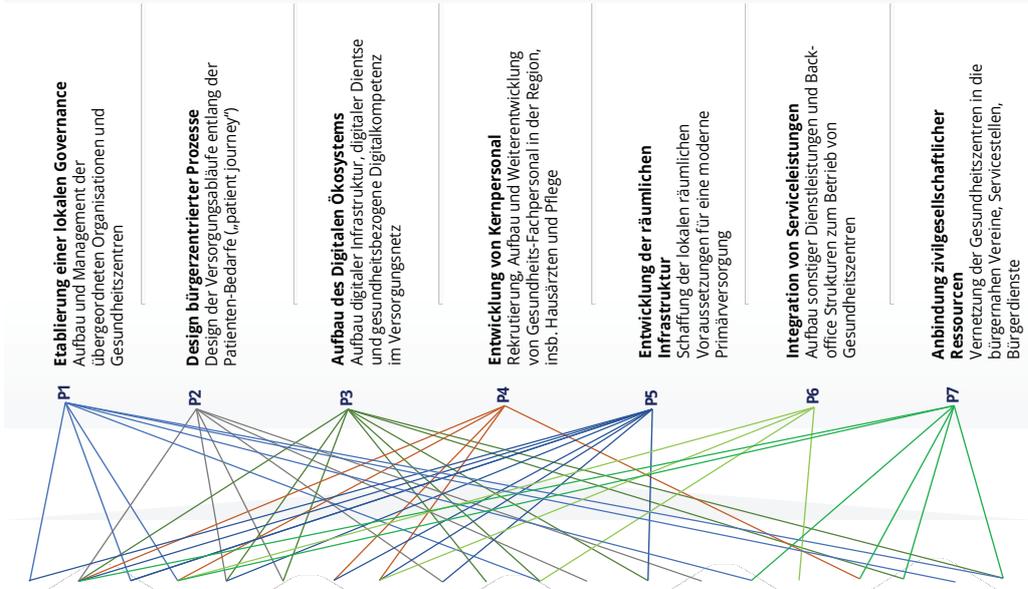
## Handlungsrichtungen

- H1** Aufbau einer **nachhaltigen Primärversorgung** durch Einbettung in die lokalen Versorgungsstrukturen
- H2** Einbezug der **kommunalen Ressourcen** und Stärkung funktionierender Lösungen
- H3** **Prozessoptimierte sektorübergreifende Zusammenarbeit** mit Delegation an nicht-ärztliches Fachpersonal
- H4** **Attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen** für Fachpersonal
- H5** Echtzeit **Informationen und Daten** im Behandlungspfad („patient journey“)
- H6** **Digitale Unterstützung** für sektorübergreifende Prozesse zur Effizienzsteigerung
- H7** **Evidenzbasierte Gesundheitsförderung**, Prävention und Frühintervention zur Stärkung von Autonomie und Teilhabe
- H8** **Kommunale Vernetzung** mit nicht-medizinischen Lebenswelten
- H9** Verfügbarkeit von verständlichen und verlässlichen **Gesundheitsinformation**
- H10** Erhöhung der **Kapazität des Systems** durch Zusammenwirken mit kommunalen Ressourcen

## Maßnahmen

- M1.1** Gründung von gemeinwohlorientierten Gesundheitszentren (patientenorientiert, evidenzbasiert, qualitätsgesichert)
- M1.2** Angemessene analoge und digitale Ressourcen für patientenzentrierte Prozesse und Abläufe
- M2.1** Aufbau einer Infrastruktur zur Nutzung der Informationen und Daten in Gemeinde/Landkreis
- M2.2** Einrichtung von wohnortsnahen ärztlichen Versorgungsstellen (Notfall, ambulant-stationär)
- M3.1** Integrierte Abläufe insb. für die multimorbide, chronische Versorgung
- M3.2** Koordinationsstelle zur Integration mit anderen nicht-ärztlichen, kommunalen Ressourcen (z.B. ambulante Pflege)
- M4.1** Versorgung in multi-professionellen Teams mit verstärkter Delegation und Substitution
- M4.2** Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen für Fachpersonal
- M5.1** Nutzung von Digitalisierung zur Erleichterung der Behandlungspfade
- M5.2** Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz der Bürger:innen.
- M6.1** Verlagerung von Sekundär- und administrativen Prozessen in spezialisiertes Back-Office
- M6.2** Digitalkompetenz und Umgang mit Lösungen bei Mitarbeitenden und Fachkräften
- M7.1** Intensivierter Einsatz von Digitalisierung in der Prävention (Ernährung, Bewegung, Psychosoziale Gesundheit)
- M7.2** Ausschöpfen der Möglichkeiten zur Finanzierung von Gesundheitsförderung
- M8.1** Systematischer Einbezug kommunaler Ressourcen mit Finanzierung aus dem Sozialgesetzgebung
- M8.2** Nutzung nicht-medizinischer Ressourcen in der Gemeinde, wie z.B. Kindertagesstätten oder Vereine
- M9.1** Kontinuierliche, mehrsprachige einfach verständliche evidenzbasierte Kommunikation
- M9.2** Kontinuierliche Weiterbildung des Personals in patientenzentrierter Kommunikation
- M10.1** Beitrag zur nachhaltigen Kommunalentwicklung als lebenswerte Lebenswelt
- M10.2** Bedarforientierte Entwicklung wissensbasierter Strategien durch bessere Daten (Qualitätsentwicklung der Versorgung)

## Projektumsetzung





# Das Wichtigste in Kürze

Dieses Strategie-Dokument beschreibt, wie im Landkreis Ravensburg unter Mitwirkung aller relevanten Akteure (u.a. Ärzt:innen, Gemeinden und ihren nicht-ärztlichen Ressourcen, KVBW, Landkreis) in zügig die Herausforderung adressiert werden kann, eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung nachhaltig sicherzustellen. Der Lösungsweg bezieht die übergeordneten gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen mit ein und berücksichtigt die Unterschiedlichkeit der Versorgungssituation zwischen Gemeinden / Städten im Landkreis.

Das Dokument beschreibt die erforderlichen Schritte zur Gründung eines Netzwerks von kommunal integrierten Gesundheitszentren (KIGZ) mit Schwerpunkt hausärztlicher Versorgung als Ankerpraxen sowie möglichen Satelliten in den kleinen Gemeinden. Dafür werden bestehende, zugelassene rechtliche Konstrukte und Vergütungsformen gewählt, wie etwa Medizinische Versorgungszentren unter dem Dach einer gemeinwohlorientierten Genossenschaft mit hohem Anteil an Hausarztverträgen.

Diese neuen Gesundheitszentren sind konzeptionell eine Erweiterung der Primäerversorgungszentren, im ärztlichen Anteil betrieben unter der Rechtsform der medizinischen Versorgungszentren mit angestelltem Personal. In allen Zentren sind die Arbeitsprozesse hoch digitalisiert und vereinheitlicht. Im Gegensatz zu den klassischen Primärversorgungszentren sind die Prozesse an den Bedarfen der Patient:innen oder gesunden Personen sektorübergreifend gestaltet - losgelöst von den tradierten Formen der Arbeitsaufteilung von Leistungserbringern in klassischen Vergütungsstrukturen. Delegation und Digitalisierung werden zum Nutzen der Bürger:innen und Bürger optimal eingesetzt.

Alle Back-Office Prozesse wie etwa Terminplanung, Abrechnung, Administration werden konsequent in zentrale Strukturen verlagert. Dies erfordert ein einheitliches „Betriebssystem“ sowie einheitliche Prozesse, in jedoch spezifischer Anpassung an die jeweiligen kommunalen Gegebenheiten. Die stärkere Einbindung nicht-ärztlicher Personen mit höherer Qualifikation, Verantwortung und damit auch Vergütung in multiprofessionellen Teams adressiert das Problem der fehlenden Fachkräfte. Insgesamt verbleibt für die persönliche Beziehung zwischen Arzt:innen und Patient:innen mehr unmittelbare Zeit.

Das Dokument beschreibt zunächst fünf übergeordnete gesellschaftliche Herausforderungen aus denen sich für den Landkreis 10 Handlungsrichtungen ableiten. Zu jeder Handlungsrichtung benennt das Dokument zwei Maßnahmen. Die konkrete Umsetzung im Projekt gruppiert die notwendigen Aktivitäten in acht thematischen Blöcken. Das Dokument schlägt für die Arbeitspakete eine zeitliche Abfolge vor, schätzt die erforderlichen Ressourcen für die Umsetzung und schlägt Verantwortlichkeiten vor.

**Das Ziel ist 2025 drei neue Gesundheitszentren in Regionen mit sehr vulnerabler Versorgungssituation zu eröffnen. Das erfordert zeitnahe Feinabstimmung mit den Gemeinden und den jetzt in der Versorgung Tätigen zur Auswahl geeigneter Standorte.**

# B

## Ausgangslage

In Deutschland, insbesondere im ländlichen Raum, ist die Zukunft der hausärztlichen Versorgung stark gefährdet. Nach aktueller Aussage der Kassenärztlichen Vereinigung sind von den rund 7.000 in der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg tätigen Ärztinnen und Ärzten 1.400 über 65 Jahre alt. Bereits heute sind 800 Kassensitze für die hausärztliche Versorgung unbesetzt. In ersten Regionen besteht bereits ein Versorgungsnotstand. Zur besseren aktuellen Schätzung hat der Landkreis Ravensburg eine Umfrage unter den im Kreis tätigen hausärztlichen Praxen beauftragt.

Alle Landkreise stehen vor der Herausforderung, in ihrem Verantwortungsbereich eine zukunftsfähige, wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu sichern. Grundsätzlich hat die kassenärztliche Vereinigung den Auftrag der Sicherstellung der Versorgung durch Steuerung von Angebot und Nachfrage nach Kassensitzen übernommen. Bei fehlender Nachfrage droht das System zu versagen, besorgte Bürgerinnen und Bürger wenden sich an ihre lokalen Bürgermeister, die wiederum beim Landkreis um Hilfe nachsuchen.

Die Nachfolgesuche für das klassische System des Kassenarztesitzes mit wirtschaftlicher Einzel- und Eigenverantwortung ist aus folgenden Gründen erschwert:

- Demografische Entwicklung der Ärzteschaft mit zeitgleicher Vakanz vieler Praxen u.a. aufgrund der Niederlassungswelle im letzten Jahrhundert vor der Einführung der Niederlassungsbegrenzung aufgrund von Versorgungsziffern.
- Anforderungen junger Ärztinnen und Ärzte an zukünftige Beschäftigung.
- Mangel an Fachkräften mit Bereitschaft zur Mitarbeit in der Einzelarztpraxis.
- Demografische Veränderungen mit höherem Anteil an älteren Patienten mit Multimorbidität und erhöhtem sektorübergreifenden Betreuungsaufwand, der im aktuellen Vergütungssystem unzureichend abgebildet ist.
- Daraus folgende notwendige stärkere Einbindung anderer zivilgesellschaftlicher Ressourcen gerade bei älteren Bürgerinnen und Bürgern.
- Zum Erhalt / Förderung von Teilhabe notwendige Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in einem auf Krankheitsbehandlung fokussierten System.
- Hohe Digitalisierungsbereitschaft in der Bevölkerung bei weitgehend fehlender Digitalisierung in der hausärztlichen Versorgung.

Die bedrohte hausärztliche Versorgung insbesondere auf dem Land hat sowohl die Politik als inzwischen auch die kassenärztliche Vereinigung, sowie verschiedene Landesorganisationen alarmiert. Die jeweiligen Ressorts oder Verantwortlichen haben dabei unterschiedliche Lösungsinitiativen auf den Weg gebracht: (1) Unterstützung der Medizinischen Fakultäten in der Ausbildung von jungen Ärzt:innen, die dediziert eine Praxis-tätigkeit auf dem Land aufnehmen möchten, (2) die kassenärztlichen Vereinigung, die verschiedene Erleichterungen und Unterstützungen für Niederlassung auf dem Land, Abrechnungsmodalitäten und Einführung etwa telemedizinischer Versorgung ermöglichen oder (3) Einrichtung von Primärversorgungszentren.

Bislang sind jedoch in keinem Projekt die Potenziale dieser Lösungsansätze miteinander konsequent und von den Behandlungspfaden („patient journey“) her als Prozess entwickelt in Gesundheitsförderung, Prävention, Frühintervention, Behandlung und Begleitung sowie Nachsorge bei chronischen Erkrankungen verbunden worden.

**Abbildung: Vision und Ziele**



Hier besteht ein hohes Potenzial, durch Weiterentwicklung, Delegation, Substitution und sinnvoller Nutzung analog-digital verschränkter Lösungen auch auf dem Land eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte und dennoch wirtschaftlich tragfähige Versorgung sicherzustellen. Das Ausschöpfen all der vorhandenen Möglichkeiten übergeordneter Beiträge (etwa die Förderung von 80.000 € für Niederlassung aufgrund nachgewiesener Kosten) kann die mittelfristig zusammen mit einem nachhaltig wirtschaftlichen Betrieb

---

die erforderliche finanzielle Vorleistung für das Einrichten eines Netzwerks kommunaler Gesundheitszentren zur Primärversorgung refinanzieren. Aktuell sieht die Gesetzeslage weder direkt für die Gemeinden noch für die Landkreise die Aufgabe vor, eine hausärztliche Grundversorgung sicherzustellen.

Das Prinzip der Subsidiarität würde die Rolle zunächst – wie etwa die Einrichtung von Schulgebäuden der Gemeinde übertragen. Die im Landkreis von einzelnen Gemeinden bereits in vorbildlicher Weise entfaltete Aktivität weist darauf hin, dass dies eine Gemeindeaufgabe der Zukunft sein wird.

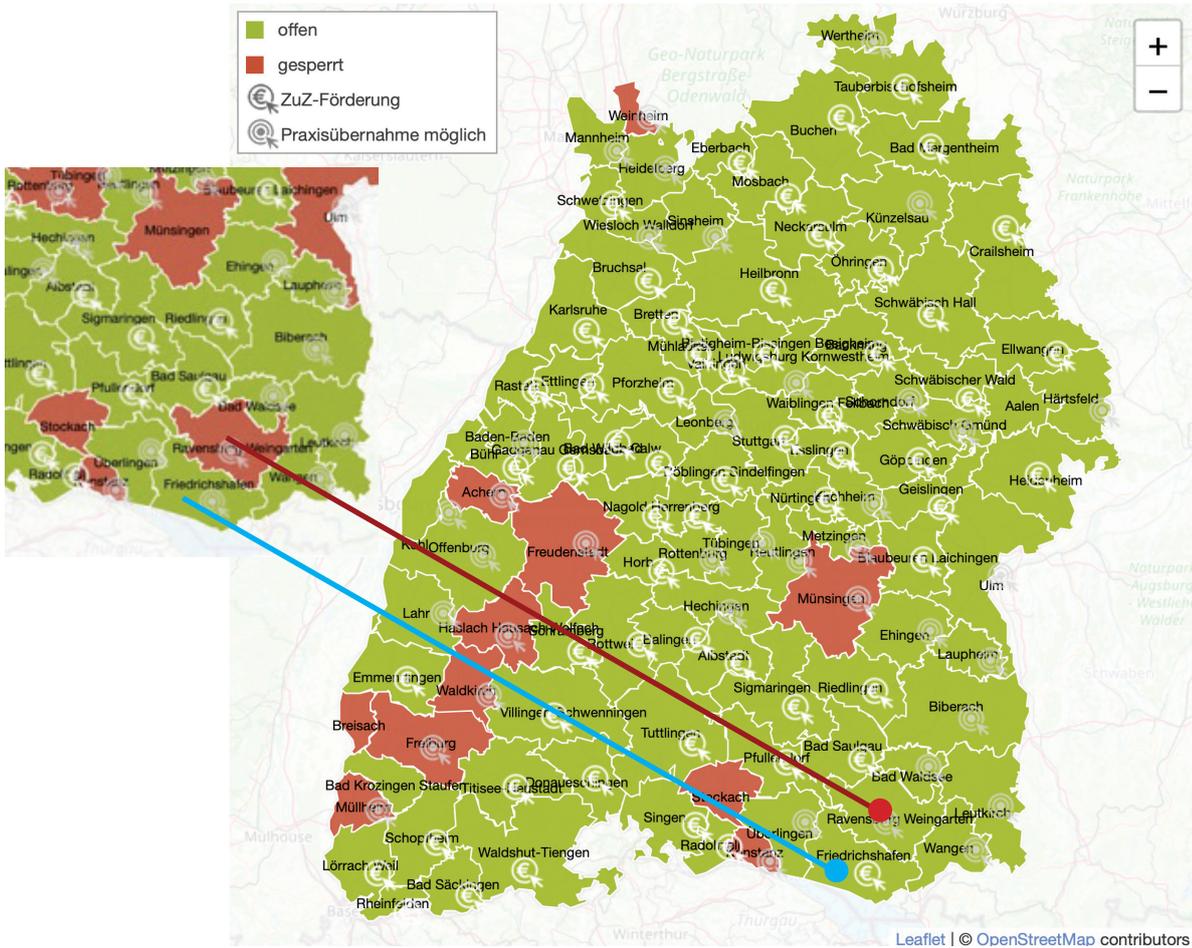
Es ist vorhersehbar, dass innerhalb eines Landkreises die Unterschiede zwischen Gemeinden, etwa in der Finanzkraft oder anderen Standortfaktoren zu einer Konkurrenz um Hausärzt:innen führt. Ähnlich wie bei der Schulbildung, dass Gewinnen und die Zuteilung von Lehrkräften auch nicht in der Verantwortung der Gemeinden liegt, ist ein Zusammenwirken aller Strukturen und Ebenen erforderlich, um Lösungen herbeizuführen. Der Landkreis kann hier kurzfristig als Mittler zwischen der Makro-Ebene (Bund, Land) und der Meso-Ebene (Gemeinde) auftreten und könnte in Anlehnung an den gesetzlichen Auftrag etwa zur Gestaltung der stationären Krankenversorgung oder des öffentlichen Gesundheitsdienstes strukturbildend wirken.

## **B.1 Historische Entwicklung seit 1990**

Zu Beginn des letzten Jahrzehnts im vergangenen Jahrhundert war als große Innovation in der Telekommunikation das Fax erfunden worden. Internet existierte noch nicht, ebenso gab es keine Mobiltelefone. Die kassenärztliche Vereinigung konnte ihrer Aufgabe, für eine stabile Versorgung in den Versorgungsbezirken zu sorgen vollumfänglich nachkommen. Die primärärztliche Versorgung wurde durch überwiegend junge Ärztinnen und Ärzte in der Einzelarztpraxis vollumfänglich abgedeckt. Daher werden auch heute noch die Versorgungsziffern von 1990 als Basis für die regionale Bedarfsallokation herangezogen. Kurz vor der Einführung der Versorgungsschlüssel haben sich daher viele Ärzt:innen niedergelassen, in Baden-Württemberg allein 2.400 Ärztinnen und Ärzte. Diese geben nun vergleichsweise gleichzeitig die Praxistätigkeit auf. Dies ist einer der Gründe, die den aktuellen Mangel an Nachwuchs für die hausärztliche Tätigkeit auf dem Land akzentuieren.

Mangels Internet und digitaler Lösungen war der Standard der Kommunikation das Telefon und die telefonische Vereinbarung von Terminen zur ärztlichen Behandlung oder bei akuten Behandlungsanlässen das unmittelbare Aufsuchen des Wartezimmers. Hier hat das Gesundheitswesen gerade in der hausärztlichen Versorgung an vielen Prozessen und Vorgehensweisen des späten 20. Jahrhunderts festgehalten - angefangen von der noch weitgehend üblichen telefonischen Terminvergabe über die Bedarfsberechnung in Versorgungsbezirken bis hin zur Aufgabenteilung zwischen Ärzt:innen und nichtärztlichem Fachpersonal.

Abbildung: Niederlassungsoptionen Hausärzte (Quelle: 21.03.23 KV Baden-Württemberg). Keine Sperrungen im Landkreis Ravensburg. In angrenzenden Mittelbereichen Bad Saulgau, Pfullendorf und neu Friedrichshafen (blau) bezuschusst die KV Niederlassung wegen drohenden Versorgungsengpässen. Beachtenswert ist die deutliche Veränderung innerhalb von 6 Monaten (kleiner Ausschnitt Situation Oktober 2022)



---

## B.2 Folgen für die heutige Versorgungssituation

Diese vernachlässigte Wandlungsbereitschaft beschert heute Herausforderungen, die durch Festhalten am alten Versorgungsmodell keinesfalls zu lösen sind. Der engagierte Nachwuchs des vergangenen Jahrhunderts ist in die Jahre gekommen, mehr als ein Viertel der heute in der hausärztlichen Versorgung tätigen ärztlichen Personen sind über 65 Jahre alt und werden in den nächsten fünf Jahren altersbedingt, krankheitsbedingt oder motivational die berufliche Tätigkeit aufgeben.

Bei den jungen Ärztinnen und Ärzten der heutigen Generation besteht geringe Bereitschaft unter den heutigen verschärften Rahmenbedingungen (z.B. Dokumentation, Regresspflicht bei Abweichungen vom Versorgungsdurchschnitt, nicht-ärztlichen Tätigkeiten aus der unternehmerischen Pflicht) sich gerade auf dem Land auf die Gründung oder Übernahme einer Einzelarztpraxis einzulassen. Die überwiegend weiblichen Absolventinnen der Medizinischen Fakultäten suchen, selbst in Weiterbildung zur Allgemeinmedizin, Anstellungsverhältnisse, die ein gutes Einkommen sicherstellen und gleichzeitig mit anderen Lebensinteressen wie Familienplanung vereinbar sind.

Dazu kommt ein Exodus nichtärztlicher Fachkräfte aus dem medizinischen Berufsumfeld, insbesondere aus der ärztlichen Primärversorgung. Dies ist nicht nur den weiter anhaltenden hierarchischen Arbeitsbedingungen geschuldet, mit geringer Möglichkeit der eigenverantwortlichen Tätigkeit. Die im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbranchen eher bescheidenen Aussichten auf Entwicklung und höhere Vergütung verstärken den Trend, den Gesundheitsbereich zu verlassen. Die Schulen für medizinische Fachangestellte finden kaum noch Kandidat:innen mit höherer Schulbildung. Viele Absolvent:innen tun sich schwer, in einem komplexeren Umfeld eine bedeutsame Rolle in der Praxisführung und Praxisorganisation zu übernehmen. Zudem sehen heutige Vergütungssysteme keine Delegation an in der Praxis angestellte Psycholog:innen oder Physiotherapeut:innen vor, die bei den häufigsten Behandlungsanliegen mit Tendenz zur Chronifizierung wie Rückenschmerzen oder Depression in der Primärversorgung sinnvoll wäre.

Zugenommen haben, trotz ubiquitärer Verfügbarkeit des Gesundheitswissens im Internet, die Behandlungsanlässe wegen Banalitäten, die früher durch Hausmittel oder gesunden Menschenverstand kurierbar gewesen wären. In der Versorgungsplanung wird zwar bereits die Morbidität berücksichtigt, die Vergütungsrealität für sprechende Medizin passt nicht zur notwendigen zwischenmenschlichen Betreuung von Patient:innen mit multiplen chronischen Erkrankungen. Dies ist häufig noch erschwert durch beginnende Demenz oder andere altersbedingte Funktionseinschränkungen.

Das Konzept der vom Sozialministerium sowie der Robert-Bosch Stiftung geförderten Primärversorgungszentren versucht klassische Leistungserbringer im Gesundheitswesen besser zu koordinieren. Dies soll für die Betreuung gerade der chronischen Erkrankungen auch das gesamte Umfeld mit einbeziehen, einschließlich kommunaler zivilgesellschaftlicher Ressourcen – Ungelöst ist allerdings bis heute die Herausforderung wie dies in der Praxis ohne einheitlichen Informationsflusses über alle Beteiligten insbesondere außerhalb der medizinischen Organisationen effizient realisiert werden kann.

---

## B.3 Herausforderung: Nachwuchs und Digitalisierung

Die primärärztliche Versorgung befindet sich damit in einer doppelten Demografiefalle: einerseits einem Wandel des Patient:innenspektrums, der durch die Bedarfsziffern aus den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts nicht optimal abgebildet ist, und andererseits einem Mangel an unter den heutigen angebotenen Arbeitsbedingungen niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzte. Dabei handelt es sich hier jedoch ausdrücklich nicht um einen grundsätzlichen Mangel an Interesse an der Allgemeinmedizin: am Standort Mannheim ist das Wahlfach für Allgemeinmedizin im zweiten Studienjahr regelmäßig um das Doppelte überbucht. Viele Medizinstudierende sehen zu Beginn des Studiums die hausärztliche Tätigkeit als die Königsdisziplin.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das gesellschaftliche Umfeld bedeutsam verändert. Die Rahmenbedingungen von Gesundheit tangieren inzwischen die kommunalen Aufgaben der Sicherung der Daseinsfürsorge für Bürgerinnen und Bürger. So sind die Folgen des Klimawandels insbesondere in den sommerlichen Hitzewellen nicht nur in den Städten, sondern auch auf dem Land eine Herausforderung, die sich in vermehrter gesundheitlicher Belastung niederschlägt. Dazu kommt die Verunsicherung durch immer raschere Abfolge von als Krise erlebten Veränderungen, sei es die Corona Pandemie oder auch die aktuelle Herausforderung der Energieversorgung. Die Herausforderungen mit Bezug zur Gesundheit erstrecken sich entlang der gesamten Lebensspanne.

Eine gravierende Erschwernis im Gesundheitswesen ist der Rückstand bei der Digitalisierung in Deutschland, gerade auch in der hausärztlichen Versorgung. Existierende digitale Systeme vieler Praxen resultieren aus Software-Entwicklungen von vor mehr als zwei Jahrzehnten und fokussieren vor allem auf Abrechnungsoptimierung. Patient:innen werden nicht in den digitalen Prozess mit einbezogen – allenfalls bei der Terminbuchung. Dabei hat gerade durch die Corona-Krise die Digitalisierungsbereitschaft in der Bevölkerung bedeutsam zugenommen.

Es gibt kaum noch Bürgerinnen und Bürger, die nicht über das Smartphone, ein Tablet oder den Rechner eine Reise buchen oder bei einem Versanddienstleister Waren bestellen können. In Deutschland hatten nach dem OECD Report im Jahr 2020 96% der Haushalte Zugang zum Internet und 92% der Haushalte verfügten über einen Computer. Der Anteil der grundsätzlich nicht digital kompetenten Bürgerinnen und Bürger nimmt stetig ab. Selbst bei älteren Menschen, die noch zu Hause leben, existiert meist mindestens eine Person im vertrauten sozialen Umfeld mit digitaler Kompetenz.

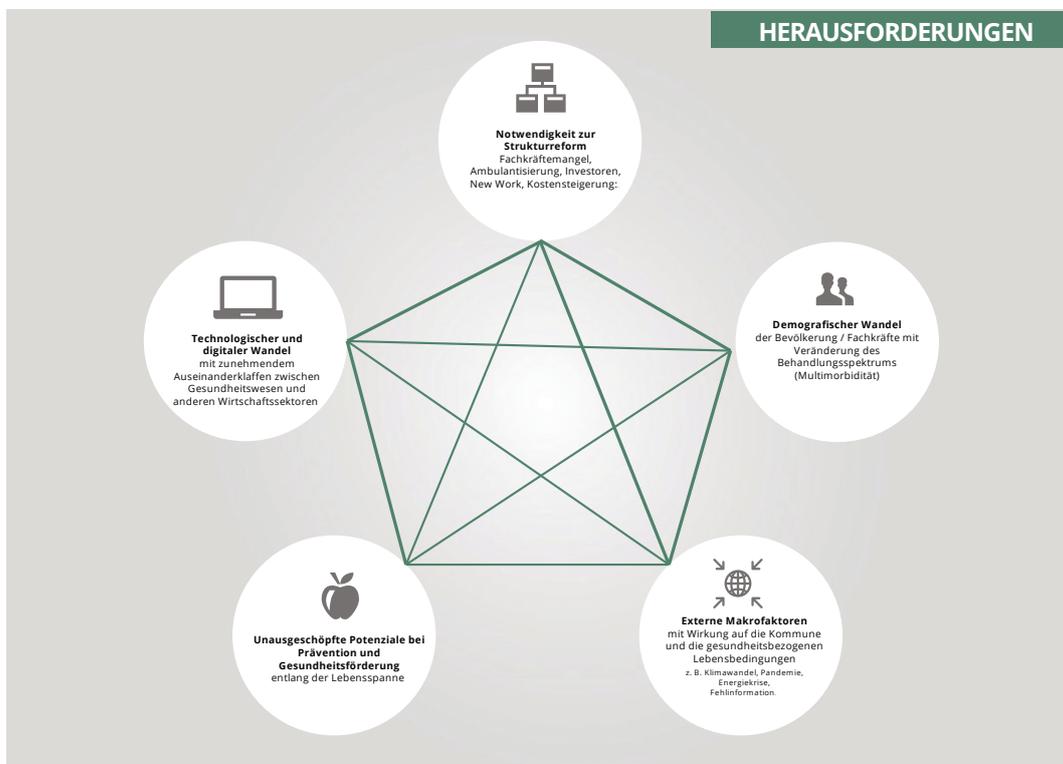
Es ist daher zu erwarten, dass sich weitgehend vollständiger Digitalisierung der hausärztlichen Gesundheitsversorgung durch flankierende Maßnahmen, insbesondere dem Einbezug bürgerschaftlichen Engagements in naher Zukunft die Herausforderung für alle Betroffenen bewältigen ließe. Bei der Planung von Gesundheitszentren für die Zukunft, muss vor allem die zu erwartenden Situation in fünf bis zehn Jahren zielgebend sein.

Der oft als Argument und Hinderungsgrund vorgebrachte Datenschutz erscheint nicht immer nur als berechtigtes Schutzinteresse, sondern zuweilen auch als willkommene Rechtfertigung für das Festhalten an alten Arbeitsformen. Die dargelegten Daten-

schutzherausforderungen wären in modernen KI-unterstützten Systemen und Cloud-basierter Technologie lösbar. Entsprechende politische Initiativen zu einer mit den Zielen insgesamt vereinbareren Interpretation der EU-Rahmenbedingungen für den Datenschutz hat die Landesregierung bereits 2022 als prioritär initiiert.

**Zusammenfassend lassen sich fünf Herausforderungen definieren: Für die Region Ravensburg besteht die Notwendigkeit zu grundlegenden Strukturreformen, um den Fachkräftemangel, die Ambulantisierung, neue Arbeitsumgebungen und Kostensteigerungen in Einklang zu bringen. Der demografische Wandel sowohl der Bevölkerung als auch der Fachkräfte wirken auf die Anforderungen der hausärztlichen Versorgung und dessen Behandlungsspektrums insbesondere für multimorbide Patienten ein. Der technologische und digitale Wandel in der Gesellschaft, der Wirtschaft und der Verwaltung schaffen neue Herausforderungen der digitalen Infrastruktur für das Gesundheitswesen. Das Gesundheitswesen entlang der Lebensgestaltung der Bürger:innen ist durch erhebliche unausgeschöpfte Potentiale bei der Prävention und Gesundheitsförderung gekennzeichnet. Dies hat erheblichen Einfluss auf das Leben im Landkreis und dessen Gemeinden und fordert die Etablierung wirksamer Maßnahmen über die gesamte Lebensspanne von der Wohnraumgestaltung über die Kindertagesstätten bis hin zum Wohnen im Alter. All dies wird durch globale Makro-faktoren wie Klimawandel, Energiekrise oder Pandemien beeinflusst.**

Abbildung: Die Herausforderungen



## B.4 Politik und zukünftige Versorgungsstrukturen

Die Politik hat auf Bundes-, Landes- und Kreisebene bis hinunter zu einzelnen Kommunen erkannt, welche hohe Bedeutung die wohnortnahe qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung hat, gerade auf dem Land als Teil der Daseinsfürsorge und Existenz des sozialen Netzwerks Kommune. Entsprechend bedeutsamer Rückenwind entsteht aktuell, aus verschiedenen Ressorts heraus die Stabilisierung der hausärztlichen Versorgung gerade auf dem Land zu unterstützen.

In Baden-Württemberg versucht die Landesregierung den Fortschritt unter anderem über das Forum Gesundheitsstandort zu beschleunigen. Im Forum wirken das Ministerium für Wissenschaft und Kunst, das Wirtschaftsministerium und das Sozialministerium zusammen. Hier entstehen zudem wichtige Impulse für die Primärversorgung und damit auch für die hausärztliche Versorgung.

Allerdings haben auch kapitalkräftige Konzerne diese Chance erkannt. Investoren versuchen durch Kauf zunächst von Facharztpraxen, zunehmend aber auch Kassensitzen der hausärztlichen Versorgung, Systeme zu etablieren, welche vordergründig Versorgungssicherheit versprechen, in Wirklichkeit aber allein durch die Renditeabsichten der dahinterstehenden Geldgeber diktiert werden.

**Abbildung: Diskutierte Versorgungsstrukturen im Vergleich**

Landkreis Ravensburg 2025 Vergleich der Versorgungsformen						
	Einzelarzt-Praxis	Praxisgemeinschaft	Ärztelhaus	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)	Primärversorgungszentrum (PVZ)	Kommunal Integriertes Gesundheitszentrum (KIGZ)
Definition	Klassische, an einzelnen Vertragsarzt gebundene Praxisform seit Anfang des 20. Jahrhundert. Grundlage der Zulassung durch die KV	Kooperationsform von mehreren Vertragsärzten in einer Rechtseinheit.	Mehrere klassische Arztpraxen / Praxisgemeinschaften ggf. mit Apotheke und Sanitätshaus in einem Gebäude	Rechtsform f. Arbeit mit angestellten Ärzten, Gründung u.a. von Gemeinden, Landkreisen, Genossenschaften. Von Investoren bevorzugtes Modell	Konzept u.a. der Robert-Bosch Stiftung, offene Rechtsform, erhofftes Zusammenwirken verschiedener Leistungserbringer unter einem Dach.	Erweiterung des PVZ Konzepts, Rechtsform MVZ, mit „Gesundheits-Kiosk“, hohe Digitalisierung, Fokus auf Gesundheitsförderung. Standardisierte Prozesse, dadurch Netzwerk von Zentren möglich.
Aufgabe, Merkmal						
Entlastung der Ärztinnen von Büroarbeit / Dokumentation	👎👎👎	👎👎👎	👎👎👎	👍	👎👎👎	👍👍
Back-Office für Abrechnung und Wirtschaftlichkeit	👎👎👎	👎👎👎	👎👎👎	👍	👎👎👎	👍👍
Flexible und leicht anpassbare Arbeitszeiten	👎👎👎	👍	👎👎👎	👍👍	👎	👍👍
Zielvorgabe	👍👍	👍👍	👍👍	👍👍	👍	👍👍
Patientenzentrierte Prozesse	👍👍	👍👍	👍👍	👍👍	👍	👍👍
Optimale Nutzung der Digitalisierung	👎👎👎	👍👍	👎👎👎	👍👍	👍👍	👍👍
Kurze, bedarfsgerechte Wartezeiten	👎👎👎	👎	👎	👍👍	👍👍	👍👍
Integration von Gesundheitsförderung und Prävention	👍👍	👍👍	👍👍	👍👍	👍	👍👍
Delegation von Versorgung an nicht-ärztliches Personal	👍👍	👍👍	👍👍	👍👍	👍	👍👍
Investor-initiierte Ertrags-Optimierung möglich	👍👍	👍👍	👍	👍👍	👍	👎👎👎
Sektorübergreifende Zusammenarbeit	👎	👎	👍👍	👍👍	👍	👍👍
Einfache Vertretung z. B. im Krankheitsfall	👎👎👎	👍	👎👎👎	👍👍	👎👎👎	👍👍
Kommunale Integration	👍👍	👍👍	👍👍	👍👍	👍	👍👍

---

Sicherlich wird es in Zukunft auch die Einzelarztpraxis oder Gemeinschaftspraxen im herkömmlichen Versorgungsstil geben. Erfolgreiche Beispiele auf dem Land sind innovationsbereite Arzt Häuser mit Fokus auf Primärversorgung und hohem Anteil flexibel und auch in Teilzeit angestellten Ärztinnen und Ärzte. Die zukünftige primärärztliche Versorgung wird daher ein Nebeneinander unterschiedlicher Lösungswege charakterisieren. Nach allen vorliegenden Daten, Erfahrungen, Interviews mit Studierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten sowie Nachwuchs für nicht-medizinisches Fachpersonal, sehen wir im aufgezeigten Ansatz des Verbunds von von kommunal integrierten Gesundheitszentren zur hausärztlichen Versorgung die größte Chance, das Problem des hohen und raschen Bedarfs an Neubesetzung von Arztsitzen im ländlichen Raum zeitnah zu lösen.

Auch die KV Baden-Württemberg sieht die Notwendigkeit innovative Versorgungsstrukturen gerade auf dem Land aufzubauen, die in multiprofessionellen Teams unter Nutzung von Delegation, Substitution und telemedizinischer Unterstützung die Versorgung nachhaltig sichern. Die KV Baden-Württemberg stimmt unserem Lösungsvorschlag im Grundsatz zu und erwartet wie wir auch zukünftig ein Nebeneinander unterschiedlicher Lösungen, wie etwa dem hier angeregten regionalen Netzwerk, aber auch große Gemeinschaftspraxen bzw. als MVZ / Gemeinschaftspraxis organisierte kommunale Arzt Häuser. Wesentlich für alle zukünftige Einrichtungen ist die Rekrutierung von Personal in ärztlicher Weiterbildung (KV Zuschuss), möglichst sogar schon der Einbezug von Studierenden während des klinischen Studienabschnitts oder des Praktischen Jahres.

## **B.5 Primärversorgungsinitiativen im LK Ravensburg**

In den aktuellen Ausschreibungen des Sozialministeriums haben die Kommunen Bad Waldsee, Aulendorf und Wilhelmsburg erfolgreich Projektmittel eingeworben zur Entwicklung von Primärversorgungszentren.

Bad Waldsee hat hierfür den Dienstleister Diomedes GmbH beauftragt, während der nahezu zweijährigen Förderperiode ein Versorgungsgutachten zu erstellen – gerade im Kontext der geplanten Schließung des Krankenhauses der Grundversorgung. Diomedes war bereits Partner der Gründer:innen der Praevida GmbH im Rahmen des vom Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg geförderten Vorhabens AMBIGOAL im Nordschwarzwald und ist auch jetzt Partner in weiteren aktuellen Vorhaben zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg. Die Expertise von Diomedes liegt u.a. in der Gründung von kommunalen Genossenschaften und MVZ.

Aulendorf plant einen Gesundheitskiosk mit Integration von kommunalen Ressourcen in das bestehende Arzt Haus am Schloss, in konkreter Umsetzung der Empfehlungen des Landes zur besseren Vernetzung der Primärversorgung mit anderen Ressourcen einer Gemeinde. Auch in Wilhelmsdorf werden die erfolgreich eingeworbenen Mittel des Sozialministeriums darauf eingesetzt, die bestehenden Ressourcen in der Kommune besser zu vernetzen. Die Beispiele der gerade letztgenannten Kommunen zeigen auf, wie Gemeinden gemeinsam mit lokal verantwortlichen Handlungsinitiativen ergriffen haben und eigenständig zusätzliche Fördermittel erschlossen.

Es überrascht daher wenig, dass die Auswertung der objektiven Daten, der Umfrage unter den Ärzt:innen – soweit durch Angabe der PLZ zuzuordnen und die Aussagen der Gemeinden in der Gemeindeumfrage gerade für diese beiden Gemeinden eine im Vergleich zu anderen Kommunen mit geografisch ähnlicher Situation günstige Versorgungssituation und -Zukunft zeigen.

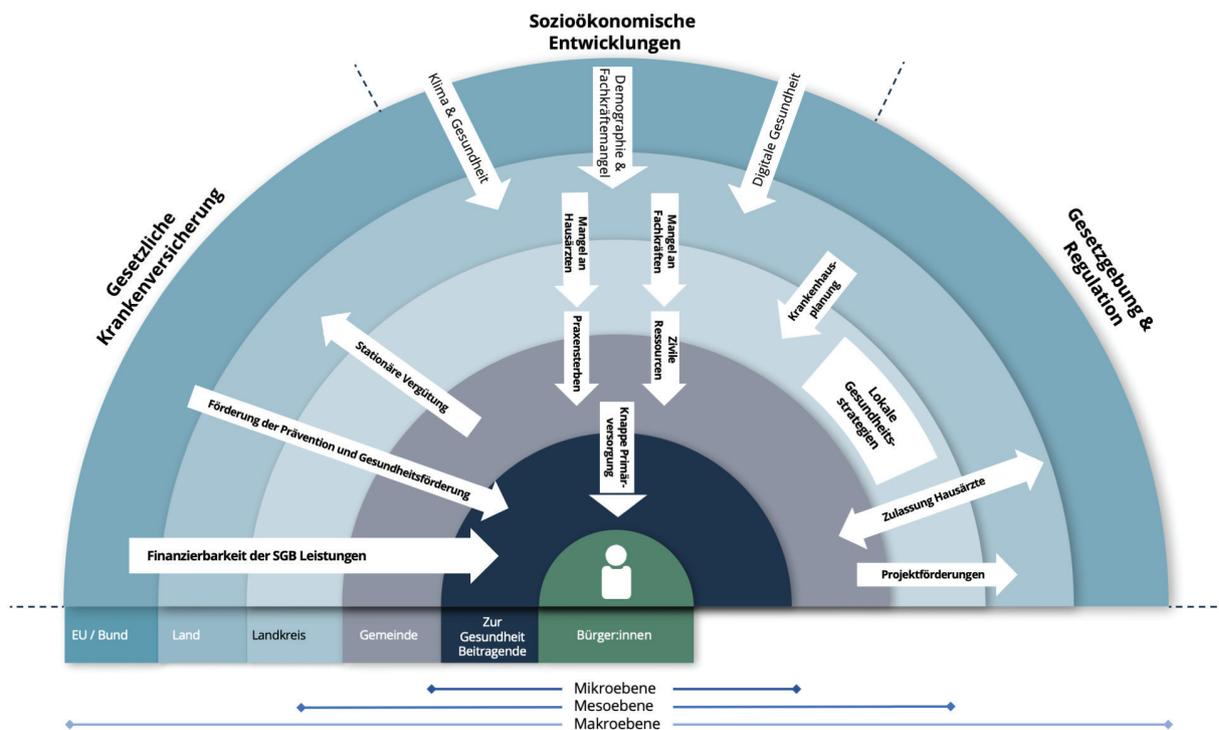
Die mittelfristig bedrohte Versorgungssituation betrifft nicht allein den Landkreis Ravensburg. Die Schwäbische Zeitung berichtet am 29.03.2023 unter dem Titel „Unterversorgung bei Hausärzten spitzt sich zu“ über den Landkreis Sigmaringen. Der Landkreis sollte hier eine koordinierende und mit steuernde Rolle einnehmen, wie neu entstehende Strukturen sowie telemedizinische oder digitale Dienstleistungsangebote synergistisch mit gut etablierten und perspektivisch stabilen Versorgungsstrukturen in Kommunen wie etwa Wilhelmsdorf oder Aulendorf bedarfsgerecht zusammenwirken können - ohne deren Eigenständigkeit zu gefährden. Aulendorf und Wilhelmsdorf könnten daher als Modell gelten, wie in einem regionalen Lösungsansatz unter vom Landkreis initiierte Vorhaben und ziel-führende Aktivitäten einzelner Gemeinden als förderliches Nebeneinander existieren.

Die skizzierten Entwicklungen werden in der folgenden Abbildung zusammengefasst. Die Abbildung beschränkt sich auf die wesentlichen Herausforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozioökonomischen Entwicklungen sowie der Veränderungen in der Gesetzgebung und Regulierung im Gesundheits- und Sozialwesen.

**Abbildung: Umfeld der hausärztlichen Versorgung**

Strategie zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Ravensburg

## Umfeld der hausärztlichen Gesundheitsversorgung



## Verlaufs- und Ist-Analyse der aktuellen Situation

Dieses Kapitel stellt eine Verlaufs- und Ist-Analyse der aktuellen Situation der hausärztlichen Versorgung vor sowie eine Prognose über mögliche Szenarien bei unveränderten Rahmenbedingungen. Das Kapitel unterteilt sich in vier Abschnitte: Aktuelle Zahlen zur Versorgung auf der Basis der Daten der Kassenärztlichen Vereinigung, Ergebnisse der Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten mit Vergleich zur früheren Umfrage, eine Umfrage unter den Gemeinden zur Einschätzung der Situation und Engagement sowie eine Synthese der Daten mit abgeleiteten Empfehlungen.

**In aller Kürze ergibt die Analyse der Datenquellen:** Im Landkreis Ravensburg besteht eine hohe Unterschiedlichkeit zwischen den Gemeinden in der Versorgungsdichte von unter 800 bis über 4000 Einwohner:innen je Ärztin oder Arzt. Während einzelne Gemeinden in überaus vorbildlicher Weise die Herausforderung nachhaltig angehen – und dabei zugleich noch zu den besonders günstigen in der Versorgungssituation zählen – existiert bei anderen Gemeinden, darunter auch solchen mit hoher Versorgungsbedrohung nach den vorliegenden Antworten eine eher rudimentäre Bereitschaft zur Lösung proaktiv und mit Mitteleinsatz beizutragen. Die Gründe hierfür sind vielfältig, allerdings nicht Gegenstand dieses Strategiepapiers. Die objektiven Daten zeigen, dass sich die Altersstruktur der tätigen Ärztinnen und Ärzte in den vergangenen fünf Jahren verschärft hat und es zusätzlich nur gelang etwa die Hälfte des Nachwuchses zu attrahieren, der erforderlich wäre.

In den nächsten fünf Jahren werden 80 in der hausärztlichen Versorgung tätige Ärzt:innen gewonnen werden müssen. Ohne aktives und zügiges Einschreiten durch eine von allen Verantwortlichen getragene Gestaltung ist zu befürchten, dass insbesondere in einem Korridor nördlich von Ravensburg-Weingarten, der sich von Altshausen – Ebenweiler über Wolperstwende – Fronreute und Bad Wurzach bis Aitrach – Aichstetten erstreckt, bedeutsame Versorgungsnotstände manifest werden. Auch in Zukunft werden wesentliche Stützen der Versorgung Einzelarzt-, Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren und Ärztehäuser sein. Die in dieser Strategie vorgestellten kommunal integrierten Gesundheitszentren sind eine Erweiterung des Konzepts der Primärversorgungszentren durch innovative, sektorübergreifende Prozesse, attraktive Arbeitsbedingungen, Digitalisierung, Delegation sowie Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention. Sie bieten eine ergänzende Organisationsform, in welcher die im nächsten Kapitel beschriebenen Herausforderungen und Trends zügig und mit Beitrag zur Kommunalentwicklung adressiert werden können.

---

## C.1 Herausforderungen für Subsidiarität und kommunale Daseinsfürsorge

Der **Anlass zur Umfrage unter den Gemeinden** ergibt sich aus den Rechtsgrundsätzen des **Subsidiaritätsprinzips** und der **kommunalen Daseinsfürsorge**. In Deutschland ist die Sicherung der hausärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB V und § 73 Abs. 2 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen und damit einem Organ der Selbstverwaltung der Ärzteschaft übertragen. Die Analyse der Verlaufsdaten der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Ravensburg zeigt jedoch, dass es der Kassenärztlichen Vereinigung zunehmend schwerfällt, dieser Verpflichtung vollumfänglich nachzukommen. Hier stellt sich deshalb die Frage, wem dann nach dem Subsidiaritätsprinzip und dem Begriff der kommunalen Daseinsfürsorge die Lösungsverantwortung zufällt?

Das **Subsidiaritätsprinzip** legt fest: Aufgaben, Handlungen und Problemlösungen sollten von der kleinstmöglichen Einheit, d.h. zuerst von den Bürgerinnen und Bürgern selbst unternommen werden. Wenn dies der Einzelperson nicht möglich ist – etwa die Ansiedlung einer Hausarztpraxis - sind höhere Ebenen zuständig. Die Gemeinde hat zudem als niedrigste Ordnungsebene nach dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 I Grundgesetz) wirtschaftliche, soziale und kulturelle Dienstleistungen für ihre Bürgerschaft bereitzustellen. Doch schon früher bestanden potenzielle Unterschiede in der Attraktivität von Standorten für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten.

Überaus sinnvoll war daher **in der Vergangenheit, die Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung überregional auf Landesebene zu verorten** und die Sicherung etwa der stationären Versorgung auf der Ebene der Landkreise zu regeln. Die aktuellen Herausforderungen der hausärztlichen Gesundheitsbetreuung insbesondere im ländlichen Raum **stellen jedoch die bisher bewährte Aufgabenaufteilung** in Frage und berechtigen zur Diskussion darüber, was zu den Aufgaben der Daseinsvorsorge auf Gemeinde- und Landkreisebene zählt.

Hier sind zukunftsweisende politische **Lösungen gefordert, welche vermeiden**, dass **Bürgerinnen und Bürger** eines Landkreises etwa **aufgrund ihres Wohnortes** und damit verbundener unterschiedlicher Wirtschaftskraft einzelner Gemeinden in Bezug auf ihre **medizinische Grundversorgung benachteiligt werden** – aus Gründen, die außerhalb ihres Wirkungsfeldes liegen und rein aus der geographischen Lage des Wohnsitzes resultieren. Für eine nachhaltige Lösung ist deswegen ein gemeinsames Zusammenwirken von Kassenärztlicher Vereinigung, Gemeinden und Landkreisen sowie das Schaffen innovativer Gestaltungsformate (zwingend) notwendig.

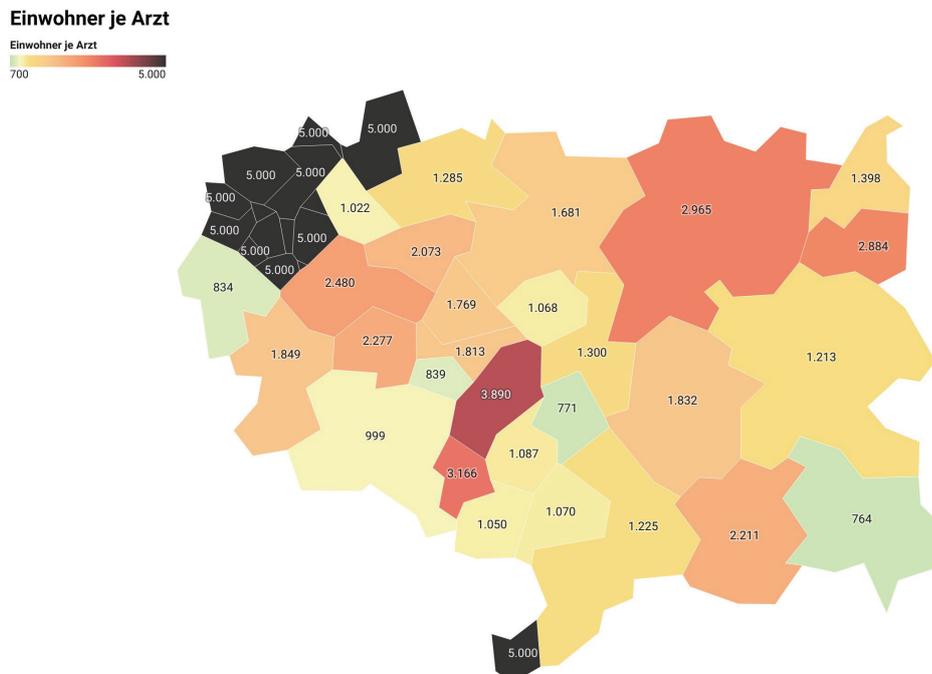
## C.2 Analyse der objektiven Daten

Basis für unsere Analyse sind die vorhandenen **Daten der Kassenärztlichen Vereinigung, der Bevölkerungsstruktur und der geographischen Situation** des Landkreises, sowie eine sorgfältig vom Landkreis erstellte Liste der in der hausärztlichen Versorgung aktuell tätigen Ärztinnen und Ärzte. Nach Datenlage der Kassenärztlichen Vereinigung gab es Ende 2022 im Landkreis Ravensburg 126 Praxen, mit 196 Arztstellen. Diese

Stellen sind nach Datenerhebung des Landkreises auf 226 Personen verteilt. Während der Versorgungsgrad in den Mittelbereichen Leutkirch Ravensburg Weingarten und Wangen bis 2022 stabil blieb, verschlechterte er sich im Bereich Bad Saulgau auf 84 % mit weiterer Abnahme im letzten Jahr. Erstmals sind sogar im Mittelbereich Ravensburg / Weingarten drei Niederlassungen möglich. **Sorge bereitet die Altersstruktur mit 50% Anteil über 60-jähriger Ärztinnen und Ärzte im Mittelbereich Bad Waldsee und Leutkirch.** Auch im Mittelbereich Ravensburg Weingarten liegt der Anteil der über 60-jährigen mit 43 % über dem Durchschnitt in Baden-Württemberg. **Der Landkreis Ravensburg müsste in den nächsten fünf Jahren 80 zusätzliche Ärztinnen und Ärzte für die hausärztliche Versorgung gewinnen,** sollte ein wünschenswerter Zustand auf der Basis der Versorgung von 1990 wiederhergestellt werden. Bei Fortschreibung der heutigen Trends ist ein notwendiger Zugewinn von 30-40 Ärztinnen und Ärzten über fünf Jahre zu erwarten.

Innerhalb der Mittelbereiche **akzentuieren sich Versorgungsdefizite kommunal.** Im Landkreis versorgt im Durchschnitt eine Ärztin oder ein Arzt je 1264 Einwohner:innen. Besonders angespannt ist die Situation in den Gemeinden Aichstetten (2884), Bad Wurzach (2965), Grünkraut (3166), Fronreute (2480) oder Wolpertswende (2073), da hier die mögliche Mitversorgung durch benachbarte Städte oder Gemeinden schwierig ist. Für Schlier (3890), Berg (2277) und Argenbühl (2211) nehmen wir eine Versorgung durch die gut erreichbaren Städte Ravensburg, Weingarten und Isny an. Diese Zahlen weisen auf einen Korridor bedrohter Versorgung im nördlichen Landkreis Ravensburg von etwa 10-15 km Breite auf der Höhe der Gemeinden Altshausen Fronreute, Bad Wurzach, Aichstetten (siehe Abbildung).

**Abbildung: Einwohner je tätige Ärztin oder Arzt, bei Gemeinden ohne Praxis 5000 eingesetzt.**



Grafik: Joachim Fischer · Praevida GmbH · Quelle: Wikipedia · Erstellt mit Datawrapper

---

## C.3 Zusammenfassung Analyse Umfrage Ärzt:innen

Ende 2022 wiederholten wir die Umfrage des Landkreises von 2018 unter den in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten mit identischen Items sowie erweiternden Fragen. Die ausführliche Beschreibung der Ergebnisse liegt in einer separaten Präsentation vor, nachfolgend sind die Kernergebnisse wiedergegeben: An der analogen Umfrage 2018 nahmen 106 Ärztinnen und Ärzte teil. Die jetzige, digitale Umfrage begannen 128 Ärztinnen und Ärzte, 107 beantworteten Grundfragen zur Versorgung, 86 füllten den detaillierten Fragebogen vollständig aus.

Die Umfrage erfasste folgende Themenfelder: Angaben zur Person und Praxis, die Einschätzung der heutigen Praxissituation und der Zukunft der Praxis, das Engagement in Fort- und Weiterbildung, die aktuelle Arbeitssituation – und in Ergänzung zur Umfrage von 2018 die Anwendung digitaler Technologien, sowie Zukunftsperspektive für die zukünftige Gestaltung hausärztlicher Versorgung.

**Die wichtigsten Erkenntnisse sind: Unverändert angespannt ist die Demografie, zwei von fünf tätigen Ärztinnen und Ärzten beabsichtigen in den nächsten fünf Jahren die Praxistätigkeit aufzugeben. Nahezu alle Aufgabewilligen beschreiben die Nachfolgesuche als sehr schwierig. Zwar beschäftigen bereits zwei von fünf Assistent:innen in Weiterbildung, doch das entspannt die Situation nicht ausreichend. Sehr positiv fällt die hohe Zufriedenheit mit der Arbeit und Arbeitsfreude (über 80 % der Befragten) auf. Das steht in starkem Kontrast zur aktuellen Literatur und ist eine besondere Ressource. Ungünstig ist die nahezu vollständig fehlende Vernetzung mit anderen Ressourcen der Kommune - abgesehen von den Sozialstationen und die hohe Unzufriedenheit (63%) der Ärztinnen und Ärzte mit der Unterstützung durch die Kommunen gerade auch in Gemeinden mit objektiv bereits angespannter Versorgungssituation.**

### C 2.1 Die Ergebnisse im Detail:

**Angaben zur Person und Praxis:** Ein Drittel der 106 zu diesen Fragen Antwortenden sind über 60 Jahre alt, davon 20 Personen bereits über 65 Jahre. Von diesen arbeiten 70% in der Einzelarztpraxis. Bei den unter 50-Jährigen kehren sich die Verhältnisse um. Hier sind nur noch 25% in einer Einzelarztpraxis tätig. Zehn Prozent der Antwortenden sind unter 40 Jahre alt. 69% sind Männer, bei den älteren Antwortenden sind es sogar 89%. Bei den unter 50-Jährigen steigt der Anteil der Frauen auf 39%. 54% der Ärzte arbeiten in einer Einzelarztpraxis, aber nur 27% der Ärztinnen. Diese Verteilungsmuster sprechen für die Repräsentativität der Umfrage.

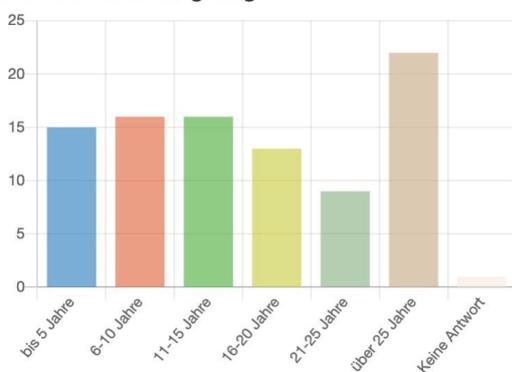
**Zur heutigen Praxissituation:** 40% der 91 auf diese Frage antwortenden Ärzt:innen sind seit über 15 Jahren im Landkreis Ravensburg tätig. 15 haben ihre hausärztliche Tätigkeit in den vergangenen fünf Jahren aufgenommen. Bei einer Gesamtzahl von nach der kassenärztlichen Vereinigung ausgewiesenen 196 Arztstellen ergäbe das in der Hochrechnung etwa 30 neu hinzu gewonnene Ärzt:innen und Ärzte. Die Arbeitszeit beträgt für ein Drittel bis 45 Stunden pro Woche, für ein weiteres Drittel zwischen 45 und 55 Stunden, während ein Drittel über 55 Stunden pro Woche arbeitet.

Eher unzufrieden (34%) oder sehr unzufrieden (28%) mit der Unterstützung durch die Gemeinde ist die Mehrzahl der Ärztinnen und Ärzte. Vier von fünf unzufriedenen Ärz-

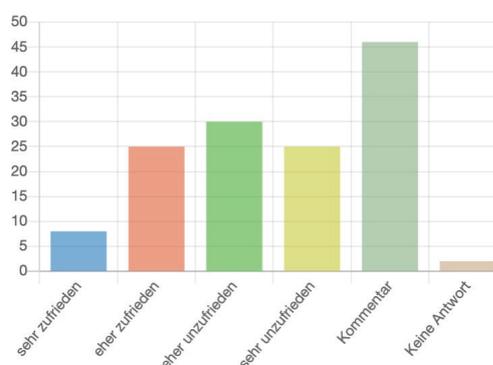
tinnen und Ärzte konkretisieren dies in Aussagen wie: „Keine Strategie erkennbar ...“, „Null Interesse ...“, „Es gibt keine Unterstützung ...“. Einige Äußerungen lassen auf ein hohes Maß an Frustration schließen, darunter auch aus Gemeinden mit objektiv ohnehin angespannter Versorgungssituation. Da nicht alle Antwortenden die Postleitzahl angaben, kann nur für größere Gemeinden ein Einblick in das Ausmaß der Unzufriedenheit gewonnen werden: Noch unzufriedener als im Durchschnitt sind die Ärzt:innen in Weingarten (88%), Bad Wurzach (75%) und Ravensburg (66%). Hingegen sind in Isny immerhin 60% eher oder sehr zufrieden mit der Unterstützung durch die Gemeinde. Bis auf die Zusammenarbeit mit den Sozialstationen ist die Einbindung anderer kommunaler Ressourcen kaum vorhanden.

**Abbildung: Zur Praxissituation**

**Seit wie vielen Jahren sind Sie als Arzt/Ärztin im Landkreis Ravensburg tätig?**

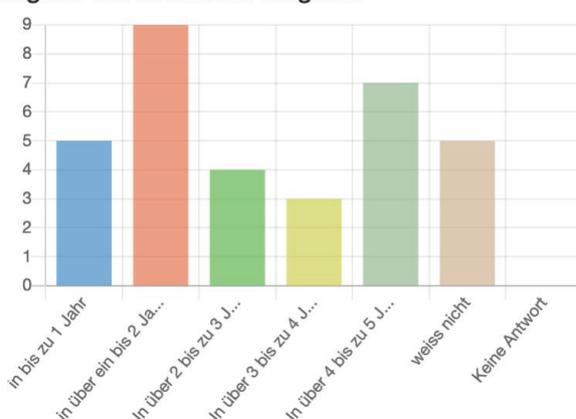


**Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung von Seiten Ihrer Gemeinde?**



**Zukunft der Praxis:** 34 von 88 Antwortenden (38%) planen in den nächsten fünf Jahren die ärztliche Tätigkeit aufzugeben. Das stimmt mit der Altersstruktur überein und sind doppelt so viele Ärzt:innen und Ärzte als in den vergangenen fünf Jahren in den Landkreis Ravensburg rekrutiert werden konnten. Hier verschärft sich die Versorgungssituation bei Weiterführen der bisher eingeleiteten Maßnahmen. 32 der Aufgabewilligen geben neben dem Alter vor allem Bürokratie, Überarbeitung, Personalmangel als Gründe an. Von 33 Aufgabewilligen haben 19 (58%) bereits nach einer Nachfolge gesucht, waren aber nur in 6 Fällen (32%) erfolgreich. 14 (74%) beschreiben die Nachfolgesuche als sehr schwierig.

**In wievielen Jahren planen Sie diese Praxisabgabe / Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit?**



Eher ambivalent sehen Aufgabewillige die Weiterführung ihrer Praxis in einem MVZ – unter verschiedenen Gesichtspunkten sind jeweils etwa 40% der Antwortenden offen für die Weiterführung als MVZ. Exemplarisch sei die Gemeinde Bad Wurzach herausgegriffen: **Alle vier dort in Einzelarztpraxis Tätigen sehen eher nicht, ihre Praxis in ein MVZ aufgehen zu lassen. Gleichwohl beabsichtigen 3 von 4 die Praxistätigkeit in ein bis vier Jahren aufzugeben** und erleben die Nachfolgesuche als äußerst schwierig.

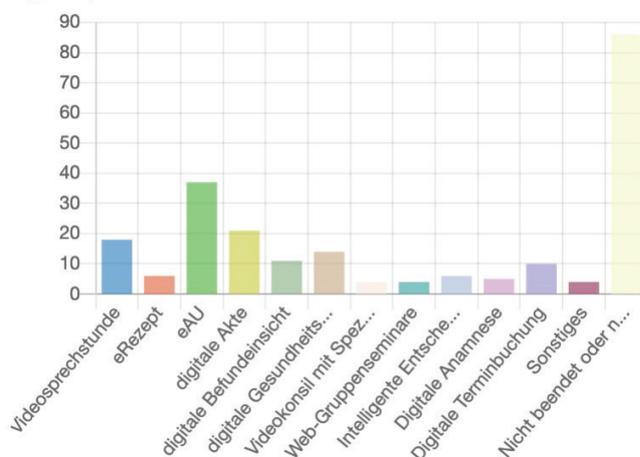
**Engagement in Fort- und Weiterbildung:** 38% beschäftigen aktuell Assistent:innen in Weiterbildung, etwas mehr als die Hälfte kann sich das für die Zukunft vorstellen.

**Aktuelle Arbeitssituation:** **Positiv ist die hohe Zufriedenheit und Freude an der Arbeit (über 80 % der antwortenden Ärztinnen und Ärzte).** Dies steht im Gegensatz zu einer kürzlich veröffentlichten Umfrage unter Hausarztpraxen in Europa. **Die überwiegende Mehrheit würde den Beruf auch wieder ergreifen.** Die Daten weisen auf eine unverändert hohe Begeisterung der im Landkreis tätigen Hausärztinnen und Hausärzte – ein Potenzial auf das bei der Gewinnung von Nachwuchs unbedingt gesetzt werden sollte. Hohe Priorität hat in diesem Zusammenhang, die subjektiv erlebte Unterstützung durch die Gemeinde zu verbessern – das Beispiel Isny, Wilhelmsburg oder Aulendorf zeigen, dass dies durch Initiative auf Gemeindeebene gut erreichbar ist.

Rund zwei Drittel sind mit der wirtschaftlichen Situation der Praxis wie auch dem persönlichen Einkommen zufrieden. Etwas mehr als die Hälfte fühlen sich überarbeitet (Burnout). Zwei Drittel beschreiben, zu wenig Zeit für ihre Patient:innen zu haben. Nahezu alle Praxen berichten von Anfragen zur Aufnahme neuer Patient:innen. Der Median von 100 Anfragen pro Quartal deutet auf einen gewissen Versorgungsdruck – auch in den nach den objektiven Zahlen gut versorgten Städten.

**Anwendung digitaler Technologien:** Etwa die Hälfte der Antwortenden setzt bereits digitale Lösungen ein. **Auffallend ist der geringe Grad der Digitalisierung, vor allem unter den heute 50- bis 60-Jährigen.** Bei den eingesetzten digitalen Lösungen findet sich eine Breite möglicher Anwendungen. Hier besteht bedeutsamer Nachholbedarf, der aufgrund der Komplexität der Anforderungen und Notwendigkeit analoge Prozesse fortzuführen für die Einzelpraxen eine besondere Herausforderung darstellt. Ein Netzwerk von hoch digitalisierten kommunal integrierten Gesundheitszentren könnte hier ggf. unterstützend auch Lösungen für bestehende Praxen implementieren helfen.

### Falls telemedizinische / digitale Anwendungen genutzt werden, welche? (Mehrere Antworten möglich)



---

**Zukunftsperspektiven:** Eine fundamentale Frage ist, wo die heute im Landkreis Ravensburg tätigen Ärztinnen und Ärzte für die Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung die wichtigsten Stoßrichtungen sehen – ausgehend von allgemein konsentierten möglichen Zielen verbesserter Versorgung. Beispielhaft sind hier die Einschätzung genannt, das Ziel, Schaden für die Patienten zu vermeiden. **Für die Zukunft sehen 83% als eines der vier prioritären Ziele die Sicherheit für die Patient:innen zu verbessern, gefolgt von 67% Verschwendung und unnütze Leistungen zu vermeiden sowie 64% Evidenzbasierte Leistungen für diejenigen zu erbringen, denen sie auch helfen.**

Die Hälfte immerhin sieht als eines der vier wichtigsten Ziele Wartezeiten zu vermindern, während **nur 31% die Patientenzentriertheit, das heißt Präferenzen, Bedürfnisse und Werte der Betroffenen zu achten und zu respektieren als wichtiges Zukunftsziel sehen.** Diese Befunde sollten auf dem Hintergrund der Einschätzung der heutigen Situation gesehen werden, in welcher für alle Ziele mehr als die Hälfte ein Ausbaupotenzial sieht.

### **C.3 Zusammenfassung Analyse Umfrage Gemeinden**

Der Fragebogen erbat von den Gemeinden eine subjektive **Einschätzung der Versorgungssituation, des eigenen Engagements und der Vernetzung** zwischen Versorgung und anderen kommunalen Ressourcen. Von 39 Gemeinden des Landkreises erwarteten wir aufgrund der Größe der Kommunen von 32 eine Antwort. **Ausgefüllte Fragebögen erhielten wir von 23 Gemeinden (72%), zum Teil mit ausführlichen Erläuterungen. Weitere fünf Kommunen äußerten sich schriftlich, d.h. der Rücklauf insgesamt betrug 88%.** Zwei kleine Kommunen ohne Arztpraxis gaben eine Stellungnahme ab. Bedauerlich ist, dass vier größere Gemeinden kein Votum vorlegten, darunter zwei mit besonders angespannter objektiver Versorgungslage. Für eine räumliche Zuordnung fassten wir die Antworten in fünf Merkmalen zusammen: Bereitschaft der Gemeinde, Ressourcen einzusetzen; Grad der Vernetzung der Ressourcen; Einschätzung der demografischen Situation der Versorgung; der Versorgungsdichte auch unter Berücksichtigung der Nähe zu den Städten; Schwierigkeit der Nachbesetzung.

Die subjektive Einschätzung der Versorgungssituation deckt sich für die Mehrzahl der Gemeinden weitgehend mit den objektiven Befunden und den Antworten aus der Umfrage unter den Ärzten, soweit diese durch die freiwillige Angabe der Postleitzahl eine Zuordnung erlaubten. Wir sind uns der Schwierigkeit einer Einschätzung durch die Gemeinden bewusst - ohne den Sachverstand für Versorgung in den Gemeinden sowie den knappen Ressourcen für eine tiefere Analyse der im Grundatz interessierten Parteien zugänglichen Daten. Hier zeigt sich eine Spanne von möglicher Negierung der Situation bis zu vorbildlichem, bereits über längeren Zeitraum praktiziertes Engagement.

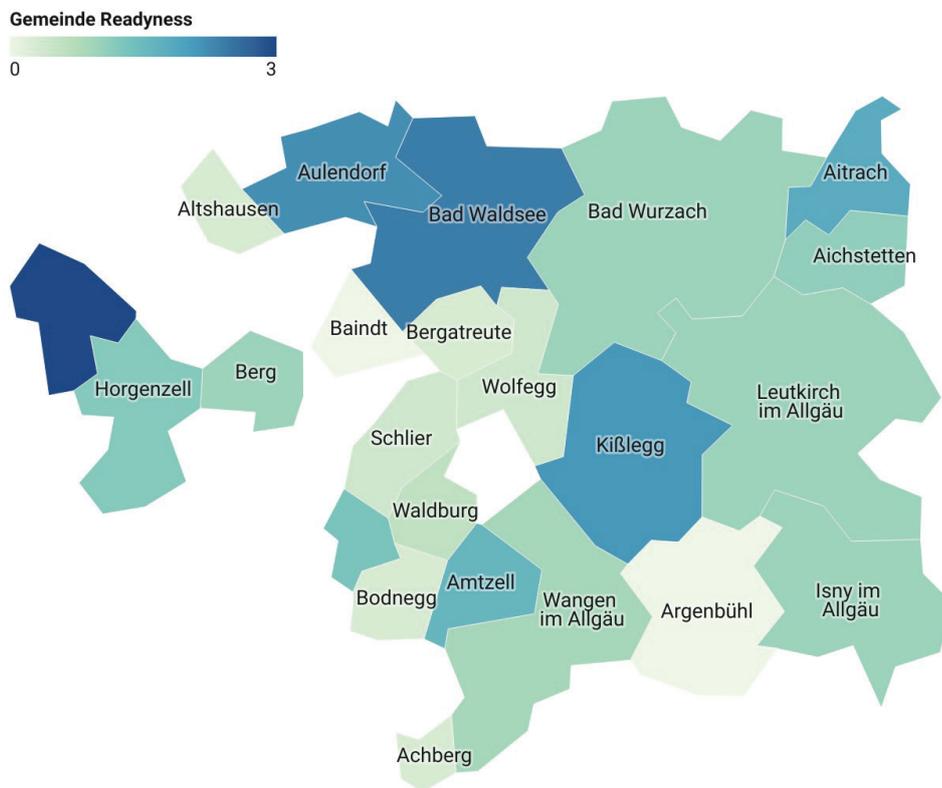
**Überraschend ist der Befund, dass gerade Gemeinden mit herausragendem Engagement** und erfolgreichem Einwerben von Unterstützungsmitteln des Landes zur Förderung von Primärversorgungszentren **auch diejenigen Gemeinden sind, die bezüglich objektiver Versorgungssituation, Demografie und Nachfolge die günstigsten Verhältnisse aufweisen.** Aufgrund der freiwilligen Angabe der PLZ bei der Ärzteumfrage kann hier nicht auf einzelne Gemeinden eingegangen werden, es zeigt sich aber ein Trend zum Zusammenhang zwischen Engagement in der Selbstauskunft der Gemeinden und Zufriedenheit der Antwortenden mit der Unterstützung durch die Gemeinden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass einzelne Gemeinden bereits die Brüchigkeit der klassischen subsidiären Aufgabenverteilung erkannt haben und auch ohne spezifischen gesetzlichen Auftrag die Sicherung der hausärztlichen Grundversorgung als eine Aufgabe der kommunalen Daseinsfürsorge aufgreifen.

Angesichts der sich akzentuierenden Alters- und Versorgungsproblematik in bestimmten Regionen des Landkreises sollten alle potenziell beitragenden Akteure zeitnah die Initiative ergreifen und in gemeinsamer Anstrengung darauf hinwirken, ein baldiges weiteres Auseinanderklaffen der Situation und eine mögliche Standortkonkurrenz zwischen den Gemeinden abzuwenden.

**Abbildung: index aus Bereitschaft der antwortenden Gemeinden zum Ressourceneinsatz und Grad der Vernetzung zwischen hausärztlicher Versorgung und kommunalen Ressourcen.**

### Bereitschaft Ressourcen-Einsatz, Grad der Vernetzung



Grafik: Joachim Fischer - Praevidea GmbH • Quelle: Wikipedia • Erstellt mit Datawrapper

---

## C.4 Synthese und Empfehlungen

Die Daten weisen **einheitlich auf eine große Unterschiedlichkeit im Landkreis**, nicht nur in zu erwartender Weise zwischen Städten und ländlichen Gemeinden, sondern auch auf große Unterschiede **zwischen den Gemeinden im ländlichen Raum**. Über die Mittelbereiche Saulgau, Ravensburg-Weingarten, Bad Waldsee und Leutkirch erstreckt sich ein Gürtel besonders angespannte Versorgungssituation. **Hier genügt der Ausfall weniger Praxen, um einen Versorgungsnotstand herbeizuführen**, der durch die Aufteilung und Analyse nach Mittelbereichen der Kassenärztlichen Vereinigung aktuell noch nicht adäquat erkennbar ist. Erschwerend kommt in der genannten Region die **ungünstige Struktur (Einzelarztpraxen), Altersverteilung (Anteil über 60-Jähriger) und** nach Eigenauskunft wie auch Rückmeldung der Ärzt:innen und Ärzte **geringes Engagement der Gemeinen** sowie die marginale Vernetzung mit kommunalen Ressourcen hinzu. Aktuell wird die Situation in gewisser Weise im Nordwesten des Landkreises noch durch die strategische Planung und günstige Zusammenarbeit zwischen Praxen und Gemeinde etwa in Wilhelmsdorf oder Aulendorf abgefangen.

Das alleinige **Überlassen zukünftiger Versorgung an privatwirtschaftliche Eigeninitiative wird** aller Voraussicht nach bei einem sich grundsätzlich noch verschärfenden hohen Nachwuchsbedarf über den ganzen Landkreis hinweg **die bestehenden Ungleichheiten verstärken. Gerade sozial oder gesundheitlich benachteiligte Bürger:innen werden zunehmend schwieriger eine frühzeitige, adäquate Betreuung finden**. Leichter, als die hohe Anzahl Hilfesuchender in die Städte zu fahren erscheint, wenige einzelne Fachkräfte zur Versorgung aus der Stadt auf das Land pendeln zu lassen. Die sich **verschärfende Versorgungssituation erschwert gerade in den ländlichen Regionen zunehmend die Realisation von Teilhabe-Potenzialen** durch Gesundheitsförderung und Prävention. Dies wirkt sich u.a. durch höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Beschäftigten nachteilig auf die Wirtschafts- und Ertragskraft der ortsansässigen KMU aus – **als Standort- und Wettbewerbsnachteil** mit geringerem Steueraufkommen. Schon jetzt bieten einzelne Gemeinden in Baden-Württemberg über 100.000 € sowie weitere Vergünstigungen an - finden aber dennoch keine Praxismachfolge.

In dieser Situation bietet eine **neue Verbund-Struktur aus kommunal integrierten Gesundheitszentren mit angestellten Ärztinnen und Ärzten, flexiblen Arbeitsstrukturen**, hohem Ausmaß an Standardisierung der Regelprozesse, sinnvollem, aber durchgängigem Einsatz von Digitalisierung sowie Multiprofessionalität und Delegation von Arbeitsschritten an nicht-ärztliches Fachpersonal eine Chance für zukunftsfähige Versorgung. Diese Zentren erweitern das Konzept der Primärversorgungszentren, entlasten sie jedoch von den heute manuellen und aufwändigen Abstimmungsprozessen an den Sektorgrenzen.

Als **Erweiterung sind in stärkerem Maß bürgerschaftliches Engagement, nicht-medizinische, aber der Gesundheit zuträgliche kommunale Ressourcen zu integrieren**. Dies ermöglicht niedrigschwellige Zugänge und Beratung für Bagatellanlässe und Prävention. Im Regelwerk der gesetzlichen Krankenkassen sind ausreichend Ressourcen vorhanden, derartige Zentren in einem überschaubaren Zeitraum wirtschaftlich selbstständig tragfähig zu machen und die erforderliche Anfangsinvestition abzutragen. Wünschenswert ist eine Governance-Struktur, die mittelfristig eine Eigenverantwortung der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte ermöglicht.

## Abbildung Arzt-Demografie, Nachfolge und Regionen bedrohter Versorgung.

Die Abbildung überblendet die Karte der Kassenärztlichen Vereinigung zu Praxen in hausärztlicher Versorgung, Mittelbereichen und Landkreisgrenzen mit dem Situationsbild der Demografie der Ärzt:innen und der Schwierigkeit der Nachfolgesuche. Helle Farben zeigen eine ungünstige Demografie und erschwerte Nachfolgesuche an. Die Zahlen zeigen die Einwohnerzahl je tätige Ärztin oder Arzt. Transparent rot unterlegt sind Regionen, in denen die Versorgung in naher Zukunft wahrscheinlich bedroht ist.

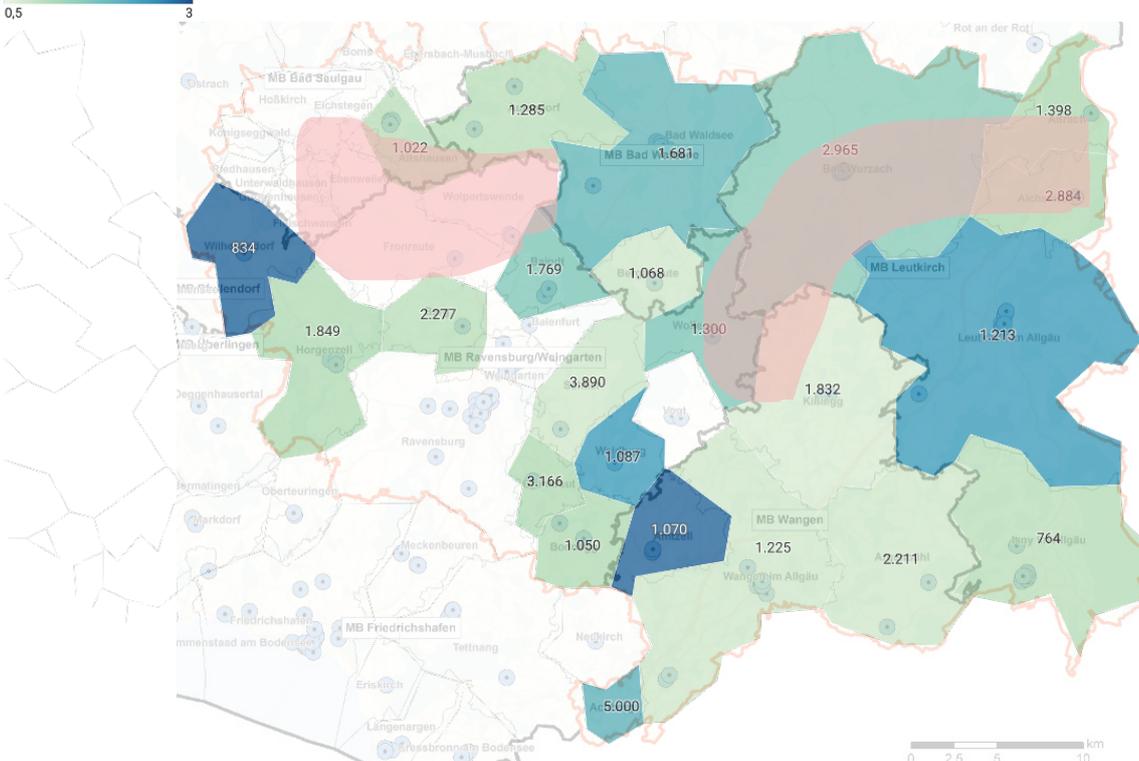
Die **grün-blaue Karte** ist eine Synthese verschiedener vorliegender Informationen. Der von der KV Baden-Württemberg zur Verfügung gestellte Hintergrund zeigt in blauen Kreisen die vorhandenen Versorgungsaufträge = Praxissitze in der hausärztlichen Versorgung an. Die darüber gelegte Karte zeigt farblich kodiert die Information aus den Rückmeldungen der Gemeinden, ergänzt um die Anzahl der Einwohner je an der Versorgung teilnehmender Ärztin oder Arzt. Dabei wurden alle Personen als Vollzeitkraft gezählt. Eine Berechnung des Index aufgrund von tatsächlichen Vollzeitstellen (196 statt 227) würde z.B. in Ravensburg / Weingarten zu höheren Werten führen. Die farbliche Kodierung basiert auf der Einschätzung der Schwierigkeit der Nachfolgesuche sowie der Sicht der Gemeinde auf die demografische Struktur der Praxen.

**Rot überlagerte Bereiche:** Die Einschätzung zu Demografie und Nachfolge ergänzten wir um objektive Daten (z. B. Gemeinschaftspraxis vs. Einzelpraxis) sowie die Informationen derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die ihre Postleitzahl notierten. Die Gebiete stellen somit eine Synthese aller Daten dar, d.h. Demografie, Versorgungsdichte, Aktivität der Gemeinde nach Eigenauskunft, Entfernung zu einer näher liegenden Stadt mit noch intakter Versorgung (z. B. Schlier in Nachbarschaft zu Ravensburg) oder Verfügbarkeit von stationären Einrichtungen (z. B. Bad Waldsee). Aus den weiß ausgelassenen Gemeinden fehlt der Gemeindefragebogen, bzw. die schriftlichen Aussagen ließen sich nicht in einen quantitativen Score umrechnen. Die roten Bereiche sind eine Einschätzung der Autoren ohne Gespräche zur Verifizierung mit Betroffenen und Stakeholdern vor Ort geführt zu haben und sollten in Prozessen mit Bürgerbeteiligung in den Gemeinden verifiziert werden.

### Arzt-Demografie und Nachfolge

Synthese aus Einschätzung der Gemeinden und Fragebogen Arztpraxen. Zahlen Einwohner je tätige Ärztin / Arzt.

Demografie - Nachfolge - Index  
ungünstig (0,5) - günstig (3,0)



Grafik: Joachim Fischer - Praevidea GmbH - Overlay KV/BW - Quelle: Wikipedia - Erstellt mit Datawrapper

# Vision, Ziele und Handlungsrichtungen

## Vision

Qualitativ hochwertige, bezahlbare  
wohnnah hausärztliche Versorgung  
im Landkreis Ravensburg sichern.

## Herausforderungen



**Notwendigkeit zur  
Strukturreform**  
Fachkräftemangel,  
Ambulantisierung, Investoren,  
New Work, Kostensteigerung.



**Demografischer Wandel**  
der Bevölkerung / Fachkräfte mit  
Veränderung des  
Behandlungsspektrums  
(Multimorbidität)



**Technologischer und  
digitaler Wandel**  
mit zunehmendem  
Auseinanderklaffen zwischen  
Gesundheitswesen und anderen  
Wirtschaftssektoren



**Unausgeschöpte Potenziale bei  
Prävention und  
Gesundheitsförderung**  
entlang der Lebensspanne



**Externe Makrofaktoren**  
mit Wirkung auf die Kommune  
und die gesundheitsbezogenen  
Lebensbedingungen  
z. B. Klimawandel, Pandemie,  
Energiekrise,  
Fehlinformation

## Handlungsrichtungen

**H1**

Aufbau einer **nachhaltigen Primärversorgung**  
durch Einbettung in die lokalen  
Versorgungsstrukturen

**H2**

Einbezug der **kommunalen Ressourcen**  
und Stärkung funktionierender Lösungen

**H3**

**Prozessoptimierte sektorübergreifende  
Zusammenarbeit** mit Delegation an nicht-  
ärztliches Fachpersonal

**H4**

**Attraktive Arbeits- und  
Rahmenbedingungen** für Fachpersonal

**H5**

Echtzeit **Informationen und Daten** im  
Behandlungspfad („patient journey“)

**H6**

**Digitale Unterstützung** für  
sektorübergreifende Prozesse zur  
Effizienzsteigerung

**H7**

**Evidenzbasierte Gesundheitsförderung,**  
Prävention und Frühintervention zur  
Stärkung von Autonomie und Teilhabe

**H8**

**Kommunale Vernetzung** mit nicht-  
medizinischen Lebenswelten

**H9**

Verfügbarkeit von verständlichen und  
verlässlichen **Gesundheitsinformation**

**H10**

Erhöhung der **Kapazität des Systems**  
durch Zusammenwirken mit kommunalen  
Ressourcen

## Maßnahmen

**M1.1**

Gründung von gemeinwohlorientierten Gesundheitszentren  
(patientenorientiert, evidenzbasiert, qualitätsgesichert)

**M1.2**

Angemessene analoge und digitale Ressourcen für  
patientenzentrierte Prozesse und Abläufe

**M2.1**

Aufbau einer Infrastruktur zur Nutzung der Informationen und  
Daten in Gemeinde/Landkreis

**M2.2**

Einrichtung von wohnortsnahen ärztlichen Versorgungsstellen  
(Notfall, ambulant-stationär)

**M3.1**

Integrierte Abläufe insb. für die multimorbide, chronische  
Versorgung

**M3.2**

Koordinationsstelle zur Integration mit anderen nicht-ärztlichen,  
kommunalen Ressourcen (z.B. ambulante Pflege)

**M4.1**

Versorgung in multi-professionellen Teams mit verstärkter  
Delegation und Substitution

**M4.2**

Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen für Fachpersonal

**M5.1**

Nutzung von Digitalisierung zur Erleichterung der Behandlungsprfade

**M5.2**

Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz der Bürger:innen.

**M6.1**

Verlagerung von Sekundär- und administrativen Prozessen in  
spezialisiertes Back-Office

**M6.2**

Digitalkompetenz und Umgang mit Lösungen bei Mitarbeitenden  
und Fachkräften

**M7.1**

Intensivierter Einsatz von Digitalisierung in der Prävention  
(Ernährung, Bewegung, Psychosoziale Gesundheit)

**M7.2**

Ausschöpfen der Möglichkeiten zur Finanzierung von  
Gesundheitsförderung

**M8.1**

Systematischer Einbezug kommunaler Ressourcen mit Finanzierung  
aus dem Sozialgesetzgebung

**M8.2**

Nutzung nicht-medizinischer Ressourcen in der Gemeinde, wie z.B.  
Kindertagesstätten oder Vereine

**M9.1**

Kontinuierliche, mehrsprachige einfach verständliche  
evidenzbasierte Kommunikation

**M9.2**

Kontinuierliche Weiterbildung des Personals in patientenzentrierter  
Kommunikation

**M10.1**

Beitrag zur nachhaltigen Kommunalentwicklung als lebenswerte Lebenswelt

**M10.2**

Bedarfsorientierte Entwicklung wissensbasierter Strategien durch  
bessere Daten (Qualitätsentwicklung der Versorgung)

## Projektumsetzungsplan

7+1

# D

## Handlungsrichtungen und Strategische Maßnahmen

Wie kann im Landkreis Ravensburg unter Mitwirkung aller relevanten Akteure, die Herausforderung der Sicherung einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung strukturiert angegangen werden?

Aus der übergeordneten Vision, den Herausforderungen und den grundsätzlichen Handlungsrichtungen ergeben sich strategische Maßnahmen zur Umsetzung, die im Folgenden in den Kontext moderner Gesundheitsversorgung gestellt werden. Vergleichbar einem Hausbau beschreibt dieses Kapitel „Räumlichkeiten“, während bei der konkreten Ausführung eines Gebäudes „Gewerke“ zu berücksichtigen – hier etwa die Digitalisierung – die für jeden „Handlungsraum“ zu berücksichtigen sind.

Aus den nachfolgend dargestellten Handlungsrichtungen (H1-H10) leiten sich strategische Maßnahmen (M1.1 – M10.2) ab. Die strategischen Maßnahmen haben wiederum direkten Einfluss auf die Projektaktivitäten und die Umsetzungsplanung. Die Projektaktivitäten werden in Kapitel D im Detail vorgestellt. Aus jeder der 5 skizzierten Herausforderungen resultieren zwei konkrete Handlungsrichtungen für die Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung.

### H.1 Aufbau einer nachhaltigen hausärztlichen Versorgung durch Einbettung in die lokalen Versorgungsstrukturen

#### M1.1 Gründung von gemeinwohlorientierten Gesundheitszentren (patientenorientiert, evidenzbasiert, qualitätsgesichert)

Bisherige Versuche der Veränderung bestehender Strukturen waren nur bedingt zielführend (siehe B.2, B.3). Daraus resultiert die Notwendigkeit einer Strukturreform und dem damit verbundenen Aufbau einer neuartigen patientenorientierten, qualitätsgesicherten Versorgung mit verstärkter Digitalisierung und Delegation sowie Versorgung in multiprofessionellen Teams. Keine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis allein kann diesen Strukturwandel umfänglich allein leisten. Dies legt daher die Gründung einer Kette von neuartigen Gesundheitszentren unter dem Dach etwa einer gemeinwohlorientierte

---

Genossenschaft nahe. Für den gesamten Verbund werden patient:innenzentrierte Prozesse und Abläufe systematisch und strukturiert definiert, und werden von weitergebildetem Personal, das durch geeignete digitale Lösungen entlastet wird in auf die neue Arbeitsteilung ausgerichteten Räumlichkeiten geleistet.

### **M1.2 Angemessene analoge und digitale Ressourcen für patient:innenzentrierte Prozesse und Abläufe**

Die Primärversorgung benötigt ein nachhaltiges System, das 24/7 Erreichbarkeit und Versorgung bei Notfällen, minimale Wartezeiten bei Dringlichkeit sowie zügige Abläufe bei Routineanliegen sicherstellt und weitere vorhandene kommunale Ressourcen stärker einbezieht. Dies gelingt durch eine zum Netzwerk der Praxen gehörende übergeordnete Struktur, geschickte Wahl von Öffnungszeiten bis in die späten Abendstunden sowie durchgängige telemedizinische Erreichbarkeit, digital unterstützte Triage und Zusammenarbeit mit lokalen / regionalen Ressourcen wie Rettungsdiensten unter kontinuierlicher Qualitätsprozesse optimierter Versorgung mit Delegation. Es ist unschwer einsehbar, dass dies nur durch eine Verdichtung der Wertschöpfung anwesender Personen im direkten Patient:innenkontakt erreichbar ist. Dem steht der Wunsch der Bürgerinnen und Bürger entgegen, wenigstens einmal im Jahr in ausreichender Zeit mit der für sie zuständigen Ärztin oder Arzt vor Ort sprechen zu können. Dies erfordert Prozesse so zu gestalten, dass trotz Wertschöpfungsverdichtung für das ärztliche Gespräch bei denjenigen Patientinnen und Patienten, die davon wirklich profitieren, bedeutsam mehr Zeit als heute verfügbar ist.

## **H.2 Einbezug der kommunalen Ressourcen und Stärkung funktionierender Lösungen**

### **M2.1 Aufbau einer Infrastruktur zur Nutzung der Informationen und Daten in Gemeinden /Landkreis**

Für eine bedarfsgerechte Entwicklung sind daher existierende zukunftsfähige Strukturen in den Gemeinden / Stadtteilen zwingend zu berücksichtigen und mit einzubeziehen. Damit ein möglichst effizienter Einsatz der Ressourcen des Landkreises gelingt und zukunftsfähige Strukturen angeschlossen werden können (z. B. bestehende Praxen, ambulante Pflegedienste, Apotheken), wurde die frühere Umfrage unter hausärztlich tätigen Praxen aktualisiert. Sie wurde ergänzt um eine Beurteilungsmatrix der Versorgungslage aus Einschätzung der jeweiligen Kommunen. Diese Umfrage (siehe Kapitel C) hatte zum Ziel, eine ausgewogene und bedarfsgerechte Priorisierung der Pilot-Kommunen zu erleichtern. Die Daten sind zusammen mit den Auskünften der Kassenärztlichen Vereinigung die Basis für eine zukünftige Versorgungskarte für den Landkreis, welche politische Planungen und Prozesse unterstützt.

## M2.2 Einrichtung wohnortnaher ärztlicher Versorgung (Notfall, ambulant-stationär)

Die Analyse der Gemeinden und der vorhandenen Praxen im Landkreis Ravensburg sowie die o.g. Aktivitäten zu Primärversorgungszentren zeigte eine große Unterschiedlichkeit in Bezug auf die tatsächlich zu erwartende Versorgungsnotlage in den nächsten Jahren im Landkreis. Nicht nur aufgrund der rein geografischen Lage bestehen Unterschiede etwa in der Erreichbarkeit eines Krankenhauses und von Zentren mit höherer Versorgungsdichte (z.B. Schlier vs. Bad Wurzach). Dazu kommen Unterschiede zwischen den Gemeinden etwa im Anteil der Ärztinnen und Ärzte die in naher Zukunft die hausärztlichen Tätigkeit aufgeben wollen, in der Struktur (Einzelarztpraxis vs. Praxisgemeinschaft) und bei den Aktivitäten und Engagement der Gemeinden.

### Herausforderungen



**Notwendigkeit zur  
Strukturreform**  
Fachkräftemangel,  
Ambulantisierung, Investoren,  
New Work, Kostensteigerung:

### Handlungsrichtungen

- H1** Aufbau einer **nachhaltigen Primärversorgung** durch Einbettung in die lokalen Versorgungsstrukturen
- H2** Einbezug der **kommunalen Ressourcen** und Stärkung funktionierender Lösungen

### Maßnahmen

- M1.1** Gründung von gemeinwohlorientierten Gesundheitszentren (patientenorientiert, evidenzbasiert, qualitätsgesichert)
- M1.2** Angemessene analoge und digitale Ressourcen für patientenzentrierte Prozesse und Abläufe
- M2.1** Aufbau einer Infrastruktur zur Nutzung der Informationen und Daten in Gemeinde/Landkreis
- M2.2** Einrichtung von wohnortnahen ärztlichen Versorgungsstellen (Notfall, ambulant-stationär)

Die Handlungsfelder H1 und H2 adressieren die Notwendigkeit der Strukturreformen.

## H.3 Prozessoptimierte sektorübergreifende Zusammenarbeit mit Delegation an nicht-ärztliches Fachpersonal

### M3.1 Integrierte Abläufe insbesondere für die multimorbide, chronische Versorgung

Eine stabile zukunftsfähige Primärversorgung erfordert eine grundsätzliche Reorganisation der Behandlungsprozesse, eine nachvollziehbare Standardisierung und ein sorgfältiges Austarieren, welche Behandlungsanlässe telemedizinisch gelöst werden können und für welche das ärztliche Gespräch oder die Betreuung durch eine nicht ärztliche Fachperson einen entscheidenden Mehrwert bieten. Ein zukünftiges System muss Zeit und Mittel haben, dass auch der Hausbesuch in einem entlegenen Weiler nicht nur Wunsch, sondern gelebte Realität ist.

### M3.2 Koordination und Integration mit anderen nicht-ärztlichen, kommunalen Ressourcen (z.B. ambulante Pflege)

Immer stärker rückt die bessere Verknüpfung etwa von ambulanter Pflege und hausärztlicher Versorgung in den Fokus. Hierfür müssen zukünftige Behandlungsteams unter unterschiedlicher Trägerschaft zu einer multiprofessionellen, datengestützten Zusammenarbeit motiviert werden. In einem multiprofessionellen Team erhöhen hybride digitale Lösungen unter anderem die Sicherheit durch wiederholte Abfrage und Dokumentation, wie es den Patientinnen und Patienten gerade geht und ermöglichen so modernes Prozessmining zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.

## H.4 Attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen für Fachpersonal

### M4.1 Versorgung in multi-professionellen Teams mit verstärkter Delegation und Substitution

Der demografische Wandel mit veränderter Komplexität bei Multimorbidität sowie oft zusätzlichen nicht-ärztlichen Unterstützungsbedarfen erfordert die Entwicklung von Abläufen ohne den heute häufigen und üblichen Informationsverlust entlang der gesamten Behandlungskette – wie es ursprünglich im Idealbild von Primärversorgungszentren oder hausärztlicher Versorgung angedacht ist. Der Demografische Wandel betrifft nicht nur das erforderliche Behandlungsspektrum, sondern muss den generellen Personalmangel adressieren. Die Situation zwingt, neue Organisationsformen zu schaffen, die Teilzeitarbeit, Telearbeit und hoch autonomes Arbeiten (z. B. digital und telemedizinisch assistierte Hausbesuche durch „VERAH“) ermöglichen. Ohne Bereitschaft der Kommunen, unterstützende Rahmenbedingungen herzustellen, wird es schwer sein, überregional Personal zu finden. Notwendig ist zudem die Verlagerung von administrativen Prozessen in Back-Office Strukturen.

### M4.2 Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen für Fachpersonal

Im Detail erfordern die oben genannten zum Teil in Konflikt stehenden Handlungsrichtungen und Maßnahmen zuerst, attraktive Arbeitsbedingungen für den ärztlichen wie nichtärztlichen Nachwuchs zu schaffen. Diese wären charakterisiert durch flexible Arbeitszeitmodelle, höhere Vergütung des nichtärztlichen Personals, höhere als eigenständigen Beitrag in eigener Verantwortung erlebte Arbeitsprozesse, Wegfall der administrativen Belastung, weitgehender Wegfall der unternehmerischen Verantwortung und stärkere Handlungsautonomie (Delegation und Substitution). Aus vielen Gesprächen mit nichtärztlichen Fachpersonen sind drei Aspekte für die De-Motivation für den Beruf bedeutsam: Mangel an Wertschätzung sowohl ideell als auch durch die Vergütung; Mangel an Aufgaben, die als eigenverantwortliche Tätigkeit und sinnvollen Beitrag zur gesamten Versorgung erlebt werden sowie anhaltende Hierarchie gekoppelt mit immer stärkerer Belastung durch Dokumentationsprozesse. Diese Anforderungen sind in den heutigen Versorgungsstrukturen der hausärztlichen Einzelarztpraxis nicht lösbar. Sie werden in größeren Einheiten lösbar, wenn durch Digitalisierung in sinnvoller Weise eine Wertschöpfungsverdichtung des anwesenden Personals ermöglicht wird und hybride digitale Lösungen den Informationsfluss zwischen den verschiedenen an der Versorgung beteiligten Personen erleichtern.

  
**Demografischer Wandel**  
der Bevölkerung / Fachkräfte mit  
Veränderung des  
Behandlungsspektrums  
(Multimorbidität)

**H3** **Prozessoptimierte sektorübergreifende Zusammenarbeit** mit Delegation an nicht-ärztliches Fachpersonal

**H4** **Attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen** für Fachpersonal

**M3.1** Integrierte Abläufe insb. für die multimorbide, chronische Versorgung  
**M3.2** Koordinationsstelle zur Integration mit anderen nicht-ärztlichen, kommunalen Ressourcen (z.B. ambulante Pflege)  
**M4.1** Versorgung in multi-professionellen Teams mit verstärkter Delegation und Substitution  
**M4.2** Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen für Fachpersonal

**Die Handlungsfelder H3 und H4 adressieren den demographischen Wandel.**

---

## **H.5 Echtzeit Informationen und Daten im Behandlungspfad („patient journey“)**

### **M5.1 Nutzung von Digitalisierung zur Erleichterung der Behandlungspfade**

Die Digitalisierung in der hausärztlichen Versorgung ist heute gekennzeichnet durch eine Kakophonie nicht miteinander kommunizierender. Die heute existierenden Praxisinformationssysteme unterstützen in erster Linie die notwendige regresssichere Dokumentation ärztlicher Leistungserbringung und damit verbundenen Abrechnung. Die heute überwiegend eingesetzten Praxisinformationssysteme sind nicht entwickelt aus der Perspektive der Begleitung einer Person über die Patienten-Reise von vollständiger Gesundheit bis zu schwerster Erkrankung.

Dazu scheitert die datenschutzkonforme und datensichere Übertragung von Informationen zwischen Leistungserbringern schon an der fehlenden Operationalisierung und Strukturierung der Daten und zum anderen auch an der fehlenden Nutzung heute bereits existierender Möglichkeiten. Hier gibt es bereits Pilotvorhaben, etwa im Kinzigtal, existierende Praxisinformationssysteme wenigstens uni-direktional an ein Meta-System anzuschließen – Lösungen die jedoch weit vom heute aktuellen und möglichen technischen State-of-the-Art in digitalen Lösungen entfernt sind.

Die heute verfügbaren technologischen Möglichkeiten erlauben eine andere Aufteilung der Arbeitsprozesse und Therapieschritte als bisher möglich aufgrund von Unterstützung durch Algorithmen, Aufklärung und Erfragen von Symptomen durch digitale Lösungen und erleichtern so die Bearbeitung spezifischer Fragestellungen durch nichtärztliches Fachpersonal und Entscheidungsunterstützung für die verantwortlich handelnden Ärztinnen und Ärzte.

### **M5.2 Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz der Bürger:innen.**

Eine Neuordnung, welche die zunehmende digitale Kompetenz der Bürgerinnen und Bürger mit einbezieht erfordert Behandlungspfade („patient journey“) und Informations- sowie Dokumentenabläufe so gestalten, dass digitale Lösungen bestmöglich Betroffene, Behandelnde und andere Beteiligte unterstützen und Partizipation erleichtern.

Die Nutzung von Digitalisierung soll dabei die Behandlungspfade erleichtern und zugleich die digitale Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger stärken. Sicherzustellen ist die Verlässlichkeit und die Zuverlässigkeit digitaler Prozesse plus Service bei IT-Lösungen durch einheitliche Lösungen aus einer Hand in Abstimmung mit den Anforderungen u.a. der Gematik, KV. Dort, wo Digitalkompetenz und Umgang mit Lösungen auszubauen ist, könnte dies in Begegnungsstätten außerhalb der Praxis erfolgen, in einer Art „Gesundheitskiosk 2.0“, der zugleich die Wartezimmer entlastet.

---

## H.6 Digitale Unterstützung für sektorübergreifende Prozesse zur Effizienzsteigerung

### M6.1 Verlagerung von Sekundär- und administrativen Prozessen in ein spezialisiertes Back-Office

Nur wenn einfach zu bedienende, verlässliche digitale Lösungen sektorübergreifende Prozesse in Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung unterstützen, führt dies zum optimierten Einsatz humaner Ressourcen und zur Effizienzsteigerung gerade administrativer Vorgänge. Hier braucht es am Anliegen der Betroffenen ausgerichtete optimierte, digital augmentierte Prozesse mit Verlagerung von Sekundär- und administrativen Prozessen in ein spezialisiertes Back-Office.

### M6.2 Digitalkompetenz / Umgang mit Lösungen bei Mitarbeitenden und Fachkräften

In den letzten fünf Jahre gab es enormen Zuwachs an Entwicklungswerkzeugen für die rasche Erstellung von neuen Lösungen, welche in sinnvoller Weise auch Künstliche Intelligenz einbinden und eine hybride Unterstützung der Betreuung und Behandlungsführung ermöglichen. Die Digitalkompetenz aller Beteiligten erlaubt – wie oben ausgeführt - eine vollständige Neustrukturierung und Neuverteilung der Arbeitsschritte einer Behandlung oder Betreuung. Das übergeordnete Ziel der Digitalisierung darf dabei nicht sein, das persönliche Gespräch im gleichen Raum zu ersetzen. Sondern das Ziel muss sein, für das so wichtige persönliche Gespräch zwischen Ärzt:innen und Patient:innen oder zwischen nicht-medizinischen Expert:innen und Patient:innen durch Optimierung aller sonstigen Prozesse mehr Zeit zu schaffen. Unsere Vision ist, dass ein ärztliches Gespräch zur Beratung mindestens 15 Minuten dauert.



**Handlungsfelder H5 und H6 adressieren den technologischen und digitalen Wandel.**

---

## **H.7 Evidenzbasierte Gesundheitsförderung, Prävention und Frühintervention zur Stärkung von Autonomie und Teilhabe**

### **M7.1 Intensivierter Einsatz von Digitalisierung in der Prävention (Ernährung, Bewegung, Psychosoziale Gesundheit)**

Der Demographische Wandel der Gesellschaft zwingt dazu, stärker und bereits früher im Leben auf Gesundheitsförderung und Prävention abzustellen. Leider bestehen in Deutschland weiterhin hohe nicht ausgeschöpfte Potenziale bei Prävention und Gesundheitsförderung entlang der gesamten Lebensspanne.

Für die konkrete Arbeit in zukünftigen kommunalen Gesundheitszentren bedeutet dies, zur erfolgreicherer, evidenzbasierten Gesundheitsförderung, Prävention und Frühintervention in allen Lebensaltern beizutragen - zur Stärkung von Autonomie und Teilhabe. Das bedeutet, auf die gesellschaftlich erhöhte Bereitschaft, sich um die Gesundheit zu kümmern, einzugehen durch Stärken von Gesundheitskompetenz, Anerkennen des Autonomiebedürfnis der Menschen, Verknüpfung mit anderen nicht medizinischen kommunalen Ressourcen herzustellen und das Leben in Gesundheit zum zentralen Gesichtspunkt der Begleitung durch Gesundheit und Krankheit zu machen.

### **M7.2 Ausschöpfen der Möglichkeiten zur Finanzierung von Gesundheitsförderung**

Die konkrete Aufgabe in dieser Handlungsrichtung ist, für die zukünftigen Zentren, unter intensiviertem Einsatz von Digitalisierung, die in der Sozialgesetzgebung verankerten Möglichkeiten zur Finanzierung von Gesundheitsförderung, Prävention und Frühintervention sowie ambulanter Rehabilitation optimaler auszuschöpfen.

Dieser neue, ergänzende Fokus auf Förderung von Gesundheit und damit auf Erhalt von Teilhabe erfordert, die in der Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte von allen, nicht für komplexe Entscheidungen oder akute Notfälle erforderlichen Schritte im Behandlungsprozess, konsequent zu entlasten. Jede Beratung zur Ernährung oder Bewegung ist sinnvoller durch entsprechend qualifiziertes nicht-ärztliches Fachpersonal in Delegation (und damit in Vergütung als ob durch den Arzt erfolgt) zu leisten.

Erleichtert wird dies durch die aktuell diskutierten und zum Teil bereits realisierten Vergütungs- und Abrechnungsmöglichkeiten der kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, die etwa einen erhöhten Anteil telemedizinischer Betreuung oder Versorgung durch nicht-ärztliche Fachpersonen vorsieht. Andere Modelle sind die Verträge zur hausärztlichen Versorgung des Hausärzterverbandes. Auch digitale Gesundheitsanwendungen bieten Potenziale, wenn sie besser in die Prozesse integriert sind und die aufgerufenen Preise sich realistischer am tatsächlich nachgewiesenen Nutzen im Vergleich zu anderen Versorgungsmodalitäten orientieren.

---

## **H.8 Kommunale Vernetzung mit nicht-medizinischen Lebenswelten**

### **M8.1 Systematischer Einbezug kommunaler Ressourcen mit Finanzierung aus der Sozialgesetzgebung**

In jeder Gemeinde bestehen zahlreiche auf die Gesundheit der Bevölkerung einwirkende oder beeinflussende Faktoren – sobald der Gesundheitsbegriff weiter als nur die Abwesenheit von akuter Erkrankung gefasst wird. Wir unterscheiden hier zwischen Strukturen wie etwa Arztpraxis, Apotheke, Sanitätshäuser, Pflegedienste, Physiotherapie, Ergotherapie und andere zur ambulanten Krankheitsversorgung oder Rehabilitation beitragenden Dienstleister sowie die stationären Einrichtungen und nicht aus dem engeren Bereich der Gesundheitswirtschaft finanzierten, aber zur Gesundheit beitragenden Strukturen wie etwa Kindertagesstätten, Schulen, Arbeitsplätze, Vereine.

Weiterhin bestehen zwischen Menschen und Bevölkerungsgruppen große Unterschiede in der Gesundheitserwartung. So ist etwa die Lebenserwartung einer weiblichen Managerin mit Hochschulabschluss 15 Jahre höher als die Lebenserwartung eines männlichen Arbeiters ohne höhere Schulbildung. 60-80 % dieser Unterschiede entziehen sich dem Einfluss medizinischer Behandlung. Aus der Sicht der Bevölkerung wie auch der einzelnen Personen gehört es daher zur gesellschaftlichen Daseinsfürsorge, die bestimmenden Faktoren für Gesundheit gesamtheitlich zu sehen. Dies äußert sich beispielsweise im aktuellen Koalitionsvertrag der Landesregierung, welche die Beachtung von Gesundheit in verschiedenen Politikressorts fordert.

### **M8.2 Nutzung nicht-medizinischer Ressourcen in der Gemeinde, wie z.B. Kindertagesstätten oder oder Programme wie Solidarische Gemeinde**

Daraus folgt für Prävention und Gesundheitsförderung eine bessere kommunale Vernetzung des Gesundheitswesens mit nicht-medizinischen Lebenswelten wie Kindertagesstätten, Schulen, Arbeitsplatz, Vereine, Religionsgemeinschaften. Hier kann die hausärztliche Versorgung der verbindende Hub zwischen Lebenswelt und dem Gesundheitswesen werden – allerdings ist dies bislang weder strukturell verankert noch in Vergütungsmodellen nachhaltig abgebildet.

Erfolgreiche Beispiele aus Baden-Württemberg zeigen jedoch eindrücklich, welche Wirkungen ein systematischer Einbezug kommunaler Ressourcen wie bürgerschaftliches Engagement, nicht-medizinische Ressourcen (Beispiel Gemeinde Michelfeld) oder Arbeitgeber (z. B. über betriebsärztliche Betreuung) entfalten kann. In diesen Kontext gehört beispielsweise auch das Programm „Solidarische Gemeinde“, das in verschiedenen Gemeinden im Landkreis Ravensburg umgesetzt wird. So soll in Fronreute und Wolpertswende in einem kommunalen Gemeinschaftsprojekt erarbeitet werden, wie BürgerInnen an ihrem Lebensort gut alt werden und alt sein können. Gerade ältere Menschen sind oft von unterschiedlichen gesundheitlichen Herausforderungen betroffen. Es ist daher überaus naheliegend, im Neugestalten von Behandlungspfaden und der Einrichtung kommunal verankerter Gesundheitszentren diese Potenziale einzu-



Unausgeschöpfte Potenziale bei  
Prävention und  
Gesundheitsförderung  
entlang der Lebensspanne

beziehen. Ein solches kommunal verankertes Gesundheitszentrum mit stärkerer Ausrichtung auf Gesundheitsförderung und Prävention wird mit anderen zivilgesellschaftlichen Ressourcen zusammenarbeiten und daraus neue synergistische Ansatzpunkte und Handlungsinitiativen ableiten.



Die Handlungsfelder H7 und H8 richten sich die Potentiale der Prävention und Gesundheitsförderung.

## H.9 Verfügbarkeit von verständlichen und verlässlichen Gesundheitsinformation

### M9.1 Mehrsprachige einfach verständliche evidenzbasierte Kommunikation

Die Corona Pandemie hat der Digitalisierungsbereitschaft der Bevölkerung nochmals einen bedeutsamen Schub verliehen. Heute gibt es kaum noch eine erwachsene und nicht von mentaler Einschränkung betroffene Person, die nicht in der Lage ist, über das Smartphone, ein Tablett oder den Computer Vorgänge des normalen Lebens wie Bestellungen und Buchungen über digitale Endgeräte zu vollziehen.

Mehrere hunderttausend Applikationen für Smartphones betreffen Themen rund um Gesundheit. Nahezu jeder bemüht das Internet mit Suchanfragen zu Gesundheitsthemen. Allerdings zeigt die aktuelle Pandemie auch, wie die Digitalisierungsbereitschaft auf absichtlich oder aus weltanschaulichen Gründen gestreute und nicht immer qualitätsgesicherte Informationen trifft.

Der kritische Umgang mit digitaler Gesundheitsinformation ist ausbaufähig. Wird die bestehende Digitalisierungsbereitschaft im vertrauenswürdigen Umfeld der kommunalen Gesundheitszentren verknüpft mit gezielten Initiativen zur Erhöhung der gesundheitsbezogenen Digitalkompetenz, wird für alle Hilfesuchenden die erforderliche digitalen Kompetenz zugänglich und können sämtliche Prozesse darauf abgestellt werden.

Zukünftig können Erläuterungen und weitergehende Informationen auf gut verständliche, aktuelle, verlässliche, ausgewogene und fundierte Gesundheitsinformation verlagert werden, die auch Angebote zur Stärkung der psychischen Resilienz umfassen. Aktuell sind bereits verschiedene digitale / hybride web-basierte Lösungen für Behandlungsanlässe mit starker psychischer Belastung in Entwicklung (z. B. Long-Covid 12-Wochen Präventions-Frühinterventions-Kurs) oder bereits am Markt als Digitale Gesundheitsanwendung zugelassen.

---

## **M9.2 Kontinuierliche Weiterbildung des Personals in patient:innenzentrierter Kommunikation**

Ein Merkmal moderner hausärztlicher Versorgung wird mehrsprachige einfach verständliche evidenzbasierte Kommunikation für Patient:innen, sowie kontinuierliche Weiterbildung des Personals in patient:innenzentrierter Kommunikation sein. So könnte die Ausbildung des gesamten Behandlungsteams in der Technik der motivationalen Gesprächsführung nach der aktuellen Forschung nicht nur zu einem besseren Besuche:innen Erlebnis in der Praxis beitragen, sondern auch zur Effizienz und Compliance mit Empfehlungen beitragen.

## **H.10 Erhöhung der Kapazität des Systems durch Zusammenwirken mit kommunalen Ressourcen**

### **M10.1 Beitrag zur nachhaltigen Kommunalentwicklung als lebenswerte Lebenswelt**

Zu den bereits erwähnten Bestimmungsfaktoren von Gesundheit stellen sich immer stärker die Herausforderungen durch den Klimawandel (z.B. neue Erkrankungen aufgrund von Insekten, die ansteckende Krankheiten übertragen oder anhaltende Hitzewellen).

So wie es zur kommunalen Daseinsfürsorge gehört, Schulgebäude auszustatten, Baugebiete zu erschließen, kommunale Infrastrukturen und kommunale soziale Infrastrukturen aufrechtzuerhalten, entsteht hier ein neues Aufgabenfeld der kommunalen Daseinsfürsorge, das eng angrenzt an die Sicherung einer Gesundheitsversorgung. Dies resultiert in einer verbesserten Kapazität des Systems, im Zusammenwirken mit anderen kommunalen Ressourcen aktuelle Herausforderungen zeitnah und wissenschaftsbasiert adressieren zu können (z. B. Pandemie, Klimakrisen).

Die rasch aufeinanderfolgenden Krisen stellen für viele Personen nicht nur eine existenzielle, sondern auch eine starke psychische Belastung dar. Daher hat die psychische Vulnerabilität zugenommen mit hohen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von Betroffenen im Erwerbsalter. So ist heute schon das Long-Covid-Syndrom mit weitem Abstand die am häufigsten anerkannte Berufskrankheit mit vorzeitigem Ausscheiden aus dem Berufsleben und Frühverrentung.

Im Sinne der gemeinwohlorientierten Genossenschaft sollten positive Erträge in die Weiterentwicklung und Nachhaltigkeit, z. B. auch nachhaltige Energieproduktion für den eigenen Praxisbetrieb, investiert werden. Bezüglich neuer Pandemien, Hitzewellen oder anderen Herausforderungen besteht bereits eine enge Zusammenarbeit mit der Abteilung Public Health der Universität Heidelberg für eine rasche Entwicklung wissenschaftlicher Strategien, wie z. B. im Winter 2020/2021 im Kanton Graubünden in der Schweiz realisiert.

---

## M10.2 Bedarfsorientierte Entwicklung wissensbasierter Strategien durch bessere Daten (Qualitätsentwicklung der Versorgung)

Unabdingbar ist eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung im Sinne des Managementzyklus (Plan, Do, Check, Act) mit Evaluation und Prozess-Mining sowohl bezüglich der Qualität der Behandlungsergebnisse, der wirtschaftlichen Qualität sowie der Weiterentwicklung der Anpassung der Prozesse an neue Anforderungen, die sich aus der kommunalen Integration oder der übergeordneten Integration im Landkreis ergeben.

Dies kann durch eine datenbasierte und von Anfang an etablierte Zusammenarbeit mit in der Versorgungsforschung, Public Health, Prävention, Gesundheitsökonomie und Allgemeinmedizin tätigen universitärer Kompetenz erfolgen. Hier besteht hohes Anschlusspotenzial etwa an die Aktivitäten des Kompetenznetzwerks Präventivmedizin der Medizinischen Fakultäten des Landes.



<b>H9</b>	Verfügbarkeit von verständlichen und verlässlichen <b>Gesundheitsinformation</b>
<b>H10</b>	Erhöhung der <b>Kapazität des Systems</b> durch Zusammenwirken mit kommunalen Ressourcen

<b>M9.1</b>	Kontinuierliche, mehrsprachige einfach verständliche evidenzbasierte Kommunikation
<b>M9.2</b>	Kontinuierliche Weiterbildung des Personals in patientenzentrierter Kommunikation
<b>M10.1</b>	Beitrag zur nachhaltigen Kommunalentwicklung als lebenswerte Lebenswelt
<b>M10.2</b>	Bedarfsorientierte Entwicklung wissensbasierter Strategien durch bessere Daten (Qualitätsentwicklung der Versorgung)

**Die Handlungsfelder H9 und H10 fokussieren sich auf die externen Makrofaktoren.**

# Projektumsetzung der Maßnahmen

Aus den 10 Handlungsrichtungen und den daraus abgeleiteten strategischen Maßnahmen ergeben sich acht Fokusbereiche des Projektumsetzungsplans - vergleichbar den „Gewerken“ beim Hausbau. Die acht Projektteile für die Umsetzung der strategischen Maßnahmen sind:

**P.1 Etablierung einer lokalen Governance:**

Aufbau und Management der übergeordneten Organisationen und Gesundheitszentren

**P.2 Design bürger-zentrierter Prozesse:**

Design der Versorgungsabläufe entlang der Patienten-Bedarfe („patient journey“)

**P.3 Aufbau des Digitalen Ökosystems:**

Aufbau digitaler Infrastruktur, digitaler Dienste und gesundheitsbezogene Digitalkompetenz im Versorgungsnetz

**P.4 Rekrutierung von Kernpersonal:**

Integration, Aufbau und Weiterentwicklung von Gesundheits-Fachpersonal in der Region, insb. Hausärzt:innen, Pflegepersonal und MFAs

**P.5 Entwicklung der räumlichen Infrastruktur:**

Schaffung der lokalen räumlichen Voraussetzungen für eine moderne hausärztliche Versorgungsversorgung

**P.6 Integration von Serviceleistungen:**

Aufbau sonstiger Dienstleistungen und Back-office Strukturen zum Betrieb von Gesundheitszentren

**P.7 Anbindung zivilgesellschaftlicher Ressourcen:**

Vernetzung der Gesundheitszentren in die bürgernahen Vereine, Servicestellen

**P.8 Kontinuierliche Verbesserung/ Qualitätsmanagement:**

Stetige Qualitätsverbesserung, Priorisierung und Evaluation (PDCA)

In der Abbildung auf der folgenden Seite ist für die einzelnen Maßnahmen illustriert, wie die Fokusbereiche oder „Gewerke“ ineinandergreifen. So erfordert ein auf Delegation und an Patientenbedarfen ausgerichtetes Design des Behandlungsprozesses (patient journey) ganz andere digitale Lösungen, Räumlichkeiten, Kernpersonal und Governance als Unterstützungssysteme für die Abrechnung einer Einzelarztpraxis. Der dazugehörige Projektumsetzungsplan und die Projektbudgetkalkulation finden sich im Anhang.

# Projekt: Handlungsrichtungen, Maßnahmen und Projektumsetzung

## Handlungsrichtungen

**H1** Aufbau einer **nachhaltigen Primärversorgung** durch Einbettung in die lokalen Versorgungsstrukturen

**H2** Einbezug der **kommunalen Ressourcen** und Stärkung funktionierender Lösungen

**H3** **Prozessoptimierte sektorübergreifende Zusammenarbeit** mit Delegation an nicht-ärztliches Fachpersonal

**H4** **Attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen** für Fachpersonal

**H5** **Echtzeit Informationen und Daten** im Behandlungspfad („patient journey“)

**H6** **Digitale Unterstützung** für sektorübergreifende Prozesse zur Effizienzsteigerung

**H7** **Evidenzbasierte Gesundheitsförderung**, Prävention und Frühintervention zur Stärkung von Autonomie und Teilhabe

**H8** **Kommunale Vernetzung** mit nicht-medizinischen Lebenswelten

**H9** Verfügbarkeit von verständlichen und verlässlichen **Gesundheitsinformation**

**H10** Erhöhung der **Kapazität des Systems** durch Zusammenwirken mit kommunalen Ressourcen

## Maßnahmen

**M1.1** Gründung von gemeinwohlorientierten Gesundheitszentren (patientenorientiert, evidenzbasiert, qualitätsgesichert)

**M1.2** Angemessene analoge und digitale Ressourcen für patientenzentrierte Prozesse und Abläufe

**M2.1** Aufbau einer Infrastruktur zur Nutzung der Informationen und Daten in Gemeinde/Landkreis

**M2.2** Einrichtung von wohnortnahen ärztlichen Versorgungsstellen (Notfall, ambulant-stationär)

**M3.1** Integrierte Abläufe insb. für die multimorbide, chronische Versorgung

**M3.2** Koordinationsstelle zur Integration mit anderen nicht-ärztlichen, kommunalen Ressourcen (z.B. ambulante Pflege)

**M4.1** Versorgung in multi-professionellen Teams mit verstärkter Delegation und Substitution

**M4.2** Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen für Fachpersonal

**M5.1** Nutzung von Digitalisierung zur Erleichterung der Behandlungspfade

**M5.2** Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz der Bürger:innen.

**M6.1** Verlagerung von Sekundär- und administrativen Prozessen in spezialisiertes Back-Office

**M6.2** Digitalkompetenz und Umgang mit Lösungen bei Mitarbeitenden und Fachkräften

**M7.1** Intensivierter Einsatz von Digitalisierung in der Prävention (Ernährung, Bewegung, Psychosoziale Gesundheit)

**M7.2** Ausschöpfen der Möglichkeiten zur Finanzierung von Gesundheitsförderung

**M8.1** Systematischer Einbezug kommunaler Ressourcen mit Finanzierung aus dem Sozialgesetzgebung

**M8.2** Nutzung nicht-medizinischer Ressourcen in der Gemeinde, wie z.B. Kindertagesstätten oder Vereine

**M9.1** Kontinuierliche, mehrsprachige einfach verständliche evidenzbasierte Kommunikation

**M9.2** Kontinuierliche Weiterbildung des Personals in patientenzentrierter Kommunikation

**M10.1** Beitrag zur nachhaltigen Kommunalentwicklung als lebenswerte Lebenswelt

**M10.2** Bedarforientierte Entwicklung, wissensbasierter Strategien durch bessere Daten (Qualitätsentwicklung der Versorgung)

## Projektumsetzung

**P1** **Etablierung einer lokalen Governance**  
Aufbau und Management der übergeordneten Organisationen und Gesundheitszentren

**P2** **Design bürgerzentrierter Prozesse**  
Design der Versorgungsabläufe entlang der Patienten-Bedarfe („patient journey“)

**P3** **Aufbau des Digitalen Ökosystems**  
Aufbau digitaler Infrastruktur, digitaler Dienste und gesundheitsbezogene Digitalkompetenz im Versorgungsnetz

**P4** **Entwicklung von Kernpersonal**  
Rekrutierung, Aufbau und Weiterentwicklung von Gesundheits-Fachpersonal in der Region, insb. Hausärzten und Pflege

**P5** **Entwicklung der räumlichen Infrastruktur**  
Schaffung der lokalen räumlichen Voraussetzungen für eine moderne Primärversorgung

**P6** **Integration von Serviceleistungen**  
Aufbau sonstiger Dienstleistungen und Back-office Strukturen zum Betrieb von Gesundheitszentren

**P7** **Anbindung zivilgesellschaftlicher Ressourcen**  
Vernetzung der Gesundheitszentren in die bürgernahen Vereine, Servicestellen, Bürgerdienste

## P.1 Etablierung einer lokalen Governance

**Ziel: Aufbau und Management der übergeordneten Organisationen und Gesundheitszentren**

**Aufgabe:** Die Gründung einer Kette von kommunal integrierten Gesundheitszentren mit mehreren kassenärztlichen Sitzen, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sind an einem Standort unter dem Dach einer gemeinwohlorientierten Genossenschaft, welche unter anderem vom Landkreis getragen wird, bedarf einiger rechtlicher Vorarbeiten und Voraussetzungen, welche in diesem Handlungsthema zu bearbeiten sind.

Dazu gehört auch die Regelung der Finanzierung für die Vorbereitungsphase, Eröffnung und Aufbauphase und den nachhaltigen Betrieb der Zentren. Die übergeordnete beispielhafte generische Lösung für den Landkreis, die hier verallgemeinerbar auch für andere Landkreise geschaffen wird, fällt in ein politisch günstiges Umfeld bei jedoch angespannten Haushaltslage.

Hier sind über entsprechende Vereinbarungen mit dem Hausärzteverband, der Landesregierung, der kassenärztlichen Vereinigung, den gesetzlichen Krankenkassen Regelungen zu treffen, die sich an dem tatsächlichen Bedarf der Bürgerinnen und Bürger und der daraus resultierenden zweckmäßigen, notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung orientieren und dabei die Überschneidung zu bürgerschaftlichen und gesellschaftlichen Aufgaben, die außerhalb des Gesundheitswesens zu finanzieren sind, berücksichtigt.

**Inhaltlich:** Vier Teilaufgaben stehen hier im Vordergrund, die alle bereits unmittelbar zu Beginn 2023 in Angriff genommen werden müssen, wegen der zu erwartenden langwierigen Konsultationen mit beteiligten interessierten dritten Parteien. Diese sind in der untenstehenden Tabelle zusammengefasst.

**Ergebnis:** Als Ergebnis liegen rechtssichere Vereinbarungen zur Finanzierung der Vorbereitung, Öffnung und Anlaufphase und des nachhaltigen Betriebes vor – unter Berücksichtigung der im Handlungsthema Prozess-Design definierten zu erfüllenden Versorgungsaufgaben (18 Monate). Als weiteres Ergebnis liegt ein angepasster und an den Prozessen nachgesteuerter Wirtschaftsplan vor.

**Ressourcenaufwand:** Der Aufwand in Aufwandtagen beträgt über die Projektlaufzeit ca. 1000-1100 Personentagen.

### Projektpaket inkl. Verantwortung

AUFGABE	VERANTWORTUNG	PARTNER
<b>Paket 1 – Governance</b>	Akteure LK Ravensburg*	Beratung Betrieb, Praevida
1.1 Aufbau von gemeinwohlorientierten Gesundheitszentren	Akteure LK Ravensburg*	Beratung Betrieb
1.2 Aufbau von gesundheitsbezogene Service- / Back-Office Strukturen	Praevida	Backoffice-Dienstleister
1.3 Aufbau von Organisationen für IT-und Datenzentren	Praevida Medical	IT-Dienstleister

\* Relevante Akteure im LK Ravensburg, Gemeinden, KVBW unter Koordination des Landkreises

## P.2 Design bürger:innen-zentrierter Prozesse

**Ziel: Design der Versorgungsabläufe entlang der Patienten-Bedarfe („patient journey“)**

**Aufgabe:** Das beinhaltet die spezifischen Versorgungsbedarfe der betroffenen Bevölkerung über eine rein hausärztliche Versorgung hinaus zu erheben und zu definieren: welche Anforderungen für die Erstversorgung resultieren beispielsweise aus der Schließung eines Krankenhauses der Grundversorgung unter Berücksichtigung der vorhandenen Entfernungen, lokalen Ressourcen, Wegezeiten und Häufigkeit sowie Quelle der Behandlungsanlässe.

**Inhalt:** Design einer konkreten Versorgungsanalyse für die betroffene Kommune/Region, basierend auf aktuellen Versorgungsdaten und den erwarteten Versorgungsanlässen. Daraus entsteht ein Anforderungsprofil für die häufigsten zu standardisierenden Behandlungsanlässe, angefangen von Prävention über Bagatellfälle, Begleitung von Betroffenen mit chronischen Erkrankungen bis hin zur ambulanten Lösung von Anlässen, die heute nach medizinischem Standard vermeidbare stationäre Behandlungen induzieren.

Konkrete Ausarbeitung von integrierten digitalen Angeboten mit zunehmender. Durch die einheitliche Vorgehensweise über alle Zentren hinweg ist der Einsatz von Personal über Standorte hinweg möglich. Dies trägt zu einer Stabilisierung der gesamten Versorgungsstruktur bei. Aufbau einer in der Region angesiedelten Weiterbildungsstruktur, welche ärztliches und nicht ärztliches Fachpersonal sowie die zusammenarbeitenden anderen Anbieter von Dienstleistungen befähigt in dem neuen System von Gesundheitspraxen effizient zusammenarbeiten zu können.

**Ergebnis:** Als Ergebnis liegt ein System von Wertschöpfungsketten aus Bürger:innen und Patient:innen-sicht vor. Dies ist angepasst an die lokalen Gegebenheiten und wird durch digitale Standardisierung zu einem gesicherten Informationsfluss und höherer Effizienz führen (z.B. schnellere und bessere Zugänglichkeit zur hausärztlichen Versorgung).

**Ressourcenaufwand:** Der Aufwand über die Projektlaufzeit beträgt ca. 820-900 Personentage.

### Projektpaket inkl. Verantwortung

AUFGABE	VERANTWORTUNG	PARTNER
<b>Paket 2 - Design bürgerzentrierter Prozesse</b>	Praevida	Landkreis Ravensburg, Gemeinden, Berater
2.1 Design der patientenzentrierten Prozesse und Abläufen	Praevida	Praevida Medical
2.2 Aufbau digitalisierter Administration, Dienst und Versorgungsstellen	Praevida	Landkreis Ravensburg, Backoffice-Dienstleister
2.3 Koordination der Kommunalen Ressourcen	Gemeinden	Praevida, Landkreis Ravensburg
2.4 Volldigitale Unterstützung der Patient-Journey	Praevida	Praevida Medical

## P.3 Aufbau des Digitalen Ökosystems

**Ziel: Aufbau digitaler Infrastruktur, digitaler Dienste und gesundheitsbezogene Digitalkompetenz im Versorgungsnetz**

**Aufgabe:** Eine zentrale und bisher ungelöste Aufgabe ist die vollständige digitale Unterstützung durch eine Gesamtlösung, welche bisher unverbundene Komponenten wie etwa Terminvergabe, Praxisinformationssystem, Telemedizin, Aufklärung von Patientinnen und Patienten, digitale Erhebung der Krankengeschichte, Nachverfolgung der Patientinnen und Patienten, Unterstützung der Behandelnden durch geeignete Algorithmen verknüpft. Dabei sind die Belange des Datenschutzes zu berücksichtigen und zu erfüllen und insbesondere Lösungen zu schaffen, welches es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, aktiv am Gesundheitsprozess teilzuhaben.

**Inhalt und Ergebnisse:** Eine digitale datensichere Cloud mit Servern in Baden-Württemberg: Moderne Softwarelösungen für die Arztpraxis müssen verschiedene Module integrieren. Ein wesentlicher Schritt ist der Betrieb in einer Cloud-Umgebung, die physisch in Baden-Württemberg und unter Einhaltung strengster Vorgaben gehostet wird. Aktuell besteht eine kaum beherrschbare Vielfalt unterschiedlicher Lösungen für die Praxis.

Hier soll für die Gesundheitspraxen im Landkreis Ravensburg eine innovative Kombination existierender Open-Source-Lösungen unter neuer benutzerfreundlicher Oberfläche vereint werden für die verschiedenen Anforderungen von Terminvergabe und darauf angepasster Ressourcenplanung, Telemedizin, Fragen, Verlauf, Aufklärung, Begleitung, Gesundheitsförderung und Anbindung von Weiterbildungsinhalten für das Personal.

Über definierte Schnittstellen und Prozesse sollen möglichst weitgehend sektorübergreifende digital unterstützte Kommunikation und Abstimmung ermöglicht werden. Zukünftig werden KI-unterstützte Algorithmen und Lösungen die Effizienz und Sicherheit im Behandlungsprozess erhöhen, indem sie Ärztinnen, Ärzte und nicht-ärztliches Personal in der Behandlungsführung durch geeignete Information unterstützen.

Steigern der gesundheitsbezogener Digitalkompetenz aller Beteiligten. Verschiedene Forschungsvorhaben an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg adressieren die Kompetenzvermittlung für Personal wie auch Bürgerinnen und Bürger in der Nutzung digitaler Lösungen rund um die Gesundheit.

**Ressourcenaufwand:** Aufwand für Digitales Ökosystem ca. 1050-1120 Personentage.

### Projektpaket inkl. Verantwortung

AUFGABE	VERANTWORTUNG	PARTNER
<b>Paket 3 - Aufbau des Digitalen Ökosystems</b>	Praevida	Landkreis Ravensburg, Gemeinde, Praevida, KVBW, Gematik, Universität Heidelberg
3.1 - Aufbau der digitalen Infrastruktur und Dienste	Praevida	Landkreis Ravensburg, Gemeinde
3.2 - Integration der nationalen Standards	Praevida Medical	Gematik, KVBW
3.3 - Schnittstellen zu kommunalen Ressourcen	Praevida Medical	Praevida, Gematik, Gemeinde
3.4 - Integration digitaler Produkte und Lösungen	Praevida	Praevida, Gematik, Gemeinde, Universität Heidelberg
3.5 – Ausbildungsplattform: Stärkung der Digitalkompetenz	Praevida	Universität Heidelberg

## P.4 Rekrutierung von Kernpersonal

**Ziel: Integration, Aufbau und Weiterentwicklung von Gesundheits-Fachpersonal in der Region, insb. Hausärzt:innen, Pflegepersonal, MFAs und nicht-ärztliches Fachpersonal.**

**Aufgabe:** Dieses Handlungsthema bearbeitet die Rekrutierung von vier Gruppen von Personal, den ärztlichem Nachwuchs in Weiterbildung, erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte für die hausärztliche Versorgung sowie nicht-ärztliches Fachpersonal und nicht medizinisches Personal. Ohne erfolgreiches Rekrutieren von Schlüsselpersonal für die Gründung der Zentren und ihren Aufbau kann die Planung nicht voranschreiten.

**Inhaltlich:** Beim ärztlichen Personal ist zu unterscheiden zwischen jungen Ärztinnen oder Ärzten in Weiterbildung aus der Region, und ärztlichem Nachwuchs, der von außerhalb des Landkreises zu rekrutieren ist. Ferner, erfahrene Kolleginnen und Kollegen in vorangeschritten im Alter, die bereits in der Region ärztlich tätig sind und entweder bereit sind, in ein neues Zentrum zu wechseln oder statt Aufgabe der Praxis im Rahmen der Vorgaben der KV bei Sitzübernahme noch als Angestellte in der neuen Struktur tätig zu sein. Beim nichtärztlichen Personal sind eine bedeutsame Ressource fachkundige Personen, die aus unterschiedlichen Gründen trotz guter Ausbildung den medizinischen Fachbereich verlassen haben und aktuell entweder gar nicht oder in anderen Wirtschaftssektoren tätig sind. Die Erfahrung zeigt, dass wesentliche Attraktoren nicht nur ein über den jetzigen Sätzen liegendes Gehalt ist, sondern vor allem auch die Qualität des Arbeitsteams, die Qualität der Arbeitsaufgabe und die zeitliche Strukturierung der Arbeit. Die vorgesehene verstärkte Delegation zu weitgehend eigenverantwortlicher Arbeit, die durch digitale Lösungen unterstützt und sicherer gemacht wird, ist hier ein Alleinstellungsmerkmal der zukünftigen Gesundheitszentren.

**Ergebnis:** Das für die zukünftigen Gesundheitszentren in den Pilotkommunen erforderliche Gründungspersonal ist bis Ende Q2 2024 zu 70% rekrutiert. Ein Vorgehen für die Pflege einer gesundheitsförderlichen und motivierenden Unternehmenskultur ist etabliert.

**Ressourcenaufwand:** Der Aufwand umfasst insgesamt 600-660 Personentage.

### Projektpaket inkl. Verantwortung

AUFGABE	VERANTWORTUNG	PARTNER
<b>Paket 4 - Entwicklung von Kernpersonal</b>	Universität Heidelberg	Landkreis Ravensburg, Gemeinde, KVBW, Fachgesellschaften, Praevida
4.1 - Strategie zur Personalgewinnung	Praevida	KVBW
4.2 - Neuartige Integration in die Patient Journey	Praevida	Landkreis Ravensburg, Gemeinde
4.3 - Konzept & Aufbau der Aus-, Fort-, Weiterbildung	Universität Heidelberg	KVBW, Fachgesellschaften, Praevida
4.4 - Delegation in der medizinischen und nicht-med. Wertschöpfung	Universität Heidelberg	KVBW, Praevida

---

## P.5 Entwicklung der räumlichen Infrastruktur

### Ziel: Die lokalen räumlichen Voraussetzungen für eine moderne hausärztliche Versorgung

Aufgabe: Bereits während der Abklärung potenzieller Pilot-Kommunen muss das Vorhandensein von geeigneten Räumlichkeiten geprüft werden, welche für die Einrichtung von zukünftigen Gesundheitszentren geeignet sind.

Das Ziel ist, Räumlichkeiten zu identifizieren, die bezüglich der Erreichbarkeit, der Flexibilität der räumlichen Inneneinrichtung und sonstiger zu berücksichtigender Rahmenbedingungen geeignet sind für die Aufnahme der zukünftigen Gesundheitszentren.

**Inhaltlich:** Aufbauend auf die grundsätzliche angestrebte Größe und Struktur sowie Tätigkeitsumfeld der zukünftigen Gesundheitspraxis entwickelt das Team aus Architektur und Innenarchitektur zunächst einen groben Raumbedarfsplan.

Dieser wird den Kandidaten-Kommunen vorgelegt wird zur Suche nach geeigneten Räumlichkeiten bzw. Planung geeigneter Neubauprojekte. Aufbauend auf die aus der Kommune vorgelegten Optionen ergeben sich Planungshorizonte sowohl in zeitlicher als auch finanzieller Sicht.

**Ergebnis:** Als erstes Teilergebnis steht eine Auswahl von möglichen Räumlichkeiten zur Verfügung mit einer belastbaren Kostenplanung für den Aus- /und Umbau und sofern erforderlich auch der Neubau der Räumlichkeiten.

Mit der Sicherung der Finanzierung, unabhängig vom Finden des Kernteams für die Gründung der Gesundheitszentren, beginnt dann die praktische Umsetzung, wobei die bauüblichen Vorlaufzeiten auch hinsichtlich der Genehmigungsverfahren zu berücksichtigen sind.

**Ressourcenaufwand:** Der Aufwand für die Infrastruktur umfasst 900-960 Personentage.

### Projektpaket inkl. Verantwortung

AUFGABE	VERANTWORTUNG	PARTNER
<b>Paket 5 - Entwicklung der räumlichen Infrastruktur</b>	Praevida	Landkreis Ravensburg, Beratung Infrastruktur, Beratung Homecare
5.1 - Strategie der baulichen Entwicklung von Gesundheitszentren und Dienste	Praevida	Landkreis Ravensburg, Beratung Infrastruktur
5.2 - Aufbau moderner baulicher Infrastruktur für Hausärzte	Beratung Infrastruktur	Praevida
5.3 - Integration digital-analoger Arbeitswelten (Arbeit von Zuhause, Telemedizin)	Praevida Medical	Praevida
5.4 - Integration digital-analoger Lebenswelten (häusliche Versorgung)	Beratung Home-care	Praevida

---

## P.6 Integration von Serviceleistungen

**Ziel: Aufbau sonstiger Dienstleistungen und Back-office Strukturen zum Betrieb der Gesundheitszentren**

**Aufgabe:** Diese Dienstleistungen sollen so entwickelt werden, dass ein möglichst hoher Anteil der Wertschöpfung im Landkreis bleibt und regionales Handwerk bzw. regionale Dienstleister möglichst viele der anfallenden Aufgaben übernehmen können.

Dazu gehört auch, im Grundsatz zu prüfen, wie etwa durch Anmietung und Einrichtung entsprechender Flächen von Solarenergie ein Beitrag zur energetischen Nachhaltigkeit des gesamten Praxisnetzwerks gesichert werden kann.

**Inhaltlich:** Rund um den Betrieb der Gesundheitszentren sind zahlreiche sonstige Dienstleistungen zu integrieren, die aktuell von den Inhaberrinnen und Inhabern der Praxen gelöst werden müssen.

Dies beinhaltet im Prinzip die gesamte Aufrechterhaltung der Infrastruktur; die Einhaltung der rechtlichen Anforderungen bezüglich Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, die Einhaltung der jeweiligen Vorgaben etwa aus Pandemiebedingungen, die Versorgung mit Heizung, Energie und Raumpflege, die Beschaffung von Einrichtungsgegenständen, der Service der medizinischen Geräte, die Aufrechterhaltung der digitalen Infrastruktur.

**Ergebnis:** Resultat dieses Projektteils sind der Aufbau von ergänzten Serviceleistungen in den Gemeinden inklusiver über die Gemeinde betriebene Back-Office-Strukturen für einen effizienten Betrieb.

**Ressourcenaufwand:** Der Aufwand für die Integration von Serviceleistungen umfasst ca. 600-630 Personentage.

### Projektpaket inkl. Verantwortung

AUFGABE	VERANTWORTUNG	PARTNER
<b>Paket 6 - Integration von Serviceleistungen</b>	Akteure LK Ravensburg*	Gemeinden, Praevida
6.1 - Aufbau von Dienstleistungsangeboten für Gesundheitszentren	Praevida	Landkreis Ravensburg, Gemeinden
6.2 - Aufbau von Back-Office für Dienstleistungen und Gesundheitszentren	Praevida	Backoffice-Dienstleister
6.3 - Vernetzung mit Dienstleitung anderer Organisationen	Akteure LK Ravensburg*	Gemeinden, Praevida

\* Relevante Akteure im LK Ravensburg, Gemeinden, KVBW unter Koordination des Landkreises

## P.7 Anbindung zivilgesellschaftlicher Ressourcen

**Ziel: Vernetzung der Gesundheitszentren lokalen in der Gemeinde Dienste, wie z.B. Servicestellen in Bürgerhäusern oder soziale Dienste**

**Aufgabe:** Gesundheit entsteht nur zum geringen Teil durch die Handlungen einer Arztpraxis. Zahlreiche Ressourcen außerhalb des Gesundheitswesens beeinflussen die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenserwartung der Bürgerinnen und Bürger. Weltweit sind diejenigen Vorhaben erfolgreich, in denen es gelingt, die Ressourcen außerhalb des primären Gesundheitsversorgungssystems sinnvoll zu integrieren. Relativ nah am Gesundheitssystem oder Teil davon sind die Apotheken sowie die ambulanten und stationären Pflegedienste. Hier bestehen heute bedeutsame Schnittstellenbrüche, die durch Unterstützung entsprechender digitaler Lösungen Prozessoptimierung zu verbessern sind.

**Inhaltlich:** Die Projektidee des „Gesundheitskiosk“ soll in diesem Rahmen weiterentwickelt werden und statt Wartezimmer im Gesundheitszentrum einen Bereich schaffen, in dem Begegnung möglich ist, Informationen zugänglich, Vermittlung von digitaler Gesundheitskompetenz und gleichzeitig auch Konsumation und Kauf bestimmter mit Gesundheit verbundener Produkte (z. B. Tees) möglich sind. Ferner existieren in einer Kommune zahlreiche zur Gesundheit beitragende zivilgesellschaftliche Ressourcen entlang der gesamten Lebensspanne, dies beginnt nach der Geburt bei den „Frühen Hilfen“, setzt sich über Kindertagesstätten und Schulen fort, die zahlreichen Vereine bis hin zu Angeboten für ältere Bürgerinnen und Bürger.

Durch die Einbindung der zivilgesellschaftlichen Ressourcen und einer Förderung insgesamt der Gesundheit und damit auch der Produktivität der erwerbstätigen Bevölkerung entsteht mittelbar auch ein Nutzen für die Kommunen durch die an den Gewinnen der Unternehmen geknüpften Erträgen aus der Gewerbesteuer. Der Einbezug der regionalen Arbeitgeber durch das Angebot einer verbesserten arbeitsmedizinischen Betreuung kann wesentlich zum Erhalt der Gesundheit und ihrer Förderung in der wichtigen Lebensspanne des Erwerbslebens beitragen. Hier besteht besonderes Potenzial bei der verstärkten Frühintervention und Prävention gerade psychischer Erkrankungen und wiederkehrende Rückenschmerzen – den beiden mit Long-Covid aktuell häufigsten Gründen für krankheitsbedingte Frühverrentung.

**Ergebnis:** Resultat dieses Projektteils ist die analoge und digitale Integration der Gesundheitszentren in die Strukturen der Gemeinde und der Wirtschaft vor Ort.

**Ressourcenaufwand:** Der Aufwand umfasst insgesamt 490 – 500 Personentage.

### Projektpaket inkl. Verantwortung

AUFGABE	VERANTWORTUNG	PARTNER
<b>Paket 7 - Anbindung zivilgesellschaftlicher Ressourcen (ZR)</b>	Akteure LK Ravensburg	Gemeinden, Praevida
7.1 - Integration der ZR in die Patient Journey	Praevida	Gemeinden
7.2 - Vernetzung mit etablierten, zukunftsfähigen Strukturen & Lösungen	Praevida	Gemeinden
7.3 - Digitale Vernetzung von Versorgung und Zivilstrukturen	Praevida Medical	IT- / Servicepartner i.d. Gemeinde

---

## P.8 Kontinuierliche Verbesserung

**Ziel: Stetige Qualitätsverbesserung, Priorisierung und Evaluation (PDCA)**

**Aufgabe:** Die Aufgabe für die Projektumsetzung besteht zunächst darin, aus den 40 Kommunen im Landkreis diejenigen 3-5 Gemeinden herauszufinden, in denen einerseits die Versorgungsnotlage besonders dringlich ist, die Entfernung zu Gemeinden oder Städten mit guter Versorgungssituation weit und die übrigen Voraussetzungen jenseits der reinen Versorgungsstruktur besonders günstig sind.

Dabei sind zudem Gemeinden zu berücksichtigen, in welchen heute schon zukunftsfähige Strukturen aufgebaut worden sind, wie beispielsweise im Ärztehaus am Schloss in Aulendorf. Es ist darauf zu achten, dass hier keine Konkurrenzsituation entsteht, sondern eine gegenseitige komplementäre Ergänzung. Eine weitere Aufgabe dieses Handlungsthemas ist, in den ausgewählten Kommunen die grundsätzliche Struktur und Arbeitsweise der zukünftigen Versorgungszentren vorzustellen und unter Einbindung eines Bürger:innenprozesses auf die lokalen strukturellen, informellen und persönlichen Rahmenbedingungen optimal abzustimmen.

**Inhaltlich:** Inhaltlich gliedert sich dieses Paket in drei weitgehend parallel zu leistende Subpakete: zunächst übergeordnet und aufgrund der Auswertung der Standortanalyse sowie der Ärzt:innen-Umfrage abgeleiteten Priorisierung, Eingrenzung dieser Priorisierungsliste auf etwa 5-7 Gemeinden mit nachfolgender Sondierung mit den jeweiligen Kommunen. Sobald die Kandidatenliste auf 3-5 Gemeinden reduziert ist: Einleitung des Bürger:innenbeteiligungsprozesses einschließlich konkreter Standorte und Identifikation der möglichen Verortung.

Parallel dazu die Ableitung und Umsetzung einer Qualitätsstrategie, welche zum Ziel hat, dass zukünftige Miteinander innovativer Versorgungsstrukturen im Landkreis Ravensburg in der Bürgerschaft und bei zukünftigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht nur bekannt, sondern als Zukunftsvision attraktiv zu machen.

**Ergebnis:** Das Ergebnis dieses Projektteils ist eine konsentierete, priorisierte Liste von 3-5 Kommunen oder Stadtteilen/Städten im Landkreis Ravensburg, die besonders geeignet erscheinen das zukünftige Versorgungsprinzip zeitnah zu realisieren, begleitet von einer akzeptanzschaffenden Weiterentwicklungsstrategie sowie konstruktiver Einbindung der Bürgerinnen und Bürger in den Co-Creation Prozess

**Ressourcenaufwand:** Der Aufwand umfasst zwischen 250-270 Arbeitstage.

### Projektpaket inkl. Verantwortung

AUFGABE	VERANTWORTUNG	PARTNER
<b>Paket 8 - Kontinuierliche Verbesserung</b>	Universität Heidelberg	Landkreis Ravensburg, Praevida
8.1 - Konzept und Umsetzung der Qualitätsverbesserung	Praevida	Landkreis Ravensburg, Gemeinde
8.2 - Priorisierung in Gemeinden, Themen, Projekte	Universität Heidelberg	Landkreis Ravensburg, Praevida
8.3 - Evaluation in Mikro und Mesoebene	Universität Heidelberg	Landkreis Ravensburg, Praevida

## Über uns

**Über uns:** Die Gründerinnen und Gründer der Praevida GmbH haben im universitären Kontext wie auch im wirtschaftlichen Umfeld im vergangenen Jahrzehnt an vielen für das hier vorgesehene Vorhaben bedeutsamen wissenschaftlichen und Forschungs- und Entwicklungsprojekten entscheidend mitgewirkt oder diese initiiert. Sie haben das Unternehmen gegründet, da aus der Universität selbst heraus keine wirtschaftliche Verantwortung etwa für kommunale Praxisnetzwerke möglich ist, sondern nur die wissenschaftlichen Voraussetzungen und das erforderliche Know-how geschaffen wird.

In der Praevida GmbH fließen diese fachlichen Erkenntnisse und Kompetenzen zusammen mit dem Ziel eine nicht auf Maximierung des monetären Ertrags ausgerichtete Unternehmensstruktur zu etablieren. Sondern dazu beizutragen, dass eine am Gemeinwohl orientierte Genossenschaft medizinische Versorgungszentren betreibt, die eine gute wohnortnahe Gesundheitsversorgung sicherstellen und dabei höchst attraktive Arbeitsbedingungen für Ärztinnen, Ärzte und nicht ärztliches Fachpersonal bieten - in einem betriebswirtschaftlich insgesamt stabilen Umfeld.

### **Impressum:**

Praevida GmbH, Hans-Bunte-Str. 8-10, 69115 Heidelberg

### **Autoren:**

Prof. Dr. med. Joachim Fischer

Dr. sc. hum. André Baumgart

Dr. phil. Birgit Kramer

**Version:** 2.0, vom 21.03.2023. Entwurf des Abschlussberichts nach Auswertung der Umfragen und aktualisierten Datenquellen.

**Copyright:** Praevida GmbH 2023. Alle Rechte vorbehalten. Die Weitergabe des Dokuments sowie aller damit verbundenen Anhänge an Dritte außerhalb des Auftraggebers (Landratsamt Ravensburg) bedarf der ausdrücklichen Genehmigung der Praevida GmbH und aller Autoren.



# Projektumsetzungsplan

Die Projektkalkulation und der Projektplan sind in den folgenden Tabellen zusammengefasst. Der Projektplan liegt als separate A3 Datei bei.

Projektplanung		Landkreis Ravensburg	ProjektMgmt	Beratung	Digitalisierung		
			400	500	550		
AUFGABE	PARTNER	AUFWAND	PERSOEN-TAGE	Aufwand / Kosten Projekt			TOTAL
				ProjektMgmt 10%	Beratung	Digitalisierung	
<b>Paket 1 - Governance</b>		<b>529</b>					
1.1 - Aufbau von gemeinwohlorientierten Gesundheitszentren			173	17.3	123	33	86'420.00 €
1.2 - Aufbau von gesundheitsbezogene Service- / Back-Office Strukturen			143	14.3	99	30	71'570.00 €
1.3 - Aufbau von Organisationen für IT-und Datenzentren			143	14.3	4	125	76'320.00 €
1.4 - Managementstruktur durch übergeordnete Organisation			70	7	58	5	34'550.00 €
<b>Paket 2 - Design bürgerzentrierter Prozesse</b>		<b>980</b>					
2.1 - Design der patientenzentrierter Prozesse und Abläufe			283	28.3	235	20	139'670.00 €
2.2 - Aufbau digitalisierter Administration, Dienst und Versorgungsstellen			243	24.3	19	200	129'070.00 €
2.3 - Koordination der Kommunalen Ressourcen			271	27.1	194	50	135'290.00 €
2.4 - Vollidigitale Unterstützung der Patient-Journey			183	18.3	15	150	97'170.00 €
<b>Paket 3 - Aufbau des Digitalen Ökosystems</b>		<b>1111</b>					
3.1 - Aufbau der digitalen Infrastruktur und Dienste			321	32.1	9	280	171'290.00 €
3.2 - Integration der nationalen Standards			200	20	10	170	106'500.00 €
3.3 - Schnittstellen zu kommunalen Ressourcen			168	16.8	11	140	89'320.00 €
3.4 - Integration digitaler Produkte und Lösungen			177	17.7	9	150	94'230.00 €
3.5 - Ausbildungsplattform zur Stärkung der Digitalkompetenz			245	24.5	11	210	130'550.00 €
<b>Paket 4 - Entwicklung von Kernpersonal</b>		<b>654</b>					
4.1 - Strategie zur Personalgewinnung			125	12.5	108	5	61'500.00 €
4.2 - Neuartige Integration in die Patient Journey			199	19.9	149	30	99'010.00 €
4.3 - Konzept & Aufbau der Aus-, Fort-, Weiterbildung			208	20.8	147	40	103'920.00 €
4.4 - Delegation in der medizinischen und nicht-med. Wertschöpfung			122	12.2	105	5	60'030.00 €
<b>Paket 5 - Entwicklung der räumlichen Infrastruktur</b>		<b>956</b>					
5.1 - Strategie der baulichen Entwicklung von Gesundheitszentren und Dienste			218	21.8	181	15	107'570.00 €
5.2 - Aufbau moderner baulicher Infrastruktur für Hausärzte			134	13.4	111	10	66'160.00 €
5.3 - Integration digital-analoger Arbeitswelten (Arbeit von Zuhause, Telemedizin)			359	35.9	173	150	183'410.00 €
5.4 - Integration digital-analoger Lebenswelten (häusliche Versorgung)			245	24.5	131	90	124'550.00 €
<b>Paket 6 - Integration von Serviceleistungen</b>		<b>629</b>					
6.1 - Aufbau von Dienstleistungsangebote für Gesundheitszentren			134	13.4	101	20	66'660.00 €
6.2 - Aufbau von Back-Office für Dienstleistungen und Gesundheitszentren			207	20.7	156	30	102'930.00 €
6.3 - Vernetzung mit Dienstleistung anderer Organisationen			288	28.8	209	50	143'620.00 €
<b>Paket 7 - Anbindung zivilgesellschaftlicher Ressourcen (ZR)</b>		<b>494</b>					
7.1 - Integration der ZR in die Patient Journey			134	13.4	111	10	66'160.00 €
7.2 - Vernetzung mit etablierten, zukunftsfähigen Strukturen & Lösungen			141	14.1	112	15	69'840.00 €
7.3 - Digitale Vernetzung von Versorgung und Zivilstrukturen			219	21.9	47	150	114'810.00 €
<b>Paket 8 - Kontinuierliche Verbesserung</b>		<b>259</b>					
8.1 - Konzept und Umsetzung der Qualitätsverbesserung			129	12.9	106	10	63'710.00 €
8.2 - Priorisierung in Gemeinden, Themen, Projekte			65	6.5	54	5	32'100.00 €
8.3 - Evaluation in Mikro und Mesoebene			65	6.5	54	5	32'100.00 €
			<b>561</b>	<b>2848</b>	<b>2203</b>		
		<b>5612</b>	<b>Tage</b>	<b>224'480 €</b>	<b>1'423'900 €</b>	<b>1'211'650 €</b>	<b>2'860'030 €</b>
			<b>FTE</b>	127.5%	647.2%	500.7%	1275.5%
							SUMME
<b>TOTAL</b>							<b>2'860'030.00 €</b>

# Landkreis Ravensburg

## Sicherung der hausärztlichen Versorgung

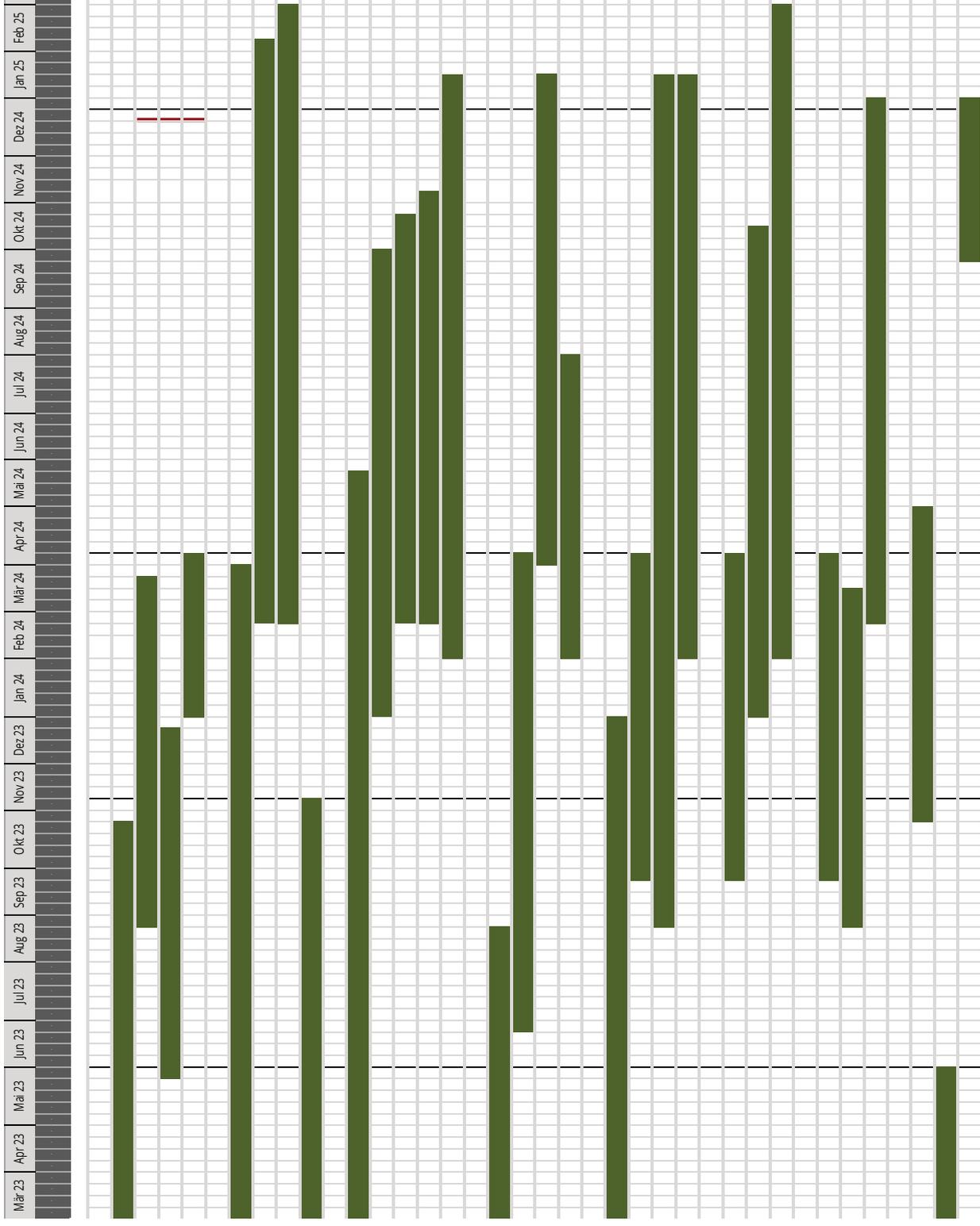
Prof. Joachim Fischer, Dr. Andre Baumgart, Dr. Birgit Kramer

### AUFGABE

<b>Paket 1 - Governance</b>
1.1 - Aufbau von gemeinwohlorientierten Gesundheitszentren
1.2 - Aufbau von gesundheitsbezogene Service- / Back-Office Strukturen
1.3 - Aufbau von Organisationen für IT- und Datenzentren
1.4 - Managementstruktur durch übergeordnete Organisation
<b>Paket 2 - Design bürgerzentrierter Prozesse</b>
2.1 - Design der patientenzentrierter Prozesse und Abläufe
2.2 - Aufbau digitalisierter Administration, Dienst- und Versorgungsstellen
2.3 - Koordination der Kommunalen Ressourcen
2.4 - Voll-digitale Unterstützung der Patient-journey
<b>Paket 3 - Aufbau des Digitalen Ökosystems</b>
3.1 - Aufbau der digitalen Infrastruktur und Dienste
3.2 - Integration der nationalen Standards
3.3 - Schnittstellen zu kommunalen Ressourcen
3.4 - Integration digitaler Produkte und Lösungen
3.5 - Ausbildungsplattform zur Stärkung der Digitalkompetenz
<b>Paket 4 - Entwicklung von Kernpersonal</b>
4.1 - Strategie zur Personalgewinnung
4.2 - Neuartige Integration in die Patient Journey
4.3 - Konzept & Aufbau der Aus-, Fort-, Weiterbildung
4.4 - Delegation in der medizinischen und nicht-med. Wertschöpfung
<b>Paket 5 - Entwicklung der räumlichen Infrastruktur</b>
5.1 - Strategie der baulichen Entwicklung von Gesundheitszentren und Dienste
5.2 - Aufbau moderner baulicher Infrastruktur für Hausärzte
5.3 - Integration digital-analoger Arbeitswelten (Arbeit von Zuhause, Telemedizin)
5.4 - Integration digital-analoger Lebenswelten (häusliche Versorgung)
<b>Paket 6 - Integration von Serviceleistungen</b>
6.1 - Aufbau von Dienstleistungsangeboten für Gesundheitszentren
6.2 - Aufbau von Back-Office für Dienstleistungen und Gesundheitszentren
6.3 - Vernetzung mit Dienstleistung anderer Organisationen
<b>Paket 7 - Anbindung zivilgesellschaftlicher Ressourcen (ZR)</b>
7.1 - Integration der ZR in die Patient Journey
7.2 - Vernetzung mit etablierten, zukunfts-fähigen Strukturen & Lösungen
7.3 - Digitale Vernetzung von Versorgung und Zivilstrukturen
<b>Paket 8 - Kontinuierliche Verbesserung</b>
8.1 - Konzept und Umsetzung der Qualitätsverbesserung
8.2 - Priorisierung in Gemeinden, Themen, Projekte
8.3 - Evaluation in Mikro und Mesoebene

### Version, Datum

2.2022-10-21



Priorisierung abgeschlossen

Digitale Strategie abgeschlossen

Ressourcen-Strategien abgeschlossen

Erste-Evaluation abgeschlossen