

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin  
und Interprofessionelle Versorgung  
der Universität Tübingen

**Förderfaktoren und Barrieren für eine vernetzte regionale  
Primärversorgung – eine qualitative Interviewanalyse**

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen**

**vorgelegt von  
Wiesner, Lisa**

**2025**

Dekan: Professor B. Pichler

1. Berichterstatterin: Professorin Dr. S. Joos

2. Berichterstatter: Professor Dr. G. Eschweiler

Tag der Disputation: 23.07.2025

# Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| 1. Einleitung .....   | 1  |
| 1.1.  Definition des Begriffs Primärversorgung .....  | 3  |
| 1.1.1.  Dimensionen von Primärversorgung .....  | 4  |
| 1.2.  Aktueller Stand der Forschung .....   | 6  |
| 1.2.1.  Vorteile einer starken Primärversorgung .....   | 6  |
| 1.2.2.  Primärversorgung in Deutschland .....   | 7  |
| 1.3.  Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze .....   | 8  |
| 1.3.1.  Herausforderungen .....   | 8  |
| 1.3.2.  Lösungsansätze .....  | 11 |
| 1.3.3.  Zwischenfazit .....   | 14 |
| 1.4.  Charakterisierung der Primärversorgung im Landkreis Reutlingen .....                                | 15 |
| 1.5.  Fragestellung .....   | 16 |
| 2.  Material und Methoden .....   | 17 |
| 2.1.  Ethikvotum .....  | 17 |
| 2.2.  Studiendesign .....   | 17 |
| 2.2.1.  Qualitative Forschung in der Versorgung .....   | 17 |
| 2.3.  Stichprobe .....  | 18 |
| 2.4.  Datenerhebung .....   | 19 |
| 2.5.  Datenverarbeitung .....   | 22 |
| 2.6.  Datenanalyse .....  | 22 |
| 3.  Ergebnisse .....  | 25 |
| 3.1.  Kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien .....  | 25 |
| 3.2.  Analyse der paarweisen Zusammenhänge zwischen Kategorien .....                                      | 27 |
| 3.2.1.  Politische und gesetzliche Faktoren .....   | 28 |
| 3.2.2.  Finanzielle Faktoren .....  | 33 |
| 3.2.3.  Infrastrukturelle Faktoren .....  | 38 |
| 3.2.4.  Administrative Faktoren .....   | 41 |
| 3.2.5.  Faktoren auf Seiten der Versorger:innen .....   | 49 |
| 3.2.6.  Faktoren auf Seiten der Patient:innen und Bürger:innen .....                                      | 57 |
| 3.3.  Kontextfaktoren .....   | 59 |
| 3.3.1.  Modellprojekte .....  | 59 |
| 3.3.2.  Populations- versus indikationsspezifisches Vorgehen .....  | 62 |
| 3.3.3.  Versorgung chronische versus akute Fälle .....  | 63 |
| 3.3.4.  Demografischer Wandel .....   | 63 |
| 3.3.5.  Verbessertes Image der Allgemeinmedizin .....   | 64 |
| 3.3.6.  Patient:in im Mittelpunkt der Versorgung durch vielfältige Berufsgruppen und Lebensumwelten ..... | 64 |

|        |   |     |
|--------|---|-----|
| 4.     | Diskussion.....   | 66  |
| 4.1.   | Diskussion der Ergebnisse.....  | 66  |
| 4.1.1. | Politische und gesetzliche Faktoren .....   | 67  |
| 4.1.2. | Finanzielle Faktoren.....   | 69  |
| 4.1.3. | Infrastrukturelle Faktoren.....   | 71  |
| 4.1.4. | Administrative Faktoren.....  | 72  |
| 4.1.5. | Faktoren auf Seiten der Versorger:innen.....  | 76  |
| 4.1.6. | Faktoren auf Seiten der Bürger:innen und Patient:innen .....                                      | 78  |
| 4.1.7. | Kontextfaktoren .....   | 79  |
| 4.2.   | Diskussion der Methode.....   | 80  |
| 4.2.1. | Auswahl von Forschungsdesign und Teilnehmer:innen.....  | 80  |
| 4.2.2. | Datenauswertung und Dateninterpretation .....   | 81  |
| 4.3.   | Fazit.....  | 84  |
| 5.     | Zusammenfassung.....  | 87  |
| 6.     | Literaturverzeichnis .....  | 89  |
| 7.     | Veröffentlichungen .....  | 97  |
| 8.     | Erklärung Eigenanteil .....   | 98  |
| 9.     | Danksagungen .....  | 99  |
| 10.    | Anhänge .....   | 100 |
| 10.1.  | Anhang 1: Dimensionen von Primärversorgung nach Kringos (2010) .....                              | 101 |
| 10.2.  | Anhang 2: Interviewleitfaden nach Helfferich (2009) .....   | 107 |
| 10.3.  | Anhang 3: Transkriptionsregeln von Amanu® Stuttgart in Anlehnung an Dresing und Pehl (2018) ..... | 110 |
| 10.4.  | Anhang 4: Tabellarische Fallübersichten nach Kuckartz und Rädiker (2022) .....                    | 111 |
| 10.5.  | Anhang 5: SRQR Checkliste .....   | 117 |
| 10.6.  | Anhang 6: Nachweise über methodische Qualifikation.....   | 120 |
| 10.7.  | Anhang 7: Projektbesuch Gesundes Kinzigtal.....   | 125 |

## Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Sektoren im deutschen Gesundheitssystem
- Abbildung 2: Primärversorgung als Ebene der Gesundheitsversorgung
- Abbildung 3: Dimensionen der Primärversorgung nach Kringos (2010)
- Abbildung 4: Hausarztzentrierte Versorgung
- Abbildung 5: Interviewphasen in Anlehnung an Misoch (2019)
- Abbildung 6: Dimensionen bei der Entwicklung eines Primärversorgungsverbundes nach Bauer und Sturm
- Abbildung 7: Inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022)
- Abbildung 8: Analyseformen nach Kuckartz und Rädiker (2022)
- Abbildung 9: Hauptkategorie Förderfaktoren mit sechs induktiv abgeleiteten Subkategorien
- Abbildung 10: Hauptkategorie Barrieren mit sechs induktiv abgeleiteten Subkategorien
- Abbildung 11: Von Interviewpartner:innen benannte, vorstellbare Delegationen
- Abbildung 12: Patient:in im Mittelpunkt der Versorgung

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interviewpartner:innen

Tabelle 2: Interviewleitfragen

Tabelle 3: Hauptkategorien Förderfaktoren und Barrieren mit Sub- und Subsubkategorien

Tabelle 4: Maßnahmen oder Strukturen zur Förderung sektorenübergreifender Zusammenarbeit

Tabelle 5: Patient:innenkoordination

Tabelle 6: Handlungsempfehlungen

Tabelle 7: Struktur-, Prozess- und Outcomevariablen nach Kringos (2010)

Tabelle 8: Leitfadenausarbeitung nach Helfferich (2009)

Tabelle 9: Transkriptionsregeln von Amanu® Stuttgart in Anlehnung an Dresing und Pehl (2018)

Tabelle 10: Tabellarische Fallübersichten nach Kuckartz und Rädiker (2022)

Tabelle 11: Checkliste Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) nach Bridget et al. (2014)

## Abkürzungsverzeichnis

|       |  |
|-------|--|
| CCM   | Fall- und Versorgungsmanger:in (Case and Care Manager:in)  |
| CHN   | Gemeindepfleger:in (Community Health Nurse)  |
| DEGAM | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin   |
| DMP   | Disease Management Programme   |
| DRG   | Diagnosebezogene Fallgruppierung im stationären Abrechnungssystem (Diagnosis-related Groups)                             |
| EBM   | Einheitlicher Bewertungsmaßstab  |
| GBA   | Gemeinsamer Bundesausschuss  |
| GKV   | Gesetzliche Krankenversicherung  |
| HZV   | Hausarztzentrierte Versorgung  |
| KV    | Kassenärztliche Vereinigung  |
| LRA   | Landratsamt  |
| MFA   | Medizinische Fachangestellte   |
| MVZ   | Medizinisches Versorgungszentrum   |
| NÄPA  | Nicht-ärztliche Praxisassistenz  |
| OECD  | Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development) |
| ÖGD   | Öffentlicher Gesundheitsdienst   |
| PA    | Physician Assistant (Arztassistenz)  |
| PORT  | Patienten-orientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung   |
| SDM   | Shared Decision Making (Gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Patient:in und Ärzt:in)                                 |
| SGB   | Sozialgesetzbuch   |
| SOP   | Standardarbeitsanweisung (Standard Operating Procedure)  |
| SVR   | Sachverständigenrat  |
| VERAH | Versorgungsassistent:in in der Hausarztpraxis  |
| WHO   | Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)  |
| ZÖGV  | Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung   |

## 1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem hat die Aufgabe, rund 83 Millionen Bürger:innen medizinisch zu versorgen (Bundesministerium für Gesundheit, 2022). Dafür stehen unter anderem Krankenhäuser, Rettungsdienst, Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Apotheker:innen, Heilmittelversorger:innen (Logopäd:innen, Ergotherapeut:innen, Physiotherapeut:innen), Hebammen, Pfleger:innen und weitere Gesundheitsfachberufe (z.B. Medizinische Fachangestellte, Wunderversorger:innen, Orthopädietechniker:innen, Psycholog:innen, u.v.m.) zur Verfügung.

Die Versorgung gliedert sich dabei in Deutschland stark vereinfacht aktuell in einen stationären und einen ambulanten Versorgungsbereich, die sich sowohl in der Art der angebotenen Leistungen als auch in ihren Vergütungssystemen – zumindest bei gesetzlich Versicherten, die in Deutschland aktuell ca. 90 Prozent der Bevölkerung ausmachen – unterscheiden (Bundesministerium für Gesundheit, 2022) (siehe Abbildung 1).

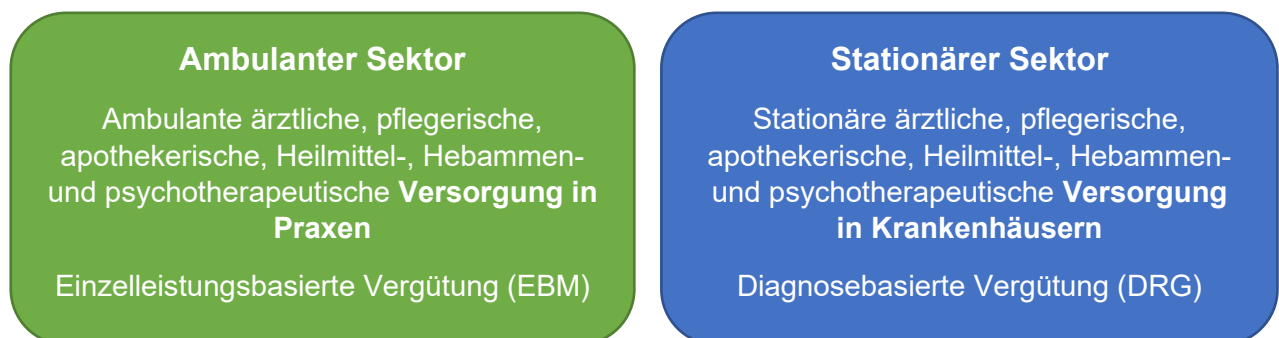


Abbildung 1: Sektoren im deutschen Gesundheitssystem

Häufig werden dabei der ambulante Sektor und die *Primärversorgung* gleichgesetzt – ein Begriff, der im Rahmen der Einleitung noch eingehend beleuchtet wird und der in der folgenden Betrachtung des Gesundheitssystems in seinen verschiedenen Ebenen eine erste Einordnung finden soll (siehe Abbildung 2).

Im Verlauf dieser Arbeit sollen sowohl die Gleichsetzung von ambulantem Sektor und Primärversorgung als auch der Wert einer sektoriellen Gliederung des Gesundheitssystems kritisch hinterfragt werden.

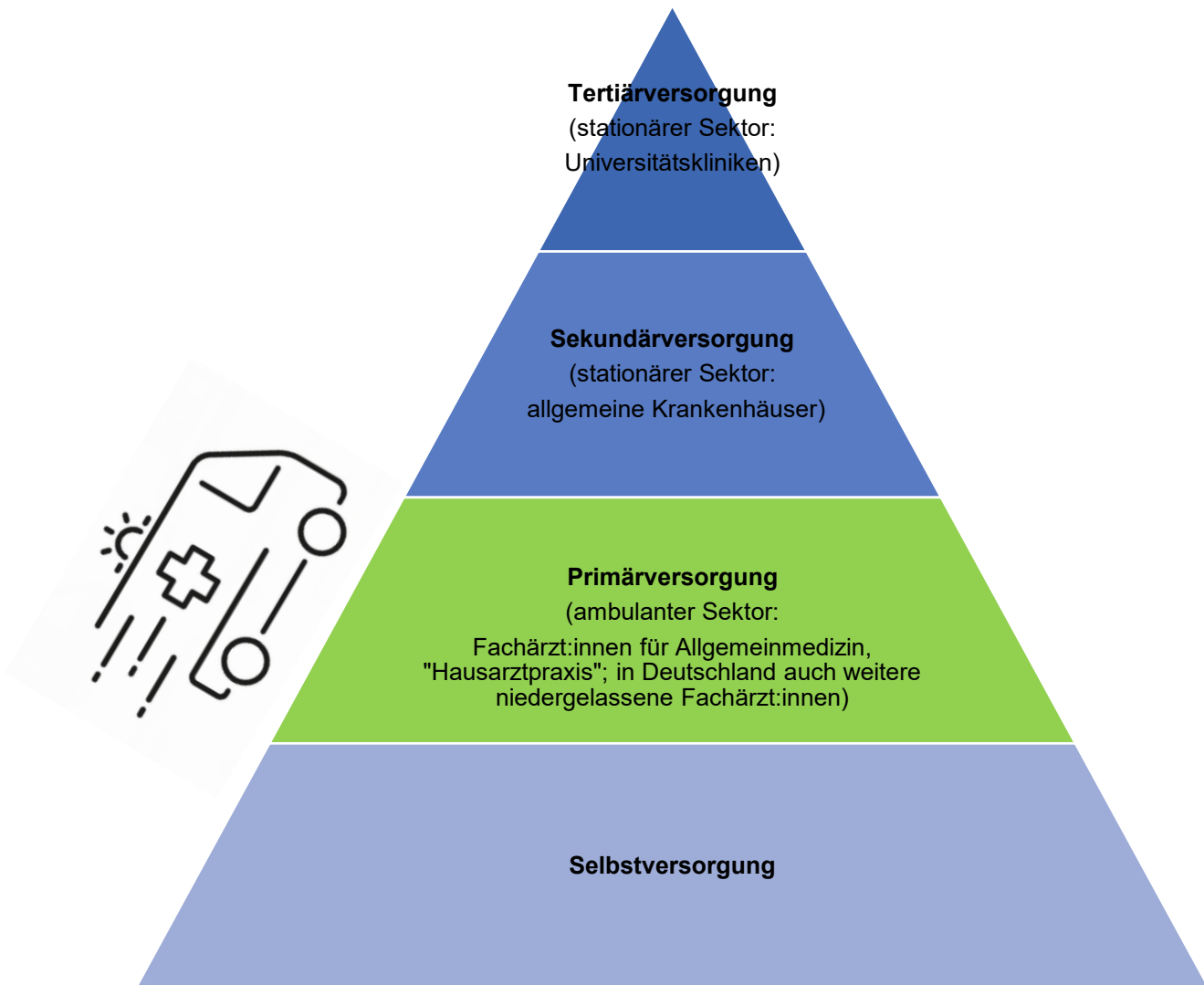


Abbildung 2: Primärversorgung als Ebene der Gesundheitsversorgung

In einer theoretischen Darstellung des Gesundheitssystems mit den verschiedenen Ebenen der (ärztlichen) Versorgung wenden sich Patient:innen aus der Ebene der Selbstversorgung bei gesundheitlichen Fragestellungen an die Ebene der Primärversorgung bzw. den ambulanten Sektor. Hier kann die Fragestellung entweder direkt geklärt werden und Patient:innen werden zurück in die Selbstversorgung entlassen oder es erfolgt eine gezielte Weiterverweisung an weiter spezialisierte Versorgungsebenen. Die ambulante Versorgung durch Fachärzt:innen aller Fachrichtungen nimmt dabei im deutschen Gesundheitssystem eine Sonderstellung ein, da in Deutschland alle Fachärzt:innen, die nicht hausärztlich tätig sind, auch niedergelassen tätig sein und bis auf wenige Ausnahmen von Patient:innen direkt aufgesucht werden können. Auch hinsichtlich der direkten Kontaktaufnahme mit

Einrichtungen der Sekundär- oder Tertiärversorgung durch Patient:innen besteht aktuell keine konsistente Einschränkung durch das System.

Eine umfassende Gesundheitsversorgung von Patient:innen geht selbstverständlich über eine ausschließlich ärztliche Versorgung hinaus und schließt alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen z.B. ambulante Pflege, therapeutische Berufsgruppen, ambulante Psychotherapie) mit ein. Zwar ist das Gesundheitssystem traditionell stark ärztlich geprägt, gerade im Bereich der Primärversorgung – nicht nur aufgrund der in Zukunft knapper werdenden Ressource „Arzt“ (siehe 1.3. Aktuelle Herausforderungen) – wird es aber zunehmend wichtiger werden, Gesundheitsversorger:innen unterschiedlichster Professionen einzubeziehen und deren Rolle und Einfluss in der Behandlungskaskade zu überdenken. Im Einleitungsteil soll nun zuerst ein Blick auf aktuelle Definitionen des Begriffs *Primärversorgung* gerichtet werden. Darauf folgt eine Darstellung der Forschungsergebnisse zu den Vorteilen einer starken Primärversorgung sowie der Primärversorgungssituation in Deutschland. Anschließend werden die aktuellen Herausforderungen an das Gesundheitssystem und speziell an die Primärversorgung sowie beispielhaft die Hausarztzentrierte Versorgung als wissenschaftlich gut untersuchter Lösungsansatz zur effizienten Umgestaltung des aktuellen Systems besprochen. Der Einleitungsteil endet mit einer Einführung in das aktuelle Forschungsvorhaben und seine spezifischen Fragestellungen.

## 1.1. Definition des Begriffs Primärversorgung

*„Primary care is the first level of professional care in Europe, where people present their health problems and where the majority of the population’s curative and preventive health needs are satisfied.“*

*(Kringos et al., 2010)*

In der Literatur werden die Begriffe ambulante Versorgung bzw. ambulanter Sektor und Primärversorgung häufig gleichgesetzt. Dies ist allerdings nur teilweise zutreffend: bereits 1994 beschrieb Tarimo im Rahmen eines Projektes der Weltgesundheitsorganisation ausführlich, dass in der Auseinandersetzung mit dem Begriff Primärversorgung mindestens zwei wesentliche Aspekte in der Betrachtung

von Primärversorgung berücksichtigt werden müssen (Tarimo, Webster and World Health Organization, 1994).

Einerseits der benannte Aspekt von Primärversorgung als Sektor bzw. Versorgungsebene im Gesundheitssystem im Sinne des pragmatischen Ansatzes vieler Länder, ihr Gesundheitssystem in einen primären, sekundären und tertiären oder ambulanten und stationären Sektor zu unterteilen. (siehe Abbildung 1 Sektoren und Abbildung 2 Ebenen).

Daneben existiert nach Tarimo (1994) aber auch der Aspekt von Primärversorgung als zugrundeliegende Strategie oder Philosophie für die Organisation von Versorgungsansätzen mit starkem Bezug zu Populationsgesundheit und kommunaler Entwicklung. Bei diesem Aspekt kommt die Bedeutung von „primär“ als „grundlegend“ und „essenziell“ zu tragen (Tarimo, Webster and World Health Organization, 1994). Dieser zweite Aspekt steht im Einklang mit der heute aktuellen Definition von Primärversorgung der Weltgesundheitsorganisation, die ihre Ursprünge in der Deklaration von Alma Ata hat und in der Primärversorgung im Sinne eines ganzheitlichen Konzepts einer integrierten (Gesundheits-) Versorgung verstanden wird (World Health Organization, 1978; World Health Organization, 2024). Demnach ist Primärversorgung ein Konzept, das auf zugängliche, kontinuierliche, umfassende und koordinierte personen-zentrierte Versorgung ausgerichtet ist. Es zielt darauf ab, die Populationsgesundheit zu verbessern und soziale Ungleichheiten zu reduzieren, indem es sicherstellt, dass alle Subgruppen den gleichen Zugang zu Angeboten haben. Primärversorgung wird nach der aktuellen WHO Definition als Modell der Versorgung angesehen, das folgende fünf Kernelemente beinhaltet:

- den niederschweligen Zugang zu Gesundheitsleistungen
- eine Kontinuität in der Arzt-Patienten-Beziehung
- eine breite Angebotspalette mit präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Versorgungsangeboten
- eine koordinierte Versorgung zwischen Anbietern, zwischen Sektoren und über die Zeit
- Patientenzentriertheit im Sinne von Patientenedukation und Shared Decision-Making (World Health Organization, 2024).

#### 1.1.1. Dimensionen von Primärversorgung

Um der Komplexität von Primärversorgung in diesem erweiterten Sinne auch in der wissenschaftlichen Forschung gerecht zu werden und Primärversorgung

wissenschaftlich messbar bzw. vergleichbar zu machen, entwickelten Kringos et al. 2010 auf der Basis der Vorarbeiten von Starfield et al. folgendes mehrdimensionales Modell von Primärversorgung, bei dem Struktur-, Prozess- und Ergebnisdimensionen der Primärversorgung unterschieden werden (Kringos et al., 2010; Starfield et al., 2005) (Abbildung 3).

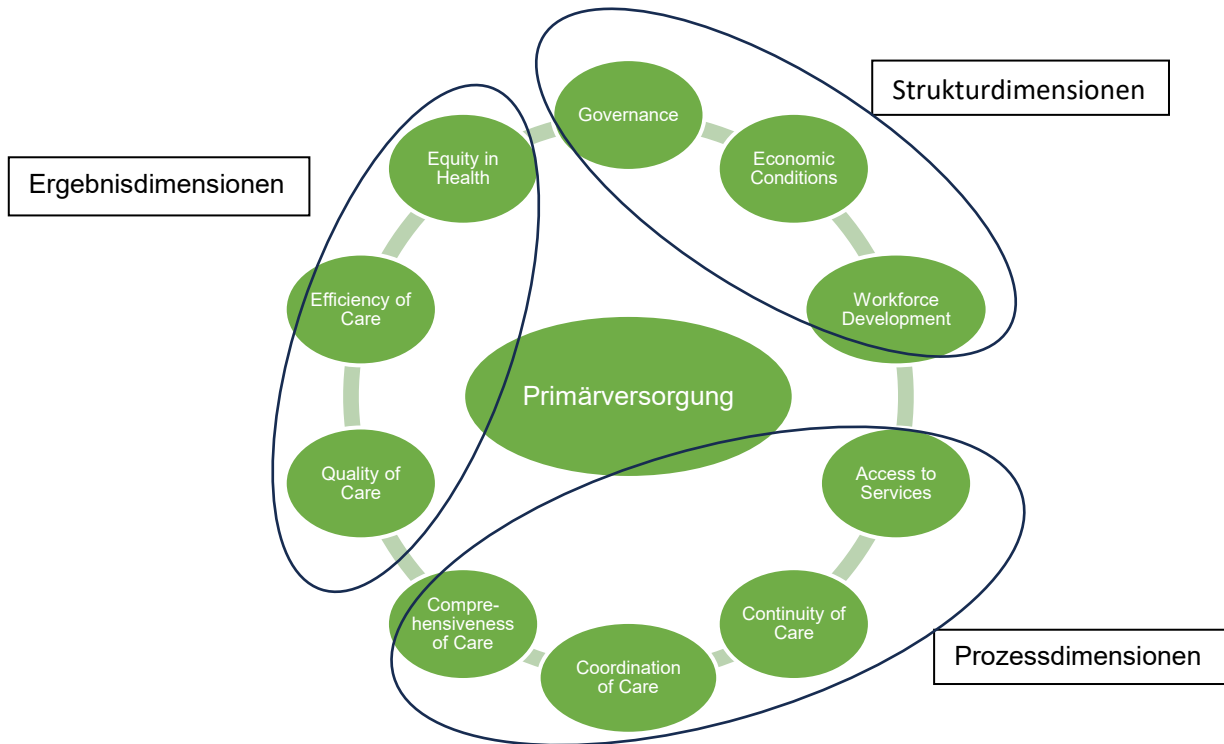


Abbildung 3: Dimensionen der Primärversorgung nach Kringos (2010)

Zu den Strukturdimensionen in diesem Modell zählen Governance (deutsch: Steuerung), Economic Conditions (deutsch: Finanzierung) und Workforce Development (deutsch: Arbeitskraftentwicklung). Unter den Prozessdimensionen fassen die Autor:innen Access to Service (deutsch: Zugang zu Versorgungsdienstleistungen), Continuity of Care (deutsch: Kontinuität der Versorgung), Coordination of Care (deutsch: Koordination der Versorgung) und Comprehensiveness of Care (deutsch: Allumfassendheit der Versorgung) zusammen. Schließlich fallen unter die Ergebnisdimensionen Quality of Care (deutsch: Qualität der Versorgung), Efficiency of Care (deutsch: Effizienz der Versorgung) und Equity in Health (deutsch: Gerechtigkeit in der Versorgung). Für eine detaillierte ins Deutsche übersetzte Tabelle zur Bedeutung der einzelnen Dimensionen siehe Anhang 1, Tabelle 7.

Auf diesem Modell basieren seither zahlreiche Forschungsarbeiten zum Thema Primärversorgung. Unter anderem wurde darauf basierend ein sogenannter Primärversorgungsmonitor zur Messung der Stärke der Primärversorgung in den verschiedenen europäischen Ländern erarbeitet (Kringos et al., 2013).

## 1.2. Aktueller Stand der Forschung

### 1.2.1. Vorteile einer starken Primärversorgung

Bereits Starfield et al. (2005) kamen auf Basis einer umfassenden Literaturdiskussion zu dem Schluss, dass ein Zusammenhang zwischen besseren Gesundheitsoutcomes in der Bevölkerung und starken Primärversorgungssystemen aufgezeigt werden kann (Starfield et al., 2005). Kringos et al. (2013) hatten im Rahmen eines EU-geförderten Projektes 2009 und 2010 europaweit Primärversorgungsdaten in allen europäischen Ländern erhoben, indem sie für jedes Land Expert:innen aus dem Gesundheitswesen zu deren Einschätzung befragten und diese zudem Gesundheitsdaten aus ihren Ländern zu allen in Abbildung 3 gezeigten Dimensionen zur Verfügung stellten soweit verfügbar (Kringos et al., 2013). Eine weiterführende Analyse dieses umfangreichen Datensatzes zeigte einen Zusammenhang zwischen starker Primärversorgung und besserer Bevölkerungsgesundheit, niedrigeren vermeidbaren Hospitalisierungsraten und einer niedrigeren sozioökonomischen Ungleichheit (Kringos et al., 2013). Hansen et al. (2015) analysierten denselben Datensatz mit Fokus auf Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die Autor:innen konnten zeigen, dass Patient:innen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand aufwiesen, wenn sie in Ländern mit starker Primärversorgung und besserer Versorgungskoordination lebten (Hansen et al., 2015). Eine starke Primärversorgung zeichnet sich nach Hansen et al. (2015) durch einen generalistischen, personenzentrierten Ansatz mit einer großen Bandbreite von koordinierten Versorgungsleistungen für eine definierte Population aus – was auch im Einklang mit der weiter oben genannten WHO Definition von Primärversorgung steht. Die Auswertung zeigte auch, dass Patient:innen mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen ihre Gesundheit in der Selbsteinschätzung besser bewerteten, wenn sie in einem Land mit starker Primärversorgung, besserer Versorgungskontinuität und einem umfassenden Angebot an Primärversorgungsdienstleistungen lebten (Hansen et al., 2015).

2018 wurde in Anknüpfung an die Konferenz von Alma Ata die sogenannte „Globale Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung“ von Astana abgehalten. Die daraus hervorgehende Deklaration aus 2018, so Nolting (2021), sei zu dem Schluss gekommen, „dass die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung (Primary Health Care) den inklusivsten, effektivsten und effizientesten Ansatz darstellt, die physische und psychische Gesundheit und das soziale Wohlergehen der Menschen zu verbessern.“ (Nolting et al., 2021).

2020 veröffentlichte die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) einen umfangreichen Bericht mit dem Titel „Realising the Potential of Primary Health Care“, der Daten zur Primärversorgung aus allen OECD Staaten berücksichtigte (OECD, 2020). Auch hier wurde erneut anhand diverser Beispiele dargelegt, dass starke Primärversorgungssysteme die Gesundheitsoutcomes der Bevölkerung positiv beeinflussen. Unter diese Gesundheitsoutcomes fallen laut dem Bericht geringere Hospitalisierungsraten und seltenere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und Notaufnahmen bei besser zugänglicher Primärversorgung, reduzierte Zahlen an durch sozial bedingte Ungleichheit entstandene Erkrankungen und weniger sogenannte ambulant-sensitive Krankenhausfälle bei beispielsweise Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes und chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (OECD, 2020).

### 1.2.2. Primärversorgung in Deutschland

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) erstellte 2019 ein Landesgesundheitsprofil (Country Health Profile) für Deutschland (OECD, 2019). Darin zeigte sich, dass das deutsche Gesundheitssystem eine sehr umfassende finanzielle Abdeckung für Gesundheitsleistungen über alle sozialen Schichten biete und der Zugang zu Gesundheitsleistungen gut sei (OECD, 2019).

Deutschland weise allerdings hohe Raten an durch effektivere Strategien in der Prävention und öffentlichen Gesundheit vermeidbaren Todesfällen auf (betrachtet wurden die Themen Rauchen, Alkohol und Übergewicht) (OECD, 2019). Schwächen seien außerdem die stark fragmentierte Struktur des deutschen Gesundheitssystems mit einer Vielzahl an Versicherern und Anbieter:innen von Gesundheitsdienstleistungen. Bisher erfolge zudem keine integrierte, standardisierte Performancebeurteilung, da keine flächendeckende Evaluierung von Gesundheitsdienstleistungen über die verschiedenen Sektoren im Gesundheitssystem erfolge (OECD, 2019).

Wie eingangs bereits beschrieben, ist es Patient:innen in Deutschland aufgrund eines wenig regulierten Zugangs zu Gesundheitsleistungen möglich, direkten Kontakt zur Sekundär- und Tertiärversorgung im Sinne von Notaufnahmen und spezialisierten Ambulanzen an Kliniken aufzunehmen, ohne zuvor die Primärversorgung aufgesucht zu haben. Auch innerhalb des niedergelassenen Bereichs können Patient:innen direkt spezialisierte Fachärzt:innen aufsuchen, ohne eine vorherige allgemeine Klärung des medizinischen Anliegens in der hausärztlichen Versorgung angestrebt zu haben. Im intereuropäischen Vergleich zeigt Deutschland entsprechend ein schlechtes Abschneiden hinsichtlich der Versorgungscoordination, wo Deutschland im Vergleich mit allen anderen europäischen Ländern im oben erwähnten Primärversorgungsmonitor den vorletzten Platz belegte (Kringos et al., 2015). Auch Doty et al. (2020) stellten in einem Vergleich zwischen den Primärversorgungssystemen elf verschiedener Länder deutliche Defizite in der Versorgungscoordination in Deutschland fest, die sich praktisch unter anderem in einer unkoordinierten Inanspruchnahme von Leistungen der sekundären und tertiären Versorgungsebene durch Patient:innen und dadurch verursachte, unnötig hohe Gesundheitskosten zeigen (Doty et al., 2020).

### 1.3. Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze

Die folgenden Herausforderungen machen es erforderlich, Lösungsansätze für die Gesundheitsversorgung der Zukunft zu entwickeln. Aus Platzgründen können diese Herausforderungen hier nur beispielhaft und schemenhaft ausgeführt werden, es finden sich jedoch jeweils weiterführende Quellenangaben in den einzelnen Abschnitten.

#### 1.3.1. Herausforderungen

Mehrere Faktoren führen dazu, dass sich die Kosten für Gesundheitsausgaben im gesetzlichen Krankenversicherungssystem in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt haben (Bundesamt für politische Bildung, 2022). Darunter fallen sowohl die Kostensteigerung durch den Fortschritt in der Medizin als auch durch den demografischen Wandel. Zudem müssen strukturelle Herausforderungen, wie der beschriebene freie Zugang zu Gesundheitsleistungen und mitunter dadurch entstehende Fehl-, Unter- und Überversorgung hier mitbetrachtet werden.

##### 1.3.1.1. Demografischer Wandel und Fachkräftemangel

Die aktuelle 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland des statistischen Bundesamtes umfasst die Zeitspanne von 2022-2070 und beschreibt:

*„Durch den aktuellen Altersaufbau sind künftig ein Anstieg der Seniorenzahl und ein Rückgang der Bevölkerung im Erwerbsalter vorgezeichnet. Bis Mitte der 2030er Jahre wird in Deutschland die Zahl der Menschen im Rentenalter (ab 67 Jahren) von derzeit 16,4 Millionen auf mindestens 20,0 Millionen steigen. Die Zahl der ab 80-Jährigen wird dagegen noch bis Mitte der 2030er Jahre relativ stabil bleiben und zwischen 5,8 und 6,7 Millionen betragen. Danach wird die Zahl der Hochaltrigen und damit voraussichtlich auch der Pflegebedarf in Deutschland massiv zunehmen.“* (Bundesamt für politische Bildung, 2022)

Damit werden in Zukunft einerseits sowohl mehr Patient:innen weniger Fachkräften gegenüberstehen, als andererseits auch mehr Leistungsempfänger:innen weniger Beitragszahler:innen. Die geburtenstärksten Jahrgänge 1955 bis 1965 steigen ab dem Jahr 2040 in die Altersklasse der Hochaltrigen auf, dem Bevölkerungsanteil, der die höchsten Gesundheitskosten verursacht (Köhler und Sommerbrodt, 2023).

Im Bereich der ärztlichen Versorgung kommt hinzu, dass hier seit den 2000er Jahren Arbeitszeiten eingeführt wurden und diese zunehmend eingehalten werden, wodurch in der Konsequenz mehr Ärzt:innen gebraucht werden.

Ein zweiter wichtiger Aspekt der Bevölkerungsvorausberechnung in Deutschland spricht die Regionalität der bevorstehenden Veränderungen an:

*„Der aktuell unterschiedliche Altersaufbau in den Bundesländern wird die künftige regionale Entwicklung prägen. In den westlichen Flächenländern wird die Bevölkerungszahl voraussichtlich stagnieren, in den ostdeutschen Flächenländern wird sie weiter zurückgehen und in den Stadtstaaten wachsen. Die größte Herausforderung für die westdeutschen Flächenländer und die Stadtstaaten wird der Anstieg der Zahl der 67-Jährigen und Älteren darstellen. Für die ostdeutschen Flächenländer wird es vor allem das schrumpfende Erwerbspersonenpotenzial sein.“* (Bundesamt für politische Bildung, 2022)

Interessanterweise wird es also unterschiedliche Herausforderungen in West- und Ostdeutschland geben, was regional unterschiedliche Ansätze erforderlich machen könnte.

#### **1.3.1.2. Fehlende Steuerung im System**

Wie oben bereits ausführlich beschrieben besteht in Deutschland ein wenig gesteuerter Zugang zu Gesundheitsdienstleister:innen, der sich unter anderem in einer unkoordinierten Inanspruchnahme von Leistungen der sekundären und tertiären Versorgungsebene durch Patient:innen und dadurch verursachte, unnötig hohe

Gesundheitskosten zeigt (Doty et al., 2020). Auch erlaubt es die momentane Versorgungssituation den Patient:innen, sich Ärzt:innen in der Primärversorgung selbst auszusuchen und bei Bedarf auch mehrere primärversorgende Ärzt:innen parallel in Anspruch zu nehmen (im Vergleich zu anderen Ländern, z.B. England, in denen man eine Primärversorgungspraxis fest zugeteilt bekommt).

Vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wurde bereits 2018 die Empfehlung ausgesprochen, dass die Patient:innensteuerung gezielt angegangen werden muss (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege hat die Aufgabe, in der Regel jährlich ein Gutachten zu erstellen und in diesem Rahmen Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen (Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege, 2025). Die Zusammensetzung des Rates ist bewusst interdisziplinär gewählt und die Mitglieder des Rates werden vom Bundesministerium immer für einen bestimmten Zeitraum berufen, sodass die einzelnen Gutachten immer von unterschiedlichen Konstellationen an Sachverständigen erstellt werden (Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege, 2025).

Hervorgehoben wurde im Bericht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2018 vor allem das Modell der hausarztzentrierten Versorgung (siehe hierzu Abschnitt 1.3.2. Lösungsansätze) mit einer Empfehlung, dieses Modell weiter auszuweiten. Auch der Bundesärztag hat mehrfach, zuletzt im April 2024, den Wunsch nach einer einheitlichen Patient:innensteuerung geäußert und mehrheitlich unterstützt (Bundesärztag, 2024).

#### *1.3.1.3. Über-, Unter- und Fehlversorgung*

Unter anderem durch die unterschiedlichen Vergütungsstrukturen im stationären und ambulanten Bereich und die dadurch entstehenden unterschiedlichen finanziellen Anreize für stationäre und ambulante Versorger:innen wurde in den letzten Jahren verstärkt auf ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung hingewiesen (Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001). Zum Beispiel werden einerseits Untersuchungen durchgeführt, weil sie Geld bringen, andererseits bestimmte Erkrankungen wegen fehlender finanzieller Lukrativität unzureichend behandelt, wodurch es dann wiederum zu einer erhöhten Belastung aufgrund von Krankheitsfolgen und damit auch zu Folgekosten kommt. Eine durch die

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) herausgegebene Leitlinie widmet sich intensiv diesem Thema und seinen Fallstricken im niedergelassenen Versorgungsbereich (Scherer et al., 2024).

### 1.3.2. Lösungsansätze

Da eine Vielzahl von Sparreformen mit dem Ziel einer strengeren Kostendeckelung den eben genannten Herausforderungen noch nicht ausreichend begegnen konnte und nun der demografische Wandel die Situation weiter zu verschärfen droht, geht die Gesundheitspolitik zunehmend dazu über – unter anderem unter der Beratung durch den Sachverständigenrat – sich darauf zu konzentrieren, bestehende Strukturen effizienter zu gestalten (beispielsweise durch Verbesserung der Patient:innensteuerung im System), regionale Ansätze für periphere Regionen zu entwickeln oder den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2021).

#### 1.3.2.1. *Gesundheitsförderung und Prävention stärken*

Mit Blick auf die Herausforderungen durch den demografischen Wandel soll die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention bewirken, dass die Älteren in der Gesellschaft gesund altern sowie insgesamt der Bevölkerung mehr Gesundheitskompetenz selbst an die Hand gegeben wird, damit am Ende mehr medizinische Versorgungsressourcen für Kranke zur Verfügung stehen.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention fallen außerdem häufig nicht bzw. nicht nur in den medizinischen Versorgungsbereich und können so potenziell auch auf andere Berufsgruppen verteilt werden. Themen wie Bewegung, gesunde Ernährung, oder die Reflexion des eigenen Konsumverhaltens in Bezug auf Genussmittel sind beispielsweise eher politische Steuerungselemente in der Gesellschaft, bei denen weniger die einzelne Behandler:in gefordert ist, sondern hinsichtlich derer vor allem politische Maßnahmen gefragt sind. Dieser Präventionsaspekt findet auch im SVR Gutachten von 2018 Betonung, in dem eine Vielzahl von potenziellen Maßnahmen wie Gesundheitserziehung als Schulfach und damit die Verankerung von Gesundheitsthemen in der Bevölkerung bereits ab dem Kindes- und Jugendalter benannt werden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

Ärztlicherseits wiederum können im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zum Beispiel Impfungen oder die Früherkennung und Begleitung von Krankheiten dazu beitragen, dass Krankheitsfolgen und damit verbundene Kosten reduziert werden

(Köhler und Sommerbrodt, 2023). Zu nennen wäre hier hinsichtlich der Begleitung von Krankheiten beispielsweise das Disease Management Programm (DMP) zur Koronaren Herzkrankheit als Präventionsmaßnahme für eine Krankheit, die immer noch mit den meisten Todesfällen und Kosten in Deutschland verbunden ist (Bundesministerium für Soziale Sicherung, 2025).

#### *1.3.2.2. Schaffung effizienterer Strukturen: Beispiel Hausarztzentrierte Versorgung*

In Deutschland erfolgte 2008 eine Gesundheitssystemreform mit dem Ziel, die Primärversorgung zu stärken. Dabei standen folgende Punkte im Fokus: Freiwilligkeit der Teilnahme, Management von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen, Steuerung des Zugangs zu medizinischen Spezialist:innen, Qualitätsverbesserung und Leistungsvergütung auf Basis von Pro-Kopf-Pauschalen. Als wichtiges Instrument zur Zielerreichung wurde in diesem Rahmen die so genannte Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) im Sozialgesetzbuch V implementiert. Die Hausarztzentrierte Versorgung stellt einen freiwilligen Vertrag zwischen Krankenversicherungen und in der Primärversorgung tätigen Ärzt:innen dar, und auch Patient:innen schreiben sich auf freiwilliger Basis in das Programm ein. Ein Hausarzt, der HzV anbieten möchte, muss bestimmte Voraussetzungen – z.B. die Vorhaltung gewisser apparativer Diagnostik – erfüllen, die auch als Qualitätskriterien verstanden werden können, um diese Versorgungsform anbieten zu können. Auf der anderen Seite verpflichten sich Patient:innen, bei gesundheitsrelevanten Fragestellungen als erstes die Hausärzt:in aufzusuchen. Die Hausärzt:in fungiert dann als Lots:in und übernimmt die Steuerung der Versorgung. Zusätzlich erfolgt die Abrechnung dieser Patient:innen nicht im Rahmen der Quartalsabrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung, sondern wird über den Hausärzteverband mit der jeweiligen Krankenkasse abgewickelt (Gerlach und Szecsenyi, 2013; Hausärzteverband, 2024).

Studien konnten zeigen, dass die Einführung hausarztzentrierter Verträge auf freiwilliger Basis zu einer erhöhten Nutzungsrate von Primärversorgungsleistungen durch eingeschriebene Patient:innen führte (Wensing et al., 2017), die Zahl der Krankenhauseinweisungen bei diesen Patient:innen verringerte (Wensing et al., 2018) und auch die Gesundheitsausgaben senkte (Schneider et al., 2016). Außerdem konnten Wensing et al. (2019) auf Basis einer Berechnung mit AOK Routine-Daten für Baden-Württemberg positive Auswirkungen einer starken Primärversorgung (gemessen an der Einschreibung in die hausarztzentrierte Versorgung) auf die Überlebensrate von Patient:innen aufzeigen (Wensing et al., 2019).

Die Hausarztzentrierte Versorgung stellt somit einen wissenschaftlich gut evaluierten Ansatz dar, um die Steuerung im deutschen Gesundheitssystem zu verbessern. Das einleitend vorgestellte Pyramidenmodell der Gesundheitsversorgung wäre dann idealerweise wie folgt zu ergänzen (siehe Abbildung 4, eigene Darstellung).

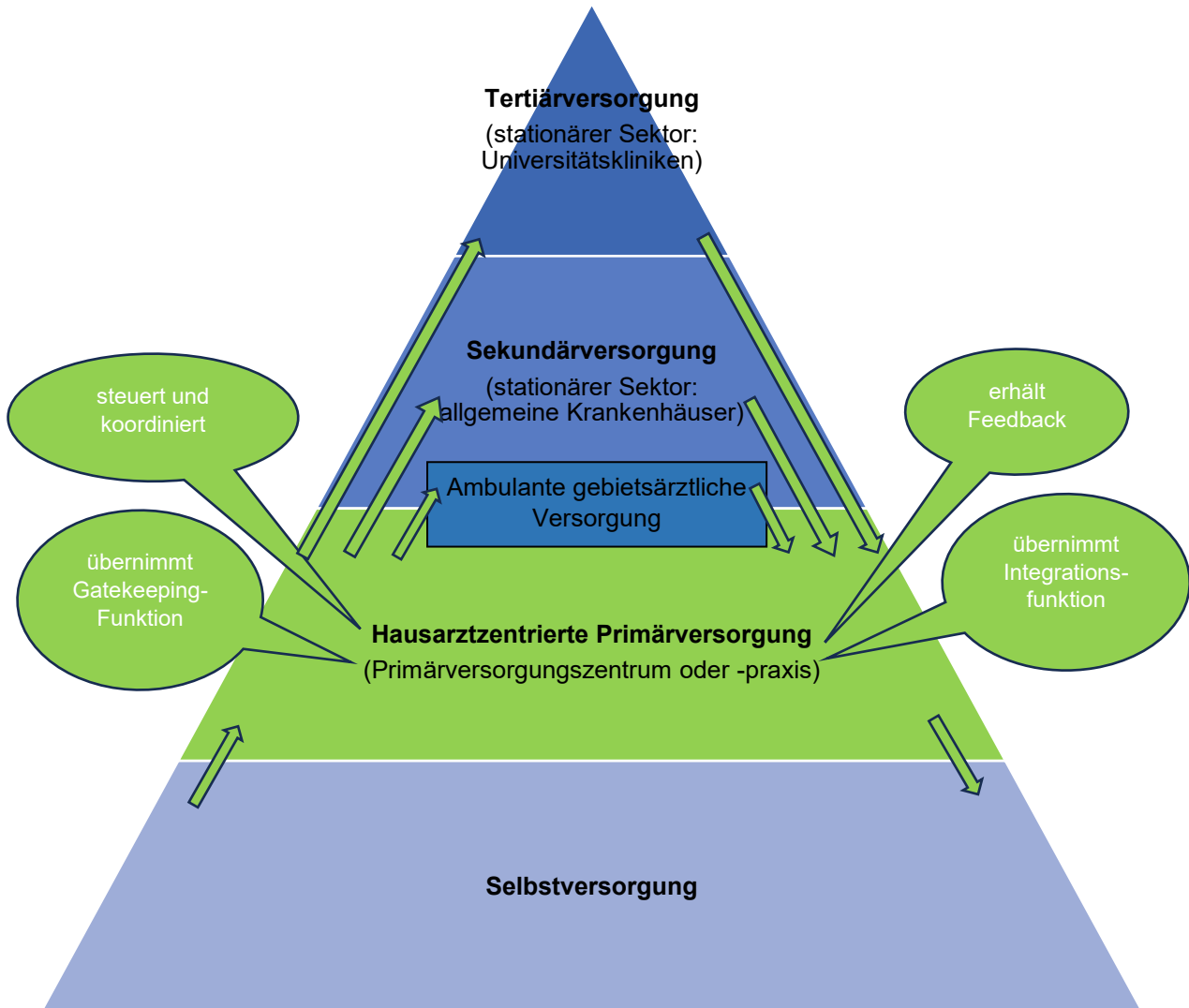


Abbildung 4: Idee der Hausarztzentrierten Versorgung, eigene Darstellung

In Baden-Württemberg nahmen zuletzt ca. 4000 Ärzt:innen und 2,5 Millionen Patient:innen an der Hausarztzentrierten Versorgung teil. Das entspricht etwa einem Drittel aller in Baden-Württemberg tätigen Ärzt:innen, die in Baden-Württemberg in der hausärztlichen Versorgung tätig sind, sowie etwa einem Fünftel der Baden-Württembergischen Bevölkerung, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen (Hausärzterverband, 2024).

In der gesamten Bundesrepublik sind aktuell weniger als 10% der Patient:innen in der hausarztzentrierten Versorgung registriert und nur 31% der Hausärzt:innen bieten die Einschreibung an (Marchildon et al., 2021).

### 1.3.2.3. *Entwicklung regionaler Versorgungsprojekte: Beispiel Modellprojekt Gesundes Kinzigtal*

Das Projekt Gesundes Kinzigtal ist ein deutschlandweit bekanntes Modellvorhaben im Gesundheitswesen, das innovative Ansätze für die regionale Versorgung in peripheren Regionen erprobt. Es wurde 2006 in der Region Kinzigtal in Baden-Württemberg (ca. 70.000 Einwohner:innen) gestartet und gilt als Vorbild für integrierte Versorgungssysteme (Gesundes Kinzigtal, 2025; Nieper et al., 2023). Es basiert auf der Kooperation von zwei gesetzlichen Krankenversicherungen und einem Netzwerk von über 50 Ärzt:innen, die eine gemeinsame elektronische Patient:innenakte nutzen. Das Projekt zielt darauf ab, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, die Versorgung effizienter zu gestalten und dabei die Gesundheitskosten effektiv zu senken. Zentrale Elemente der Versorgung stellen der Fokus auf das Selbstmanagement durch Patient:innen und Shared-Decision-Making (SDM) zwischen Patient:in und Behandler:in dar (World Health Organization, 2019). Unter anderem durch Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für die Bevölkerung in der Region (zum Beispiel durch Zusammenarbeit mit regionalen Einrichtungen wie Sportvereinen und Fitnessstudios) sollen mittel- bis langfristig Einsparungen bei Behandlungskosten erzielt werden. Ferner sollen neue finanzielle Anreizsysteme erprobt werden. Darunter fallen Performance-abhängige Zusatzzahlungen sowie finanzielle Belohnungen, wenn Versorger:innen dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu verbessern und Kosten zu dämpfen (z.B. durch weniger Krankenhauseinweisungen in der Region) (Gesundes Kinzigtal, 2025). Im Rahmen der Erstellung der vorliegenden Arbeit erfolgte ein einwöchiger Projektbesuch der Modellregion Kinzigtal (siehe Anhang 7).

Eine externe Evaluation des Projektes durch Augurzky et al. (2018) wies kritisch darauf hin, dass der Durchdringungsgrad der am Projekt Gesundes Kinzigtal teilnehmenden Ärzt:innen ca. 40% beträgt (Augurzky et al., 2018).

### 1.3.3. *Zwischenfazit*

Zusammenfassend muss also resümiert werden, dass trotz guter Lösungsansätze, mit denen den genannten Herausforderung begegnet werden kann, deutlich weniger als die Hälfte aller Patient:innen und Versorger:innen eine Teilnahme an Modellprojekten zur Verbesserung der Primärversorgung wie dem Gesunden Kinzigtal oder der hausarztzentrierten Versorgung wahrnehmen (Augurzky et al., 2018; Hausärzteverband, 2024).

#### 1.4. Charakterisierung der Primärversorgung im Landkreis Reutlingen

Der Landkreis Reutlingen zeichnet sich durch eine politische Besetzung mit Landratsmitgliedern aus, die einer innovativen Entwicklung im Gesundheitswesen offen und fördernd gegenüberstehen. Entsprechende Modellprojekte werden seit mehreren Jahren gefördert und wissenschaftlich evaluiert. So führte Reutlingen zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene 2010 die erste Kommunale Gesundheitskonferenz in Baden-Württemberg ein. Es handelt sich bei der Kommunalen Gesundheitskonferenz um eine dialogorientierte Kommunikations- und Koordinationsplattform zur Vernetzung von an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteur:innen (Wuthe und Roller, 2013). Sie wird vom Kreisgesundheitsamt organisiert und beschäftigt sich von Anfang an unter anderem mit der Frage, wie die hausärztliche Versorgung langfristig sichergestellt werden kann. 2014 wurde außerdem begonnen, Gemeinden die sich aktiv in die Gesundheitsförderung einbringen (z.B. durch Vernetzung der Akteur:innen vor Ort) als Gesunde Gemeinden zu zertifizieren (Firsching et al., 2018; Roller et al., 2016). Damit soll unter anderem der Aspekt von Gesundheit als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge weiter gestärkt werden. Beide Projekte stellen inzwischen etablierte Strukturen in der regionalen Versorgung dar. Seit 2019 steht den Bürger:innen des Landkreises außerdem ein innovatives Gesundheitszentrumsprojekt PORT (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) in der Gemeinde Hohenstein zur Verfügung (Böhm und Schönknecht, 2020; Schmid et al., 2020). Dieses wird von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert und durch die Universität Tübingen wissenschaftlich begleitet. Als Landkreis ohne kreisfreie Stadt sowie mit nur einem Krankenhausträger ist der Landkreis Reutlingen außerdem als Forschungsstandort für innovative Versorgungsmodelle ideal. Aktuell beschäftigt sich das Landratsamt intensiv mit der Frage, ob die Etablierung eines Primärversorgungsverbundes einen zusätzlichen Mehrgewinn in der Versorgung bringen kann und wie ein solcher gegebenenfalls aussehen soll. Dabei ist die Definition von Primärversorgungsverbund nicht exakt festgelegt. Laut Duden versteht man unter einem Verbund eine „bestimmte Form des Zusammenschlusses bzw. der Zusammenarbeit“ (Duden, 2025). Im Projekt wurde darunter die Vernetzung von Primärversorgungseinheiten, -angeboten und -akteur:innen verstanden. Als Basis für weitere Überlegungen hinsichtlich der Entwicklung bzw. Umsetzung eines solchen

Verbundes als regionalen Primärversorgungsansatz im Landkreis Reutlingen sollen unter anderem die Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit dienen.

### 1.5. Fragestellung

Im vorliegenden Projekt soll ein multiperspektivischer Blick auf die Versorgung vor Ort entstehen: aus verschiedenen Perspektiven aller Akteur:innen in der Versorgung – Leistungserbringer:innen, Leistungsempfänger:innen, Kostenträger:innen und Kommunen – sollen Barrieren und Förderfaktoren auf dem Weg hin zu einer vernetzten Primärversorgung im Landkreis identifiziert werden.

Es soll die Frage geklärt werden, wie vernetzte Primärversorgung in der Ausgestaltung praktisch aussehen kann und welche Akteur:innen einbezogen werden sollten, um ein solches Angebot gut zu realisieren.

Folgende konkrete Fragestellungen sind dabei zugrundeliegend:

- Wie kann vernetzte Primärversorgung vor Ort aus Sicht der beteiligten Akteur:innen gelingen?
- Welche Barrieren und Förderfaktoren existieren aus Sicht der Akteur:innen hierbei?
- Welche Herausforderungen bestehen im Hinblick auf Bürokratie, Gesetzgebung und die konkrete Zusammenarbeit vor Ort?

Im Idealfall soll es gelingen, dass die Interviewpartner:innen es schaffen, sich von dem, wie sie Versorgung aktuell erleben, zu lösen, und visionär in die Zukunft zu denken. Erste Ideen dazu, was sich die Akteur:innen unter einer landkreisweiten vernetzten Primärversorgung (Primärversorgungsverbund) vorstellen, sollen gesammelt werden.

## 2. Material und Methoden

### 2.1. Ethikvotum

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der Studie „Sektorenübergreifender Primärversorgungsverbund unter besonderer Berücksichtigung der Themenfelder Prävention und Gesundheitsförderung, medizinischer Rehabilitation, Pflege und Digitalisierung: Erfassung der Perspektiven und Erwartungen von Nutzern, Leistungserbringern und Stakeholdern sowie Erfahrungen von Experten“, welche in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung Berlin, der Technischen Universität Berlin und dem Landratsamt Reutlingen (Kreisgesundheitsamt) durchgeführt wurde. Die Finanzierung erfolgte über das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. Die Studie erhielt die Zustimmung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen am 23.11.2020 (Projektnummer 817/2020BO2).

### 2.2. Studiendesign

Der vorliegenden Arbeit liegt ein qualitatives Forschungsdesign zugrunde. Die qualitative Methodik beruht auf der Grundlage der Multi- oder Mehrperspektivität, es sollen also verschiedene Sichtweisen auf eine zu untersuchende Thematik herausgearbeitet werden (Strübing, 2013). Forschende zielen in der qualitativen Betrachtung in erster Linie darauf ab, Phänomene zu beschreiben, erklären und verstehen. Es geht um die systematische, ausführliche Beschreibung des empirischen Materials und die Hypothesenentwicklung in bislang wenig erforschten Handlungsfeldern (Strübing, 2013). Neues Wissen soll generiert und das Feld sondiert werden. Zwischenmenschliche Handlungen und Interaktionen sollen durch die Arbeit im Feld mit beteiligten Akteur:innen besser verstehbar gemacht und eventuell zugrundeliegende Prozesse und Strukturen besser verstanden werden (Flick, 2007). Zunehmend fänden qualitative Studien auch in Disziplinen wie Medizin, Gesundheit und Politikwissenschaften Akzeptanz, vor allem je mehr die gesellschaftliche Relevanz qualitativer Forschung klar werde (Flick, 2016).

#### 2.2.1. Qualitative Forschung in der Versorgung

In ihrem Buch *Improving Patient Care* setzen sich Wensing, Grol und Grimshaw (2020) mit der Frage auseinander, mit welchen Strategien die Versorgung verbessert werden kann. Ein erster wichtiger Punkt bei der Implementierung von Innovationen im

Gesundheitswesen sei die sogenannte Analyse der Stakeholder (Analysis of Stakeholders) (Wensing et al., 2020). Es sei wichtig, die Individuen und Organisationen umfassend zu analysieren, die in einen potenziellen Veränderungsprozess involviert sind oder ein Interesse daran haben. Als konkreter erster Schritt müssen also Stakeholder ausfindig gemacht und ihre Ziele und Interessen (sofern in Bezug zur Innovation stehend) erfasst werden. Auch wenn diese Ziele und Interessen auf kurze Zeit nicht unbedingt verändert werden können, ist es höchst relevant, diese zu kennen, bevor die Implementierung eines neuen Modells beginnt. Ein weiteres wichtiges Ziel dieser Herangehensweise ist es, die Stakeholder:innen (z.B. Patient:innen, Anbieter:innen, Zahlende) „ins Boot“ zu bekommen und das Gefühl von aktiver Beteiligung am Veränderungsprozess zu vermitteln (Wensing et al., 2020).

Die Initiierung und Realisierung von Veränderungen kann dann sowohl als angeleiteter Prozess mit Unterstützung für die von der Veränderung betroffenen Individuen (top-down) als auch adaptiv mit Betonung von Stakeholder-Involvierung und Bedarfen vor Ort (bottom-up) erfolgen. Die Autor:innen empfehlen eine Mischung aus beiden Ansätzen (Wensing et al., 2020).

Gleichzeitig soll durch die Auseinandersetzung mit der Thematik im Rahmen der Interviews bei den Interviewpartner:innen auch Denkprozesse angestoßen werden. Ein solcher Prozess wird auch als *transformative Forschung* verstanden:

*„Transformative Forschung orientiert sich an konkreten gesellschaftlichen Problemen und ist gekennzeichnet durch einen expliziten Interventionsanspruch. Ziel ist es, konkrete Veränderungsprozesse zu katalysieren und dabei Stakeholder aktiv in den Forschungsprozess miteinzubeziehen. Auf diese Weise entsteht „sozial robustes“ Wissen für die Transformation zu einer nachhaltigen Entwicklung.“ (Wuppertal Institut, 2024)*

### 2.3. Stichprobe

Die Rekrutierung für die leitfadengestützten Interviews (N=25, siehe Tabelle 1) erfolgte auf Basis der relevanten Berufsgruppen und Organisationen, ermittelt nach der Methode des Theoretischen Samplings (Glaser und Strauss, 2017). Beim Theoretischen Sampling werden im Untersuchungszeitraum Daten parallel erhoben und analysiert, sodass im Arbeitsprozess erneut darüber entschieden werden kann, welche Akteur:innen für einen weiteren Erkenntnisgewinn befragt werden sollen

(Glaser und Strauss, 2017). Im vorliegenden Projekt wurden in einem ersten Schritt Kommunen, Leistungserbringer:innen, Leistungsempfänger:innen und Kostenträger:innen als relevante Interviewpartner:innen-Gruppen ausgewählt. Im Verlauf stellte sich heraus, dass die Erfahrungen bestehender innovativer Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitszentren in der Region weitere wichtige Informationsquellen darstellen würden. Durch Empfehlungen lokaler Akteur:innen konnten vor allem im Bereich Leistungserbringer:innen wichtige „Zielpersonen“ ermittelt werden (Schneeball-Sampling). Hier erschien es besonders wichtig, möglichst viele verschiedene Berufsgruppen zu repräsentieren. Im Bereich der Kostenträger:innen erschien es relevant, die Sichtweisen bundesweiter und landesweiter oder regionaler Krankenkassen zu kontrastieren. Die Durchführung der Interviews erfolgte so lange, bis sich eine theoretische Sättigung einstellte, d.h. dass durch die Durchführung weiterer Interviews kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn im Sinne einer Erweiterung des so gebildeten Kategoriensystems mehr erwartbar war (Glaser und Strauss, 2017).

Tabelle 1: Interviewpartner:innen

| <b>Ebene</b>                             | <b>Akteur:innen</b>   | <b>Anzahl</b> | <b>Kürzel*</b>         |
|--|---|---------------|------------------------|
| <b>Kommunen</b>                          | Landratsamt<br>Gemeinden<br>Öffentlicher Gesundheitsdienst  | 4             | KA<br>ÖGD              |
| <b>Leistungserbringer:innen</b>          | Ärzt:innen und ärztliche Selbstverwaltung<br>Therapeut:innen (Ergotherapie, Physiotherapie), Pflege<br>und Altenhilfe<br>Klinik | 10            | A, SV<br>T<br>PF<br>KL |
| <b>Leistungsempfänger:innen</b>          | Patient:innen<br>Selbsthilfe  | 2             | SH                     |
| <b>Kostenträger:innen</b>                | Vertreter:innen vier verschiedener Krankenkassen  | 6             | KK                     |
| <b>Bestehende Netzwerke oder Zentren</b> | Gesundheitszentrum<br>Gesundheitsnetz   | 3             | L<br>N<br>P            |
|  | <b>Gesamt</b>   | <b>25</b>     |                        |

\*KA = kommunale Akteur:in, ÖGD = Öffentlicher Gesundheitsdienst, A=Ärzt:in, SV=Selbstverwaltung, T=Therapeut:in, PF=Pflege, KL=Klinik, SH=Selbsthilfe, KK=Krankenkasse, L=Lots:in, N=Netzwerk, P=Projektleiter:in

## 2.4. Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte über Einzelinterviews. Alle Teilnehmer:innen erteilten zu Beginn ihre explizite Einwilligung zur Teilnahme, welche video- und audiodokumentiert

vorliegt. Als Aufwandsentschädigung wurden an jede:n Teilnehmer:in 100 Euro ausbezahlt. Die leitfadengestützten Interviews wurden aufgrund der Kontaktbeschränkungen während der Corona Pandemie per Zoom-Videokonferenzen durchgeführt und dauerten durchschnittlich ca. 60 Minuten pro Teilnehmer:in.

Der Interviewaufbau erfolgte in Anlehnung an Misoch (2019) in 4 Phasen, die in Abbildung 5 dargestellt sind (Misoch, 2019).

| Informationsphase  | Warm-Up   | Hauptteil  | Ausklang  |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen zum Datenschutz und Einverständniserklärung</li> <li>• Einführungspräsentation mit Informationen zur Studie und Definition des Begriffs Primärversorgung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Einstiegsfrage:</b> Vorstellung der eigenen Person und Funktion/Institution</li> <li>• --&gt; Ziel: Gewöhnung an die Gesprächssituation, Einstieg in den Themenbereich</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestimmte, <b>vorab festgelegte Themenbereiche</b> werden angesprochen, <b>strukturiert nach Leitfaden</b></li> <li>• Modifikation des Leitfadens sind ggf. möglich.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Abschlussfrage:</b> Haben Sie noch Punkte, die Sie noch gerne ansprechen würden?</li> <li>• --&gt; Ziel: Möglichkeit für Ergänzungen und Vertiefungen seitens des/der Interviewten</li> <li>• Hinausbegleiten aus dem Interview und gedanklicher Abschluss</li> </ul> |

Abbildung 5: Interviewphasen in Anlehnung an Misoch (2019)

In der Informationsphase wurde jedes Interview durch eine Einführungspräsentation zum Projekt sowie allgemein zum Thema Primärversorgung eingeleitet, um möglichst alle Interviewpartner:innen abzuholen, Definitionen zu klären und inhaltliche Nachfragen zu ermöglichen.

Dabei fanden sowohl die Betrachtung von Primärversorgung als Level im Gesundheitssystem, als auch die WHO Definition von Primärversorgung, wie in der Einleitung ausführlich dargestellt, Erwähnung (World Health Organization, 2024).

In der Warm-up Phase wurden die Interviewpartner:innen um eine Vorstellung ihrer Person und Funktion und/oder Institution gebeten mit dem Ziel einer Gewöhnung an die Gesprächssituation.

Der Hauptteil des Interviews erfolgte leitfadengestützt in Hinblick auf die Beantwortung der eingangs dargelegten Fragestellungen, wie eine vernetzte Primärversorgung vor Ort gelingen und welche Herausforderungen im Hinblick auf Bürokratie, Gesetzgebung und die konkrete Zusammenarbeit vor Ort bestehen. Der Interviewleitfaden wurde auf Basis der in Abbildung 6 dargestellten Dimensionen konkretisiert. Dieses dreidimensionale Modell wurde von Sturm und Bauer (2020) auf Basis einer wissenschaftlichen Vorarbeit mit dem Titel „Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg“ (Berger et al., 2018) konzipiert.



Abbildung 6: Dimensionen bei der Entwicklung eines Primärversorgungsverbundes nach Bauer und Sturm (2020)

Aus diesen Dimensionen wurden nun die in Tabelle 2 dargestellten Leitfragen des Interviewleitfadens abgeleitet. Vor allem die Dimension WIE teilte sich noch in mehrere Unterfragen auf, die je nach Profession und Hintergrund des Interviewpartners geringfügig variiert wurden. Eine detaillierte Aufarbeitung des Interviewleitfadens nach der Methode von Helfferich (2009) kann in Anhang 2 eingesehen werden (Helfferich, 2009).

Alle Fragen wurden hinsichtlich des Standards qualitativer Fragen nach den DOs und DONTs der Fragenformulierung nach Dresing und Pehl (2018) geprüft (z.B. offene Fragen, aufrechterhaltende Fragen, Vermeidung von ja-nein- und Suggestivfragen) (Dresing und Pehl, 2018).

Tabelle 2: Interviewleitfragen

| Dimension  | Leitfragen  |
|------------|---|
| <b>WER</b> | Welche Akteur:innen müssen aus Ihrer Sicht Bestandteil von Primärversorgung sein?           |
| <b>WAS</b> | Welche Angebote müssen aus Ihrer Sicht Teil von Primärversorgung sein?                      |
| <b>WIE</b> | Wie muss aus Ihrer Sicht eine gelungene Kommunikation zwischen Akteur:innen aussehen?       |
|            | Wie soll eine Koordination der Angebote erfolgen?   |
|            | Wie kann eine Transition vom jetzigen in ein innovatives Primärversorgungskonzept erfolgen? |
|            | Welche Rolle können Sie dabei einnehmen?  |
| <b>WIE</b> | Welche Finanzierungskonzepte sind denkbar?  |
|            | Wie kann eine sektorenübergreifende Finanzierung gelingen?                                  |

## 2.5. Datenverarbeitung

Die Tonspur der aufgezeichneten Interviews wurde durch das Institut Amanu® (<https://www.amanu.de>) in Anlehnung an die Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl transkribiert (Dresing und Pehl, 2018). Details zur Transkription können Anhang 3 entnommen werden. Alle Daten wurden anschließend pseudonymisiert: es erfolgte eine Änderung von Personennamen, Ortsnamen, Namen von Firmen, Institutionen und Projekten, um eine Rückvollziehbarkeit aufzuheben. Alle Aufnahmen und Transkripte sowie eine Entpseudonymisierungsdatei wurden auf einem sicheren Rechner des Instituts für Allgemeinmedizin und Interdisziplinäre Versorgung der Universität Tübingen gespeichert.

## 2.6. Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte nach der Methode der inhaltlich-strukturierenden Qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (Kuckartz und Rädiker, 2022) in der Software MAXQDA ([https://www.maxqda.com/de/.](https://www.maxqda.com/de/)). Die inhaltlich-strukturierenden Qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) gliedert sich in 7 Teilschritte, die in engem Bezug zu den Forschungsfragen stehen (Kuckartz und Rädiker, 2022) (siehe Abbildung 7).

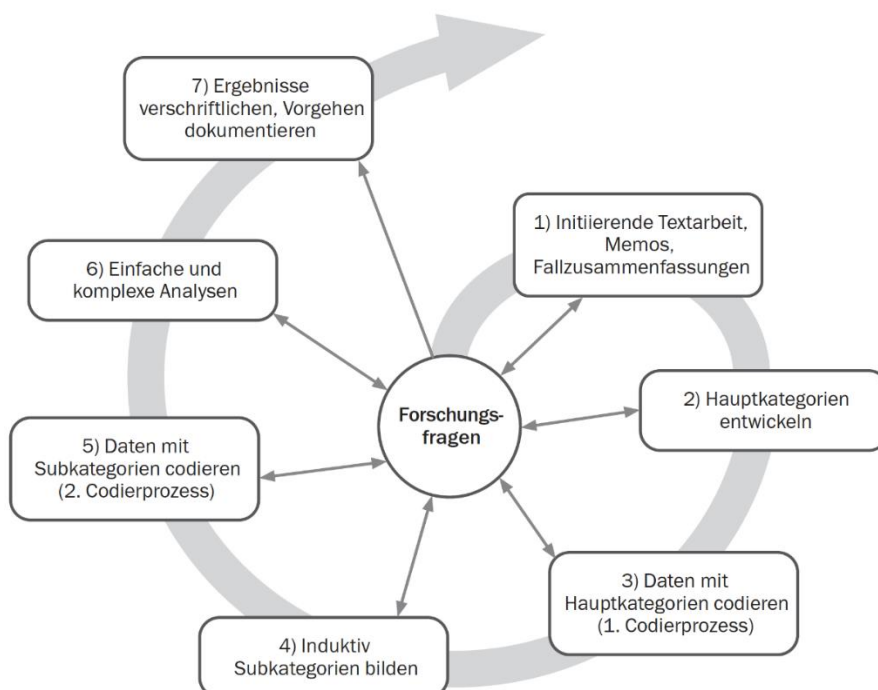


Abbildung 7: Inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022); Bildverwendung für Abschlussarbeiten unter expliziter Genehmigung durch die Autoren (<https://qualitativeinhaltsanalyse.de>)

Die im ersten Schritt erarbeiteten Fallzusammenfassungen sind Anhang 4 zu entnehmen.

In einem zweiten Schritt wurden deduktiv die beiden Dimensionen *Barrieren* und *Förderfaktoren* als Hauptkategorien festgelegt. In der Anwendung dieser Dimensionen gibt es umfangreiche Erfahrungswerte und Vorteile der Methode wurden in mehreren Arbeiten hervorgehoben (Bach-Mortensen und Verboom, 2020; Eisenack et al., 2015) (siehe auch 4.2. Diskussion der Methode).

In einem 1. Codierprozess erfolgte die Zuordnung des gesamten, für die Fragestellung relevanten Materials zu diesen beiden Kategorien. Codiert wurden nur inhaltstragende Textabschnitte, welche der Beantwortung der Fragestellung dienten. Entsprechend wurden beispielsweise Textpassagen, die sich auf reine Beschreibungen von Institutionen im Landkreis bezogen, nicht berücksichtigt. Nicht codiert wurden zum Beispiel die Vorstellung der Position der einzelnen Akteure oder die Beschreibung von Institutionen mit ihren Aufgaben und Untergruppen. Die Codiereinheiten umfassten minimal Phrasen, Teilsätze oder ganze Sätze; eine Kontexteinheit umfasste maximal einen Absatz (Mayring und Fenzl, 2019).

In einem vierten Schritt erfolgte im diskursiven Austausch im Forschungsteam die *Kategorienbildung am Material* (Kuckartz und Rädiker, 2022). Es handelt sich dabei um einen umfangreichen Analyseschritt, im Rahmen dessen die Texte oder Textteile wiederholt durchgegangen werden. Dabei wird ausschließlich das im 1. Codierprozess den jeweiligen Hauptkategorien zugeordnete Material herangezogen. Methodisch knüpft dieses Vorgehen an die Ansätze von Mayring und der Grounded Theory an (Mayring und Fenzl, 2019; Thornberg und Charmaz, 2014). Für eine umfangreiche Richtlinie für die induktive Kategorienbildung am Material siehe auch Kuckartz und Rädiker (Kuckartz und Rädiker, 2022).

Anschließend erfolgte in einem fünften Schritt der 2. Codierprozess und damit die Zuordnung der Daten zu den induktiv gebildeten Subkategorien mit weiterer Schärfung des Kategoriensystems hinsichtlich Benennung und Trennschärfe der einzelnen Kategorien. Dabei wurde im Sinne des *konsensuellen Codierens* (Hopf und Schmidt, 1993) ein Interview von zwei Mitgliedern des Forschungsteams unabhängig voneinander codiert (siehe hierzu: 8. Erklärung Eigenanteil). Anschließend wurden alle Codes gemeinsam durchgegangen und auf Übereinstimmungen geprüft. Bei Unsicherheiten oder Unterschieden in der Zuordnung wurden diese ausführlich diskutiert, bis ein Konsens gefunden war.

Im sechsten Schritt erfolgten einfache und komplexe Analysen des nun gewonnenen Kategoriensystems. In Abbildung 8 sind alle nach Kuckartz und Rädiker (2022) möglichen Analyseformen für einfache und komplexe Analysen dargestellt, wobei die Autoren empfehlen, mit der kategorienbasierten Analyse entlang der Hauptkategorien zu beginnen und dann einzelne für die eigene Arbeit geeignete weitere Analyseformen zu ergänzen (Kuckartz und Rädiker, 2022).

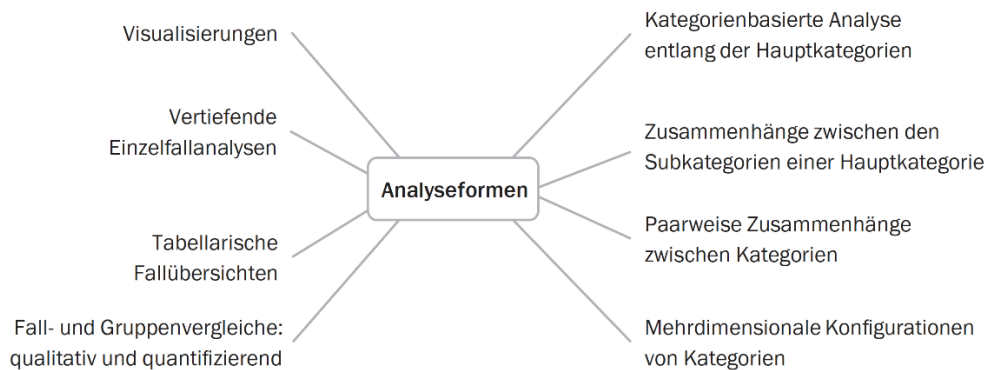


Abbildung 8: Analyseformen nach Kuckartz und Rädiker (2022); Bildverwendung für Abschlussarbeiten unter expliziter Genehmigung durch die Autoren (<https://qualitativeinhaltsanalyse.de>)

Der sechste und siebte Schritt der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) – also die Analysen sowie die Verschriftlichung der Ergebnisse – gehen ineinander über und sind im nun folgenden Ergebnisteil repräsentiert.

### 3. Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in folgenden Abschnitten: Kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien, Analyse der paarweisen Zusammenhänge zwischen Kategorien und Betrachtung von Kontextfaktoren. Tabellarische Fallübersichten wurden der Übersichtlichkeit halber in den Anhang ausgegliedert (siehe Anhang 4).

#### 3.1. Kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien

Die beiden deduktiv gebildeten Hauptkategorien lauten *Förderfaktoren* und *Barrieren*. Nach Zuordnung des gesamten, für die Fragestellung relevanten Materials konnten im Rahmen der *Kategorienbildung am Material* folgende Subkategorien für die Hauptkategorie Förderfaktoren entwickelt werden:

1. *Politische und gesetzliche Förderfaktoren*
2. *Finanzielle Förderfaktoren*
3. *Infrastrukturelle Förderfaktoren*
4. *Administrative Förderfaktoren*
5. *Förderfaktoren auf Seiten der Versorger:innen*
6. *Förderfaktoren auf Seiten der Patient:innen und Bürger:innen*

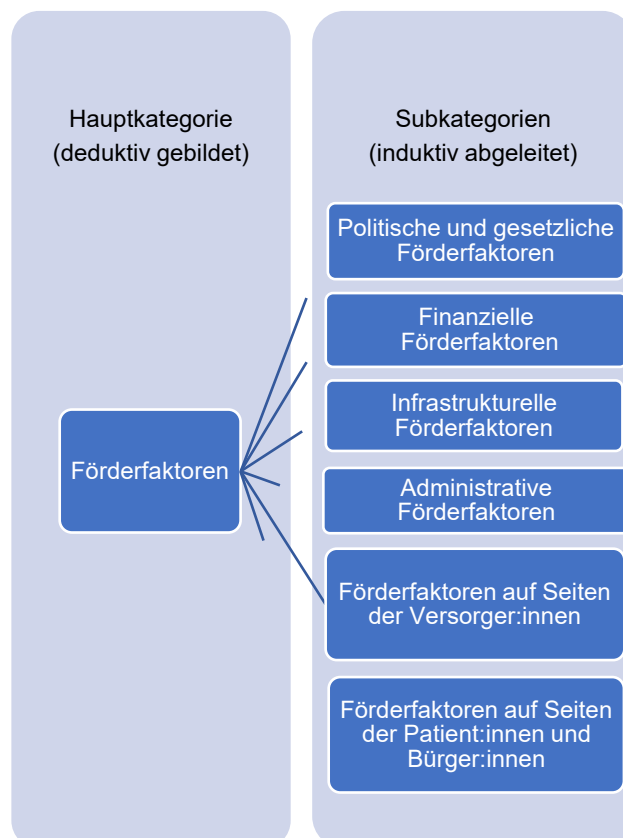


Abbildung 9: Hauptkategorie *Förderfaktoren* mit sechs induktiv abgeleiteten Subkategorien

Für die Hauptkategorie Barrieren wiederum entstanden die folgenden Subkategorien:

1. *Politische und gesetzliche Barrieren*
2. *Finanzielle Barrieren*
3. *Infrastrukturelle Barrieren*
4. *Administrative Barrieren*
5. *Barrieren auf Seiten der Versorger:innen*
6. *Barrieren auf Seiten der Patient:innen*

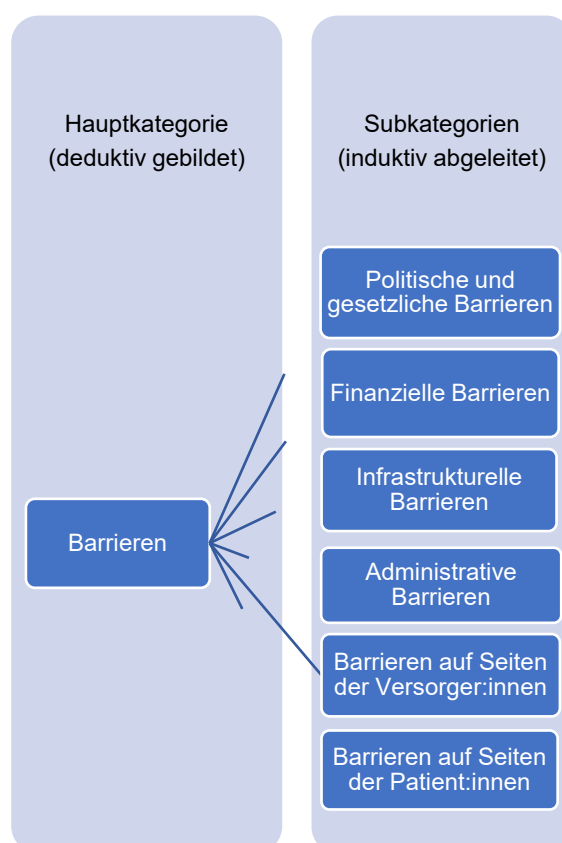


Abbildung 10: Hauptkategorie *Barrieren* mit sechs induktiv abgeleiteten Subkategorien

Als erstes wichtiges Ergebnis zeigt sich hier die beinahe flächendeckende Übereinstimmung der Subkategorien der Hauptkategorie *Förderfaktoren* und der Hauptkategorie *Barrieren*. Während des 2. Codierprozesses wurde transparent, dass beinahe alle Interviewthemen von mehreren Interviewpartner:innen angesprochen wurden und zu fast jedem Thema sowohl Förderfaktoren als auch Barrieren genannt wurden. Dies setzte sich zum überwiegenden Teil auch weiter auf die Ebene der Subsubkategorien fort, wie im folgenden Teil deutlich werden wird.

### 3.2. Analyse der paarweisen Zusammenhänge zwischen Kategorien

In Tabelle 3 sind die Hauptkategorien *Förderfaktoren* und *Barrieren* mit den jeweiligen Sub- und Subsubkategorien dargestellt. Um die paarweisen Zusammenhänge und thematischen Übereinstimmungen der Kategorien bis auf Ebene der Subsubkategorien darzustellen, wurde die Tabelle entsprechend sortiert und übereinstimmende Themen fett markiert (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Hauptkategorien *Förderfaktoren* und *Barrieren* mit Sub- und Subsubkategorien

| <b>Förderfaktoren</b>   | <b>Barrieren</b>  |
|---|---|
| <b>Politische und gesetzliche Förderfaktoren</b>                      | <b>Politische und gesetzliche Barrieren</b>   |
| Politische Ausrichtung auf <b>Gesundheitsziele</b>                    | Fehlen expliziter <b>Gesundheitsziele</b>   |
| <b>SGB V und SGB XI</b> Überarbeitung und Zusammenschluss             | Behinderungen durch <b>Gesetze</b>  |
| Schaffung <b>sektorenübergreifender Strukturen</b>                    | Behinderung durch <b>Struktur des Gesundheitssystems</b>                            |
| Sektorenübergreifende <b>Bedarfsplanung</b>                           | <b>Bedarfsplanung</b> nicht regional und nicht interprofessionell                   |
| <b>Finanzielle Förderfaktoren</b>                                     | <b>Finanzielle Barrieren</b>  |
| <b>Gemeinsame Strukturen</b> im Verbund schaffen Einsparung           | <b>Verbundstruktur</b> und Netzwerkarbeit kosten Geld                               |
| <b>Prävention</b> spart Kosten  | <b>Prävention</b> und Gesundheitsförderung nachteilig                               |
| Ideen für <b>neue Finanzierungsmodelle</b>                            | Skepsis gegenüber neuen <b>Finanzierungsmodellen</b>                                |
| <b>Infrastrukturelle Förderfaktoren</b>                               | <b>Infrastrukturelle Barrieren</b>  |
| <b>Räumliche und regionale</b> Infrastruktur                          | Barrieren durch <b>räumliche und regionale</b> Infrastruktur                        |
| <b>IT</b> Infrastruktur   | Barrieren durch <b>IT</b> Infrastruktur   |
| <b>Administrative Förderfaktoren</b>                                  | <b>Administrative Barrieren</b>   |
| Strukturen und Abläufe am <b>Landratsamt</b>                          | Strukturen und Abläufe am <b>Landratsamt</b>  |
| <b>Koordinationsstelle</b> für regionale Versorgung                   | Fehlende <b>Koordination</b> der Angebote   |
| Koordination der <b>Patient:innen</b> und Patient:innenbegleitung     | Koordination der <b>Patient:innen</b>   |
| <b>Förderfaktoren auf Seiten der Versorger:innen</b>                  | <b>Barrieren auf Seiten der Versorger:innen</b>                                     |
| Bevorzugung von <b>Teamarbeit</b> und multiprofessionellen Strukturen | Hinderungsgründe für <b>Arbeiten im Team</b> oder die Beteiligung an Netzwerkarbeit |
| Offenheit für <b>Delegation</b>                                       | Hinderungsgründe für <b>Delegation</b>  |
| <b>Förderfaktoren auf Seiten der Patient:innen und Bürger:innen</b>   | <b>Barrieren auf Seite der Patient:innen</b>  |
| <b>Bürgerliches Engagement</b>  | <b>Voraussetzungen für die Inanspruchnahme</b>                                      |
| Aktive Beteiligung an der Versorgung über Selbsthilfe                 | Individuelles Verständnis von Gesundheit  |
| Starkes Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement                    | Persönliche Voraussetzungen für die Inanspruchnahme                                 |
| Verbundlösung aus Patient:innensicht hilfreich                        | Hohe Erwartungshaltung  |

Hauptkategorien *Förderfaktoren* und *Barrieren* (dunkelblau, erste Zeile) mit den jeweiligen Subkategorien (hellblau) und Subsubkategorien (weiß) abgebildet.

Aufgrund der starken Übereinstimmung zwischen den Subkategorien werden die Ergebnisse nun in thematischer Reihenfolge berichtet und zu jedem Kapitel unter dem Begriff „Faktoren“ (z.B. Politische und gesetzliche Faktoren) jeweils die zu diesem Thema extrahierten Förderfaktoren (z.B. Politische und gesetzliche Förderfaktoren) und Barrieren (z.B. Politische und gesetzliche Barrieren) besprochen. Die Feingliederung in Unterüberschriften erfolgt im gleichen Stil auf der Ebene der Subsubkategorien.

### 3.2.1. Politische und gesetzliche Faktoren

#### 3.2.1.1. *Gesundheitsziele*

Als wichtiger Förderfaktor wurde die klare Ausrichtung auf Gesundheitsziele beschrieben. Dabei spielen aus Sicht der Interviewpartner:innen sowohl eine klare politische Haltung als auch die Sensibilisierung der Bevölkerung auf das Thema Gesundheit eine wichtige Rolle. Dies könne einerseits durch eine gesetzliche Verankerung von Gesundheitszielen als auch durch Patient:innenedukation mit Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden.

*„Wir müssen einfach erst mal das Selbstverständnis für was ist das Gesundheitswesen da? Nämlich die Verpflichtung, den Menschen anzuleiten, gesund zu bleiben. Punkt.“ (KK05)*

Als Förderfaktor auf Landesebene wurde durch mehrere Interviewpartner:innen diesbezüglich ein starker Rückhalt seitens des Landes Baden-Württemberg genannt.

*„Und ich glaube, die Landespolitik gibt uns sowieso den Rückhalt, das ist das Schöne gerade dran zurzeit, ist ja auch eine Grundvoraussetzung.“ (ÖGD01)*

Als zentrale Barrieren wurden wiederum benannt, dass das Gesundheitssystem aktuell zu sehr auf Krankheit ausgerichtet sei und Gesundheitsförderung noch nicht ausreichend als wesentlicher Bestandteil der Primärversorgung wahrgenommen werde.

*„Was mich immer stört, persönlich und das sage ich auch direkt an der Stelle: Dass [...] die Gesundheitsförderung und Prävention ein ganz wesentlicher Bestandteil von der Primärversorgung sein muss und sein sollte, und dass hier ganz viele Chancen auch in der Zukunft liegen, die wir bei Weitem, das Potenzial noch nicht ausgeschöpft haben [...]“ (ÖGD01)*

### 3.2.1.2. Gesetzliche Grundlagen

Eine klare Barriere für die Ausrichtung auf Gesundheitsziele und vernetzte Versorgung sei dadurch gegeben, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen sowohl eine Sektorentrennung (siehe nächster Absatz) fördern als auch interprofessionelle Zusammenarbeit behindern würden. Häufig wurde in diesem Zusammenhang auf die Sozialgesetzbücher V und XI verwiesen. Es wurde betont, dass sowohl die Krankenkassen als auch die Institutionen wie die kassenärztliche Vereinigung nur innerhalb dieser Rahmenbedingungen agieren könnten. In diesem Zusammenhang wurde die aktuelle Gesetzeslage mehrfach mit den Worten „starr“, „rigide“ und „träge“ beschrieben.

*„Also wir haben nicht die Rechtsgrundlagen, auf denen wir das neu abspielen können. Ich habe immer diesen Vergleich, wenn man versuchen würde, Netflix über VHS-Rekorder abzuspielen, das geht auch nicht! Und dieses Rechtssystem kommt nicht hinterher, und es fordert auch keiner im Augenblick ein. Das muss man ganz klar sagen.“ (KK05)*

*„Unser ganzes Gesundheitssystem, SGB V, krankt an der apparate-, an der rehabilitativen und krankheitsorientierten Ausrichtung.“ (KK06)*

Als Förderfaktoren wurden eine Überarbeitung und idealerweise auch Verknüpfung der Sozialgesetzbücher V und XI genannt. Außerdem die Schaffung gesetzlicher Grundlagen, die zum Beispiel die Ausrichtung auf Gesundheitsziele oder die Umsetzung innovativer Finanzierungsstrategien erst ermöglichen.

*„Und deswegen müssen wir an die Vergütungssysteme massiv ran und auch das SGB V öffnen, öffnen wahrscheinlich, weil viele Hemmungen haben, es gleich umzugestalten, aber das letztere wäre besser, um schneller Ergebnisse zu produzieren, weil wir müssen das SGB V entrümpeln und teilweise neu schreiben.“ (KK05)*

### 3.2.1.3. Sektorale Strukturierung

Hinsichtlich der Struktur des deutschen Gesundheitssystems wurde eine Vielzahl an Barrieren genannt, die derzeit einem vernetzten Handeln in der Primärversorgung entgegenstehen. Als zugrundeliegendes Thema wurde hier die Sektorentrennung in einen ambulanten und einen stationären Sektor angesprochen. In der Folge sei ein zersplittertes Gesundheitssystem mit verschiedenen Zuständigkeiten sowohl auf Seiten der Leistungserbringer:innen als auch auf Seiten der Kostenträger:innen

entstanden. Die Kostenträger:innen (als Interviewpartner:innen vor allem Vertreter:innen der Krankenkassen) müssen im ambulanten Bereich mit der kassenärztlichen Vereinigung verhandeln, die anschließend quartals- und Einzelleistungsbezogen mit den Ärzt:innen in Niederlassung abrechne. Im stationären Bereich hingegen seien sogenannte DRGs (Diagnosis related groups) ausschlaggebend für die Abrechnung mit den Krankenhäusern. Außerdem in dieser Sektorentrennung begründet liege das so genannte „doppelte“ Facharztsystem in Deutschland, also die Tatsache, dass Fachärzt:innen in Deutschland sowohl im ambulanten Bereich als Niedergelassene als auch im stationären Bereich oder klinisch ambulanten Bereich tätig sein können.

*„Was tatsächlich kritisch zu betrachten ist, ist natürlich durchaus die Aufsplittung tatsächlich wirklich, was die Zuständigkeiten angeht. Sprich, auf der Kostenträgerseite als auch auf der Leistungserbringerseite.“ (KK04)*

Als Förderfaktoren wurden zahlreiche Beispiele für strukturelle Veränderungen genannt, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im ärztlichen Bereich ermöglichen sollen. Als Beispiele sind hier die Einführung integrierter Versorgungsverträge oder die Möglichkeit der Zusammenarbeit in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu nennen. Es wurde von mehreren Interviewpartner:innen hervorgehoben, dass für eine gelungene Überwindung der Sektoren bereits die ärztliche Aus- und Weiterbildung intersektoral gestaltet werden müsse. Speziell für den Landkreis Reutlingen wurden mehrere Modellprojekte berichtet, die sich aktuell mit einer Verbesserung der Versorgung am Sektorenübergang auseinandersetzen. Alle Vorschläge und Nennungen aus den Interviews sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Maßnahmen oder Strukturen zur Förderung sektorenübergreifender Zusammenarbeit

| <b>Maßnahme oder Struktur</b>   | <b>Ankerzitate</b>   |
|---------------------------------|--|
| Integrierte Versorgungsverträge | <p><i>„das 90a-Gremium [das] ist zwar mal eingerichtet, ist in vielen Bundesländern auch absoluter Papiertiger eher, aber wenn man das politisch verbindlich machen wollen würde, dann gäbe es das.“ (KK05)</i></p> <p><i>„Es sind ja auch diverse – in der Vergangenheit – ja auch diverse Möglichkeiten schon geschaffen worden. Integrierte Versorgungsverträge, Selektivvertrag und dergleichen, das ist ja so eine Reformsache, die ja sich durchzieht. [...] ein wichtiges Add-on zur klassischen Regelversorgung, auf jeden Fall.“ (KK04)</i></p> |
| Medizinische Versorgungszentren | <p><i>„Und ich glaube, wir werden zukünftig das Thema Gesundheitszentren, MVZ, INZ, egal, wie sie heißen, viel stärker in der Region bekommen.“ (KK06)</i></p>   |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>„Und jetzt müssen wir das Thema MVZ noch tangieren ganz kurz. Weil das wäre ja praktisch der Schritt für die intersektorale Arbeit. Kliniken machen Praxen heißt das im Klartext, die MVZs.“ (N01)</p>  |
| <p>Ambulante<br/>Konsiliarsprechstunden durch in<br/>der Klinik tätige Fachärzt:innen</p> | <p>„Wir haben jetzt, teilweise haben wir ja Konsiliarsprechstunde, da kriegt man das ins Haus“ (KA01)</p> <p>„Also das wäre jetzt seitens der Kliniken, sagen wir mal bundesweit denkbar, dass die Konsile machen, draußen. Aber wie gesagt, die Sektorengrenze müsste da aufgeweicht werden. Das müsste man politisch zulassen.“ (P01)</p> <p>„Ich glaube, dass eben auch die Krankenhäuser teilweise – in Führungszeichen – Fachärzte abgeben werden in den ambulanten Bereich, eben in neue Strukturen sozusagen, diffundieren, dass sie sagen, okay, das Krankenhaus wird zukünftig eben dann gewissen Prozeduren nicht mehr stationär durchführen, weil es einfach nicht mehr wirtschaftlich ist, und dann wird in der Folge auch die dort tätigen Fachärzte, die zweite Facharztschiene dann vielleicht in einer neuen Struktur aufgehen, eben in einem MVZ.“ (KK06)</p> <p>„Grundsätzlich glaube ich, dass man sozusagen die Sektoren stationär und ambulant aufhebt und irgendwie so eine Zusammenarbeitsgeschichte macht.“ (A03)</p>  |
| <p>Einführung von Hybrid DRGs</p>   | <p>„Und jetzt überlegt man ja, diese Hybrid-DRGs einzurichten.“ (KL01)</p>   |
| <p>Intersektorale Gestaltung der<br/>ärztlichen Aus- und<br/>Weiterbildung</p>            | <p>„Und das, finde ich, ist ein ganz wichtiger Punkt der Vernetzung. Also auch, dass die schon auf der Assistentenebene, dass sozusagen der Assistent in der Klinik weiß, was man in der Praxis leisten kann.“ (A03)</p> <p>„Jetzt wissen die Krankenhäuser aber gar nicht, wie leistungsfähig die Ambulanz ist, weil die Klinikärzte waren nur im Krankenhaus, sie kennen nur das Krankenhaus. Die niedergelassenen Ärzte sind alles in der Regel ehemalige Oberärzte aus den Krankenhäusern und kennen beide Strukturen. Die waren im Krankenhaus, haben da gearbeitet und sind dann in die Ambulanz gegangen.“ (SV01)</p> <p>„Was wir jetzt machen, ist, diese Allgemeinmediziner Ausbildung. Da wollen wir auch neue Wege gehen. Bisher ist es ja so, die müssen irgendwie ein Jahr bei uns [an der Klinik] sein und dann den Rest können sie schon in Praxen abarbeiten. [...] Ich würde denen anbieten: Passen Sie auf, das gesamte Curriculum [...] sind Sie bei uns angestellt. [...] Die wären zwei Jahre bei uns. Wenn die in die Praxis gehen, können die aber sonografieren, waren schon in der Notaufnahme und so weiter. Dann gehen die 18 Monate in die Praxis [...]. Dann kommen sie noch einmal ein halbes Jahr zu uns, dann machen sie ihr zweites klinisches Fach. Und dann gehen sie wieder in die Praxis.“ (KL01)</p> |
| <p>Modellprojekte zu<br/>sektorenübergreifenden<br/>Ansätzen</p>                          | <p>„Und da haben wir einige Modellprojekte, jetzt hier zum Beispiel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie [...], wo wir dann auch Familien unterstützen bei dem Übergang eben heraus aus der stationären Versorgung wieder hinein in die familiäre Struktur.“ (KK01)</p> <p>„Wir haben darüber hinaus ein Palliativnetzwerk [...]. Das ist sozusagen im Grund schon sektorenübergreifend zu der Thematik vernetzt.“ (PF01)</p>  |

|  |
|--|
| „Darüber hinaus gibt es verschiedene Treffen, z.B. das Thema Schnittstellentreffen mit den Kreiskliniken, wo wir uns auch praktisch über die Sektoren hinüber [...] vernetzen.“ (PF01) |
|--|

Generell sei es ein zentraler Ansatz in der Verbesserung von Gesundheitsversorgung, damit zu beginnen, die Kommunikation an Schnittstellen zwischen Sektoren zu verbessern.

*„Weil, das Schnittstellenproblem [...] habe ich unisono. Also das ist ja genau auch wiederum das, dass ich natürlich da nicht so wirklich miteinander kommuniziere. Also das wäre dann möglicherweise zu optimieren.“ (KK04)*

#### 3.2.1.4. *Bedarfsplanung*

Auch hinsichtlich der Bedarfsplanung wurden Barrieren angesprochen, aber auch Förderfaktoren formuliert. Eine klare Barriere für die Versorgung ergebe sich dadurch, dass Bedarfsplanung nicht regional, sondern auf Bundesebene stattfinde und nur wenige Berufsgruppen daran beteiligt seien.

*„Dass die Bedarfsplanung in Berlin gemacht wird und dann nur für Ärzte und es eigentlich mehr oder weniger unerheblich ist, was ich eigentlich an Pflegekapazitäten zum Beispiel vor Ort habe, [...] ist ein Unding. So.“ (KK05)*

Als Förderfaktor wurde passend dazu die Idee einer interprofessionellen und sektorenübergreifenden Bedarfsplanung genannt.

*„Und das ist ja schon mal der Punkt, wo es ja eigentlich darum geht, zu sagen: Wenn ich auf der grünen Wiese jetzt wäre, dann müsste ich eigentlich sagen: Ich brauche eine multidisziplinäre sektoralübergreifende Bedarfsplanung – wo auch immer. [...] Gerade in ländlichen Regionen wäre das der Knackpunkt.“ (KK04)*

Eine Interviewteilnehmer:in wies darauf hin, dass es bereits hilfreiche Ideen zum Konzept der Shared Governance auf regionaler Ebene gebe, die man in Vorbereitung auf regionalere Bedarfsplanung in der Zukunft in Betracht ziehen sollte.

*„Also, was ich wichtig finde, ist, dass wir shared Leadership, dass wir da viel stärker uns wirklich kümmern. Also, in ganz Hessen zum Beispiel gibt es ja auch eine Runde-Tische-Kultur seit vielen Jahren, dass man die Player vor Ort zusammenholt, Dinge bespricht, aber nichts ist wirklich durchgreifend. So. Da geht es immer um ganz knallharte Machtfragen. Wer gibt hier was ab, und wer ist verantwortlich? In der Regel will keiner bezahlen, alle wollen bestimmen, und keiner will die Verantwortung haben. So. Und das ist halt ... Also, wie ordnet*

*man Machtfragen neu, Governance-Fragen, sodass alle auch damit leben können? Und was führt eigentlich dahin, dass man eben auch Macht besser übernehmen oder Verantwortung, dass man eine Umverteilung hinbekommt? Also, was braucht es dafür?“ (KK05)*

### 3.2.2. Finanzielle Faktoren

#### 3.2.2.1. Finanzierung von Verbundstrukturen und Netzwerkarbeit

Hinsichtlich der Überlegung, ob vernetztes Arbeiten in der Primärversorgung Einsparungspotenziale biete oder eher Mehrkosten durch den Aufbau zusätzlicher Strukturen bedeute, bestanden bei den Interviewpartner:innen unterschiedliche Sichtweisen. Als mögliche Einsparungspotenziale wurden genannt, dass ein gemeinsames Management Geld einspare (KA01), gleiches gelte für gemeinsame Overheads im therapeutischen Bereich (N01). Hingewiesen wurde auch darauf, dass die gemeinsame Instandhaltung und Renovierung von Räumlichkeiten im ländlichen Raum als Netzwerk besser gewährleistet werden könne (A02).

Demgegenüber stehen die Aussagen mehrerer Interviewpartner:innen, dass der Aufbau einer gemeinsamen Verbundstruktur zusätzliches Geld koste (A03, SH01, SV01), dies allerdings vornehmlich in der Anfangsphase, in der es neue Strukturen zu etablieren gelte (A02). Vor allem die mögliche Einführung neuer Berufsgruppen wie Lots:innen im Versorgungsprozess führe zu Mehrkosten und es sei unklar, woher das Geld für zusätzliche Strukturen kommen solle (KK04, SH01, SV01).

*„Also die Frage ist ja, wer finanziert diesen Überbau zusätzlich zum bisherigen budgetierten System? Ich weiß nicht, ob die Kassen jetzt dann noch Geld obendrauf legen oder ob das dann vom Staat oder von der Gemeinde oder wo das herkommen soll.“ (SV01)*

Speziell für die Finanzierung von Lots:innen als neue Rolle in der Versorgung wurden drei Denkstränge verfolgt: die Finanzierung über die Gesetzlichen Krankenversicherungen, z.B. nach dem Modell der VERAH (KK01, SV01), die Finanzierung der Lots:innen durch Arztpraxen beziehungsweise GKV-Einnahmen (SV01) und die Idee, eine hauptamtliche Lots:innenstelle durch einen ehrenamtlichen Lots:innenpool zu ergänzen, um Kosten einzuparen (SH01). Kritische Stimmen hingegen betonten, dass eine solche Versorgungsrolle für Arztpraxen zu teuer wäre (SH01) oder als bisher nicht dagewesene Leistung nun zusätzlich nur durch Gelder von extern finanzierbar sei (SV01).

Zu bedenken sei, dass im Gesundheitssystem aktuell aufgrund verschiedener Weltgeschehnisse der letzten Jahre allgemein kein Geld mehr verfügbar sei (KK01, KL01, SV01).

*„Es ist halt überall wenig Geld für Innovation da.“ (KK01)*

*„Also da dürfen uns gar keinen Illusionen hingeben, dass in den nächsten Jahren nach Corona sind die Kassen so etwas von pleite, die Gemeinden auch, und alles was wir da – jetzt müssen wir noch die Bundeswehr bezahlen.“ (SV01)*

Insgesamt sei Zeit für Netzwerkarbeit im bisherigen Vergütungssystem kaum als Finanzierungsposten vorgesehen. Wolle man die Versorgung nun besser vernetzen, müsse auch die Finanzierung von Netzwerkarbeit geklärt werden, die bislang fehle (N01, PF01, T02).

*„Das ist für mich die ... wirklich die dringendste Frage: Bekommen wir aus einem System des SGB V Mittel, die jetzt nicht nur die einzelne Behandlung finanzieren, sondern die auch eine Struktur mitunterstützen?“ (KA01)*

Speziell zur Kassenstruktur in Deutschland wurde als Barriere für vernetztes Arbeiten die Kassenspezifität in der Finanzierung einzelner Gesundheitsleistungen identifiziert. Durch die Möglichkeit, Selektivverträge abzuschließen, seien bestimmte Versorgungsleistungen eben ausschließlich auf die eigenen Versicherten einer Krankenkasse beschränkt (A05, KK01, KK02).

*„Natürlich habe ich als [Krankenkasse A] Möglichkeiten, solche Dinge zu unterstützen, wenn ich einen Selektivvertrag abschließe. Aber der Selektivvertrag gilt halt dann immer nur für die eigenen Versicherten und das passt nicht zu dem Ansatz, den das Land hier fährt und den auch Sie fahren, weil, wir können ja nicht an der Tür selektieren und sagen: So, die [Versicherten der Krankenkasse A] nach links und die von der [Krankenkasse B] bitte nach rechts und die von der [Krankenkasse C] in der Mitte durch, ja?“ (KK01)*

Auch seien die Strukturen der einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich, je nachdem, vor allem abhängig davon, ob eine Krankenkasse regional oder überregional organisiert sei.

### **3.2.2.2. Finanzierung von Prävention**

Ähnlich kontrovers wurde von Interviewpartner:innen diskutiert, ob ein Fokus auf Prävention und Gesundheitsversorgung eher zu Einsparungen oder zu Mehrkosten führe. Während einzelne Interviewpartner:innen überzeugt schienen, dass eine Investition in Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt klar zu

Kosteneinsparungen führen würden, argumentierten andere Teilnehmer:innen, dass im aktuellen System sich für die einzelnen Versorger:innen ein Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung finanziell nicht lohnen würde.

*„Also, Sie benachteiligen sich automatisch selbst, wenn Sie ideologische Ansätze haben, ich nehme mir jetzt Zeit für den Patienten, ich versuche eben auch mehr Gesundheit reinzubekommen als Krankheit.“ (KK06)*

*„Also insofern ist es in der deutschen Gesundheitswelt eigentlich völliger Schwachsinn, Prävention zu betreiben, weil, wir brauchen möglichst viele Kranke, um Geld zu verdienen. [...]“ (KL01)*

### 3.2.2.3. *Neue Finanzierungsmodelle*

Im Rahmen der Interviews konnte eine Vielzahl an Ideen für innovative Finanzierungsstrategien generiert werden. Dies sowohl hinsichtlich der Generierung eines Budgets für Versorgungsleistungen als auch in Bezug auf die Auszahlung an die einzelnen an der Versorgung beteiligten Akteur:innen. Schließlich wurde mehrfach betont, dass es auch hinsichtlich neuer Finanzierungsmethoden wichtig sei, diese im Modellversuch zu erproben.

#### 3.2.2.3.1. *Generierung eines Budgets für Versorgungsleistungen*

Zuallererst betonten mehrere Interviewpartner:innen als Förderfaktor die Wichtigkeit einer Anschubfinanzierung von außen beispielsweise durch Stiftungen oder individuelle Förderungen bei der Etablierung neuer Strukturen in der Versorgung (A05, P01, T01). Mehrfach wurde außerdem die Möglichkeit der Etablierung eines Regionalbudgets als Förderfaktor für regionale, vernetzte Versorgung diskutiert (KA01, KK01, KK03, KL01, P01, SH02, T02).

*„Wenn das der Fall wäre, wenn es ein Budget für Innovation und Modelle bei den Kommunen gäbe, glaube ich, sind die mit der stärkste Faktor, der vorantreiben kann, weil die haben ein eigenes Interesse.“ (KK01)*

*„Ich würde da tatsächlich ganz intensiv in die Kommunikation mit den Krankenkassen gehen. Also nicht immer nur die Krankenkassen als die bösen hinstellen, die uns irgendwie Bürokratie zwischenwerfen, sondern einfach zu gucken: Was braucht ihr denn, damit ihr uns alle gleich gut vergüten könnt und trotzdem aber auch noch selber eure Personalkosten stemmen könnt? So würde ich dann wieder partizipativ vorgehen. Und ich würde vor allem die Wirtschaft fragen: So. Was könnt Ihr denn abgeben, von euren Löhnen, damit ihr die Gesundheitserhaltung eurer Kinder, Kindeskindern und auch von euch im*

*hohen Alter ... stabilisiert werden kann? Also was könntet ihr denn freiwillig auch abgeben dafür, für eure Gesundheit im Alter? Ich glaube, das würde ich versuchen.“ (T02)*

Andere Stimmen sehen die mögliche Etablierung eines solchen Regionalbudgets jedoch kritisch (SV01, KK01).

*„Aber in der Bezahlung ist das, glaube ich, schwierig, also von der GKV-Seite jetzt zum Beispiel, das Gesundheitsamt zu unterstützen finanziell, das geht nicht aus meiner Sicht. Also da sind wir echt ziemlich gedeckelt.“ (KK01)*

Eine weitere grundlegende Überlegung stellte – unter Annahme einer zunehmenden Ambulantisierung von Gesundheitsleistungen – die Umschichtung von Versorgungsbudget von stationär nach ambulant dar. Diese wurde zwar einerseits als Förderfaktor eingebracht (KK03, KL01), andererseits aber auch kritisch diskutiert (SV01).

*„Ganz einfach, wenn wir weniger Patienten haben, brauchen wir auch weniger Budgets. Das muss man dann sinnvoll in ein ambulantes Budget umschichten, würde ich sagen.“ (KL01)*

*„Die Einsparungen sind aber nicht so leicht nachweisbar und auf der anderen Seite sind, wenn Sie sehen, die Entwicklung der Krankenhauskosten, die sind so angestiegen, dass Sie das gar nicht messen können, durch eine bessere [ambulante] Betreuung weniger Leute ins Krankenhaus zu bringen. Oder die wenigen, die dann ins Krankenhaus kommen, kosten auch so viel Geld oder immer mehr Geld, dass die Krankenkassen sagen, ja, also letztlich sehen wir nichts in der Entwicklung.“ (SV01)*

#### 3.2.2.3.2. Auszahlung an Versorger:innen

Hinsichtlich der Auszahlung an Versorger:innen wurden eine Bezahlung je nach Erreichen von Benchmarks (KK05), eine Etablierung von Pro-Kopf-Pauschalen im Sinne eines Capitation Modells (SV01, KL01), die Etablierung von Versorgungspauschalen nach Schweregradabstufung (KK01) und die Vergütungsmix aus Quartalspauschalen, Leistungsziffern und kontaktunabhängigen Pauschalen (KK05) diskutiert.

Kritisch wurde dazu angemerkt, dass ein Quartalsbudget immer dazu verleiten könne, sich weniger anzustrengen (A05); zusätzlich dazu, dass die Produktivität im Angestelltenverhältnis generell sinke (A03).

### 3.2.2.3.3. Neue Finanzierungsmethoden im Modellversuch erproben

Mehrere Interviewpartner:innen betonten, dass es wichtig sei, neue

Finanzierungsmethoden vorab im Rahmen eines Modellversuchs zu erproben (KK01, KK05, ÖGD01, SV01).

*„Ja, also ich würde es über ein Modell tatsächlich als Allererstes einmal machen, weil da in meiner Erfahrung die Menschen mehr bereit sind, Dinge auszuprobieren, weil sie halt auf eine befristete Zeit gebunden sind an das Thema. Also das fühlt sich immer nach Versuch an und da erlebe ich, dass die Optionen eher ausgereizt werden, als jetzt, wenn man gleich einen ganzen Selektivvertrag abschließen würde.“ (KK01)*

*„Und wir fordern ja auch, dass wir im Rahmen von Modellprojekten oder Reallabor tatsächlich mal vielleicht eine Region anders finanzieren können.“ (KK05)*

Als Förderfaktor wurde hier klar von mehreren Interviewpartner:innen eine generelle Offenheit der Krankenkassen beschrieben, innovative Finanzierungsstrategien zu fördern und unterstützen (KK01, KK04, KK06, T02). Hier wurde beispielhaft auf Modellprojekte in Baden-Württemberg verwiesen, bei denen eine solche Zusammenarbeit der Kassen an der Entwicklung neuer Finanzierungsstrategien schon erfolge.

*„Ich glaube aber trotzdem, dass es schon so ist, dass die Kassen dann erst sagen würden: Ja, wir sind natürlich gesprächsbereit. Also das auf jeden Fall. Also da sehe ich jetzt keinen Hemmschuh, dass die Kassen generell sagen würden: Nee, da würden wir uns jetzt nicht beteiligen.“ (KK04)*

Ein Faktor, der hier allerdings einschränkend wirke, sei der Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen.

*„Bei uns Kassen, das ist auch ein Thema. Also, das, was wir an Wettbewerb haben zwischen den gesetzlichen Kassen, das ist zwar grundsätzlich positiv, aber das behindert zum Beispiel, Projekte umzusetzen, sage ich Ihnen ganz einfach. Alles im Bereich Gesundheitsförderung ist immer die Konkurrenzsituation da. Jede Kasse schaut nach ihrer Klientel.“ (KK03)*

Auf Seiten der Barrieren wurde abschließend beschrieben, dass bedacht werden müsse, dass jede:r Einzelselbstständige dennoch auch immer wirtschaftliche Interessen verfolge. Dies führe unter anderem zu Angst vor Konkurrenz unter den Anbieter:innen von Versorgungsleistungen.

*„Also man wird natürlich dort auch feststellen müssen, dass die Physiotherapeuten eigene Interessen haben, und dass natürlich genauso, wie das bei Ärzten getriggert ist, auch dort natürlich ökonomische Faktoren das Handeln bestimmen werden.“ (A05)*

*„Aber da ist noch eine große Missgunst da. Das muss man ganz klar sagen, die Niedergelassenen lassen das, dass wir MVZs betreiben.“ (P01)*

### 3.2.3. Infrastrukturelle Faktoren

#### 3.2.3.1. Räumliche und regionale Infrastruktur

Als Förderfaktoren für vernetztes Arbeiten in der regionalen Primärversorgung wurden genannt:

- Nutzung vorhandener Räumlichkeiten (Räumlichkeiten der Gemeinde, bestehende Praxen) (KA02, T01)
- Wichtigkeit, Versorgung dezentral vor Ort in den Gemeinden zur Verfügung zu stellen (KA02, KK05, PF01, T02)
- gleichzeitig aber speziell für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung auch Zentren zu bilden (KA01, KA03, N01, ÖGD01)
- und eine Vernetzung zwischen diesen Zentren sicherzustellen (KA03, ÖGD01).

Als Barrieren wurden genannt, dass im ländlichen Raum aktuell die geografische Erreichbarkeit und damit der Zugang zur Versorgung für Patient:innen und ihre Angehörigen oft weite Anfahrtswege bedeute (KA02, KK05). Dies unterstreiche, wie wichtig es sei, Versorgung auch dezentral zu gewährleisten (KA02). Aktuell seien allerdings Räumlichkeiten teilweise nicht barrierefrei (L01) oder durch ihren Aufbau für Netzwerkarbeit beziehungsweise Arbeit im Team nur schlecht geeignet (A03).

*„Aber für alte Leute oder pflegende Angehörige, dass sie zehn Kilometer fahren sollen tagsüber, um ... oder 50, um einen Verwandten irgendwie zum Neurologen zu begleiten. Also, wenn man immer so viel darüber redet, pflegende Angehörige entlasten, ja, dann muss aber echt eine Menge passieren in der Organisation des Systems.“ (KK05)*

Andererseits wurde aber auch darauf verwiesen, dass hochspezialisierte Versorgungsleistungen aus organisatorischen und finanziellen Gründen nicht flächendeckend regional angeboten werden können.

*„Jeder möchte die Optimalversorgung möglichst im Umkreis von fünf Kilometern. [...] Das ist weder finanzierbar noch sinnvoll.“ (KK03)*

### 3.2.3.2. IT Infrastruktur

Als Förderfaktoren für vernetztes Arbeit in der Primärversorgung wurden in den Interviews einerseits die digitale Kommunikation zwischen Patient:innen und Versorger:innen, andererseits die digitale Vernetzung zwischen Versorger:innen genannt.

#### 3.2.3.2.1. Digitale Kommunikation zwischen Patient:innen und Versorger:innen

Die digitale Kommunikation zwischen Patient:innen und Versorger:innen wurde als wichtiger Förderfaktor, der durch die wachsende digitale Kompetenz bei Patient:innen und Versorger:innen in naher Zukunft noch stärker werde, identifiziert. Dabei wurde einerseits an digitale Sprechstunden gedacht, die zudem den Vorteil hätten, dass auch Patient:innen in abgelegenen Regionen besseren Zugang zu Versorgungsleistungen hätten (SH01).

*„Also ich denke schon, dass das Digitale, die digitale Sprechstunde auch unsere Zukunft sein wird. Einfach auch gerade, weil ältere Patienten dann nicht immer aus dem Haus müssen, sondern weil die mit ihrem Arzt auch so besprechen können. Und denken Sie mal an viele psychische Erkrankungen. Da können Sie ... Wenn Sie da einen Arzt haben, mit dem Sie, wenn es Ihnen schlecht geht, Sie ... Und der sagt: O.k., wir sprechen heute Abend miteinander. Wir machen das über den PC. Das ist im Prinzip eine ideale Sache. Weil dann der ältere Patient, der vielleicht auch gehbehindert ist oder vielleicht nicht wegkommt, weil er alleine ist, kein Auto hat, weil er dann trotzdem die Möglichkeit hat, mit dem Arzt Kontakt aufzunehmen.“ (SH01)*

Andererseits wurde auch die Nutzung von Apps durch Patient:innen vorgeschlagen, welche sowohl für administrative (Terminvereinbarung, Terminerinnerung) als auch für inhaltliche Kommunikation (Symptomchecker, Prävention, begleitende Tele-Physio- oder Ergotherapie) genutzt werden könne (KL01).

#### 3.2.3.2.2. Digitale Kommunikation zwischen Versorger:innen

Hinsichtlich der digitalen Kommunikation zwischen Versorger:innen wurden folgende drei Punkte als Förderfaktoren für vernetztes Arbeiten in der Primärversorgung identifiziert:

- Digitale Konsile und Besprechungen (A02, KK01, KK04, KK05, KL01, N01, PF01, SH01, SV01)

Digitale Konsile würden beispielsweise Hausärzt:innen die Möglichkeit bieten, Rücksprache mit der Klinik oder andere ambulant oder klinisch tätigen

Fachärzt:innen zu halten. Auch Telemedizin im Rahmen von Hausbesuchen zur Rücksprache zwischen Wundmanager:in und Ärzt:in oder Pflege und Ärztin:in seien denkbar.

- Gemeinsame Patient:innenakte und Befundsammlung (A01, A02, KA01, ÖGD01, SV01, T01)

Eine gemeinsame Patient:innenakte würde ermöglichen, dass beispielsweise Teile der Anamnese nicht immer wieder neu erhoben werden müssten. Eine gemeinsame Befundaustauschplattform könne außerdem dabei unterstützen, die weitere Versorgung von Patient:innen gemeinsam zu planen, da auch zukünftig behandelnde Zentren (z.B. Reha Kliniken) bereits vorab Zugriff auf die Befunde hätten.

*„Und deswegen müssen wir schauen, dass wir da möglichst viel elektrisch hinbekommen und da Patientenakten oder zumindest kann man sich ja dann unterhalten: Was stellen wir ein? Ich muss ja da nicht alle Blutwerte für alle sichtbar machen oder alle Diagnosen. Aber dass irgendwo ein Eintrag kommt, so wie ein Schwarzes Brett: benötigt Begleitung oder benötigt Unterhaltung oder spielt gerne Schach, dass man dem einen Schachspieler in die Wohnung schickt oder ins Pflegeheim.“ (SV01)*

- Gemeinsame Terminplattform (A01, KK02, KL01, ÖGD01)

Eine gemeinsame Terminplattform, in der jede:r Versorger:in Terminslots freigebe, die man in dringlichen Fällen auch kurzfristig buchen könne, wird als Arbeitserleichterung und Vorteil von vernetzter Zusammenarbeit beschrieben. Wichtig sei es, hier nicht ausschließlich die Berufsgruppe der Ärzt:innen mitzudenken.

Als Barrieren in der Kategorie IT Infrastruktur Probleme wurden hingegen allgemeinere, fehlende infrastrukturelle Voraussetzungen beschrieben. So waren sich die Interviewpartner:innen einig, dass die Digitalisierung in Deutschland insgesamt nur schleppend voran gehe (KA01, KL01, T01).

*„Es gibt nirgends so eine archäologische Vorgehensweise wie im Gesundheitssystem, wer schickt denn heute noch ein Fax? Ja, alle, die im Gesundheitssystem sind!“ (T01)*

Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass durch fehlende Infrastruktur in ländlichen Regionen eine stabile und schnelle Internetverbindung nicht flächendeckend gewährleistet sei (PF01). Auch im täglichen Praxisablauf führe nicht

einwandfrei funktionierende Software immer wieder zu starken Einschränkungen und binde wichtige Arbeitskräfte wie medizinische Fachangestellte (A03).

*„In dem Moment, wo ich jetzt als niedergelassener Sorge habe, dass ich also erstens ... dass ich gar nicht weiß, ob meine Praxis weiter funktionieren wird im Rahmen der Telematik-Infrastruktur, zum Beispiel, oder auch durch ... was weiß ich, andere Geschichten. [...] Aber, die [medizinischen Fachangestellten] sind, wie gesagt, damit beschäftigt, abstürzende Computersysteme beim Einstecken der Krankenkassenkarte wieder zu reparieren.“ (A03)*

Aus Sicht der Patient:innen werden aktuell auch wenige online Dienste durch Versorger:innen angeboten (SH01). Aus Sicht der Versorger:innen verfügen einzelne Berufsgruppen noch nicht über das nötige Equipment und Know-How in der Bedienung, um digitale Visiten auch umsetzen zu können (PF01).

Schließlich seien weiterhin wichtige Dinge zum Thema Datenschutz nach wie vor nicht geklärt (KA01, KK04, N01, ÖGD01, SV01, T01).

*„O.k., Thema Datenschutz. Also das ist auch so eine kleine Hürde, die wir da haben, Landesdatenschutz.“ (KK04)*

*„Sie müssten ja danach schauen: Wer hat auf die Plattform Zugriff? Wer stellt ein? So etwas haben wir ja alles gar nicht. Und das, was jetzt im Moment als Telematikinfrastruktur läuft, ist einfach nur beschämend, weil es nicht funktioniert. Wer darf da hineinschauen? Wer darf einstellen? Wie machen wir es Patientenakten-mäßig, dass man die Daten gemeinsam hat?“ (SV01)*

### 3.2.4. Administrative Faktoren

#### 3.2.4.1. Strukturen und Abläufe am Landratsamt

Als wichtiger struktureller Förderfaktor für interprofessionelles Arbeiten in der medizinischen Versorgung wurde die organisatorische Verortung des Gesundheitsamtes beim Sozialdezernat genannt.

*„Aus meiner Sicht hat sich die Organisationsform beim Sozialdezernat absolut bewährt. Es gibt immer noch viele, ich glaube, das ist ca. 50/50 der Landkreise, die das Gesundheitsamt beim Ordnungsdezernat haben. Und nach 2006 ist es ja im ÖGD-Gesetz weitergegangen, eigentlich immer in die Richtung weg vom ordnungsrechtlichen Aspekt, weg von den reinen Begutachtungen hin zur allgemeinen Daseinsvorsorge. Und dazu zählt natürlich auch die medizinische*

*Versorgung im Landkreis, das muss kommunale Aufgabe sein, nur dann funktioniert es.“ (KA01)*

Insgesamt wurde für den betreffenden Landkreis eine gute Zusammenarbeit zwischen Landräten und Kommunen hervorgehoben.

*„Also, ich finde es schon glücklich, dass man sagt: Wenn wir Primärversorgung als Daseinsvor... also, wenn wir Gesundheit als Daseinsvorsorge betrachten, dann ist, fällt da ganz viel der Kommune zu. Die Kommune steht aber alleine da, wenn der Landkreis nicht mitgeht. Also macht es Sinn, wenn wir einen politischen Rückhalt haben. Das heißt, hier: Kommune und Landkreis gehen natürlich Hand in Hand.“ (ÖGD01)*

Außerdem wurde in den Interviews eine klare Bereitschaft des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sich an der regionalen, intersektoralen und multiprofessionellen Gesundheitsversorgung mit Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention zu beteiligen, signalisiert.

*„Weil, da sehe ich zum Beispiel ... und da ist ja auch die Schnittstelle ... und ich sage es noch mal ganz bewusst auch, die Gesundheitsförderung betreiben wir ja auch, und ich glaube, das ist beim ÖGD ganz gut aufgehoben, weil wir es a) als Kernaufgabe haben und weil wir da auch in gewisser Weise eine gewisse Expertise haben. [...] Das heißt, wir können das finanz- und gewissensneutral anbieten, so. Und das ist ein Riesenvorteil und ich glaube, dass wir aus dieser Neutralität auch heraus genau diejenigen sind, die dann, wenn Landkreis und Gemeinde tatsächlich zusammenarbeiten, dann auch ganz nahe am Bürger dran sein können. Und wenn wir diese Aspekte – Landkreis, Kommune, bürgerzentriert, und patientenorientiert natürlich sowieso – mitbedenken, dann können wir da auch was richtig Gutes gestalten. [...] Das Know-how und die Expertise, die können wir dann auch gerne einbringen.“ (ÖGD01)*

Auch gab es Interviewpartner:innen, die die derzeit etablierten Strukturen und Abläufe am betreffenden Landratsamt als weniger geeignet für die Unterstützung einer vernetzten regionalen Versorgung einschätzten. Als Argumente hierfür wurden genannt, dass die Struktur der öffentlichen Verwaltung dafür ungeeignet sei (KA01), die Prozesse am Landratsamt als zu langsam erlebt werden (KA03, KL01, SH01), es zu viele Aufgaben für zu wenige Stellen gebe (KA02), sowie eine Überlastung des Gesundheitsamtes mit Corona-Themen dazu geführt habe, dass andere Dinge auf der Strecke blieben (KA01).

*„Ja, ist natürlich nicht so ganz einfach, weil es gibt ja viele Themen, die auf Kommunen zukommen, genau wie Digitalisierung, Energiemanagement, das kann ja nicht alles aus dem Bestand geschaffen werden und es kann nicht auch immer eine neue Stelle für ein neues Thema geschaffen werden.“ (KA02)*

#### **3.2.4.2. Koordination der Versorgungsangebote und der Zusammenarbeit zwischen Versorger:innen**

Als Förderfaktor in diesem Zusammenhang wurde im Rahmen der Interviews mehrfach der Bedarf nach einer zentralen Koordinationsstelle für regionale Versorgung mit Verortung am Landsratsamt genannt, die vor allem während der Initiierungsphase auch als Steuerungskomitee wirken müsse.

*Vielleicht wäre es gut, einfach mal mit einer Koordination im Landkreis anzufangen. Und dann muss man vielleicht auch sehen, wie entwickelt sich das, ja, vom Aufgabenprofil, von den Notwendigkeiten. Vielleicht wird das gut sein, einfach mal für den Landkreis mit einer Koordination eines Primärversorgungsverbundes anzufangen sozusagen. (PF01)*

Einzelne Interviewpartner:innen können sich auch eine Verortung einer regionalen Koordinationsstelle bei den Krankenkassen oder an einer Universität vorstellen.

Als Aufgaben, die eine solche Koordinationsstelle übernehmen sollte, wurden genannt:

- Planung und Koordination von Angeboten
- Koordination der Zusammenarbeit zwischen Versorger:innen
- Fachliche Begleitung und Evaluation

Im Folgenden soll kurz genauer auf diese drei möglichen Aufgabenbereiche eingegangen werden.

##### **3.2.4.2.1. Planung und Koordination von Angeboten**

Als Barriere, die einer vernetzten regionalen Versorgung entgegensteht, wurde die fehlende Information über bestehende Angebote genannt bzw. die Tatsache, dass es keine übersichtliche Auskunftsplattform über Angebote in der Versorgung im Landkreis gebe.

*„Es gibt so viele Angebote, auch jetzt hier im Landkreis Marbach, die manchmal gar nicht unbedingt voneinander wissen. Man trifft sich zwar viel, auch in Arbeitsgruppen, und versucht, das dadurch auch wieder bekannter zu machen jeweils, das eigene Angebot. Und trotz allem, man hat viel Personalwechsel, verändert sich das dann auch, und dann ist dieses Wissen einfach nicht mehr da und geht verloren.“ (KK02)*

Die fehlende Information über bestehende Angebote führe in der Folge teilweise zum Aufbau von Doppelstrukturen, weil man nicht wisse, dass ein entsprechendes Angebot bereits vorhanden sei.

*„Also ich denke, man muss es koordinieren, aber man muss gut überlegen, dass man keine Doppelstrukturen schafft. Wie gelingt es aber auch, dass ich keine Doppelstrukturen aufbaue. Wenn ich Doppelstrukturen aufbaue, dann weiß nachher keiner mehr, was er zu tun hat. Und im Zweifel ist keiner da, der dann da sich kümmert.“ (PF01)*

Einer der Gründe für eine fehlende zentrale Sammlung aller Versorgungsangebote sei mitunter, dass einzelne an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen nur sehr schwer flächendeckend erreichbar seien. Dadurch könne man nur schwer systematisch bestehende Angebote erheben.

*„Aus meiner Sicht ganz klar die Landesorganisationen, Kassenärztliche Vereinigung, bedauerlicherweise gibt es so was Ähnliches jetzt bei den Apotheken nicht, auch bei Physiotherapeuten nur sehr, sehr eingeschränkt, dort gibt es irgendeinen Verband, aber sind nur ein Teil davon Mitglieder, Hebammen sind, soweit ich weiß, relativ gut unterwegs, aber auch nicht zentral.“ (KA01)*

Bei der Planung von Angeboten sei es essenziell, diese nach regionalen Bedarfen auszurichten. Dafür wiederum sei es notwendig, die regionalen Bedarfe zu kennen beziehungsweise aus den Kommunen aufzunehmen. (A05, KA02, KK02, KK03, KK05, ÖGD01, P01 PF01, SH02)

*„Genau diese Menschen des Arbeitskreises sind ja die Taktgeber oder die Fühler, die Sensoren aus der Kommune. Ich arbeite zwar hier, aber ich lebe hier nicht. Aber die Menschen, die leben dort, die sehen in ihrem Umfeld: Wo sind Bedarfslagen? Und transportieren das über diesen Arbeitskreis zurück, also das geht in zwei Richtungen, wenn man es so theoretisch betrachtet.“ (KA02)*

Wichtig sei es außerdem, alle Angebote und deren Verfügbarkeit zentral zu verwalten. Es gebe aktuell keine zentrale Plattform oder Sammelstelle oder Listung aller bestehenden Angebote in der Versorgung. Eher führe jede Berufsgruppe ihre eigenen Kontaktlisten. Der Versuch einer systematischen Angebotslistung sei bisher beispielsweise durch das Selbsthilfeforum Reutlingen und den Pflegestützpunkt jeweils begrenzt auf deren Aufgabenbereich erfolgt und online abrufbar.

*„Natürlich kann man so etwas organisieren und kann es auch zusammenführen und kann auch – das war ja einmal die Grundidee der Kreis-Gesundheitskonferenzen – dass da die Abstimmung stattfindet, dass nicht jeder Turnverein Seniorengymnastik macht. Die einen sollen etwas für Behinderte machen und die anderen für die Herzsportgruppe und der Dritte für Senioren und der Fünfte für Kinder, aber dass man sich die Claims aufteilt, dass man sich etwas abstimmt, und dass da die Krankenhäuser, die Ärzte wissen, da gibt es etwas und da muss man hinschicken und ein Verbundgedanke. Und wenn das ein Gedanke eines Verbundes ist, dann ist das sicher eine sinnvolle Sache.“  
(SV01)*

Es sei allerdings wichtig, auch Qualitätsanforderungen an Versorgungsangebote zu etablieren, die von einer zentralen Koordinationsstelle verwaltet werden (A05, KK02, SH01, SH01, SV01, T02).

*„Ich glaube, wenn man das mal wirklich gut machen wollte, dann wäre das schon für mich auch so eine Geschichte, da vielleicht auch eine „Qualitätskontrolle“, in Anführungszeichen, ja auch drüber laufen zu lassen: Ist das wirklich ein gutes Angebot, was gibt es da für Erfahrungen?“ (KK02)*

#### 3.2.4.2.2. Koordination der Zusammenarbeit zwischen Versorger:innen

Eine zentrale Koordinationsstelle für regionale Versorgung hätte auch die Aufgabe, Versorger:innen zusammenzuführen, beispielsweise über Gesundheitskonferenzen, oder die Planung und Durchführung von Austauschtreffen wie Qualitätszirkeln oder Fallbesprechungen.

*„Also was ja auch immer so ist, man könnte ja auch so einen Gesundheitszirkel einrichten für Marbach. [...] Aber wenn jetzt die Stadt Marbach da einlädt und sagt, wir machen da einen Gesundheitszirkel, hat das vielleicht auch entsprechend Gewicht. [...] Und wenn dann in der nächsten Teambesprechung wirklich nur die wichtigsten Headlines übermittelt werden, dann ist der ja auch schon auf dem aktuellen Stand und kann an anderer Stelle sicher auch wieder als Kreisärzteschaftsvorsitzender gute Vernetzung weiterbringen. Also ich denke, das wäre sicherlich ein Medium für Marbach, das wirklich die Vernetzung schon weiterbringen könnte.“ (SH02)*

In diesem Rahmen könnte es, denken mehrere Interviewpartner:innen, sinnvoll sein, sich auf gemeinsame Leitlinien, Standards, Fallvignetten oder Best-Practice Beispiele zu verpflichten.

*„Und dass man da sich committet auf gemeinsame Standards, gemeinsame SOPs.“ (KL01)*

#### 3.2.4.2.3. Fachliche Begleitung und Evaluation

In diesem Zusammenhang wurde außerdem darauf hingewiesen, dass es wichtig sei, eine fachliche Begleitung von regionalen Versorgungsansätzen durch das Landratsamt zu erhalten und eventuell auch eine regelmäßige Begleitevaluation durch die Universität einzubinden.

#### 3.2.4.3. Koordination und Begleitung von Patient:innen

Eine mangelnde Koordination und Steuerung der Patient:innen in der Versorgung wurde von vielen Interviewpartner:innen als Barriere beschrieben. Derzeit erfolge häufig eine unkoordinierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

*„Viele, viele, viele Patienten, die haben das nicht im Blick. Die gehen dann zum HNO-Arzt, die gehen dann zum Orthopäden, die gehen dann zum Allgemeinarzt. Obwohl das vielleicht gar nicht nötig wäre.“ (SH01)*

Diese unkoordinierte Navigation der Patient:innen durch das Gesundheitssystem führe unter anderem zu sehr langen Wartezeiten auf Facharzttermine.

*„Denn wir alle wissen ja, wie schwierig es inzwischen ist, auch bei einem Facharzt einen Termin zu bekommen, ja, was zum Teil damit zusammenhängt, dass da möglicherweise doch Patienten sind, die da gar nicht hinmüssten. Also wenn man mal überlegt, wie es im Wartezimmer eines HNO-Arztes in der Grippezeit aussieht, da sind bestimmt ein Drittel bis die Hälfte der Patienten, würde ich schätzen, die der Hausarzt auch versorgen könnte.“ (A04)*

Zwar hätten einzelne Krankenkassen durch die Einführung hausarztzentrierter Verträge versucht, der Hausärzt:in eine Gatekeeping-Funktion zuzuschreiben, dies funktioniere aber nicht besonders zufriedenstellend.

*„Ich kenne jetzt die Zahlen nicht, aber es ist immer noch eine sehr große Zahl von Patienten, die trotzdem direkt zum Facharzt gehen, das ist dann ein Problem der Krankenkassen, wie sie damit umgehen. Die tolerieren das, weil sie da mit ihren Versicherten keinen Stress wollen, denke ich.“ (A04)*

Als Lösungsvorschläge beziehungsweise Förderfaktoren für eine zufriedenstellende Begleitung von Patient:innen durch den Versorgungsprozess wurden wiederum verschiedene Möglichkeiten der Patient:innensteuerung und/oder -begleitung benannt.

*„Das ist das Ziel, natürlich, am Ende sollen Ressourcen gespart werden und die Patienten schneller einem diagnostischen, therapeutischen Konzept zugeführt werden natürlich, klar.“ (A01)*

In diesem Rahmen stellten viele Interviewpartner:innen die Frage in den Raum, wer denn – wenn es eine Patient:innenbegleitung oder Lots:innenfunktion geben sollte – schließlich Erstansprechperson im Versorgungsprozess sein sollte. Vor allem zwei Möglichkeiten wurden diskutiert: erstens, dass die Lots:in oder Koordinator:in Erstansprechpartner:in für Patient:innen sei und zweitens, dass die Hausärzt:in Erstansprechpartner:in für Patient:innen sei und dann an Lots:innen oder Koordinator:innen oder Patientenbegleiter:innen verweise. Auffallen ist hier die Erfahrung einer bereits aktiven Lots:in im Landkreis, die sich wünschte, Patient:innen auf Zuweisung durch Hausärzt:innen zu sehen.

*„Also ich denke, es ist extrem wichtig, dass vor allem ein Allgemeinarzt – das ist ja wahrscheinlich der, der am meisten hat – ja, derjenige ist, der, wie das dann auch immer geregelt ist, aber mir im Grunde die Patienten zuweist. Wie das dann finanziell ist, ist mal eine andere Sache, aber es muss im Grunde vom Arzt kommen. Ja, also so sehe ich es.“ (L01)*

In Tabelle 5 sind in den Interviews genannte Lösungsvorschläge gelistet, wie beziehungsweise durch wen eine solche gezielte Navigation der Patient:innen durch das Versorgungssystem erfolgen könnte.

Tabelle 5: Patient:innenkoordination

| Patient:innennavigation  | Ankerzitate  |
|--|--|
| <p>durch Lots:in oder Koordinator:in an einer zentralen Koordinationsstelle am Landratsamt</p> | <p><i>„Ja, gut. Das ist jetzt auch wieder die Frage. Also es bräuhete wahrscheinlich schon eine Art Lotsen. Und dann – optimalerweise – könnte man den natürlich schon am Landratsamt platzieren. Wäre dann natürlich sehr wohnort-, regionalspezifisch, wie er als Navigator funktioniert. Der also jetzt keine Leistungszusagen oder dergleichen trifft, der aber den Klienten/Patienten navigiert. Ich glaube, das ist der Punkt.“ (KK04)</i></p> <p><i>„Ich denke, es muss Patientenbegleiter geben, die unabhängig von den Praxen sind. Sondern die z. B. auch beim Gesundheitsamt angedockt sind und die man dann anfordern kann. Die müssen eng zusammenarbeiten mit der Koordinationsstelle, so sehe ich es.“ (SH01)</i></p> |
| <p>durch eine Lots:in, Case-Care-Manager:in oder medizinische Fachangestellte vor Ort</p>      | <p><i>„Die „Gesundheitslotsin“ [ist] quasi auch Hüterin der Gesundheit im Ort und der Kommune, ja, bis also sagen wir mal ein kleines Beispiel, das Rathaus ist nicht barrierefrei. Da könnte die</i></p>  |

|  |   |
|--|---|
| <p>in der Praxis, am Gesundheitszentrum oder in der Gemeinde</p> | <p>Gesundheitslotsin sagen: <i>Hey Bürgermeister, Sorge mal dafür. Oder es ist eine Firma hier, die Schadstoffe ausstößt.</i>“ (P01)<br/> <i>„Und da könnte ich mir auch vorstellen, dass das tatsächlich dann über die GKV-Einnahmen finanziert wird in einer Praxis, wenn einfach die Praxis im Team arbeitet.“</i> (SV01)<br/> <i>„Und die Pflege sehe ich auch tatsächlich als diese kommunale Lotsin ... als ganz wichtig an, zum Beispiel.“</i> (T02)</p>   |
| <p>durch die Hausärzt:in</p>                                     | <p><i>„Ja gut, es gibt die primärärztliche Versorgung, das sind natürlich wir Hausärzte, denke ich, das ist schon vom Begriff her soweit klar, und das funktioniert, glaube ich, auch ja ganz gut inzwischen, gerade in Baden-Württemberg, dass die Hausärzte auch die erste Anlaufstelle für die Patienten in der Regel sind und dass die Hausärzte auch diese Koordinationsfunktionen, Lotsenfunktionen dann im Gesundheitswesen als ihre Aufgabe sehen.“</i> (A04)</p>   |
| <p>durch die Krankenkassen</p>                                   | <p><i>„Da haben die Krankenkassen auch Case-Manager, die gerade die Langzeitarbeitslosen an die Hand nehmen, den durchaus in die Reha schicken. Also nicht mehr nur so: Wie sparen wir da viel Geld und wie kommt man dann schnell wieder in den Arbeitsprozess? – sondern dass die da [...] das Bestreben ist, dem Versicherten zu helfen und da an die Hand zu nehmen.“</i> (A05)</p>   |
| <p>durch ehrenamtliche Patient:innenbegleiter:innen</p>          | <p><i>„Und ich würde sagen, und wenn man dann ... Das müssen ja nicht immer Hauptamtliche sein. Patientenbegleiter können auch Ehrenamtliche sein. Wenn man dann einen Pool hat von Patientenbegleitern, und man sagen kann: O.k., der Patient braucht jetzt das und das, und die Koordinationsstelle kommt und sagt: Pass auf, hast du Zeit, kannst du dem helfen oder kannst du mal gucken, dass der seine Medikamente ... Dass der es richtig aufgeschrieben hat und vielleicht auch richtig nimmt oder so. Das müssen ja nicht immer Hauptamtliche sein. Da gibt es sicherlich auch einen Bereich, wo die Ehrenamtlichen abdecken können.“</i> (SH01)</p> |
| <p>über ein digitales Informationssystem oder eine App</p>       | <p><i>„Wenn, dann sollte dieser Lotse digital sein. [...] Also: Ja zum Lotsen, nein zu der Stelle Lotsen, weil wir werden uns dahin entwickeln, dass das Dinge sind, die zukünftig digital übernommen werden können.“</i> (N01)</p>   |
| <p>über verbindliche Krankheitspfade</p>                         | <p><i>„Jetzt, wenn wir eben diese primär sehr heterogene Versorgung hinsichtlich der Fachgruppen haben, dann fände ich es wichtiger, eher die Leitlinie für einzelne Bereiche in den Vordergrund zu stellen eben mit dem Hinweis, dass sie eben für alle Gültigkeit hat und nicht so sehr sagen: Der sollte jetzt primär zum Hausarzt gehen. Also inhaltlich, dass der Pfad inhaltlich formuliert wird und natürlich, wenn man das gemacht hat, dann hat das Gültigkeit für verschiedene Gruppen.“</i> (A05)</p>  |

Allerdings sei in Bezug auf das neue Berufsbild einer möglichen Lots:in in der regionalen Primärversorgung deren Rolle noch nicht klar genug definiert, was vor allem aus Sicht der Ärzt:innen und Krankenkassen eine Barriere dafür darstelle, diese in die Patient:innensteuerung und -navigation einzubeziehen.

*„Aber welche Kompetenz hat der Lotse? Macht er nur Termine beim Facharzt, oder was? Was tut der? Was hat der für eine Stellenbeschreibung?“ (SV01)*

*„Also ich glaube, man muss einmal definieren, was für eine Qualifikation hat derjenige, was für Aufgaben hat er wohl schon tatsächlich angesiedelt.“ (KK01)*

### 3.2.5. Faktoren auf Seiten der Versorger:innen

#### 3.2.5.1. Identifikation von Key Accounts

Mit die meisten Codierungen für eine Subkategorie aus unterschiedlichsten Perspektiven erfolgten in der Kategorie Identifikation von Playern und Treibern (A02, A04, KA01, KA03, KK01, KK03, KK05, KL01, P01, N01, SH02, T01). Hier wurde deutlich und übereinstimmend darauf hingewiesen, dass es bei der Gestaltung regionaler Versorgung essenziell sei, vor Ort sogenannte Key Accounts zu identifizieren, die beispielhaft und überzeugt vorausgehen und andere Akteur:innen in ihrem Umfeld auch für vernetztes Arbeiten in der Primärversorgung begeistern können.

*„Also um konkret zu sagen, man muss die Stakeholder versuchen zu überzeugen, dass sie selbst ... dass sie zum Selbstläufer werden.“ (KA01)*

*„Und dann müssen Sie die Fraktion der Willigen haben. [...] Und ich glaube, das ist das A und O. Sie brauchen halt ein paar Figuren, die bereit sind, ein bisschen Zukunft zu planen. [...] Sie brauchen so ein paar Willige, die halt auch so ein bisschen Meinungsführer sind.“ (KL01)*

*„Das einzige Mittel, was wir gefunden haben, das funktioniert, ist das berühmte Key Account. Also ich muss die Personen identifizieren, die in diesem Netzwerk eine zentrale Rolle einnehmen, und die müssen Vorreiterpositionen einnehmen. [...] die müssen die Sache auch aktiv mit vorantreiben. Das ist tatsächlich der einzig gangbare Weg.“ (N01)*

*„Aber es gibt überall – das wollte ich nur sagen – Überzeugungstäter, die das verstanden haben ein neues Gesundheitswesen, dass da Schritte getan werden müssen.“ (P01)*

Als Barriere speziell im Landkreis nannten mehrere Interviewteilnehmer:innen den Wegfall eines zentralen, lokalpolitischen Treibers vor Ort (KA03, KK03, P01).

Folgende Personen oder Personengruppen wurden im Rahmen der Interviews als Player oder Key Accounts identifiziert, die nun gezielt angesprochen werden müssen:

- Regionale Politik (Landratsamt, Gesundheitsamt, Gemeinden, Bürgermeister:innen)
- Vorsitz der regionalen Kreisärzteschaft  
*„Sie müssen, wie gesagt, so diese Meinungsführer, so [Vorsitz der Kreisärzteschaft] und so, die müssen Sie ins Boot kriegen. [...] den Landrat müssten Sie in das Boot kriegen irgendwie.“ (KL01)*
- Kassenärztliche Vereinigung  
*„Genau. Und dann ist die andere Frage halt: Wie sieht es aus mit den Arztsitzen? [...] Und deshalb sind Gespräche auch mit der KV einfach zwingend notwendig, ja?“ (ÖGD01)*
- Krankenkassen  
*„Aber wenn wir jetzt bei der Frage sind, wer die Player wären, das sind natürlich vor allen Dingen die Organe der Selbstverwaltung der Ärzteschaft, sprich vor allem die KV. Und es sind die Krankenkassen und es ist die regionale und gegebenenfalls auch die überregionale Politik, die da gefordert ist. Das sind ja eigentlich die drei Kräfte, die da am meisten bewirken können.“ (A04)*
- Ärzt:innen, die von der Selbstständigkeit in der Einzelpraxis ins Angestelltenverhältnis in einer Teamstruktur gewechselt sind, und Kolleg:innen positiv davon berichten.

### 3.2.5.2. *Arbeiten im Team und Netzwerkarbeit*

Es wurde eine weithin positive Haltung der Versorger:innen gegenüber der Arbeit im multiprofessionellen Team beschrieben. Vor allem in jüngeren Generationen sei dieser Trend zunehmend feststellbar.

*„Und die Versorgung, zum Schluss hängt das aus meiner Sicht nicht nur von der Qualität, die sicherlich sehr wichtig ist, der Partner im Gesundheitswesen, allein einfach, jetzt sind wir wieder beim Thema zum Schluss, Zusammenarbeit. Da hat man Synergieeffekte, wer macht was, und jeder soll doch das machen, was er am besten kann.“ (KK03)*

Als Förderfaktor auf Seiten der Versorger:innen wurde mehrfach genannt, dass diese zunehmend ein Anstellungsverhältnis gegenüber Selbstständigkeit und

wirtschaftlichem Druck als in der freien Wirtschaft tätige Unternehmer:in vorziehen. Dies passe sehr gut mit Arbeiten in einem größeren Team oder in Gesundheitszentren zusammen. Außerdem sei es nach Einschätzung einzelner Interviewpartner:innen inzwischen ein wichtiger Anreiz, sich an Teamarbeit und Netzwerkarbeit zu beteiligen, wenn im Gegenzug ein attraktiver Arbeitsplatz im Anstellungsverhältnis angeboten werde.

*„Vielfach höre ich, dass man sich ein sehr viel strukturierteres Arbeiten, sehr viel teambezogener wünscht und auch mit weniger wirtschaftlicher Selbstverantwortung, also ein Arbeiten in Anstellung, in kooperativen Strukturen, in Teams, die dann aber auch idealerweise vor Ort sind. Das spricht absolut für eine Zentralisierung und eine Zentrenbildung, in der verschiedene Fachgruppen Hand in Hand zusammenarbeiten können.“ (N01)*

Viele Interviewpartner:innen beschrieben den Wunsch nach fallbezogenem direktem Austausch mit Kolleg:innen persönlich oder über digitale Austauschformen und beschrieben, dass in einem gemeinsamen Gesundheitszentrum oder perspektivisch auch in einem Primärversorgungsverbund die empfundene Hemmschwelle niedriger sei, mit Kolleg:innen in den Austausch zu gehen.

*„Das ist ja immer so ein Nebeneffekt von diesen Netzwerken, egal welches Netzwerk das ist, ja, dass man auch mal quer fragen kann und dass man sich kennt. Und da ist die Hemmschwelle, auch mal was anderes zu fragen, natürlich viel geringer. Natürlich, das ist ein nicht beabsichtigter Mehrwert von diesen Netzwerkstrukturen, natürlich, ja.“ (A01)*

Der fachliche Austausch bewirke positiverweise auch eine gewisse Qualitätssicherung, da man das eigene fallbezogene Handeln vor anderen reflektiere.

*„Und das stellt natürlich immer ein Korrektiv dar auch, ja, bezüglich des eigenen Handelns, ja. Ich muss mich öffnen. Alle sehen, was ich tu. Und ich muss es notfalls auch rechtfertigen. Und das hilft schon abgesehen davon, dass es natürlich einen inhaltlichen fachlichen Austausch gibt.“ (A05)*

Im therapeutischen Bereich wurde als weiterer Vorteil von der Arbeit im Team mit anderen Therapieberufen genannt, dass man gemeinsame Therapieziele festlegen und darauf hinarbeiten könne (T01).

Als eine weitere Möglichkeit, interprofessionelles Arbeiten zu fördern und verbessern wurde genannt in den Interviews genannt, bereits die Ausbildung der an der Versorgung beteiligten Akteur:innen interprofessionell zu gestalten.

*„[...] am wichtigsten, dass es in der Lehre schon mit anfängt, weil wir ja da diese Samenkörner setzen, für die Blumen, die dann aufgehen. Und interdisziplinäre Lehre finde ich einfach sehr bereichernd. Also natürlich brauche ich disziplinäre Fächer auch, wo ich dann tatsächlich typisch ergotherapeutisch Modelle unterrichte oder so was, aber ich brauche vor allem die Interdisziplinarität schon auch in der Ausbildung.“ (T02)*

Auf der Seite der Barrieren wurden mehrere Themen von den Interviewpartner:innen benannt, die an der Versorgung beteiligte Akteur:innen hinderlich sein können, sich an Netzwerkarbeit zu beteiligen oder für Arbeiten im Team zu begeistern. Als wichtiger Punkt wurden hier fehlende zeitliche und/oder personelle Kapazitäten genannt. In diesem Zusammenhang wurde mehrfach der bestehende oder drohende Fachkräftemangel vor allem in Bezug auf die Berufsgruppen der Fachärzte für Allgemeinmedizin und der Pflege angesprochen.

*„[...] und dann ist es halt auch vonseiten der Pflege leider so, dass die viel zu wenig Zeit haben, tatsächlich dann mit uns zu arbeiten, weil die einfach so auf diese Minutentaktung sind und so unterbezahlt sind und einfach zu viel zu tun haben.“ (T02)*

*„Ja, also unsere Hausärzte fahren am Limit, wie Landärzte im Allgemeinen, und die sagen: Etwas zusätzlich, das geht nicht!“ (T01)*

Von mehreren Interviewpartner:innen wurde beschrieben, dass sie teilweise in der Berufsgruppe der Ärzt:innen eine fehlende Bereitschaft zu Teamarbeit und Netzwerkarbeit sehen. Auch aus der Perspektive einzelner Interviewpartner:innen aus der Gruppe der Ärzt:innen wurde eine solche kritische Haltung deutlich.

*„Äh, ich ... tut mir leid, wenn ich ... ich glaube, ich muss Sie da enttäuschen, ich bin sehr altmodisch. Ich glaube, das Effizienteste, was wir haben, ist die Einzelpraxis.“ (A03)*

*„Es gibt ja eine Reihe von Modellen, die versuchen, diese Zusammenarbeit in Form von Konsilen oder Ähnliches zu strukturieren und auch zu bezahlen. Soweit ich das überblicke, zumindest im hausärztlichen Bereich läuft das nicht, und zwar auch deswegen läuft das nicht, weil kein Bedarf ist. [...] Aber im hausärztlichen Bereich, ich vermisse das nicht, ja.“ (A04)*

*„Also ich glaube, das hat ganz viel auch mit innerer Haltung der Ärzte zu tun: Will ich mich tatsächlich vernetzen? Will ich Dienste in Anspruch nehmen, oder ist das für mich nicht relevant?“ (KK02)*

*„Aber [...] es hängt auch mit der Altersstruktur zusammen. Baden-Württemberg hat sehr viele alte Ärzte. Ich glaube, in den anderen, in den neuen Bundesländern ist es vielleicht noch ein bisschen jünger, die Beharrungskräfte in den Ärztegruppen ist noch teilweise enorm vertreten.“ (KK06)*

*„Jetzt sitzen mir doch zwei von diesen fünf gegenüber, die haben gesagt: Ach, das Fax ist doch so schön, das will ich nicht aufgeben. Was wollen Sie da machen?“ (KL01)*

*„Tatsächlich hatten wir die schwerste Arbeit im Hinblick auf die Ärzte.“ (T01)*

Ein weiterer wichtiger Faktor sei es also, dass Anreize und Motivation für Netzwerkarbeit geschaffen und aufrechterhalten werden.

*„Sie müssen Anreize schaffen für jemanden, in diese Struktur einzusteigen.“ (N01)*

Als mögliche Anreize oder Motivationen wurden genannt:

- Finanzieller Anreiz

Hier waren sowohl die Sichtweisen, dass finanzielle Anreize förderlich seien, als auch dass sie keine Wirkung hätten, vertreten.

*„Und so was müsste sein, dass man einfach sagt: O.k. die Leute, die sich engagieren dafür, die kriegen auch natürlich nicht jetzt üppig, aber in begrenztem Umfang Geld dafür, ja, dass sie sich da einbringen in irgendeiner Weise.“ (A05)*

*„Ich glaube, das Geld ist für die wenigsten ein Anreiz [...] weil, Geld haben die alle genug.“ (A01)*

- Expert:innenstatus als Anreiz

*„Ich glaube aber, der Anreiz bei diesen Expertennetzen, und das ist eigentlich ein schöner Begriff, muss ein anderer sein, nämlich dass man selbst dadurch, dass man halt Experte für diese Erkrankung ist, diese Patienten dann auch mehr bekommt und dass man dadurch auch sich Expertise aufbaut, auch im ... Also dadurch, dass man mehr von diesen Patienten sieht, aber auch dadurch, dass man halt im Austausch mit den anderen Experten ist.“ (A01)*

- Gemeinsames Terminsystem und schnellere Termine bei anderen  
Versorger:innen als Anreiz

*„Gibt es vielleicht andere Aspekte, die auch Anreiz sein können, sich an so einem Netzwerk zu beteiligen? „Schnellere Termine“ ist für die Hausärzte natürlich der Hauptanreiz.“ (A01)*

- Weniger wirtschaftlicher Druck (siehe oben)

### 3.2.5.3. *Delegation*

Im Rahmen der Interviews kristallisierte sich als Förderfaktor für vernetztes Arbeiten in der Primärversorgung eine Bereitschaft der Interviewpartner:innen zur Delegation heraus. So berichteten Ärzt:innen, dass sie sich mehr Zeit für Diagnostik und Behandlung wünschen und sich Delegationen an andere Professionen vorstellen können.

*„Ich sonografiere viel, aber ich frage mich schon: Muss ich das immer selber machen, könnte das nicht jemand gut Ausgebildetes auch übernehmen, wie es in den USA zum Beispiel der Fall ist? Ich weiß zum Beispiel, dass gerade Physician Assistants in der Richtung dann zum Teil ausgebildet werden und so was übernehmen könnten. Also da macht es sicher Sinn, in der Richtung weiterzudenken, um einfach die Arztkapazität da zu entlasten, damit wirklich der Arzt sich auf das konzentrieren kann, was seine eigentliche Aufgabe ist, nämlich zusammen mit dem Patienten über seine Behandlung nachzudenken und die dann auch durchzuführen.“ (A04)*

Insgesamt wurden in den Interviews eine Vielzahl von möglichen Delegationen genannt, die in Abbildung 11 grafisch dargestellt sind. Auffallend ist hierbei, dass ausschließlich die Delegation ärztlicher Tätigkeiten thematisiert wurde.

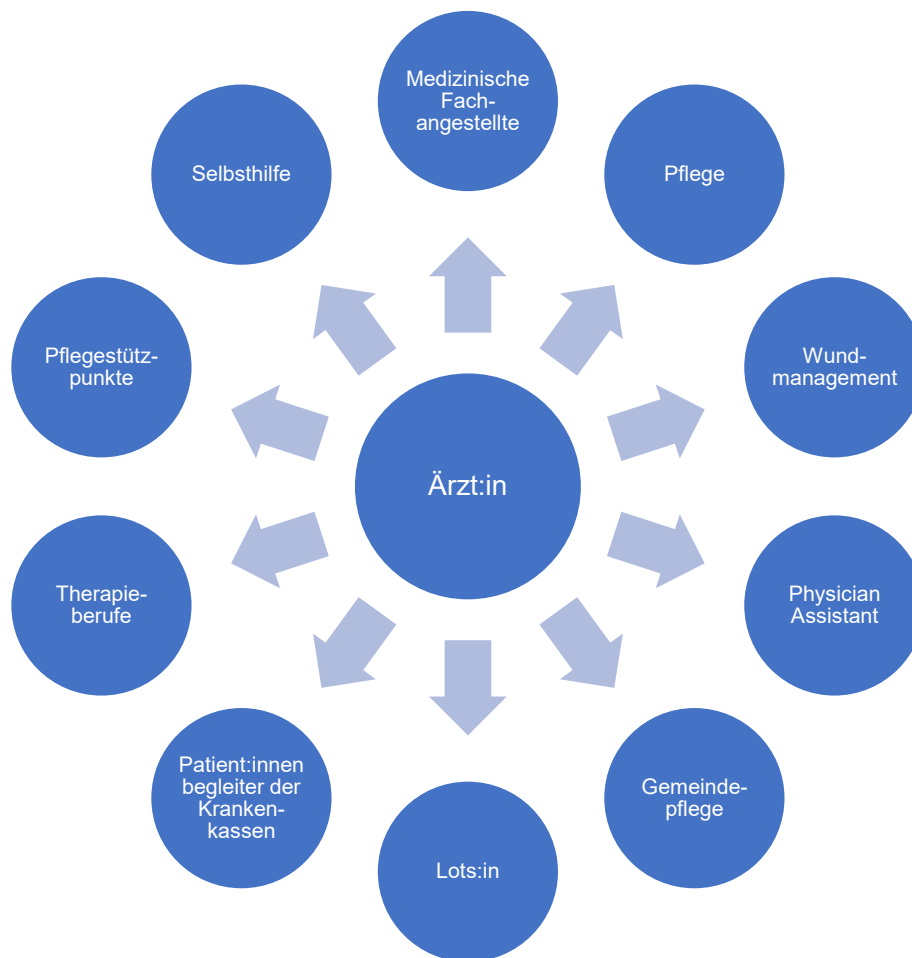


Abbildung 11: Von Interviewpartner:innen benannte, vorstellbare Delegationen

Es wurde dabei deutlich, dass die junge Generation der Ärzt:innen zunehmend aufgeschlossener ist, das ärztliche Hoheitsgebiet für andere Berufsgruppen zu öffnen.

*„Das ärztliche Hoheitsgebiet ist da relativ eng gefasst. Und ich vernehme bei uns aus dem Netzwerk vermehrt die Rückmeldung von der Generation, die jetzt jünger 50 ist, dass das eigentlich nicht mehr, auch dort nicht mehr als zeitgemäß empfunden wird. Ich gehe davon aus, dass wir in Zukunft viele Tätigkeitsbereiche auslagern werden, die vorher rein ärztliche Tätigkeit waren, die an entsprechend geeignete Hilfsberufe gehen werden, also den Physician Assistant.“ (N01)*

Besonders die Berufsgruppe der Therapieberufe signalisierte eine große Bereitschaft, mehr Eigenverantwortung im Versorgungsprozess zu übernehmen.

*„Also das würde ich mir wünschen, dass der Direktzugang tatsächlich zu den Heilmitteln kommt, somit die Primärversorgung leichter gemacht wird.“ (T02)*

Eine gezielte Delegation von Versorgungsaufgaben durch Ärzt:innen an Heilmittelerbringer:innen sei allerdings häufig durch ein begrenztes Heilmittelbudget nicht umfassend möglich.

*„Also es stehen ganz oft Leute da, und die Physiotherapeuten hätten natürlich auch wahnsinnig gern Überweisung, aber das können wir einfach nicht machen, ja, weil unser Budget nicht ausreicht, dafür und weil wir eben persönlich zur Rechenschaft gezogen werden. Die Kassen ziehen uns einfach das Geld ab, ja, wenn wir zu viel verordnen. Deswegen ist das ein Hemmschuh, ja. Ich bin eigentlich ein großer Verfechter, dass primär die Physiotherapeuten versorgen durch, und dass die Budgetverantwortung haben, und nicht wir oder dass das bei der Kasse ist. Ich kann nichts dafür – und so sieht es aus im Moment – wir kämpfen permanent mit den Patienten, die wollen eine Leistung haben und wir sagen: Wir können sie Ihnen leider nicht geben, weil das Budget aus ist.“ (A05)*

Auch der Fachkräftemangel stehe Delegation immer wieder im Weg.

*„Wobei die auch nicht auf dem Markt sind. Sie sagen es ja immer lauter, VERAHs, dann NÄPas, die haben wir nicht. Die stehen uns gar nicht in dem Umfang zur Verfügung.“ (SV01)*

Ein weiterer wichtiger Grund für die fehlende Wahrnehmung von Delegationsmöglichkeiten könnte darin begründet liegen, dass vor allem von der Berufsgruppe der Ärzt:innen Haftungsfragen als Barriere genannt wurden.

*„Und jetzt die rechtliche Symptomatik, da ist natürlich klar: Wer ist da der Verantwortliche? Wer haftet? Wie ist das geregelt?“ (SV01)*

*„Das wäre schon sinnvoll, dass man sagt: Ab wann muss ein Arzt drauf gucken? Gleichzeitig: Wer hat die Hoheit, das zu beurteilen? Letztlich aber doch wieder nur der Arzt: Was gucke ich mir an und was gucke ich mir nicht an?“ (N01)*

*„Ein Netzwerk lebt immer von denen, die vorangehen, die zentral wie die Spinne im Netz sitzen und die Impulse setzen. Die reihen viele um sich, die aktiv mitarbeiten, aber auch viele, die passiv dabei sind. Die, die passiv dabei sind, verlieren Sie in diesem Moment, wo sie die persönliche Haftung oder Gefahr laufen, persönliche Haftung zu bekommen. Und da sind die raus. Kann ich auch gut nachvollziehen.“ (N01)*

Eine zentrale Barriere sei es, dass es aktuell schwierig sei, eine Rechtsform für die Arbeit im Team, im Netzwerk oder in einem Verbund zu finden, bei der Ärzt:innen am Ende nicht persönlich regresspflichtig seien.

*„Rechtsform, die Rechtsform wird an der Stelle ... Also die juristische Person wird an der Stelle, also GbR wird an der Stelle in Haftung genommen, und das ist dann jeder Einzelne. Das ist natürlich ein enormer Hemmschuh.“ (N01)*

*„Die GbR, da haben wir ja einen fertigen Vertrag jetzt. Den hat aber niemand unterschrieben. Auch ich nicht. [...] Auch MVZ, ja. Wenn Regress, ja, wer zahlt, wenn das alles schiefgeht – das ist ja da bei der GbR, da ist man bis hin zu persönlich regresspflichtig. Und dann Gesellschaft mit beschränkter Haftung – das brauchen die Ärzte nicht.“ (P01)*

Wichtig sei es also sowohl im Hinblick auf die Arbeit in größeren Teams als auch in Bezug auf Delegationsfragen, dass eine funktionierende Rechtsform für das Arbeiten im Verbund gefunden werde. Hier wurde vonseiten der Interviewpartner:innen beispielsweise eine Vereins- oder Genossenschaftslösung angedacht.

*„Genossenschaft ist derzeit auch das einzige mögliche Szenario, sage ich mal, was das attraktiv macht. Da gibt es ja momentan viele, die das aktiv angehen.“ (N01)*

*„Eine Vereinslösung wäre nicht schlecht. Ich bin an anderer Stelle Vorsitzender einer Arbeitsloseninitiative. Da funktioniert das seit 25 Jahren. Da gibt es einen Verein und da gibt es auch einen Geschäftsbereich. Das wäre hier genauso. Da muss jeder Mitglied sein, zahlt den symbolischen Mitgliedsbeitrag und ist offiziell das Dach. Und darunter sind die Geschäftsbereiche, die natürlich komplett selbstständig agieren können. Da haben wir einen Geschäftsführer angestellt in der Arbeitsloseninitiative, der macht das ganze Geschäft.“ (P01)*

### 3.2.6. Faktoren auf Seiten der Patient:innen und Bürger:innen

#### 3.2.6.1. *Bürgerliches Engagement*

Als Förderfaktoren auf Seiten der Patient:innen wurden von vielen den Interviewpartner:innen sowohl eine starke Selbsthilfeszene als auch ein starkes bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt im Landkreis hervorgehoben. Dieses Engagement seitens der Patient:innen beziehungsweise Bürger:innen könne auch in Zukunft wesentlich dazu beitragen, Primärversorgung besser zu vernetzen und auch die Rolle von Patient:innen als aktiver Part in der Versorgung stärken. Der Bereich der medizinischen Selbsthilfe sei aktuell im Landkreis allerdings über drei verschiedene Stellen organisiert. Einerseits durch eine Informationsstelle bei einer Krankenkasse, andererseits durch das Selbsthilfeforum Reutlingen, und drittens durch eine

Vermittlungsstelle der kassenärztlichen Vereinigung, welche zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzt:innen vermittelt.

*„Wir haben im Landkreis, wie viele habe ich jetzt nicht genau geguckt, irgendwie 20 gefühlt, 25 Betreuungsgruppen, und häuslichen Betreuungsdienste haben wir auch einige. [...] Da ist es so, dass diese Betreuungsdienste und Betreuungsgruppen mit bürgerschaftlichem Engagement arbeiten, ja. Das sind speziell geschulte, bürgerschaftlich Engagierte. Und die werden durch eine Fachkraft angeleitet.“ (PF01)*

Im Abschnitt Koordination und Begleitung von Patient:innen (siehe Tabelle 5) war bereits von einer weiteren Interviewpartner:in eingebracht worden, dass ehrenamtlich Engagierte auch hier einen wichtigen Part einnehmen könnten.

Eine Interviewpartner:in zeigte auf, dass das Patient:innenrechtegesetz wesentlich dazu beigetragen habe, dass die Stellung der Patient:innen im Versorgungsprozess unter aktiver Beteiligung erfolge. So seien Patient:innenvertreter:innen beispielsweise auch in Gremien zugegen.

*„Also es ist ja auch so, dass rückblickend die Patienten immer mehr eingebunden wurden, in beratende Prozesse – also wie soll ich sagen – das Patientenrechtegesetz. Also man hat einfach die Stellung des Patienten immer mehr ausgebaut und mit versucht einzubauen und in diesem Zuge waren eben die Patientenvertreter auch immer in mehr Gremien.“ (SH02)*

Außerdem sei auch aus Sicht der Patient:innen eine vernetzte Primärversorgung oder Verbundlösung in der Versorgung hilfreich.

*„Ja, also ich habe das Gefühl, dass viele Patienten, wenn sie einmal die Hürde genommen haben und dann gleich in einem Verbund sich befinden, ist es leichter, da wirklich flächendeckend und zielorientiert zu arbeiten, als wenn die Patienten bei jeder Profession die Hürde zum Aktivwerden überwinden müssen.“ (T01)*

#### **3.2.6.2. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen**

Als Barrieren auf Seiten der Patient:innen wurden beschrieben: ein individuelles Verständnis von Gesundheit oder gesundheitsförderlichem Verhalten, unterschiedliche persönliche Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie eine hohe Erwartungshaltung an die Bereitstellung von Versorgungsleistungen.

In Bezug auf ein individuelles Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsverhalten beschrieben die Interviewpartner:innen, dass Patient:innen einerseits der Gesundheitsförderung unterschiedlichen Stellenwert beimessen, andererseits verwiesen sie auch auf ein individuelles Gesundheitsverständnis in unterschiedlichen Kulturen.

*„Und letztlich ist es so, dass ... ja, ich sage mal, der Patient ist ja auch jemand, der hat sozusagen seinen eigenen Willen, seine eigenen Vorstellungen, seine eigenen Prioritätensetzungen, und diese Prioritätensetzung ist nicht immer Gesundheit.“ (A03)*

*„Also wie kann ich auch vielleicht Krankheitsverständnis in den einzelnen Kulturen herstellen? Also das so, dass das sehr unterschiedlich ist, wie auch Kulturen mit Erkrankungen umgehen.“ (KK02)*

Unterschiedliche persönliche Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen würden sich vor allem dann als Barriere für Patient:innen auswirken, wenn zum Beispiel finanzielle oder soziale Schwierigkeiten, Sprachkenntnisse oder IT-Kompetenzen der Nutzung von Versorgungsleistungen im Weg stehen.

Von mehreren Interviewpartner:innen wurde auch eine hohe Erwartungshaltung an die Bereitstellung von Versorgungsleistungen auf Seiten der Patient:innen als Barriere für vernetztes Arbeiten in der Primärversorgung beschrieben. So würden bestimmte Delegationen an andere Berufsgruppen von Patient:innen nicht immer akzeptiert, sondern häufig einen Arztkontakt eingefordert.

*„Ich meine, jetzt als normaler Mensch und Patient würde ich sagen, da muss ein Arzt da sein. Ich will ja ärztlich betreut werden, wenn ich eine neue Hüfte bekommen habe. [...] Da will ich ja nicht vom Physiotherapeuten, dass der sagt, was ich jetzt machen muss. Und da will ich auch eine Visite.“ (P01)*

### 3.3. Kontextfaktoren

Im Rahmen der Datenauswertung kategorisierten sich weitere sechs Themenblöcke heraus, die wichtige Kontextfaktoren für die Beantwortung der Forschungsfragen darstellen.

#### 3.3.1. Modellprojekte

Wie auch bereits hinsichtlich der Erprobung innovativer Finanzierungsmodelle im Projekt, wurde auch in Bezug auf die Etablierung neuer Versorgungsstrukturen von

mehreren Interviewpartner:innen die Wichtigkeit betont, solche im Rahmen von Modellprojekten zu erproben. Dieser Rahmen stelle ein wichtiges Erfahrungsfeld für Versorger:innen und Patient:innen dar.

*„Aber man muss ja erst mal die Strukturen, die Modelle über Modelle auch schaffen, damit man sagen kann: Es funktioniert. Und dann kann man da weitermachen, denke ich.“ (A04)*

Mehrere Interviewpartner:innen halten es für wichtig, bei Modellprojekten partizipativ vorzugehen und unter anderem die Berufsgruppe der Ärzt:innen, aber auch andere Versorger:innen sowie Betroffene und Bürger:innen der Region aktiv in die Gestaltung einzubeziehen und mitwirken zu lassen.

*„Und den richtigen Ton, auch Inhalt zu finden. Und deswegen glaube ich, sollten Sie im Vorfeld demjenigen einfach vermitteln, dass Sie an ihn gedacht haben, und dass Sie es toll fänden, wenn er sich hier einbringen würde.“ (A05)*

*„Wer auch mindestens mal in diesen Aufbau dieser Netzwerke und Strukturen mit einbezogen werden sollte, das sind die Betroffenen selbst, über die Selbsthilfeeinrichtungen zum Beispiel.“ (A01)*

Neben dem Einbezug möglichst vieler regionaler Akteur:innen sei außerdem wichtig, dass eine Weiterentwicklung eines Projektes im Prozess zugelassen werde.

*„Und dann ist der nächste Schritt, das auch noch auszuprobieren, und da schauen: Stimmt das eigentlich, was ich hier mir erarbeitet habe, zugehört habe, erfahren habe? Und hakt es dann in der Umsetzung? Hakt es am Thema? Sind wir da nur kurz dran vorbei, viel dran vorbei, oder habe ich genau den Nerv getroffen, auch den Nerv der Zeit? Und das ist auch das andere: Themen sind schnelllebig. Wir alle wissen, wir müssen relativ schnell reagieren. [...] Wir müssen mal einen ersten Aufschlag dann machen. Und dann mal mit irgendwas anfangen zu arbeiten, und dann müssen wir sehen ... man muss ja auch ein gewisses Entwicklungspotenzial lassen, und dann sagen: So geht es! Oder: Das ist ungünstig! Oder: Hier haben wir noch Luft nach oben! Und dann muss man sich halt in einem stetigen Prozess weiterentwickeln.“ (ÖGD01)*

In der Vergangenheit habe es sich bei Gesundheitszentrums-Projekten bewährt, wenn eine Projektleiter:in von Anfang an vor Ort gewesen sei, statt eine externe Projektleitung in Auftrag zu geben.

*„Wir hatten im Aufbau des Gesundheitszentrum-Projektes die Erfahrung gemacht, dass externe Projektleiter nicht unbedingt förderlich sind, gerade im*

*ländlichen Bereich, weil hier viel über das persönliche Gespräch und über persönliche Beziehungen geht. Unsere externen Projektleiter haben einfach die Erfahrung gemacht, dass Sie eine E-Mail an einen der Projektpartner und der Mitspieler daraus schicken, dann kann es eben sein, dass Sie nach vier bis sechs Wochen mal eine Antwort bekommen. Wenn ich mir jetzt aber diese persönliche Ebene nehme, und ich nehme mir die fünf Minuten Zeit und stehe entweder vor der Türe oder rufe kurz an, dann habe ich das Gespräch und habe nachher auch den Outcome, den ich haben möchte.“ (T01)*

Durch die Interviewpartner:innen wurde eine bemerkenswerte Vielzahl an Projekten im Landkreis berichtet, sehr gut funktioniert oder sehr hilfreich gewesen seien. Beispiele hierfür sind sektorenübergreifende Fallbesprechungen, Modellgemeinde-Projekte wie Hausbesuche oder Gesunde Gemeinde oder verschiedene Projekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Zusammenarbeit mit dem Jobcenter oder Jugendamt, in denen stark sozialräumlich vorgegangen wurde.

*„Also wir haben im Jugendamt, Jugendamt geht sozial räumlich vor, hat also verschiedene Modellprojekte, aber das ist natürlich primär bezogen auf Thema Kinder und Jugend, die haben halt Kooperationen mit dem Jobcenter.“ (KA01)*

*„Also habe ich mich breitschlagen lassen, die Gesunde Gemeinde anzugehen, obwohl ich nicht genau wusste, was auf mich zukommt. Jetzt nach der zweiten Rezertifizierung kann ich sagen, das war eigentlich ein Glücksgriff.“ (KA03)*

Gleichzeitig wurde auf Seiten der Barrieren geschildert, dass auch gelungene Modellprojekte teilweise wenig Nachhall hätten, weil sie mit Auslaufen des Projektes nicht mehr fortgeführt werden.

*„Was ich immer erstaunlich finde, ist, wie wenig dann von Projekten doch übrig bleibt manchmal und wie gering dann doch der Erkenntnisgewinn ist – nicht weil der Erkenntnisgewinn gering war, sondern weil die Nachhaltigkeit leider, leider in solchen Projekten dann manchmal nicht ganz so ist, wie man sie sich wünscht.“ (N01)*

Aktuell bestehe häufig die Barriere, dass auch für nachweislich gelungene regionale Modellprojekte keine Übernahme ins Regelsystem erfolge. Unter anderem scheitere es häufig daran, dass in der Planungsphase die Anschlussfinanzierung nicht mitbedacht werde.

*„Ja und deswegen sind ja leider diese vielen Projekte, die da überall laufen – da kenne ich jetzt noch keines, das in die Regelversorgung übergegangen ist,*

*dass man sagt: Das geht jetzt so weiter. Und es sind Projekte, die finanziert werden, immer, aber auch im IT-Bereich oder sonst wo, Projekte werden selten übernommen.“ (SV01)*

*„Aber spannend ist tatsächlich, es ist eine Grundsatzfrage im Gesundheitswesen, im deutschen, das Thema: wie komme ich in die Regelversorgung? Es ist völlig egal eigentlich, um was es dabei geht, ob es um neue Behandlungsmethoden geht, ob es um Digitalisierung geht, [...]. Spannend ist immer: wie komme ich in dieses verpanzerte System rein, wo so viel daran hängt und so viele Parteien eine Mitsprachebefugnis haben und das gleichzeitig auch politisch so belastet ist, sage ich mal, in dem Sinne, als dass die Einflussphären dort so groß sind, weil es ja letztlich ein teilstaatliches System ist.“ (N01)*

Als wichtiger Lösungsansatz wurde hierzu benannt, regionale Ansätze systematisch weiterzuentwickeln.

*„Das heißt, man muss schon Regionen nehmen, und deshalb war ich immer dafür, Gesundheitsregionen, die Ansätze, die wir überhaupt haben in Deutschland zu unterstützen, die muss man nehmen und systematisch weiterentwickeln.“ (KK05)*

### 3.3.2. Populations- versus indikationsspezifisches Vorgehen

Aus gesundheitspolitischer Sicht seien zwei wichtige Vorgehensweisen theoretisch zu betrachten: die populationsspezifische und die indikationsspezifische Herangehensweise. Je nach Zielsetzung und Interessen der beteiligten Akteur:innen komme die eine oder andere Herangehensweise zur Anwendung.

Als Beispiel für eine populationsspezifische Herangehensweise wurde genannt:

*„Wenn ich kommunalpolitisch hergehe und getriggert bin als Gesundheitspolitiker, als Kommunalpolitiker, dann werde ich natürlich populationsspezifisch vorgehen und werde sagen: O.k., ich möchte in meinem Landkreis die Gesamtbevölkerung ... Also wissen Sie, wie ich meine. Das ist so ein bisschen ... Das ist so ein Stück weit die Zielvorstellung, die man als Einrichtung oder als Akteur dann hat. [...] Speziell, wenn man jetzt sagt, man will einen Gesundheitslotsen platzieren am Landratsamt, dann ist das wahrscheinlich eher populationsbezogen.“ (KK04)*

Als Beispiel für eine indikationsspezifische Herangehensweise wurde bereits weiter oben im Ergebnisteil die Idee der Patient:innensteuerung nach Krankheitspfaden genannt. Ein weiteres Beispiel wäre folgendes:

*„Also die Kassen, die werden natürlich immer indikationsspezifisch ein Stück weit vorgehen, weil die natürlich in ihre Auswertung reingehen, gesundheitsökonomisch, und dann zum Beispiel sagen: Diabetischer Fuß gibt es so und so viel tausend Amputationen im Jahr. Das kostet so und so viel. Wie kann ich da das Netzwerk diabetischer Fuß aufbauen? Wie kann da eine Umsteuerung stattfinden?“ (KK04)*

### 3.3.3. Versorgung chronische versus akute Fälle

Bei vernetzter regionaler Versorgung sei es wichtig, explizit sowohl die Versorgung chronisch kranker Patient:innen als auch akuter Versorgungsfälle separat zu betrachten.

*„Das hängt ja dann auch davon ab, wollen Sie die Akutmedizin machen oder wollen Sie vor allem die Chroniker im Blick haben. Ich denke, die Chroniker sind deswegen auch wichtig, weil sie dann auch, sagen wir einmal, die höheren Kosten fürs Gesundheitswesen vor allem und ich denke, ein Gesundheitswissenschaftler und Gesundheitsökonom sollte auch die Kosten im Blick haben.“ (SV01)*

### 3.3.4. Demografischer Wandel

Mehrere Interviewpartner:innen wiesen darauf hin, dass als generelle gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Herausforderung der demografische Wandel mitzudenken sei. Es sei vielfach wissenschaftlich prognostiziert, dass in den kommenden Jahren die Anzahl an versorgungsbedürftigen Personen weiter ansteigen und die Anzahl an im Verhältnis dazu zur Verfügung stehenden Fachpersonals weiter abfallen würde.

*„Wir haben ja das zusätzliche Problem, das ist Ihnen ja sicher alles bis ins Detail bekannt, wir haben seit Jahrzehnten eine massive Überalterung der Hausärzte. Und das weiß man schon sehr, sehr lange. Das ist genau das gleiche Thema wie wir jetzt die geburtenstarken Jahrgänge haben, die jetzt dann irgendwann in Rente gehen oder bereits schon gehen. Auch das Thema ist ja weitgehend ungelöst.“ (KK03)*

*„Es wird Ihnen als junge Menschen alles auf den Fuß fallen, wenn ich das mal sagen darf, ja. Wenn wir Alten ... Wenn wir alle alt werden, dann in ... Denn die geburtenstarken Jahrgänge kommen ja überhaupt erst noch.“ (PF01)*

*„Weil, das ist ja auch noch was, vor dem das Gesundheitssystem steht, der demografische Wandel und dadurch nicht genug Menschen da, die tatsächlich Gesundheitsversorgung machen können, bei den Menschen, die es brauchen. Genau. Ja.“ (T01)*

### 3.3.5. Verbessertes Image der Allgemeinmedizin

Das Image der Allgemeinmedizin habe sich über die letzten Jahre deutlich gebessert. Dies sei unter anderem mit bedingt durch eine starke universitäre Ausbildung und die Errichtung von universitären Instituten für Allgemeinmedizin.

*„Und was ich allerdings jetzt beobachte in letzter Zeit, dass das Interesse an der Allgemeinmedizin doch deutlich zugenommen hat und sich, ich glaube, wieder mehr niederlassen, und da spielt auch, glaube ich, das Image dieses Berufs eine Rolle, der in den letzten Jahren aus verschiedenen Gründen wieder besser geworden ist. Zu meiner Zeit war der Hausarzt so ein bisschen der, ja, der Barfußmediziner sozusagen, dieses Image hatten wir da noch zum Teil, zumindest bei den Fachärzten. Das hat sich wirklich gewandelt, aus verschiedenen Gründen.“ (A04)*

### 3.3.6. Patient:in im Mittelpunkt der Versorgung durch vielfältige Berufsgruppen und Lebensumwelten

Im Rahmen der Interviews wurden von Interviewpartner:innen vielfältige Berufsgruppen und Institutionen genannt, und darauf verwiesen, dass es essentiell sei, diese einzubeziehen, wenn es um vernetzte regionale Primärversorgung gehe. In Abbildung 12 wird versucht, dies möglichst vollständig aufzuzeigen.

Es wurde außerdem von den Interviewpartner:innen mehrfach betont, dass die Patient:in im Mittelpunkt der Versorgung stehe und eine Vernetzung der Versorgung immer über die Patient:in erfolgen müsse. Auch rechtlich sei eine Abstimmung, beispielsweise der Zugriffsrechte auf eine elektronische Patient:innenakte, nur über die Patient:in möglich (N01). Eine Teilnehmer:in wies darauf hin, bei der Arbeit in der Primärversorgung besser vom *Menschen* im Mittelpunkt der Versorgung zu sprechen und sich gezielt vom Wort *Patient:in* zu lösen, um so auch zusätzlich den Aspekt der Gesundheitsförderung und Prävention zu betonen (T02).

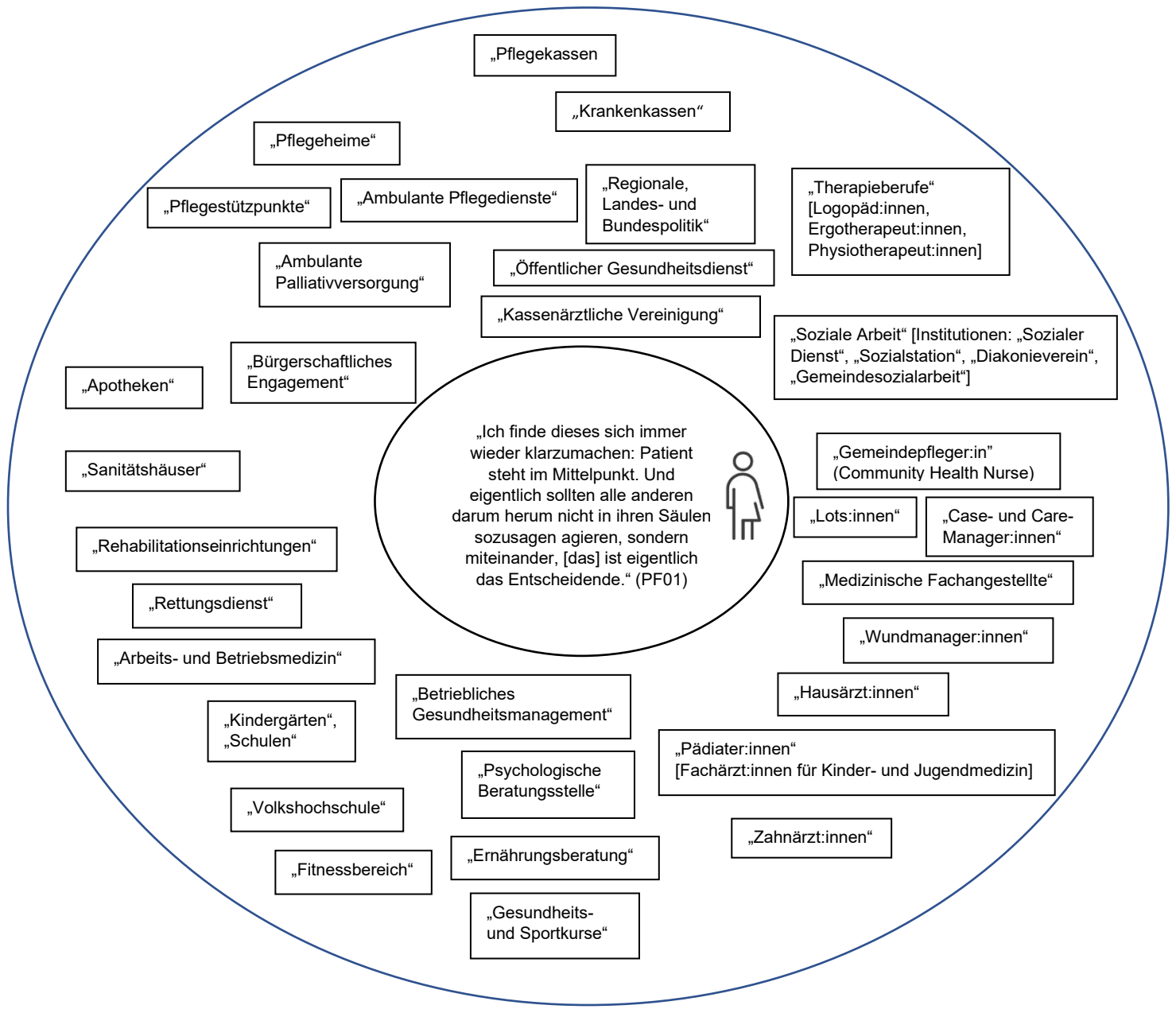


Abbildung 12: Patient:in im Mittelpunkt der Versorgung; im Außenkreis möglichst vollständige Listung aller im Rahmen der Interviews erwähnten Akteur:innen und Institutionen, die in der Primärversorgung aus Sicht verschiedener Interviewpartner:innen eine Rolle spielen könnten oder sollten (aus Gründen der Übersichtlichkeit hier abgesehen vom Innenkreis bewusst Verzicht auf Listung der Interviewkürzel hinter den Einzelbegriffen).

## 4. Diskussion

Auf Basis der Ergebnisse einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (Kuckartz und Rädiker, 2022) mit 25 Akteur:innen der regionalen Gesundheitsversorgung im Landkreis Reutlingen sollen nun die identifizierten Förderfaktoren bzw. Barrieren für eine gelingende vernetzte regionale Primärversorgung diskutiert werden. Ein solches Vorgehen bezeichnen Wensing et al. (2020) auch als „Analyse der Stakeholder:innen“ (Wensing et al., 2020), also die Analyse genau jener Personen, die vor Ort an regionalen Versorgungsstrukturen mitwirken. Sie soll in der vorliegenden Arbeit Aufschlüsse darüber geben, was Interviewpartner:innen daran hindert, regionale Versorgung vernetzt zu denken und zu leben, und was umgekehrt ihr Engagement oder ihre Motivation an einer vernetzten Primärversorgung mitzuwirken fördert und so Antworten auf die eingangs formulierten Forschungsfragen liefern.

Als regionale Akteur:innen wurden Kommunen, Leistungserbringer:innen, Leistungsempfänger:innen, Kostenträger:innen und Mitglieder bestehender innovativer Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitszentren in der Region befragt.

Die vorliegende Arbeit ist unseres Wissens das erste Forschungsvorhaben, das sich mit der Idee eines landkreisweiten Primärversorgungsverbundes als mögliches Modell für eine vernetzte, regionale Primärversorgung der Zukunft beschäftigt. Die Ergebnisse werden im nachfolgenden Abschnitt interpretiert und anhand aktueller Literatur diskutiert. Anschließend folgt eine kritische Diskussion der zugrundeliegenden Forschungsmethodik sowie ein abschließendes Fazit mit der Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Praxis.

### 4.1. Diskussion der Ergebnisse

Eine *Kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien* – mit den deduktiv aus der Literatur hergeleiteten Hauptkategorien: *Förderfaktoren* und *Barrieren* – lieferte folgende, induktiv abgeleitete Subkategorien: politische und gesetzliche Förderfaktoren bzw. Barrieren, finanzielle Förderfaktoren bzw. Barrieren, infrastrukturelle Förderfaktoren bzw. Barrieren, administrative Förderfaktoren bzw. Barrieren, Förderfaktoren bzw. Barrieren auf Seiten der Versorger:innen und Förderfaktoren bzw. Barrieren auf Seiten der Bürger:innen und Patient:innen.

Als erstes wichtiges Ergebnis der Arbeit zeigte sich hiermit, dass auf Ebene der Subkategorien ein nahezu deckungsgleiches Kategoriensystem für die beiden

Hauptkategorien Förderfaktoren und Barrieren aus den Daten extrahiert werden konnte (siehe 3.1. Abbildungen 9 und 10). Häufig wurden also Themen einerseits von einzelnen Interviewpartner:innen als Förderfaktor (z.B. Vorhandensein eines Gesundheitszieles), gleichermaßen andererseits von anderen Interviewpartner:innen als Barriere (z.B. Fehlen eines Gesundheitszieles) formuliert.

Aufgrund dieser starken Übereinstimmung auf der Ebene der Subkategorien erfolgte bereits im Ergebnisteil eine thematische Gliederung, die auch hier fortgeführt werden soll. Zu jedem Kapitel werden im Folgenden unter dem Begriff „Faktoren“ (z.B. politische und gesetzliche Faktoren) jeweils die zu diesem Thema extrahierten Förderfaktoren (z.B. politische und gesetzliche Förderfaktoren) und Barrieren (z.B. politische und gesetzliche Barrieren) besprochen.

Eine *Analyse der paarweisen Zusammenhänge zwischen Kategorien* zeigte im weiteren Verlauf, dass sich eine weitgehende inhaltliche Überschneidung auch auf Ebene der ebenfalls induktiv abgeleiteten Subsubkategorien fortsetzte (siehe Tabelle 3, Abschnitt 3.2.), sodass auch hier in der nun folgenden Diskussion zu jedem Thema einer Subsubkategorie Förderfaktoren und Barrieren gemeinsam diskutiert werden.

#### 4.1.1. Politische und gesetzliche Faktoren

Als wichtiger Einfluss darauf, ob an der Gesundheitsversorgung beteiligte Akteur:innen sich eine vernetzte regionale Primärversorgung im Sinne der Zusammenarbeit in einem regionalen Primärversorgungsverbund vorstellen können, wurden in der Interviewanalyse die folgenden politischen und gesetzlichen Faktoren identifiziert.

##### 4.1.1.1. *Politische (und gesetzliche) Ausrichtung auf Gesundheitsziele*

In den Interviews wurde als Grundstein einer Weiterentwicklung der Versorgung die Ausrichtung auf Gesundheitsziele benannt. Dabei sei es wichtig, dass ein klarer politischer Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention gelegt werde.

Dies müsse einerseits dadurch zum Ausdruck kommen, dass das Streben aller Akteur:innen, Menschen gesund zu erhalten, auch in den entsprechenden Sozialgesetzbüchern verankert werde. In den Interviews wurde vor allem auf die Sozialgesetzbücher V und XI Bezug genommen und betont, dass eine Verzahnung und/oder komplette Neugestaltung dieser erforderlich sei, um integrierte Versorgung überhaupt möglich zu machen. Derzeit behelfe man sich über zusätzliche Paragraphen wie § 140 a-d im Sozialgesetzbuch V zur integrierten Versorgung, langfristig sei aber – so vor allem die Interviewpartner:innen der Krankenkassen – eine umfassende Überarbeitung der Gesetzgebung als Grundlage für nachhaltige, integrierte Versorgung erforderlich.

Andererseits sei die Ausrichtung auf Gesundheitsziele auch stark damit zusammenhängend, wie sehr man es schaffe, die Bevölkerung für Gesundheit zu sensibilisieren. Hier wurde unter anderem von Seiten der Ärzt:innenschaft deutlich darauf hingewiesen, dass viele Präventionsmaßnahmen nicht medizinische Dienstleistungen betreffen, sondern politische Maßnahmen erfordern (Bsp. Einführung einer Zuckersteuer) (Köhler und Sommerbrodt, 2023). Dieser Aspekt wird, wie in der Einleitung bereits thematisiert, auch im Gutachten des Sachverständigenrates der Bundesregierung zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus 2018 umfassend behandelt und in seiner Wichtigkeit betont (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018). Dabei wird die Verantwortung auf der Ebene der öffentlichen Gesundheit (Public Health) hervorgehoben und die Kommunen, der Öffentliche Gesundheitsdienst aber auch bundesweite Institutionen wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als wichtige Akteure benannt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018). Im Landkreis Reutlingen signalisierte gerade der Öffentliche Gesundheitsdienst wiederum großes Interesse daran, mehr Verantwortung und Aufgaben im Bereich der Prävention zu übernehmen.

#### *4.1.1.2. Anstreben sektorenübergreifender Bedarfsplanung der Versorgung*

Als zugrundeliegende Problematik wurde hier in den Interviews die strenge Sektorentrennung in einen ambulanten und einen stationären Sektor im deutschen Gesundheitssystem angesprochen. In der Folge sei ein zersplittertes Gesundheitssystem mit verschiedenen Zuständigkeiten sowohl auf Seiten der Leistungserbringer:innen als auch auf Seiten der Kostenträger:innen entstanden. Dadurch sei es nun umso wichtiger, eine Entwicklung hin zu sektorenübergreifenden Strukturen systematisch zu fördern. Als Vorschläge für strukturelle Änderungen wurden in den Interviews einerseits eine sektorenübergreifende, aber auch interprofessionelle Bedarfsplanung sowie andererseits die sektorenübergreifende Gestaltung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung als mögliche Ansatzpunkte genannt. Außerdem wurde eine Vielzahl von laufenden Projekten berichtet, die aktuell im Landkreis konkret an einer Verbesserung der Kommunikation an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor arbeiten.

Dem Thema der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung widmete auch der Sachverständigenrat 2018 ein eigenes Kapitel seines Gutachtens. Am Beispiel von Rückenschmerzen wird dort die bedarfsgerechte Versorgung von Patient:innen

dargestellt und Verbesserungspotenziale aufgezeigt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018). Der Sachverständigenrat forderte in diesem Gutachten die Errichtung regionaler Gremien, die eine solche sektorenübergreifende Bedarfsplanung übernehmen und diese auch evaluieren sollen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

Auch im Rahmen der Interviews wurde von Seiten der Versorger:innen mehrfach auf die Wichtigkeit einer regionalen Bedarfsplanung verwiesen. Eine Barriere hierfür stelle allerdings die unterschiedliche Organisationsform der Krankenkassen dar. Während einzelne Krankenkassen bereits regional agierten und organisiert seien, lasse die Struktur bundesweit organisierter Kassen nicht immer regionale Individuallösungen zu. Dennoch seien trotz aller Widrigkeiten in Baden-Württemberg gute Lösungen möglich, wenn man es schaffe, alle Akteur:innen inklusive der unterschiedlich strukturierten Kostenträger:innen an einen Tisch zu bringen. Beispielhaft wurde hier von Seiten der Krankenkassen das Projekt Gesundheitscampus Spaichingen erwähnt, an dem man sich orientieren könne (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2020).

#### 4.1.2. Finanzielle Faktoren

*Finanzielle Faktoren* wurde in den Interviews als weitere Subkategorie extrahiert, die beeinflusst, ob an der Gesundheitsversorgung beteiligte Akteur:innen sich eine vernetzte regionale Primärversorgung im Sinne der Zusammenarbeit in einem Primärversorgungsverbund vorstellen können.

##### 4.1.2.1. *Innovative (sektorenübergreifende) Finanzierung und Finanzierung von Netzwerkarbeit*

Weiter oben wurde bereits die Krankenversicherungslandschaft in Deutschland mit einerseits regional und andererseits bundesweit agierenden Krankenkassen kurz umrissen. Auch die im Rahmen der Interviews von Seiten der Krankenkassen berichtete Notwendigkeit nach gesetzlichen Anpassungen als Grundlage für eine nachhaltige, regionale, sektorenübergreifende Finanzierung wurde angesprochen. Aber nicht nur Mitglieder der Krankenkassen, auch Versorger:innen und Mitglieder bestehender Netzwerke in der Region zeigten sich in den Interviews überzeugt, dass Gesetzesanpassungen notwendig seien, die die Finanzierung von Netzwerkarbeit und Verbundstrukturen erst ermöglichen.

Als eine Möglichkeit zur Finanzierung regionaler Versorgung wurde wiederholt die Etablierung regionaler Versorgungsbudgets benannt. Interviewpartner:innen nannten dabei auf Seiten der Einzahlung Krankenkassen, Pflegekassen, kommunale Gelder,

Fördermittel aus Projekten, Gelder aus der Wirtschaft (bspw. ansässige große Unternehmen, die an der Gesundheit ihrer Arbeitnehmer maßgeblich interessiert seien), Steuermittel und die Umschichtung von Geldern aus dem stationären Bereich (vorausgesetzt einer zunehmenden Ambulantisierung von Versorgungsleistungen). Auf Seiten der Auszahlung wurden als Lösungsvorschläge Fall- oder Pro-Kopf-Pauschalen, Quartalspauschalen, Einzelleistungen und Vergütung für Netzwerkarbeit abseits des direkten Patient:innenkontaktes benannt. Von Seiten der Krankenkassen gab es mehrere Vorschläge zu Mischkalkulationen beispielsweise nach Schweregrad der Erkrankung von Patient:innen oder bei der Auszahlung eine Mischkalkulation aus Quartals- und Fallpauschalen. Hier sei eine Erprobung im Modellversuch wichtig. Langfristig sei es allerdings wichtig, ein solches Regionalbudget nicht nur für die ambulante Versorgung zu planen, sondern auch hier wieder sektorenübergreifend zu agieren. Was in den Interviews offen blieb, ist das Thema Budgetverwaltung und -integration. Hier wäre in zukünftigen Forschungsvorhaben ein Schwerpunkt auf die Klärung zu legen, wer im Falle der Etablierung eines regionalen Budgets diese übernehmen sollte. Aus den Interviews implizit ableiten lassen sich folgende Vorschläge: Krankenkassen, Koordinationsstelle am Landratsamt, öffentlicher Gesundheitsdienst. Einen konkreten Entwurf dazu, wie der Aufbau regionaler Versorgungsbudgets in Deutschland erfolgen könnte, legten Augurzky et al. (2018) in ihrem Beitrag „Versorgung und Vergütung regional gedacht: Von der Volumen- zur Wertorientierung“ dar, auf denen auch im Landkreis Reutlingen zusammen mit den Vorschlägen der Krankenkassen aufgebaut werden könnte (Augurzky et al., 2018). Wie Augurzky und Kolleg:innen (2018) in ihrem Titel „von der Volumen- zur Werteorientierung“ andeuten, erwähnten auch mehrere Interviewpartner:innen, dass neue finanzielle Anreizsysteme für Versorger:innen in jedem Falle erforderlich seien. Dies wurde auch bei der Konzeption der in der Einleitung beschriebenen Modellregion Gesundes Kinzigtal für wichtig erachtet, wo Performance-abhängige Zusatzzahlungen erfolgen und es finanziell lohnend ist, wenn Versorger:innen dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu verbessern und Kosten zu dämpfen, indem beispielsweise weniger Krankheitseinweisungen in der Region nachweisbar sind (Nieper et al., 2023). Auch der Sachverständigenrat sieht in seinem Gutachten 2018 die „Notwendigkeit zur Weiterentwicklung des bestehenden Systems“ und schlägt vor, als Grundlage für die Auszahlung an Versorger:innen den Behandlungserfolg anzusehen. Hier könne beispielsweise die Prozessqualität als Indikator dienen, sofern sie auf einer

Diagnosestellung fußt, die sich auf Standards und Leitlinien von Fachgesellschaften bezieht (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018).

#### 4.1.2.2. *Individual- versus Systemperspektive*

Insgesamt ist noch festzustellen, dass in den Interviews implizit wie explizit immer wieder der Konflikt zwischen dem Wunsch der Patient:innen nach Autonomie in der Wahl ihrer Behandlung und auch der Wunsch der Behandler:innen nach freier Darbietung ihrer Leistungen dem gesellschaftspolitischen Ziel gegenüberstanden, die Gesamtkosten für Gesundheitsausgaben und personellen Ressourcen im Blick zu behalten.

#### 4.1.3. *Infrastrukturelle Faktoren*

Als weitere wichtige Basis für das Arbeiten in einem regional vernetzten Primärversorgungsverbund in der Zukunft aus Sicht der Interviewteilnehmer:innen konnten in einer separaten Kategorie *infrastrukturelle Faktoren* erfasst werden.

##### 4.1.3.1. *Stärkung der IT Infrastruktur im ländlichen Raum*

Fast alle Interviewpartner:innen waren sich einig, dass digitale Vernetzung zwischen Versorger:innen einen wichtigen Stellenwert einnimmt und zunehmend einnehmen wird. Dazu sei es in einzelnen Regionen des Landkreises wichtig, eine stabile Internetinfrastruktur sicherzustellen, da es aktuell nicht flächendeckend möglich sei, eine ausreichende Verbindung zu gewährleisten. Als Fernziel sei eine gemeinsame Nutzung von kompatiblen Softwaresystemen zu nennen, wie beispielsweise in der Modellregion Gesundes Kinzigtal bereits in Anwendung (Nieper et al., 2023). Dafür sei es wichtig, dass regional eine Stabstelle für Digitalisierung bestehe und auf Bundes- und Länderebene Datenschutzfragen geklärt werden. Dies steht im Einklang mit den Forderungen des Sachverständigenrates, der 2021 ein gesamtes Gutachten dem Thema Digitalisierung widmete (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2021).

##### 4.1.3.2. *Zentrenbildung und dezentrale Angebote*

Im Rahmen der Interviews wurde als Förderfaktor für vernetztes Arbeiten in der regionalen Primärversorgung ein Nebeneinander von dezentralen Versorgungsangeboten in den Gemeinden (weitere Nutzung vorhandener Räumlichkeiten wie Praxen und Gemeinderäumen, eventuell in Form von Sprechstunden unterschiedlicher Versorger:innen vor Ort in den Gemeinden) und der medizinischen Versorgung in Zentren (Medizinische Versorgungszentren, Primärversorgungszentren) gesehen. Da im Landkreis Reutlingen bereits ein von der

Robert-Bosch-Stiftung gefördertes Primärversorgungszentrum in der Region Hohenstein existiert, wurde hierauf von vielen Interviewpartner:innen Bezug genommen (Schmid et al., 2020). Ein weiteres Gesundheitszentrum sei in der Region Hülben bereits geplant. Dann sei es in Zukunft auch wichtig, eine Vernetzung zwischen diesen Zentren sicherzustellen.

Auch der Sachverständigenrat befürwortete in seinem Gutachten aus 2024 den Aufbau multiprofessioneller intersektoraler Zentren und wies darauf hin, dass es wichtig sei, neue Einrichtungen in die bestehende lokale Versorgungsstruktur einzubetten und mit lokalen Akteur:innen zusammenzuarbeiten (Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege, 2024).

#### 4.1.4. Administrative Faktoren

Als wichtiger Einfluss darauf, ob eine vernetzte regionale Primärversorgung im Sinne der Zusammenarbeit in einem Primärversorgungsverbund gelingen könne, wurde in der Kategorie der *administrativen Faktoren* gesehen.

##### 4.1.4.1. *Installation einer Koordinationsstelle beim Landratsamt*

Zur weiteren Vernetzung im Landkreis Reutlingen hin zu einem Primärversorgungsverbund zeigten mehrere Akteur:innen auf, dass es wichtig sei, eine koordinierende Stelle am Landratsamt zu installieren, die einerseits die Angebote im Landkreis bündelt und darüber Informationen zur Verfügung stellt, andererseits idealerweise auch Hinweise geben kann, an welche Ansprechpartner:innen sich Bürger:innen bei bestimmten Anfragen wenden können. Neben dieser Angebotsübersicht und -verwaltung wurde zudem als Aufgabe einer solchen Stelle herausgearbeitet, dass sie eine Plattform für den Austausch zwischen Versorger:innen schaffen solle. Dies könne beispielsweise durch die Organisation von Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitszirkeln umgesetzt werden. Schließlich solle eine dritte Aufgabe sein, den Versorgungsprozess, seine Qualität und Effizienz regelmäßig zu evaluieren, beispielsweise in Zusammenarbeit mit der Universität oder Fachhochschule.

Wie eine solche Koordinationsstelle personell besetzt sein sollte, dazu gab es unterschiedliche Vorschläge, die von einer reinen digitalen Informationsplattform bis hin zu einer Gesundheitslots:in mit medizinischen Kompetenzen mit Anstellung am Landratsamt reichten.

Bezüglich des Sammelns und Listens der verfügbaren Angebote wurde noch darauf verwiesen, bestehende Register zu nutzen und einzubeziehen. So hätten beispielsweise der Pflegestützpunkt oder das Selbsthilfeforum Reutlingen auf ihren

Internetseiten bereits einen Fundus an Angeboten zusammengestellt. Auch sei in Zusammenarbeit einer Krankenkasse mit dem Selbsthilfeforum bereits ein umfangreicher Selbsthilfeführer als Broschüre entstanden. Weitere Personen mit zentraler Vermittlungsrolle (Gemeindesozialpädagogik, Lots:in, soziale Dienste der Krankenkasse) könnten nach bereits bestehenden Kontakten und Listungen befragt werden. Bei einem mehrfach beschriebenen starken bürgerschaftlichen Engagement im Landkreis wäre es auch von Vorteil, die Möglichkeiten, sich ehrenamtlich in die Versorgung einzubringen, übersichtlich zu listen. Vielversprechende Projekte wie ein Gemeindeprojekt für Hausbesuche aber auch ein sektorenübergreifendes Projekt für Patient:innen, die frisch aus der Klinik entlassen wurden, wurden uns in den Interviews beispielhaft genannt.

Wichtig erscheint abschließend die Erkenntnis, dass im Bereich der Selbsthilfe und im Bereich des Case- und Care-Managements von Doppelstrukturen berichtet wird. Der Bereich der medizinischen Selbsthilfe sei aktuell im Landkreis über drei verschiedene Stellen organisiert. Einerseits durch eine Informationsstelle bei einer Krankenkasse, andererseits durch das Selbsthilfeforum Reutlingen, und drittens durch eine Vermittlungsstelle der kassenärztlichen Vereinigung, welche zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzt:innen vermittele. Der Bereich des Case- und Care-Managements sei teilweise durch den Pflegestützpunkt, teilweise durch Patientenbegleiter:innen der Krankenkassen und in Zukunft eventuell durch die neue Rolle einer Lots:in abgedeckt. Die Koordination des Versorgungsangebots könnte hier hilfreich dazu beitragen, Doppelstrukturen abzubauen, Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Akteur:innen anzuregen und den Aufbau weiterer Doppelstrukturen zu vermeiden.

Auch der Sachverständigenrat weist im Gutachten von 2024 darauf hin, dass die Vernetzung und Registrierung von Versorgungsangeboten umso wichtiger sei, je größer ein Netzwerkstruktur werde – einerseits, um den Aufbau entkoppelter Strukturen, andererseits um eine Zunahme der Bürokratie zu vermeiden (Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege, 2024).

#### *4.1.4.2. Weiterer Ausbau der Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes*

In diesem Themenkomplex wurde von Interviewpartner:innen berichtet, dass die organisatorische Verortung des Gesundheitsamtes beim Sozialdezernat im Landkreis Reutlingen als wichtiger struktureller Förderfaktor für die Etablierung einer vernetzten regionalen Primärversorgung wahrgenommen werde. Nicht ausgeschöpft seien

hingegen die Potenziale des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Aus mehreren Gründen seien die Infrastruktur und Personalressourcen des öffentlichen Gesundheitsdienstes aktuell nicht voll ausgebaut. Im Landkreis Reutlingen sei der öffentliche Gesundheitsdienst sehr aufgeschlossen und bereit, neue Aufgaben zu übernehmen und die Versorgung als neutraler Partner aktiv mitzugestalten, ggf. auch in leitender Position. Dafür wichtig sei es einerseits, dass das Image, die Infrastruktur und die personellen Ressourcen des öffentlichen Gesundheitsdienstes auch bundesweit weiter gestärkt würden, und andererseits, dass regionale Strukturen aufgebaut werden, die die Ressourcen des öffentlichen Gesundheitsdienstes aktiv nutzen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst wird im SVR Gutachten von 2018 als „[eine der] traditionsreichen Institutionen auf dem Gebiet der Beratung und Information in Deutschland“ beschrieben (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018). Auch im Gutachten von 2024 weist der Sachverständigenrat erneut daraufhin, dass eine Vernetzung der Akteur:innen der Primärversorgung auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst umfassen sollte (Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege, 2024).

#### *4.1.4.3. Verbesserung der Patient:innenkoordination und -steuerung*

Die mangelnde Koordination und Steuerung der Patient:innen in der Versorgung wurde von vielen Interviewpartner:innen, die beruflich im Gesundheitssystem oder seiner Organisation tätig sind, als Barriere für vernetzte, regionale Primärversorgung beschrieben. Aus Patient:innensicht wiederum wurde die Möglichkeit, frei im Gesundheitssystem zu navigieren – gerade beim Vorliegen chronischer Erkrankungen, bei denen die Patient:in quasi zur Expert:in werde – begrüßt.

Eine solche Divergenz zwischen der Individual- versus Systemperspektive macht deutlich, dass die Einführung von Instrumenten zur Patient:innensteuerung im System nicht reibungsfrei ablaufen kann und eine umfassende Aufklärung der Bevölkerung über die Notwendigkeit solcher Maßnahmen notwendig sein wird. Gerade hier zeigt die Multiperspektivität, die die Interviewanalyse mit sich bringt, wieder auf, wie wertvoll es ist, verschiedene Perspektiven zu erfassen.

Dass – aus der Systemperspektive betrachtet – derzeit häufig eine unkoordinierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erfolgt, deckt sich mit den eingangs berichteten Forschungsergebnissen, die für Deutschland hinsichtlich der Patient:innenkoordination Defizite aufzeigen konnten (Doty et al., 2020) und spiegelt

sich auch in den Forderungen des Sachverständigenrates und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wider. Beide befürworteten die intensivere Steuerung der Patientenwege durch Hausärzt:innen, wie im Instrument der Hausarztzentrierten Versorgung bereits umgesetzt (Popert et al., 2018; Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege, 2024).

Auch im Rahmen der Interviews wiesen Versorger:innen und Kostenträger:innen auf die Nutzung der hausarztzentrierten Versorgung und damit der Steuerung der Patient:innen durch die Hausärzt:in. Dabei müsse bedacht werden, ob zukünftig eventuell ein Primärversorgungsteam statt singulär eine Hausärzt:in diese Steuerung übernehmen könnte.

Mehrere Interviewpartner:innen, auch Patient:innen, konnten sich die Einführung einer neuen Rolle in der Versorgung, jene der Lots:in oder Patient:innenbegleiter:in, gut vorstellen. Dieses Thema schien vielen Interviewpartner:innen aktuell präsent, da die Einführung ebendieses Berufsbildes aktuell am Gesundheitsamt in Zusammenhang mit dem Aufbau eines weiteren PORT Gesundheitszentrums in Hülben diskutiert werde. Bei den Interviewpartner:innen existierten dabei unterschiedliche Vorstellungen zu Aufgabenbereich und Verortung dieser potenziell neuen Berufsgruppe. Lots:innen seien aus Sicht der Interviewpartner:innen entweder direkt bei Primärversorgungspraxen oder -zentren, bei den Gemeinden, beim Landkreis oder bei den jeweiligen Krankenkassen angestellt und begleiten die Patient:innen durch die Versorgung. Wie weitreichend eine solche Begleitung definiert wurde, variierte stark. Von mehreren Interviewpartner:innen wurde darauf verwiesen, dass es eine derartige Versorgungsrolle bereits als durch die Krankenkassen finanzierte Patient:innenbegleiter:innen oder Case- und Care-Manager:innen gebe, was bei der potenziellen Einführung einer neuen Lots:innenrolle gegebenenfalls zu berücksichtigen sei. Auch der Pflegestützpunkt oder die Gemeindesozialarbeit übernehme zum Teil bereits eine solche Patient:innen-begleitende Rolle.

Als weitere Option der Patient:innensteuerung wurde von Versorger:innen und Kostenträger:innen die Nutzung digitaler Dienstleistungen (z.B. Apps) benannt, die dabei helfen könne, Patient:innen in der Navigation durch das Gesundheitssystem zu unterstützen und Informationen bereit zu stellen. Als Vorteil hierfür wurde genannt, dass in diesem Falle weniger personelle Ressourcen bereitgehalten werden müssten. Zum Thema neuer Rollen in der Versorgung, die an Patient:innensteuerung beteiligt sein könnten, bestand ein Menge Diskussionsbedarf im Rahmen der Interviews und

es kristallisierten sich viele Unsicherheiten nicht nur auf Seiten der Patient:innen heraus. Insgesamt schienen die Interviewpartner:innen verunsichert hinsichtlich Bezeichnung, Aufgabenbereich und Zuständigkeiten. Es zeigte sich Klärungsbedarf zu den Bezeichnungen und Abgrenzungen zwischen: Nicht-ärztliche Praxisassistentz (NäPa), Versorgungsassistentz (Verah), Gemeindepflege (engl. Community Health Nurse, CHN), Arztassistentz (engl. Physician Assistanz, PA), Case- und Care-Manager:in (CCM) und Lots:in. Die Interviewpartner:innen wünschten sich hier im Landkreis mehr Transparenz, wann und mit welchen Kompetenzen und übergeordneten Versorgungszielen neue berufliche Rollen etabliert werden sollen.

#### 4.1.5. Faktoren auf Seiten der Versorger:innen

Als wichtiger Einfluss darauf, ob an der Gesundheitsversorgung beteiligte Akteur:innen sich eine vernetzte regionale Primärversorgung im Sinne der Zusammenarbeit in einem Primärversorgungsverbund vorstellen können, wurden als weitere Kategorie *Faktoren auf Seiten der Versorger:innen* identifiziert.

##### 4.1.5.1. Förderung von Teamstrukturen und Nachwuchssicherung

Hier wurde in den Interviews deutlich, dass vor allem die junge Generation der Versorger:innen Teamstrukturen und das Arbeiten im Angestelltenverhältnis stark befürworte. Arbeitsplätze, die solche Bedingungen mit sich bringen, seien für Arbeitnehmer:innen attraktiv, da sie den wirtschaftlichen Druck nehmen und damit auch Anreiz seien, sich an Teamstrukturen und Netzwerkarbeit zu beteiligen. Weitere wichtige Anreize für das Arbeiten in Teamstrukturen und die Beteiligung an Netzwerkarbeit seien die Möglichkeit, Expertise dazuzugewinnen und sich innerhalb eines Netzwerkes unter Versorger:innen gegenseitig schnellere Termine für gemeinsame Patient:innen einzuräumen. Es könnte sich außerdem hilfreich erweisen, wenn Ärzt:innen, die von der Selbstständigkeit in der Einzelpraxis ins Angestelltenverhältnis in einer Teamstruktur gewechselt sind, ihren Kolleg:innen positiv davon berichten. Insgesamt wurde eine starke Rolle von „Treibern“, also vorausgehenden, starken Persönlichkeiten, die mutig vorausgehen, betont.

Voraussetzung für das Arbeiten als Netzwerk oder im Verbund sei für Versorger:innen allerdings die Klärung der Finanzierung von Netzwerkarbeit, da bisher Netzwerkarbeit häufig ehrenamtlich, also außerhalb der bezahlten Arbeitszeit geleistet werde.

Um früh ein Fundament für gelungene interprofessionelle Arbeit im Team zu legen, sei es wichtig, bereits die Ausbildungsstrukturen der Gesundheitsberufe interprofessioneller zu gestalten.

Um den Fachkräftenachwuchs in der Region zu sichern könnte es hilfreich sein, mit Schulen, Fachhochschulen und Universitäten zu kooperieren und Schüler:innen und Studierende während ihrer Ausbildung in die regionale Versorgung einzubinden und sie Modellprojekte wie das PORT-Zentrum Hohenstein besuchen zu lassen.

Der Förderung von Teamstrukturen und Nachwuchssicherung widmet sich ausführlich auch das SVR Gutachten aus 2024 (Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege, 2024). Auch hier wird betont, wie wichtig die Nachwuchssicherung in Zukunft sein wird, wenn unter anderem aufgrund des demografischen Wandels demnächst noch weniger Versorger:innen noch mehr Patient:innen gegenüberstehen werden. Im SVR Gutachten werden konkrete Maßnahmen besprochen, wie der Bedarf nach Fachkräften reduziert werden kann und es werden Strategien postuliert, wie die Nachwuchssicherung gelingen kann. Als Beispiele für Maßnahmen zur Reduktion des Bedarfs an Fachkräften aus diesem Gutachten können das Arbeiten in Teamstrukturen, die Einführung einer gemeinsamen elektronischen Patient:innenakte und die Stärkung der Arbeitsmedizin zur Gesundheitsförderung und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit genannt werden. Als Strategien zur Nachwuchssicherung wird zum Beispiel auch im SVR Gutachten das Ansetzen in der Aus- und Weiterbildung – hier allerdings nur von Medizinstudierenden – thematisiert, indem den Fächern der ambulanten Medizin im Studium mehr Anteil eingeräumt werden soll. Auch der systematischen Anwerbung und Integration ausländischer Fachkräfte ins deutsche Gesundheitssystem wird eine große Bedeutung bei der Nachwuchssicherung beigemessen (Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege, 2024).

#### *4.1.5.2. Schaffung von Rahmenbedingungen, die Delegation ermöglichen*

In den Interviews waren sich fast alle Teilnehmer:innen einig, dass in Zukunft auch weiter ärztliche Ressourcen frei gemacht werden müssen, um den drohenden Ärzt:innenmangel unter anderem durch Umverteilung von Aufgaben auszugleichen. Es gab vielfältige Vorschläge für die Delegation ärztlicher Aufgaben in den Interviews (siehe Abbildung 11). Dabei kam sowohl die Delegation medizinischer Versorgungsleistungen zur Sprache (beispielsweise an oben genannte neue Berufsbilder wie NÄPa, Verah, PA, CHN, CCM, Lots:in, aber auch an Therapieberufe) als auch Delegation von administrativen Aufgaben (beispielsweise an sogenannte Praxismanager:innen mit betriebswirtschaftlichem Hintergrund aber auch an eine potenzielle zukünftige Koordinationsstelle für regionale Primärversorgung).

Als Barrieren, die der Delegation momentan im Weg stehen, wurden in den Interviews vor allem zwei Ursachen identifiziert. Einerseits wurde die Deckelung therapeutischer Leistungen über ein definiertes Heilmittelbudget benannt, das sowohl Ärzt:innen in ihrem Maß an delegierbaren Behandlungen begrenze, als auch die Heilmittelerbringer:innen im selbstständigen Arbeiten in der Primärversorgung beschränke. Die interviewten Heilmittelerbringer:innen äußerten in den Interviews explizit den Wunsch nach autonomeren Arbeitsmöglichkeiten und nach der Übernahme von mehr Verantwortung in der Versorgung. Als zweite zentrale Barriere wurde auf Seiten der Ärzt:innen eine große Unsicherheit hinsichtlich des Umgangs mit Haftungsfragen bei der Delegation von Leistungen an andere Berufsgruppen deutlich. Mehrere Ärzt:innen signalisierten eine klare Bereitschaft zur Delegation in der Teampraxis, möchten aber rechtlich abgesichert sein, bevor sie bereit sind, diese in der Praxis zu leben.

#### 4.1.6. Faktoren auf Seiten der Bürger:innen und Patient:innen

Als Faktoren auf Seiten der Bürger:innen und Patient:innen, die dazu beitragen, dass regional vernetzte Gesundheitsversorgung gelingen kann, haben sich in den Interviews die Voraussetzungen auf Seiten der Bürger:innen und Patient:innen zur aktiven Teilnahme an der Versorgung und Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements herauskristallisiert. Die Differenzierung Bürger:innen und Patient:innen wurde gewählt, um hervorzuheben, dass Bürger:innen sowohl in der Rolle als Patient:in als auch in der Rolle als (gesunde) Mitbürger:in im Versorgungsprozess teilnehmen können.

##### 4.1.6.1. Gesundheitsbildung von Bürger:innen und Patient:innen

Moderne Gesundheitsversorgung auf der Basis von Shared-Decision-Making Prozessen ist nur dann möglich, wenn Patient:innen ausreichend über für sie sprachlich und/oder inhaltlich verständlich aufgearbeitete Informationen verfügen, um an einer Entscheidung mitzuwirken oder den Aufbau des Gesundheitssystem und die Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung ausreichend nachvollziehen zu können (Köhler und Sommerbrodt, 2023). In den Interviews wurde zu diesem Thema beispielsweise darauf hingewiesen, dass die Arbeit im Verbund mit einer zentralen Koordinationsstelle hilfreich dazu beitragen könnte, verfügbare Dolmetscher:innen zu überblicken und gemeinsam Gesundheitsinformation über die Strukturen des Verbundes für Patient:innen verständlich aufzubereiten. Positiv wurde von einer Interviewteilnehmer:in erwähnt, dass die Rolle der Patient:innen als aktiver Part in der Versorgungsbeziehung in den vergangenen Jahrzehnten weiter gestärkt worden sei

und Patient:innenvertreter:innen inzwischen auch in wichtigen Gremien vertreten seien.

#### 4.1.6.2. *Stärkung von bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe*

In den Interviews wurde hervorgehoben, dass ehrenamtliches bürgerschaftliches Engagement im Landkreis Reutlingen stark repräsentiert sei. Viele Freiwillige seien bereit, begleitende Aufgaben in der Versorgung (z.B. soziale Angebote für Senior:innen, Begleitung bei Arztbesuchen, etc.) zu übernehmen. Aktuell gebe es keine Übersicht über alle im Landkreis existierenden Projekte oder die Größe des zur Verfügung stehenden Pools an Freiwilligen, sodass auch hier die Idee der Errichtung einer zentralen Koordinationsstelle als hilfreich angesehen wird. Ohne die verstärkte Einbindung von Freiwilligen und Angehörigen, so mehrere Interviewpartner:innen, sei die Versorgung in Zukunft nicht ausreichend sicherzustellen.

Ein weiterer Bereich, in dem Bürger:innen stark in die Versorgung involviert seien, sei im Landkreis Reutlingen die Selbsthilfe. Hier wurde von einer Vielzahl von Gruppen berichtet, die selbstorganisiert unter ehrenamtlicher Leitung selbst Betroffener geführt werden. Wie weiter oben berichtet, wird die Selbsthilfe aktuell über mindestens drei verschiedene Ansprechpartner:innen im Landkreis organisiert. Diese waren sich in den Interviews einig, dass auch hier eine Arbeit im Verbund hilfreich sei, um Angebote zu bündeln und den Abbau von Doppelstrukturen zu erreichen.

#### 4.1.7. *Kontextfaktoren*

In den Interviews wurde mehrfach die Barriere benannt, dass aktuell häufig selbst bei nachweislich gelungenen regionalen Modellprojekten keine Übernahme ins Regelsystem erfolge. Umso wichtiger sei es, regionale Versorgungsansätze gezielt weiterzuentwickeln, diese auf Länder- und Bundesebene zu kommunizieren. Dafür bestehe aktuell keine Struktur bzw. es gebe dafür kein Forum. Insgesamt seien Modellprojekte aus Sicht der Versorger:innen ein wichtiger Erfahrungsraum für neue Strukturen und Arbeitsweisen. Ziel müsse die systematische Weiterentwicklung gelungener regionaler Versorgungsansätze sowie die strukturelle und finanzielle Förderung von Modellprojekten zu neuen Versorgungsansätzen sein.

Insbesondere der Übergang von einem gelungenen regionalen Modellprojekt in einen festen Bestandteil der Regelversorgung, stelle einen kritischen Punkt dar. Die Erfahrung mehrerer Interviewpartner:innen zeige, dass es oftmals schwierig sei, nach Auslaufen einer Anschubfinanzierung oder einer drittmittelgeförderten Projektphase eine langfristige Finanzierung sicherzustellen. Sie wiesen daher darauf hin, dass bei der Idee der Entwicklung eines landkreisweiten Primärversorgungsverbundes bereits

in der Anfangsphase die Frage der langfristige Finanzierungsstrategie mitgedacht werden müsse.

## 4.2. Diskussion der Methode

### 4.2.1. Auswahl von Forschungsdesign und Teilnehmer:innen

Wie im Methodenteil bereits beschrieben, liegt der vorliegenden Arbeit ein qualitatives Forschungsdesign zugrunde, und dies erscheint angemessen, da es sich um ein bislang wenig erforschtes Handlungsfeld handelt (Strübing, 2013) und durch die Befragung der lokalen Akteur:innen zugrundeliegende Prozesse und Strukturen besser verstanden werden sollen (Flick, 2007).

In Hinblick auf das Ziel, möglichst viele unterschiedliche Perspektiven auf Versorgung zu erfassen, kommen zur Durchführung vor allem Fokusgruppen oder Einzelinterviews in Frage. Bei Fokusgruppen diskutieren die Teilnehmer:innen die Interview- oder Forschungsfragen im Diskurs miteinander. Bei Einzelinterviews werden die Interviewfragen im Gespräch von ein bis zwei Mitgliedern des Forschungsteams an jeweils eine Interviewteilnehmer:in gerichtet.

Wie in der Einleitung bereits beschrieben, ist ein wichtiger Vorteil beider Methoden, dass lokalen Akteur:innen so die Möglichkeit gegeben wird, sich aktiv an Veränderungsprozessen zu beteiligen (Wensing et al., 2020). Dabei können durch die Auseinandersetzung mit der Thematik im Rahmen des Forschungsprozesses bei den Teilnehmer:innen außerdem auch Denkprozesse angestoßen werden, was als transformative Forschung bezeichnet wird (Wuppertal Institut, 2024).

Da in der vorliegenden Studie Teilnehmer:innen mit unterschiedlichem Vorwissen zum Thema Primärversorgung und unterschiedlichem Erfahrungsgrad hinsichtlich der Teilnahme an Gruppendiskussionen befragt werden sollten, erschien die Methode der Einzelinterviews als besser geeignet. So konnte ausgeschlossen werden, dass einzelne Teilnehmer:innen aus Zurückhaltung weniger zu Wort kommen als andere. Gleichzeitig konnten demnach allerdings nicht – wie in Fokusgruppen möglich – gegenseitige Inputs der Interviewteilnehmer:innen die Diskussion der Forschungsfragen beleben.

Die Auswahl der Teilnehmer:innen erfolgte nach dem im Methodenteil bereits beschriebenen theoretischen Sampling (Glaser und Strauss, 2017), bei der fünf Interviewpartner-Gruppen (ursprünglich: Kommunen, Leistungserbringer:innen, Leistungsempfänger:innen und Kostenträger:innen; im Verlauf hinzugekommen:

bestehende Zentren und Netzwerke) ausgewählt und anschließend relevante Zielpersonen für die jeweiligen Gruppen rekrutiert wurden. Eine solche Vorgehensweise ist einerseits beeinflusst durch die Vorauswahl der durch das Forschungsteam als relevant erachteten Interviewpartner-Gruppen, aber auch durch die Identifikation von Zielpersonen durch das Forschungsteam selbst oder über Empfehlungen durch vorhergehende Interviewpartner:innen. Andererseits werden dadurch auch in diesem Projektabschnitt lokale Akteur:innen als Expert:innen für die Versorgung vor Ort partizipativ eingebunden und können wesentlichere Zielpersonen identifizieren, als dies vielleicht über Internetrecherche oder dergleichen möglich wäre. Identifizierte Zielpersonen wurden per E-Mail kontaktiert und zu den Interviews eingeladen. Dadurch hatte das Eintreffen einer positiven, negativen oder ausbleibenden Rückantwort erstens Einfluss auf den Einschluss als Interviewpartner:in in die vorliegende Studie und zweitens das zeitliche Eintreffen der Rückantwort Auswirkungen auf die Reihenfolge der Interviewdurchführung. Solche Einflüsse sind unvermeidbar im Forschungsprozess, es ist aber wichtig, sich darüber im Klaren zu sein. Vor allem die Berufsgruppe der Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen konnte aufgrund fehlender Rückantworten beispielsweise nicht befragt werden. Erst in einem im Anschluss an die Studie erfolgten Symposium war eine Psychotherapeut:in auf das Forschungsteam zugekommen und hatte Bereitschaft zur Mitarbeit bei künftigen Interviews signalisiert, sodass diese Berufsgruppe bei zukünftigen Forschungsvorhaben beispielsweise unbedingt einbezogen werden sollte. Auch die Sicht der Patient:innen könnte noch detaillierter betrachtet werden. In der vorliegenden Studie wurden zwei Personen unter dem Prädikat Patient:innen befragt. Gleichzeitig erwähnten aber viele andere Interviewpartner:innen explizit ihre Doppelrolle: jede Versorger:in ist dem Gesundheitssystem auch in der Patient:innenrolle bereits begegnet. Einzelne Interviewpartner:innen, die anderen Interviewpartner-Gruppen zugeordnet wurden, wechselten im Laufe der Interviews explizit auch in ihre Perspektive als Patient:in.

#### 4.2.2. Datenauswertung und Dateninterpretation

Der Datenauswertung wurden in einem ersten Schritt, wie im Methodenteil bereits beschrieben, die beiden Hauptkategorien *Förderfaktoren* und *Barrieren* zugrunde gelegt. Das Konzept der Förderfaktoren und Barrieren ist umfangreich in Studien erprobt und seine Vorteile wurden durch mehrere Forscher:innen beschrieben. Zum Beispiel halten sowohl Eisenack et al. (2015) als auch Bach-Mortensen und Verboom

(2020) dieses Konzept für hilfreich, um sowohl Wissenschaftler:innen als auch Praktiker:innen einen Überblick über die wesentlichen Faktoren in Zusammenhang mit einem zu erforschenden Phänomen geben können, da Barrieren und Förderfaktoren intuitiv und gemeinhin verständlich seien (Bach-Mortensen und Verboom, 2020; Eisenack et al., 2015). Außerdem ermögliche diese Einteilung, dass später in Bezug auf die Ergebnisse und eventuell darauf abgeleitete Handlungsempfehlungen Bemühungen getroffen werden können, Barrieren zu überwinden und Förderfaktoren weiter zu stärken (Bach-Mortensen und Verboom, 2020). Williamson et al. (2017) fügen noch hinzu, dass eine Analyse von Barrieren hilfreich zum Verständnis von Faktoren, Eigenschaften und Veränderungsprozessen beitrage (Williamson und Nelson, 2017).

Als Kritikpunkt wurde in der Vergangenheit vor allem die Reduktion komplexer Phänomene auf simplifizierte und diskrete Faktoren genannt: eine Kategorisierung in Förderfaktoren und Barrieren vereinfache komplexe wissenschaftliche Phänomene (zu) stark und die Kategorisierung eines Faktors als Barriere führe dazu, komplexe und hoch-dynamische Entscheidungsprozesse auf eine simplifizierte und statische Aussage zu reduzieren (Briesbroek et al., 2015). Eine Liste von Förderfaktoren und Barrieren könne außerdem dazu verleiten, Barrieren und Förderfaktoren als eine Art Checkliste zu betrachten, die anschließend durch das einfache Entfernen von Barrieren und stärken von Förderfaktoren abgearbeitet werden könne. Dabei werde oft vergessen, dass die einzelnen identifizierten Themen innerhalb der beiden Faktoren mehr oder weniger stark miteinander interagieren und nicht isoliert betrachtet werden können (Brennan et al., 2018). Diese Kritik ist allerdings in Bezug auf die vorliegende Arbeit insofern als obsolet zu betrachten, als sich bei der Auswertung nach *Förderfaktoren* und *Barrieren* ein fast deckungsgleiches System an induktiv abgeleiteten Subkategorien in den beiden Bereichen zeigte und damit keines der Interviewthemen simplifiziert nur als Förderfaktor oder Barriere betrachtet werden und entsprechend entfernt oder gestärkt werden kann.

Auch andere Forschergruppen konnten bereits aufzeigen, dass ein und dasselbe Thema häufig sowohl als Förderfaktor and auch als Barriere betrachtet werden kann – je nach Perspektive der Interviewpartner:in (Bach-Mortensen und Verboom, 2020). Sehr deutlich beschrieben dies auch Carrasco et al. (2019) in ihrer Arbeit, indem sie feststellten, dass was für die einen Interviewpartner:innen als Barriere erscheinen mag, für andere Interviewpartner:innen im selben Kontext einen Förderfaktor

darstellen kann. Dies erscheine auf den ersten Blick kontraintuitiv, spiegle bei genauerem Hinsehen aber genau jene Multiperspektivität wider, die durch den qualitativen Forschungsansatz erreicht werden sollte (Carrasco et al., 2019). Diese Erfahrung zeigte sich auch in der vorliegenden Studie. Obwohl selbst die Subsubkategorien thematisch teils außergewöhnlich hohe Überschneidungen zeigten, ermöglichten eben die unterschiedlichen Blickwinkel auf ein Thema zusätzliche Erkenntnisse und es entstanden in Bezug auf Barrieren häufig bereits erste Lösungsvorschläge.

Bei der detaillierten Auswertung des in den Interviews gesammelten Datenmaterials wurde ein Schwerpunkt auf Qualitätssicherung, Nachvollziehbarkeit und Transparenz gelegt. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass die *Kategorienbildung am Material* (Kuckartz und Rädiker, 2022) im diskursiven Austausch im Forschungsteam erfolgte und auch bei der Zuordnung des Materials zu den so gebildeten Kategorien nach dem *konsensuellen Codieren* (Hopf und Schmidt, 1993) vorgegangen wurde. Dadurch aufkommende Diskussionen führen nach Kuckartz und Rädiker (2022) zu einer Präzisierung des Kategoriensystems und sollen die Zuverlässigkeit der Codierungen verbessern (Kuckartz und Rädiker, 2022). Zum Abschluss des Forschungsprojektes wurden anhand der Checkliste „Standards for Reporting Qualitative Research“ (SRQR) noch einmal alle Qualitätsanforderungen an qualitative Studien geprüft (O’Brien et al., 2014) (siehe Anhang 5).

Die Vorstellung des Projektes in Forschungswerkstätten des Zentrums für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV) Tübingen, die Reflexion der Kategorienbildung im Forschungsteam sowie die fundierte Schulung in MAXQDA dienten der erweiterten Qualitätssicherung. Die Nachvollziehbarkeit und Transparenz werden einerseits gewährleistet durch das im Anhang der Arbeit zur Verfügung gestellte Material und gleichzeitig durch die Darlegung von Ankerzitaten im Ergebnisteil, die eine Zuordnung von Aussagen der Interviewpartner:innen zu den Kategorien beispielhaft erfahrbar machen.

### 4.3. Fazit

In der vorliegenden qualitativen Inhaltsanalyse konnten umfangreiche Einblicke in die Versorgung vor Ort gewonnen werden. Als besonders wertvoll erwiesen sich hier die Regionalität und Einbindung lokaler Akteur:innen bei der Umsetzung gesundheitspolitischer Strategien. Es zeigte sich deutlich, dass die Akteur:innen über informelle Kenntnisse der Versorgungsrealität und der regionalen Besonderheiten im Landkreis verfügen. Hierdurch konnte eine Vielzahl an Faktoren identifiziert werden, die die Akteur:innen der Gesundheitsversorgung in Reutlingen daran hindern, regionale Versorgung vernetzt zu denken und leben, oder umgekehrt ihr Engagement oder ihre Motivation, an einer vernetzten Primärversorgung mitzuwirken, fördern. Aus der Diskussion können zusammenfassend folgende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, um in Zukunft den Weg hin zu einer vernetzten regionalen Primärversorgung im Landkreis Reutlingen zu bahnen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Handlungsempfehlungen

| <b>Faktoren</b>                            | <b>Thema</b>  | <b>Handlungsempfehlungen</b>  |
|--|---|---|
| <b>Politische und gesetzliche Faktoren</b> | Politische (und gesetzliche) Ausrichtung auf Gesundheitsziele                       | <p><b>Bundes- und Länderebene</b></p> <p>Politische und gesetzliche Verankerung von Gesundheitszielen – beispielsweise durch Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb der Sozialgesetzbücher V und XI.</p> <p><b>Landkreisebene: Politik und Akteur:innen vor Ort</b></p> <p>Angebot von Kursen, Beratung und Vorträgen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention.</p>   |
|  | Anstreben einer sektorenübergreifenden Versorgung                                   | <p><b>Bundes- und Länderebene</b></p> <p>Weiterentwicklung sektorenübergreifender Strukturen</p> <p>Sektorenübergreifende Gestaltung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.</p> <p>Öffnung und ggf. Dezentralisierung der Bedarfsplanung für mehrere Berufsgruppen.</p> <p><b>Landkreisebene: Politik und Akteur:innen vor Ort</b></p> <p>Weiterhin Förderung von Projekten zur Verbesserung der Kommunikation am Sektorenübergang.</p> |
| <b>Finanzielle Faktoren</b>                | Innovative (sektorenübergreifende) Finanzierung und Finanzierung von Netzwerkarbeit | <p><b>Bundes- und Länderebene</b></p> <p>Gesetzesanpassungen, die a) die Finanzierung von Netzwerkarbeit und Verbundstrukturen und b) die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderungen in den Blick nehmen.</p>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p><b>Landkreisebene: Politik und Akteur:innen vor Ort</b></p> <p>Idee des Regionalbudgets weiterentwickeln und kleinräumig im Modellversuch erproben.</p> <p>Klärung, welche Instanz Budgetverwaltung und -integration eines solchen Budgets übernehmen könnte.</p>  |
| <b>Infrastrukturelle Faktoren</b>              | Stärkung der IT Infrastruktur im ländlichen Raum                                     | <p><b>Bundes- und Länderebene</b></p> <p>Klärung von Datenschutzfragen.</p> <p>Ausbau der Internetversorgung im ländlichen Raum.</p> <p><b>Landkreisebene: Politik und Akteur:innen vor Ort</b></p> <p>Aufbau einer regionalen Stabstelle für Digitalisierung.</p>  |
| <b>Administrative Faktoren</b>                 | Installation einer Koordinationsstelle   | <p><b>Landkreisebene: Politik und Akteur:innen vor Ort</b></p> <p>Einrichtung einer Koordinationsstelle mit folgenden Aufgaben:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Erstellung und Verwaltung einer Angebotsübersicht (inkl. Qualitätssicherung)</li> <li>2) Schaffung einer Plattform für den regelmäßigen Austausch unter Versorger:innen</li> <li>3) Evaluation von Versorgungsprozessen</li> </ol>                                    |
|  | Weiterer Ausbau der Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes                    | <p><b>Bundes- und Länderebene</b></p> <p>Stärkung von Image, Infrastruktur und personellen Ressourcen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.</p> <p><b>Landkreisebene: Politik und Akteur:innen vor Ort</b></p> <p>Einbezug des öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Organisation der regionalen Versorgung.</p>  |
|  | Verbesserung der Patient:innenkoordination und -steuerung                            | <p><b>Bundes- und Länderebene</b></p> <p>Task Force zum Thema Patient:innensteuerung und -koordination einsetzen.</p> <p>Klärung neuer Versorgungsrollen mit klaren Berufsprofilen und Zuständigkeiten.</p> <p><b>Landkreisebene: Politik und Akteur:innen vor Ort</b></p> <p>Regional Thema Patient:innensteuerung und -koordination mitdenken.</p> <p>Schaffung von Transparenz hinsichtlich Zuständigkeiten bei der Einführung neuer Rollen.</p> |
| <b>Faktoren auf Seiten der Versorger:innen</b> | Förderung von Teamstrukturen und Nachwuchssicherung Schaffung von Rahmenbedingungen, | <p><b>Bundes- und Länderebene</b></p> <p>Schaffung interprofessioneller Ausbildungsstrukturen.</p> <p><b>Landkreisebene: Politik und Akteur:innen vor Ort</b></p> <p>Schaffung attraktiver Arbeitsplätze mit Teamstrukturen und im Angestelltenverhältnis.</p>  |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   | die Delegation ermöglichen                                       | Einbindung von Studierenden und Schüler:innen in die regionale Versorgung und in Modellprojekte (z.B. PORT Zentrum).  |
| <b>Faktoren auf Seiten der Patient:innen und Bürger:innen</b> | Stärkung Ehrenamt, bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe | <b>Bundes- und Länderebene</b><br>Weiterhin Stärkung von Patient:innenrechten.<br><b>Landkreisebene: Politik und Akteur:innen vor Ort</b><br>Finanzielle und strukturelle Unterstützung der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements. Zentrale Auskunft über und Koordination von bürgerschaftlichem Engagement.  |
| <b>Kontextfaktoren</b>  | Strukturelle Weiterentwicklung regionaler Versorgungsansätze     | <b>Bundes- und Länderebene</b><br>Systematische Weiterentwicklung gelungener regionaler Versorgungsansätze.<br>Strukturelle und finanzielle Förderung von Modellprojekten zu neuen Versorgungsansätzen.<br><b>Landkreisebene: Politik und Akteur:innen vor Ort</b><br>Kommunikation gelungener regionaler Versorgungsprojekte an höhere Ebenen.<br>Weiterhin Förderung der Durchführung von Modellprojekten zu neuen Versorgungsansätzen. |

## 5. Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitssystem sieht sich aktuell mit großen Herausforderungen konfrontiert, darunter steigenden Gesundheitskosten bei zunehmender Lebenserwartung der Bevölkerung. Der bevorstehende demografische Wandel wird dazu führen, dass mehr Leistungsempfänger:innen weniger Beitragszahler:innen gegenüberstehen, zudem ist davon auszugehen, dass mehr Patient:innen durch weniger Personal versorgt werden. Entsprechend wurden in den letzten Jahrzehnten Modellprojekte – häufig auf regionaler Ebene – angestoßen, mit dem Ziel durch Umorganisation der Versorgungsprozesse und -strukturen eine effizientere Versorgung zu erreichen. Trotz vielversprechender Lösungsansätze blieb eine nachhaltige Etablierung von nachgewiesen gelungenen Versorgungsansätzen bisher aus.

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, Faktoren für eine gelingende vernetzte regionale Primärversorgung und Herausforderungen im Hinblick auf Bürokratie, Gesetzgebung und die konkrete Zusammenarbeit vor Ort zu identifizieren. Hierzu wurden Einzelinterviews mit 25 Akteur:innen der regionalen Gesundheitsversorgung im Landkreis Reutlingen – Kommunen, Leistungserbringer:innen, Leistungsempfänger:innen, Kostenträger:innen und Mitglieder bestehender innovativer Gesundheitsnetzwerke und Gesundheitszentren in der Region – durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgte nach der Methode der Inhaltlich-strukturierenden Qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker. Hierbei wurde in einem ersten Schritt deduktiv das in der Literatur umfangreich beforschte Konzept der Barrieren und Förderfaktoren dem Kategoriensystem zugrunde gelegt (Hauptkategorien: Barrieren und Förderfaktoren). Nach Zuordnung des gesamten Datenmaterials zu diesen beiden Kategorien erfolgte mittels Kategorienbildung am Material induktiv die Ableitung von Sub- und Subsubkategorien. Dabei wurde im Sinne des konsensuellen Codierens jedes Interview von zwei Mitgliedern des Forschungsteams unabhängig voneinander codiert, sowie abschließend Unsicherheiten oder Abweichungen in der Zuordnung ausführlich diskutiert, bis ein Konsens gefunden war. Zur Sicherstellung der Qualitätssicherung erfolgte eine fortlaufende Supervision in Forschungswerkstätten des Zentrums für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen und die wissenschaftliche Anleitung und Reflexion des Forschungsprozesses im Forschungsteam am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Tübingen.

Als erstes wichtiges Ergebnis in der vorliegenden Arbeit zeigte sich im Rahmen der kategorienbasierten Analyse entlang der Hauptkategorien *Förderfaktoren* und *Barrieren* die beinahe flächendeckende Übereinstimmung zwischen den jeweiligen Subkategorien. Für beide Hauptkategorien konnten die Subkategorien *politische und gesetzliche Faktoren*, *finanzielle Faktoren*, *infrastrukturelle Faktoren*, *administrative Faktoren*, *Faktoren auf Seiten der Versorger:innen* und *Faktoren auf Seiten der Bürger:innen und Patient:innen* identifiziert werden. Eine Analyse der paarweisen Zusammenhänge zwischen den Kategorien zeigte im weiteren Verlauf, dass sich eine weitgehende inhaltliche Überschneidung auch auf Ebene der ebenfalls induktiv abgeleiteten Subsubkategorien fortsetzte, sodass in der anschließenden Diskussion zu jedem Thema einer Subsubkategorie Förderfaktoren und Barrieren gemeinsam diskutiert werden konnten.

Eine solche Gegenüberstellung von Förderfaktoren und Barrieren brachte zum Vorschein, dass im Datenmaterial in Bezug auf Barrieren häufig bereits erste Lösungsvorschläge gefunden werden konnten. Als Beispiel kann hier die Einrichtung einer Koordinierungsstelle für Primärversorgung (Lösungsansatz) unter anderem zur Vermeidung des Aufbaus von Doppelstrukturen (Barriere) genannt werden. Entscheidende lokale Förderfaktoren wie die Offenheit des Landratsamtes für innovative Versorgungsmodelle oder eine hohe Bereitschaft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, mehr Verantwortung in der Organisation bzw. Verwaltung der regionalen Primärversorgung zu übernehmen wie auch die konkrete Umsetzung von Präventionsmaßnahmen vor Ort zu unterstützen, wurden evident. Zu kritischen Diskussionspunkten wie der Verbesserung der Zusammenarbeit am Sektorenübergang oder einer möglichen regionalen Bedarfsplanung wurden durch Interviewpartner:innen konkrete Beispielprojekte aus dem Raum Baden-Württemberg als Vorlagen benannt. Auch wichtige ungeklärte Themen wie die Frage nach der rechtlichen Haftung bei der Delegation ärztlicher Leistungen an neue berufliche Rollen in der Versorgung konnten durch die Analyse aufgezeigt werden.

Nach einer ausführlichen Bewertung und Einordnung der Ergebnisse anhand aktueller Literatur konnten abschließend Handlungsempfehlungen für die Praxis abgeleitet werden. Hierunter fällt zum Beispiel die Weiterentwicklung der Idee eines Regionalbudgets einschließlich der Klärung, welche Instanz die Budgetverwaltung und -integration eines solchen übernehmen könnte.

## 6. Literaturverzeichnis

- Augurzky, B., et al. (2018). Versorgung und Vergütung regional gedacht. Gesundheits- und Sozialpolitik 72(4/5): 64-71.
- Bach-Mortensen, A.M. & Verboom, B. (2020). Barriers and facilitators systematic reviews in health: A methodological review and recommendations for reviewers. Research synthesis methods 11(6): 743-759.
- Berger J., et al. (2018). Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg (Projektbericht). Sozial-Ministerium Baden-Württemberg.
- Biesbroek, R., et al. (2015). Opening up the black box of adaptation decision-making. Nature climate change 5(6): 493-494.
- Böhm, K. & Schönknecht, M. (2020). Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit: Eine Analyse der Kooperationen zwischen Kommunen und medizinischen Leistungs-erbringern des Versorgungssystems im Rahmen von Patienten-orientierten Zentren der Primär- und Langzeit-versorgung (PORT). Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung: Ruhr-Universität Bochum.
- Brennan, C., et al. (2018). Guidance on guidelines: Understanding the evidence on the uptake of health care guidelines. Journal of evaluation in clinical practice 24(1): 105-116.
- Bundesamt für politische Bildung (2022). Gesundheitsausgaben [online]. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61804/gesundheitsausgaben/> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]
- Bundesärztetag (2024). 128. Deutscher Ärztetag [online]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/128-daet-2024-in-mainz> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

Bundesministerium für Gesundheit (2022). Das deutsche Gesundheitssystem. Referat L 8 – Öffentlichkeitsarbeit. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesministerium für Soziale Sicherung (2025). Disease Management Programme [online]. Verfügbar unter: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

Carrasco, M. A., et al. (2019). Systematic review of barriers and facilitators to voluntary medical male circumcision in priority countries and programmatic implications for service uptake. *Global public health* 14(1): 91-111.

Doty, M. M., et al. (2020). Primary Care Physicians' Role In Coordinating Medical And Health-Related Social Needs In Eleven Countries: Results from a 2019 survey of primary care physicians in eleven high-income countries about their ability to coordinate patients' medical care and with social service providers. *Health Affairs* 39(1): 115-123.

Dresing, T. & Pehl, T. (2018). Praxisbuch Interview-, Transkriptions- & Analyse-Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Eigenverlag: Marburg.

Duden (2025). Verbund [online]. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Verbund> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

Eisenack, K., et al. (2015). Reply to 'Opening up the black box of adaptation decision-making'. *Nature climate change* 5(6): 494-495.

Firsching, M., et al. (2018). Gesunde Gemeinde–Gesunde Stadt im Landkreis Reutlingen. *Das Gesundheitswesen* 80(04): P01.

Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Rowohlt: Hamburg.

- Flick, U. (2016). Qualitative data analysis 2.0: Developments, trends, challenges. Qualitative inquiry and the politics of research, Routledge: 119-139.
- Gerlach, F. M. & Szecsenyi, J. (2013). Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg–Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 107(6): 365-371.
- Gesundes Kinzigtal GmbH (2025). Über uns [online]. Verfügbar unter: <https://www.gesundes-kinzigtal.de/ueber-uns.html> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2017). Theoretical sampling. Sociological methods, Routledge: 105-114.
- Hansen, J., et al. (2015). Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions. Health Affairs 34(9): 1531-1537.
- Hausärzteverband (2024). Hausarztzentrierte Versorgung [online]. Verfügbar unter: <https://www.haevbw.de/hzv> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]
- Helfferrich, C. (2009). Qualität qualitativer Daten - Manual zur Durchführung qualitativer Einzelinterviews. 3. Auflage. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Hopf, C., & Schmidt, C. (Hrsg.). (1993). Zum Verhältnis von innerfamiliären sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklung und politischen Orientierungen: Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema. Institut für Sozialwissenschaften der Universität Hildesheim: Hildesheim.
- Köhler, C., & Sommerbrodt, C. (2023). MINISERIE Zukunft des Gesundheitssystems. Folgen 25 – 29 [online]. Verfügbar unter: <https://das-arztgesprach.de/> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

- Kringos, D. S., et al. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC family practice* 11: 1-8.
- Kringos, D., et al. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice* 63(616): e742-e750.
- Kringos, D. S., et al. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs* 32(4): 686-694.
- Kringos, D. S., et al. (2015). Building primary care in a changing Europe, World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden*. Beltz Juventa: Weinheim.
- Marchildon, G. P., et al. (2021). Achieving higher performing primary care through patient registration: a review of twelve high-income countries. *Health policy* 125(12): 1507-1516.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). *Qualitative inhaltsanalyse*. Springer: Berlin.
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews*. Walter de Gruyter: Berlin.
- Nieper, R., et al. (2023). *Innovative Versorgungsmodelle: Entwicklungen. Perspektiven. Chancen*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin.
- Nolting, H.-D., et al. (2021). *Studie Gesundheitszentren für Deutschland: wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann*. Robert Bosch Stiftung: Stuttgart.
- O'Brien, B. C., et al. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic medicine* 89(9): 1245-1251.

OECD (2019). State of Health in the EU: Germany: Country Health Profile 2019. OECD Publishing: Paris.

OECD (2020). Realising the potential of primary health care. OECD Publishing: Paris.

Popert, U. W., et al. (2018). Warum wir ein Primärarztssystem brauchen. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 94(6): 250-254.

Roller, G., et al. (2016). Gesunde Gemeinden–Gesunde Städte im Landkreis Reutlingen – Zertifizierungsverfahren durch die Kommunale Gesundheitskonferenz. Das Gesundheitswesen 78(04): V75.

Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.

Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege (2025). Aufgaben des Rates [online]. Verfügbar unter: <https://www.svr-gesundheit.de/aufgaben-des-rates/> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege (2024). Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource [online]. Verfügbar unter: <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2024/> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021). Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems [online]. Verfügbar unter: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2021/> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung [online]. Verfügbar

unter: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

Scherer M., et al. (2024). Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. DEGAM: Berlin.

Schmid, A., et al. (2020). Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums. Robert Bosch Stiftung: Stuttgart.

Schmid, A., et al. (2020). Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Robert Bosch Stiftung: Stuttgart.

Schneider, A., et al. (2016). Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of a routine data analysis in Bavaria. *BMJ open* 6(6): e011621.

Sozialministerium Baden-Württemberg (2020). Land stärkt Primärversorgung mit vier weiteren zukunftsweisenden Projekten [online]. Verfügbar unter: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-staerkt-primarversorgung-mit-weiteren-vier-zukunftsweisenden-projekten/> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

Starfield, B., et al. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly* 83(3): 457-502.

Statistisches Bundesamt (2022). Demografischer Wandel. Zukünftige Bevölkerungsentwicklung [online]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-bevoelkerungsentwicklung.html> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

Strübing, J. (2013). Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung für Studierende. De Gruyter: Berlin.

- Tarimo, E., Webster, E. G & World Health Organization (1994). Division of Strengthening of Health Services. Primary health care concepts and challenges in a changing world : Alma-Ata revisited / E. Tarimo, E. G. Webster. World Health Organization. [online]. Verfügbar: <https://iris.who.int/handle/10665/62650> und [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/62650/WHO\\_ARA\\_CC\\_97.1.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/62650/WHO_ARA_CC_97.1.pdf) [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]
- Thornberg, R. & Charmaz, K. (2014). Grounded theory and theoretical coding. The SAGE handbook of qualitative data analysis 5(2014): 153-169.
- Wensing, M., et al. (2020). Improving patient care. The Implementation of Change in Health Care.
- Wensing, M., et al. (2018). Effects of a program to strengthen general practice care on hospitalisation rates: a comparative observational study. Scandinavian Journal of Primary Health Care 36(2): 109-114.
- Wensing, M., et al. (2019). Strong primary care and patients' survival. Scientific reports 9(1): 10859.
- Wensing, M., et al. (2017). Evaluation of a program to strengthen general practice care for patients with chronic disease in Germany. BMC health services research 17: 1-7.
- Williamson, T. B. & Nelson, H. W. (2017). Barriers to enhanced and integrated climate change adaptation and mitigation in Canadian forest management. Canadian Journal of Forest Research 47(12): 1567-1576.
- World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2019). Germany: Country Case Study on the Integrated Delivery of Long-Term Care. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2024). Primary Care. Verfügbar unter: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

Wuppertal Institut (2024). Transformative Forschung [online]. Verfügbar unter: <https://wupperinst.org/forschung/transformative-forschung> [Letzter Zugriff am: 06.01.2025]

Wuthe, J. & Roller, G. (2013). Gesundheit in allen Lebenslagen–Die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg und deren Umsetzung am Beispiel des Landkreises Reutlingen. *Das Gesundheitswesen* 75(04): P8.

## 7. Veröffentlichungen

Wiesner, L. et al. (2023). Entwicklung eines Modells für einen landkreisbezogenen, sektorenübergreifenden Primärversorgungsverbund: Stimmen der Versorger:innen und Akteur:innen im Landkreis Reutlingen. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (06.-08.10.2023): Berlin, Deutschland. doi: 10.3205/23dkvf541

## 8. Erklärung Eigenanteil

Die Arbeit wurde am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung unter Betreuung von Frau Professorin Dr. med. Stefanie Joos durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Frau Professorin Dr. med. Stefanie Joos, Frau Dr. med. Heidrun Sturm und Frau Antonia Bauer.

Die Rekrutierung der Teilnehmer:innen wurde von mir eigenständig und teilweise unter Vermittlung von Frau Dr. med. Heidrun Sturm durchgeführt. Die Interviews wurden von mir, mit Unterstützung von Frau Dr. Heidrun Sturm und Frau Antonia Bauer durchgeführt. Die Transkription der Audiodateien erfolgte durch das Institut Amanu® in Stuttgart, die Nachbearbeitung und Pseudonymisierung der Transkripte durch mich. Die wissenschaftliche Auswertung und methodische Aufarbeitung erfolgte nach Beratung von Prof. Dr. med. Stefanie Joos, Dr. med. Heidrun Sturm, Dr. med. Roland Koch und Dr. Christine Preiser durch mich. Die Abschnitte der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse, die weitere Codierer erforderten, wurden zusammen mit Frau Dr. med. Heidrun Sturm und Frau Antonia Bauer erarbeitet.

Ich versichere, das Manuskript selbstständig verfasst zu haben und keine von mir nicht genannte Quellen verwendet zu haben. Das Manuskript wurde von Professor Dr. med. Stefanie Joos Korrektur gelesen.

Tübingen, den 10.01.2025

[Lisa Wiesner]

## 9. Danksagungen

Abschließend möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich bei der Entstehung dieser Arbeit unterstützt haben.

Mein Dank gilt Frau Professorin Dr. med. Stefanie Joos für die Überlassung des Themas und ihre Unterstützung bei der Umsetzung dieser Arbeit.

Besonders herzlich möchte ich mich bei Frau Dr. med. Heidrun Sturm und Frau Antonia Bauer für die fachliche Unterstützung, die geduldige Betreuung und die konstruktive Kritik bedanken.

Weiterhin möchte ich mich bei Frau Dr. Christine Preiser und Herrn Dr. med. Roland Koch für die methodische Beratung bedanken.

Ein besonderer Dank gilt den an der Studie teilnehmenden Interviewpartner:innen, die sich die Zeit für die Interviews genommen und einen Einblick in ihre Lebenswelt und jahrelangen Erfahrungen gegeben haben.

## 10. Anhänge

Anhang 1: Dimensionen von Primärversorgung nach Kringos (2010)

Anhang 2: Interviewleitfaden nach Helfferich (2009)

Anhang 3: Transkriptionsregeln von Amanu® Stuttgart in Anlehnung an Dresing und Pehl (2018)

Anhang 4: Tabellarische Fallübersichten nach Kuckartz und Rädiker (2022)

Anhang 5: Checkliste Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) nach Bridget et al. (2014)

Anhang 6: Nachweise über methodische Qualifikation

Anhang 7: Projektbesuch Gesundes Kinzigtal

## 10.1. Anhang 1: Dimensionen von Primärversorgung nach Kringos (2010)

Tabelle 7: Struktur-, Prozess- und Outcomevariablen nach Kringos (2010)

| Dimension engl. (wörtlich übernommen aus Kringos, 2010) | Dimension dt. (wörtlich übersetzt aus Kringos, 2010) | Beschreibung (wörtlich übersetzt aus Kringos, 2010)  | Beispiele (wörtlich übersetzt aus Kringos, 2010)   |
|---|--|--|--|
| Governance (of the primary care system)                 | <b>Steuerung<br/>Regierungsführung</b>               | Die Dimension Steuerung kann als Vision und Ausrichtung der Gesundheitspolitik zusammengefasst werden, die Einfluss nimmt durch Regulation, Anwaltschaft/Engagement, Sammeln und Anwenden von Informationen. | <p><b>1. Gesundheitsziele bzw. Gesundheitsversorgungsziele:</b> Die Vision und Ausrichtung eines Primärversorgungssystems hängen von expliziten Gesundheits- oder Gesundheitsversorgungszielen auf einem nationalen Level ab.</p> <p><b>2. Strategie bezüglich der Gleichheit im Zugang zu Primärversorgungsdienstleistungen:</b> Gleichheit im Zugang kann beeinflusst werden durch Strategieentwicklung und Regulation bezüglich der Verteilung personeller Mittel und der Qualität der Versorgung über geografische Regionen hinweg, durch das Setzen von Strategiezielen bezüglich der Wartezeiten auf (spezifische) Primärversorgungsdienstleistungen; und durch Sicherstellung universeller finanzieller Abdeckung für Primärversorgungsdienstleistungen durch eine öffentlich anerkannte Körperschaft.</p> <p><b>3. (De)zentralisierung des Primärversorgungsmanagements und der Angebotsentwicklung:</b> Diese Faktoren werden geformt durch das Level (national, regional, lokal) auf dem Primärversorgungsstrategien bestimmt werden, der Grad, in dem Standards eine geografische Variation der Primärversorgungstätigkeiten erlauben, und die Entwicklung von Strategien zur Gemeindebeteiligung im Primärversorgungsmanagement und der Prioritätensetzung.</p> <p><b>4. Qualitätsmanagement-Infrastruktur in der Primärversorgung:</b> Diese kann aus einer Vielzahl an Mechanismen bestehen, die bestehen müssen, um eine adäquate Qualität der Versorgung zu sichern. Das inkludiert die Koordination des Qualitätsmanagements, Mechanismen zur Qualitätserfassung, Zertifizierung von Versorgungsanbietern, Lizenzierung von Einrichtungen, Qualitätsanreize, die Verfügbarkeit von Informationen zur Qualität, die Verfügbarkeit relevanter klinischer Guidelines, professionelle Kompetenz und Standardisierung der Einrichtungsausstattung.</p> <p><b>5. Geeignete Technologien in der Primärversorgung:</b> Technologie im Sinne von Techniken, Medikamenten, Ausstattung und Prozeduren, die für die Auslieferung von Primärversorgung entscheidend sind. Eine angemessene Entwicklung und Verwendung kann auf einem staatlichen Level angestoßen werden durch die Entwicklung einer nationalen Strategie bezüglich der</p> |

|  |                                |  |   |
|--|--------------------------------|--|---|
|  |                                |  | <p>Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologie in der Primärversorgung, und durch Organisation einer Führung/Schulung für Regierung und Anbieter zur Technologie-Bewertung von neuen und bestehenden Medikamenten und Behandlungsmöglichkeiten.</p> <p>6. <b>Patientenfürsprache:</b> Diese kann umgesetzt werden durch primärversorgungsorientierte Patienten-Organisationen und Patientenzustimmungsverfahren in Versorgungseinrichtungen.</p> <p>7. <b>Eigentumsstatus von Primärversorgungseinrichtungen:</b> Dieser ist ein Indikator dafür, inwieweit die Regierung an der Zurverfügungstellung von Primärversorgung involviert ist.</p> <p>8. <b>Integration von Primärversorgung im Gesundheitsversorgungssystem:</b> Integration der Primärversorgung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Primärversorgung und Sekundärversorgung sowie Aufgabenvertretung und -delegation kann durch Regierungsprogramme und Gesetze gefördert werden.</p>                                    |
| Economic conditions (of the primary care system) | <b>Finanzierung</b>            | Die Dimension Finanzierung beschreibt die ökonomische Situation der Primärversorgung.  | <p>1. <b>Finanzierungssystem der Gesundheitsversorgung:</b> Die Finanzierungsmethode für Gesundheitsversorgung für die Mehrheit der Bevölkerung, z.B. Steuern, Gesundheitsversicherung, oder private Ausgaben.</p> <p>2. <b>Ausgaben für Gesundheitsversorgung:</b> Gesamtheit der Ausgaben für Gesundheitsversorgung.</p> <p>3. <b>Ausgaben für Primärversorgung:</b> Gesamtheit der Ausgaben für Primärversorgung.</p> <p>4. <b>Beschäftigungsstatus der Primärversorgungsarbeitskräfte:</b> z.B. angestellte Anbieter, oder selbstständige Anbieter mit/ohne Verträge mit Gesundheitsservices oder Versicherungen.</p> <p>5. <b>Entgeltsystem der Primärversorgungsarbeitskräfte:</b> z.B. Einzelleistungsvergütung (fee-for-service payment), Pro-Kopf-Gebühren (capitation payment), Gehaltszahlung (salary payment) oder gemischte Vergütung.</p> <p>6. <b>Einkommen der Primärversorgungsarbeitskräfte:</b> Jährliches Einkommen der Primärversorgungsarbeitskräfte, auch verglichen mit Spezialisten.</p> |
| (Primary care) Workforce Development             | <b>Arbeitskraftentwicklung</b> | Die Dimension Arbeitskraftentwicklung kann zusammengefasst werden als Profil der in der Primärversorgung tätigen Arbeitskräfte, und deren Position im Versorgungssystem. | <p>1. <b>Profil der Primärversorgungsarbeitskräfte:</b> Jene Professionen in der Gesundheitsversorgung, die als Teil der Primärversorgungsarbeitskräfte angesehen werden und deren Gender-Ausgewogenheit.</p> <p>2. <b>Anerkennung und Verantwortlichkeiten:</b> Ob eine Primärversorgungsdisziplin offiziell als separate Disziplin mit anerkannten Verantwortlichkeiten anerkannt ist unter den verschiedenen medizinischen Disziplinen.</p>  |

|                                      |                    |   |   |
|--------------------------------------|--------------------|---|---|
|                                      |                    |   | <p><b>3. Ausbildung und Mitarbeiterbindung:</b> Berufsausbildungsvoraussetzungen für Primärversorgungsprofessionen, Arbeitskräfteangebot in der Primärversorgung, Probleme in der Mitarbeiterbindung und Kapazitätsplanung.</p> <p><b>4. Berufsverbände:</b> Organisation von Berufsverbänden für Primärversorgungsarbeitskräfte.</p> <p><b>5. Akademischer Status der Primärversorgungsdisziplin:</b> Repräsentiert durch akademische Institute für Allgemeinmedizin an Universitäten.</p> <p><b>6. Zukünftige Entwicklung der Primärversorgungsarbeitskräfte:</b> Hinderliche Entwicklungen bezüglich der aktuellen Entwicklung und erwartete zukünftige Entwicklungen der Primärversorgungsarbeitskräfte aus der Sichtweise der Interessensvertreter.</p>  |
| Access<br>(to primary care services) | <b>Zugang</b>      | Die Dimension Zugang beschreibt den Zugang zu Primärversorgungsleistungen für die Bevölkerung.              | <p><b>1. Verfügbarkeit von Primärversorgungsleistungen:</b> Umfang und Art der Primärversorgungsleistungen in Relation zu den Bedarfen der Bevölkerung.</p> <p><b>2. Geografische Erreichbarkeit von Primärversorgungsleistungen/-einrichtungen:</b> Abgelegenheit der Dienstleistungen in Hinblick auf die Entfernung, die Patienten zurücklegen müssen.</p> <p>3.</p> <p><b>Entgegenkommen/Ermöglichung/Erleichterung bei der Erreichbarkeit:</b> Die Art und Weise, wie Ressourcen organisiert werden, um den Zugang zu erleichtern/ermöglichen (z.B. Terminsysteme, Öffnungszeiten, Hausbesuche).</p> <p><b>4. Leistbarkeit von Primärversorgungsleistungen:</b> Finanzielle Barrieren, die Patienten erleben, um Primärversorgungsleistungen wahrnehmen zu können (z.B. Zuzahlungen oder Kostenbeteiligungen).</p> <p><b>5. Akzeptanz von Primärversorgungsleistungen:</b> Patientenzufriedenheit mit der Organisation von Primärversorgung.</p> <p><b>6. Nutzung von Primärversorgungsleistungen:</b> Tatsächliche Inanspruchnahme von Primärversorgungsleistungen.</p> <p><b>7. Gleichberechtigung beim Zugang:</b> Das Ausmaß in dem Zugang zu Primärversorgungsleistungen angeboten werden auf der Basis von Gesundheitsbedarfen, ohne systematische Differenzierung auf der Basis individueller oder sozialer Merkmale.</p> |
| Continuity<br>(of primary care)      | <b>Kontinuität</b> | Die Dimension Kontinuität kann als Hierarchie dreier Eigenschaften aufgefasst werden – siehe rechte Spalte. | <p><b>1. Longitudinale Kontinuität der Versorgung:</b> Das Vorhandensein langfristiger Beziehungen zwischen Primärversorgungsanbietern und ihren Patienten in der Versorgung unabhängig vom Vorhandensein oder nicht-Vorhandensein spezieller Erkrankungen. (Manchmal wird auch die generationsübergreifende Versorgung von Familien miteingeschlossen).</p> <p><b>2. Informationelle Kontinuität der Versorgung:</b> Eine organisierte Sammlung</p>  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>von medizinischen Daten des Patienten, welche schnell verfügbar ist für alle Gesundheitsprofessionen, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind. Dies kann erreicht werden durch das Führen einer Patientenakte, klinische Unterstützungs- und Referenzsysteme.</p> <p>3. <b>Beziehungskontinuität in der Versorgung:</b> Die Qualität der langfristigen Beziehung zwischen Primärversorgungsanbieter und Patient in Bezug auf den adäquaten Umgang mit Patientenbedürfnissen und -präferenzen, z.B. hinsichtlich Kommunikation und Respekt gegenüber Patienten. (Manchmal wird außerdem eine vierte Eigenschaft, die sogenannte „Management-Kontinuität“ hinzugezählt. Darunter versteht man das Vorhandensein eines konsistenten, kohärenten Ansatzes im Management eines Gesundheitsproblems. Dabei zeigen sich Überlappungen mit der Dimension Koordination.)</p>  |
| Coordination (of primary care)               | <b>Koordination</b>                        | Die Dimension Koordination steht für die Fähigkeit / Befähigung der Primärversorger, die Nutzung anderer Level im Gesundheitssystem zu koordinieren.                         | <p>1. <b>Gatekeeping System:</b> Der Grad des direkten Zugangs zu Gesundheitsversorgungsanbietern durch Patienten ohne Referenz durch einen Primärversorgungsanbieter.</p> <p>2. <b>Primärversorgungspraxis und Teamstruktur:</b> z.B. Aufgabenteilung, geteilte Räumlichkeiten, Teamgröße und Beschäftigungsumfang.</p> <p>3. <b>Qualifikationen- und Kompetenzen-Mix (skill-mix) unter Primärversorgungsanbietern:</b> Mannigfaltigkeit und gegenseitige Vertretbarkeit durch Primärversorgungsanbieter.</p> <p>4. <b>Integration von Primär- und Sekundärversorgung:</b> Versorgungsintegration kann erreicht werden durch Spezialisten Outreach und klinische Protokolle, die integrierte Versorgung fördern.</p> <p>5. <b>Integration von Primärversorgung und Public Health:</b> Das Ausmaß in dem Primärversorgungsanbieter mit Praktikern aus dem Public Health Bereich zusammenarbeiten, um Angebote zu stellen, die die Gesundheit beeinflussen.</p> |
| Comprehensiveness (of primary care services) | <b>Allumfassendheit Vollumfänglichkeit</b> | Die Dimension Allumfassendheit repräsentiert das Spektrum an Dienstleistungen, die im Rahmen der Primärversorgung zur Verfügung steht, um den Patientenbedarfen zu begegnen. | <p>1. <b>Medizinische Ausstattung verfügbar:</b> Bandbreite an für Primärversorgungstätigkeiten vorhandener medizinischer Ausstattung.</p> <p>2. <b>Erstkontakt für alltägliche Gesundheitsprobleme:</b> Bandbreite an Gesundheitsproblemen, für die Erstkontakt-Versorgung in der Primärversorgung zur Verfügung stehen.</p> <p>3. <b>Behandlung und Nachverfolgung von Diagnosen:</b> Bandbreite von Diagnosen, für die Behandlung und Weiterbehandlung in der Primärversorgung zur Verfügung stehen.</p> <p>4. <b>Medizinisch-technische Verfahren und präventive Versorgung:</b> Bandbreite medizinisch-technischer Verfahren und präventiver Versorgungsdienstleistungen, die in der Primärversorgung zur Verfügung stehen.</p>   |

|                      |                      |   |  |
|----------------------|----------------------|---|--|
|                      |                      |   | <p><b>5. Mutter-Kind- und Reproduktionsmedizinische Versorgung:</b> Bandbreite von Mutter-Kind-Gesundheitsversorgung und Reproduktionsmedizinischer Versorgung, die in der Primärversorgung zur Verfügung stehen.</p> <p><b>6. Gesundheitsförderung:</b> Bandbreite von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, die in der Primärversorgung zur Verfügung stehen.</p>  |
| Quality (of care)    | <b>Qualität</b>      | Die Dimension Qualität der Primärversorgung spiegelt den Grad wider, in dem Gesundheitsdienstleistungen die Bedürfnisse der Patienten befriedigen, sowie die Standards der Versorgung.    | <p><b>1. Verschreibeverhalten von Primärversorgungsanbietern:</b> z.B. die Häufigkeit und Frequenz, in der Medizin verschrieben wird.</p> <p><b>2. Qualität von Diagnosen und Therapien in der Primärversorgung:</b> z.B. reflektiert durch das Auftreten von vermeidbarer Hospitalisierung für akute ambulant-sensitive Fälle.</p> <p><b>3. Qualität des Managements chronischer Erkrankungen:</b> z.B. die Prävalenz chronischer Erkrankungen, Beleg für Behandlungscharakteristiken, und das Vorkommen vermeidbarer Hospitalisierung für chronische ambulant-sensitive Fälle.</p> <p><b>4. Qualität der Versorgung psychischer Erkrankungen:</b> z.B. die Prävalenz psychischer Erkrankungen, Verordnung von Antidepressiva, Kontinuität der Versorgung.</p> <p><b>5. Qualität von Gesundheitsversorgung für Mutter und Kind:</b> z.B. die mütterliche Sterblichkeitsrate, das Angebot präventiver Screenings für schwangere Frauen, oder Kinderschutzimpfungen.</p> <p><b>6. Qualität von Gesundheitsförderung:</b> z.B. Übergewicht, Rauchen und Alkoholkonsum in der Population.</p> <p><b>7. Qualität der Gesundheitsvorsorge:</b> z.B. das Auftreten verhütbarer Erkrankungen oder Krebsvorsorgen.</p> |
| Efficiency (of care) | <b>Effizienz</b>     | Die Dimension Effizienz der Primärversorgung steht für die Balance der Ressourcen im System, die genutzt werden, um Patienten zu behandeln und bestimmte Outcomes zu erreichen.           | <p><b>1. Allokationseffizienz und Leistungsfähigkeit:</b> Minimierung der Opportunitätskosten durch Behandlungsdauer; Maximierung des Patientenoutcomes, Minimierung der Kosten pro Patient.</p> <p><b>2. Technische Effizienz:</b> Ein System ist technisch effizient, wenn es seinen eigenen Ressourcenverbrauch nicht reduzieren kann ohne dass dies Auswirkung auf die Behandlung von Patienten und den Behandlungserfolg hätte.</p> <p><b>3. Effizienz der Leistung der Primärversorgungsarbeitskräfte:</b> zeigt sich z.B. in Statistiken über die Anzahl und Dauer von Konsultationen, die Verschreibungsfrequenz (unnötiger Gebrauch), und die Anzahl an Überweisungen zu Spezialisten.</p>  |
| Equity (in health)   | <b>Gerechtigkeit</b> | Die Dimension Gesundheitsgerechtigkeit erscheint als vergleichsweise kleiner, aber wichtiger Forschungsbereich in der Primärversorgung. Sie beschreibt die Abwesenheit systematischer und | -  |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | potenziell behebbarer<br>Unterschiede im<br>Gesundheitsstatus<br>zwischen<br>Bevölkerungsgruppen. |  |
|--|--|---|--|

## 10.2. Anhang 2: Interviewleitfaden nach Helfferich (2009)

### Leitfaden Projekt „Primärversorgungsverbund Reutlingen“

#### Einführung

- Dank für die Teilnahmebereitschaft
- Vorstellung Forschungsteam
- Rahmenbedingungen klären:
  - Zeitlicher Rahmen ca. 60 Minuten
  - Aufwandsentschädigung 100 Euro
  - Datenschutz: Einverständnis mit Tonbandaufnahme und anschließender Transkription einholen, vertrauliche Behandlung und anschließende Pseudonymisierung der Daten zusichern.
- Vorstellung Forschungsprojekt → Powerpoint Präsentation „Einführungspräsentation für Interviewtermine“ starten
- Anschließend Möglichkeiten für Rückfragen

#### >> Aufnahme starten <<

- Einverständnis zur Teilnahme erneut einholen
- Interviewpartner:in stellt sich vor
- Interview nach Leitfaden:

Tabelle 8: Leitfadenausarbeitung nach Helfferich (2009)

| Dimension | Leitfrage<br>(Erzähl-<br>aufforderung)  | Check<br>– wurde das<br>erwähnt?<br><i>Nachfragen nur,<br/>wenn nicht von<br/>allein<br/>angesprochen,<br/>Formulierung<br/>anpassen</i> | Konkrete<br>Fragen<br><br><i>An passender<br/>Stelle stellen</i>   | Aufrechterhaltungs-,<br>Steuerungsfragen  |
|-----------|---|--|--|---|
| WER       | Welche Akteur:innen müssen aus Ihrer Sicht Bestandteil von Primärversorgung sein? | Möglichst umfangreiche Aufzählung anregen.   | Ist Primärversorgung aus Ihrer Sicht in erster Linie ärztlich fokussiert? Welche Professionen oder Institutionen | Nonverbale Aufrechterhaltung<br>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?<br>Haben Sie dazu ein Beispiel?<br>Spielt hier ... eine Rolle?<br>Wie ist das mit...? |

|     |   |  |  |   |
|-----|---|--|--|---|
|     |   |  | sollten bedacht werden?  |   |
| WAS | Welche Angebote müssen aus Ihrer Sicht Teil von Primärversorgung sein?  | Freie Assoziation der Interviewpartner:innen zulassen.   |  | Nonverbale Aufrechterhaltung<br>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?<br>Haben Sie dazu ein Beispiel?<br>Spielt hier ... eine Rolle?<br>Wie ist das mit...? |
| WIE | Wie muss aus Ihrer Sicht eine gelungene Kommunikation zwischen Akteur:innen aussehen? Wie soll eine Koordination der Angebote erfolgen? | Administrative Koordination<br>Explizite Äußerung zum Thema Lots:in oder Koordinator:in<br>Praktische Zusammenarbeit der Versorger:innen       | Braucht es eine Art Patient:innensteuerung oder Lots:innenfunktion in diesem System? Welchen Stellenwert sollen telemedizinische Anwendungen und Kommunikation in virtuellen Räumen aus Ihrer Sicht einnehmen? | Nonverbale Aufrechterhaltung<br>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?<br>Haben Sie dazu ein Beispiel?<br>Spielt hier ... eine Rolle?<br>Wie ist das mit...? |
|     | Wie kann eine Transition vom jetzigen in ein innovatives Primärversorgungskonzept erfolgen? Welche Rolle können Sie dabei einnehmen?    | Einschätzung IST-Situation (jetzige Versorgung)<br>Idee SOLL-Zustand (zukünftige, innovativere Versorgung)<br>Ideen zur Initiierung von ersten | Wie schätzen Sie die aktuelle Versorgungssituation im Landkreis ein?<br>Wie soll eine innovative Primärversorgung der Zukunft aus Ihrer Sicht aussehen?  | Nonverbale Aufrechterhaltung<br>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?<br>Haben Sie dazu ein Beispiel?<br>Spielt hier ... eine Rolle?<br>Wie ist das mit...? |

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
|  |   | Veränderungsschritten – wo kann man ansetzen?  | Wie können konkret erste Schritte hin zu einer Veränderung aussehen?   |   |
|  | Welche Finanzierungskonzepte sind denkbar? Wie kann ggf. sektorenübergreifende Finanzierung gelingen? | Freie Assoziation der Interviewpartner:innen zulassen (eventuell stark abhängig von Vorwissen) | Haben Sie von innovativen Finanzierungsmodellen gehört, die anderswo gut funktionieren und auch für unser Projekt vorstellbar wären? | Nonverbale Aufrechterhaltung<br>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?<br>Haben Sie dazu ein Beispiel?<br>Spielt hier ... eine Rolle?<br>Wie ist das mit...? |
|  |   |  | <b>Letzte Frage:</b><br>Haben Sie Punkte, die Sie noch gerne ansprechen würden?  |   |

>> Aufnahme beenden <<

### Abschluss

- Dank für die Auskunftsbereitschaft und Teilnahmebereitschaft
- Evtl. Frage nach weiteren Interviewpartner:innen
- Erinnerung an Formular für Aufwandsentschädigung

## 10.3. Anhang 3: Transkriptionsregeln von Amanu® Stuttgart in Anlehnung an Dresing und Pehl (2018)

Tabelle 9: Transkriptionsregeln von Amanu® Stuttgart in Anlehnung an Dresing und Pehl (2018)

amanu

Seite 1 von 2

### Vergleich einfache Transkriptionsregeln®

| Eigenschaften                           | amanu Standard®                             | Hoffmann-Riem                         | Dresing und Pehl   |
|---|---|---------------------------------------|--|
| Anpassung der Interpunktion             | Ja  | Ja                                    | Ja   |
| Leichte Glättung der Sprache            | Ja  | Ja                                    | Ja   |
| Anpassung an die Schriftsprache         | Ja  | Ja                                    | Ja   |
| Transkription von Dialekten             | Nein  | Nein                                  | Nein   |
| Zusätzliche Zeitmarken                  | {hh:mm:ss} 2 pro Seite                      | Nein                                  | #00:00:00-0# bei Sprecherwechsel   |
| Anonymisierung                          | Auf Wunsch: <Name>, <Ort>                   | Nein                                  | Nein   |
| Unverständliches Wort                   | {...} {hh:mm:ss}                            | {...} {hh:mm:ss}                      | {unv.} #00:00:00-0#  |
| Unverständliche Passage                 | {.....} {hh:mm:ss} ggf. mit Erklärung       | {...} {hh:mm:ss}                      | {unv.} #00:00:00-0# ggf. mit Erklärung   |
| Vermuteter Wortlaut                     | {Wort?/Satz?}, (<Name>) {hh:mm:ss}          | {Wort/Satz?} {hh:mm:ss}               | {Wort/Satz?} #00:00:00-0#  |
| Vermuteter Wortlaut: ev. Name, Ort usw. | {<Name?>} {hh:mm:ss}                        | Nein                                  | Nein   |
| Kurze Pause                             | Nein  | --                                    | Nein   |
| Mittlere Pause                          | Nein  | --                                    | Nein   |
| Lange Pause                             | {überlegt}, {zögert}, {schweigt} u. Ä.      | ---                                   | {...}  |
| Planungspausen                          | Nein* {ah/ähm}                              | /eh/, /ehm/                           | äh/ähm   |
| Rezeptionssignale (mhm/mmh)             | Nur bei Befragten: mhm, mh-mh. Im Übrigen * | mhm/mmh                               | Nur wenn der Beitrag ausschließlich daraus besteht: mhm (bejahend), mhm (verneinend) |
| Nichtsprachliche Handlung               | {klopft auf den Tisch}, {(lacht)}           | {{(klopft auf den Tisch)}, {(lacht)}} | {klopft auf den Tisch}, {(lacht)}  |
| Betonungen                              | <u>sicher</u> *                             | <u>sicher</u>                         | SICHER   |
| Gedehntes Sprechen                      | <u>sicher</u> *                             | s i c h e r                           | Nein   |
| Lautes Sprechen                         | {spricht laut} *oder <u>sicher</u> *        | Nein                                  | Nein   |

amanu

Seite 2 von 2

### Vergleich einfache Transkriptionsregeln®

|                        |                                |             |          |
|------------------------|--------------------------------|-------------|----------|
| Sehr leises Sprechen   | {spricht leise}, {(flüstert) * | Nein        | Nein     |
| Lachend gesprochen     | {lachend}                      | Nein        | Nein     |
| Lachen                 | {lacht}                        | {{(lacht)}} | {lachen} |
| Wortabbruch            | vielle... *                    | Nein        | Nein     |
| Satzabbruch            | ---                            | ---         | /        |
| Unterbrochene Äußerung | {Text} ><br>> {Text}           | Nein        | /        |
| Gleichzeitig Sprechen  | s. ggf. unterbrochene Äußerung | Nein        | Nein     |

\* Erfassung nur, soweit dies den Inhalt maßgeblich beeinflusst oder für das korrekte Textverständnis erforderlich ist.

## 10.4. Anhang 4: Tabellarische Fallübersichten nach Kuckartz und Rädiker (2022)

Tabelle 10: Tabellarische Fallübersichten nach Kuckartz und Rädiker (2022)

| Ebene                    | Akteur:innen   | Interview | Themen   |
|--------------------------|--|-----------|--|
| Leistungserbringer:innen | <b>Ärzt:innen</b><br>(Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin, Fachärzt:in für Kinder- und Jugendmedizin, Wissenschaftler:innen, Vertreter:innen der Ärzteschaft im Landkreis, Ärztliche Selbstverwaltung) | A01       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Digitaler Austausch</li> <li>• Koordinierungsstelle/ Auskunftsstelle in der ambulanten Versorgung</li> <li>• Selbsthilfe einbeziehen Arbeitsmedizin einbeziehen</li> <li>• Kurze Wege, schnelle Termine</li> <li>• Ambulante Reha</li> <li>• Anreize für Netzwerkarbeit schaffen</li> <li>• Sektorenübergreifende Versorgung bei seltenen Erkrankungen (Bsp. Post-Covid)</li> <li>• Koordination der Versorgung durch Hausärzte</li> </ul>  |
|                          |  | A02       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zentrenbildung nimmt wirtschaftlichen Druck</li> <li>• Vorteile als Angestellter</li> <li>• Gesundheitslotsin, Sozialarbeiterin</li> <li>• Kurze Wege, schnelle Termine</li> <li>• Digitaler Austausch, gemeinsame Patientenakte</li> <li>• Ärzteschaft gewinnen</li> <li>• Koordination der Versorgung durch Hausärzte</li> <li>• Arbeitsvorstellungen in der jungen Generation ändern sich</li> </ul>   |
|                          |  | A03       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelpraxis als effizienteste Struktur</li> <li>• Weiterbildung anpassen</li> <li>• Aufgaben reduzieren statt delegieren → Fachkräftemangel</li> <li>• Anreize für Netzwerkarbeit / gute Zusammenarbeit</li> <li>• Finanzierung von Versorgung</li> <li>• Versorgung Kinder und Jugendliche</li> <li>• Tandem-Qualitätszirkel mit dem Jugendamt</li> </ul>   |
|                          |  | A04       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modellhafte Versuche wichtig</li> <li>• Gemeindeschwester</li> <li>• Delegation</li> <li>• Nutzung von digitalen Tools</li> <li>• Gesundheitssystem sehr gut</li> <li>• Gebessertes Image der Allgemeinmedizin</li> <li>• Patientenbegleiter der Krankenkasse als Entlastung</li> <li>• Fachkräftemangel</li> <li>• Strukturen vereinfachen, statt neue erfinden</li> <li>• Hausärzte als zentrale Ansprechpartner und Koordinatoren in der Primärversorgung</li> <li>• Rolle der KV</li> <li>• Rolle der Gemeinde/Kommune</li> <li>• HZV und Gate-Keeping</li> </ul> |

|  |               |             |  |
|--|---------------|-------------|--|
|  |               | <b>A05</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pfade für Krankheitsbilder statt Primärkontakt über Hausarzt</li> <li>• Koordination der Versorgungsangebote innerhalb der Primärversorgung über zentrale Stelle mit Qualitätssicherung</li> <li>• Informationssystem für Patienten vor Konsultation zB telefonisch</li> <li>• Zusammenarbeit in nicht-Einzelpraxen</li> <li>• als wichtiges Korrektiv</li> <li>• Qualifikation und Selbstverständnis unter Hausärzten sehr unterschiedlich</li> <li>• Offenheit für Zusammenarbeit unterschiedlich groß</li> <li>• Physiotherapie Budget, Ergotherapie Budget, Verbandmaterial Budget</li> <li>• Finanzierung sicherstellen, bevor man ein Projekt vorschlägt</li> <li>• Bedarfserhebung und Organisation auf regionaler Ebene</li> <li>• Ärztenetz und medi als bestehende Strukturen</li> </ul>  |
|  |               | <b>SV01</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delegation</li> <li>• Selbsthilfe wichtig</li> <li>• Versorgung ist gut und SGB fordert ausreichende Versorgung</li> <li>• Gesamtbudget, Virtuelles Budget mitführen</li> <li>• Kreisgesundheitskonferenz zur Klärung der Zuständigkeiten</li> <li>• Krankenkassenlandschaft sehr divers, macht einheitliches Arbeiten schwierig</li> <li>• Zeitliche Ressourcen knapp bzgl Fallkonferenzen, Qualitätszirkeln, etc.</li> <li>• Funktion und Aufgaben des Lotsen – kritisch; Finanzierung Lotsen – Praxis oder LRA</li> </ul>  |
|  | <b>Klinik</b> | <b>KL01</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• App, Telesprechstunden</li> <li>• Gesundheitszentrum mit Basisversorgung und Telemedizin Sprechzimmern</li> <li>• Prävention über App</li> <li>• Regionalbudgets</li> <li>• Hybrid DRGs als Lösung?</li> <li>• Terminbuchung über App</li> <li>• Treiber und Vordenker gewinnen Gemeinsame Standards/SOPs entwickeln (Bsp. Hypertonie) Ausbildung für Allgemeinmediziner anpassen</li> <li>• ÖGD einbeziehen, Daten verwenden</li> <li>• Weniger Ergo und Physio Präsenztermine, App-gesteuerte Eigenübungen</li> <li>• Prävention im aktuellen System geschäftsschädigend</li> <li>• Tumorstaging ambulant derzeit nicht umsetzbar</li> <li>• Widerstände von Seiten der Ärzte</li> <li>• KV-Sitze-Berechnung macht flexiblen Arzteinsatz schwierig</li> <li>• Notwendigkeit für Krankenkassen in Frage stellen</li> <li>• Bürgerdialog Reutlingen</li> <li>• Kreisgesundheitskonferenz</li> </ul> |

|  |                        |             |  |
|--|------------------------|-------------|--|
|  | <b>Pflege</b>          | <b>PF01</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernetzung Pflegeheime und ambulante Pflegedienste</li> <li>• Palliativnetzwerk</li> <li>• Sektorenübergreifendes Schnittstellentreffen mit Klinik</li> <li>• Gemeindenah und dezentralisiert</li> <li>• Patient im Mittelpunkt</li> <li>• Lotse soll Gemeindeschwesterplus sein statt CCM machen</li> <li>• MFA weiterqualifizieren</li> <li>• Koordination am LRA</li> <li>• Telemedizin nutzen → Cave: Pflege muss erst geschult werden!<br/>Angehörige und Ehrenamt einbinden</li> <li>• Apotheke einbinden</li> <li>• Ärzte- und Pflegemangel behindert Netzwerkarbeit</li> <li>• Vernetzung wird nicht vergütet</li> <li>• Aufbau von Doppelstrukturen vermeiden</li> <li>• Pflegeausbildung attraktiv machen</li> <li>• Pflege in Telemedizin ausstatten und schulen</li> <li>• IT-Infrastruktur am Land schlecht, kein Internet</li> <li>• Prävention und Sturzprophylaxe</li> </ul>  |
|  | <b>Therapeut:innen</b> | <b>T01</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernetzung muss nicht unter einem Dach sein, kann auch mit imaginären Vernetzungen geschehen; von Vorteil ist aber, wenn trotzdem die Wege kurz und alle an einem Ort sind</li> <li>• Projektleiter sollte nicht von extern kommen, sondern vor Ort sein und niederschwellig auf alle zugehen</li> <li>• Fallbesprechungen</li> <li>• Hausarztpraxen über KV erreichen</li> <li>• Ambulante Reha soll kommen</li> <li>• Elektronische Patientenakte wichtig</li> <li>• Lotse oder CCM wichtig</li> <li>• Multiprofessionelles Arbeiten ist die Zukunft (z.B. bei Krebspatienten, neurologischen Patienten besonders wichtig)</li> <li>• In einem Verbund ist die Hemmschwelle/Hürde für Patienten niedriger</li> <li>• Weniger wirtschaftliche Last auf Leistungserbringern bei Zentrumslösung</li> <li>• Treiber gewinnen, Kommune als Initiator</li> <li>• Im therapeutischen Bereich gemeinsame Behandlungsziele ausarbeiten</li> <li>• Anhand einer Blaupause die Vorteile eines Netzwerks herausarbeiten</li> <li>• Teamarbeit vor allem für Ärzte schwierig</li> <li>• Qualifikation Lotse</li> </ul> |
|  |                        | <b>T02</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niederschwelliger Zugang zu Gesundheit und Versorgung</li> <li>• Zusammenarbeit auf Augenhöhe</li> <li>• Ausbildung an Gesundheitszentren und interprofessionelle Lehre</li> <li>• Community Health Care</li> <li>• Ausbildung akademisieren und professionalisieren</li> <li>• Einsparungspotenzial seitens der Kassen durch Nutzung Ergotherapie (Bsp. Ergotherapie zur Überbrückung, bis Psychotherapie Platz frei wird)</li> <li>• Mensch im Mittelpunkt, Wording Mensch-Patient</li> <li>• Lotsin aus der Pflege</li> <li>• Versorgung vor Ort wirtschaftlich und klimaschonend</li> <li>• Menschen dazu anregen, sich gesundheitsförderlich miteinander zu verhalten</li> <li>• Arbeiten auf Augenhöhe, Bezahlung auf gleichem Lohn</li> <li>• Gelder aus der Wirtschaft generieren, BGM mitdenken</li> <li>• Direktzugang zu Heilmitteln</li> <li>• Pflege entlasten und akademisieren</li> </ul>  |

|                           |   |              |  |
|---------------------------|---|--------------|--|
| <b>Kommunen</b>           | <b>Landratsamt</b>                        | <b>KA01</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinische Versorgung als kommunale Aufgabe</li> <li>• Zusammenarbeit mit ÖGD und Landratsamt</li> <li>• Idee der Entwicklung von Standard-Fallvignetten</li> <li>• Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Austausch</li> <li>• Gemeinsame Patientenakte und Nutzung der Digitalisierung</li> <li>• Treiberpersonen und -institutionen identifizieren</li> <li>• Selbsthilfe</li> <li>• COVID Pandemie veränderte die Aufgaben des ÖGD/LRA, vieles blieb liegen</li> <li>• Rechtsform eines Gesundheitszentrums</li> <li>• Datenschutzrechtliche Fragestellungen bei der Nutzung von IT-Lösungen (auch bei der Zusammenarbeit mit dem ÖGD)</li> </ul>   |
|                           | <b>Kommunale Stelle</b>                   | <b>KA02</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitskreis Gesunde Gemeinde und kommunale Arbeit</li> <li>• Bedarfsabstimmung und Zusammenarbeit mit dem LRA</li> <li>• Wichtigkeit dezentraler Angebote Netzwerke und Arbeitskreis in der Gemeinde</li> <li>• Wichtigkeit von Prävention</li> <li>• Kommunale Schnittstelle</li> <li>• Bedarfe versus wirtschaftliche Interessen</li> </ul>  |
|                           | <b>Bürgermeister:in</b>                   | <b>KA03</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunale Versorgung</li> <li>• Aufbau eines Gesundheits- und Präventionszentrums</li> <li>• Zusammenarbeit mit dem LRA</li> <li>• Wichtigkeit von Treiberpersonen</li> <li>• Case- und Care-Manager Lotsenposition beim LRA</li> <li>• Innovatives LRA in RT</li> <li>• Kommunikation als Schwachstelle im Gesundheitssystem</li> <li>• Rechtsform (Verein, MVZ)</li> </ul>  |
|                           | <b>Öffentlicher Gesundheitsdienst</b>     | <b>ÖGD01</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interdisziplinäres Arbeiten auf Augenhöhe</li> <li>• Prävention und Gesundheitsförderung</li> <li>• Gemeinsame, digitale Patientenakte</li> <li>• Regionale Besonderheiten/Bedarfe berücksichtigen</li> <li>• Bürgereinbindung</li> <li>• Vorteile eines Zentrums, Attraktivität für junge Kollegen</li> <li>• Interdisziplinäres Arbeiten in Zentren bereits in der Ausbildung</li> <li>• Vernetzung durch Lotsin</li> <li>• Wissenstransfer zwischen Zentren</li> <li>• Einbezug der Universität</li> <li>• Gemeinsame Ausbildung von Lotsen, Verortung am Zentrum</li> <li>• Politischer Rückhalt, Zusammenarbeit Kommune und Landkreis</li> <li>• Entscheidungen auf Bundesebene wichtig (SGB V und XI)</li> <li>• Patientenzufriedenheit mitdenken</li> <li>• Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung</li> <li>• Budgets für Modellversuche</li> <li>• Öffnungszeiten in der Primärversorgung</li> <li>• Terminorganisation mit Spezialisten</li> <li>• Rolle des ÖGD</li> </ul> |
| <b>Kostenträger:innen</b> | <b>Landesweit agierende Krankenkassen</b> | <b>KK01</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sektorenübergreifende Versorgung</li> <li>• Wichtigkeit der Lotsenrolle</li> <li>• Wichtige Treiber gewinnen</li> <li>• Ärzte über KV und ÄK erreichen Selektivverträge oder Innovationsfonds / Kassenselektivität</li> <li>• Veränderungspotenzial durch Coronapandemie</li> <li>• Kommune und Public Health</li> <li>• Prävention und Gesundheitsförderung Modellversuche wichtig</li> <li>• Digitale Lösungen nutzen</li> <li>• Problem SGBV und SGBXI in der Pflege</li> </ul>  |

|   |  |                           |   |
|---|--|---------------------------|---|
|   |  | <p><b>KK02</b></p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordination wichtig → LRA als neutrale Stelle</li> <li>• Arbeiten in Arbeitskreisen</li> <li>• Best-Practice Beispiele zentral hinterlegen</li> <li>• Qualitätskontrolle für Angebote</li> <li>• Kassenselektivität: Service nur für eigene Versicherte</li> <li>• Überschneidung mit anderen Angeboten: Pflegestützpunkt, Selbsthilfestelle</li> <li>• Dolmetschen, Sprache und kulturelle Diversität</li> <li>• Koordination bei Pflegebedarf, psychischen Erkrankungen, Selbsthilfe</li> <li>• Prävention und Gesundheitsförderung</li> </ul>  |
|   |  | <p><b>KK03</b></p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientensteuerung durch (sektorenübergreifende) Patientenbegleitung der Kasse</li> <li>• Regionale Spezifitäten in der Versorgung wichtig (unabhängig von Landkreisgrenzen!)</li> <li>• Landesregierung muss finanziell unterstützen</li> <li>• Interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit in der Patientenbegleitung</li> <li>• Ambulant sensitive Fälle – Stationäre Aufenthalte einsparen</li> <li>• Hausärztliche Ausbildung derzeit sehr unterschiedlich</li> <li>• Prävention und Gesundheitsförderung erreicht Zielpublikum nicht</li> <li>• Überalterung der Hausärzte</li> <li>• Konkurrenzsituation zwischen Kassen</li> <li>• Gesetzlich vs. Privat Versicherte</li> <li>• Hausarztvertrag gibt es bei AOK und BKK</li> <li>• Geschichte der hausärztlichen Koordinationsfunktion seit den 90er Jahren</li> </ul>   |
|   |  | <p><b>KK04</b></p>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modellprojekte brauchen wissenschaftliche Begleitung</li> <li>• Möglichkeit der integrierten Versorgung oder von Selektivverträgen</li> <li>• Casemanagement/Lotse Zuständigkeiten nicht schnell änderbar, daher mit aktuellen Zuständigkeiten arbeiten und Schnittstellen verbessern</li> <li>• Bereitschaft/Offenheit der Kassen</li> <li>• Rechtliche Rahmenbedingungen (SGB) geben Spielraum für die GKV vor</li> <li>• Bedarfsplanung derzeit staatlich (stationär) vs. GBA/KV (ambulant) → bereits Bedarfsplanung müsste intersektoral und multiprofessionell erfolgen</li> <li>• Vorsicht vor dem Aufbau von Doppelstrukturen (z.B. Lotse und Pflegestützpunkt, Gesundheitskonferenzen und digitale Konferenzen) ÖGD derzeit nicht handlungsfähig genug, Strukturen „eingeschlafen“ oder abgebaut, vieles an GKV abgegeben</li> <li>• Populations- vs. Indikationsspezifische Herangehensweise</li> </ul>                 |
| <p><b>Bundesweit agierende Krankenkasse</b></p> |  | <p><b>KK05 + KK06</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angestellte Tätigkeit bei Ärzten bevorzugt</li> <li>• Ambulanter versus stationärer Bereich muss ineinander übergehen, „schwimmen“, fluktuieren</li> <li>• Wichtigkeit, regionale Strukturen zu berücksichtigen</li> <li>• Primärversorgung als Tandem: Pflege und Arzt</li> <li>• Prävention und Gesundheitsförderung in den Fokus rücken</li> <li>• Bedarfsplanung muss regional erfolgen</li> <li>• Shared Leadership als Governance Struktur Offenheit der Kassen</li> <li>• Hoffnung auf Nachwuchs mit neuen Ideen</li> <li>• KV entwickelt sich weiter, weil sie sieht, dass etwas getan werden muss, um den Sicherstellungsauftrag noch erfüllen zu können</li> <li>• Verantwortungsdiffusion und unklare Zuständigkeiten Rechtliche Rahmenbedingungen, SGBV, SGBXI</li> <li>• An Ideologie / Mindset arbeiten</li> <li>• Versorgungsproblem</li> <li>• Bundesweite Kasse hat anderen Blick auf die Versorgung</li> </ul> |

|  |  |                  |   |
|--|--|------------------|---|
| <b>Bestehende Netzwerke oder Zentren</b> | <b>Mitarbeiter:innen eines bestehenden Gesundheitszentrums</b> | <b>L01 + P01</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurze Wege, „kleiner Dienstweg“ im Zentrum</li> <li>• Treiberpersonen identifizieren</li> <li>• Lotsin als Brücke zu Public Health (Hüterin der Gesundheit vor Ort, Anwältin der Gemeinde)</li> <li>• MVZ als Modell, das Sektorenbereiche durchbricht</li> <li>• Konsilsprechstunden von Klinikärzten in Gesundheitszentren; Niedergelassene bekommen OP Slots in den Kliniken</li> <li>• Lotsin braucht Supervision</li> <li>• Vernetzung mit Reha, in Wartezeit meist Kurzzeitpflege erforderlich</li> <li>• Viele Herausforderungen, wenn es ums Geld geht: Niedergelassene/Konkurrenzdenken, viele Krankenkassen, Sektorentrennung bei der Abrechnung</li> <li>• Abwägung Geschäftsformen (GbR, GmbH, Verein, MVZ)</li> <li>• Problem der Verstetigung und weiteren Finanzierung</li> <li>• Inklusion und Barrierefreiheit ambulant bieten</li> <li>• Lotsenfunktion: Navigation, Triage, Ersteinschätzung und Weitervermittlung</li> <li>• Lotsenausbildung: Pflege bzw. medizinisches Wissen, Sozialberatung</li> <li>• Anstellung: LRA, Bezahlung: Bosch-Stiftung</li> </ul> |
|  | <b>Leitung eines bestehenden Netzwerks</b>                     | <b>N01</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wunsch junger Ärzte zur Vernetzung</li> <li>• Wundmanagement mit VR Brille</li> <li>• Treiberpersonen, „Key Accounts“ gewinnen</li> <li>• Drittmittelfinanzierung bei Projekten wichtig</li> <li>• Evaluation von Projekten wichtig Aktuelle Entwicklung spricht für Zentrenbildung</li> <li>• Gemeinsame Overheads im therapeutischen Bereich</li> <li>• Patient im Zentrum der Versorgung, Versorgung über den Patienten organisieren</li> <li>• Lotsenfunktion digital</li> <li>• Delegation</li> <li>• Interprofessionelle Fallbesprechungen</li> <li>• Qualitätszirkel</li> <li>• Geschäftsformen (GbR, GmbH)</li> <li>• Rechtsformen (GbR, MVZ, Genossenschaft)</li> <li>• Problem mit KV-Sitzen</li> <li>• Problem der Verstetigung und Einführung in die Regelversorgung</li> <li>• HZV und Gate-Keeping</li> </ul>  |
| <b>Leistungs-empfänger:innen</b>         | <b>Patient:in Selbsthilfe</b>                                  | <b>SH01</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinationsstelle beim LRA wäre hilfreich und zielführend</li> <li>• Positive Aspekte von Selbsthilfeangeboten Qualitätssicherung durch Fortbildung</li> <li>• Patientenbegleiter-Pool aus Ehrenamtlichen</li> <li>• Digitale Sprechstunde ist die Zukunft</li> <li>• Patientenkoordinator vs. Patientenbegleiter</li> </ul>   |
|  | <b>Selbsthilfe</b>   | <b>SH02</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stellung der Patienten ausgebaut, sitzen auch in Gremien</li> <li>• Ärztliche Qualitätszirkel über KV Zusammenarbeit mit der gesamten Praxis wichtig – auch MFAs schulen</li> <li>• MFAs könnten Ärzte öfter vertreten bei Netzwerktreffen und in der Praxis berichten</li> <li>• Gesundheitsbildung zusammen mit der Volkshochschule Gesundheitszirkel einführen</li> <li>• Koordination der Angebote im Landkreis wichtig</li> <li>• Prävention wichtig</li> <li>• Telefonische Beratung für Ärzte und Patienten zum Thema Selbsthilfe</li> </ul>  |

## 10.5. Anhang 5: SRQR Checkliste

Tabelle 11: Checkliste Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) nach Bridget et al. (2014)

| Item - Nr.                | Thema  | Item  | Prüfung in Bezug auf die vorliegende Studie   | Nachzulesen in folgendem Abschnitt |
|---------------------------|--|---|---|------------------------------------|
| <b>Titel und Abstract</b> |  |   |   |                                    |
| S1                        | Titel  | Treffgenaue Beschreibung des Studienthemas, die auch eine Angabe über den Forschungsansatz (z.B. Ethnographie, Grounded Theory) oder die Datenerhebungsmethode enthält (z.B. Interviews, Fokusgruppen) enthält. | Förderfaktoren und Barrieren für eine vernetzte regionale Primärversorgung – eine qualitative Interviewanalyse                  | Titel                              |
| S2                        | Abstract                                     | Zusammenfassung der Kernelemente der Studie.  | Entsprechend des Dissertationsformats der Universität Tübingen als eigener Abschnitt Zusammenfassung erstellt.                  | Zusammenfassung                    |
| <b>Einleitung</b>         |  |   |   |                                    |
| S3                        | Problemformulierung                          | Beschreibung und Signifikanz des Forschungsthemas. Überblick über relevante Theorien und empirische Erkenntnisse. Problemformulierung.  | Einführung in das Forschungsthema vom Allgemeinen zum Speziellen mit Zuspitzung auf die Fragestellung im Rahmen der Einleitung. | Einleitung                         |
| S4                        | Ziel und Fragestellung                       | Zweck der Studie und spezifische Ziele und Fragestellungen.   | In einem eigenen Absatz als Teil der Einleitung beschrieben.  | Einleitung                         |
| <b>Methoden</b>           |  |   |   |                                    |
| S5                        | Qualitativer Ansatz oder Forschungsparadigma | Qualitativer Ansatz (z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Fallstudie, narrative Studie); Rationale (Rechtfertigung für die Auswahl der Methode).   | Beschreibung des Studiendesigns   | Material und Methoden              |
| S6                        | Forschungsteam und Reflexivität              | Charakteristika des Forschungsteams, die den Forschungsprozess beeinflussen könnten.  | Beschreibung aller beteiligten Projektpartner:innen und der übergeordneten Studie   | Material und Methoden              |
| S7                        | Kontext                                      | Setting und Kontextfaktoren.  | Beschreibung aller beteiligten Projektpartner:innen und der übergeordneten Studie   | Material und Methoden              |
| S8                        | Rekrutierungsstrategie                       | Wie und warum die Studienteilnehmer:innen ausgewählt wurden;  | Theoretisches Sampling, Schneeball-   | Material und Methoden              |

|                   |  |   |   |                       |
|-------------------|--|---|---|-----------------------|
|                   |  | Kriterium für die Beendigung der Rekrutierung (z.B. Sättigung).   | Sampling, Theoretische Sättigung  |                       |
| S9                | Ethikantrag                                      | Dokumentation von Ethikantrag und Teilnehmer:inneneinwilligung. Weitere Datenschutzthemen.  | Zustimmung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen am 23.11.2020 (Projektnummer 817/2020BO2)                            | Material und Methoden |
| S10               | Datenerhebungsmethode                            | Art der erhobenen Daten; Details zu den Datenerhebungsvorgängen (z.B. Start- und Enddatum oder iterativer Prozess oder Modifikation im Laufe der Datenerhebung).          | Leitfadengestütztes Interview   | Material und Methoden |
| S11               | Datenerhebungsinstrumente                        | Beschreibung der eingesetzten Datenerhebungsinstrumente (z.B. Interviewleitfaden, Fragebogen) und Hard- und Software (z.B. Diktiergerät).                                 | Interviewleitfaden nach Helfferich (2011), Zoom Videokonferenzen  | Material und Methoden |
| S12               | Stichprobenbeschreibung                          | Anzahl und relevante Charakteristika der Studienteilnehmer:innen; Umfang der Teilnahme.   | Tabelle über Interviewpartner:innen   | Material und Methoden |
| S13               | Datenverarbeitung                                | Datenverarbeitungsmethoden vor und während der Analyse (inkl. Transkription, Dateneingabe, Pseudonymisierung, Datenmanagement und -sicherheit und Datencodierung).        | Transkription nach amann in Anlehnung an Dresing und Pehl (2018), Pseudonymisierung durch LW, Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) in MAXQDA | Material und Methoden |
| S14               | Datenanalyse                                     | Beschreibung des Prozesses, wie Zusammenhänge, Themen etc. festgestellt wurden. Referenziert wird hier meist auf einen bestimmten Ansatz oder ein spezifisches Paradigma. | Inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022)  | Material und Methoden |
| S15               | Strategien zur Erhöhung der Vertrauenswürdigkeit | Techniken, die herangezogen wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Daten zu verbessern (z.B. Audit Trail, Triangulation).  | Aneignung vertiefter Methodenkenntnisse in Workshops und Kursen, Konsensuelles Kodieren, Diskussion des Projektes in einer Forschungswerkstatt          | Diskussion            |
| <b>Ergebnisse</b> |  |   |   |                       |
| S16               | Synthese und Interpretation                      | Hauptergebnisse (z.B. Interpretation, Zusammenhänge und   | Diskussion der Ergebnisse   | Diskussion            |

|                   |  |  |  |                       |
|-------------------|--|--|--|-----------------------|
|                   |  | Themen) und ggf. Einordnung in ein zugrundeliegendes theoretisches Modell.   |  |                       |
| S17               | Zusammenhänge mit empirischen Daten  | Evidenz (z.B. Zitate, Felddarstellungen, Textausschnitte) zur Untermauerung der analytischen Ergebnisse.   | Zitate im Ergebnisteil   | Ergebnisse            |
| <b>Diskussion</b> |  |  |  |                       |
| S18               | Integration der Ergebnisse in vorhergehende Arbeiten, Implikationen und Beitrag zum Forschungsfeld | Zusammenfassung der Ergebnisse; Herstellen von Zusammenhängen mit vorhergehenden Forschungs- und Literaturarbeiten; Hervorheben des Erkenntnisgewinns für das Forschungsfeld, der aus der Arbeit entstanden ist. | Diskussion der Ergebnisse  | Diskussion            |
| S19               | Limitationen   | Zuverlässigkeit und Limitationen der Ergebnisse.   | Diskussion der Methode   | Diskussion            |
| <b>Andere</b>     |  |  |  |                       |
| S20               | Interessenskonflikte   | Nennung potenzieller Einflussquellen auf die Studiendurchführung und Schlussfolgerungen, ggf. Beschreibung, wie diese gehandhabt wurden.   | Keine.   | Nicht zutreffend.     |
| S21               | Sponsoring   | Offenlegung der Finanzierung der Studie und die Rolle des Geldgebers bei der Datenerhebung, Interpretation und Ergebnisdarstellung.  | Studienfinanzierung durch das Sozialministerium Baden-Württemberg, Anstellung als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Rahmen des Projektes durch das Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung Tübingen. | Material und Methoden |

## 10.6. Anhang 6: Nachweise über methodische Qualifikation

EBERHARD KARLS  
**UNIVERSITÄT  
TÜBINGEN**





**Universitätsklinikum  
Tübingen**

Bescheinigung

**Lisa Wiesner**  
hat am 21.01.2022 an der 8 Unterrichtseinheiten umfassenden  
Veranstaltung

**Qualitative Inhaltsanalyse**

teilgenommen.

**durchgeführt durch:**  
**Christine Preiser**  
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung

**Es wurden folgende Inhalte vermittelt:**  
Im Workshop wurden die Grundlagen der Qualitativen Inhaltsanalyse  
behandelt:

- Chancen und Grenzen der Methode
- Wesentliche Arbeitsschritte
- Maßnahmen der Qualitätssicherung

Tübingen, den 21.01.2022

**Dr. David Häske, MSc MBA**  
Wissenschaftlicher Geschäftsführer

Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung  
Universitätsklinikum Tübingen



# Bescheinigung

**Lisa Wiesner**

hat am 18.11.2022 an der 8 Unterrichtseinheiten umfassenden  
Veranstaltung

## **Themenzentrierte Auswertung qualitativer Daten**

teilgenommen.

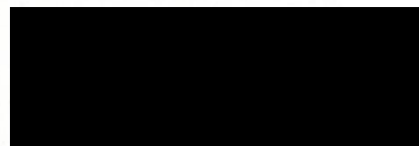
**durchgeführt durch:**

**Christine Preiser**

### **Es wurden folgende Inhalte vermittelt:**

- Grundlagen der Reflexive Thematic Analysis nach Braun/Clarke
- Eignung der Methode für die Versorgungsforschung
- Besonderheiten der Methode im Vergleich zur Qualitativen Inhaltsanalyse
- Vertiefung der 6 Arbeitsschritte mittels Übungen

Tübingen, den 18.11.2022



**Dr. David Häske, MSc MBA**  
Wissenschaftlicher Geschäftsführer



# Bescheinigung

**Lisa Wiesner**

hat am 20.05.2022 an der Unterrichtseinheiten umfassenden  
Veranstaltung

## **Darstellung qualitativer Studienergebnisse**

teilgenommen.

**durchgeführt durch:**

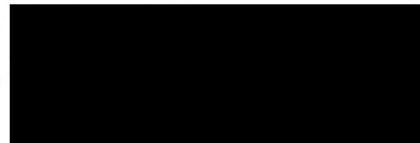
**Christine Preiser**

### **Es wurden folgende Inhalte vermittelt:**

- Gütekriterien in der qualitativen Forschung
- Reporting Guidelines für qualitative Studien
- Darstellung eines Methodenteils in einer qualitativen Studie
- Darstellung von Ergebnissen in einer qualitativen Studie

Die Inhalte würden anhand von Übungen vertieft.

Tübingen, den 20.05.2022



**Dr. David Häske, MSc MBA**  
Wissenschaftlicher Geschäftsführer



Deutsches Netzwerk  
Versorgungsforschung e.V.

## **DNVF-Spring-School 2022**


Teilnahmebescheinigung

**Frau Lisa Wiesner**

hat im Rahmen der 10. DNVF-Spring-School vom 28.-31. März 2022  
an dem /den Seminar(en), digital gesendet aus Berlin, teilgenommen:

**Einführung in die Gesundheitsversorgungsforschung (GVF) und deren methodische  
Grundlagen**

Dr. N. Pohontsch - Hamburg, Prof. Dr. M. Koller - Regensburg, Prof. Dr. E. Farin-Glattacker - Freiburg,  
C. Heuser - Bonn, Prof. Dr. M. Geraedts - Marburg; 10 Unterrichtseinheiten

  
Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu Prof. Dr. Falk Hoffmann Prof. Dr. Jochen Schmitt  
(Wissenschaftliche Leitung der DNVF-Spring-School 2022)

Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Berlin unter der VNR: 2761102022016180016 /  
2761102022016180024 / 2761102022016180032 / 2761102022016180040 / 2761102022016180057 /  
2761102022016180065 in Kategorie A für das „Fortbildungszertifikat der Ärztekammer“ mit jeweils 4  
Fortbildungspunkten pro halben Tag (pro 5 Unterrichtseinheiten) und unter der VNR  
2761102022016180073 mit jeweils 7 Fortbildungspunkten pro halben Tag (pro 8,75 Unterrichtseinheiten)  
anerkannt.



## Zertifikat

**Lisa Wiesner**

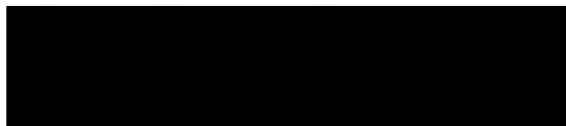
über die erfolgreiche Teilnahme am ganztägigen Workshop

### **Starter Workshop – MAXQDA 2022**

in dem die folgenden Inhalte in MAXQDA gelehrt und geübt wurden:

- Projekte erstellen und vorbereiten
- Texte vorbereiten und einfügen
- Codes erstellen
- Textstellen codieren
- Codierte Textstellen ausgeben lassen (Retrieval)
- Memos erstellen und verwalten
- Lexikalische Suche und automatisches Codieren
- Wichtige Anhänge exportieren
- Demonstration der Transkriptionsfunktion sowie Ausblick auf weiterführende Funktionen

Berlin, 14.07.2023



Andre Morgenstern-Einenkel  
Workshop Dozent  
und Professional MAXQDA Trainer

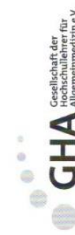
## 10.7. Anhang 7: Projektbesuch Gesundes Kinzigtal

### Bewerbung

Anmeldeformular auf der Website der DESAM  
<https://desam.de/summerschool-2022>

Bitte ausgefüllt senden an  
[sekretariat.allgemeinmedizin@uniklinik-ulm.de](mailto:sekretariat.allgemeinmedizin@uniklinik-ulm.de)

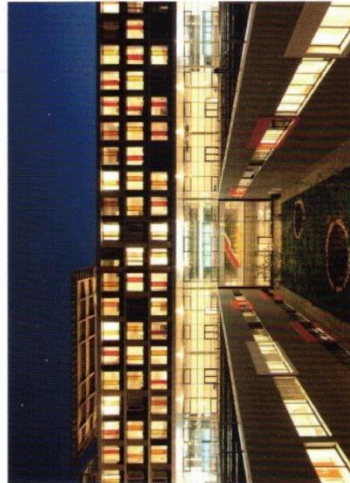
Dieses Projekt wird gefördert durch:



Huber Immobilien  
Qualität von Anfang an

### Ansprechpartner

Das Institut für Allgemeinmedizin Ulm führt die Summerschool Allgemeinmedizin in enger Zusammenarbeit mit der GmbH Gesundes Kinzigtal, dem Medizinischen Qualitätsnetz Ärztininitative Kinzigtal e.V. sowie der Deutschen Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin durch.



Quelle: Universitätsklinikum Ulm

### Team Institut für Allgemeinmedizin

Ines Bekavac-Günther  
Claudia Wagner  
Prof. Dr. med. Anne Barzel  
Universitätsklinikum Ulm  
Institut für Allgemeinmedizin  
Albert-Einstein-Allee 23  
89081 Ulm

Tel.: +49 (0)731 500-57901

[sekretariat.allgemeinmedizin@uniklinik-ulm.de](mailto:sekretariat.allgemeinmedizin@uniklinik-ulm.de)

## 11. Summerschool Allgemeinmedizin DESAM

für Medizinstudierende

vom 05. – 09.09.2022

Primärversorgungskonzepte:  
Gesundheitsversorgung  
gemeinsam gestalten



Quelle: Gesundes Kinzigtal GmbH

## Was ist eine Summerschool?

Eine Summerschool bietet als international etabliertes Konzept zur Nachwuchsförderung, Studierenden die Gelegenheit sich vertieft in ein Fachgebiet einzuarbeiten.

## Wer kann teilnehmen?

Bewerber können sich Studierende in den klinischen Semestern mit Interesse an der Allgemeinmedizin, die an einer deutschen Fakultät studieren.

## Wann findet sie statt?

Programmbeginn

**Montag, 05. September 2022, 15:30 Uhr**

Programmmende

**Freitag, 09. September 2022, 12:30 Uhr**

## Kosten?

Die Veranstaltung wird großzügig gefördert. Ein Kostenbeitrag in Höhe von 80 € wird mit Versand der Teilnahmebestätigung fällig.



Quelle: Stadt Hausach

## Summerschool mittendrin

Veranstaltungsort:

**Gesundes Kinzigtal GmbH**

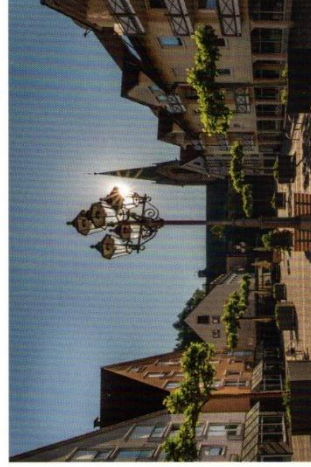
Eisenbahnstraße 17, 77756 Hausach

[www.gesundes-kinzigtal.de](http://www.gesundes-kinzigtal.de)

Unterkunft:

**Hotel Blume**

Eisenbahnstraße 26, 77756 Hausach



Quelle: Stadt Hausach

## Programm

### Primärversorgungskonzepte – Gesundheitsversorgung gemeinsam gestalten

Vor Ort im Kinzigtal werden wir gemeinsam mit verschiedenen Akteuren ein integriertes Versorgungskonzept unter die Lupe nehmen und uns mit der praktischen Umsetzung neuer Versorgungsformen beschäftigen. In Seminaren, praktischen Übungen und Exkursionen bearbeiten wir folgende Themen:

- Versorgungskonzept  
Gesundes Kinzigtal GmbH
- Kommunikation und  
Schnittstellenmanagement
- Gesundheitsversorgung gemeinsam  
gestalten
- Dezentrale Arbeitsansätze, kompetenz-  
basierte Aufgabenteilung
- Blick über den Tellerrand –  
Best practice Primärversorgung
- Primärversorgung 2030+  
Lösungsansätze & Visionen

Freiraum für Gespräche, Kreativität und Bewegung ist eingeplant. Bringen Sie gutes Schuhwerk, Sportsachen, Neugier und jede Menge gute Laune mit.

Wir freuen uns auf Sie :)

| DESAM Summerschool Ulm, 05. - 09.09.2022 - vor Ort & mittendrin<br>Primärversorgungskonzepte – „Gesundheitsversorgung gemeinsam gestalten“ |  |  |       |   |       |   |
|--|--|--|-------|---|-------|---|
| Zeit   | Modul  | Primärversorgungskonzept<br>Gesundheitswelt Kinzigtal  | Modul | Gesundheitsversorgung<br>gemeinsam gestalten  | Modul | Primärversorgung on tour  |
| 08:45  | Mo, 5.9.   | Start up<br>Infos zum Tagesablauf & Hinweise auf Highlights  |       | Mi, 7.9.<br>07:30 Abfahrt nach Hornberg<br>Start up auf der Fahrt   |       | Do, 8.9.<br>Start up<br>Infos zum Tagesablauf & Hinweise auf Highlights   |
| 09:00 - 10:30  | 1  | Integrierte Versorgung<br>Versorgungsprogramm<br>Gesundheitswelt Kinzigtal                               | 5     | Gesunde Betriebe Netzwerk<br>Exkursion Fa. Duravit  | 9     | Zukunftsperspektive Kinzigtal<br>Genossenschaft als Lösungsansatz<br>künftiger Herausforderungen der<br>Primärversorgung  |
| 10:30 - 11:00  |  | Kurzaktivierung & Pause  |       | Kurzaktivierung & Pause   |       | Kurzaktivierung & Pause   |
| 11:00 - 12:30  | 2  | Kommunikation im Netzwerk,<br>Prozess- und Schnittstellenmanagement<br>Elektronische Patientenakte elpax | 6     | Perspektiven auf die Gesundheitsversorgung<br>in der Region<br>Anforderungen an die Zusammenarbeit,<br>Aufgabenteilung, Zukunftsvisionen integrierter<br>Versorgungskonzepte (World café) | 10    | Dezentrale Arbeitsansätze - kompetenzbasierte<br>Aufgabenteilung<br>Arbeitsteilung, Telemonitoring, POC-<br>Untersuchungstechniken in der hausärztlichen<br>Versorgung  |
| 12:30 - 13:30  | Anreise  | Mittagspause   |       | Mittagspause  |       | Mittagspause  |
| 13:30 - 15:00  | 3  | Versorgungsprogramm<br>"Gesundes Gewicht"  | 7     | Blick über den Tellerrand -<br>Best practice Primärversorgung in Europa<br>Gruppenarbeit  | 11    | Gesundheitsversorgung 2030* -<br>meine Praxis der Zukunft<br>Vorbereitung Präsentationen für<br>"Markt der Möglichkeiten"<br>Stadthalle Hausach   |
| 15:00 - 15:30  |  | Kurzaktivierung & Pause  |       | Kurzaktivierung & Pause   |       | Kreativraum<br>Gruppenarbeit Gestaltung "Zukunftspraxen"  |
| 15:30 - 17:00  | 4  | Ankommen, Kennenlernen<br>Hausführung<br>Gesundheitswelt Kinzigtal                                       | 8     | "Schwarzwaldpraxen"<br>Exkursion in 6 Gruppen in Arztpraxen der Region  | 12    | "Zukunftspraxen"<br>Studierende präsentieren und diskutieren ihre<br>Vorschläge zur Arbeit in ihren zukünftigen Praxen<br>mit Mitarbeiter:innen der Gesundheitswelt<br>Kinzigtal, des Ärztenetzes MQNK und Bürger:innen |
| 17:00 - 18:00  | Fußweg zur Burg Husen<br>in Hausach, ca. 30 Min. | Kreativraum Gesundheitsversorgung<br>gemeinsam gestalten - "Zukunftspraxen"                              |       | Fahrt in Praxisteams zu den Vesperstuben  |       | Spaziergang nach Gutach   |
| 18:00 - 20:00  | get together:<br>Picknick Burg Husen             | freier Abend   |       | gemeinsames Abendessen:<br>Vesperstuben   |       | gemeinsames Abendessen:<br>Webers Esszeit - Uhrmacherstube  |



universität  
**uulm**

# Zertifikat

Die Deutsche Stiftung für Allgemeinmedizin  
und Familienmedizin bestätigt, dass

**Lisa Wiesner**

vom 05. – 09. September 2022

erfolgreich an der

**11. Summerschool Allgemeinmedizin**

teilgenommen hat.

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, MPH  
Vorsitzender des Stiftungsvorstandes

Prof. Dr. med. Anne Barzel  
Direktorin des Instituts für Allgemein-  
medizin, Universitätsklinikum Ulm

Berlin im September 2022