



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



MEDIZINISCHE VERSORGUNG AUF DEM LAND

SPEZIAL

Null Bock auf Landleben

+++ Konzepte, Perspektiven, Hintergründe

STARTSCHUSS

Versorgung gemeinsam sichern

von Manuela Schwesig 3

ÜBERBLICK

Deutschland altert

von Rembrandt Scholz 4

PFLEGE

»Uns steht ein akuter Pflegemangel bevor«

Interview mit Andreas Westerfellhaus 7

REPORTAGE

Den Nachwuchs begeistern

von Annegret Himrich 8

VERSORGUNGSKONZEPTE

Planwirtschaft funktioniert nicht

von Klaus Jacobs 10

STADTUMBAU

»Wir machen die Kommunen zukunftsfähig«

Interview mit Karl-Heinz Daehre 12

WISSENSCHAFT

Ansehen und Prestige zweitrangig

von Adelheid Kuhlmeiy und Susanne Dettmer 13

AOK-PROJEKTE

Fitnessstraining für Senioren

Betreuung zu Hause

Mobile Praxisassistentin

Stipendienprogramm 14

KOOPERATION

Grenzen abbauen

von Harald Möhlmann 16

AUSLAND

Andere Länder, andere Konzepte

von Marion Grote Westrick 17

BEDARFSPLANUNG

Leere Praxen auf dem Land?

von Karl-Heinz Schönbach und Christian Peters 18

Standpunkte 20

Literatur

■ Klaus Jacobs, Sabine Schulze

Bauer sucht Arzt

G+G 3/2010, Seiten 20–25

■ Eberhard Wille

Dem Wettbewerb die Sporen geben

G+G 5/2010, Seiten 28–31

■ AOK-Bundesverband

Demografischer Wandel –

Gesundheit für Generationen

G+G-Spezial 7–8/2006

■ Marion Wessels

Regionale Versorgungsunterschiede in Deutschland

Die Ersatzkasse 2/2010, Seiten 52–57

■ Susanne Dettmer, Adelheid Kuhlmeiy

Studienuzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medizinstudierenden. Ein Vergleich zweier Ausbildungskonzepte.

In: »Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten«. Peter Angerer, Friedrich Schwartz (Hrsg.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2010, Seiten 103–115

Internet

■ www.aok-bv.de

Website des AOK-Bundesverbandes

■ www.wido.de

Website des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Hier finden Sie zahlreiche Publikationen und Studien rund um das deutsche Gesundheitssystem.

■ www.charite.de/kulm

Hier finden Sie nähere Informationen zur KuLM-Studie über die Work-Life-Balance bei angehenden Medizinerinnen, die seit 2006 am »Institut für Medizinische Soziologie« der Charité durchgeführt wird.

■ www.demogr.mpg.de

Website des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung mit umfangreichen statistischen Daten über die demografische Entwicklung in Deutschland.

■ www.allgemeinmedizin.uni-jena.de

Unter → Praxisnetzwerk finden Sie weiterführende Informationen zum Praxisnetzwerk der Universität Jena mit allen kooperierenden Hausarztpraxen in Thüringen.

■ www.rostockerzentrum.de

Rostocker Zentrum zur Erforschung des demografischen Wandels. Schwerpunkte der interdisziplinären Forschungsgruppen sind die Alterung des Arbeitskräftepotenzials, Prognose und Planung, Bevölkerung und Politik.

■ www.iba-stadtumbau.de

Website der internationalen Bauausstellung Stadtumbau Sachsen-Anhalt 2010 mit einem Überblick über die Projekte in allen 19 teilnehmenden Partnerstädten.

■ www.bertelsmann-stiftung.de

Website der Bertelsmann-Stiftung. Unter → Gesundheit finden Sie ausführliche Informationen über das deutsche Gesundheitswesen und internationale Gesundheitspolitik.

■ www.kvbb.de

Website der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (kvbb). Unter → Service → IGIB finden Sie Informationen zum Gemeinschaftsprojekt der KV mit der AOK Berlin-Brandenburg »Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg«.

Versorgung gemeinsam sichern

Die Geburtenrate sinkt, die Menschen werden immer älter. Der demografische Wandel hinterlässt vor allem in den Flächenländern deutliche Spuren. Politik, Kassen und Ärzte müssen nun gemeinsam nach Lösungen suchen, um eine gute medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten auch in Zukunft sicherzustellen. Von **Manuela Schwesig**



Die Gesundheitspolitik in Deutschland steht in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen. Neben der Grundsatzfrage, wie wir unsere Krankenversicherung zukunftsfähig machen, steht gerade für die Flächenländer die medizinische Versorgung im ländlichen Raum ganz vorne auf unserer Agenda. Vor allem im dünn besiedelten Mecklenburg-Vorpommern zeigen sich schon jetzt deutliche Spuren des demografischen Wandels, der zeitversetzt auch alle anderen Bundesländer treffen wird.

Wir im Nordosten Deutschlands sehen schon jetzt, was es bedeutet, wenn junge Menschen das Land verlassen und die Gesellschaft immer älter wird. Wir reagieren darauf, indem wir mit allen Beteiligten, den Krankenkassen, wie der AOK, aber auch der Kassenärztlichen Vereinigung, nach Möglichkeiten suchen, die medizinische Versorgung auch künftig zu sichern.

Dafür müssen wir alle neue Wege gehen, Strukturen verändern und diese Ideen in der Praxis erproben. Wir haben dies beispielsweise mit einer Telegesundheitschwester in drei Regionen erfolgreich getestet: Das Modellprojekt AGnES zur besseren medizinischen Versorgung in dünn besiedelten Regionen Mecklenburg-Vorpommerns wird mit Hilfe einer »Telegesundheitschwester« in Ueckermünde, Waren und Neubrandenburg erfolgreich praktiziert. »AGnES« steht für Arztentlastende, gemeindenahe, E-Health gestützte, syste-

mische Intervention. Die speziell ausgebildeten Krankenschwestern arbeiten auf Anweisung des Hausarztes. Sie beraten und betreuen Patienten, überwachen Therapien, tragen zur Vorbeugung von Erkrankungen bei und machen auch Hausbesuche.

Auf unseren Vorschlag hin hat die Gesundheitsministerkonferenz vorgeschlagen, die Studienplatzvergabe für angehende Mediziner so zu ändern, dass die Bewerber, die sich verpflichten, nach Abschluss ihrer Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ihren Beruf in einem unterversorgten Gebiet auszuüben, bevorzugt Studienplätze erhalten können. Wir haben ferner angeregt, die Approbationsordnung der Ärzte so zu ändern, dass Medizinstudenten verpflichtend einen Teil ihrer Ausbildung im hausärztlichen Bereich ableisten müssen. Es gibt Ideen, wir müssen sie jetzt gemeinsam umsetzen.

Es gibt noch viel zu tun, aber wir sind sicher, dass wir Wege finden, um die Probleme der medizinischen Versorgung zu lösen.

Manuela Schwesig

Ministerin für Soziales und Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern und stellvertretende Bundesvorsitzende der SPD

Deutschland altert

In Deutschland sterben jedes Jahr mehr Menschen als neue geboren werden – und das schon seit über 30 Jahren. Die Konsequenz: Deutschland schrumpft, die Bevölkerung wird immer älter.

Rembrandt Scholz weiß, was in den nächsten 20 Jahren auf Deutschland zukommt.

Ein Großteil der deutschen Bevölkerung erreicht heute ein sehr hohes Alter. Und das bei guter Gesundheit. Eigene Kinder sind für das persönliche Überleben nicht mehr notwendig. Das soziale Sicherungssystem übernimmt heute diese Funktion. Die Konsequenz: Die ursprünglich ökonomische Bedeutung von eigenen Kindern hat sich innerhalb von weniger als 100 Jahren völlig gewandelt. Bei umfassenden Kranken-, Berufsunfähigkeits-, Renten- und Pflegeversicherungen werden eigene Kinder heute immer öfter eher als Einschränkung der persönlichen Entwicklung wahrgenommen. Und die zunehmend schwerer gewordene Vereinbarkeit von Beruf und Familie führt zunächst zu einer Konzentration auf die berufliche Karriere – so werden die ersten Nachkommen später und insgesamt weniger Kinder geboren.

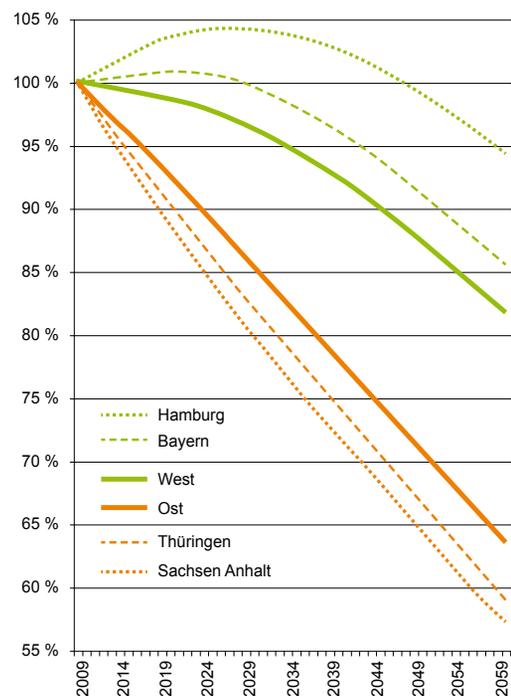
Die Kombination von drei Parametern prägt die demografische Entwicklung: Sterblichkeit (Mortalität), Geburtenrate (Fertilität) sowie Zu- beziehungsweise Abwanderung (Migration). Der demografische Wandel wird dabei aber hauptsächlich von den natürlichen Größen Mortalität und Fertilität getragen. Die Migration hat zwar ebenfalls einen Einfluss auf die Altersstruktur und die Schrumpfung der Bevölkerung, wirkt auf den demografischen Wandel aber nur temporär und regional. Da die Wanderung hauptsächlich jüngere Menschen (18 bis 35 Jahre) betrifft, wirkt sie in den Abwanderungsregionen verstärkend auf die Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung und in den Zuwanderungsregionen verjüngend und wachsend.

Zuwanderung löst keine Probleme. Da die Ursachen des demografischen Wandels sich auch auf die Wandernden selbst auswirken, kann auch eine Zuwanderung lediglich eine gewisse Zeitverzögerung der Bevölkerungsalterung bewirken. Der demografische Wandel lässt sich durch Migration auch deshalb nicht eindämmen, da jede Zuwanderung auf Kosten der Herkunftsregionen der Wandernden geht und die Probleme somit nicht anhaltend überwunden werden.

Die Entwicklung des demografischen Wandels in Deutschland ist kein plötzlich aufgetretenes Phänomen – die Ursachen wirken bereits seit langer Zeit. Während zu Anfang des demografischen Wandels, also gegen Ende des 19. Jahrhunderts, in Deutschland je Frau noch durchschnittlich sechs Nachkommen

geboren wurden, sind es heute nur noch etwa 1,4 Kinder. Diese sinkende Geburtenrate ist die Hauptursache für die Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung. Eine Entwicklung, die in Bevölkerungsprognosen bereits in den zwanziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts vorhergesagt wurde.

Bevölkerungsschwund



Die Prognosen sind eindeutig: Bei einer gesetzten Ausgangslage von 100 Prozent in 2009 wird in den nächsten fünfzig Jahren die Bevölkerung in allen Bundesländern deutlich sinken. Thüringen und Sachsen-Anhalt sind besonders stark betroffen. Hamburg und Bayern profitieren als einzige Bundesländer vorübergehend noch von einem Wachstum.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Seit 1970 müssen wir feststellen, dass in Deutschland die natürliche Bevölkerungsbilanz negativ ist – es sterben also jedes Jahr mehr Menschen, als neue geboren werden. Durch die hohe Zuwanderung aus dem Ausland durch Gastarbeiter in den 60er und 70er Jahren wurde die negative Bevölkerungsbilanz jedoch lange verdeckt. Erst in den letzten Jahren kommt es auch absolut zur Schrumpfung der Bevölkerung.

Allerdings: Selbst geographisch direkt beieinander liegende Regionen verhalten sich in den nächsten zehn Jahren noch sehr unterschiedlich. Während Metropolregionen und Standorte mit guten Arbeitsplatzangeboten noch von Zuwanderung profitieren, sind die davon entfernteren Gebiete von Abwanderung betroffen. Diese Entwicklung bringt zum gleichen Zeitpunkt Regionen mit unterschiedlicher Entwicklung von Erwerbsquote, Kaufkraft, Schrumpfung der Bevölkerung und Alterung hervor. Während Metropolregionen wie Berlin, Hamburg, Frankfurt oder München profitieren können, verlieren andere, vor allem ländliche Regionen.

Lebenserwartung steigt deutlich an. Bis 1990 unterscheidet sich die demografische Situation in Ost und West noch deutlich. Nach der Wende kommt es in den neuen Bundesländern allerdings zu einer schnellen Angleichung an das demografische Niveau im Westen. Eine stark sinkende Geburtenrate bei einer gleichzeitig gestiegenen Lebenserwartung verändern die demografischen Strukturen im Zeitraffer. Durch die anhaltende Ausbildungs- und Arbeitsmarktwanderung von Ost nach West potenziert sich diese Wirkung noch, da hauptsächlich jüngere Menschen von Ost nach West wandern. Weiterhin profitiert der Osten nicht in dem Maße von der Zuwanderung aus dem Ausland wie der Westen. Die neuen Länder sind aufgrund dieser Entwicklung besonders gut geeignet, um die Folgen des demografischen Wandels zu untersuchen. Hier ist teilweise bereits heute zu beobachten, was in den nächsten 20 Jahren auch auf die übrigen Bundesländer zukommt: Ein hoher Wohnungsleerstand und der Imageverlust ganzer Wohnquartiere gehen einher mit einem Qualitätsverlust von Versorgungsmöglichkeiten mit Waren des täglichen Bedarfs, medizinischer Betreuung und der Aufrechterhaltung einer öffentlichen Verkehrsinfrastruktur. Die Fragen nach Sicherheit und Ordnung bekommen eine andere Bedeutung, die erreichten hohen Qualitätsstandards sind schwer zu erhalten.

Ein Extrembeispiel für den demografischen Wandel in Deutschland ist die Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern. Hier besteht bereits eine ideale demografische Modellsituation mit allen Zuspitzungen. Bis 1989 wurden in diesem Bundesland



Deutschland altert: Der demografische Wandel wird in den nächsten 20 Jahren ganz Deutschland erfassen.

die höchste Geburtenrate und die höchste Sterblichkeit gemessen. Damit hatte Mecklenburg-Vorpommern die jüngste Bevölkerung im Vor-Wende-Deutschland. Heute ist Mecklenburg-Vorpommern neben Sachsen und Sachsen-Anhalt das Bundesland mit der ältesten Bevölkerung. Neben gesteigener Lebenserwartung und Rückgang der Geburtenrate ist die regionale Wirtschaftsstruktur mit überwiegend ländlichen Siedlungsstrukturen und einigen wenigen industriellen Kernen eine weitere Ursache dieser Entwicklung. Durch den starken Abbau von Arbeitsplätzen Anfang der 1990er Jahre potenziert sich die Situation. Menschen mit einem Alter von 33 bis 35 Jahren sind heute fast vollständig weggewandert, die 29- bis 32-Jährigen sowie die 36- bis 41-Jährigen zu fast 80 Prozent. Wird dieser Entwicklung die Zuzugsrate entgegeng gehalten, so ergibt sich für diese Jahrgänge eine Saldorate von 40 Prozent Verlust mit entsprechender Schrumpfung der Bevölkerung. Im Alter ab 55 übersteigt hingegen die Zuwanderung die Abwanderung, was zusätzlich zur Alterung beiträgt. Nach allen amtlichen Prognosen wird der Bevölkerungsumfang auch in der Zukunft massiv weiter schrumpfen. Die mit der Schrumpfung einhergehenden Probleme sind aufgrund der ohnehin geringen Bevölkerungsdichte in Mecklenburg-Vorpommern besonders auffällig.

Wachsende medizinische Risiken auf dem Land. In Städten mit genügend großer Bevölkerungszahl lässt sich zwar die medizinische Infrastruktur mit angemessenem Kosten-Nutzen-Verhältnis dem Bedarf anpassen. Bei dünner Besiedlung sieht das allerdings ganz anders aus: Eine flächendeckende Notfall- und Grundversorgung ist – bei gleichzeitig wegbrechenden Steuereinnahmen – in ländlichen Regionen immer schwieriger

aufrecht zu erhalten. Die medizinischen Risiken durch lange Wegstrecken zu den Ärzten beziehungsweise zu den Patienten nehmen bereits zu. Das Problem verschärft sich auch durch die Tatsache, dass die Patienten insgesamt immer älter werden – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Morbidität der zu versorgenden Bevölkerung. Die Folgen sind nicht nur ein veränderter Bedarf in der medizinischen Versorgung, sondern auch insgesamt steigende Kosten.

Davon ausgehend, dass die bisherige demografische Entwicklung auch in der näheren Zukunft ungebrochen weiter geht – eine Trendwende ist bislang nicht in Sicht – sind die Prognosen für die Zukunft eindeutig: Die Entwicklung von Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung wird über kurz oder lang in allen Bundesländern deutlich sichtbar werden (siehe Grafik auf Seite 4). Und auch wenn sich eine Zu- oder Abwanderung für die Zukunft nur schwer prognostizieren lässt: sie könnte den Schrumpfungsprozess sowieso allenfalls kurzfristig etwas abmildern oder verstärken.

Wie sieht die Zukunft aus? In Gebieten mit hohem Bevölkerungsrückgang wird die regionale Wirtschaft als erstes einen deutlichen Fachkräftemangel zu spüren bekommen. Dadurch, dass es künftig weniger jüngere Arbeitskräfte gibt, wird die arbeitsfähige Population nach und nach in ganz Deutschland altern. Aus dem bisherigen Arbeitskräfteüberschuss entwickelt sich ein bundesweiter Arbeitskräftemangel. Vorboten dieser Entwicklung sind nicht besetzbare Arbeitsstellen mit spezieller Qualifikation. Durch die Schrumpfung der Bevölkerung verteuert sich die vorhandene Infrastruktur und die Rentabili-

tät sinkt. Vor allem im Bereich medizinische Infrastruktur und Pflege werden aktive Handlungskonzepte der Politik gefragt sein, um das Grundrecht der gleichwertigen Lebensbedingungen aufrechtzuerhalten.

Umbau des Sozialsystems. Die mit der demografischen Entwicklung verbundenen Änderungen der Bevölkerungsstruktur erzwingen vor allem in den östlichen Bundesländern bereits heute ein schnelles politisches Handeln. Welche Konzepte sich dabei als erfolgreich erweisen, wird sich zeigen müssen. Aus den gemachten Erfahrungen könnten aber andere Regionen lernen, bei denen die Folgen einer alternden Bevölkerung erst später sichtbar werden. Denn eines ist klar: Die eigentlichen Auswirkungen des demografischen Wandels stehen uns erst noch bevor. Sie werden vor allem in den nächsten drei Jahrzehnten sichtbar, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in Deutschland das Rentenalter erreicht haben und die nachfolgenden Jahrgänge die aus dem Arbeitsleben ausscheidenden nicht mehr ersetzen können.

Nur wenn die Gründung einer Familie mit mehreren eigenen Kindern in Deutschland wieder Normalität wird, können wir diesen Entwicklungen nachhaltig entgegenwirken. Denn auch wenn Kinder nicht mehr das individuelle Überleben ihrer Eltern sichern müssen – eine schrumpfende Bevölkerung wird auf Dauer den heutigen Lebensstandard schwer halten können. ■

Dr. Rembrandt Scholz ist Demograf am Max-Planck-Institut für demografische Forschung in Rostock.

»Demografischer Wandel verlangt kreative Lösungen«

Dr. Herbert Reichelt ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes



Wie beurteilen Sie die Versorgungslage in ländlichen Gebieten?

Wir sind nicht zufrieden. Eigentlich müsste es 153.895 ambulant tätigen Ärzten gelingen, die Versorgung von rund 82 Millionen Bürgern in Deutschland flächendeckend sicherzustellen. Doch für Menschen auf dem Land werden die Wege zum nächsten Arzt immer weiter. Diese Entwicklung muss gestoppt werden. Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur verlangt kreative

Lösungen, um eine gute gesundheitliche Versorgung auch unter ökonomischen Gesichtspunkten zu organisieren.

Wie könnten diese Lösungen aussehen?

Mit den tradierten Strukturen von Sektoren- und Professionsgrenzen ist das nicht möglich. Bisherige Vertragsmuster einer kollektiven Versorgung müssen aufgebrochen werden, damit wir künftig die Versorgung auch in ländlichen Räumen sicherstellen können. Auch die Krankenkassen brauchen mehr Möglichkeiten, die Versorgung in den Regionen aktiv zu gestalten.

Was bedeutet das konkret?

Künftig müssen alle Beteiligten – Politik, Ärzte und auch Krankenkassen – in der

einzelnen Region entscheiden, welche Vorgehensweise für eine optimale Versorgung die beste ist. Da kann dann beispielsweise der Arzt aus dem umliegenden Krankenhaus regelmäßig vor Ort eine Sprechstunde anbieten, oder ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) organisiert stattdessen die Versorgung einer ganzen Region. Eine andere Möglichkeit könnte so aussehen, dass eine qualifizierte Pflegekraft regelmäßig Routineuntersuchungen bei älteren Patienten im Auftrag des Arztes durchführt, wenn sie den Patienten zur Pflege gerade sowieso besucht. Wir müssen uns also genau ansehen, wie sich die einzelnen Regionen in der Zukunft entwickeln und daran jeweils die Versorgung innovativ anpassen. ■



»Uns steht ein akuter Pflegemangel bevor«

Schlechtes Image und mangelnde Bezahlung bleiben nicht ohne Wirkung: In vielen Regionen fehlt bereits der Pflegenachwuchs. Um den steigenden Bedarf an Pflegeleistungen zu sichern, fordert **Andreas Westerfellhaus** eine engere Verzahnung ärztlicher und pflegerischer Leistungen.

Welche Auswirkung hat der demografische Wandel auf die Pflege?

In ländlichen Gebieten steht uns ein akuter Pflegemangel bevor. Während der Bedarf an Pflegetätigkeiten stetig zunimmt, ist in vielen ländlichen Gebieten ein demografischer Schrumpfungsprozess zu beobachten. Junge Menschen ziehen in die Stadt, die Alten bleiben oft allein zurück. Diese Entwicklung hat natürlich erhebliche Konsequenzen für die ambulante Pflege auf dem Land. Die Wege zwischen den einzelnen Hausbesuchen werden beispielsweise immer länger. Dementsprechend wird künftig mehr Pflegepersonal gebraucht. Diesem wachsenden Bedarf steht allerdings bereits heute ein eklatanter Nachwuchsmangel entgegen. Diese Problematik wird sich noch verschärfen, wenn man nicht schnell gegensteuert. Der Beruf muss attraktiver werden – und ich spreche hier nicht nur von einer besseren Bezahlung, sondern auch von einem besseren Image des Pflegeberufs.

Wie könnte man die Versorgungssituation für die Zukunft sichern?

Ein ganz wesentlicher Ansatz für eine optimierte Versorgung auf dem Land ist die engere Verzahnung der ärztlichen und der pflegerischen Versorgung. Im Klartext: Ärzte und Pflegedienste müssen künftig besser zusammenarbeiten – und zwar auf Augenhöhe. Es gibt viele Tätigkeiten, die Pflegekräfte auch in Eigenverantwortung übernehmen könnten. Hier wird mir bislang zuviel über berufsrechtliche Fragen und die Abgrenzung von Leistungsbereichen gesprochen und zu wenig darüber, wie sich die Versorgungssicherheit

verbessern ließe. Fakt ist, dass in den ländlichen Bereichen nicht nur die pflegerische, sondern auch die ärztliche Versorgung immer schwieriger wird. Wir müssen also möglichst schnell Strukturen schaffen, in denen Ärzte und Pflegedienste besser zusammenarbeiten.

Welche Rolle können sogenannte neue Wohnformen in der ambulanten Versorgung übernehmen?

Neue Wohnformen wie Senioren-Wohngemeinschaften oder betreutes Wohnen werden die Probleme nicht lösen, aber sie können ein wichtiger Bestandteil einer breitgefächerten Strategie für die Versor-

» Ehrenamt und Pflege müssen sinnvoll verzahnt werden. «

gung im ländlichen Raum sein. Gerade wenn eine häusliche Pflege, etwa aufgrund fehlender familiärer Unterstützung, immer schwieriger wird, können neue Wohnformen helfen, den Gang ins Pflegeheim zu vermeiden. Hier können sich die Bewohner gegenseitig unterstützen und damit die Voraussetzungen für eine ambulante Pflege schaffen. Und natürlich erleichtert die Konzentration vieler Pflegebedürftiger in einem Haus dem Pflegedienst die Koordination der Pflege.

Sind ehrenamtliche Helfer die Retter der ambulanten Pflege?

Wir werden in der Pflege in Zukunft ohne Ehrenamt überhaupt nicht mehr

auskommen. Die Frage ist nur, bis wohin die ehrenamtliche Unterstützung gehen kann und ab wo die professionelle Pflege anfangen muss. Ehrenamt und Pflege müssen sinnvoll miteinander verzahnt werden. Das geht nur, wenn die freiwilligen Helfer auch entsprechend qualifiziert sind. Hier sehe ich die Krankenkassen in der Pflicht, stärker als bisher entsprechende Angebote – zum Beispiel für pflegenden Angehörige – anzubieten. So wichtig und unverzichtbar das Ehrenamt aber auch ist: Wir werden keinesfalls allein mit der Einbindung Freiwilliger sämtliche Probleme in der Versorgung lösen können.

Inwieweit sehen Sie die Kommunen in der Pflicht?

Die Kommunen müssen dafür sorgen, die Gesamtversorgung sicherzustellen. Es reicht nicht, sich auf einige wenige infrastrukturelle Maßnahmen, etwa zur Ansiedelung von Landärzten, zu beschränken. Der Pflegebereich benötigt ebenfalls Unterstützung. Der konsequente Ausbau einer flächendeckenden Beratung zur Pflege, etwa in den Pflegestützpunkten, muss weiter forciert werden. Außerdem müssen die Kommunen sicherstellen, dass sich in ihrer Region genügend qualifizierte junge Menschen für diesen Beruf entscheiden. Dazu gehört zum Beispiel, dass bereits an den Schulen über den Pflegeberuf informiert wird. Man kann die Träger von Ausbildungsstätten damit nicht allein lassen, wir brauchen hier eine konzertierte Aktion von Ländern, Kommunen und Trägern. Denn eins ist klar: Ohne genug Fachkräfte-Nachwuchs lässt sich eine Versorgung im ländlichen Raum nicht sicherstellen. ■



Den Nachwuchs begeistern

Hausarzt auf dem Land: Diese Perspektive reizt wenige Medizinstudenten. Das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Jena will gegensteuern. Mehr als 200 Lehrpraxen in Thüringen ermöglichen einen Einblick in den Hausarzt-Alltag – auch auf dem Land. Von **Annegret Himrich**

Das »Kinderhaus Kunterbunt« hat schon bessere Tage gesehen: Hinter der Schaufensterscheibe mit den farbigen Buchstaben sieht es verlassen aus. Auch die kleine Pension wenige Meter weiter scheint im Dornröschenschlaf zu liegen. Wer das Städtchen Camburg an der Saale im Nordosten Thüringens mit dem Zug erreicht, betritt den Ort durch die etwas düstere Bahnhofstraße. An ihrem Ende liegt der Blick frei auf die malerische kleine Ortsmitte: eine Kirche, eine Apotheke, ein Friseur, ein Handyladen, eine Stadtbücherei. Eine alte Dame mit Rollator müht sich die steile Straße hinauf, die aus dem Tal führt. In der letzten Querstraße vor dem Ortsausgang, hinter der Grundschule und dem neu errichteten Altenheim, liegt die Praxis von Dr. Rudolf Wolter: ein weißes Einfamilienhaus mit roten Fenstern und großem Garten.

Von Bayern nach Thüringen. Der 42-Jährige kommt ursprünglich aus der Nähe von Nürnberg. »Durch meine Frau bin ich nach Camburg gekommen. Ihre Mutter war hier Hausärztin. Da lag es nahe, dass ich ihre Praxis übernehme.« Dennoch hatte er zunächst Bedenken, diesen Schritt zu tun. Hausarzt in Ostdeutschland? In einem so kleinen Ort? Würden die Menschen ihm, dem Neuen, vertrauen? Aber der Start klappte gut, nicht zuletzt durch die Unterstützung der Schwiegermutter. »Vor allem in den ersten Jahren habe ich sehr davon profitiert, sie in der Mittagspause um medizinischen Rat bitten zu können.« Die Wohnung seiner Schwiegereltern liegt direkt über

der Praxis und die Schwiegermutter kennt viele seiner Patienten gut.

Rund 250 Einwohner hat Camburg in den letzten zehn Jahren verloren – für eine Kleinst-Stadt mit knapp 3.000 Seelen eine Menge. 2008 wurden die Nachbarkommunen Dornburg und Dorndorf-Steudnitz nach Camburg eingemeindet. Dornburg-Camburg heißt die »neue« Stadt offiziell. Fünf Hausärzte praktizieren hier. »Eine Kollegin in Camburg wird bald aufhören, aber ein Nachfolger ist in Sicht. Sonst hätten wir hier ein Problem und ich 700 bis 900 Patienten mehr«, sagt Rudolf Wolter. Er müsste dann versuchen, einen zusätzlichen Arzt in die Praxis zu holen. Denn sein Behandlungsradius reicht acht bis neun Kilometer über Camburg hinaus.



Nachwuchsförderung. Schon jetzt bekommt er Unterstützung. Neben vier Mitarbeiterinnen arbeitet an zwei Tagen in der Woche Dr. Sven Schulz in der Praxis mit. Und einen Monat lang lernt die Famulantin Arlett Gellert, Medizinstudentin im achten Semester, den Alltag in seiner Praxis kennen. Zueinander gefunden haben die drei über das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Jena, das seit 2008 besteht. Allgemeinmediziner Sven Schulz, zugleich Mitarbeiter des Instituts, beschreibt den Sinn der Einrichtung: »Es soll der Allgemeinmedizin einen festen Platz im Studium geben, den sie bisher nicht hatte. Wir verstehen uns als Brücke zwischen Wissenschaft und hausärztlicher Praxis. Dazu gehört auch eine strukturierte Nachwuchsförderung.« Denn das Medizinstudium vermittelt zwar umfangreiches theoretisches Wissen, die Praxis kommt aber oft zu kurz. Das Institut für Allgemeinmedizin bezieht deshalb niedergelassene Hausärzte in die Ausbildung ein. Die Praxis Wolter ist eine von über 200 Lehrpraxen in Thüringen, die mit dem Institut kooperieren und Studierenden in praktischen Blöcken Einblick in den hausärztlichen Alltag gewähren. Umgekehrt verpflichten sich die Praxen, an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilzunehmen, um auf dem neuesten Stand zu sein. »Nur wenn es uns gelingt, den Nachwuchs für die Allgemeinmedizin zu begeistern, können wir die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen sicherstellen«, sagt Sven Schulz.

An Begeisterung für seinen Beruf mangelt es Rudolf Wolter nicht. »Wer sich



*Gespräch beim Ultraschall:
Dr. Rudolf Wolter und Arlett Gellert erläutern
gemeinsam den Befund des Patienten.*

zutraut, ein Fachgebiet der Medizin zu durchdringen, soll Facharzt werden. Wer sich mehr zutraut, sollte Hausarzt werden« – diesen Rat gibt er in der Vorlesung »Allgemeinmedizin«, die er an der Uni Jena mit anderen Lehrenden für Studenten im zehnten Semester hält. Auf Arlett Gellert hat diese Begeisterung abgefärbt. Das zweiwöchige Praktikum in einer Hausarztpraxis, das beim Medizinstudium an der Universität Jena Pflicht ist, hat sie bereits hinter sich. In den ersten Tagen ihrer freiwilligen Famulatur in der Praxis Wolter ging es für sie vor allem ums Zuschauen und Zuhören. Doch dabei ist es nicht geblieben. »Ich darf Patienten selbstständig befragen und untersuchen, bevor ich eine erste Diagnose stelle. Dr. Wolter kommt dann dazu«, berichtet die 22-Jährige.

Enger Kontakt zu den Patienten. Den Entschluss, Ärztin zu werden, hat sie in der elften Klasse gefasst. Das Berufsziel Hausärztin kristallisierte sich nach und nach heraus. Zu den positiven Seiten des Hausarzttdaseins zählt für sie der intensive Kontakt zu den Patienten, gerade auf dem Land. »Für die Diagnose ist das ein großer Vorteil. In der Klinik oder als Facharzt sieht man die Patienten ja nur wenige Male«, sagt Arlett Gellert. Außerdem beeindruckt sie das Spektrum der Diagnosen und Tätigkeitsfelder, mit denen es ein Hausarzt zu tun hat: »Hier in der Praxis werden sogar kleine chirurgische Eingriffe vorgenommen. Und einmal im Monat ist Kleinkindersprechstunde mit Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. In der Umgebung gibt es ja

keinen Kinderarzt.« Regelmäßig besucht Rudolf Wolter auch seine Patienten im Altersheim und macht Hausbesuche. In seiner Praxis kann er sogar ein Belastungs-EKG machen. Das erspart seinen Patienten den Weg zum Kardiologen. »Auf dem

Land kann ich als Hausarzt wirklich eine Steuerungsfunktion wahrnehmen«, sagt Rudolf Wolter. »Die Hemmschwelle, einen Patienten an den Facharzt zu überweisen, ist hoch. Gerade für ältere Menschen ist die Fahrt nach Jena eine Belastung.« Ein Drittel seiner Patienten ist älter als 65.

Privatleben möglich. Arlett Gellerts Vermutung, dass der Hausarztberuf ein Privatleben oder die Familiengründung schwer macht, wurde während ihrer Famulatur entkräftet. Die Arbeitszeit in der Praxis Wolter beginnt um 7:30 Uhr und endet um 19 Uhr, unterbrochen von zwei Stunden Mittagspause. Es gibt aber auch Tage, an denen der Feierabend schon am Nachmittag beginnt. »Und dann gibt es als Hausärztin heute ja auch die Möglichkeit, in einer Praxisgemeinschaft oder Teilzeit zu arbeiten«, ist sie zuversichtlich. »Das Bild vom Hausarzt auf dem Land, der sich als Einzelkämpfer aufopfert und Tag und Nacht arbeitet, muss nicht der Maßstab sein«, meint Rudolf Wolter. Doch auch er kennt diesen Zustand.

Als sich die Schwiegermutter 2002 aus der Praxis zurückzog, war er schlagartig

allein mit 1.800 Patienten im Quartal. Nach vier Monaten merkte er: »Wenn das so weitergeht, bin ich in kurzer Zeit kaputt. Die Patienten der Vormittagssprechstunde waren um 16 Uhr durch«, erinnert er sich an die aufreibende Zeit. Doch mit der Einführung eines konsequenten Terminvergabesystems bekamen er und seine Mitarbeiterinnen das Problem in den Griff. Gertraud Heyme, die schon bei seiner Schwiegermutter Patientin war, ist zufrieden. »Es kommt so gut wie nie

Die schnelle Überweisung an den Facharzt ist auf dem Land nicht möglich.

zu langen Wartezeiten.« Sie und ihr Mann kommen aus dem Nachbardorf Schmiedehausen. Vor vier Wochen hatte ihr Mann einen Herzinfarkt, ist aber bereits wieder auf den Beinen. Gertraud Heyme erinnert sich an die bangen Stunden: »Dr. Wolter hat hier die Erstversorgung gemacht. Dann kam der Hubschrauber und hat meinen Mann ins Krankenhaus nach Jena geflogen.« Heute ist er zur Nachuntersuchung in der Praxis. »Der Blutdruck steht wie eine Eins«, berichtet er stolz nach dem Belastungs-EKG.

Den Medizinstudenten, die in seine Praxis kommen, möchte Rudolf Wolter vor allem eines vermitteln: »Allgemeinmedizin ist vielseitig und spannend. Als Hausarzt habe ich viele Freiheiten, kann eigene Schwerpunkte setzen und verdienen gutes Geld.« Er erinnert sich an einen seiner Famulanten, der ihm gleich am ersten Tag zu verstehen gab, dass ihn die Allgemeinmedizin nicht reizt. »Den habe ich überzeugt, er arbeitet heute als Hausarzt.« ■

Annegret Himrich ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.

Planwirtschaft funktioniert nicht

Um die medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten sicherzustellen, gibt es viele gute Konzepte. Es fehlt nur an der flächendeckenden Umsetzung. Und am Willen einer planwirtschaftlich orientierten Ärztelobby, mit anderen Heilberufen stärker zu kooperieren. Von **Klaus Jacobs**

Dass die Bevölkerung in Deutschland altert und schrumpft, ist keine neue Erkenntnis. In Zukunft steigt dadurch zwangsläufig die Anzahl der Patienten, die mehrfach chronisch erkrankt und in hohem Alter vielfach auch pflegebedürftig sind. Das erfordert eine Stärkung der Primärversorgung sowie eine bessere Koordination über einzelne Versorgungssektoren (ambulant und stationär) und Gesundheitsberufe hinweg. In ländlichen Regionen mit teilweise stark rückläufiger Bevölkerungsdichte kommen – nicht nur in der Gesundheitsversorgung – spezielle Infrastrukturprobleme hinzu. Hier wird es künftig sehr viel schwieriger, ein ausreichendes Angebot an qualifizierten Versorgungsleistungen wohnortnah vorzuhalten. Dabei kann es für die schrumpfenden Landregionen kein Patentrezept geben – allein schon deshalb, weil die Gegebenheiten vor Ort im Hinblick auf Siedlungsstrukturen, Verkehrswege, aber vor allem auch bereits vorhandene Versorgungseinrichtungen sehr unterschiedlich sind. Dementsprechend vielfältige Lösungsansätze zur Vermeidung von Versorgungsengpässen gibt es bereits.

Die Möglichkeiten zur Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind noch längst nicht ausgeschöpft.

Stipendium als Anreiz. Ansätze, die sich im Rahmen der bestehenden Versorgungs- und Planungsstrukturen bewegen, sind etwa Vergütungszuschläge bei Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, aber auch spezielle Programme von Ländern und Kommunen zur Förderung der Niederlassung von Ärzten in Landregionen. Hinzu kommt beispielsweise die Vergabe von Stipendien an Medizinstudenten, die sich im Gegenzug zur späteren Berufsausübung »auf dem Lande« verpflichten. Besonders wichtig für eine ausreichende Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sind flexible Betriebs-, Erwerbs- und Arbeitszeitstrukturen für Ärzte und nichtärztliche Fachkräfte. Dass in Deutschland gerade in diesem Punkt erheblicher Nachholbedarf besteht, zeigt allein schon die rasant entwickelte Entwicklung bei den Medizinischen Versorgungszentren. Diese Organisationsform für die ambulante medizinische Versorgung mit niedergelassenen und angestellten Ärzten gibt es bundesweit erst seit 2004. Seit 2007 existieren verschiedene

weitere Optionen zur Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit, etwa mittels Bildung örtlicher oder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften, Einrichtung von Filialpraxen oder Teilzulassungen. Die Möglichkeiten, die mit der Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit geschaffen wurden, sind bei Weitem noch nicht ausgeschöpft. Sie bieten aber die nötigen Voraussetzungen für die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben, die nicht zuletzt angesichts einer steigenden Frauenquote im Arztberuf dringend erforderlich waren.

Angesichts der Veränderungen im Behandlungsspektrum, die aus der Alterung der Bevölkerung resultieren, geht es aber nicht nur um die Sicherung ausreichender ärztlicher Kapazitäten, sondern auch um die Einführung moderner, teamorientierter Strukturen in einer umfassenden Primärversorgung. Das betrifft insbesondere die zweckmäßige Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Heilberufen, die hierzulande – gemessen an internationalen Standards – noch immer ein Schattendasein fristet.

Das betrifft insbesondere die zweckmäßige Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Heilberufen, die hierzulande – gemessen an internationalen Standards – noch immer ein Schattendasein fristet.

Nichtärztliche Heilberufe einbeziehen. Wenn etwa beklagt wird, dass die Menschen hierzulande viel öfter zum Arzt gingen als in anderen Ländern, zum Beispiel in Schweden, hat das einen einfachen Grund. Denn in Schweden ist der Erstkontakt der Patienten mit dem Gesundheitssystem in vielen Fällen gar nicht beim Arzt, sondern bei Krankenschwestern, die den Patienten etwa zur regelmäßigen Therapiekontrolle oder bei »kleineren Wehwehchen« auch ohne Einschaltung eines Arztes ausreichend betreuen können.

Dass viele Ärzte bei uns einen zu großen Teil ihrer Arbeitszeit mit Aufgaben verbringen, die andere (mindestens) ebenso gut erledigen könnten, lässt sich kaum bestreiten. Dabei geht es keineswegs allein um reine Verwaltungsaufgaben, von denen die Ärzte bei größeren Betriebsstrukturen durch ausgebildete Kaufleute befreit werden können. Es geht zunehmend auch um Versorgungsleistungen, zum Beispiel die gerade auf dem Land besonders zeitaufwendigen Hausbesuche. Im Rahmen des Modellprojekts »Schwester AGnES« wurden Hausbesuche



Mehr Kooperation zwischen Ärzten und anderen Heilberufen – so könnte die Versorgung auch in ländlichen Räumen gesichert werden.

größtenteils von qualifizierten Pflegekräften durchgeführt, insbesondere bei Patienten, bei denen präventive Leistungen, eine regelmäßige Überwachung der Therapie oder ein Monitoring des Gesundheitszustands erforderlich sind – also gerade bei mehrfach chronisch erkrankten Patienten, wie sie das Versorgungsgeschehen angesichts der demografischen Entwicklung zunehmend bestimmen werden. Der verstärkte Einsatz von nichtärztlichen Fachkräften bietet zudem gute Chancen für eine bessere Kooperation zwischen medizinischer Versorgung und Pflege. Schließlich sind viele alte Menschen oft nicht nur chronisch krank, sondern gleichzeitig auch pflegebedürftig.

Telematik vorantreiben. Deutlich unterentwickelt im Vergleich zu den bestehenden Möglichkeiten ist in Deutschland auch der gezielte Einsatz telemedizinischer Anwendungen, der gerade in dünn besiedelten Regionen beträchtliche Qualitäts- und Effizienzpotenziale birgt. Das gilt für das Telemonitoring chronisch Kranker, die Telekooperation zwischen Hausarzt und Schwester oder Hausarzt und Facharzt, aber auch für Kooperationen zwischen Regional- und Zentralkrankenhäusern, also ein

sektorübergreifend angelegtes Modell der fachärztlichen Versorgung. Ob fachärztliche Parallelstrukturen in der ambulanten und stationären Versorgung generell zukunftsfruchtig sind, mag dahingestellt sein – in ländlichen Regionen sind sie es gewiss nicht, allein schon aus Kostengründen. Aber auch im Hinblick auf eine möglichst hohe Versorgungsqualität spricht in der fachärztlichen Versorgung viel für die Bildung von Schwerpunktzentren.

Gute Ansätze zur künftigen Sicherung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum gibt es somit viele. Was bleibt, ist die zentrale Frage: Wie bekommt man sie zur praktischen Umsetzung vor Ort? Die bisherigen Erfahrungen zeigen: ganz sicher nicht durch die bisherigen Instrumente einer zentralen Planwirtschaft unter Beteiligung vielerlei Gremien und Lobbygruppen (der Leistungserbringer wohlgerne und nicht etwa der Patienten) – mögen diese Instrumente auch noch so differenziert weiterentwickelt sein. ■

Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Foto: gettyimages



Aygül Özkan ist niedersächsische Gesundheitsministerin und Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz.

Welchen Änderungsbedarf sehen Sie, um die Versorgung auf dem Land sicherzustellen?

Es ist heute in der universitären Ausbildung möglich, dass Medizinstudenten während ihres gesamten Studiums nie mit hausärztlicher Tätigkeit in Verbindung kommen. Das darf nicht sein. Um ihr Interesse an der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu wecken, könnten eine verpflichtende Famulatur oder ein verpflichtender Ausbildungsabschnitt während des Praktischen Jahrs das ändern.

»Wir wollen Mitsprache bei der Bedarfsplanung«

Auch ein geändertes Auswahlverfahren könnte die Zugangschancen zum Medizinstudium für diejenigen steigern, die sich besonders für die Allgemeinmedizin interessieren.

Was tun die Länder, um die Versorgung in ländlichen Gebieten zu verbessern?

Die Bundesländer haben bereits verschiedene Programme zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung auf den Weg gebracht: Je nach regionaler Betroffenheit gibt es Investitionspauschalen und Sicherstellungszuschläge für niederlassungswillige Hausärzte in unterversorgten Regionen; auch gibt es Stipendienprogramme für Medizinstudenten sowie arztentlastende Modellversuche. Die Länder wollen außerdem mehr Verantwortung für eine flächendeckende medizinische Grund-

versorgung übernehmen und fordern deshalb vom Bund mehr Mitsprache bei der Bedarfsplanung.

Was erhoffen Sie sich davon?

Die Folgen des demografischen Wandels stellen die Gesundheitsversorgung vor allem in den Flächenländern vor neue Herausforderungen. Um den Unterschieden auf lokaler Ebene gerecht zu werden und die demografische Entwicklung besser berücksichtigen zu können, muss die Bedarfsplanung in Zukunft flexibler und kleinräumiger werden. Um ihrer Verantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge nachkommen zu können, müssen die Länder mehr Entscheidungsspielräume erhalten, um die regionale Sicherstellung der ambulanten Versorgung bedarfsgerecht steuern zu können. ■

Foto: Sozialministerium Niedersachsen



»Wir machen die Kommunen zukunftsfähig«

In Sachsen-Anhalt ist die Bevölkerung seit 1990 um fast 20 Prozent geschrumpft. Weniger Steuereinnahmen und leere Dörfer sind die Folge. **Karl-Heinz Daehre** macht sich stark für einen weitblickenden Stadtumbau, der auf Leerstand und finanzielle Einbußen mit kreativen Impulsen reagiert.

Deutschland befindet sich mitten im demografischen Wandel. Wie sieht die Situation in Sachsen-Anhalt aus?

Seit der Wiedervereinigung haben wir in Ostdeutschland tiefgreifende demografische und strukturelle Umbrüche erlebt. Und das nicht nur wesentlich schneller, sondern auch mit tiefgreifenderen Folgen als in Westdeutschland. Leer stehende Wohnhäuser, überdimensionierte Infrastruktur und nicht ausgelastete Gewerbegebiete bestimmen das Bild vieler Städte. Die Bevölkerung in Sachsen-Anhalt ist zwischen 1990 und 2009 von 2,96 auf 2,36 Millionen Einwohner geschrumpft. Bis 2025 wird ein weiterer Rückgang auf 1,93 Millionen Menschen prognostiziert.

Welche Probleme ergeben sich daraus?

Hohe Abwanderung und drastisch sinkende Geburtenzahlen führen bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung zu einer Überalterung der Gesellschaft. Die Bevölkerung Sachsens-Anhalts im Rentenalter ist seit 1990 um 37,8 Prozent angestiegen. Bis zum Jahr 2030 wird diese Gruppe noch einmal um elf Prozent anwachsen. Die Zahl der Kinder, Jugendlichen und Erwerbstätigen hingegen nimmt weiter rapide ab. Die Folge ist ein langsames Umkehren des Verhältnisses zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern. Diese Entwicklung wird noch einige Jahre anhalten und macht es für die Zukunft schwerer, die gewohnte Lebensqualität zu sichern, zum Beispiel bisherige medizinische Versorgungsstandards aufrechtzuerhalten und so die soziale Balance zu sichern.

Wie kann die Politik in dieser Situation gegensteuern?

Schrumpfungprozesse und Bevölkerungsrückgang stellen Stadtentwicklung und -gestaltung vor ganz neue Herausforderungen. Das Land Sachsen-Anhalt beschäftigt sich mit dieser Problemlage schon seit Längerem. Mit der »Inter-

» Wenn die Bevölkerung zurückgeht, können die Städte nicht mehr bleiben, wie sie mal waren. «

nationalen Bauausstellung Stadtumbau 2010« (IBA) haben wir uns bereits vor acht Jahren einem Tabuthema gestellt: Wie geht es weiter mit den kleineren Städten, in denen Wachstum und Bevölkerungszuwachs auch auf längere Sicht nicht zu erwarten sind? Wie lassen sich dort Perspektiven entwickeln und Strukturen schaffen, um mit weniger Bevölkerung und somit auch weniger Finanzmitteln ein qualitativ anspruchsvolles städtisches Leben zu gestalten? Die Antwort ist klar: Was wir jetzt brauchen, ist ein weitblickender Stadtumbau, der auf Leerstand und finanziellen Notstand mit kreativen Impulsen antwortet.

Wie könnte so ein Stadtumbau denn aussehen?

Wenn die Bevölkerung zurückgeht, können die Städte nicht mehr bleiben wie sie mal waren. Wir müssen sie für die Zukunft anpassen an den veränderten Bedarf und somit verkleinern, indem wir

in den Randbereichen zurückbauen und stattdessen die Innenstädte beleben. Im Rahmen der IBA haben wir in den vergangenen acht Jahren die unterschiedlichsten Lösungen erarbeitet. Und das nicht am berühmten Grünen Tisch, sondern indem wir die Bürger angeregt haben, sich selbst einzubringen. Jede der teilnehmenden 19 Modellstädte ist dabei ganz eigene Wege gegangen – eine Universalidee, die überall gleichermaßen erfolgreich wäre, gibt es leider nicht. In diesem Jahr werden nun all diese individuellen Lösungen, die bislang erarbeitet wurden, in einer Überblicksausstellung in Dessau präsentiert.

Können Sie ein gelungenes Beispiel aus einer der Modellstädte nennen?

Da fällt mir zum Beispiel Wittenberg ein, wo mit der Gründung des Vereins »Campus Wittenberg« eine Vermarktungsplattform für die Bildungs- und Wissenschaftseinrichtungen der Stadt entstanden ist. Das bringt viele historische Gebäude in der Altstadt wieder in eine Nutzung und bereitet die Lutherstadt auf das große Reformationsjubiläum 2017 vor. Ähnliches gilt für Bernburg. Teile des Schlosses wurden bereits restauriert und eine moderne Musikschule eingerichtet. Außerdem entsteht in der Altstadt eine Sekundarschule mit Ganztagsbetreuung und neuem pädagogischem Konzept – praxisorientiert und mit der örtlichen Wirtschaft vernetzt. Eines haben alle diese Projekte gemein: Sie konzentrieren sich darauf, den notwendigen Schrumpfungprozess so zu gestalten, dass die Innenstädte gestärkt und die Kernbereiche der Kommunen zukunftsfähig gemacht werden. ■

Ansehen und Prestige zweitrangig

Das Berufs- und Privatleben in Einklang bringen – das ist auch bei Ärzten ein immer öfter geäußelter Wunsch. **Adelheid Kuhlmeiy** und **Susanne Dettmer** haben in einer Studie der Charité Berlin Medizinstudenten gefragt, worauf sie bei ihrer Karriereplanung achten.

Hohe berufliche Anforderungen und lange Arbeitszeiten führen dazu, dass es auch Ärzten häufig nicht gelingt, eine Balance zwischen beruflichem und privatem Lebensbereich hinzubekommen. Gerade junge Ärzte legen zunehmend Wert auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance: Diese Einstellung hängt sicher auch damit zusammen, dass immer mehr Frauen den Arztberuf ausüben und sich die Rollen- und Arbeitsverteilung in modernen Partnerschaften verändern. Ergebnisse einer groß angelegten Befragung zur Karriere- und Lebensplanung in der Medizin (»KuLM-Studie«) bei Studierenden und Absolventen an der Charité in Berlin zeigen, dass die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben eine wichtige Rolle für die Karriereplanung der angehenden Ärzte spielt: 93,9 Prozent der weiblichen und 81,1 Prozent der männlichen Studierenden zu Beginn des Medizinstudiums bewerten eine gute Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben für sich persönlich als wichtig bis sehr wichtig. 95 Prozent der weiblichen und 87,4 Prozent der männlichen Studienanfänger geben an, es sei ihnen wichtig, später ausreichend Zeit für Familie und Partnerschaft zu haben.

Kinderbetreuung teilen. Was die Kinderbetreuung angeht, möchte der Großteil der jungen Ärzte diese gern gleichberechtigt mit dem Partner übernehmen und ergänzend Betreuungsangebote in Anspruch nehmen. Betrachtet man speziell die Studierenden und Absolventen, die später eine Hausarztstätigkeit in Erwägung ziehen, so zeigt sich, dass für diese Gruppe außerdem Aspekte wie »eine sinnvolle Tätigkeit ausüben«, »in guter Arbeitsatmosphäre arbeiten« und »freie Zeiteinteilung« besonders wichtig sind.

Weniger wichtig sind hingegen Aspekte wie »Führungsaufgaben übernehmen« und »hohes Ansehen und Prestige genießen«. Die Studienergebnisse zeigen, dass Studierende, die in ländlichen



Mehr Zeit für die Familie: Junge Ärztinnen und Ärzte wollen die Kinderbetreuung gleichberechtigt mit ihren Partnern übernehmen.

Regionen aufgewachsen sind, häufiger als Studierende aus großstädtischen Regionen in Erwägung ziehen, später als Hausarzt auf dem Land tätig zu werden. Außerdem ist die Bereitschaft zu einer späteren Hausarztstätigkeit insgesamt unter den Studierenden aus den neuen Bundesländern höher ausgeprägt als unter den Studierenden aus den alten Bundesländern.

Regionale Infrastruktur. Wichtig bei der Wahl ihres Arbeitsplatzes sind den über 1.600 befragten jungen Medizinern neben der Versorgungsstufe des Krankenhauses (Grundversorgung oder Maximalversorgung) auch die Qualität der Patientenversorgung, vertragliche Aspekte, die Nähe zum Wohnort sowie die regionale Infrastruktur. Als weniger wichtig werden finanzielle Aspekte gesehen. Betrachtet man die Zufriedenheit der jungen Ärzte mit ihrer Work-Life-Balance, gibt ein Viertel der Ärztinnen (23,5 Prozent) und ein Drittel der Ärzte (30,8 Prozent) an, damit nicht

zufrieden zu sein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zum Erhebungszeitpunkt erst 12,6 Prozent der befragten jungen Ärztinnen und 10,2 Prozent der Ärzte bereits Kinder hatten. Als Grund für die Unzufriedenheit werden hauptsächlich eine hohe Arbeitsbelastung und der damit verbundene Zeitmangel für das Privatleben angegeben.

Insgesamt ist festzuhalten, dass eine gute Work-Life-Balance eine zentrale Rolle für die Attraktivität einer ärztlichen Tätigkeit und für die Arbeitszufriedenheit bei jungen Ärzten spielt. Das sollte berücksichtigt werden, wenn es darum geht, ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen – und vor allem auch zu halten. ■

Professorin Dr. Adelheid Kuhlmeiy ist Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie an der Charité Berlin, **Dr. Susanne Dettmer** ist dort Lehrkoordinatorin und wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Fitnessstraining für Senioren

Gemeinsames Fitnessstraining statt sozialer Isolation: In der dünn besiedelten Müritz-Region engagiert sich die AOK Mecklenburg-Vorpommern für allein lebende alte Menschen.

Ein großes Problem des demografischen Wandels ist die Vereinsamung im Alter. Bereits seit zwei Jahren engagiert sich die Gesundheitskasse in Mecklenburg-Vorpommern deshalb mit einem Projekt gegen die soziale Isolation im Alter. Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und geriatrisch ausgebildeten Ärzten geht sie neue Wege bei der Versorgung älterer Menschen und bietet ein neues Versorgungsmodell an, das auch im ländlichen Raum eine wohnortnahe, ambulant-geriatrische Komplexbehand-

lung gewährleistet. Die Teilnahme am Projekt vermittelt der Hausarzt. Das Versorgungsmodell wird in der dünn besiedelten Müritz-Region durch die Pro Mobil GmbH umgesetzt. Ziel ist es, die Alltagskompetenz alter und allein lebender Menschen zu stärken, um ihnen den Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen und gleichzeitig eine soziale Isolation zu verhindern.

Zunächst ermittelt ein geriatrisch spezialisierter Arzt die individuelle Alltagskompetenz, die Sturzgefahr und die Sprachfähigkeit der Patienten. Gemeinsam werden dann im Arbeiterteam anhand der Ergebnisse ein Behandlungsplan und ein individuelles Therapieziel festgelegt. Mithilfe eines Kraft- und Gleichgewichtstrainings in der Gruppe werden körper-



liche Defizite ausgeglichen. Die Behandlungen erfolgen in Therapiegruppen mit bis zu 15 Patienten und täglich zwei bis drei Anwendungen in den Bereichen Ergotherapie, Krankengymnastik, Logopädie sowie physikalischer und psychologischer Therapie. Seit 2009 erprobt die AOK nun auch in Stralsund das Modellprojekt. Über 250 Teilnehmer haben seitdem das neue Versorgungsmodell genutzt und fast alle leben weiterhin in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld. ■

Markus Juhls ist Pressesprecher der AOK Mecklenburg-Vorpommern.

Betreuung zu Hause

Im Landkreis Cuxhaven erspart ein Modellprojekt der AOK Niedersachsen so manchem Patienten die Einweisung in ein Krankenhaus – und entlastet dabei gleichzeitig den Hausarzt.

Chronisch kranke und in der Mobilität eingeschränkte Patienten über 65 Jahre stehen im Mittelpunkt der »Mobilen Gesundheitsbetreuung an der Ostemündung«, einem Modellprojekt der AOK Niedersachsen. Im Auftrag der Hausärzte in und um Neuhaus (Oste) besucht Betreuungsschwester Friedegund Ohlen-dorf die eingeschriebenen Patienten. Die gelernte Krankenschwester und studierte Diplom-Pflegepädagogin übernimmt delegierbare Tätigkeiten und stellt sicher, dass die Patienten zu Hause bestmöglich

versorgt und unter Kontrolle des Hausarztes sind. Unnötige Krankenhausaufenthalte können so vermieden werden.

Insgesamt führt die Betreuung zu spürbaren Verbesserungen in der gesundheitlichen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung der Patienten – und nimmt gleichzeitig Druck von den niedergelassenen Ärzten. Acht Praxen mit 15 Hausärzten sind inzwischen in das Projekt eingebunden, das die Neuhäuser Ärztin Christiane Klünder koordiniert und das von der Universität Greifswald wissenschaftlich begleitet wird. Die AOK Niedersachsen trägt die Kosten für das Projekt, das noch bis Ende 2011 läuft.

Wie die Rahmenbedingungen einer zukünftigen Versorgung aussehen werden, wird sich auch aus der Auswertung dieses



sowie eines weiteren Modellprojektes in Niedersachsen zur hausärztlichen Versorgung ergeben. Dass in unterversorgten Gebieten eine hausärztliche Versorgung mit Hilfe des Delegierens auch langfristig möglich sein wird, ist bereits gesetzlich verankert. Auf diese Weise könnte die Landarztpraxis künftig auch für junge Mediziner wieder attraktiver werden. ■

Sabine van Gemmeren ist Pressereferentin der Regionaleinheit Elbe-Weser der AOK Niedersachsen.

Mobile Praxisassistentin

Sachsen-Anhalt ist vom demografischen Wandel bereits stark betroffen. Die AOK engagiert sich für verschiedene Lösungen wie etwa die mobile Praxisassistentin, um die medizinische Versorgung auch in ländlichen Gebieten zu sichern.

Die Menschen werden erfreulicherweise immer älter. Mit dem Alter steigt aber auch die Zahl der Krankheiten. Dieser demografische Trend wird begleitet durch einen deutlichen Rückgang der Gesamtbevölkerung. Beides wirkt sich auf die Einnahmen- wie auf die Ausgabenseite

des Gesundheitswesens aus. Die AOK setzt sich deshalb bereits seit Jahren engagiert mit der Frage auseinander, wie es gelingen kann, mit knapper werdenden Ressourcen eine finanzierbare und qualitativ hochwertige Versorgung bereitzustellen.

Angesichts des demografischen Wandels, der sich in Sachsen-Anhalt dramatisch vollzieht, müssen Strukturen geschaffen werden, um die Patienten weiterhin gut und angemessen zu behandeln. Um in der ärztlichen Versorgung auf dem Land Engpässe zu vermeiden, sucht und unter-

Veranstaltungshinweis:

Die AOK Sachsen-Anhalt lädt am 26. Oktober zur Veranstaltung »Gesundheitsstandort Sachsen-Anhalt – In die Zukunft investieren« in Magdeburg ein. Experten analysieren und diskutieren hier demografische Probleme und die Konsequenzen für eine gesundheitliche Versorgung.



stützt die AOK Sachsen-Anhalt neue Lösungen, etwa mit der mobilen Praxisassistentin oder bei Versorgungsmodellen wie der Integrierten Versorgung chronischer Wunden. Die Kombination von vernetzten Versorgungszentren und telemedizinischen Dienstleistungen in einem Modellprojekt ist eine weitere Innovation. So sollen Haus- und Facharztpraxen, die nicht mehr von einem Arzt allein besetzt und wirtschaftlich betrieben werden können, zu sogenannten Filialpraxen umgewidmet werden. ■

Andreas Arnsfeld ist Referent der Stabsstelle Verwaltungsrat/Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt.

Stipendienprogramm

Die AOK Westfalen-Lippe gibt angehenden Ärzten mit einem Stipendium gezielt Anreize, sich frühzeitig und intensiv mit der Allgemeinmedizin zu beschäftigen.

Immer weniger junge Mediziner entscheiden sich am Ende ihrer Ausbildung für einen Weg in die Allgemeinmedizin. Um die hausärztliche Versorgung – gerade auch in ländlichen Gebieten – langfristig zu sichern, geht die Gesundheitskasse deshalb neue Wege. Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe hat sie ein Stipendienprogramm zur Förderung der Attraktivität des Hausarztberufes gestartet. Im Rahmen dieses Modellprojekts können sich bis zu 60 Medizinstudenten für die Dauer von vier

Monaten auf eine finanzielle Förderung von insgesamt 2.400 Euro bewerben. Ziel der Stipendieninitiative in Zusammenarbeit mit weiteren Krankenkassen ist es, westfälische Medizinstudenten für den Beruf des Hausarztes zu begeistern. Das Stipendium soll den angehenden Ärzten dabei einen Anreiz geben, sich frühzeitiger und intensiver mit dem Facettenreichtum der Allgemeinmedizin zu beschäftigen.

Voraussetzung für die Förderung: Die Stipendiaten müssen sich innerhalb ihres Praktischen Jahres neben den Pflichtfächern Chirurgie und Innere Medizin in ihrem Wahlbereich für das Fach Allgemeinmedizin entscheiden. Zudem müssen die Studierenden ihr Praktikum in einer westfälischen Arztpraxis leisten.



In den heutigen Ausbildungsstrukturen der Medizin liegt der Schwerpunkt zu stark auf den klinischen Fächern. Mit den Stipendien will die AOK das Interesse der Studierenden für die Allgemeinmedizin wecken. Erfahrungen mit ähnlichen Förderprogrammen im Ausland haben gezeigt, dass ein Großteil der Stipendiaten sich später für den Beruf des Hausarztes entscheidet. ■

Karl-Josef Steden ist Marketingleiter der AOK NordWest.

Grenzen abbauen

Mit einer bundesweit einmaligen Zusammenarbeit wollen AOK und kassenärztliche Vereinigung die Versorgungssituation in ländlichen Gebieten verbessern – über die Sektorengrenzen von ambulanter und stationärer Versorgung hinweg. Von **Harald Möhlmann**

Wer in ländlichen Regionen Brandenburgs wohnt, hat es manchmal schwer, einen Termin bei einem Haus- oder Facharzt zu bekommen. Die Gründe sind vielfältig: die Ausdünnung der Bevölkerung, die zunehmende Nachfrage nach Versorgungsleistungen infolge der Alterung der verbliebenen Bevölkerung, das Honorarsystem im niedergelassenen Bereich, welches Sonderlasten in unterversorgten Gebieten nicht ausgleicht, und nicht zuletzt das Problem, für ausscheidende Ärzte jüngere Nachfolger zu gewinnen.

AOK fördert Ärzte in unterversorgten Gebieten. Zwar gibt es Anreize durch Förderprogramme von bis zu 50.000 Euro für Ärzte, die sich in Gebieten mit (sich abzeichnendem) Ärztemangel niederlassen wollen – um beispielsweise die Praxiseinrichtung zu finanzieren. Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) und Krankenkassen wie die AOK Berlin-Brandenburg unterstützen dabei niederlassungswillige Ärzte. Doch Geld ist

eben nur ein Aspekt in der Entscheidung, von prosperierenden Bundesländern wie beispielsweise Bayern oder der Metropole Berlin in ländliche Randregionen zu ziehen.

Mehr Effizienz in der Versorgung. Um dem Problem »altern-der« Regionen sowie weiteren strukturellen Versorgungsdefiziten etwas entgegenzusetzen, haben die AOK Berlin-Brandenburg und die KVBB einen ungewöhnlichen, bundesweit einmaligen Schritt getan: Im Herbst 2009 gründeten sie die »Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg« (IGiB), die erste Kooperation einer Krankenkasse mit einer KV.

Die IGiB will neue Versorgungsmodelle und den Abbau der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung vorantreiben. Eine effizientere Arzneimittelversorgung, die Verbesserung der medizinisch betreuten Pflege in Heimen sowie innovative Projekte für die Versorgung chronisch Kranker sind einige Ziele. Kooperativ statt konfrontativ sollen neue Wege beschritten werden, um auch in den kommenden zehn oder 20 Jahren noch eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung anbieten zu können.

Erste Aktivitäten kann die IGiB bereits verzeichnen: Für Versicherte der AOK Berlin-Brandenburg haben KVBB und AOK eine Vereinbarung geschlossen, um die Wartezeiten bei Untersuchungen im Magnetresonanztomografen (MRT) zu verkürzen. Diese Vereinbarung ist zum 1. April in Kraft getreten und findet große Resonanz bei den Fachärzten und den Patienten. Gewünschter Nebeneffekt: Die schnellere Klärung von zentralen Krankheitsfragen verbessert den Behandlungsablauf und kann dadurch auch Kosten sparen.

Ausgezeichnetes Konzept. Ein weiterer Kernpunkt neben der Integration des ambulanten und stationären Sektors ist es, die infrastrukturellen Handlungsmöglichkeiten der Kommunen beziehungsweise des Landes mit in die Überlegungen einzubeziehen. Für die Initiatoren der IGiB ist es ein besonderer Ansporn, dass dieser kooperative Weg nicht nur akzeptiert, sondern sogar ausgezeichnet wurde: Die Initiative hat vom »Dienst für Gesellschaftspolitik« den dfg-award erhalten. ■

Flexible Versorgungskonzepte



Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung im ländlichen Raum ist ein effektiver Einsatz bestehender Ressourcen und die Etablierung flexibler, regionaler Versorgungskonzepte notwendig. So könnten etwa Delegationsmodelle mit nichtärztlichem Personal die hausärztliche Unterversorgung teilweise kompensieren. Sinnvoll ist auch die Integration telemedizinischer Komponenten

(etwa im Integrierten Funktionsbereich Telemedizin, Uniklinikum Greifswald). Speziell für die Betreuung von demenzzkranken Patienten wurde das Konzept des Dementia Care Managers entwickelt. Dieser soll die Unterstützung und Versorgung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen eigenverantwortlich koordinieren und optimieren.

Professor Dr. med. Wolfgang Hoffmann,
Institut für Community Medicine an der Universität Greifswald

Harald Möhlmann ist Leiter des Geschäftsbereichs Versorgungsmanagement der AOK Berlin-Brandenburg.

Andere Länder, andere Konzepte

Wie bekommt man Ärzte dazu, sich auch in ländlichen Regionen niederzulassen? Diese Frage stellt sich nicht nur in Deutschland. **Marion Grote Westrick** hat sich verschiedene Maßnahmen im Ausland genauer angeschaut.

Was haben Washington, Paris, Brüssel, Wien und Prag gemein? Sie sind allesamt attraktive Städte, nicht nur für Touristen, sondern auch für Ärzte: In diesen Hauptstädten arbeiten doppelt so viele Ärzte pro Einwohner wie in allen anderen Regionen. Insbesondere die tschechischen Ärzte zieht es in die Metropole – während im Rest des Landes auf eintausend Einwohner gut drei Ärzte kommen, sind es in Prag fast sieben.

Universitäten auf dem Land. Viele Länder haben deshalb Maßnahmen aufgelegt, um Ärzte und andere medizinische Fachkräfte für abgelegene und meist weniger attraktive Regionen zu gewinnen. So unterschiedlich die Länder und ihre Gesundheitssysteme auch sein mögen, sind doch viele Strategien ähnlich und mit gewissen Anpassungen durchaus auf andere Systeme übertragbar.

Zahlreiche Maßnahmen setzen bereits bei der Ausbildung von Ärzten an. Studierende, die selbst auf dem Land aufgewachsen sind, werden etwa bei der Vergabe von Studienplätzen bevorzugt. Denn sie können sich auch eher vorstellen, dort später zu arbeiten. In Kanada, Norwegen und Finnland wird das Thema »ländliche Gesundheitsversorgung« in die Studienpläne integriert. Hier müssen die Studierenden zudem Teile ihres ärztlichen Praktikums auf dem Land absolvieren. Kanada und Norwegen haben sogar mit großem Erfolg medizinische Fakultäten in entlegenen Regionen aufgebaut.

Angehenden Ärzten wird eine Tätigkeit in ländlichen Regionen jedoch nicht nur durch Theorie und Praxis während des



Demografieprobleme gibt es in vielen Ländern, doch die Konzepte für eine Versorgung im ländlichen Raum unterscheiden sich erheblich.

Studiums schmackhaft gemacht, sondern auch mit finanziellen Anreizen verführt: In Frankreich beziehen Medizinstudenten und -absolventen auf dem Land sowohl Wohngeld als auch Zuschüsse zum Studium. In Australien erhalten Studierende Stipendien oder eine Rückerstattung von Studiengebühren, wenn sie sich dazu verpflichten, in entlegenen Gebieten ihr Praktikum zu absolvieren oder dort für einige Jahre zu wohnen.

Provinzprämie in Frankreich. Finanzielle Anreize gibt es aber auch für bereits approbierte Ärzte. In Frankreich kommen Ärzte, die für mindestens drei Jahre eine Praxis in einer unterversorgten Region betreiben, in den Genuss von besonderen Prämien und Steuererleichterungen. Zudem wird Gruppenpraxen und Versorgungszentren in diesen Regionen ein Vergütungszuschlag von 20 Prozent gewährt. Ärzte aus überversorgten Regionen sind zudem verpflichtet, teilweise auch in nahegelegenen unterversorgten Nachbarkreisen zu arbeiten. Wer sich weigert, muss ab 2013 eine Strafe von 3.000 Euro

zahlen. Mit diesen Maßnahmen soll das starke Nord-Süd-Gefälle in der geographischen Verteilung der französischen Ärzte abgemildert werden, ohne dass die ärztliche Niederlassungsfreiheit angetastet wird. Auch in Australien setzt man auf die Kraft des Geldes: Ärzten, die in entlegene Regionen ziehen, werden Zuschüsse und Zuwendungen gegeben. Vergütungszuschläge werden ebenfalls gezahlt.

Schwester statt Arzt. Große Flächenländer wie die USA, Kanada, Australien und Finnland setzen bereits seit den 1960er und 1970er Jahren medizinische Fachkräfte als Ersatz oder Ergänzung der Ärzte vor Ort ein, um die Versorgung in abgelegenen ländlichen Regionen sicherzustellen. Diese »advanced nurse practitioners« mit Unidiplom nehmen als erste medizinische Kontaktperson diagnostische und therapeutische Aufgaben für die Patienten wahr. In den entlegenen Gebieten Finnlands beispielsweise arbeiten sie in Außenstellen größerer Gesundheitszentren. Zwar stimmen sie sich bei der Leistungserbringung mit dem verantwortlichen Arzt im Gesundheitszentrum ab, doch 70 Prozent aller anfallenden Leistungen erbringen sie selbst. Der Ansatz, einfachere ärztliche Tätigkeiten an medizinische Fachkräfte, insbesondere in ländlichen Regionen, zu delegieren, wird zunehmend auch in anderen europäischen Ländern wie Belgien, Frankreich, Irland und Tschechien verfolgt. ■

Marion Grote Westrick ist Projektmanagerin »Internationales Netzwerk Gesundheitspolitik« bei der Bertelsmann Stiftung.

Leere Praxen auf dem Land?

Überversorgung in den Städten, Nachwuchsmangel auf dem Land – das muss nicht sein. Um die medizinische Versorgung auch in entlegenen Gebieten langfristig zu sichern, müsste allerdings die Bedarfsplanung komplett neu organisiert werden. Von **Karl-Heinz Schönbach** und **Christian Peters**

Nie gab es mehr ambulant tätige Ärzte in Deutschland als heute. Dementsprechend haben auch die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die ärztliche Behandlung historische Höchststände erreicht. Trotzdem herrscht bei den Ärzten eine immer neue Unzufriedenheit. Nach Jahrzehnten der Dauerreform kritisieren sie nicht nur ein hohes Maß an Bürokratie sowie Verteilungsprobleme innerhalb des Systems der ärztlichen Selbstverwaltung. Auch ihre Honorierung ist eine stetige Quelle des Unmuts.

Auf die mit einem Honorarplus von weit über drei Milliarden Euro ausgestattete Vergütungsreform 2009 reagierten die Ärzte erbost. Jede neue Honorarreform in der kassenärztlichen Selbstverwaltung verstärkt die Unsicherheit bei den niedergelassenen Ärzten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) selbst leistet mit ihrer kürzlich gestellten Diagnose einen Offenbarungseid: »Wir haben jetzt einen Komplexitätsgrad erreicht, der im nächsten Schritt nur noch ins Chaos führen kann«.

Nicht nur bei der Honorierung, auch bei der Bedarfsplanung ist das KV-System ratlos. Einer deutlichen Überversorgung in vielen Ballungsräumen steht eine partielle Unterversorgung in einigen ländlichen Gebieten gegenüber. Gemessen am Behandlungsbedarf der Bevölkerung gibt es zu viele Ärzte in Deutschland, trotzdem können einige Gebiete vor allem in den ostdeutschen Bundesländern nicht ausreichend versorgt werden. Es ist also offensichtlich an der Zeit, die Grundlagen des kollektiven Bedarfsplanungs-, Zulassungs- und Vergütungssystems neu zu gestalten und die Effizienz des Systems durch mehr wettbewerbliche Elemente zu erhöhen.

Bedarfsplanung außer Kontrolle. Der KBV, deren Mitglieder für die ambulante Bedarfsplanung verantwortlich sind, gelingt es nicht, für eine angemessene regionale Verteilung der Ärzte zu sorgen. Und wer genau hinsieht, stellt fest, dass die Situation in den Regionen teilweise noch schlimmer ist, als sie sich auf dem Papier darstellt. Der Grund: Viele Planungsbezirke sind in den vergangenen Jahren zusammengelegt beziehungsweise

vergrößert worden, und die Bezirke schließen heterogene Gebiete mit Über- und Unterversorgung ein. Im Durchschnitt ergibt sich dadurch eine ausreichende Versorgung, wo tatsächlich einige Gebiete bereits deutlich unterversorgt sind.

Insbesondere eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung ist häufig nur noch in Ballungsräumen anzutreffen. Zwar sind viele Krankenhäuser inzwischen mit zahlreichen Formen der Leistungserbringung für die ambulante Behandlung geöffnet.

Doch diese Angebote haben keinen Einfluss auf die fachärztliche ambulante Bedarfsplanung. Die Konsequenz ist ein bundesweiter Flickenteppich aus Über- und Unterversorgung.

Ein reformiertes, die fachärztliche Versorgung sicherstellendes System, müsste dementsprechend sowohl die Angebote der niedergelassenen Ärzte als auch die im Krankenhaus angebotenen ambulanten Leistungen in die Bedarfsplanung mit einbeziehen. Ein solches sektorentübergreifendes System sollte zudem über einen einheitlichen Vertragsrahmen verfügen. Nach dem Prinzip von Direktverträgen hätten die Vertragsparteien zu vereinbaren, wie und mit welchen Mitteln am Vertrag teilnehmende Ärzte die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sicherstellen. Dass es dabei entsprechender gesetzlicher Grundlagen bedarf, steht außer Frage.

Leistungsgerechte stationäre Versorgung. Auch die Bedarfsplanung für den rein stationären Bereich benötigt eine Neuorientierung. Zwar weisen die Kliniken seit der Einführung des diagnosebasierten Vergütungssystems mit Fallpauschalen vor einigen Jahren einen deutlichen Produktivitätssprung auf. Dennoch hat das bisher nicht zu einem Abbau von Überkapazitäten geführt. Der Grund: Chronisch defizitäre Kliniken mit mangelnder Auslastung erhalten immer wieder Subventionen aus den Steuertöpfen ihrer jeweiligen Kommunen. Es ist deshalb eine vordringliche Aufgabe, die stationäre Bedarfsplanung und die staatliche Investitionsfinanzierung besser mit dem Vergütungssystem zu synchronisieren, also leistungsorientiert auszugestalten. So würden Überkapazitäten konsequent abgebaut. Die Produktivitätsgewinne des stationären Sektors könnten

sinnvoll und bedarfsgerecht für den Ausbau der ambulanten Versorgung gewonnen werden.

Mehr Wettbewerb durch direkte Verträge. Generell gilt für die ambulante wie auch für die stationäre Versorgung: Erst mit mehr Wettbewerb durch direkte Verträge können dauerhaft Effizienzpotenziale erschlossen werden. In einem solchen stärker wettbewerblich orientierten System würden die gesetzlichen Kassen dann nicht mehr wie bisher »Bettenkapazitäten« oder »niedergelassene Arztsitze« finanzieren. Stattdessen würde der erwartete Bedarf an medizinischen Leistungen populationsbezogen gemessen, durch direkte Verträge mit Ärzten oder Arztgruppen sichergestellt und bei Inanspruchnahme entsprechend vergütet. Für die einzelnen Planungsbereiche ließe sich festlegen, welche erwartete Leistungsmenge mindestens durch Verträge abgedeckt werden muss. Dabei steht bei der primärärztlichen Versorgung, also bei Hausärzten, Kinderärzten oder Gynäkologen, eine wohnortnahe Präsenz im Vordergrund. Für spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen müssen dagegen Qualifikationen, Serviceleistungen wie beispielsweise längere Praxisöffnungszeiten oder maximal zumutbare Wege von den Sicherstellungspartnern festgelegt werden. Wie diese populationsbezogen vereinbarten Sicherstellungsvorgaben dann mit der besten Qualität und dem besten Service mittels ambulanter, stationärer oder mobiler Vertragspartner hergestellt werden können, muss dem Wettbewerb der verschiedenen miteinander konkurrierenden Ärzte oder Arztgruppen überlassen sein.

Stabiles Vergütungssystem. Bei der Vergütung dieser vertraglich vereinbarten medizinischen Leistungen bietet es sich an, ein medizinisch begründetes, stabiles und an Patientenproblemen (Indikationen und Schweregraden) anknüpfendes Vergütungssystem zentral zu entwickeln. Für die stationäre Versorgung ist mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis related groups – DRG) eine international bewährte Lösung für Deutschland angepasst und erfolgreich eingeführt worden. Sie sollte auch für die ambulante Versorgung adaptiert werden.

Derzeit beruht die Honorierung der Ärzte auf kollektivvertraglichen Gesamtvergütungen, die die Krankenkassen je Versicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen entrichten. Die Verteilung der Honorare an die Ärzte ist fast vollständig von dem Gesamtvertrag der Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung entkoppelt. Die einzelne Krankenkasse kann in der Regel nur durch Sonderverträge und Zahlungen neben der Gesamtvergütung zumindest mittelbaren Einfluss



Leere Wartezimmer: Zuerst gehen die Patienten, danach auch die Ärzte. Für die zurückgebliebene, meist ältere Bevölkerung, verschlechtert sich zusehends die medizinische Versorgung.

auf die Versorgung ihrer Versicherten nehmen. Von daher ist der Kassenwettbewerb an der Drehscheibe der ambulanten ärztlichen Versorgung unterbrochen. Diesem Prinzip wäre ein indikationsbezogenes Vergütungssystem überlegen, bei dem nicht mehr zwischen der Aufbringung der Gesamtvergütung (nach Indikationen) und der Verteilung der Mittel an den Arzt (im Wesentlichen nach Fällen) unterschieden wird. Der Effekt, dass die Gesamtvergütung der jeweiligen Krankenkasse sich mit der Zunahme der gemessenen Morbiditätslast erhöht, könnte erhalten bleiben. Wie im stationären Bereich wäre von den ambulant tätigen Ärzten bald eine verlässliche und stabile Codierung nach Diagnosen zu erwarten.

Vor allem die Patienten würden von einer Reform des Bedarfsplanungs- und Vergütungssystems profitieren. Nicht nur eine wohnortnahe Versorgung in ländlichen Regionen wäre sichergestellt. Gleichzeitig würde durch den erhöhten Wettbewerb auch die Qualität der Versorgung steigen. ■

Karl-Heinz Schönbach ist Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband, **Dr. Christian Peters** leitet dort die Abteilung Ambulante Versorgung.

Wie sehen Sie die Zukunft der ländlichen Versorgung?

Fehlsteuerung beenden



Im Freistaat Bayern gibt es keinen Planungsbereich in der ambulanten ärztlichen Versorgung, bei dem Unterversorgung festzustellen wäre. Laut aktueller Bedarfsplanung des Landesausschusses Ärzte und Krankenkassen in Bayern werden im Freistaat 16.138 Ärzte für die ambulante Gesundheitsversorgung als voll ausreichend erachtet. Laut Statistik gibt es jedoch 20.134 Vertragsärzte, deren Fachrichtungen der Bedarfsplanung unterliegen. Die Überversorgung beträgt somit in Bayern mit 3.996 Ärzten fast 25 Prozent. Die immer wieder dargestellte Problematik einer drohenden Unterversorgung im ländlichen Raum ist zumindest in Bayern lediglich eine Fehlsteuerung der Zulassungen in die Ballungsgebiete. Deshalb besteht die Aufgabe darin, die ländlichen Regionen für Ärzte attraktiver zu machen. Ein wichtiger Beitrag dazu ist der bereits 2005 geschlossene Hausarztvertrag der AOK Bayern. ■

Dr. Helmut Platzer ist Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern.

Attraktivität steigern



In Baden-Württemberg sind nach wie vor viele hausärztliche Planungsbereiche deutlich Überversorgt und deshalb gesperrt. Sorgen bereitet allerdings die Perspektive: 23 Prozent der Hausärzte im Land sind 60 Jahre und älter. Insbesondere im ländlichen Raum könnte es in Zukunft zu Versorgungsengpässen kommen. Lösungen müssen insbesondere beim Abbau der zunehmend mangelnden Attraktivität des Hausarztberufes ansetzen. Hierzu leistet unsere Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) einen herausgehobenen Beitrag: Neben Serviceverbesserungen für Patienten und Qualitätsprozessen für die Praxen sind die Steigerung der Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit durch eine angemessene unbudgetierte Vergütung, schlanke Administration, EDV-gestützte Informationsinstrumente und die Forcierung unterstützender Aufgaben durch nichtärztliche medizinische Berufe zentrale Ziele. ■

Dr. Rolf Hoberg ist Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg.

Gesetze korrigieren



Es gab einmal vor langer Zeit im Osten dieses Landes medizinische Versorgungszentren (MVZ) namens Polikliniken. In Städten wie in ländlichen Gebieten waren das Häuser, wo unter einem Dach Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen arbeiteten, die Patienten von Tür zu Tür überweisen und ihnen dadurch lange Wege und Wartezeiten ersparen konnten. Von dieser Praxis wollte »irgendwann« kaum einer mehr etwas wissen. Sie war politisch nicht opportun. 20 Jahre später sind die Polikliniken der Ärzte-Not gehorchend nach Überwindung vieler Widerstände als MVZ quasi wieder auferstanden. Es ist eine Möglichkeit, ärztliche Versorgung in Zukunft sicherzustellen. Denkverbote hemmen allzu oft. Gegen den Einsatz von mobilen Arztpraxen oder die Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten auf Praxisassistentinnen sprechen heute noch diverse Paragraphen. Morgen und übermorgen wird man die korrigieren müssen. Sonst heißt es irgendwann: Weil Du auf dem flachen Land lebst, musst Du eher sterben. ■

Rolf Steinbronn ist Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS.

Innovationen schaffen



Sachsen-Anhalt liegt beim demografischen Wandel bundesweit ganz vorne. Das kann man beklagen. Man kann die Herausforderung aber auch annehmen. Die AOK Sachsen-Anhalt hat sich zu letzterem entschieden. Wir haben die einmalige Chance, heute schon Antworten auf Fragen zu finden, die sich andere erst in zehn Jahren stellen. Dafür ist ein Perspektivwechsel nötig. Die Lösungssuche steht bei uns deshalb unter der Überschrift »Chance und Wachstum«. Wir wollen Wachstumsimpulse und Innovationen schaffen. Im Dialog mit allen Beteiligten suchen wir nach Möglichkeiten, um Vernetzungen über den Gesundheitssektor hinaus aufzubauen, beispielsweise indem wir den öffentlichen Nahverkehr einbinden, um Versorgung sicherzustellen. Oder wir etablieren regionale Versorgungszentren, in denen sich die medizinische Versorgung flexibel am Bedarf der Versicherten ausrichtet. Bei den vielen Bausteinen, die wir zusammenfügen, sehen wir, dass die einfachen Lösungen oftmals auch die besten sind. ■

Uwe Deh ist Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt.