



# **Medizinische Versorgung sicherstellen – Herausforderungen des demographischen Wandels im ländlichen Raum begegnen –**

Ein Diskussionsanstoß

von Dr. Tamara Zieschang

Brandenburg, im Juni 2009

### Zusammenfassung:

- **Brandenburgs Bevölkerung wird älter.** Für die Landkreise Dahme-Spreewald und Teltow-Fläming wird für das Jahr 2020 prognostiziert, dass die Zahl der über 60-jährigen bei fast 30 Prozent liegen wird. Da das Krankheitsrisiko und der Umfang der in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen mit dem Alter zunehmen, wirkt sich die Alterung der Bevölkerung spürbar auf die Anforderungen an die medizinische Versorgung aus.
- **Das Krankenhausangebot bleibt erstmals stabil.** Nachdem sich die Zahl der Krankenhäuser nach 1989 in Brandenburg um fast ein Drittel reduziert hat, bleibt die Zahl der Krankenhausbetten nunmehr im Wesentlichen konstant. Mit Blick auf die Alterung der Bevölkerung wird bis 2020 mit einem deutlichen Anstieg von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern gerechnet.
- **Die rechnerische und die gefühlte Ärzteversorgung fallen auseinander.** Im Gegensatz zum subjektiven Empfinden vieler Bürgerinnen und Bürger hat die Kassenärztliche Vereinigung Ende 2008 in den Planungsbereichen Dahme-Spreewald und Teltow-Fläming jeweils statistisch betrachtet in keiner Arztgruppe eine Unterversorgung festgestellt.
- **Die Altersstruktur der Ärzteschaft erschwert zukünftig die Sicherstellung der medizinischen Versorgung.** Ende 2007 waren von den niedergelassenen Allgemeinmedizinern bereits fast 30 Prozent älter als 60 Jahre alt. Im Landkreis Dahme-Spreewald waren es über 28 Prozent und in Teltow-Fläming über 25 Prozent der niedergelassenen Allgemeinärzte.
- **Um eine ambulante medizinische Versorgung flächendeckend und wohnortnah sicherzustellen, sind**
  - o **(finanzielle) Anreize für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufrechtzuerhalten und neue zu schaffen.** Hierzu zählen Investitionszuschüsse der Kassenärztlichen Vereinigung als Einmalzahlung bei der Übernahme und Neugründung von Praxen. Ende 2009 ist zu überprüfen, ob sich die Einnahmen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Brandenburg im Durchschnitt durch die Anfang 2009 in Kraft getretene Honorarreform merklich erhöht haben. Ebenfalls zu evaluieren ist, ob die ab 2010 bestehende Möglichkeit, Zuschläge für unterversorgte Gebiete zu

gewähren, eine steuernde Wirkung in Richtung einer besseren medizinischen Versorgung im ländlichen Raum entfaltet.

In Zukunft sollten Kooperationen von Seniorenheimen mit Arztpraxen gefördert werden, indem Kommunen bei der Neuplanung von Seniorenheimen Räumlichkeiten für niedergelassene Ärzte einplanen; die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte sollten eine finanzielle Förderung in Form von zinsgünstigen Krediten erhalten.

Der Zugang zum Medizinstudium sollte für Studentinnen und Studenten erleichtert werden, die sich zu Beginn ihres Studiums freiwillig verpflichten, sich in den ersten zehn Berufsjahren als Hausarzt im ländlichen Raum niederzulassen.

- **die Projekte zur Integration zugewanderter Ärztinnen und Ärzte auch nach Abschluss der Projektphase fortzuführen.**
- **die stationäre und ambulante Versorgung besser zu vernetzen.** Bis spätestens 2012 ist kritisch zu überprüfen, ob die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eingeführten Flexibilisierungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sich positiv auf die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum ausgewirkt haben. Dabei ist auch zu evaluieren, ob die nunmehr möglichen Kooperationsformen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zu Verdrängungsmechanismen geführt haben.
- **die Wege der Patientinnen und Patienten hin zum Arzt zu erleichtern.** In Brandenburg sollte hierzu ein Modellprojekt „Fahrender Arzt“ ins Leben gerufen werden. Darüber hinaus haben die Kommunen und die kommunalen Verkehrsträger auf eine gute Anbindung einzelner Arztpraxen an das öffentliche Verkehrsnetz zu achten.
- **Gemeindeschwestern AgnES flächendeckend einzusetzen.** Bis spätestens Ende 2012 ist zu untersuchen, wie viele Gemeindeschwestern wo in Brandenburg im Einsatz sind und inwieweit dies zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung beigetragen hat.
- **die Chancen der Telemedizin verstärkt zu nutzen.**

**Inhaltsverzeichnis:**

	Seite
<b>I. Einleitung</b>	5
<b>II. Wie ist die Situation heute?</b>	6
1. Ländliche Regionen verlieren Einwohner, ihre Bevölkerung wird älter	6
2. Das Krankenhausangebot bleibt erstmals stabil	7
3. Ländliche Regionen sind mehr und mehr mit ärztlicher Unterversorgung konfrontiert	9
a) Der Grad der Ärzteversorgung variiert je nach Region erheblich	9
b) Die Altersstruktur der Ärzteschaft erschwert die Sicherstellung der zukünftigen medizinischen Versorgung	10
4. Gesundheitszentren und Medizinische Versorgungszentren etablieren sich	15
<b>III. Was ist zu tun? Die ambulante medizinische Versorgung ist flächendeckend und wohnortnah sicherzustellen</b>	16
1. (Finanzielle) Anreize für niedergelassene Ärzte aufrechterhalten und neue schaffen	16
2. Das Potential von Ärztinnen und Ärzten mit außerhalb Deutschlands erworbenen medizinischen Abschlüssen nutzen	18
3. Die jüngst eingeführten Flexibilisierungen für niedergelassene Ärzte evaluieren	18
4. Den Weg des Patienten zum niedergelassenen Arzt erleichtern	19
5. Gemeindeschwester AgnES flächendeckend einsetzen	20
6. Chancen der Telemedizin verstärkt nutzen	20

## I. Einleitung

Eine flächendeckende, qualitativ gute medizinische Infrastruktur spielt für die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger eine herausragende Rolle. Dazu gehören wohnortnahe medizinische Versorgungsangebote und keine unzumutbaren Wartezeiten für ärztliche Untersuchungen.

In Brandenburg zählt es zu den großen politischen Herausforderungen, eine flächendeckende medizinische Versorgung auch in ländlichen Regionen sicherzustellen. Schon heute besteht im Land Brandenburg im Vergleich zu allen anderen Bundesländern die höchste Unzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung. Dies ist ein Ergebnis des jüngst vorgestellten Gesundheitsbarometers 2009 der Unternehmensberatung Ernst & Young. In dieser Unzufriedenheit drückt sich aus, was seit vielen Jahren bekannt ist: Ländliche Regionen in Brandenburg sehen sich zunehmend mit einem akuten Ärztemangel konfrontiert. Diese Entwicklung droht sich in den nächsten Jahren weiter zu verschärfen. Aufgrund rückläufiger Bevölkerungszahlen werden zum einen rein statistisch betrachtet, weniger Ärzte in den einzelnen Planungsbereichen benötigt. Zum zweiten wird die Zahl der Ärzte mit Blick auf die gegenwärtige Altersstruktur in der Ärzteschaft eher rückläufig sein. In vielen ländlich geprägten Regionen drohen demzufolge weitere Schließungen von Hausarztpraxen, eine Unterversorgung mit Hausärzten und eine weitere Reduzierung von Krankenhausbetten bzw. Zusammenlegung von Krankenhäusern.

Brandenburg wird in den nächsten Jahren nicht nur Einwohner verlieren, sondern gleichzeitig auch insgesamt immer älter. Ältere Menschen sind in deutlich höherem Maße auf ärztliche Leistungen und Pflegedienste angewiesen als jüngere Menschen. Da ältere Menschen gleichzeitig weniger mobil als jüngere Menschen sind, sind sie zwingend auf wohnortnahe ärztliche Versorgungsangebote angewiesen. Das ärztliche Versorgungsangebot wird aber gerade in den Regionen eher abnehmen, in denen jüngere Menschen wegziehen und sich demzufolge auch kaum noch jüngere Ärztinnen und Ärzte niederlassen. Dieser Entwicklung gilt es entgegen zu treten – und zwar nicht nur im Interesse älterer Menschen, sondern auch im Interesse jüngerer Menschen und Familien mit Kindern, die gerade nicht aus ihrer heimatlichen Region wegziehen wollen. Die schnelle Erreichbarkeit vor allem des Hausarztes und angemessene Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt spielen für die Lebensqualität des Einzelnen eine herausragende Rolle.

Ohne eine gut erreichbare medizinische Versorgung sind Städte, Ämter und Gemeinden wiederum auch für qualifizierte Arbeitskräfte aus anderen Regionen wie beispielsweise für Lehrerinnen und Lehrer weniger attraktiv. Die Qualität der medizinischen Grundversorgung wird daher zunehmend auch zu einer Standortfrage für die Ansiedlung von neuen Unternehmen und deren Mitarbeiter.

## II. Wie ist die Situation heute?

### 1. Ländliche Regionen verlieren Einwohner, ihre Bevölkerung wird älter

Brandenburg wird in den nächsten Jahren Einwohner verlieren. Nach Bevölkerungsprognosen des Landes Brandenburg wird sich die Bevölkerungszahl von heute rund 2,5 Millionen Einwohnern bis 2030 auf etwa 2,23 Millionen Einwohner verringern. Die Ursachen hierfür liegen zum einen im Wegzug jüngerer Menschen und zum zweiten an der demographischen Entwicklung. Der jährliche Bevölkerungsverlust in Brandenburg wird daher nicht gleichmäßig verlaufen, sondern sich nach 2012 zum einen aufgrund der Geburtenausfälle in den vorangegangenen Generationen und zum zweiten aufgrund des gleichzeitigen Anstiegs der Sterbefälle deutlich beschleunigen. Im Jahr 2030 wird der Bevölkerungsverlust voraussichtlich bereits 20.600 Personen pro Jahr betragen.

Im Vergleich zu anderen östlichen Bundesländern bleibt der Rückgang der Bevölkerung in Brandenburg eher moderat. Dies ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die unmittelbar an Berlin angrenzenden Landkreise in der Bevölkerungsentwicklung überwiegend zumindest stabil bleiben und teilweise sogar deutliche Zuwächse verzeichnen werden. Der Anteil der im berlinnahen Umfeld wohnenden Brandenburger wird voraussichtlich von 39 Prozent auf 46 Prozent ansteigen, obwohl der engere Verflechtungsraum mit Berlin nur einen Anteil von 15 Prozent an der Gesamtfläche des Landes einnimmt. Demgegenüber wird im äußeren Entwicklungsraum der Bevölkerungsrückgang weiterhin anhalten und wird sich ab dem Jahr 2012 noch verschärfen. Gleichzeitig wird die Alterung der Bevölkerung im äußeren Entwicklungsraum noch deutlicher voranschreiten. Die Anzahl der jüngeren Menschen zwischen 15 und 45 Jahren wird um nahezu ein Drittel zurückgehen.

Die Landkreise **Dahme-Spreewald** und **Teltow-Fläming** grenzen unmittelbar an den Süden und Südosten Berlins an. Hier wird die Bevölkerungszahl voraussichtlich auch in den nächsten Jahren weiter einen leichten Zuwachs an Einwohnern verzeichnen bzw. zumindest stabil bleiben. Was ansonsten für Brandenburg insgesamt zutrifft, gilt auch in Bezug auf die beiden Landkreise: Die Bevölkerungszahl bleibt stabil oder wächst, je näher die einzelnen Städte, Ämter und Gemeinden an Berlin angrenzen und damit zur engeren Hauptstadtregion zählen. Je weiter die einzelnen Städte, Ämter und Gemeinden von Berlin entfernt sind, also im Süden der beiden Landkreise liegen, umso mehr Einwohner verlieren sie jährlich.

Auch wenn die Bevölkerungszahl in den Landkreisen Dahme-Spreewald und Teltow-Fläming im Wesentlichen stabil bleibt, so gilt auch hier, dass es zu einer deutlichen Alterung der Bevölkerung bis zum Jahr 2020 kommt. Prognosen gehen davon aus, dass im Jahr 2020 die Zahl der über 60-Jährigen in beiden Landkreisen bei fast 30 Prozent liegt.

Die Alterung der Bevölkerung wirkt sich spürbar auf die Anforderungen an die medizinische Versorgung aus. Das Krankheitsrisiko nimmt schließlich in der Regel mit steigendem Alter zu. Auch der Umfang der in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen steigt mit zunehmendem Alter.

## **2. Das Krankenhausangebot bleibt erstmals stabil**

Die Krankenhausversorgung hat in Deutschland grundsätzlich ein im internationalen Vergleich hohes Niveau. Für die Sicherstellung einer flächendeckenden Krankenhausversorgung ist das Land Brandenburg im Rahmen seiner Krankenhausplanung zuständig. Das Land trägt auch die investiven Kosten im Krankensektor.

Die Zahl der Krankenhäuser hat sich in Brandenburg seit 1989 um fast ein Drittel reduziert: Im Jahr 1989 gab es im Land Brandenburg 73 Krankenhäuser mit insgesamt 25.376 Betten. Im Jahr 2007 waren im Land Brandenburg noch 50 eigenständige Krankenhäuser mit 16.226 Betten zu verzeichnen. In den an Berlin unmittelbar angrenzenden Landkreisen wurde in den zurückliegenden 15 Jahren mehr als jedes vierte Bett in der Grund-, Regel- und Schwerpunktversorgung abgebaut.

Ein Krankenhausstandort in Brandenburg muss heute im Durchschnitt ein 475 qkm großes Aufnahmegebiet versorgen. Die Behandlungshäufigkeit der Krankenhäuser liegt mit 211,5 Fällen pro 1.000 Einwohner unter dem Bundesdurchschnitt von 218,4 Fällen. Die durchschnittliche Verweildauer in brandenburgischen Krankenhäusern liegt um 0,4 Tage über dem Bundesdurchschnitt von 7,9 Tagen. Die Auslastung der Krankenhäuser liegt mit 79,4 Prozent deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 76,3 Prozent.

In den vergangenen fünf Jahren kam es zu einer deutlichen Zunahme der Zahl privat betriebener Krankenhäuser. Von den im Jahr 2007 im Land Brandenburg betriebenen 50 Krankenhausbetrieben befanden sich 18 in öffentlicher Trägerschaft (36 Prozent), 16 in freigemeinnütziger und 16 in privater Trägerschaft (jeweils 32 Prozent). Von den künftigen

(nach dem Dritten Krankenhausplan des Landes Brandenburg vorgesehenen) 15.860 Planbetten werden 54,2 Prozent in öffentlicher Trägerschaft, 18,8 Prozent in Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft und 27 Prozent in Krankenhäusern in privater Trägerschaft betrieben werden.

In den beiden Landkreisen **Dahme-Spreewald** und **Teltow-Fläming** gibt es folgende Krankenhäuser:

- DRK-Krankenhaus Luckenwalde (236 Planbetten nach dem Dritten Krankenhausplan des Landes Brandenburg),
- Evangelisches Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow gGmbH (250 Planbetten),
- Klinikum Dahme-Spreewald GmbH (Zusammenschluss der Spreewaldklinik Lübben und des Achenbach-Kreiskrankenhauses Königs Wusterhausen; 453 Planbetten, davon 208 in Lübben und 245 in Königs Wusterhausen),
- Evangelisches Krankenhaus Luckau gGmbH (140 Planbetten),
- Asklepios Fachklinikum Lübben (237 Planbetten) und
- Asklepios Fachklinikum Teupitz (215 Planbetten).

Hinzukommen das Reha-Zentrum Lübben – Fachklinik für Orthopädie und Onkologie, die Fontane-Klinik Motzen – Psychosomatische Fachklinik und die Rehabilitationsklinik Massow GmbH & Co. KG im Landkreis Dahme-Spreewald.

Aufgrund der Alterung der Bevölkerung wird davon ausgegangen, dass die Zahl der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern in den nächsten Jahren ansteigen wird. Während im Bundesdurchschnitt im Zeitraum von 2005 bis 2020 mit einer Zunahme der Krankenhaufälle um rund 9 Prozent gerechnet wird, wird für Brandenburg ein Anstieg von rund 12 Prozent prognostiziert.

Die Krankenhäuser nehmen nicht nur mit Blick auf die allgemeine Versorgungssicherheit für Bürgerinnen und Bürger eine wichtige Aufgabe wahr. Für Notfallpatienten ist es von lebenserhaltender Bedeutung, dass sie schnell ein Krankenhaus erreichen können. In den Landkreisen Dahme-Spreewald und Teltow-Fläming müssen heute teilweise mehr als 30 Minuten Fahrzeit eingerechnet werden, um eines der Krankenhäuser zu erreichen.



Nach Angaben der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg waren in den Krankenhäusern im Herbst 2008 ca. 150 Arztstellen unbesetzt. Hiervon sind im Wesentlichen Krankenhausstandorte in ländlichen, von Berlin weiter entfernten Regionen betroffen.

### 3. Ländliche Regionen sind mehr und mehr mit ärztlicher Unterversorgung konfrontiert

#### a) Der Grad der Ärzteversorgung variiert je nach Region erheblich

Brandenburg hat schon heute bundesweit die geringste Vertragsarztdichte: Ende 2008 waren in Brandenburg 8.291 Ärzte tätig. Davon waren unter anderem 3.473 Ärzte in Einzel-, Gemeinschaftspraxen oder Medizinischen Versorgungszentren und 4.215 Ärzte in Krankenhäusern tätig. Auf jeden berufstätigen Arzt kommen nach Angaben der Landesärztekammer Brandenburg 306 Einwohner.

Im Landkreis **Dahme-Spreewald** waren Ende 2008 insgesamt 507 Ärzte tätig. Davon sind unter anderem 212 (41,7 Prozent) als niedergelassene Ärzte und 277 (54,64 Prozent) als Ärzte in Krankenhäusern tätig. Im Landkreis **Teltow-Fläming** waren Ende 2008 insgesamt 342 Ärzte tätig, davon sind 184 (53,8 %) niedergelassene Ärzte und 126 (36,84 %) Ärzte in Krankenhäusern.

Im Gegensatz zum subjektiven Empfinden vieler Bürgerinnen und Bürger gerade im ländlich geprägten, strukturschwachen Raum hat die Kassenärztliche Vereinigung in Brandenburg bislang nur in sehr geringem Umfang eine drohende oder bestehende Unterversorgung mit Ärzten in einzelnen Planungsbereichen festgestellt. Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist in einem Planungsbereich eine Unterversorgung nämlich erst zu vermuten, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent unterschreitet. Bei der fachärztlichen Versorgung ist eine Unterversorgung zu vermuten, wenn der tatsächliche Stand den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 Prozent unterschreitet. Nach diesen Vorgaben bestand (jeweils bezogen auf den gesamten Planungsbereich) in den Landkreisen **Dahme-Spreewald** und **Teltow-Fläming** Ende 2008 in keiner Arztgruppe eine Unterversorgung.

Ein Grund dafür, dass das subjektive Empfinden der Patienten und die Feststellungen der Kassenärztlichen Vereinigung zum Stand der Versorgung auseinander fallen, ist, dass die einzelnen Planbereiche den einzelnen Landkreisen entsprechen. Das heißt: Die Kassenärzt-

liche Vereinigung beurteilt die ausreichende Versorgung mit Ärzten anhand der Zahl der Ärzte pro Einwohner eines gesamten Landkreises. Da die Brandenburger Landkreise sehr groß sind, wird der Versorgungsgrad mit medizinischen Leistungen in Bezug auf einzelne Ämter und Gemeinden innerhalb eines Landkreises notwendig verzerrt dargestellt. In einigen Gemeinden und Ämtern ist es (anders als es ein flüchtiger Blick auf die Versorgungssituation des gesamten Landkreises vermuten lässt) daher schon heute Realität, dass bestimmte Facharztrichtungen nicht mehr angeboten werden.

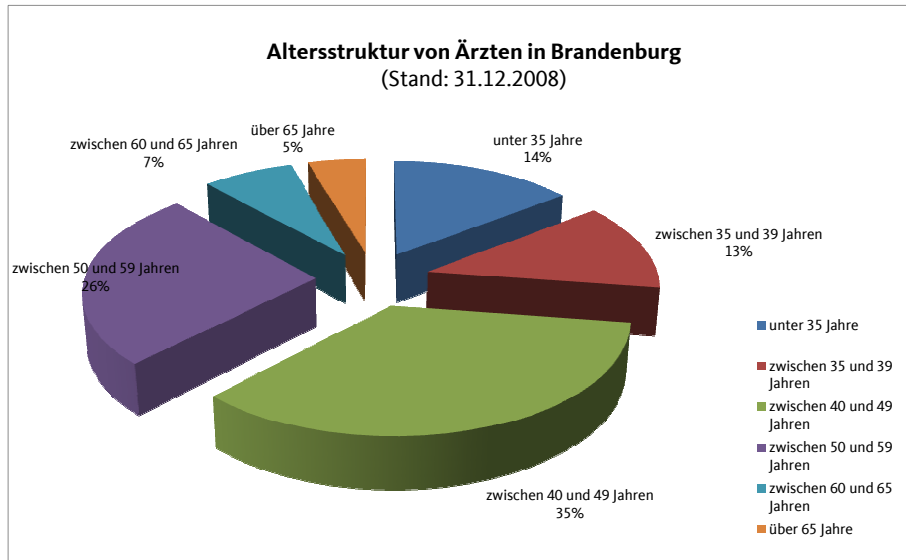
Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde deshalb 2007 eine Sonderregelung eingeführt, wonach ein lokaler Versorgungsbedarf innerhalb eines Planungsbereiches festgestellt werden kann. Dadurch soll transparent gemacht werden, wenn es gerade in großräumigen Landkreisen aufgrund der ungleichen örtlichen Verteilung der Ärzte teilweise sogar in rechnerisch überversorgten Planungsbereichen an einzelnen Orten eine Unterversorgungssituation geben kann. Auf dieser Grundlage hat die Kassenärztliche Vereinigung in Brandenburg beispielsweise im September 2008 eine Unterversorgung bei Ärzten für Frauenheilkunde im Altkreis **Lübben** sowie bei Ärzten für Kinderheilkunde und für Augenheilkunde im Altkreis **Luckau** festgestellt.

Neuzulassungen für Hausärzte sind in Planungsbereichen möglich, in denen eine entsprechende Arztgruppe einen Versorgungsgrad von 110 % noch nicht erreicht hat. Danach waren Anfang 2009 Neuzulassungen für Hausärzte im Landkreis **Dahme-Spreewald** im Umfang von vier und im Landkreis **Teltow-Fläming** im Umfang von 18 Neuzulassungen möglich.

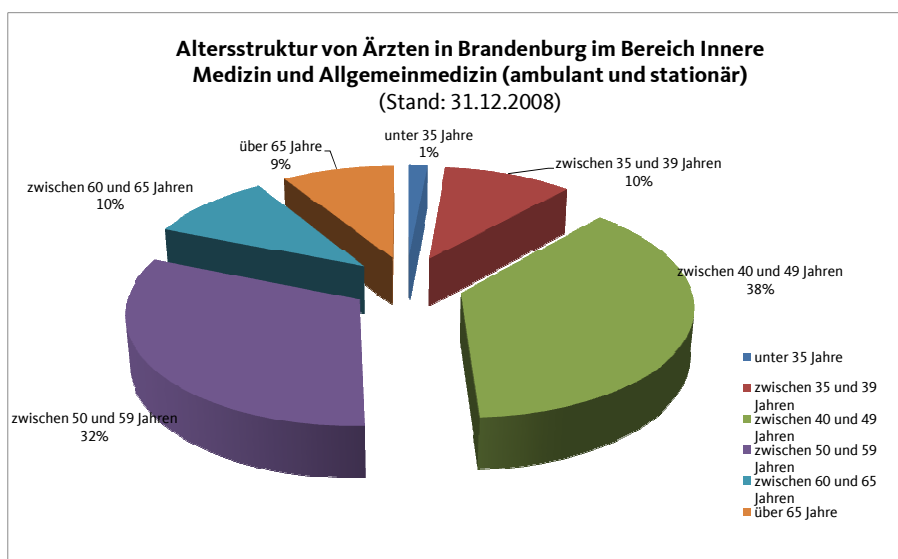
#### **b) Die Altersstruktur der Ärzteschaft erschwert die Sicherstellung der zukünftigen medizinischen Versorgung**

In den nächsten Jahren werden infolge der Altersstruktur der Ärzteschaft vor allem viele Hausarztpraxen auf eine Nachfolgeregelung warten. Da es in Landkreisen wie Dahme-Spreewald und Teltow-Fläming schon heute zunehmend schwierig ist, eine Nachfolge für Arztpraxen im ländlichen Raum zu finden, droht zukünftig die Schließung vieler Arztpraxen, wenn nicht durch geeignete Maßnahmen gegengesteuert wird.

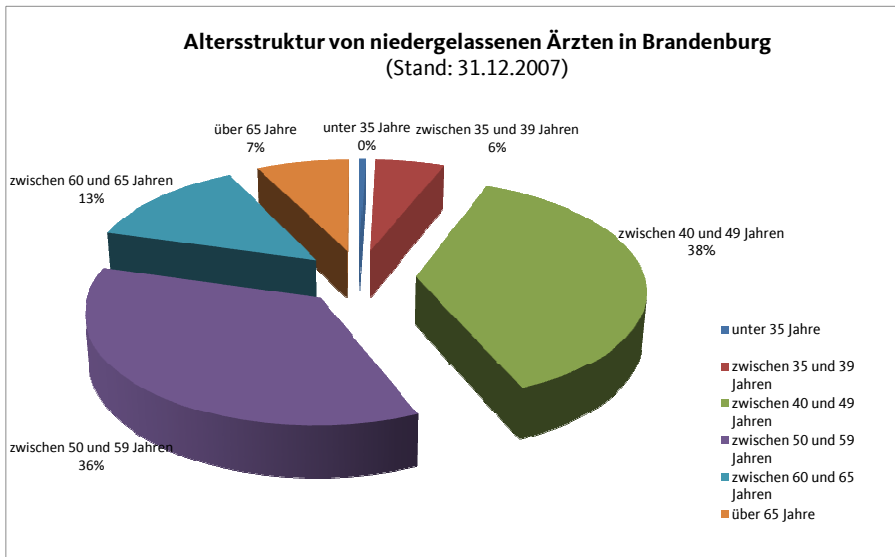
Von den insgesamt in Brandenburg (ambulant und stationär) tätigen 8.291 Ärzten waren nach Angaben der Landesärztekammer Brandenburg Ende 2008 fast 40 Prozent älter als 50 Jahre.



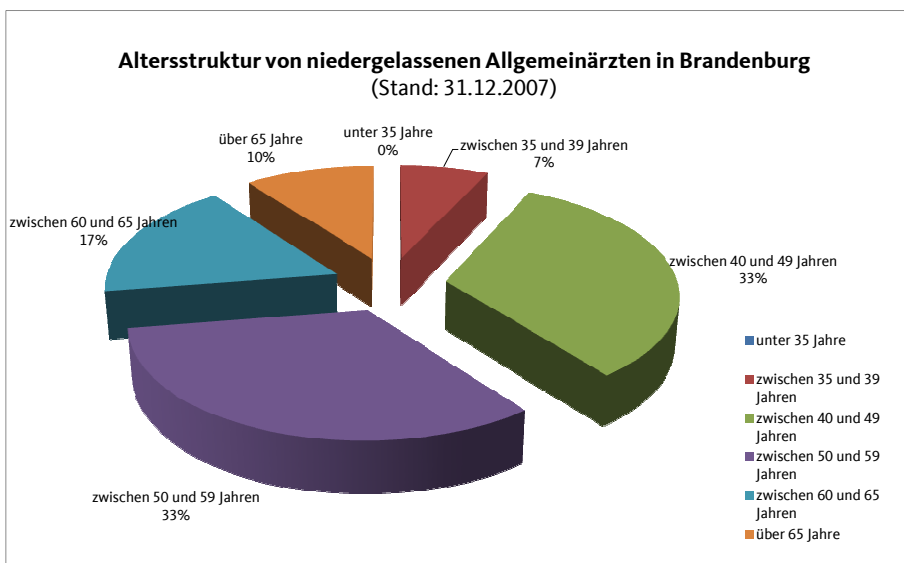
Von den insgesamt in Brandenburg im Bereich Innere Medizin und Allgemeinmedizin (ambulant und stationär) tätigen 2.350 Ärzten waren Ende 2008 sogar über 50 Prozent älter als 50 Jahre. Dem standen nur gut 10 Prozent jüngere Ärztinnen und Ärzte im Alter bis 39 Jahre gegenüber.



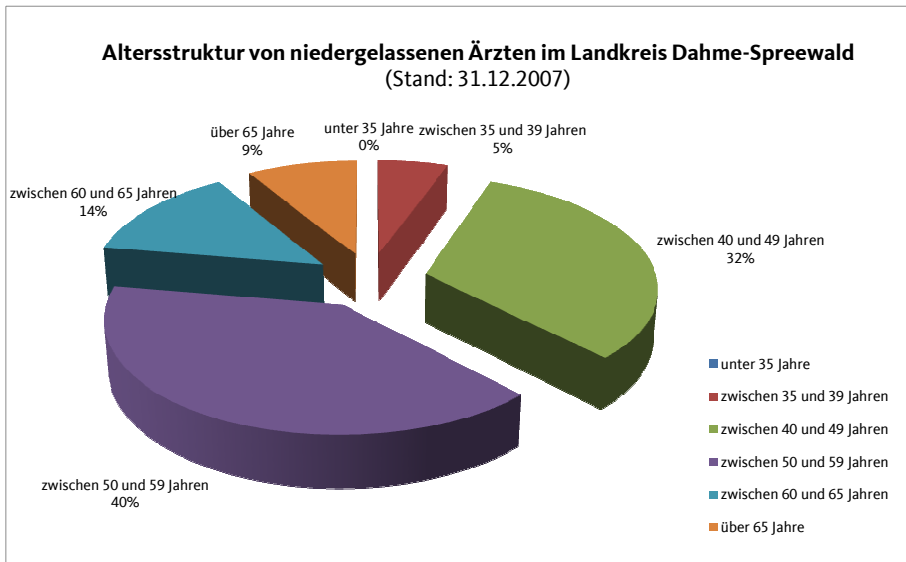
Der Anteil der im Land Brandenburg in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte, die das 60. Lebensjahr bereits erreicht haben, liegt nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung heute im Landesdurchschnitt etwa bei 35 Prozent. Damit hat sich hier das Problem der altersbedingten Praxisabgabe von Hausärzten gegenüber dem Jahr 2007 noch deutlich verschärft. Ende 2007 lag die Zahl der niedergelassenen Ärzte über 60 Jahren in ganz Brandenburg noch bei etwas über 20 Prozent.



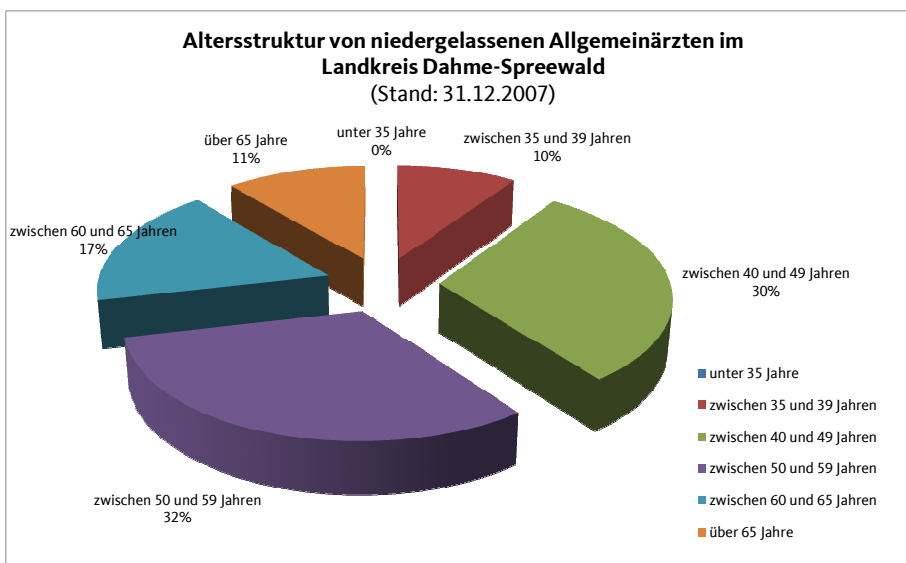
Von den niedergelassenen Allgemeinärzten waren Ende 2007 bereits fast 30 Prozent über 60 Jahre alt.



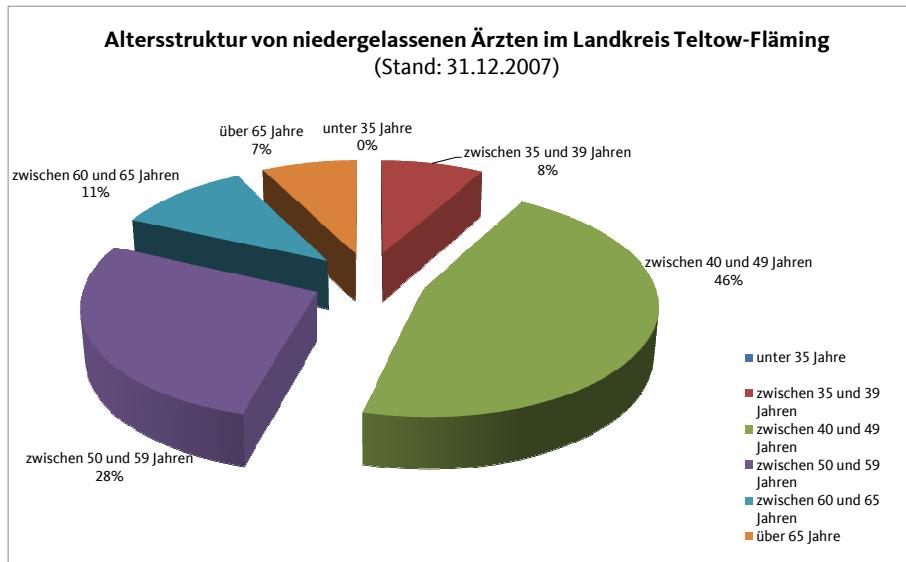
Im Landkreis **Dahme-Spreewald** sieht die Altersstruktur nicht besser aus: Ende 2007 waren nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung über 22 Prozent der niedergelassenen Ärzte älter als 60 Jahre. Nur 5,5 Prozent der niedergelassenen Ärzte waren im Alter bis 39 Jahre.



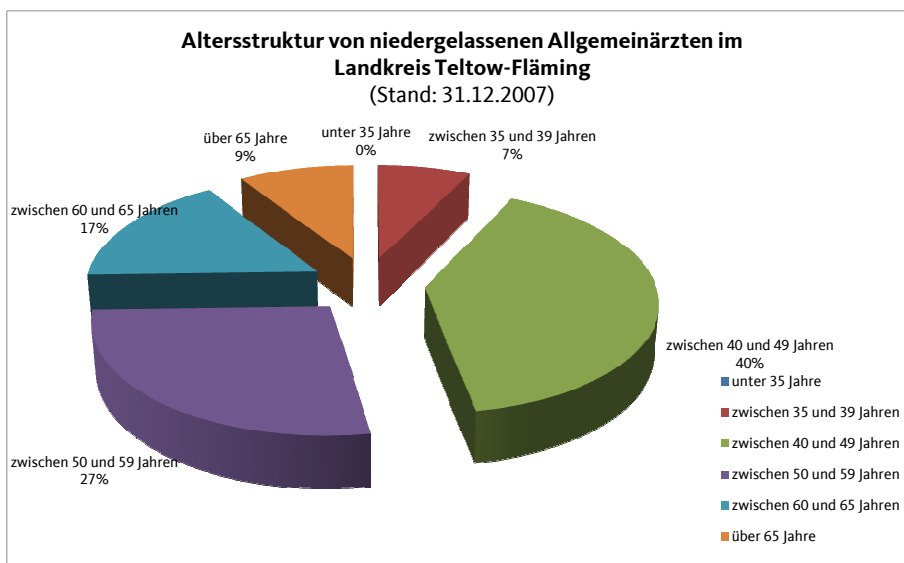
Bei den niedergelassenen Allgemeinärzten im Landkreis Dahme-Spreewald zeigt sich die problematische Altersstruktur noch deutlicher: Über 28 Prozent der niedergelassenen Allgemeinmediziner waren Ende 2007 älter als 60 Jahre. Über 60 Prozent der niedergelassenen Allgemeinmediziner waren älter als 50 Jahre.



Für den Landkreis **Teltow-Fläming** stellte sich die Situation Ende 2007 nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung ähnlich dar: Fast 20 Prozent der niedergelassenen Ärzte sind älter als 60 Jahre. Dem standen nur rund 8 Prozent jüngere Ärztinnen und Ärzte im Alter bis 39 Jahre gegenüber.



Bei den niedergelassenen Allgemeinärzten stellte sich Ende 2007 die Altersstruktur im Landkreis Teltow-Fläming noch problematischer dar: Über 25 Prozent der niedergelassenen Allgemeinärzte waren über 60 Jahre alt. Dem standen nur 7,3 Prozent gegenüber, die jünger als 40 Jahre alt waren.



Seit dem 1. Januar 2009 ist zwar die Altergrenze für Ärzte von 68 Jahren aufgehoben worden. Die Zulassung niedergelassener Ärzte endet also nicht mehr mit dem 68. Lebensjahr. Diese Neuregelung kann die mit der bestehenden Alterstruktur der Ärzteschaft einhergehenden Probleme aber nur kurzfristig hinauszögern.

#### **4. Gesundheitszentren und medizinische Versorgungszentren etablieren sich**

Medizinische Versorgungszentren sind seit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Seit diesem Zeitpunkt können auch neue Versorgungszentren entstehen. Gegenwärtig gibt es in Brandenburg insgesamt über 60 Gesundheitszentren und medizinische Versorgungszentren mit insgesamt über 300 Ärztinnen und Ärzten.

In den beiden Landkreisen **Dahme-Spreewald** und **Teltow-Fläming** gibt es folgende Gesundheitszentren und medizinische Versorgungszentren:

- Gesundheitszentrum Wildau,
- DRK-Medizinisches Versorgungszentrum Teltow-Fläming in Luckenwalde,
- Medizinisches Versorgungszentrum Ludwigfelde und
- Medizinisches Versorgungszentrum Oberlinhaus in Zossen.

### **III. Was ist zu tun? Die ambulante medizinische Versorgung ist flächendeckend und wohnortnah sicherzustellen**

Um wohnortnahe medizinische Versorgungsangebote auch in Zukunft sicherzustellen, ist ein Bündel von unterschiedlichen Maßnahmen erforderlich. Diese reichen von Anreizen, sich als Arzt im ländlichen Raum niederzulassen, über verbesserte Kooperationsformen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern bis hin zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch Gemeindeschwestern und Telemedizin.

#### **1. (Finanzielle) Anreize für niedergelassene Ärzte aufrechterhalten und neue schaffen**

Gerade in ländlichen Regionen werden in den nächsten Jahren Hausarztpraxen altersbedingt aufgegeben. Deren Nachbesetzung bereitet zunehmend Schwierigkeiten. Eine wesentliche Ursache hierfür liegt darin, dass Hausärzte bislang in ländlichen, dünn besiedelten Regionen geringere Einnahmen als in stark besiedelten, städtischen Bereichen erzielen.

In einem vom freiberuflich tätigen Arzt geprägten Gesundheitswesen darf (zu Recht) niemand gezwungen werden, sich an einem bestimmten Ort niederzulassen. Daher kann nur mit gezielten Anreizen versucht werden, Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung dort zu gewinnen, wo sie gebraucht werden. Um ärztlichen Versorgungsproblemen entgegen zu wirken, wird daher schon heute versucht, durch finanzielle Anreize frei werdende Arztpraxen auch in ländlich geprägten Gegenden wieder zu besetzen. Die finanziellen Anreize beschränken sich bislang jedoch überwiegend auf Einmalzahlungen: Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg gewährt Ärztinnen und Ärzten Investitionszuschüsse in Bereichen, in denen eine bestehende oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde. Bei der Übernahme einer Praxis gibt die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg einen Zuschuss in Höhe von 50.000 Euro, bei einer Praxisneugründung einen Zuschuss in Höhe von 40.000 Euro und bei der Übernahme einer freiwerdenden Praxis als Zweigpraxis einen Zuschuss in Höhe von 15.000 Euro. Diese finanziellen Anreize sollten auch in Zukunft gewährt werden.

Ob die mit diesen finanziellen Anreizen verbundenen Erwartungen an eine flächendeckende Ärzteversorgung auch tatsächlich voll und ganz erfüllt werden, muss allerdings bezweifelt werden. Die bislang gewährten Einmalzahlungen erleichtern einem niedergelassenen Arzt zwar den Praxisstart. Eine dauerhafte Einnahmequelle sind sie indessen nicht. Haus- und Fachärzte sind bei der Abrechnung von Leistungen auf eine gewisse Patientendichte



angewiesen. Wird diese nicht erreicht, nehmen die Aufwendungen beispielsweise für Fahrzeiten bei Hausbesuchen zu. Gleichzeitig steigt in der Regel der Anteil von Leistungen, die nur geringe Abrechnungsbeträge erlauben. Vor diesem Hintergrund sollte auch über eine zielgerichtete Anhebung der Honorare für Landärzte in dünner besiedelten Regionen weiter diskutiert werden.

Ein erster Schritt ist mit der Anfang 2009 in Kraft getretene Honorarreform gemacht. Danach sollen sich die Einnahmen von niedergelassenen Ärzten in Brandenburg um durchschnittlich 10 bis 30 Prozent erhöhen. 2010 ist zu überprüfen, ob dieses Ziel auch tatsächlich erreicht wurde. Gleichzeitig ist zu überprüfen, ob das Interesse an einer Niederlassung in Brandenburg infolge der Neuregelung der ärztlichen Versorgung gestiegen ist. Gegebenenfalls sind weitere finanzielle Anreize zu setzen, um eine Niederlassung in ländlichen Regionen finanziell ausreichend attraktiv zu machen.

Ab 2010 können ärztliche Leistungen in der ambulanten medizinischen Versorgung so gestaltet werden, dass sie eine steuernde Wirkung auf das Niederlassungsverhalten entfalten. Das heißt: Es sind Zuschläge für unterversorgte Gebiete und Abschläge für überversorgte Gebiete möglich. Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelung sollte evaluiert werden, ob diese Maßnahme tatsächlich eine steuernde Wirkung im Sinne einer besseren medizinischen Versorgung ländlicher Regionen hat.

Finanziell gefördert werden sollten in Zukunft Kooperation von Seniorenheimen mit Arztpraxen. Kommunen sollten bei Neubauten von Seniorenheimen im ländlichen Raum Räumlichkeiten für niedergelassene Ärzte einplanen. Ärzte, die sich in diesen Seniorenheimen niederlassen, sollten eine besondere finanzielle Förderung in Form von zinsgünstigen Krediten erhalten.

Unabhängig davon sollten schon zu Beginn und im Rahmen des Medizinstudiums Anreize zu einer Niederlassung als Hausarzt im ländlichen Raum geschaffen werden. Der Zugang zum Medizinstudium ist bundesweit über einen Numerus Clausus geregelt. Wer sich zu Beginn seines Studiums freiwillig verpflichtet, sich in den ersten zehn Berufsjahren als Hausarzt in einer ländlichen Region niederzulassen, sollte einen erleichterten Zugang zu einem Medizinstudienplatz erhalten. Diese Selbstverpflichtung sollte neben der Abiturnote bei der Zulassung zum Medizinstudium entsprechende Berücksichtigung finden.

## **2. Das Potential von Ärztinnen und Ärzten mit außerhalb Deutschlands erworbenen medizinischen Abschlüssen nutzen**

Das Brandenburger Modellprojekt zur Integration von zugewanderten Ärztinnen und Ärzten ist ein richtiger Schritt, um die ärztliche Versorgung in Brandenburg sicherzustellen. Es sollte auch nach der jetzt abgeschlossenen Projektphase fortgeführt werden.

Die Bundesärzterverordnung sieht vor, dass Ärzte mit einem außerhalb Deutschlands erworbenen medizinischen Abschluss vor der Ärztekammer eine Prüfung ablegen müssen, damit ihr medizinischer Abschluss als gleichwertig mit dem deutschen Abschluss anerkannt wird. Neben medizinischen Fachkenntnissen kommt es dabei insbesondere auch auf gute deutsche Sprachkenntnisse an. Hier setzte das Brandenburger Modellprojekt an, dass im Rahmen einer zehnmonatigen Qualifizierungsmaßnahme auf die Prüfung vor der Ärztekammer im Rahmen von Schulungen und einem mehrmonatigen Praktikum in einer medizinischen Einrichtung vorbereitet.

## **3. Die eingeführten Flexibilisierungen für niedergelassene Ärzte evaluieren**

Um eine wohnortnahe Versorgung auch in ländlichen Regionen zu ermöglichen, wurden mit dem Anfang 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz weitreichende Flexibilisierungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eingeführt. Zu diesen Neuerungen zählt, dass

- für niedergelassene Ärzte die Möglichkeiten einer Anstellung erweitert wurden. Für eine Zulassung ist heute eine Vollzeitätigkeit nicht mehr Voraussetzung; es besteht auch die Möglichkeit einer Teilzulassung. Des Weiteren können die Tätigkeiten in einer Arztpraxis und im Krankenhaus miteinander kombiniert werden.
- Zweigpraxen und Praxisfilialen auch über die Grenzen der einzelnen Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigung hinweg eröffnet werden können.
- überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen) zulässig sind.

Die in den letzten Jahren eingeleitete Aufweichung der früher starren Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung ist richtig. Von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten entwickelte Projekte integrativer Versorgung und der Aufbau von Medizinischen Versorgungszentren sind neue Wege, um die Gesundheitsversorgung zu modernisieren

und zu optimieren. Dadurch darf aber die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht gefährdet, sondern muss erhalten bleiben. Ärztinnen und Ärzte dürfen in ihren Entscheidungen allein den Patienten verpflichtet bleiben.

In Zukunft wird es verstärkt auf eine bessere Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung ankommen. Dabei ist stets darauf zu achten, dass die neuen Kooperationsformen nicht zur Verdrängungsmechanismen führen. Daher sollte bis spätestens 2012 kritisch überprüft werden, welche Auswirkungen die 2007 eingeführten Flexibilisierungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum haben. Dabei ist auch zu überprüfen, ob die nunmehr möglichen engeren Kooperationsformen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten zu einer Stärkung der medizinischen Versorgung in der Fläche oder im Ergebnis eher zu einer Verdrängung niedergelassener Ärzte im ländlichen Raum und zu einer weiteren Konzentration in eher städtischen Bereichen geführt haben.

#### **4. Den Weg des Patienten zum niedergelassenen Arzt erleichtern**

Im ländlichen Raum stellen gerade die Entfernungen vom Arzt zum Patienten eine Herausforderung dar. Hausbesuche sind für den einzelnen Arzt aufgrund der größeren Entfernungen mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden und werden daher, wo immer möglich vermieden. Die Gemeindeschwester AgnES und die Telemedizin können hier zwar Entlastungen schaffen, beseitigen das Problem aber nicht grundsätzlich.

Vor diesem Hintergrund sollte in Brandenburg ein Modellprojekt "Fahrender Arzt" gestartet werden. Der „Fahrende Arzt“ nimmt an jeweils wechselnden Orten in einem bestimmten zeitlichen Rhythmus ärztliche Sprechstunden wahr. Für diese Sprechstunden sollten ihm (sofern möglich) die einzelnen Kommunen jeweils Räumlichkeiten zur Verfügung stellen. Nach dem geltenden Landesrecht ist es nicht zulässig, dass ein Arzt seine ärztliche Tätigkeit mobil ausübt. Daher ist für das Modellprojekt eine entsprechende Öffnungsklausel zu schaffen.

Zusätzlich dazu ist bei den einzelnen Arztpraxen auf eine gute Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz zu achten. Hier sind vor allem die Kommunen und die kommunalen Verkehrsträger gefragt, Haltestellen von Bussen oder Ruftaxen in fußläufiger Nähe von Arztpraxen zu schaffen.

## **5. Gemeindeschwester AgnES flächendeckend einsetzen**

Die Gemeindeschwester AgnES (= Arztentlastende, Gemeinde-nahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) kann Hausärzte gerade in ländlichen Regionen entlasten. Dies hat der bisherige modellhafte Einsatz von Gemeindeschwestern unter anderem in Brandenburg gezeigt. Die Gemeindeschwestern treten mit ihrer Arbeit nicht in Konkurrenz zu den Ärzten. Sie sollen vielmehr im Auftrag der Hausärzte Hausbesuche machen, den Gesundheitszustand kontrollieren und die Patienten bei einer Vielzahl von gesundheitsbezogenen Themen beraten. Ihr Aufgabe ist es, vor allem chronisch Kranke und bettlägerige oder bewegungseingeschränkte Menschen zu betreuen, die nicht mehr in der Lage sind, die schweren Anstrengungen der langen Wege zur Praxis in Kauf zu nehmen oder wegen der Hausärztebelastung lange auf einen Besuch ihres Arztes warten müssten. Insoweit sind sie eine Ergänzung zu den Hausärzten.

Vor diesem Hintergrund ist es ein richtiger und wichtiger Schritt, dass der Bewertungsausschuss Brandenburg in diesem Jahr entschieden hat, den Einsatz von Gemeindeschwestern künftig zu finanzieren. Diese Entscheidung geht nicht zu Lasten der Ärzte, da die Finanzierung der Gemeindeschwestern außerhalb deren Regelleistungsvolumens erfolgt. Die Gemeindeschwestern erhalten künftig für ihren Erstbesuch bei den Patienten 17 Euro und für jeden weiteren Besuch 12,50 Euro.

Bis spätestens 2012 ist zu untersuchen, wie viele Gemeindeschwestern wo in Brandenburg im Einsatz sind und inwieweit dies zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum beigetragen hat.

## **6. Chancen der Telemedizin verstärkt nutzen**

Die Nutzung der Telemedizin ermöglicht es, medizinische Dienstleistungen zu erbringen, während Therapeut und Patient räumlich voneinander getrennt sind. Telemedizin holt sich den Arzt ins Haus und entlastet zugleich den Hausarzt von zeitintensiven Fahrten zum Patienten. Sie ermöglicht eine häusliche Betreuung auf medizinisch hohem Niveau, die Behandlungsdauer wird verkürzt, Wegstrecken und Transportkosten werden reduziert. Darüber hinaus kann die Arbeit von Gemeindeschwestern durch die Nutzung von Telemedizin gestärkt werden.

Modellhaft erprobt wird die Telemedizin insbesondere durch Tele-Home-Monitoring chronisch kranker Menschen, beispielsweise die routinemäßige Erfassung von Daten wie Blutdruck, Blutzucker und Gewicht und elektronische Übermittlung dieser Daten über Funk oder Telefon an den Arzt. Dieser z.B. in Skandinavien bereits verbreitete Ansatz bietet sich als Problemlösungsbeitrag in Regionen mit weiten Wegestrecken und schlechten Verkehrsverbindungen an.

Auch in Brandenburg werden bereits verschiedene telemedizinische Anwendungen genutzt. Bereiche des Telemonitoring zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung und der Telekooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern stehen bereits kurz vor ihrer Überführung in die Regelversorgung. Die Möglichkeiten der Telemedizin und damit verbundenen Chancen gerade für die medizinische Versorgung im ländlichen Raum sind konsequent zu nutzen. Grundlegende Voraussetzung dafür ist aber die Bereitstellung von Breitbandanschlüssen im ganzen Land. Der zügigen Beseitigung von "weißen Flecken" kommt auch unter diesem Gesichtspunkt hohe Bedeutung zu.