

Kommissionsdrucksache

(07.10.2014)

Inhalt

Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“

Universität Greifswald, Universitätsmedizin Greifswald,
Hochschule Neubrandenburg

Fassung 07.10.2014



Grundlagenexpertise Alter und Gesundheit/ Pflege

Der demografische Wandel in
Mecklenburg-Vorpommern
und die Konsequenzen für
Gesundheit, medizinische
Versorgung und Pflege



Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ des Landtags von Mecklenburg-Vorpommern

Alter und Gesundheit/ Pflege - Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege

Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine

Universität Greifswald, Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät

Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Greifswald und Neubrandenburg, im Oktober 2014

Erarbeitet von:

PD Dr. rer. med. habil. Neeltje van den Berg
Dipl. Geogr. Ulrike Stentzel
Dipl. Geogr. Franziska Radicke
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH
Institut für Community Medicine
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Ellernholzstr. 1-2
17487 Greifswald

Dipl.-Kffr. Vanessa Gieseler
Prof. Dr. rer. pol. Steffen Fleßa
Universität Greifswald
Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät
Lehrstuhl für Allgemeine BWL und Gesundheitsmanagement
Friedrich-Loeffler-Straße 70
17489 Greifswald

Maresa Buchholz B.Sc. Public Health and Administration, cand. M.Sc.
Prof. Dr. Roman F. Oppermann (LL:M., M.A.)
Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Brodaer Straße 2/Haus 1
17033 Neubrandenburg

Fotos auf der Titelseite: Fotolia.de

Inhalt

1	Einleitung.....	8
2	Patienten und medizinische Versorgungsbedarfe	10
2.1	Bevölkerung	10
2.2	Morbidität	12
2.3	Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen.....	14
2.4	Regionale Bedarfe und Planung.....	16
3	Pflegebedürftigkeit.....	18
4	Leistungserbringer in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.....	19
4.1	Leistungserbringer: räumliche Verteilung und Erreichbarkeit.....	19
4.1.1	Räumliche Verteilung	19
4.1.2	PKW-Erreichbarkeit	23
4.1.3	ÖPNV-Erreichbarkeit	25
4.1.4	Altersverteilung der Ärzte	28
4.1.5	Leistungserbringer in der Geriatrie	30
4.2	Nachwuchs der Gesundheitsberufe.....	34
4.2.1	Nachwuchs in akademischen Berufen der Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie.....	34
4.2.2	Nachwuchs der nichtärztlichen Gesundheitsberufe	36
4.3	Leistungserbringer in der palliativen Versorgung.....	40
4.3.1	Was ist Palliativmedizin?	40
4.3.2	Entwicklung in Deutschland	40
4.3.3	Einrichtungen der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern	42
4.3.4	Palliative Care und Hospizkultur in Pflegeeinrichtungen	44
5	Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheits- und Pflegesystem und in der Angehörigenpflege	48
5.1	Bürgerschaftliches Engagement.....	48
5.1.1	Überblick.....	48
5.1.2	Strukturen und Modelle	48
5.1.3	Fragebogenerhebung in den Pflegeeinrichtungen der Lupenregionen	50
5.2	Ehrenamtliche Arbeit in der Pflege und Stärkung der familiären Pflege	52
5.2.1	Situation der Angehörigenpflege und Abgrenzung zur professionellen Pflege	52
5.2.2	Herausforderungen und Belastungen für pflegende Angehörige	53
5.2.3	Einordnung der Angehörigenpflege in den gesetzlichen Kontext.....	54
5.2.4	Angebotsinfrastruktur für pflegende Angehörige in Mecklenburg–Vorpommern.....	55
5.2.5	Explorationsstudie in den Lupenregionen Vorpommern Greifswald und Ludwigslust-Parchim.....	56
5.3	Konsequenzen für das Ehrenamt und die Angehörigenpflege in der Pflege	58
6	Finanzielle Aspekte der Versorgung.....	61
6.1	Finanzielle Auswirkungen der demographischen Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern	61

6.2	Finanzielle Auswirkungen der Alterung auf die Pflegebedürftigkeit in Mecklenburg-Vorpommern.....	62
6.3	Kommunale Haushaltsbetrachtung	66
6.4	Ökonomische Grundlagen der stationären Versorgung	68
7	Innovative Versorgungsmodelle	72
7.1	Innovative Modelle für Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen	72
7.1.1	Delegation: AGnES (Arztentlastende Gemeinde-nahe E-Health gestützte Systemische Intervention).....	72
7.1.2	Delegation: Weiterentwicklung für spezielle Patientengruppen	74
7.1.3	Greifswalder 3-Stufen-Modell	75
7.1.4	Substitution	76
7.2	Die pflegerische Ausbildung - zwischen Berufsbildung und Akademisierung	77
7.2.1	Generalisierung der pflegerischen Ausbildungsberufe	78
7.2.2	Ausbau und Reform der akademischen Ausbildung in der Pflege	79
7.2.3	Mögliche kooperative akademische Ausbildungskonzepte: Medizinische Fakultäten und Fachbereiche Pflege der Hochschulen in Deutschland	79
7.2.4	Weiterer Forschungsbedarf im Rahmen der Aufgabenneuverteilung.....	80
7.2.5	Gemeinsames Lernen	81
7.2.6	Advanced Nurse Practitioner.....	82
7.3	Modellprojekte Telemedizin	85
7.3.1	Die Rolle der Telemedizin in der medizinischen Versorgung	85
7.3.2	Telemedizin in Mecklenburg-Vorpommern	85
7.3.3	Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung der Telemedizin im Gesundheitswesen	87
7.3.4	Konsequenzen für Telemedizin als Baustein der Versorgung	88
7.4	Modell Gesundheitshaus	90
7.4.1	Zentrales Gesundheitshaus Woldegk.....	90
7.4.2	Gesundheitshaus Mirow.....	91
7.5	Sektorübergreifende Versorgungsformen der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern	93
7.5.1	Situation der ländlichen Krankenhäuser	93
7.5.2	Umsetzung sektorübergreifender Versorgungsformen	94
7.5.3	Konsequenzen und Perspektiven für die sektorübergreifende Versorgung	97
8	Qualitätsmessung und -sicherung.....	99
8.1	Qualitätssicherung durch Versorgungsforschung.....	99
8.2	Datenzugang und aktuelle Entwicklungen.....	100
8.3	Expertenstandards als Instrument der Qualitätssicherung in der Pflege	102
9	Prävention.....	104
9.1	Erhaltung der Gesundheit bei älteren Arbeitnehmern – Möglichkeiten der Betrieblichen Gesundheitsförderung	104
9.2	Prävention zur Erhaltung der Autonomie/Selbständigkeit.....	106

9.2.1	Erforderlichkeit von Prävention im Alter.....	106
9.2.2	Ansatzpunkte für die Prävention.....	106
9.2.3	Eckpunkte eines Präventionsmodells.....	108
10	Konsequenzen für Mecklenburg-Vorpommern	110
11	Literaturverzeichnis.....	112

Danksagung

Wir möchten allen danken, die zum Gelingen dieser Expertise beigetragen haben.

Unser besonderer Dank gilt:

Amt Woldegk für die Bereitstellung von Fotos,
AOK Nordost,
Apothekerkammer M-V,
Bürgerhafen Greifswald
Institut für Community Medicine, Abt. SHIP-KEF
Kassenärztliche Vereinigung M-V,
Landesprüfungsamt für Heilberufe
allen Pflegeeinrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben,
Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern
Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern
Herr Acker, Geschäftsführer des Kreiskrankenhauses Wolgast
Dr. Uta Arndt, Mirow
Kornelia Bernsdorff, Pflegestützpunkt Greifswald
Stefan Dinse, Institut für Community Medicine
Melanie Lakämper, Greifswald
Dr. Ernst-Jürgen Lode, Bürgermeister der Stadt Woldegk
Christine Lorenz, Stadt Neubrandenburg Abt. Generation, Bildung, Sport
Herr Lutz, Referent des Kaufmännischen Vorstands der Universitätsmedizin Greifswald
Prof. Dr. Rainer Neubart, Kreiskrankenhaus Wolgast
Herr Helmut Schapper, Diakonisches Werk M-V e. V. Fachbereich Altenhilfe (Pflege ambulant)

1 Einleitung

Das Thema „Älter werden“ betrifft viele Bereiche in der Gesellschaft und wird durch die demografische Entwicklung in Deutschland immer wichtiger. Eine wesentliche Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben und Wohlbefinden im Alter ist die Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit [1]. Mit dem Alter steigt das Morbiditätsrisiko. Zusätzlich ist älter werden häufig mit vermehrter chronischer Multimorbidität (gleichzeitiges Auftreten mehrerer Erkrankungen) und Komorbidität (zusätzlich zu einer Grunderkrankung auftretende Erkrankungen) verbunden [2]. Die Zunahme der älteren Bevölkerung lässt also eine Zunahme der altersassoziierten Erkrankungen [3] und damit auch einen Anstieg der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen [4] erwarten.

Der Begriff „Alter“ ist nicht fest definiert, bezeichnet aber im allgemeinen Verständnis den Lebensabschnitt nach dem Erwerbsleben. Schon hier zeigt sich, dass eine scharfe Eingrenzung nicht möglich ist, da der Eintritt in den Ruhestand einer hohen Variabilität unterliegt. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung umfasst das Alter in dieser Definition heutzutage oftmals mehrere Jahrzehnte. Unterschieden wird z.B. zwischen „jungen Alten“ (65 Jahre bis unter 85 Jahre) und „älteren Alten“ (85 Jahre und älter) oder auch älteren Menschen (65 bis 74 Jahre), Hochbetagten (75 bis unter 90 Jahren), Höchstbetagten (90 bis unter 100 Jahre) und Langlebigen (über 100 Jahre) [5]. Andere sprechen von Hochaltrigen. Die Hochaltrigkeit ist erreicht, wenn 50 % der Angehörigen eines Geburtsjahrgangs verstorben sind. [2] Aus medizinischer Sicht gibt es im Alter ab 80 Jahren eine Veränderung innerhalb der Lebensphase „Alter“, da die Morbidität, in den Altersgruppen ab 80 Jahren nochmal deutlich erhöht ist. [2] Kapitel 2.2 geht darauf genauer ein. Bei alten und hochbetagten Menschen ist der Krankheitsverlauf häufig komplexer, hervorgerufen durch Multimorbidität, chronische Krankheitsverläufe und längere Genesungszeiten [6]. Dies erzeugt andere Anforderungen, Wünsche und Bedürfnisse an die Versorgung, die sich in künftigen Versorgungskonzepten adressiert werden müssen.

Mecklenburg-Vorpommern ist aufgrund seiner Bevölkerungsstruktur stärker von der Alterung der Bevölkerung betroffen als andere Bundesländer [3]. Insgesamt wird die Bevölkerungszahl zwar sinken, die Altersgruppe der ab 60-Jährigen jedoch bis 2022 um ein Viertel zunehmen. Das Land kann bundesweit eine Vorreiterrolle annehmen, indem innovative Konzepte und Modelle für die medizinische und pflegerische Versorgung unter besonderer Berücksichtigung der älteren Bevölkerung entwickelt werden.

Der Bedarf sowohl an hausärztlich als auch an fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten¹ wird in Mecklenburg-Vorpommern trotz der abnehmenden Bevölkerung zunehmen. Doch nicht nur die Bevölkerung altert. Auch die Ärzte altern mit der Folge, dass einem erhöhten Versorgungsbedarf ein hoher Wiederbesetzungsbedarf der aus Altersgründen frei werdenden Arztsitze gegenübersteht [3, 4]. Die Deckung dieses Bedarfs wird insbesondere in ländlichen Regionen problematisch sein [4]. Neben der Zunahme der Patientenzahlen ist auch eine Zunahme der Pflegebedürftigen zu erwarten. Immer mehr Ältere stehen immer weniger Menschen im arbeitsfähigen Alter gegenüber [7]. Im Bereich der Pflege besteht bereits seit Jahren ein Fachkräftemangel. Dieser wird sich künftig noch verstärken, wozu auch die weiterhin sinkende Zahl der Berufseinsteiger und der arbeitsfähigen Bevölkerung insgesamt beitragen.

¹ Soweit dies möglich ist, werden im Text geschlechtsneutrale Formulierungen verwendet. Ansonsten wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form genutzt. Falls nicht ausdrücklich anders angegeben, beziehen sich also alle Aussagen sowohl auf weibliche als auch auf männliche Personen

Zur Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung in den Regionen müssen also spezifische Versorgungskonzepte entwickelt werden, die sowohl die Altersstruktur der Bevölkerung als auch die vorhandenen Leistungserbringer in der Region (sowie deren Altersstruktur) berücksichtigen.

Die vorliegende Expertise, wurde im Auftrag der Enquete Kommission "Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern" des Landtags Mecklenburg-Vorpommern erstellt. Ihr Ziel ist ein umfassender Einblick in die Morbidität der Bevölkerung sowie die medizinische und pflegerische Versorgungssituation mit besonderem Fokus auf die Belange der älteren Bevölkerung, den Bereich der Prävention sowie wirtschaftlicher Aspekte der Versorgung. Es werden Prognosen bis 2030 vorgenommen. Auf der Basis der Alters- und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung und der Dichte und Verteilung der Leistungserbringer werden innovative, regionale Versorgungskonzepte beschrieben, die teilweise modellhaft, teilweise bereits oder in der Routineversorgung umgesetzt werden. Für die meisten Themen wurden Analysen für ganz Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Bestimmte Bereiche/Themengebiete wurden vertiefend für zwei Lupenregionen, die Landkreise Vorpommern-Greifswald und Ludwigslust-Parchim, untersucht.

Diese Arbeit entstand in einer Kooperation zwischen dem Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald, dem Lehrstuhl (LS) für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre (ABWL) und Gesundheitsmanagement der Universität Greifswald und dem Fachbereich Gesundheit, Pflege und Management der Hochschule Neubrandenburg. Die Autoren möchten damit einen Beitrag zur Gestaltung einer qualitativ hochwertigen, gerechten und nachhaltigen Versorgungslandschaft Mecklenburg-Vorpommerns liefern.

Die fachliche Hauptverantwortung für die Kapitel 1, 2, 3, 4, 8, 9 und 10 sowie die Abschnitte 7.1.3, 7.2.5, 7.2.6, 7.3 und 7.4 trägt das Institut für Community Medicine. Die fachliche Hauptverantwortung für die Abschnitte 5.1, 6.1, 6.3, 6.4 und 7.5 liegt beim LS für ABWL und Gesundheitsmanagement. Abschnitt 5.3 ist ein gemeinsamer Abschnitt des LS für ABWL und Gesundheitsmanagement und des Fachbereichs Gesundheit, Pflege und Management. Der Fachbereich Gesundheit, Pflege und Management trägt die fachliche Hauptverantwortung für die Abschnitte 5.2, 6.2, 7.1.1, 7.1.2, 7.1.4, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3 und 7.2.4.

2 Patienten und medizinische Versorgungsbedarfe

2.1 Bevölkerung

Der demografische Wandel ist in Deutschland durch eine Zunahme des relativen und absoluten Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung charakterisiert. Die wichtigsten Ursachen dafür sind das Altern der geburtenstarken Jahrgänge der zwanziger und dreißiger Jahre des letzten Jahrhunderts, bei gleichzeitiger Verringerung der Geburtenzahlen. Dies ist insbesondere in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung stark ausgeprägt. Zusätzlich stieg die durchschnittliche Lebenserwartung (von 1971 bis 2010 um 9,2 Jahre [8]). In der Konsequenz ändert sich derzeit der Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland erheblich. Besonders des Anteils der über 80-jährigen Menschen steigt stark an, für ganz Deutschland zwischen 2010 und 2030 bei den Frauen um 35 % (+1.010.000 bis 2030) und bei den Männer um 83 % (+1.147.000 bis 2030) [9]. Der hohe Zuwachs der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe kommt durch den Ausgleich der Verluste der männlichen Bevölkerung während des zweiten Weltkriegs zustande. Die Kriegsgeneration befindet sich spätestens ab dem Jahr 2000 in der Altersgruppe der über 80-Jährigen. Ab dem Jahr 2020 rückt die normalverteilte Population der Nachkriegsjahre nach.

In Mecklenburg-Vorpommern wurde die Alterung der Gesellschaft verstärkt durch eine hohe Abwanderung der Bevölkerung im erwerbstätigen Alter in andere Bundesländer. Abbildung 1 macht deutlich, dass bis 2030 im Vergleich zu 2011 fast alle Altersgruppen unter 60 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern eine mehr oder weniger starke Abnahme erfahren, während die höheren Altersgruppen ab ca. 60 Jahren) zunehmen [10]. Insgesamt wird die Bevölkerung in diesem Zeitraum um 8 % abnehmen; bei den ab 60-Jährigen hingegen um 25 % ansteigen.

In der Darstellung der Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns von 2011 in Abbildung 1 sind bei beiden Geschlechtern drei Einschnitte erkennbar. Der erste Einschnitt betrifft den Bevölkerungsrückgang in der Altersgruppe der 15 bis 20-Jährigen und spiegelt die nachwendezeitlichen Einbußen in der Bevölkerung wieder. Der zweite erkennbare Knick in der Bevölkerung von 2011 ist bei den 35 bis 40-Jährigen erkennbar und geht auf die Einführung der Antibabypille (ab Mitte der 60'er Jahre in der DDR) zurück. Der dritte Einschnitt in der Bevölkerungspyramide ist in der Altersgruppe der 65 bis 75-Jährigen zu finden und ist dem Geburtenrückgang nach Ende des 2. Weltkriegs geschuldet. In der Linie der Bevölkerungshochrechnung für 2030 verschieben sich alle Einschnitte in der Bevölkerungspyramide um 20 Jahre nach oben. Der Knick in der Linie in der Altersgruppe der 35 bis 40-Jährigen in 2030 wird durch die geburtenschwachen Jahrgänge der Generation der Nachwendezeit verursacht. Da der zeitliche Abstand zwischen Nachwendeknick und Pillenknicke ebenso wie der Vergleichszeitraum 2011 zu 2030 rund 20 Jahre beträgt, ist für die Altersgruppe 35 bis 40-Jährigen sowohl 2011 als auch 2030 ein Einschnitt erkennbar. Dieses gleichzeitige Auftreten ist aber zufällig und nur durch den gewählten Prognosezeitraum von 20 Jahren begründet. Der Einschnitt aufgrund der Bevölkerungsverluste durch den 2. Weltkrieg ist in der Prognose für 2030 nicht mehr zu erkennen.

Patienten und medizinische Versorgungsbedarfe

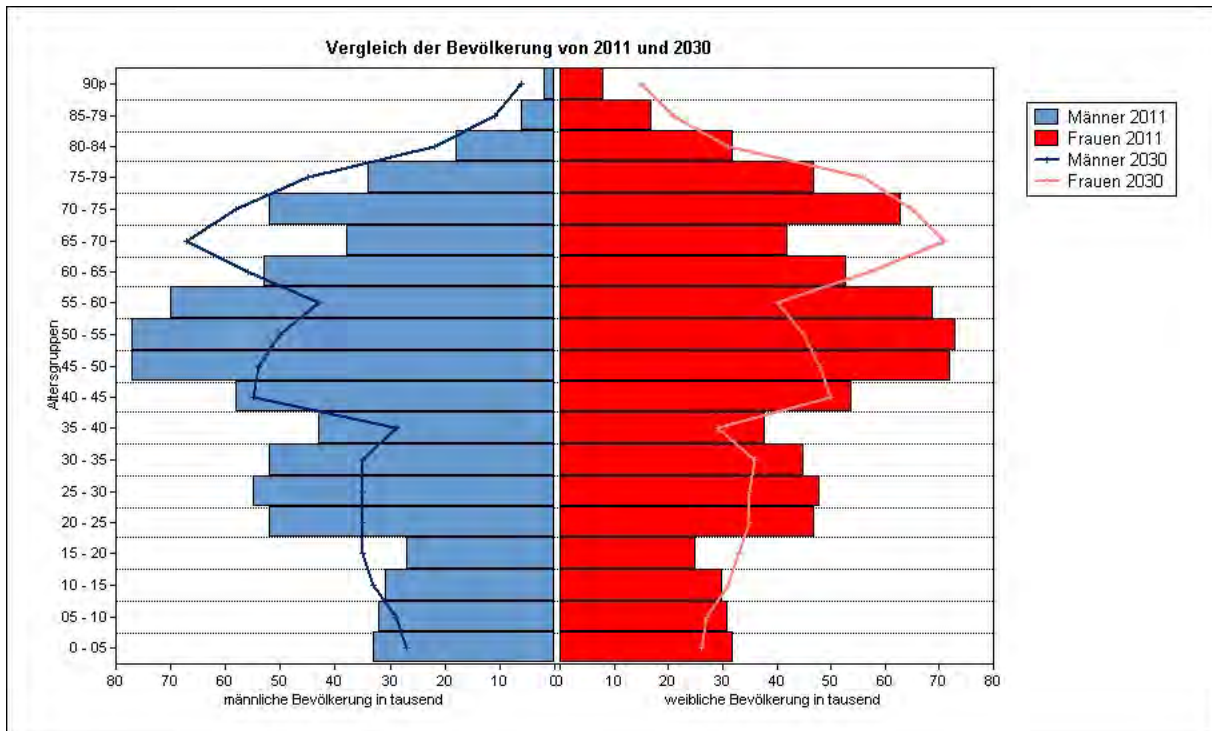


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide, direkter Vergleich 2011/2030 Datenquelle: Statistisches Amt M-V

Abbildung 1 verdeutlicht die Veränderungen der Altersstruktur Mecklenburg Vorpommerns. Auf die Altersgruppen der 60 bis 64 -Jährigen, der 65 bis 96 -Jährigen und der 70 bis 74-Jährigen entfallen in 2030 absolut die meisten Einwohner. Die 2010 noch starken Altersgruppen der 45 bis 55-Jährigen sind 2030 am stärksten vom Bevölkerungsrückgang betroffen.

In der Lupenregion Ludwigslust-Parchim wird eine Abnahme der Bevölkerung von insgesamt 10 % erwartet, in Vorpommern-Greifswald eine Abnahme von 8 %. Betrachtet man nur die ab 60-jährige Bevölkerung, so nimmt diese Ludwigslust-Parchim um 33 % und in Vorpommern-Greifswald um 21 % zu. Dabei verzeichnen die ab 60-jährigen Männer einen deutlich größeren Anstieg als die gleichaltrigen Frauen.

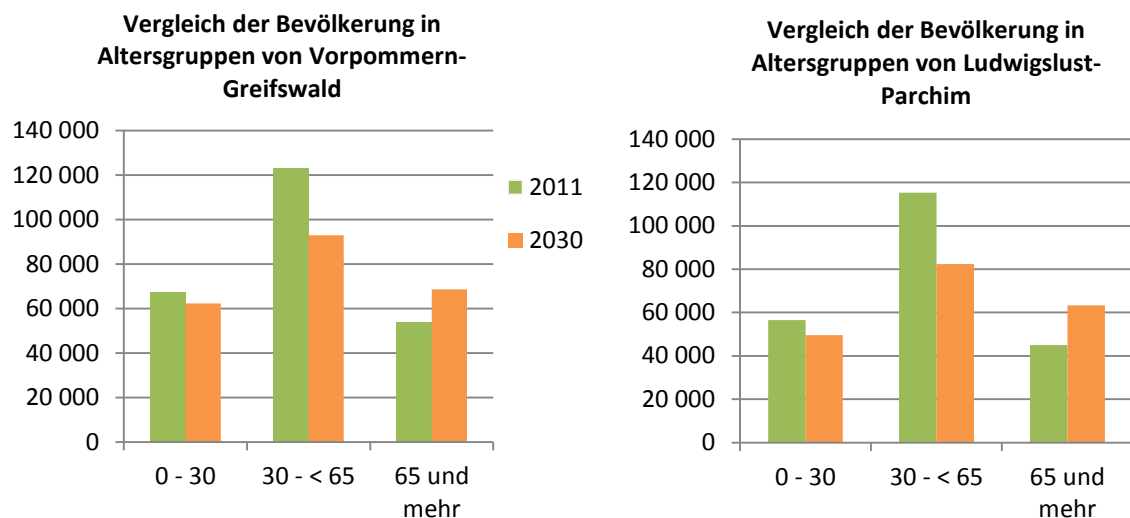


Abbildung 2: Vergleich der Bevölkerung (absolute Anzahl) der Lupenregionen (Vorpommern-Greifswald, Ludwigslust-Parchim) in Altersgruppen (0-30, 30 bis unter 65, 65 und mehr) der Jahre 2011 und 2030, Datenquelle: Statistisches Amt M-V

Der Vergleich der Altersgruppen verdeutlicht, dass der allgemeine Trend auch in den Lupenregionen ausgeprägt ist. Die Bevölkerungsgruppe der Erwerbstätigen (30 bis unter 65 Jahre) erfährt den größten Verlust, in Vorpommern-Greifswald -24,5 % und in Ludwigslust-Parchim -28,5 %. In der Altersgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (0 bis 30-Jahre) werden für Vorpommern-Greifswald nur geringe Verluste (-7,5 %) vorhergesagt, für Ludwigslust-Parchim sind diese etwas höher (-12,3 %). Ab dem Renteneintrittsalter steigt die Zahl der Einwohner 2030 im Gegensatz zu 2011 an, in Vorpommern-Greifswald um +27,7 % und in Ludwigslust-Parchim deutlich um +40,6 %.

2.2 Morbidität

Die Prävalenzen vieler Krankheiten und funktioneller Einschränkungen steigen ab einem Alter von 80 Jahren deutlich an. Gleichzeitig steigt auch der Anteil älterer Menschen die an mehreren Krankheiten gleichzeitig erkrankt sind (Multimorbidität) sowie der Anteil chronischer und irreversibler Krankheitsverläufe. Daten des Mikrozensus 2005 geben Aufschluss über den altersabhängigen Anstieg der Krankheitsprävalenz. Im Mikrozensus wird nach Erkrankungen und Verletzungen in den letzten 4 Wochen vor dem Erhebungszeitpunkt gefragt. In Deutschland waren demnach in der Altersgruppe 65 bis 69 Jahre 17 %, in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen 22 % und in der Altersgruppe ab 75 Jahre 28 % erkrankt oder verletzt, wobei Frauen meistens etwas häufiger betroffen waren als Männer. [2]

Die Datengrundlage der Prävalenzen stammt aus SHIP (**S**tudy of **H**ealth in **P**omerania). SHIP ist eine bevölkerungsbezogene, prospektive, epidemiologische Kohorten-Studie, die den Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Region Vorpommern untersucht [11]. Unter der Annahme, dass die in SHIP ermittelten Prävalenzen repräsentativ für die Gesamtbevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern sind, wurden die Prävalenzen pro Altersgruppe für die Bevölkerung der Landkreise Mecklenburg-Vorpommerns im Jahr 2010 berechnet.

Die Prävalenzen von Myokardinfarkten, Schlaganfällen und Diabetes nehmen über alle Altersgruppen hinweg bei beiden Geschlechtern bis 2030 zu. Die Prävalenz der Krebserkrankungen bei den Männern steigt, während sie bei den Frauen etwa gleich bleibt. Einzig die Morbidität an Hypertonie sinkt bei beiden Geschlechtern, siehe Tabelle 1. Hinweise zu verwendeten Daten und der angewandten Methodik befinden sich im Anhang.

Tabelle 1: Veränderung der Morbidität von Myokardinfarkt, Schlaganfall, Hypertonie, Diabetes und Krebsgesamt der 25-84-Jährigen, 2010 (Myokardinfarkt, Schlaganfall, Hypertonie, Diabetes) bzw. 2008 (Krebs gesamt) im Vergleich zu 2030 (projiziert) Datenquelle: Statistisches Amt M-V

	Männer			Frauen		
	2010 (N)	2030 (N)	Veränderung (in %)	2010 (N)	2030 (N)	Veränderung (in %)
Myokardinfarkt	33062	36093	9,2	13479	15143	12,3
Schlaganfall	18938	22291	17,7	14542	16064	10,5
Hypertonie	340888	323545	-5,1	299529	287376	-4,1
Diabetes	65485	70913	8,3	61813	66693	7,9
	2008 (N)	2030 (N)	Veränderung (in %)	2008 (N)	2030 (N)	Veränderung (in %)
Krebs gesamt	11890	13739	15,6	10469	10459	-0,1

Patienten und medizinische Versorgungsbedarfe

Wie in Abbildung 3 und Abbildung 4 am Beispiel Myokardinfarkt ersichtlich, nimmt die Patientenzahl in den jüngeren Altersgruppen (bis < 60 Jahre) aufgrund der Abnahme der jüngeren Altersgruppen insgesamt ab. Die Zahl der Betroffenen in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen nimmt jedoch deutlich zu. So bewegt sich die Zunahme der Prävalenzen von Myokardinfarkt, Schlaganfall, Hypertonie, Diabetes und Krebs gesamt bei den Männern zwischen 28,6 % und 33,2 %. Bei den Frauen liegt sie zwischen 15,6 % und 21,9 %. Die weiteren Abbildungen zur Morbidität der hier betrachteten Erkrankungen befinden sich im Anhang.

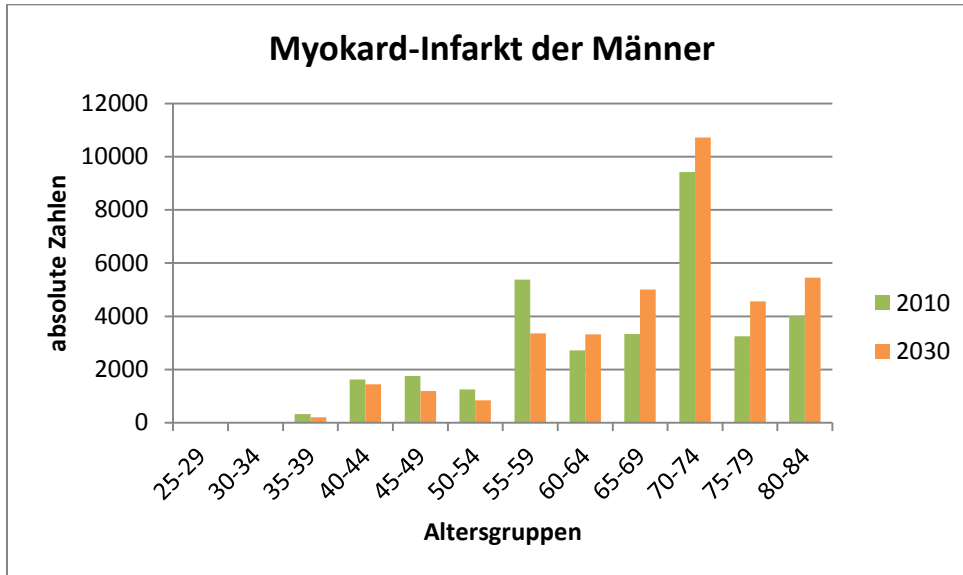


Abbildung 3: Myokardinfarkt in der Vorgeschichte bei Männern 2010 und hochgerechnet für 2030 (absolute Zahlen), Datenquelle: SHIP-1, Statistisches Amt M-V und eigene Berechnung

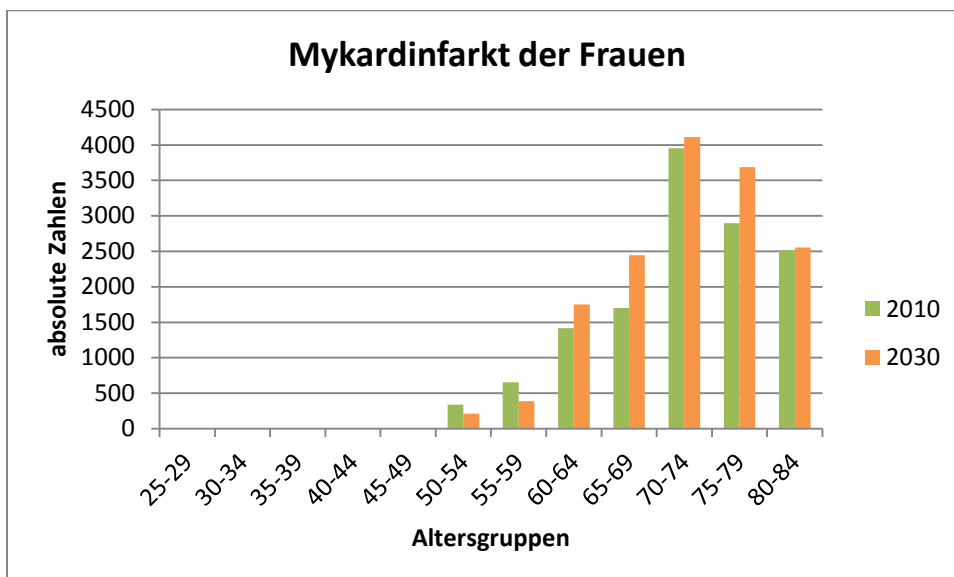


Abbildung 4: Myokardinfarkt in der Vorgeschichte bei Frauen 2010 und 2030 (absolute Zahlen), Datenquelle: SHIP-1 und eigene Berechnung

Auch die Prävalenz von Hypertonie, die über alle Altersgruppen betrachtet sinkt, verzeichnet in der Altersgruppe der 65 bis 84-Jährigen eine Zunahme von 33,2 % bei den Männern und 18,6 % bei den Frauen. Da die Anteile der prävalent an Hypertonie Erkrankten in den jüngeren Altersgruppen relativ hoch sind, führt der Rückgang der gegenwärtig bevölkerungsreichen Altersgruppen der 45 bis 59-Jährigen insgesamt zu einer Abnahme der Betroffenzahl.

Die Schätzung der Demenzprävalenz ergibt eine Zunahme über alle Altersgruppen von insgesamt 32 %. Wie Abbildung 5 zeigt, gibt es insbesondere in der Altersgruppe der Hochbetagten (85+) eine deutliche Zunahme.

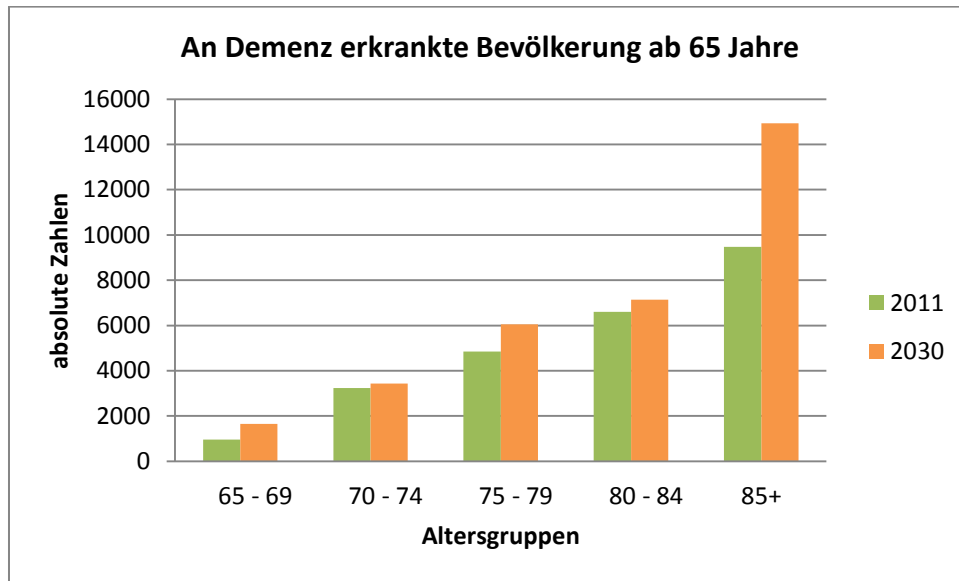


Abbildung 5: An Demenz erkrankte Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns 2010 und hochgerechnet für 2030 (absolute Zahlen), Datenquelle: Bickel-Studie [12], Statistisches Amt M-V und eigene Berechnung

Der Anstieg ausgewählter Erkrankungen in den Altersgruppen der 65-84-Jährigen ist in Tabelle 2 zu erkennen. Die im Durchschnitt deutlich höheren Fallzahlen bei den Männern sind auf die allgemeine Zunahme der männlichen Bevölkerung in den hohen Altersklassen in den kommenden Jahrzehnten zurückzuführen.

Tabelle 2: Vergleich 2030 zu 2010 Veränderung der Morbidität der 65-84-Jährigen an Myokardinfarkt, Schlaganfall, Hypertonie, Diabetes und Krebsgesamt, 2010/2008 im Vergleich zu 2030 (projiziert), Datenquelle: SHIP-1

	Männer			Frauen		
	2010 (N)	2030 (N)	Veränderung (in %)	2010 (N)	2030 (N)	Veränderung (in %)
Myokardinfarkt	20017	25739	28,6	11073	12797	15,6
Schlaganfall	13353	17273	29,4	9573	11665	21,9
Hypertonie	108921	145107	33,2	140591	166777	18,6
Diabetes	33055	43690	32,2	42779	50279	17,5
	2008 (N)	2030 (N)	Veränderung (in %)	2008 (N)	2030 (N)	Veränderung (in %)
Krebs gesamt	6684	8809	31,8	4888	5757	17,8

Da Prävalenzmessungen für Altersgruppen der hochbetagten über 85-Jährigen aufgrund des Studiendesigns von SHIP nicht zur Verfügung standen, muss hier von einer Unterschätzung der tatsächlichen Fallzahlen ausgegangen werden.

2.3 Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen

Bundesweit hatten 2003 fast 92 % der Erwachsenen einen Hausarzt, wobei die Wahrscheinlichkeit, mit dem Alter ansteigt. 96 % der über 65-jährigen Männer haben einen Hausarzt gegenüber 82 % der

Patienten und medizinische Versorgungsbedarfe

unter 30-jährigen Männer. Bei den Frauen stehen 96 % der über 65-jährigen Frauen 89 % der unter 30-jährigen Frauen mit Hausarzt gegenüber. [13]

Die ambulante Inanspruchnahmerate (Arztbesuch in den letzten drei Monaten) steigt mit dem Alter stark an: bei den Männern von 50 % der unter 50-Jährigen bis auf ca. 80 % bei den mindestens 65-Jährigen. Dieser Trend ist bei den Frauen ähnlich, quantitativ aber etwas abgeschwächt. [13]

Die Inanspruchnahme (mindestens ein Arztkontakt in den letzten 12 Monaten) wurde für Allgemeinmediziner, Internisten, Gynäkologen und Urologen im Jahr 2010 und in 2030 berechnet. Hinweise zu verwendeten Daten und der Methodik befinden sich im Anhang. Die Inanspruchnahme in 2010 ist bei den verschiedenen Fachrichtungen recht unterschiedlich (siehe Abbildung 6). Während die Allgemeinmediziner eine insgesamt hohe Inanspruchnahme zu verzeichnen haben, die mit zunehmendem Alter der Patienten noch zunimmt, so zeigen sich bei anderen Fachrichtungen unterschiedliche Bilder. Der Internist wird von jüngeren Bevölkerungsgruppen vergleichsweise wenig frequentiert. Die Inanspruchnahme steigt jedoch mit dem Alter kontinuierlich an, insbesondere bei den Altersgruppen 60 bis 64 und 65 bis 69. Danach bleibt die Inanspruchnahme zunächst konstant und sinkt im Bereich der hochbetagten Altersgruppen wieder ab. Beim Gynäkologen zeigt sich ein gänzlich anderes Bild. Die Inanspruchnahme ist hier bei den jüngeren Bevölkerungsgruppen hoch und sinkt mit zunehmendem Alter ab, insbesondere ab dem Alter von 50 Jahren. Die Inanspruchnahme des Urologen steigt ab einem Alter von 40 Jahren kontinuierlich an, ab einem Alter von 65 Jahren jedoch nicht mehr ganz so stark.

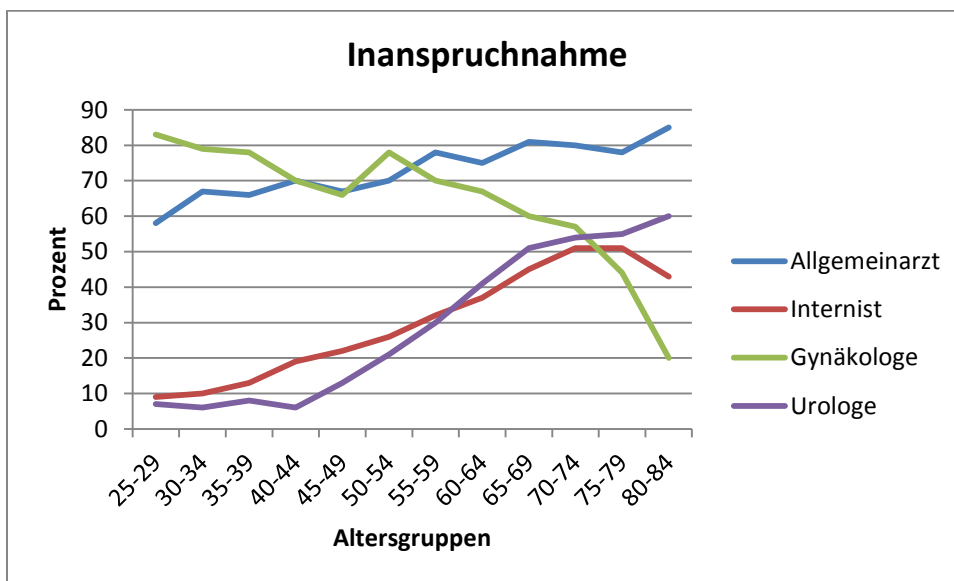


Abbildung 6: Inanspruchnahme (in Prozent) der Altersgruppen von Allgemeinmedizinern, Internisten, Gynäkologen und Urologen 2010 Datenquelle: SHIP-1, Bevölkerungsdaten des statistischen Landesamtes und eigene Berechnung

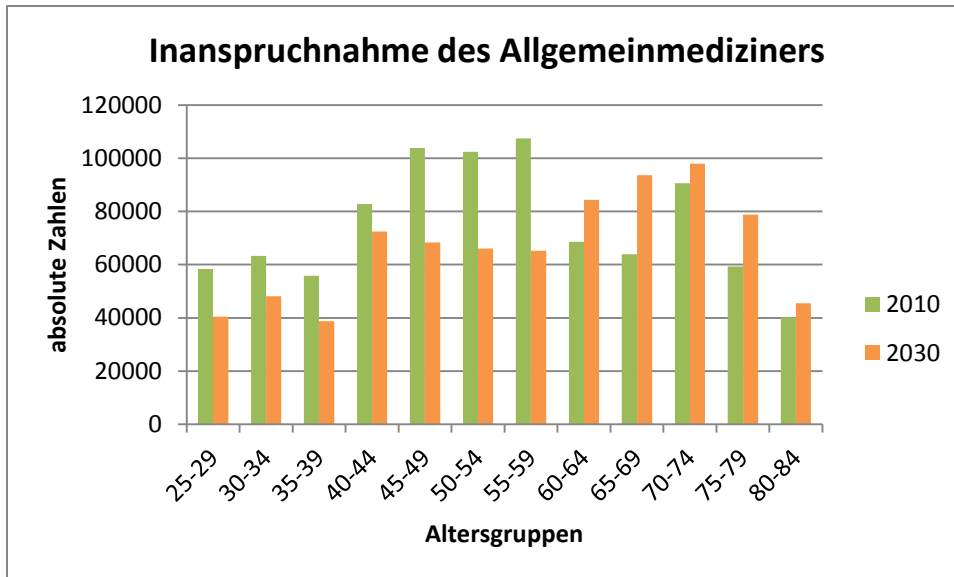


Abbildung 7: Vergleich der Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinern in Mecklenburg-Vorpommern 2010 zu 2030 (absolute Zahlen), Datenquelle: SHIP-1, Bevölkerungsdaten des statistischen Landesamtes und eigene Berechnung

Für die Allgemeinmediziner zeigt sich, dass die Inanspruchnahme der unter 60-Jährigen 2030 deutlich niedriger ausfallen wird als 2010, während die Inanspruchnahme der ab 60-Jährigen 2030 im Vergleich zu 2010 ansteigen wird, siehe Abbildung 7 (weitere Abbildungen zu anderen Fachrichtungen befinden sich im Anhang).

2.4 Regionale Bedarfe und Planung

Einheitliche Planungen für die ambulante ärztliche Versorgung für alle Regionen gleichermaßen sind aufgrund zu großer Unterschiede zwischen den Gegebenheiten und den Bedarfen in den Regionen problematisch. Die Entwicklung sollte eher dahin gehen, dass für die Regionen spezifische Versorgungspläne entwickelt werden. Dazu wird ein Stufenkonzept vorgeschlagen (Abbildung 8). Im ersten Schritt soll die Altersstruktur der Bevölkerung in einer Region analysiert werden. Ist der Anteil an älteren Menschen in einer Region überdurchschnittlich hoch, so bedarf es hier anderer Versorgungskonzepte als in einer Region mit weniger älteren Menschen. Im zweiten Schritt muss geprüft werden, ob der Versorgungsgrad in der Region ausreichend oder bereits unzureichend ist. Gibt es offene Sitze und falls ja, für welche/n fachärztliche/n Bereich/e? Wie steht es um die Erreichbarkeit der vorhandenen medizinischen Leistungserbringer (räumliche Verteilung, Erreichbarkeit mit dem PKW oder dem ÖPNV)? Ist der Versorgungsgrad ausreichend bedarf es keiner Änderung der Planung. Ist der Versorgungsgrad unzureichend folgt im weiteren Schritt die Prüfung welche anderen Leistungserbringer, auch aus anderen Sektoren (Zahnärzte, Physiotherapeuten, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, etc.), in der Region zur Verfügung stehen. Für diese Leistungserbringer sollte nun geprüft werden, ob Leistungen übernommen werden können und welche Leistungen das im Einzelnen sein könnten. An dieser Stelle gilt es auch zu klären, wie diese Leistungserbringer die kompensatorisch übernommen Leistungen abrechnen können. Weiterhin muss geprüft werden, welche zusätzlichen innovativen Versorgungsmodelle für die spezifische Region passen, um den Versorgungsgrad zu verbessern. Am Ende steht ein spezifischer Versorgungsplan für die Region. Innovative Versorgungsmodelle werden in Kapitel 7 vorgestellt.

Patienten und medizinische Versorgungsbedarfe

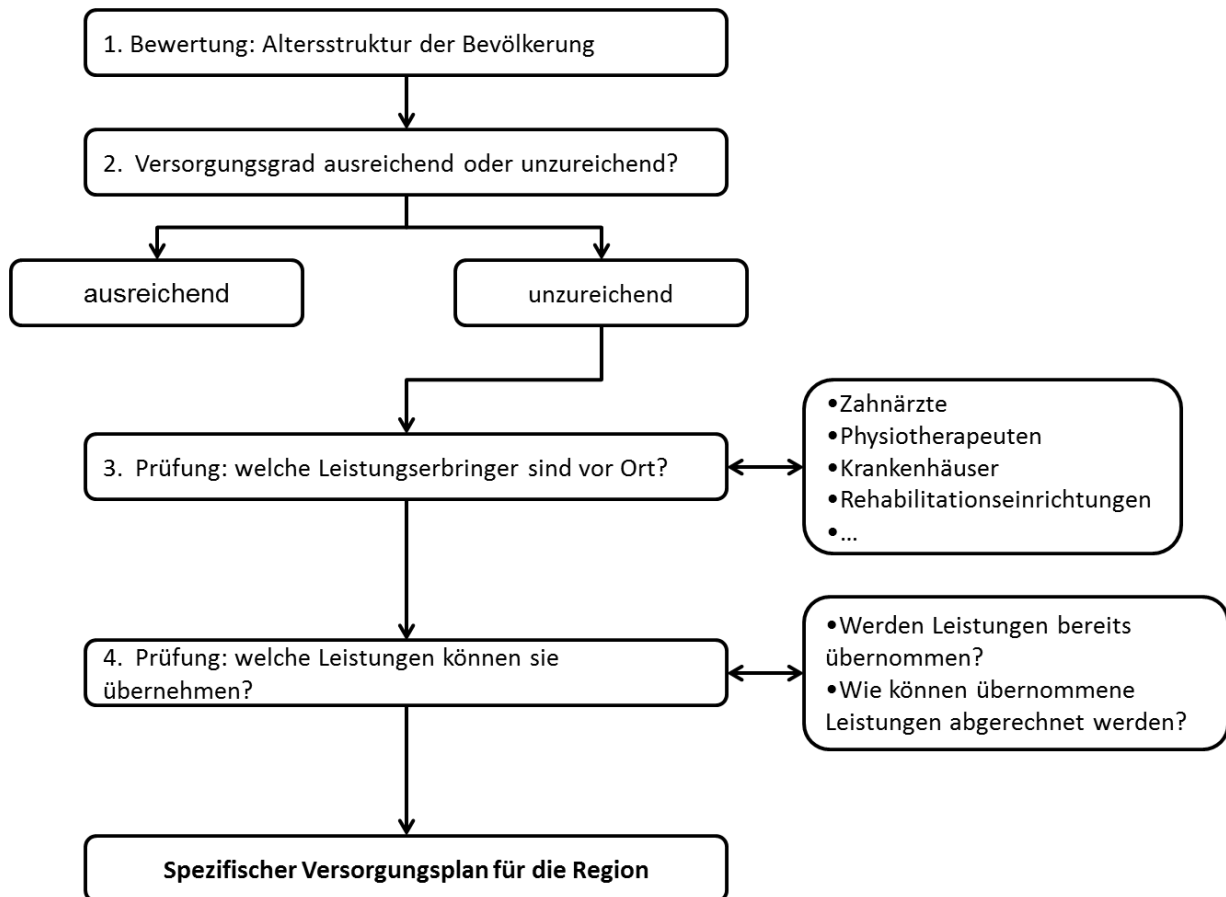


Abbildung 8: Stufenkonzept für regionale Versorgungsplanung, eigene Darstellung

3 Pflegebedürftigkeit

Im Jahr 2011 waren deutschlandweit rund 2,5 Mio. Menschen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches XI (SGB XI) betroffen. Der überwiegende Anteil von 70% (1,76 Mio.) wurde dabei in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Im langfristigen Verlauf ist jedoch davon auszugehen, dass mehr Pflege durch professionell Tätige geleistet wird, da die informelle Pflege durch Angehörige zurückgehen wird, u.a. durch Abwanderung von Menschen im erwerbstätigen Alter. [14, 15]

Die Pflegequote ist in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu anderen Bundesländern hoch [6].

Die Gesundheitsberichterstattung Mecklenburg-Vorpommerns stellt Daten zu Pflegebedürftigen (Pflegebedürftige (Leistungsempfänger der Pflegeversicherung) nach Alter und Geschlecht, Land, Jahr) zur Verfügung [16]. Die Daten enthalten alle Personen mit einer anerkannten Pflegestufe. Basierend auf der Anzahl der Pflegebedürftigen für das Jahr 2011 und den Bevölkerungsdaten 2011 wurde unter der Ceteris-paribus-Annahme, dass das Verhältnis zwischen Pflegebedürftigen und Bevölkerung unverändert bleibt, die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 hochgerechnet. Hinweise zu verwendeten Daten und der Methodik befinden sich im Anhang.

Abbildung 9 zeigt für ganz Mecklenburg-Vorpommern links die Anzahl der pflegebedürftigen Männer und rechts die der pflegebedürftigen Frauen in Altersgruppen für 2011 und hochgerechnet für 2030. Bei den unter 60-Jährigen sieht man im Vergleich von 2030 zu 2011 jeweils eine Abnahme. Ab 60 Jahren dreht sich das Verhältnis. Jeweils bei den hochbetagten Altersgruppen ist eine deutliche Zunahme zu verzeichnen.

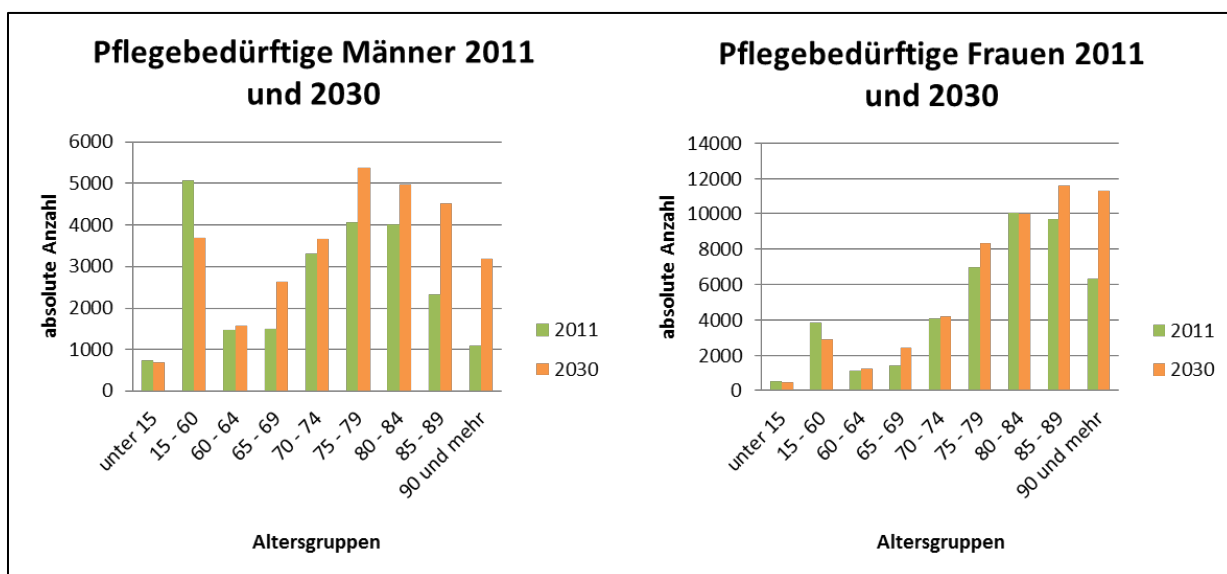


Abbildung 9: Pflegebedürftige Männer (links) und Frauen (rechts) nach SGB XI (Inhaber einer anerkannter Pflegestufe) von 2011 und hochgerechnet für 2030 (projiziert) (in absoluten Zahlen), Datenquelle: Gesundheitsberichterstattung Mecklenburg-Vorpommern, Statistisches Amt M-V und eigene Berechnung für 2030

Insgesamt wird die Zahl der Pflegebedürftigen von 2030 zu 2011 um 22 % zunehmen. Auf die Auswirkungen im personellen Bereich geht Kapitel 4.2 ein.

4 Leistungserbringer in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

4.1 Leistungserbringer: räumliche Verteilung und Erreichbarkeit

Medizinische Leistungserbringer sind Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheken, aber auch eine Vielzahl anderer Anbieter von Gesundheitsleistungen wie z.B. Ergotherapeuten oder Hebammen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Leistungen erbringen [17]. Für das Land Mecklenburg-Vorpommern folgt eine Übersicht über folgende Leistungserbringer:

- Vertragsärztlich tätigen Ärzte (Allgemeinmediziner, Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, Hals-Nasen-Ohrenärzte, hausärztliche und fachärztliche Internisten, Nervenärzte (Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie), Orthopäden und Urologen)
- Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken
- Zahnärzte
- Apotheken
- Therapeutische Praxen (der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie)
- Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in den Lupenregionen Ludwigslust-Parchim und Vorpommern-Greifswald

4.1.1 Räumliche Verteilung

In Mecklenburg-Vorpommern sind 2121 Ärzte der oben genannten Fachrichtungen vertragsärztlich tätig. In Tabelle 3 sind die Anzahlen der einzelnen Fachrichtungen für Mecklenburg-Vorpommern insgesamt und die beiden Lupenregionen Ludwigslust-Parchim und Vorpommern-Greifswald aufgeführt. 70 % dieser Ärzte sind in 1495 Einzelpraxen tätig. 22 % (468) arbeiten in Berufsausübungsgemeinschaften und 8 % (158) üben ihre Tätigkeit in medizinischen Versorgungszentren aus. Während 87 % (1847) der Ärzte eine eigene Zulassung besitzen, arbeiten 13 % (274) der Ärzte im Angestelltenverhältnis.

Tabelle 3: Anzahl der ärztlichen Leistungserbringer auf der Ebene Mecklenburg-Vorpommerns (MV), Ludwigslust-Parchims (LP) und Vorpommern-Greifswald (VG) und Stand der Daten

Leistungserbringer	Anzahl (N)			Stand	
	MV	LP	VG		
Allgemeinmediziner	890	108	138	Apr 14	
Augenärzte	121	12	18	Apr 14	
Chirurgen	107	9	13	Apr 14	
Gynäkologen	198	23	27	Apr 14	
HNO-Ärzte	89	7	13	Apr 14	
Internisten	450	47	65	Apr 14	
	davon hausärztlich tätig	62	33	38	Apr 14
	davon fachärztlich tätig	188	14	27	Apr 14
Nervenärzte (Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie)	110	11	15	Apr 14	
Orthopäden	100	11	14	Apr 14	
Urologen	56	6	7	Apr 14	
Summe Ärzte aus aufgeführten Facharztgruppen	2121	234	310	Apr 14	

Leistungserbringer in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Tabelle 4 gibt Auskunft über die Anzahlen weiterer, auch nicht ärztlicher Leistungserbringer. Anzahlen zu Pflegeeinrichtungen in den Lupenregionen zeigt Tabelle 5.

Tabelle 4: Anzahl der anderer Leistungserbringer auf der Ebene Mecklenburg-Vorpommerns (MV), Ludwigslust-Parchims (LP) und Vorpommern-Greifswald (VG) und Stand der Daten

Leistungserbringer	Anzahl (N)			Stand
	Ebene			
	MV	LP	VG	
Zahnärzte	1131	130	167	Nov 11
Apotheken	410	48	63	Apr 14
Therapeutische Praxen				
Physiotherapiepraxen	802	92	117	Jul 13
Ergotherapiepraxen	176	25	26	Mai 13
Logopädiepraxen	197	31	19	Mai 13
Podologiepraxen	155	15	24	Mai 13

Die räumliche Verteilung der vertragsärztlich tätigen Allgemeinmediziner und Augenärzte in Mecklenburg-Vorpommern ist aus den Abbildung 10 und Abbildung 11 ersichtlich. Abbildung 12 gibt Auskunft über die räumliche Verteilung der Krankenhäuser sowie über die Fachbereiche und Bettenzahl der Krankenhäuser. Weitere Abbildungen zur räumlichen Verteilung anderer medizinischer Leistungserbringer befinden sich im Anhang.

Tabelle 5: Anzahl der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen auf der Ebene der Lupenregionen Ludwigslust-Parchims (LP) und Vorpommern-Greifswald (VG) und Stand der Daten

Leistungserbringer	Anzahl (N)		Stand
	Ebene		
	LP	VG	
Pflegeeinrichtungen			
Ambulante Pflegedienste	68	57	Dez. 2011
Stationäre Pflegeeinrichtungen	47	50	Dez. 2011
davon vollstationäre Dauerpflege	35	32	Dez. 2011
davon Tagespflege	12	27	Dez. 2011
davon Hospiz	0	1	Dez. 2011
davon Kurzzeitpflege	0	2	Dez. 2011

Mit Stand des 07.03.2014 gibt es laut Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in ganz Mecklenburg-Vorpommern 113,5 offene Sitze in der hausärztlichen Versorgung. Neben den Oberzentren Rostock, Schwerin, Neubrandenburg, Greifswald und Stralsund, sind auch Bergen auf Rügen und Pasewalk für die Zulassung gesperrt. Die offenen Sitze befinden sich alle in den ländlicheren Räumen Mecklenburg-Vorpommerns. Auf die Lupenregionen entfallen von den offenen Sitzen in der hausärztlichen Versorgung 13 für Vorpommern-Greifswald und 17,5 für Ludwigslust-Parchim. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Bedarfsplanung für die allgemeine fachärztliche Versorgung in den Planungsbereichen Mecklenburg-Vorpommerns.

Leistungserbringer in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Tabelle 6: Bedarfsplanung für die allgemeine fachärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern Stand 2014

Planungsbereiche	PÄD	AUG	CHI	GYN	HNO	DER	NER	ORT	PSY*1	URO
Kreisfreie Städte										
Rostock (Hansestadt)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Landkreise										
Bad Doberan	X	0,5	X	X	X	X	X	X	0,5	X
Demmin	X	X	X	X	X	0,5	1	X	6	X
Güstrow	X	0,5	X	X	X	X	X	X	1,5	X
Ludwigslust	X	X	X	X	0,5	0,5	X	1	9	X
Müritz	X	X	X	X	X	X	X	X	1	X
Parchim	X	0,5	X	X	0,5	X	X	X	5	X
Rügen	X	X	X	X	X	X	X	X	2,5	X
Uecker-Randow	0,5	X	X	X	0,5	X	X	X	4	X
Kreisregionen										
Greifswald/OVP	X	X	X	X	X	X	X	X	2	X
Neubrandenburg/MST	X	X	X	X	X	X	X	X	2,5	X
Stralsund/NVP	X	X	X	X	X	X	X	X	2	X
Schwerin/Wismar/NWM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
gesamt in M-V	0,5	1,5	0	0	1,5	1	1	1	36	0

Stand Aktualisation: 07.03.2014, Stand Einwohner: 31.12.2012 (ausgewertet: EG-PÄD)

X = gesperrte Planungsbereiche;
 Ziffer = Zahl der Zulassungsmöglichkeiten;
 *1 = ohne Berücksichtigung des Mindestversorgungsanteils bei ärztlichen Psychotherapeuten und bei Kinder und Jugendhilfe betreuenden Psychotherapeuten

Die auf Abbildung 10 dargestellte räumliche Verteilung der vertragsärztlich tätigen Allgemeinmediziner zeigt eine Verteilung über die gesamte Fläche Mecklenburg-Vorpommerns, auch über die ländlichen Bereiche. Dagegen zeigt die Verteilung der Standorte der vertragsärztlich tätigen Augenärzte (als ein fachärztliches Beispiel) ein gröberes Muster, siehe Abbildung 11. Hier konzentrieren sich die Standorte mehrheitlich auf die Oberzentren (Schwerin, Rostock, Neubrandenburg, Stralsund und Greifswald) und die Mittelzentren. In den ländlichen Bereichen gibt es nur vereinzelte Standorte.

Leistungserbringer in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

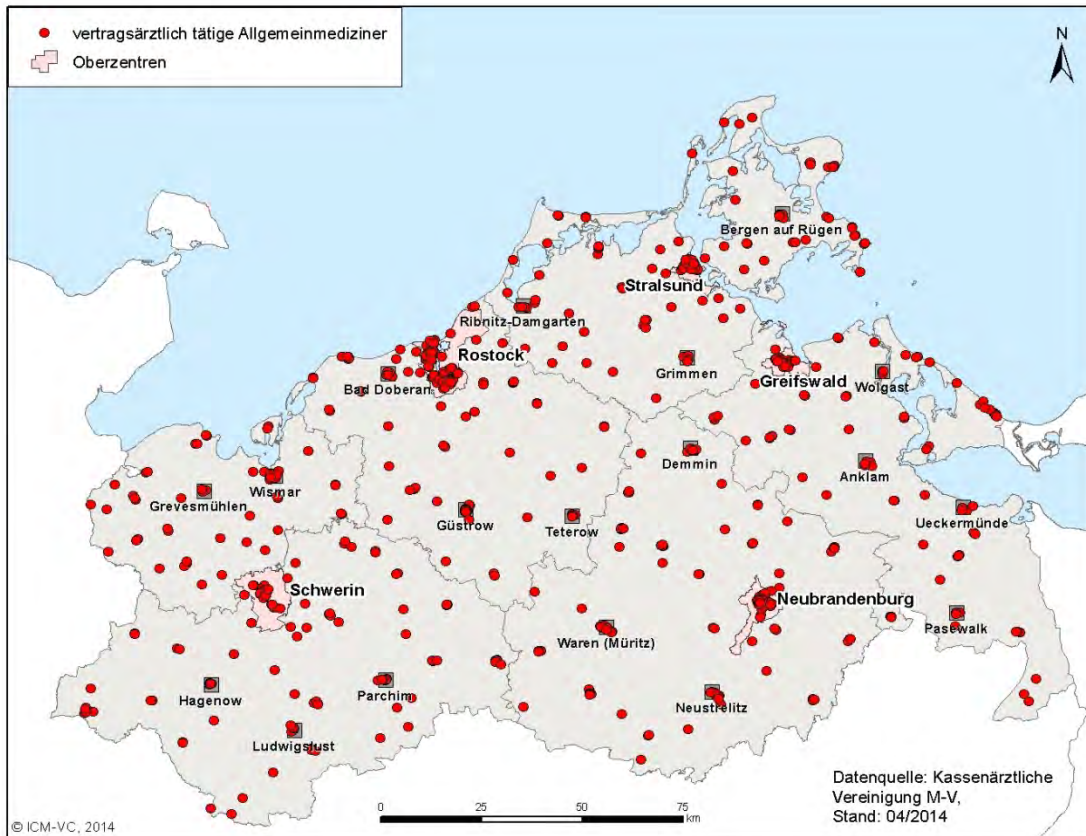


Abbildung 10: Räumliche Verteilung der vertragsärztlich tätigen Allgemeinmediziner (N=890) in Mecklenburg-Vorpommern, Stand: 04/2014, Datenquelle: Arztsuche Kassenärztliche Vereinigung M-V

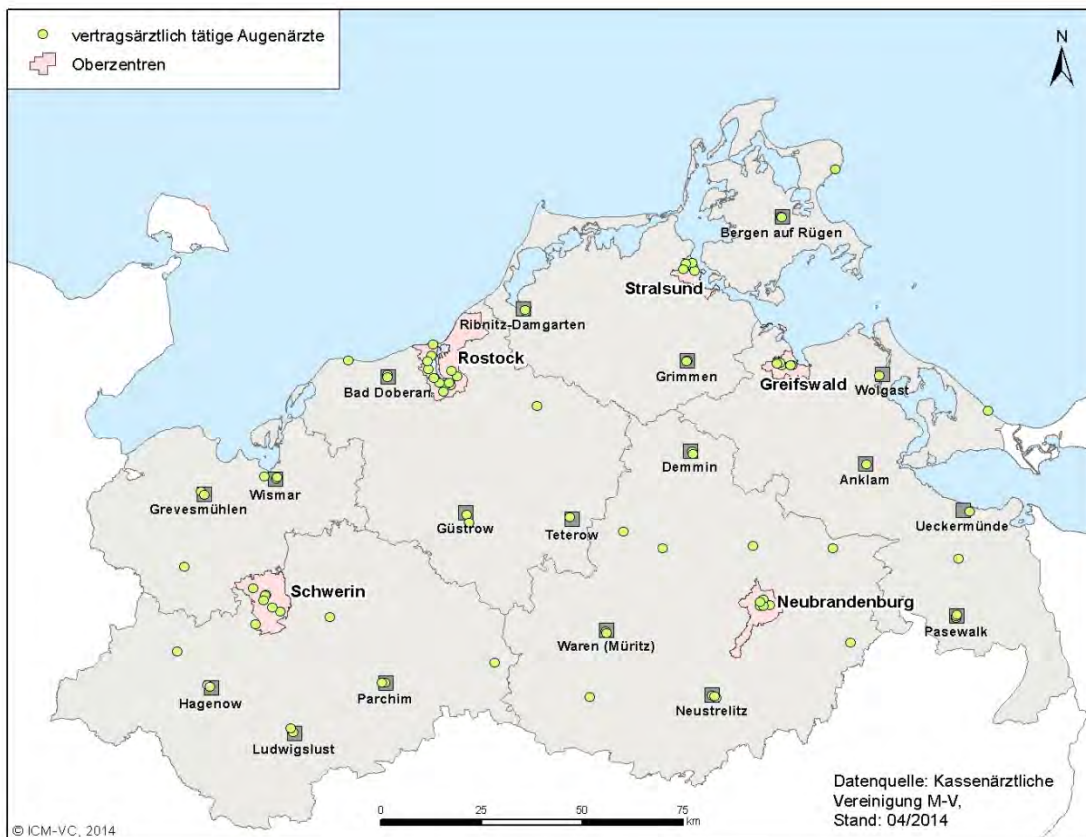


Abbildung 11: Räumliche Verteilung der vertragsärztlich tätigen Augenärzte (N=121) in Mecklenburg-Vorpommern, Stand: 04/2014, Datenquelle: Arztsuche Kassenärztliche Vereinigung M-V

Abbildung 12 verdeutlicht zum einen die räumliche Verteilung der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern und ihre jeweiligen Fachbereiche. Gleichzeitig wird das Verhältnis der Häuser untereinander nach Planbetten dargestellt (Größe der Kreise). Krankenhäuser der Maximalversorgung befinden sich in den Oberzentren (die zwei Universitätskliniken in Rostock und Greifswald, sowie die Helios Kliniken in Schwerin und das Dietrich-Bonhoeffer-Krankenhaus in Neubrandenburg). Weitere 23 Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung befinden sich überwiegend in den Mittelzentren.

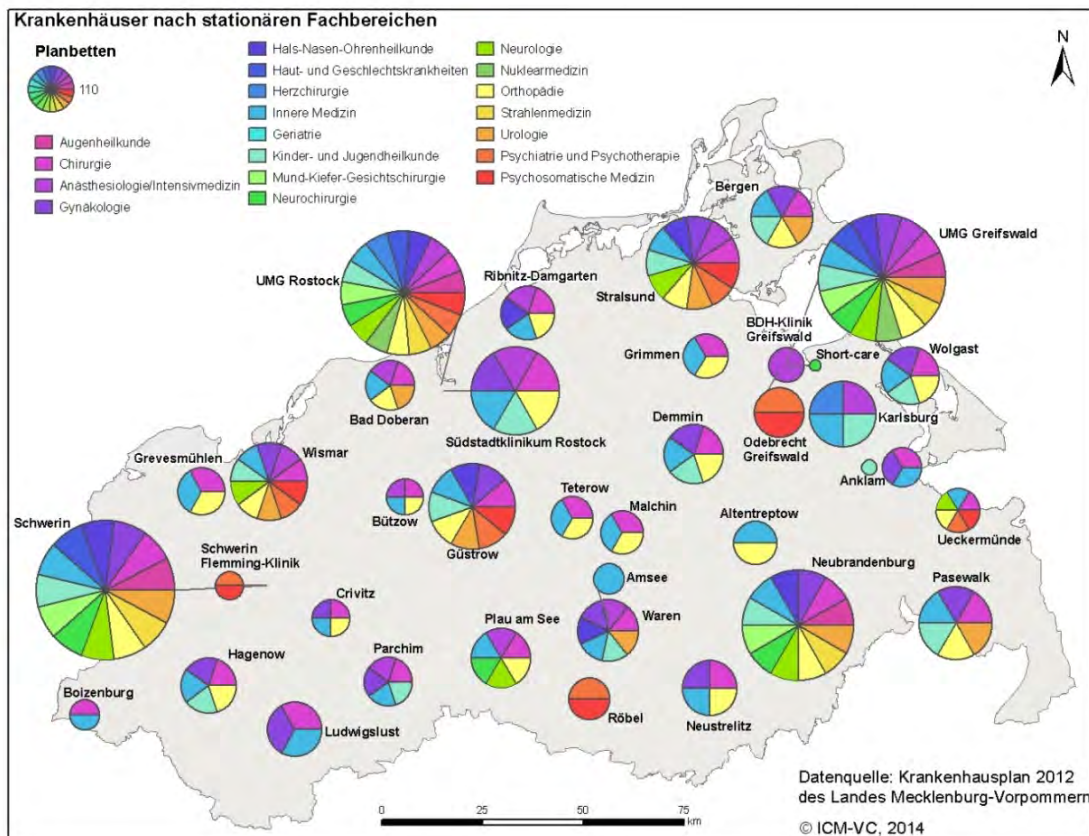


Abbildung 12: Fachbereiche und räumliche Verteilung der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern, Stand: 2012, Datenquelle: Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern

4.1.2 PKW-Erreichbarkeit

Für die Sicherstellung der Versorgung einer Region ist nicht nur die Anzahl der Leistungserbringer und deren räumliche Verteilung ausschlaggebend, sondern auch die Erreichbarkeit dieser Einrichtungen für die Patienten. Aufgrund der steigenden Morbidität der Bevölkerung, werden auch die Fahrten zum Arzt zunehmen. Im Folgenden wird die Erreichbarkeit der Leistungserbringer mit dem PKW über das Straßennetz beleuchtet. Eine kurze Beschreibung der Methodik zur Berechnung der hier vorgestellten PKW-Erreichbarkeitsergebnisse befindet sich im Anhang.

Auf der Abbildung 13 sind die Zonen gleicher Fahrzeit mittels PKW bezüglich der Erreichbarkeit des nächstgelegenen Allgemeinmediziners abgebildet. Hier ist ersichtlich, dass fast die gesamte Fläche Mecklenburg-Vorpommerns in die Zonen von unter 10 Minuten Fahrzeit fällt. 81,4 % der Einwohner leben in der Zone mit einer Fahrzeit von unter 5 Minuten zum nächsten Allgemeinmediziner und 17,5 % in der Zone unter 10 Minuten Fahrzeit. Im Mittel beträgt die zeitliche Entfernung zum nächsten Allgemeinmediziner mit dem PKW 6,1 Minuten, im Maximum 23 Minuten.

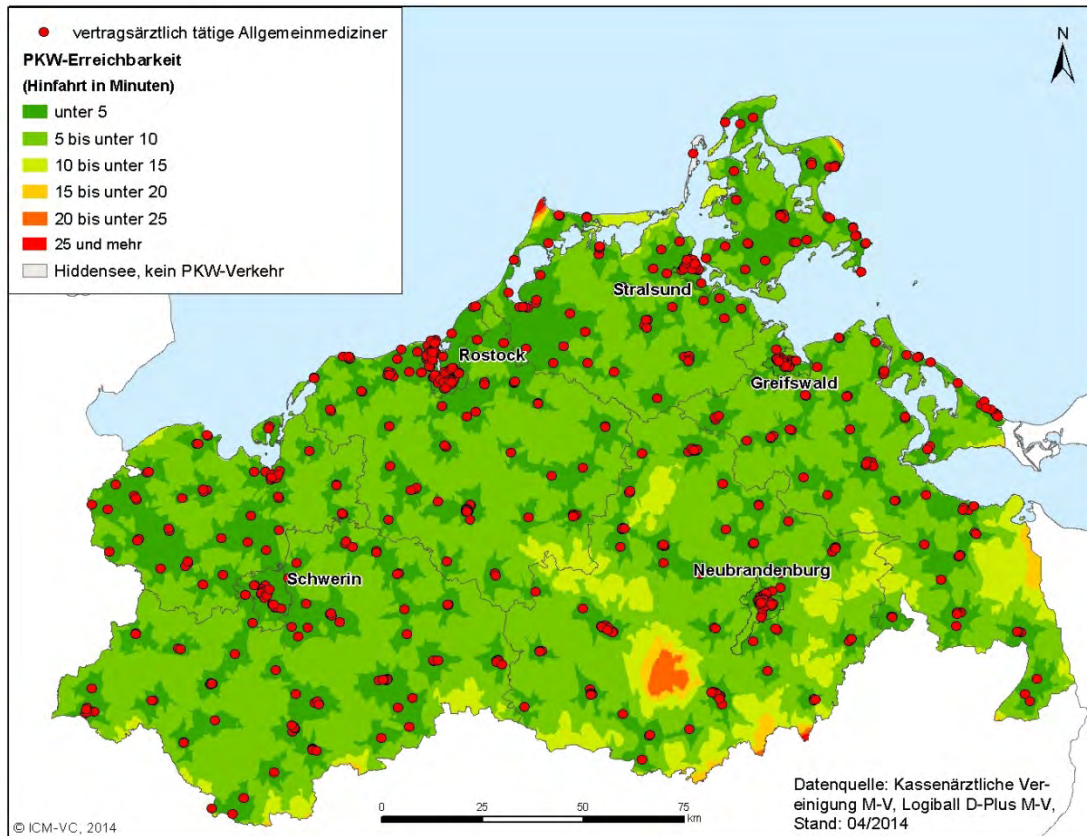


Abbildung 13: PKW-Erreichbarkeit der vertragsärztlich tätigen Allgemeinmediziner (N=890), Stand: 04/2014, Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung M-V, Logiball D-Plus M-V

Damit sind die Allgemeinmediziner am schnellsten zu erreichen während die Fahrzeit zu den fachärztlich tätigen Internisten am längsten dauert (24,2 Minuten im Durchschnitt). Die Fahrzeitdauer mit dem PKW zu den anderen untersuchten Facharztgruppen liegt im Durchschnitt zwischen knapp 10 und gut 17 Minuten, siehe Anhang. Über alle Arztgruppen hinweg erreichen 53 % der Einwohner den gewünschten Facharzt in unter 5 Minuten Fahrzeit mit dem PKW. Lediglich die Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin haben eine deutlich unterdurchschnittliche Zugangsrate, da nur 36 % der Einwohner diese Ärzte mit weniger als 5 Minuten PKW-Fahrzeit erreichen.

Als Beispiel der Kartographischen Darstellung der PKW-Erreichbarkeit von fachärztlich tätigen Ärzten wurden die Augenärzte herangezogen. Die in Abbildung 14 grünen Zonen, die eine Erreichbarkeit von unter 5 bzw. unter 10 Minuten Fahrzeit darstellen, sind weniger stark vertreten. Zum nächst gelegenen Augenarzt beträgt die Fahrzeit im Mittel 12,9 Minuten und im Maximum 36,5 Minuten. Rund 68 % der Einwohner erreichen den nächstgelegenen Augenarzt in unter 10 Minuten. Die Ergebnisse und Abbildungen zu weiteren ärztlichen als auch anderen Leistungserbringern befinden sich im Anhang.

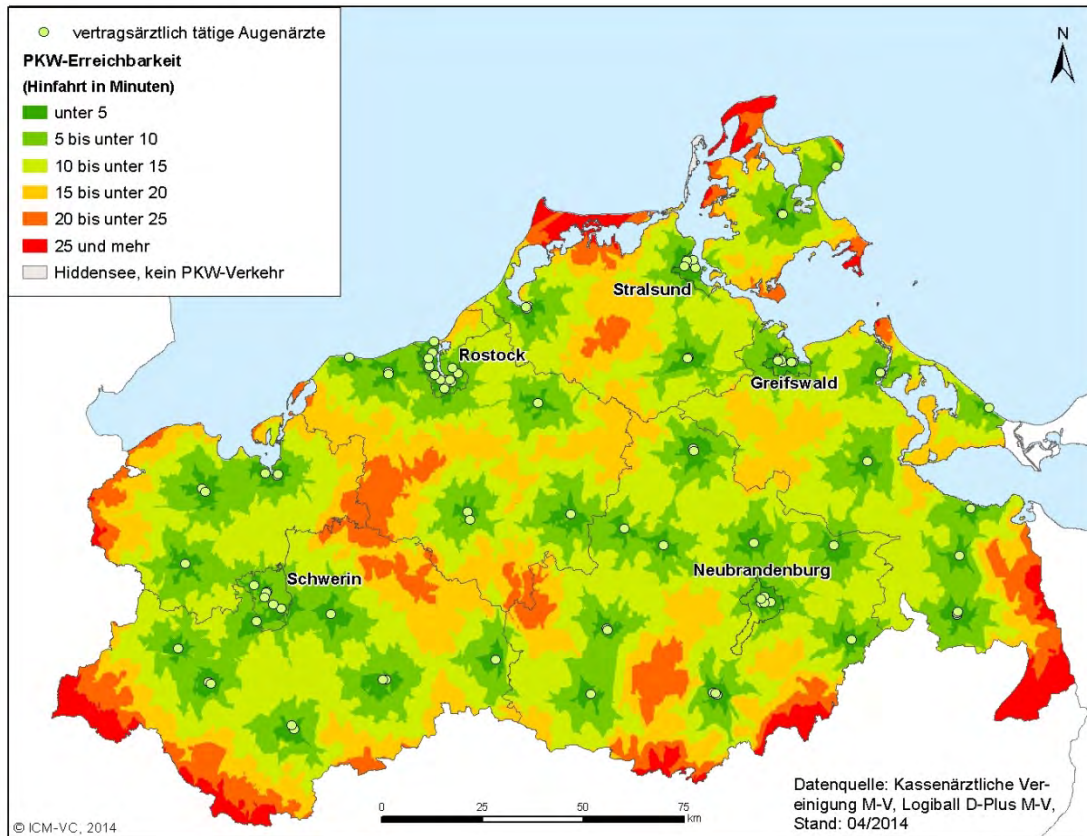


Abbildung 14: PKW-Erreichbarkeit der vertragsärztlich tätigen Augenärzte (N=121), Stand: 04/2014, Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung M-V, Logiball D-Plus M-V

4.1.3 ÖPNV-Erreichbarkeit

Menschen die keinen Zugang zu einem Auto haben, sind auf den Öffentlichen Personen Nahverkehr (ÖPNV) angewiesen. Daher sollte auch die Erreichbarkeit mittels ÖPNV bei der Frage nach der Sicherstellung der Versorgung geprüft werden. Für die Lupenregion Greifswald-Vorpommern wurde eine Analyse der Erreichbarkeit der vertragsärztlich tätigen Ärzte mittels ÖPNV durchgeführt. Eine Beschreibung der Methodik zur Berechnung der hier vorgestellten ÖPNV-Erreichbarkeitsergebnisse befindet sich im Anhang.

Abbildung 15 und Abbildung 16 zeigen, dass weder Entfernung, noch die räumliche Verteilung maßgeblich in Bezug auf die Gesamtfahrzeitdauer mit dem ÖPNV sind. Die Abbildungen verdeutlichen, dass immer dieselben Ortspunkte keine Verbindung mit dem ÖPNV zu einem bestimmten Arzt aufweisen. Sowohl ländlich gelegene Orte in der Peripherie, als auch Ortspunkte in der Nähe von Städten fallen in diese Kategorie.

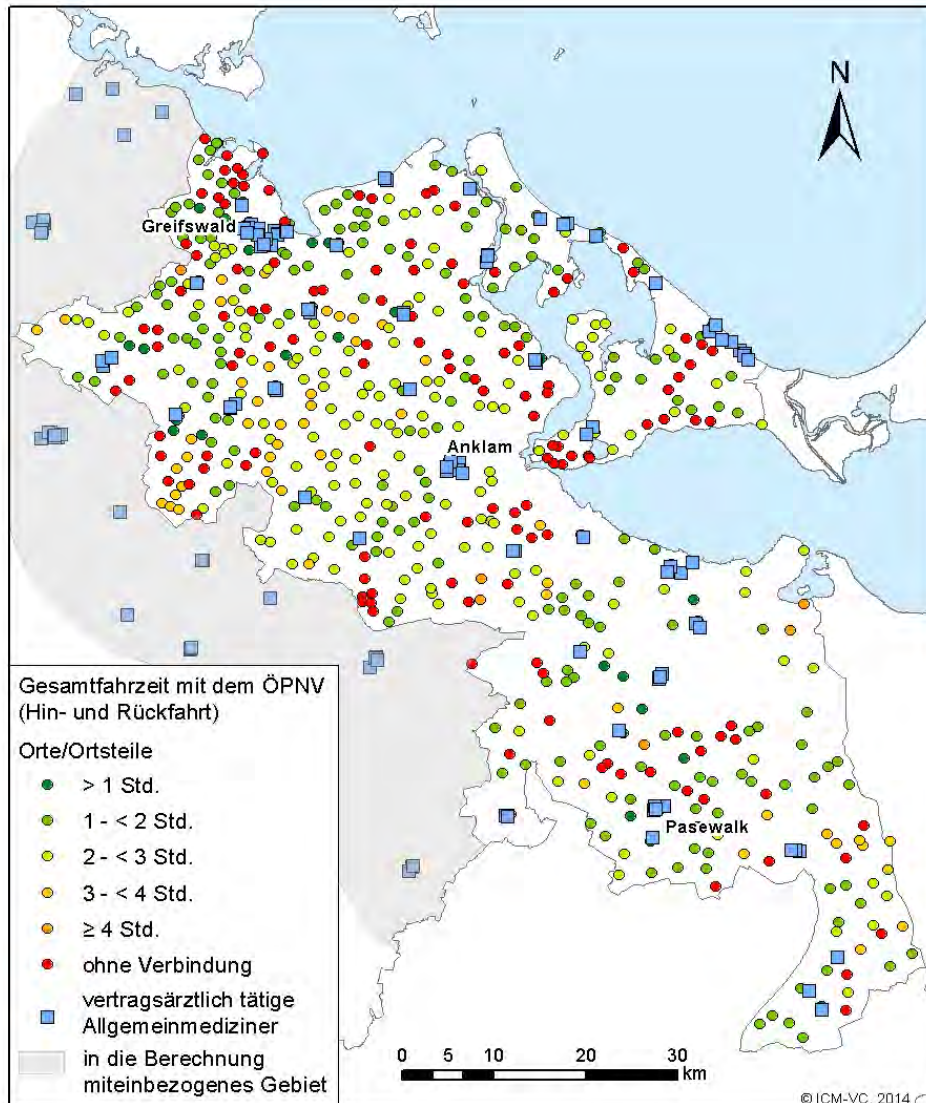


Abbildung 15: ÖPNV-Erreichbarkeit (Gesamtfahrzeit: Hin- und Rückfahrt) der vertragsärztlich tätigen Allgemeinmediziner in Vorpommern-Greifswald, Stand: 04/2014, Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung M-V, Logiball D-Plus M-V

Des Weiteren wird deutlich, dass kein Muster in der räumlichen Verteilung erkennbar ist. Ortspunkte von denen aus die Gesamtfahrzeit geringer als 1 Stunde ist, liegen direkt neben Ortsteilen (Distanz von weniger als 2,5 km) die in den Fahrzeitkategorien 2 bis unter 3 und 3 bis unter 4 Stunden liegen und ebenso sind Ortspunkte ohne Verbindung in der unmittelbaren Nachbarschaft anzutreffen. Über die Fläche verteilt liegt die Erreichbarkeit eines Facharztes von einem Ortspunkt aus mit dem ÖPNV bei durchschnittlich 1 bis unter 2 Stunden für Hin- und Rückfahrt für Allgemeinärzte und bei mehr als 2 bis unter 3 Stunden Gesamtfahrzeit für einen Besuch beim Augenarzt, siehe Tabellen im Anhang.

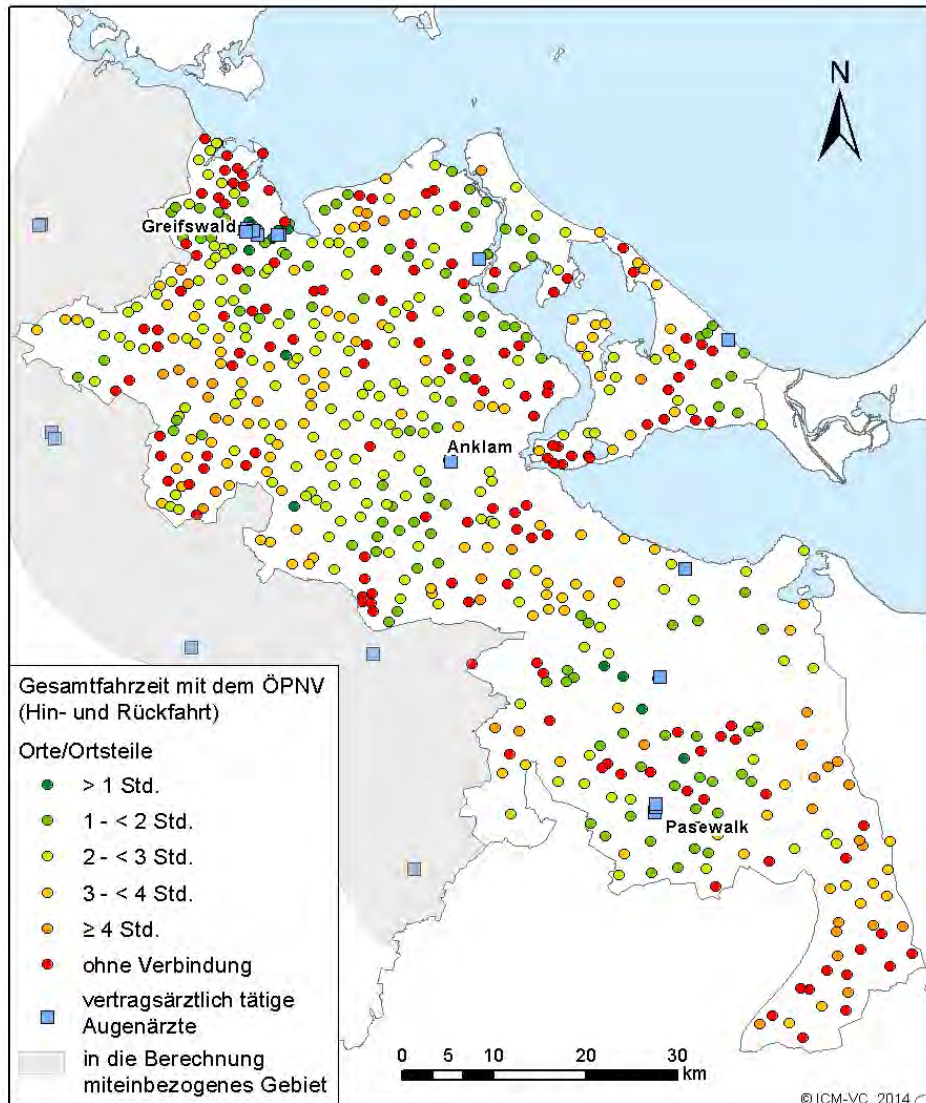


Abbildung 16: ÖPNV-Erreichbarkeit (Gesamtfahrzeit: Hin- und Rückfahrt) der vertragsärztlich tätigen Augenärzte in Vorpommern-Greifswald, Stand: 04/2014, Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung M-V, Logiball D-Plus M-V

Von den 416 Orten der Untersuchungsregion, für die Einwohnerzahlen verfügbar sind, liegen bei den Allgemeinmedizinern 274 Orte in den Fahrzeitkategorien 1 bis unter 2 und 2 bis unter 3 Stunden. Dies entspricht einem Anteil von 65 % der Orte, aber nur 27,6 % der Einwohner des Untersuchungsgebietes wohnen in diesen Orten. Der Großteil der Einwohner (66,9 %) lebt in Orten mit einer Gesamtfahrzeitdauer von unter 1 Stunde. Für die ebenfalls untersuchten Facharztgruppen ergibt sich ein hiervon abweichendes Bild. Bezüglich der Augenärzte liegen 10 Orte in der kürzesten Fahrzeitkategorie von unter 1 Stunde, die meisten Orte (242) aber in der Kategorie 1 bis unter 2 und 2 bis unter 3 Stunden Gesamtfahrzeitdauer. In den 10 Orten lebt jedoch der prozentual größte Teil der Einwohner (36,7 %). Etwas weniger Einwohner sind es in den zwei nächst zweitaufwändigeren Kategorien (1 bis unter 2 Stunden: 22 %, 2 bis unter 3 Stunden: 24,2 %). Nur sehr wenige Einwohner sind in der Situation, dass sie keine Verbindung zu einem Arzt mit dem ÖPNV haben (Allgemeinmediziner: 3 %, Augenärzte: 3,2 %). Weitere Ergebnisse zu anderen Facharztgruppen befinden sich im Anhang.

4.1.4 Altersverteilung der Ärzte

Das Alter der vertragsärztlich tätigen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern wurde für das Jahr 2011 durch eine telefonische Befragung der Ärzte ermittelt. Auf dem Stand der Daten von 2011 wurde ermittelt, welches Alter diese Ärzte 2014 und 2030 erreicht haben werden. Das Alter wurde in 5-Jahresaltersgruppen eingeteilt (unter 40, 40 bis unter 45, 45 bis unter 50, 50 bis unter 55, 55 bis unter 60, 60 bis unter 65, 65 bis unter 68, 68 und älter). In Grafiken wurde dargestellt, wie sich die Altersstruktur der Ärzte vom Stand 2011 verschiebt und wie viele der Ärzte vom Stand 2011 in den Jahren 2014 und 2030 ein Renteneintrittsalter von 68 Jahren erreicht haben. Das Renteneintrittsalter ist nur ein angenommener Wert. Ärzte können auch vor dem 68. Lebensjahr aus dem Berufsleben ausscheiden oder darüber hinaus ärztlich tätig sein. Unberücksichtigt bleibt bei den Betrachtungen hier außerdem, dass junge Ärzte einen Teil der ausscheidenden Ärzte ersetzen. Wie viele junge Ärzte in den nächsten Jahren folgen werden, ist nicht vorher zu sagen. Hier kann lediglich geäußert werden, wie viele Ärzte aufgrund des Erreichens des Renteneintrittsalters ausscheiden werden.

In Abbildung 17 ist die Verschiebung der Altersstruktur der im Jahr 2011 niedergelassenen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern dargestellt. Während der Anteil der das potentielle Renteneintrittsalter erreichenden ab 68-Jährigen 2014 noch bei 8 % liegt, liegt er im Jahr 2030 schon bei 67 %, siehe Abbildung 18. Allerdings ist für rund 10 % der Ärzte keine Aussage möglich, da das Alter dieser Ärzte nicht bekannt ist. In der Lupenregion Ludwigslust-Parchim haben 2014 7 % der Ärzte das Renteneintrittsalter erreicht und im Jahr 2030 werden es 55 % sein. Über knapp 15 % kann keine Aussage getroffen werden, da das Alter nicht bekannt ist. In der Lupenregion Vorpommern-Greifswald haben im Jahr 2014 ebenfalls 7 % aller Ärzte vom Stand 2011 das Renteneintrittsalter von 68 Jahren erreicht. 2030 sind es dann 65 % bei nur 3 % Ärzten nicht bekannten Alters. Die Situation ist also im Kleinen (Vorpommern-Greifswald) wie im Großen (Mecklenburg-Vorpommern) ähnlich. Wobei die Zahl der das Renteneintrittsalter erreichenden Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt höher ausfallen könnte, aufgrund der 10 % mit nicht bekanntem Alter. Im Fall von Ludwigslust-Parchim liegt vermutlich ebenfalls eine Unterschätzung der das Renteneintrittsalter erreichenden Ärzte aufgrund der vergleichsweise großen Zahl nicht bekannten Alters vor.

Abbildungen zur Verschiebung der Altersstruktur und des Erreichens des Renteneintrittsalters differenziert nach Facharzttrichtungen sowohl für Mecklenburg-Vorpommern als auch für die Lupenregionen Ludwigslust-Parchim und Vorpommern-Greifswald befinden sich im Anhang.

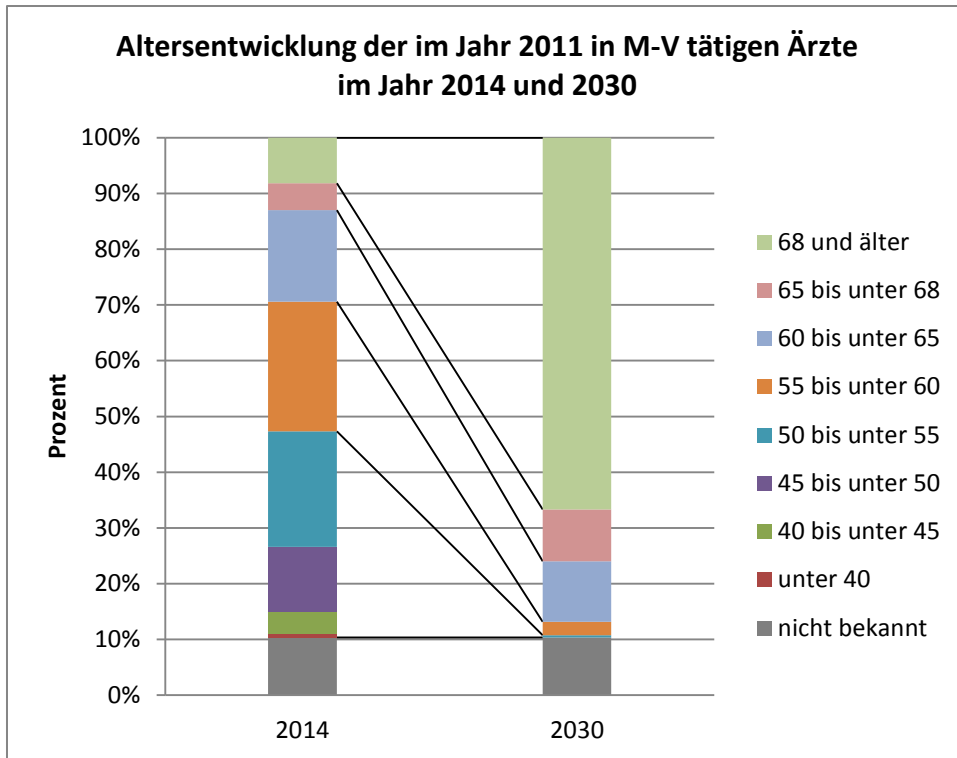


Abbildung 17: Verschiebung der Altersstruktur der vertragsärztlich tätigen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern von 2014 zu 2030, Stand: 04/2011, Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung M-V und eigene Erhebung

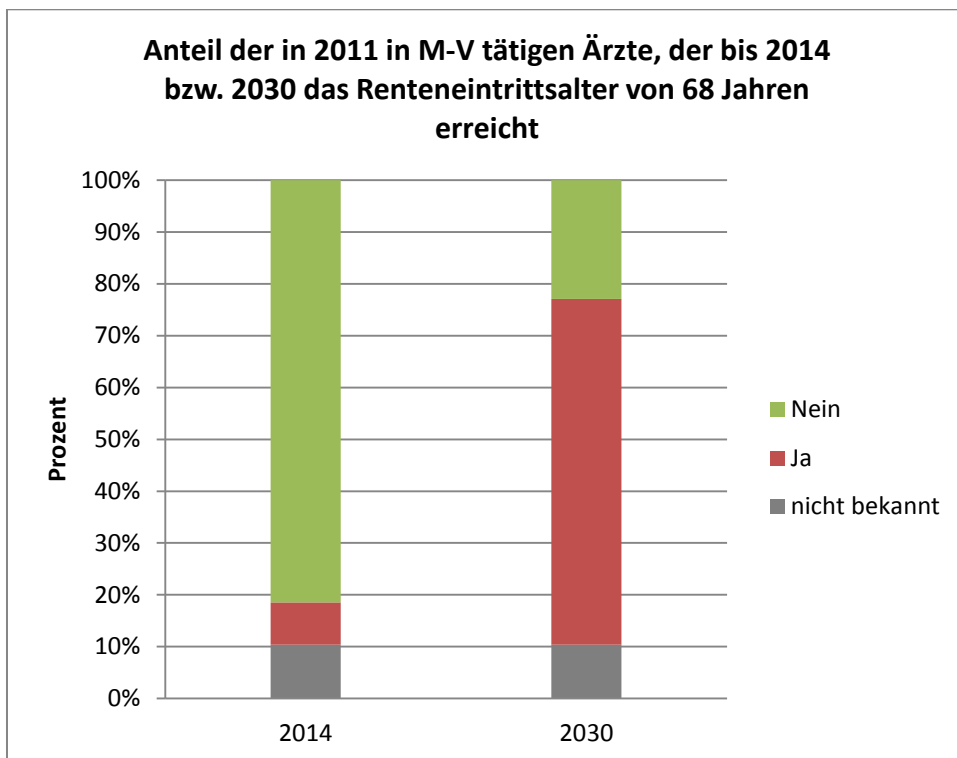


Abbildung 18: Erreichen des Renteneintrittsalters von 68 Jahren der im Jahr 2011 in Mecklenburg-Vorpommern tätigen niedergelassenen Ärzte in den Jahren 2014 und 2030, Stand: 04/2011, Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung M-V und eigene Erhebung

Das Kapitel 4.2 hat den Nachwuchs in den Gesundheitsberufen zum Thema und geht auch auf den Ärztenachwuchs ein.

4.1.5 Leistungserbringer in der Geriatrie

Die Geriatrie ist nach Definition der World Health Organisation (WHO) der medizinische Bereich, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt [1]. Bezüglich der älteren Menschen besteht erst einmal das Ziel, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit so lange es geht zu erhalten, altersgemäß wieder herzustellen und Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zu verhindern. D.h. Prävention und Gesundheitsförderung sind ein wichtige Teile innerhalb der Geriatrie. Erkrankten ältere und hochbetagte Menschen kommen oft mehrere Faktoren zusammen:

- Häufigeres Auftreten bestimmter Krankheiten,
- gleichzeitiges Auftreten verschiedener Krankheiten,
- chronische Krankheitsverläufe und
- längere Genesungszeiten. [6]

Daher müssen bei medizinischen Interventionen sowohl die Auswirkungen auf andere Erkrankungen als auch die Wechselwirkungen mit anderen Maßnahmen (z.B. unerwünschte Arzneimittelwirkungen) beachtet werden. Der Therapieplan muss also unter ganzheitlicher Betrachtung erstellt werden. In der Geriatrie sind infolgedessen, wenn alterskorrelierte Gesundheitseinbußen unvermeidlich sind, der Erhalt der Lebensqualität, Funktionalität (selbständige Lebensführung) und Mobilität in der Regel vorrangig vor Heilung (im Sinne der Wiederherstellung der Gesundheit unter Erreichen des Ausgangszustandes). [2]

Ältere Menschen haben andere Bedürfnisse bezüglich der medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung [6]. Leistungserbringer, die multimorbide Patienten mit altersbedingten Einschränkungen bedarfsgerecht medizinisch und pflegerisch versorgen wollen, bedürfen wenigstens einer geriatrischen Basiskompetenz. Die geriatrische Behandlung besteht aus drei wesentlichen Komponenten: geriatrisches Assessment (ganzheitliche Beurteilung der Patienten), geriatrisches Management und interdisziplinäres Handeln [1]. Die Versorgung sollte idealerweise sektorübergreifend durch geriatrische Teams erfolgen. Aufgrund der komplexen Zusammenhänge ist ein Netzwerk [6] verschiedener Professionen im Behandlungsprozess notwendig [18]. Zum geriatrischen Team sollten geriatrisch qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte, Fachkräfte mit physio- und ergotherapeutischer, logopädischer und neuropsychologischer Ausbildung sowie Diät- und Sozialarbeiter gehören. Der Therapiebedarf geriatrischer Patienten wird durch den Grad der Multimorbidität und der Funktionseinschränkungen bestimmt und macht ein spezifisch adaptiertes therapeutisch-pflegerisches Vorgehen notwendig. Dabei müssen die verschiedenen Leistungen koordiniert und dem wechselnden individuellen Bedarf der Patienten angepasst werden. [2]

Auf der Grundlage des § 73c SGB V wurde ein Konzept für die ambulante geriatrische Komplexbehandlung entwickelt. Es handelt sich um eine Ergänzung zur geriatrischen Rehabilitation und wird im Rahmen eines Integrierten Versorgungsvertrags nach § 140 SGB V erbracht [18]. Teilnehmende Hausärzte arbeiten hier eng mit einem geriatrisch qualifizierten multiprofessionellen Team zusammen. Ambulante, wohnortnahe und durch geriatrische Patienten auch erreichbare Angebote stehen nur in geringem Maß zur Verfügung. Dies ist auch in Mecklenburg-Vorpommern der Fall wie Abbildung 19 verdeutlicht. Nur sieben der vertragsärztlich tätigen Ärzte besitzen die Zusatzbezeichnung Geriatrie. Zwei Einrichtungen (Dr. Hotzelmann in Waren und das Rehasentrum der Uhlenhaus®Group, dem Kompetenzzentrum für psychische Gesundheit in der Hansestadt Stralsund) nehmen bisher an der ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung teil. Allerdings müssen sich ambulante geriatrische Versorgungsangebote erst in Modellprojekten beweisen und

Leistungserbringer in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

haben ihren Weg in die Regelversorgung noch vor sich. Auch rehabilitativ wird das Potenzial älterer und alter Menschen deutschlandweit nicht ausreichend genutzt. [2] Die stationäre medizinische Versorgung im Bereich Geriatrie und Frührehabilitation wird in Mecklenburg-Vorpommern von fünf Krankenhäusern (Wismar, Schwerin, Stralsund, Wolgast und Neubrandenburg) angeboten und es gibt ein Krankenhaus mit einer Fachabteilung Gerontopsychiatrie in Greifswald. Um die Disziplin Geriatrie zu stärken, soll an der Universitätsmedizin Rostock ein Lehrstuhl zur Altersmedizin eingerichtet werden, der sowohl Forschung als auch Versorgung zum Inhalt hat.

Geriatrie Versorgung bedarf noch mehr der Wohnortnähe als andere spezialisierte Versorgung, da die betroffenen Patienten aufgrund ihrer eingeschränkten Funktionalität oft nicht mobil sind. Abbildung 20 zeigt die Erreichbarkeit aller geriatrischen Versorgungseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern mittels PKW. Der überwiegende Teil Mecklenburg-Vorpommerns liegt in der Entfernungzone von mehr als 25 Minuten Fahrzeit. In dieser Zone wohnen 36 % der Einwohner, siehe Tabelle 7. Der Anteil der Älteren an der Bevölkerung ist jedoch in den ländlichen Bereichen größer als in den städtischen.



Abbildung 19: Räumliche Verteilung von ambulanten und (teil-)stationären geriatrischen Versorgungseinrichtungen (Akutstation, (Früh-) Rehabilitation, niedergelassene Ärzte mit Zusatzbezeichnung Geriatrie, Einrichtungen mit Selektivvertrag „ambulante geriatrische Komplexbehandlung“) (N=23) in Mecklenburg-Vorpommern, Stand: 04/2014, Datenquelle: Arztliste Kassenärztliche Vereinigung M-V

Leistungserbringer in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Tabelle 7: PKW-Erreichbarkeit von geriatrischen Versorgungseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern : Einwohner je Fahrzeitkategorie (in %),

	Anteil (in %) der Bevölkerung der Ortsteile, die in Zonen gleicher Fahrzeit (in Minuten) für die jeweiligen Arztgruppen liegen:					
	unter 5	5 bis unter 10	10 bis unter 15	15 bis unter 20	20 bis unter 25	25 und mehr
Geriatrische Versorgungseinrichtungen	17,3	10,8	7,6	13,5	14,8	36

Die durchschnittliche Fahrzeit zur nächstgelegenen geriatrischen Versorgungseinrichtung beträgt rund 23 Minuten (30 km) (bei einer Standardabweichung von 11). Die maximale Fahrzeit beträgt rund 72 Minuten (104 km), siehe Tabelle 8.

Tabelle 8: PKW-Erreichbarkeitsergebnisse von geriatrischen Versorgungseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern: Durchschnittliche Entfernung in Minuten und Kilometern, Standardabweichung, maximale Entfernung

	Entfernung	Mittelwert	Standardabweichung	Maximum
Geriatrische Versorgungseinrichtungen	Minuten	23,4	11,1	71,6
	Kilometer	30,1	17,3	103,8

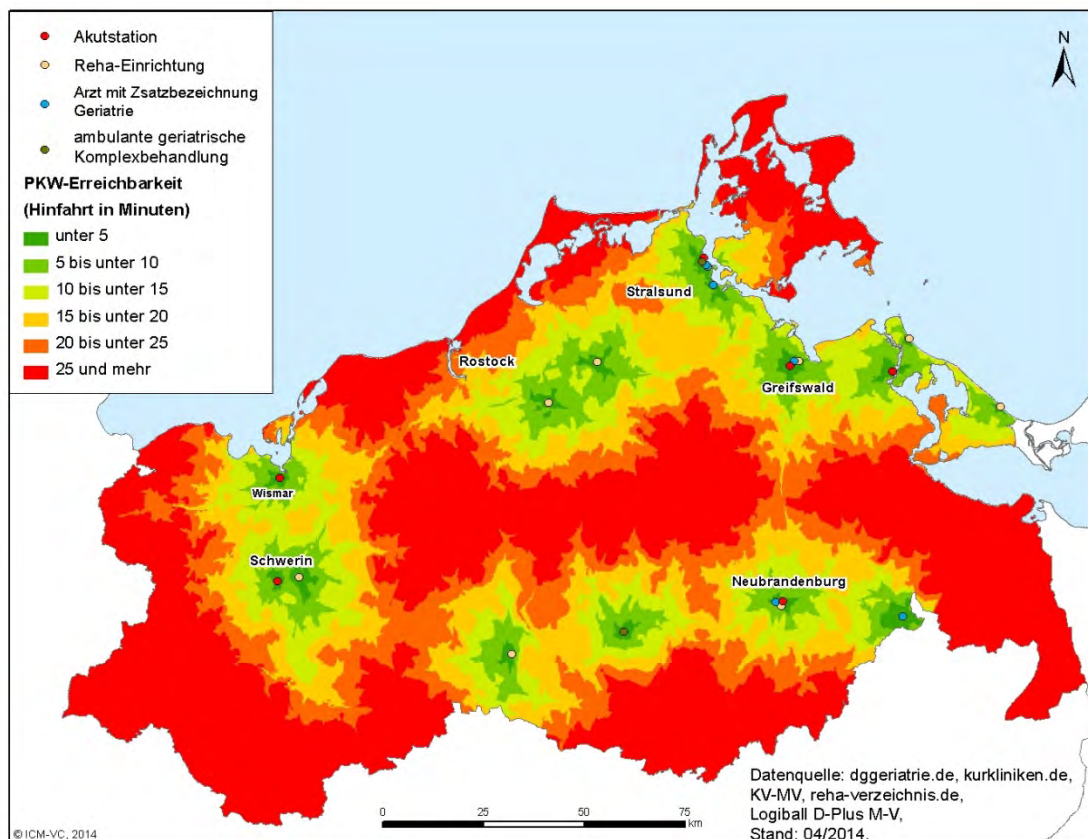


Abbildung 20: PKW-Erreichbarkeit ambulanten und (teil-)stationären geriatrischen Versorgungseinrichtungen (Akutstation, (Früh-) Rehabilitation, vertragsärztlich tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Geriatrie, Einrichtungen mit Selektivvertrag „ambulante geriatrische Komplexbehandlung“) (N=23) in Mecklenburg-Vorpommern, Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung M-V, Logiball D-Plus M-V Kassenärztliche Vereinigung M-V, Logiball D-Plus M-V

Ein Ausbau der geriatrischen Versorgung ist vor dem Hintergrund des weiteren Anstiegs der älteren Bevölkerung dringend erforderlich. Dies umfasst die präventive, kurative und rehabilitative Versorgung. Positiv evaluierte Modellprojekte sollten schnell den Weg in die Regelversorgung finden. Möglichst viele Hausärzte sollte motiviert werden die geriatrische Basisqualifikation zu erwerben. Dazu sollte die Qualifikation organisatorisch so gestaltet werden, dass Hausärzte auch realisierbar daran teilnehmen können. Auch Angebote wie Shuttle-Services führen dazu, dass geriatrische Angebote den bedürftigen Patienten erreichen und sollten in den Versorgungskonzepten bedacht werden.

*Im Gespräch mit **Prof. Dr. Rainer Neubart**, Chefarzt des Altersmedizinisches Zentrums des Kreiskrankenhauses Wolgast wurde offenbar, dass insbesondere auch die Ausbildung im Hinblick auf die Geriatrie weiter ausgebaut werden muss. In seinen Augen ist die Ausbildung heute defizitär. Die wenigsten Studenten hätten eine reguläre Ausbildung in der Geriatrie. Diese erfolge nur punktuell und werde nicht flächendeckend gelehrt. Auch in der Pflege-Ausbildung spiele Geriatrie nur teilweise eine Rolle, obwohl die älteren Menschen diejenigen seien, die am meisten Pflege bräuchten. Weiterhin ist Prof. Neubart der Meinung, dass die Ausbildung auch um inhaltliche Aspekte ergänzt werden müsse, wie beispielsweise um die Themen ganzheitliches Gesundheitsmanagement und Hilfsmittelversorgung. Es reiche nicht allein die Akutversorgung, sondern der Patient müsse mit seinen bestehenden Ressourcen und Defiziten in seine Umgebung re-integriert werden, sein Umfeld müsse so gemanagt werden, dass er mit der bestmöglichen Lebensqualität und Selbstständigkeit weiter leben könne. Die Patienten müssen auch befähigt werden, mit verordneten Hilfsmitteln umzugehen. Prof Neubart befürwortet die Vernetzung verschiedener Professionen in der Ausbildung. Speziell die gemeinsame Ausbildung von Studenten der Medizin und Auszubildenden der nichtärztlichen Gesundheitsberufe sei vielversprechend. Zum Ausbau der Geriatrie müssen aus Sicht von Prof. Neubart folgende Schritte getan werden:*

- *„Erstellung eines landesweiten Gesamtkonzepts: geriatrische Patienten sollten immer eine geriatrische Therapie erhalten, wenn sie das brauchen.*
- *Wir brauchen eine Weiterbildung Geriatrie auf einem hohen fachlichen Niveau, die „Schwerpunktweiterbildung Geriatrie“.*
- *Es bedarf mehr Anreizen und organisatorischer Möglichkeiten der Vernetzung der verschiedenen Systeme untereinander, z.B. flächendeckende Pflegestützpunkte. Das ist im Prinzip ein Managementstützpunkt für das Case-Management für die Zeit nach dem Krankenhaus.“*

4.2 Nachwuchs der Gesundheitsberufe

4.2.1 Nachwuchs in akademischen Berufen der Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie

Die Zahl der Medizinstudenten in Mecklenburg-Vorpommern ist seit dem Wintersemester 1992/93 bis zum Wintersemester 2012/13 um über 60 % gestiegen. In den letzten drei Wintersemestern hat sich die Zahl der Studierenden auf einem ähnlichen Stand eingependelt und stieg nur noch um 2 bzw. 1 % und liegt bei knapp unter 3200 Studierenden, siehe Abbildung 21. Dies liegt daran, dass seit mehreren Jahren alle Studienplätze vergeben werden. An der Universitätsmedizin Greifswald studieren je Wintersemester etwa 1350 Medizinstudenten und an der Universitätsmedizin Rostock etwa 1810. Die Pharmazie an der Universität Greifswald hat je Wintersemester etwa 510 Studierende zu verzeichnen. Die Zahnmedizin wird von etwa 440 Studenten in Greifswald und 175 Studenten in Rostock je Wintersemester studiert. [19]

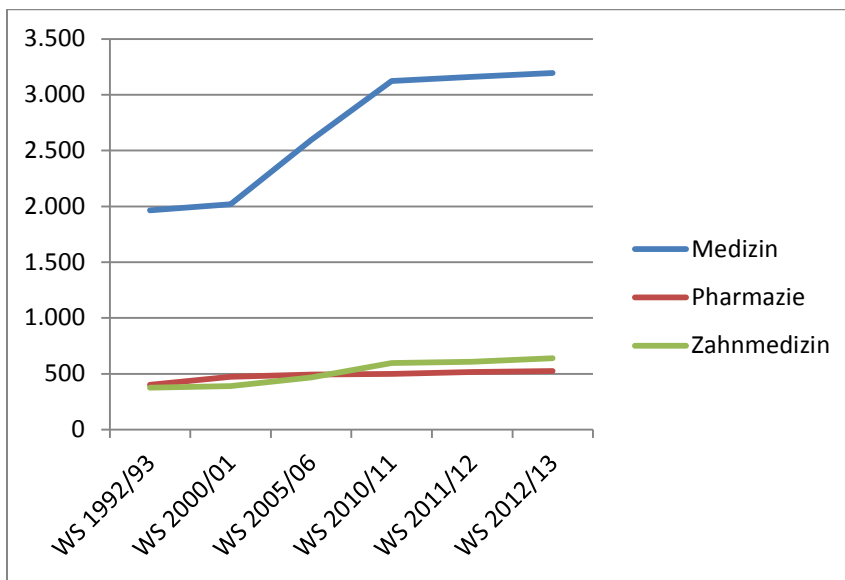


Abbildung 21: Studenten der Studiengänge Medizin, Pharmazie und Zahnmedizin in Mecklenburg-Vorpommern, Datenquelle: Hochschulstatistik – Studentenstatistik, Statistisches Bundesamt

Betrachtet man die erteilten Approbationen und Berufserlaubnisse der Ärzte (Abbildung 22), so zeigt sich, dass seit 2003 mit Ausnahme von 2005 die Zahl der erteilten Approbationen stark ansteigt. Die Zahl der erteilten Berufserlaubnisse verzeichnete einen Anstieg zwischen 2001 und 2004 und sinkt seither wieder. Während man bei den Berufserlaubnissen davon ausgehen kann, dass deren Inhaber in Mecklenburg-Vorpommern tätig werden, ist dies bei den Inhabern einer Approbation nicht der Fall. Die Berufserlaubnis wird nur befristet und in der Regel auf bestimmte Tätigkeiten beschränkt erteilt. Sie kann nur in dem Bundesland beantragt werden, in dem der beantragende Arzt, Zahnarzt oder Apotheker seinen Beruf ausüben will. Die Approbation wird dagegen in dem Bundesland erteilt, in dem die Ausbildung absolviert und die Prüfung bestanden wurde und gilt dann EU-weit. Eine steigende Zahl von Approbationen bedeutet deshalb nicht, dass innerhalb Mecklenburg-Vorpommerns die Zahl der ärztlichen Berufsanfänger steigt. Es ist derzeit nicht bekannt, wie viele der approbierten Ärzte in andere Bundesländer oder ins Ausland gehen.

Leistungserbringer in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

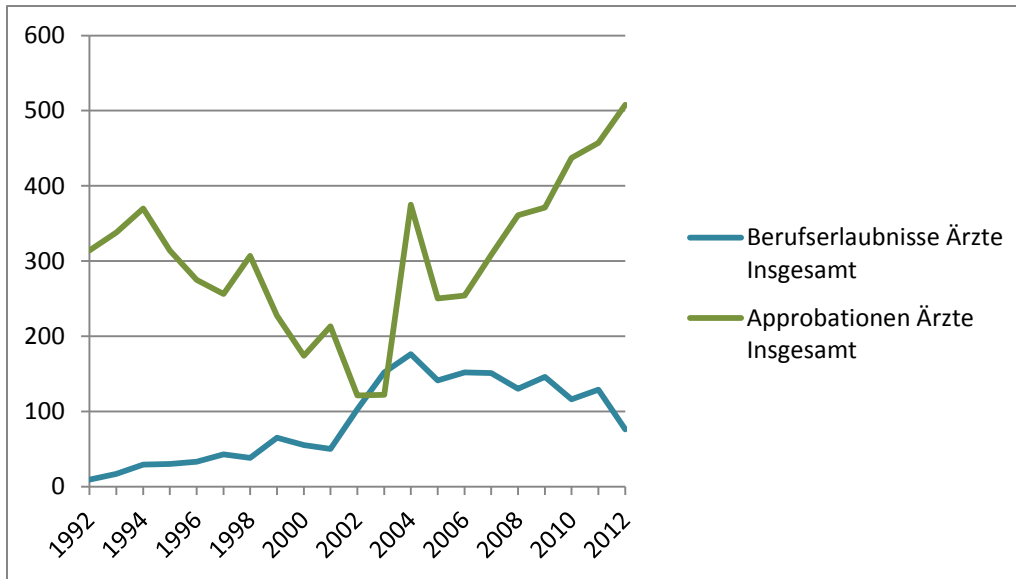


Abbildung 22: Erteilte Approbationen und erteilte Berufserlaubnisse in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitvergleich, Datenquelle: Landesamt für Gesundheit und Soziales MV

In einer Untersuchung für das Kuratorium Gesundheitswirtschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2013 wurde der Wiederbesetzungsbedarf an Ärzten, Zahnärzten und Apothekern in Mecklenburg-Vorpommern für das Jahr 2020 berechnet. Die Ärzte wurden hierbei unterteilt nach Wiederbesetzungsbedarf von Ärzten in Krankenhäusern, Wiederbesetzungsbedarf von niedergelassenen Ärzten nach Patientenzahlen und niedergelassenen Ärzten nach Arztkontakten. Um den Wiederbesetzungsbedarf der Ärzte in Krankenhäusern zu berechnen, wurden zunächst die Krankenhausfälle des Jahres 2011 der Bevölkerung von 2011 [20] gegenüber gestellt. Anschließend wurden die Krankenhausfälle mit Hilfe von Bevölkerungsprognosedaten [21] auf 2020 projiziert. Unter der Annahme, dass das Versorgungsverhältnis Ärzte zu Patienten gleich bleibt, wurde die Zahl der benötigten Ärzte für 2020 errechnet. Anschließend wurde anhand der Altersstruktur der Ärzte bestimmt, wie viele Ärzte von 2011 im Jahr 2020 das Renteneintrittsalter von 68 Jahren erreicht haben werden. Die Differenz zwischen geschätzten benötigten Ärzten in 2020 und den seit 2011 verbliebenen Ärzten (d.h. jünger als 68 Jahre) ist dann der Wiederbesetzungsbedarf. Für die niedergelassenen Ärzte wurden Inanspruchnahmedaten aus SHIP-1 verwendet. Die Schätzung für 2020 wurde einmal nach Patientenzahlen und einmal nach Arztkontakten vorgenommen. Für die Berechnung des Wiederbesetzungsbedarfs der Zahnärzte und Apotheker standen keine Patienten-, Fall- oder Inanspruchnahmedaten zur Verfügung. Daher wurde hier eine Schätzung anhand der Bevölkerungsdaten durchgeführt. Im Jahr 2020 erreichen 221 Zahnärzte der 2011 in Mecklenburg-Vorpommern tätigen Ärzte das Renteneintrittsalter von 68 Jahren. Legt man einen Versorgungsgrad von 100 % zugrunde, müssten bis 2020 nur 13 Zahnärzte wieder besetzt werden. Der Versorgungsgrad lag 2011 deutlich über 100 %. Für die Entwicklung einer sektorübergreifenden Versorgung bedeutet dies, dass auf zahnärztlicher Seite Kapazitäten frei sind. Für die Apotheker ergab sich für das Jahr 2020 ein Wiederbesetzungsbedarf von 37 Apothekern. Stellt man die Wiederbesetzungsbedarfe den Approbationen gegenüber, so werden in Mecklenburg-Vorpommern deutlich mehr Approbationen erreicht werden als der Wiederbesetzungsbedarf erfordert. Für die Schätzung der Approbationen wurde die durchschnittliche Anzahl der Approbationen kumuliert für den Zeitraum zwischen 2011 und 2020. Jedoch wandert ein unbekannter Teil der Approbierten in andere Bundesländer oder ins Ausland ab. Hierüber kann hier deshalb zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Aussage getroffen werden.

Leistungserbringer in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Tabelle 9: Gegenüberstellung geschätzter Wiederbesetzungsbedarf 2020 gegenüber geschätzten kumulierten Approbationen bis 2020, Datenquelle: Gesundheitsberichterstattung des Landes 2013, SHIP, Zahnärztekammer M-V 2013, Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V 2013, Apothekerkammer M-V 2013, eigene Berechnung und Darstellung

	Wiederbesetzungsbedarf 2020	Approbationen¹ zw. 2011 bis 2020
Ärzte in Krankenhäusern	565	2448
Niedergelassene Ärzte (Patientenzahlen)²	1024	
Niedergelassene Ärzte (Arztkontakten)³	1146	
Zahnärzte⁴	13	477
Apotheker⁴	37	522

¹ Basis: Kumulation der durchschnittliche Anzahl Approbationen zwischen 2011 und 2020
² Anhand Patientenzahlen auf SHIP-Basis
³ Anhand Arztkontakten auf SHIP-Basis
⁴ Anhand der Bevölkerungsprognose

4.2.2 Nachwuchs der nichtärztlichen Gesundheitsberufe

Mit ca. 1,545 Mio. Beschäftigten im Jahr 2011 stellt die pflegerische Profession die größte Berufsgruppe in der Gesundheitswirtschaft in Deutschland dar. [22] Gleichzeitig beschreiben sowohl Isfort et al. als auch Simon für den Zeitraum von 1996 bis 2008 einen Stellenabbau für den klinischen Versorgungsbereich um rund 14,2 %. [23, 24] Für die Jahre 2000 bis 2008 war ein Rückgang der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege um 10 % zu verzeichnen. [23] Auf Grund von hohen Arbeitsbelastungen, unattraktiven Arbeitsbedingungen und fehlenden Karriereperspektiven ist davon auszugehen, dass auch künftig die Zahl der Auszubildenden nicht signifikant steigen wird. [25] Für die Altenpflege zeigt sich ein anderes Bild. Im Zeitraum von 2007 bis 2012 hat sich die Zahl der Auszubildenden bundesweit von 41.104 auf 55.966 erhöht [26]. Gleichzeitig stieg auf Grund der Alterung der Bevölkerung die Nachfrage nach stationären und teilstationären Pflegeleistungen, die zu einer Erhöhung der Anzahl der Einrichtungen und Beschäftigten im Zeitraum von 2000 bis 2008 führte. Für den ambulanten und teilstationären Versorgungsbereich ist dabei zu berücksichtigen, dass Teilzeitbeschäftigte den überwiegenden Anteil der Pflegepersonen ausmachen. Im Jahr 2011 beschreibt das Statistische Bundesamt für die ambulanten Pflegedienste und Sozialstationen einen Anteil von 70 % (203.700), die in Teilzeit beschäftigt waren. [27, 28, 29, 30]

Abbildung 23 gibt einen Überblick über die Entwicklung ausgewählter Gruppen nichtärztlichen Personals nach Beschäftigungsverhältnis in Krankenhäusern. Die Entwicklung dieses Personals verharret relativ konstant mit Ausnahme der Ergotherapeuten, die von 2007 bis 2010 eine steigende Tendenz verzeichnen konnten und seit 2010 wieder in etwa auf das Niveau von 2007 gesunken sind. Dargestellt sind hier die Beschäftigten insgesamt in blau und als Untergruppe darunter die Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigten in rot. Hier ist erkennbar, dass der Anteil der Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigten an den Beschäftigten insgesamt konstant geblieben ist.

Leistungserbringer in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

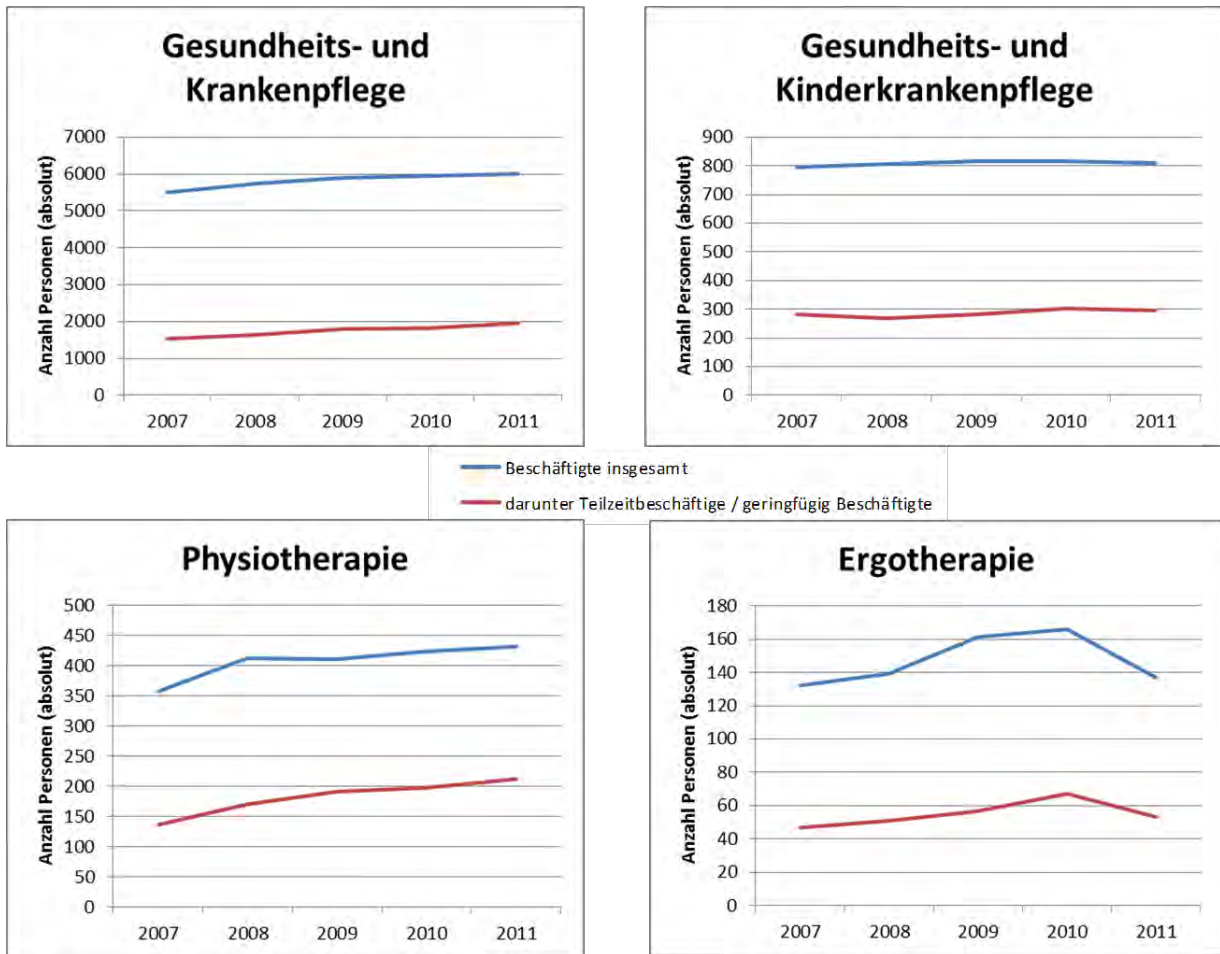


Abbildung 23: Entwicklung der Anzahl des nichtärztlichen Personals nach Beschäftigungsverhältnis in Krankenhäusern, Datenquelle: Gesundheitsberichterstattung des Landes M-V 2013, eigene Darstellung

Bis 2030 der Anstieg der Krankenhausfälle etwa 0,4 % betragen. Dies gilt unter der Annahme, dass das Verhältnis Krankenhausfälle je Bevölkerung gleich bleibt. Der Anstieg der Krankenhausfälle in den Altersgruppen der Älteren steigt zwar deutlich an, die Abnahme der Altersgruppen der Jüngeren gleicht jedoch diesen Anstieg fast aus. Das Personal des Pflegedienstes insgesamt (alle im Pflegedienst Beschäftigten, inklusive Pflegefachkräften und Pflegehelfern) müsste demnach bis 2030 um 30 Fachkräfte erhöht werden. Für die Gesundheits- und Krankenpfleger wurden die Krankenhausfälle der Altersgruppen ab 20-Jahren betrachtet. Für diese wird eine Zunahme bis 2030 um 1,3 % geschätzt. Das entspricht 78 zusätzlich benötigten Fachkräften. Hierbei ist aufgrund der steigenden (Multi-) Morbidität im Alter von einer Unterschätzung auszugehen. Für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wurden die Altersgruppen der unter 20-Jährigen verwendet. Hier ergibt sich eine Abnahme um 6,2 %, was bis 2030 einer Reduzierung um 50 Fachkräfte entspricht. Alle Berechnungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern erfolgten unter der Annahme, dass das Verhältnis Krankenhausfälle je Pflegepersonal gleich bleibt.

Wie in Kapitel 3 aufgezeigt, wird für 2030 ein Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen (Inhaber einer Pflegestufe) um 22 % geschätzt. Um eine Aussage für den Bedarf an Pflegefachkräften in 2030 treffen zu können, wurde der geschätzte Anstieg der Pflegebedürftigen um 22 % auf das Personal in Pflegeeinrichtungen (sowohl ambulante als auch stationäre) in Mecklenburg-Vorpommern aus dem Jahr 2011 [31] projiziert. Um das Verhältnis Pflegekraft zu Pflegebedürftigen aufrecht zu erhalten, müsste die Zahl der Fachkräfte der Altenpflege von rund 5060 in 2011 um etwa 1115 bis 2030 steigen. Die Zahl der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger in den Pflegeeinrichtungen müsste

von rund 5530 um etwa 1220 Fachkräfte steigen. Unberücksichtigt bleibt hier allerdings ein bereits 2011 bestehender möglicher Mangel an Fachkräften.

Sowohl bei der Schätzung des Pflegepersonals in Krankenhäusern als auch des Personals in Pflegeeinrichtungen bleibt weiterhin unberücksichtigt, ob es sich bei den Fachkräften um Vollzeit-, Teilzeit-, geringfügig oder zeitweilig Beschäftigte handelt.

Weiterer Inhalt der Untersuchung für das Kuratorium Gesundheitswirtschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern waren die Auszubildenden der nichtärztlichen Gesundheitsberufe Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Ergo- und Physiotherapie und Medizinische Fachangestellte.

Abbildung 24 zeigt die Entwicklung der bestandenen Abschlussprüfung für die genannten Berufe, außer für Medizinische Fachangestellte von 2010 bis 2012. Die Anzahl der Abschlüsse in der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege stiegen an während die Anzahl der Abschlüsse in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie bei den Physio- und Ergotherapeuten sank.

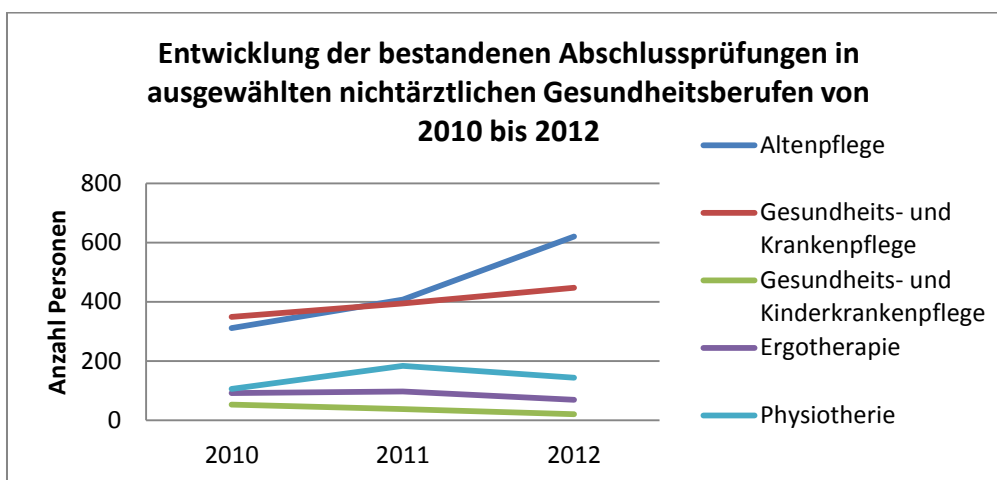


Abbildung 24: Entwicklung der bestandenen Abschlussprüfungen von 2010 bis 2012 in ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen, Datenquelle: Landesprüfungsamt für Heilberufe Mecklenburg-Vorpommern 2013, eigene Darstellung

Für die oben genannte Untersuchung wurde am Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der sich an die Leiter der Beruflichen Schulen in Mecklenburg-Vorpommern wandte, die die Ausbildungsgänge Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Medizinische Fachangestellte anbieten. In dem Fragebogen wurden u.a. die Anzahlen von Bewerbern, Auszubildenden, Absolventen und Ausbildungsabbrüche für die ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufe abgefragt. Die Ergebnisse zeigt Abbildung 25. Dargestellt sind die Zahlen der Ausbildungsplätze (blaue Linie), der Bewerber (rote Linie), der Absolventen (grüne Linie) und der Ausbildungsabbrüche (gelbe Linie). Die Daten wurden anhand der Daten aus den beantworteten Fragebögen hochgerechnet auf die Zahl aller in den jeweiligen Berufen auszubildenden Schulen. Ausnahme ist hier die Ausbildung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, denn hier haben alle 3 Schulen, die in Mecklenburg-Vorpommern in diesem Beruf ausbilden, geantwortet.

Die Bewerberzahlen in der Altenpflege liegen in allen drei Jahren unter der Zahl der Ausbildungsplätze. Die Kapazitäten sind also hier aus Mangel an Bewerbern nicht voll ausgeschöpft. Insbesondere in der Altenpflege gibt es eine hohe Zahl an Umschülern. Die Dauer der Umschulung beträgt 3 Jahre, gefördert werden durch die Agentur für Arbeit in der Regel aber nur 2 Jahre. In den

Leistungserbringer in der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Jahren 2009 und 2010 gab es durch das Konjunkturpaket II die Möglichkeit auch das 3. Jahr der Umschulung zu fördern. Dies dürfte der Grund für die stark gestiegene Absolventenzahl des Jahres 2012 sein. Die Ausbildungsabbrüche betragen im Durchschnitt 9,2 %. Bezüglich der Gesundheits- und Krankenpflege klaffen Bewerberzahlen und Ausbildungsplätze weit auseinander. Das Potential die Ausbildungszahlen zu vergrößern ist groß, da es mehr als doppelt so viele Bewerber als Plätze gibt. Die Ausbildungsabbrüche in der Altenpflege betragen im Durchschnitt 9,6 %. Bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern liegt dieser Anteil mit durchschnittlich 6,6 % niedriger. In den Jahren 2010 und 2012 hielten sich Bewerberzahlen und Ausbildungsplätze im Bereich der Physiotherapie die Waage, während es 2011 mehr Bewerber als Plätze gab. Die Ausbildungsabbrüche betragen im Durchschnitt 10,9 %. Bei der Ergotherapie hielten sich Bewerberzahlen und Ausbildungsplätze 2010 ebenfalls noch die Waage; in den Jahren danach sank die Nachfrage unter das Angebot. Die Ausbildungsabbrüche betragen im Durchschnitt 5,8 %. Auch bezüglich der Medizinischen Fachangestellten gibt es das Potential die Absolventenzahlen zu vergrößern, da auch hier die Nachfrage das Angebot übersteigt. Die Ausbildungsabbrüche liegen hier höher und betragen im Durchschnitt 24,5 %. Allerdings lagen die Ausbildungsabbrüche 2010 und 2011 bei je 6 % und 2012 bei 44,4 %.

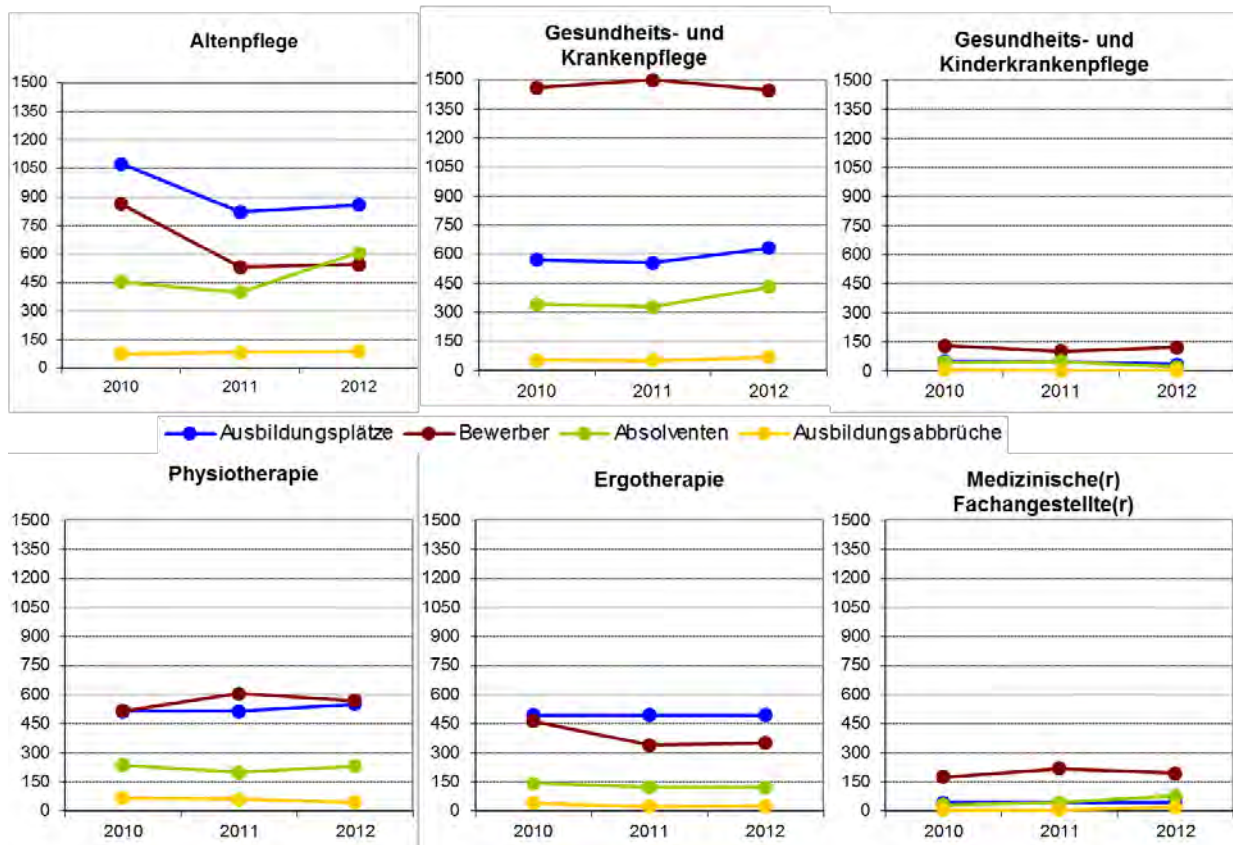


Abbildung 25: Entwicklung der Ausbildungsgänge Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Medizinische(r) Fachangestellte(r) in Mecklenburg-Vorpommern, Datenquelle: Befragung der in diesen Berufen ausbildenden Berufsschulen durch das Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, 2013

Die Frage, ob die Ausbildungszahlen bis 2030 ausreichen werden, um den Bedarf an Fachkräften zu decken, und wie viele Fachkräfte bis dahin ausgebildet werden müssen kann hier nicht abschließend beantwortet werden. Es kann lediglich eine Schätzung gemacht werden, wie viele Fachkräfte zusätzlich zu den 2011 aktiven Fachkräften in 2030 benötigt werden. Da keine Daten bezüglich der

Altersstruktur des Personals verfügbar sind, kann nicht ermittelt werden, wie viele Fachkräfte bis 2030 das Renteneintrittsalter erreichen werden. Wie hoch der Anteil der Fachkräfte ist, die vorzeitig aus dem Beruf ausscheiden, ist ebenfalls unbekannt. Um dennoch einen groben Anhaltspunkt zu bieten, wird hier die Größe der „Reservekapazität“ angegeben. Die Reservekapazität gibt an, wie viel Prozent der Absolventen bis 2030 nach Abzug des zusätzlichen Bedarfs im Jahr 2030 rechnerisch noch zur Verfügung stehen würden, um z.B. Berufsausscheider zu ersetzen, siehe Tabelle 10. Auch in dieser Angabe bleibt der Beschäftigungsgrad (Vollzeit, Teilzeit, geringfügige/zeitweilige Beschäftigung) unberücksichtigt.

Tabelle 10: mittlere Anzahl der Absolventen im Jahr, Absolventen kumuliert bis 2030, Anzahl aktiver Fachkräfte im Jahr 2011, Zusätzlicher Bedarf an Fachkräften bis 2030 und Reservekapazität der Pflegeberufe

	Zahl Absolventen (MW) im Jahr	Absolventen kumuliert bis 2030	Anzahl Aktive 2011	Zusätzlicher Bedarf 2030	„Rechnerische Reservekapazität“
Altenpflege	487	8.279	5.062	1.114	142%
Gesundheits- u. (Kinder-) Krankenpflege	366	6.222	12.347	1.244	40%

Um zukünftig den Bedarf an pflegerischer Betreuung sicherstellen zu können, müssen die pflegerischen Berufe attraktiver gestaltet werden. Konzepte und Modellprojekte zur Steigerung der Attraktivität werden in Kapitel 7.1 und 7.2 vorgestellt.

4.3 Leistungserbringer in der palliativen Versorgung

4.3.1 Was ist Palliativmedizin?

1967 wurde die moderne Palliativmedizin durch die Gründung des St. Christopher’s Hospice im Südosten Londons durch die englische Ärztin Cicely Saunders begründet. Es war ihre Überzeugung, dass Sterbende ihre letzten Tage menschenwürdig und selbstbestimmt erleben sollten. Saunders handelte nach dem Motto „Nicht dem Leben mehr Tage, sondern den Tagen mehr Leben geben“. Das St. Christopher’s Hospice war das erste Hospiz seiner Art weltweit. [32]

Im Jahr 2002 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Palliativmedizin/Palliative Care als einen „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.“ Damit wurde ein Paradigmenwechsel eingeleitet: der traditionelle kurative Ansatz der Medizin wird um einen palliativen Ansatz erweitert, der unabhängig von der zu erwartenden Lebensdauer dem Ziel einer Steigerung des Wohlbefindens verpflichtet ist. [32]

4.3.2 Entwicklung in Deutschland

In Deutschland hielt die Palliativmedizin deutlich später Einzug. Erst 16 Jahre später (1983) wurde an der Kölner Universitätsklinik die erste deutsche Palliativstation und 19 Jahre später (1986) das erste deutsche stationäre Hospiz in Aachen gegründet. Im Jahr 2003 verabschiedete der Deutsche Ärztetag

eine (Muster-) Weiterbildungsordnung, die die Palliativmedizin in die Weiterbildung aller patientennahen Fachgebiete integriert. Außerdem wurde die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin geschaffen. 2009 wurde die Palliativmedizin in die Approbationsordnung aufgenommen und damit Pflichtfach im Medizinstudium. Erstmals ist zum Beginn des Praktischen Jahres im August 2013 oder bei der Meldung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung für den Prüfungstermin ab Oktober 2014 der entsprechende Leistungsnachweis zu erbringen. Eine Integration der Palliativversorgung in die Ausbildung der Pflegefachkräfte ist parallel erfolgt. [32, 33]

Schwerstkranke und sterbende Menschen haben oft den Wunsch, zuhause zu sterben. Daher wurde durch die Einführung von § 37b und § 132d SGB V 2007 mit der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) die Möglichkeit geschaffen, palliative Behandlung auch ambulant vorzunehmen. Bis dato war die Palliativmedizin vor allem in Krankenhäusern angesiedelt. Ärzte können Menschen mit einer „nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung“ SAPV-Leistungen verschreiben. Der Patient erhält dann eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung (Schmerztherapie, psychosoziale Betreuung) durch ein multiprofessionelles Palliative-Care-Team. Etwa 10 % der betroffenen Patienten benötigen diese intensive Form der Versorgung. Für Palliativpatienten, die eine weniger intensive Versorgung benötigen, wurde die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) eingerichtet, die von Leistungserbringern der Primärversorgung mit einer palliativmedizinischen Basisqualifikation (z.B. 40 Stunden Basiskurs für Haus- und Fachärzte [34]) erbracht werden kann. Dies sind vor allem niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie ambulante Pflegedienste. Der flächendeckende Ausbau von AAPV- und SAPV-Angeboten ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich angestrebt. [32]

2010 wurde unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes und der Bundesärztekammer (BÄK) mit mehr als 50 Verbänden, Ministerien und den beiden großen christlichen Kirchen die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland erarbeitet und unterzeichnet. Die Charta möchte Orientierung geben für eine gemeinsame und differenzierte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland, in deren Mittelpunkt die Rechte und Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen stehen. [35]

Der 2. Leitsatz der Charta fordert ein je nach individueller Situation multiprofessionelles, interdisziplinäres, sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Handeln in enger Kooperation aller Beteiligten. Zur Gewährleistung der Versorgungskontinuität und einer hohen Versorgungsqualität sei die enge Zusammenarbeit aller Beteiligten in regionalen Netzwerken erforderlich. Basis sei die häusliche Versorgung durch Hausärzte, Pflegedienste und ambulante Hospizdienste. [35]

Die Charta richtet ihr Augenmerk auch auf die Menschen in hohem Lebensalter. Aufgrund der im hohen bis sehr hohen Lebensalter häufig vorhandenen Multimorbidität bestehen spezifische Anforderungen an die palliativen Versorgungsformen. Gefordert werden weitere Erkenntnisse über den Versorgungsbedarf und die Bedürfnisse der alten Menschen mit fortgeschrittener Multimorbidität und demenziellen Erkrankungen. [35]

Ein weiterer Aspekt, der zur Palliativversorgung gehört, ist die Trauerarbeit, Begleitung beim Abschiednehmen von Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Trauernden und Teammitgliedern. Die Begleitung der Angehörigen endet nicht mit dem Tod der Kranken. Trauerbegleitung kann sowohl von qualifizierten Ehrenamtlichen als auch von Psychologen und Seelsorgern angeboten werden. [35]

Die Charta erklärt zum Ziel, dass eine Rahmenpolitik zur Palliativversorgung in Deutschland anzustreben sei, die insgesamt sicherstelle, dass jeder Mensch, der eine Palliativversorgung benötige, unverzüglich und – soweit machbar – entsprechend seiner Bedürfnisse Zugang zu ihr erhält. [35]

4.3.3 Einrichtungen der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Die verschiedenen Einrichtungen der palliativen Versorgung wurden durch eine Internetrecherche² im März 2014 ermittelt (mit einem Nachtrag im Juni 2014). In Mecklenburg-Vorpommern gibt es 70 vertragsärztlich tätige Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (160 Stunden Kurs) (Stand 04/2014, Quelle: Arztliste der Kassenärztliche Vereinigung M-V). Räumlich sind diese Ärzte vor allem in den großen Städten und in einigen Mittelzentren angeordnet, siehe Abbildung 26. Eine große Lücke existiert von Teterow über Demmin und Anklam bis Ueckermünde.

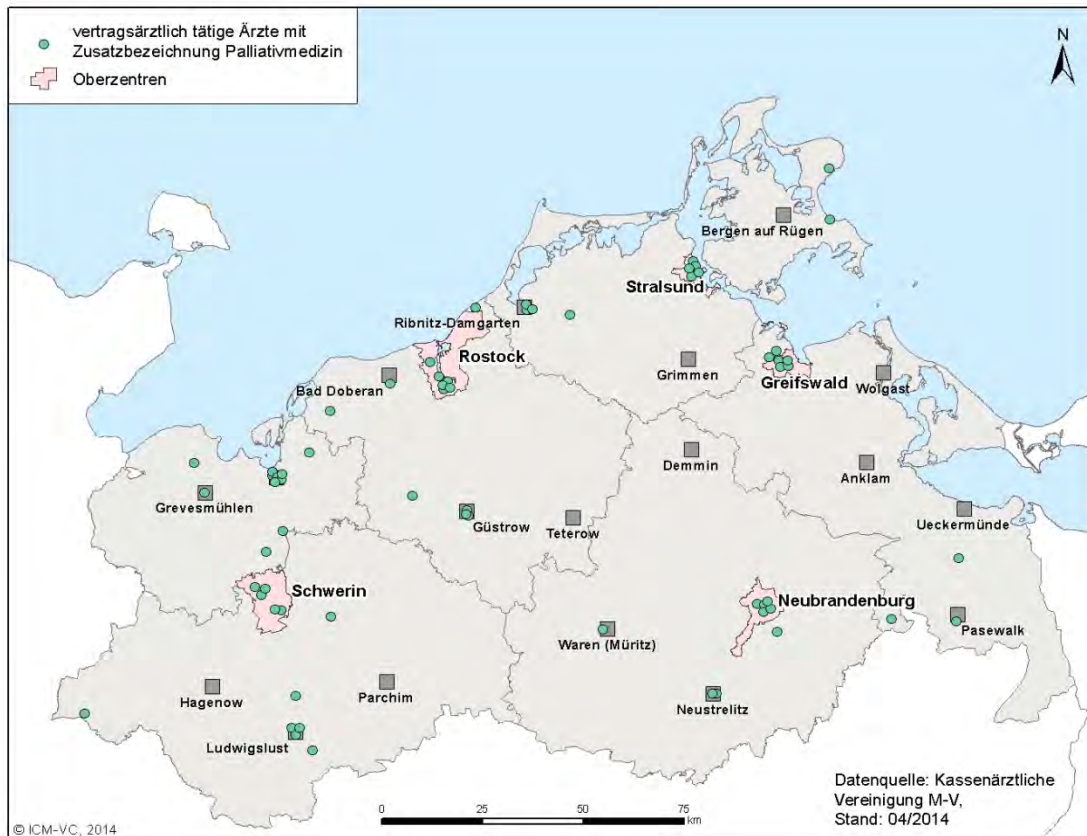


Abbildung 26: Räumliche Verteilung der vertragsärztlich tätigen Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (N=70) in Mecklenburg-Vorpommern, Stand: 04/2014, Datenquelle: Arztliste Kassenärztliche Vereinigung M-V

Einrichtungen der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern wurden der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V. (www.hospiz-mv.de) und der Arztliste der Kassenärztliche Vereinigung M-V im Juni 2014 entnommen. Es konnten 11 SAPV-Teams, 20 ambulante Hospizdienste, 7 Hospize, 7 Palliativstationen an Krankenhäusern und 8 Anbieter von Trauerbegleitungsangeboten ermittelt werden (Abbildung 27). Auch hier konzentrieren sich die Einrichtungen auf die größeren Städte. In der durch Ärzte mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin schlecht abgebildeten Region von Teterow bis Ueckermünde ist ein ambulanter Hospizdienst in Teterow und ein SAPV-Team in Ueckermünde aktiv. Sowohl die ambulanten Hospizdienste als auch die Trauerarbeit wird im Wesentlichen von ehrenamtlichen Mitarbeitern getragen.

Karten zur PKW-Erreichbarkeit bezüglich von Ärzten mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und bezüglich von Einrichtungen der Palliativversorgung befinden sich im Anhang.

² www.hospiz-mv.de, <http://www.kvmv.info>

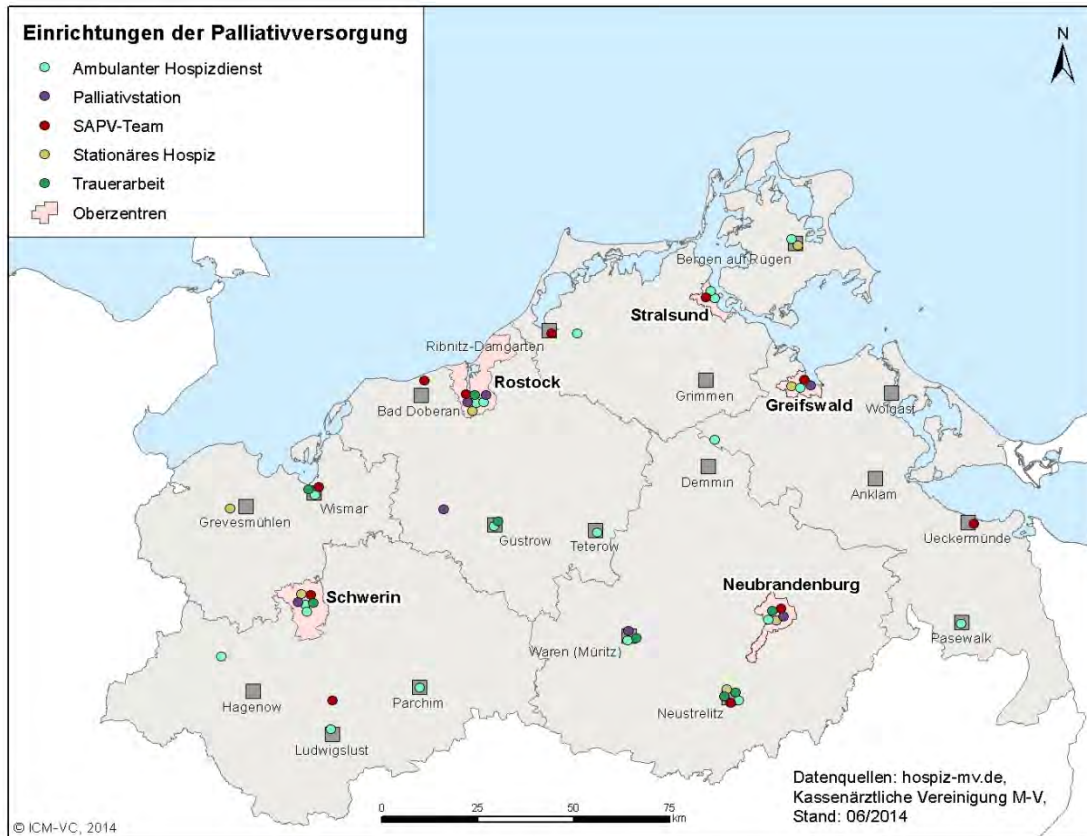


Abbildung 27: Räumliche Verteilung von Einrichtungen der Palliativversorgung (ambulanter Hospizdienst, Palliativstation am Krankenhaus, Spezielle ambulante Palliativversorgung (SAPV), stationäres Hospiz, Trauerarbeit) (N=53) in Mecklenburg-Vorpommern, Stand: 04/2014, Datenquelle: www.hospiz-mv.de, Arztliste Kassenärztliche Vereinigung M-V

SAPV soll laut Gesetzgeber allen Patienten flächendeckend zur Verfügung stehen, bei denen die allgemeine Palliativversorgung zur häuslichen Betreuung nicht ausreicht, um die notwendige Versorgung zu Hause sicherzustellen. Der Versorgungsbedarf in Regionen mit unterschiedlicher Bevölkerungsdichte kann unterschiedlich sein, dennoch muss auch bei unterschiedlichen Bevölkerungsdichten eine qualitativ gleichwertige SAPV-Versorgung erfolgen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen nennen daher folgende relevante Faktoren: regionale Siedlungsstruktur, Altersstruktur, epidemiologisch relevante Erkrankungen und die demografische Entwicklung. Im Bundesdurchschnitt soll ein Palliative-Care-Team für Erwachsene eine Region von ca. 250.000 Einwohnern in einem Einzugsgebiet mit einem Radius von 30 km ausgehend vom Sitz des Palliative-Care-Teams versorgen. Nur in dünn besiedelten Regionen oder in Ausnahmefällen soll diese Entfernung überschritten werden dürfen. [36] Aufgrund der sehr geringen Bevölkerungsdichte in Mecklenburg-Vorpommern muss die Zahl versorgter Einwohner je SAPV-Team hier deutlich geringer ausfallen. Die Ausdehnung der Einzugsgebiete wesentlich über die 30 km hinaus bedeutet anderenfalls einen erheblich größeren Zeitaufwand für die Fahrten. Abbildung 28 zeigt die räumliche Verteilung der SAPV-Teams in Mecklenburg-Vorpommern inklusive der Praxen-Standorte von ärztlichen Mitgliedern der SAPV-Teams. Dargestellt ist weiterhin die Abdeckung Mecklenburg-Vorpommerns durch die 30 km-Einzugsbereiche der SAPV-Team-Sitze und der Praxen-Standorte der ärztlichen Mitglieder. Der 30 km Einzugsbereich ist nicht etwa die theoretische Luftlinie, sondern der tatsächlich anhand des Straßennetzes berechnete Einzugsbereich vom 30 km Entfernung um die jeweiligen Zentren. Obwohl bereits 11 SAPV-Teams in Mecklenburg-Vorpommern eingerichtet wurden und damit die empfohlene zu versorgende Einwohnerzahl pro SAPV-Team rechnerisch weit

unterschritten wurde, besteht in der zentralen Mitte des Landes noch immer eine große Versorgungslücke mit einer Ausbreitung von etwa 75 × 75 km.

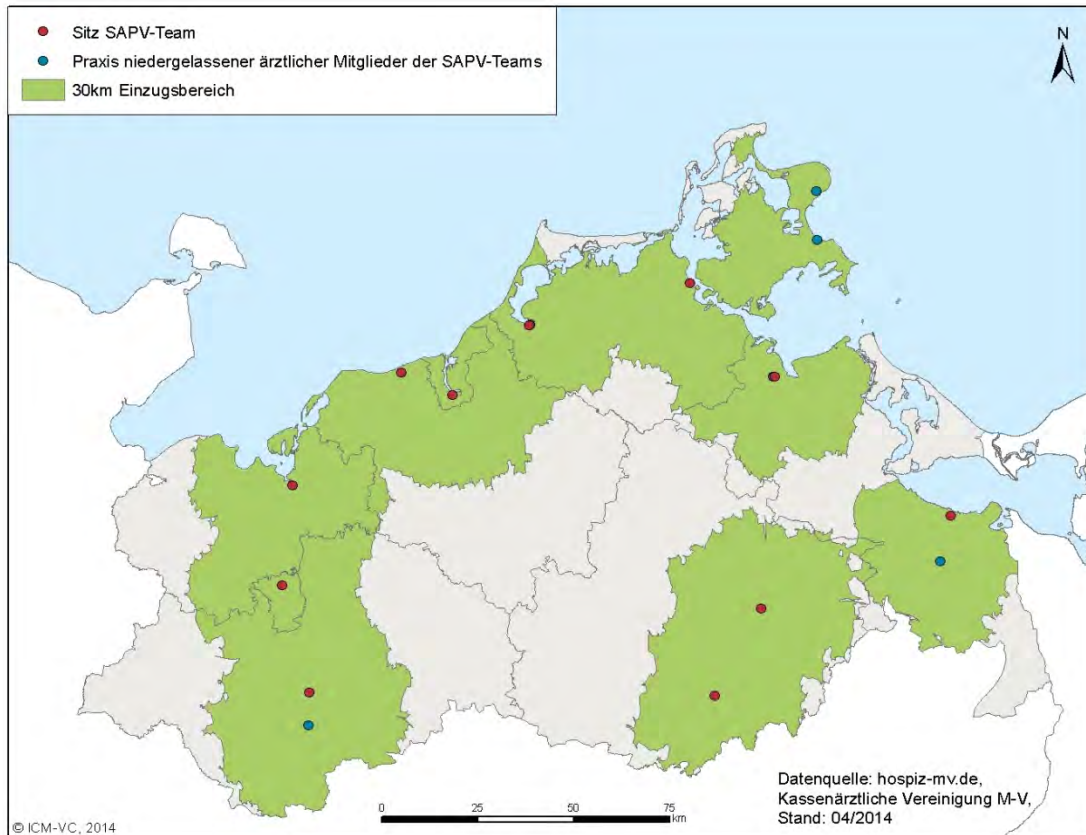


Abbildung 28: Räumliche Verteilung der SAPV-Teams bzw. der niedergelassenen ärztlichen Mitglieder von SAPV-Teams und deren 30km-Einzugsbereiche, Stand: 04/2014, Datenquelle: hospiz-mv.de, Kassenärztliche Vereinigung M-V

4.3.4 Palliative Care und Hospizkultur in Pflegeeinrichtungen

Viele alte und hochbetagte Menschen verbringen ihren Lebensabend in stationären Pflegeeinrichtungen der Altenpflege und versterben auch dort. Etwa ein Drittel der Bewohner in Pflegeheimen benötigt eine spezifische Palliativbetreuung [27]. In Pflegeeinrichtungen wird aufgrund der zunehmenden Zahl der Alten und Hochbetagten und des damit häufig verbundenen Auftretens von schweren Erkrankungen und Multimorbidität, zunehmend mehr Palliativversorgung und Hospizkultur entwickelt und umgesetzt werden müssen. Die Konzepte müssen an den Bedarf von alten, hochbetagten, pflegebedürftigen, multimorbiden Menschen angepasst werden. Aufgrund dieser Entwicklung sollten alle Mitarbeiter in Palliative Care und Hospizkultur geschult werden, zum Beispiel zur Palliativ-Care-Pflegefachkraft (160 Stunden Fortbildung). Aber auch zentrale Rollenträger wie Heim-, Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung sollten nach einem anerkannten Curriculum qualifiziert sein, um eine adäquate allgemeine Palliativversorgung zu gewährleisten. Einzelne palliative Fortbildungen für wenige Mitarbeiter werden aus der Praxis heraus als nicht ausreichend eingeschätzt [27]. Regionale Kooperationen mit Hospizdiensten, ambulanten Palliativdiensten, Krankenhäusern, Fachärzten, Palliativstationen und Kirchengemeinden sind anzustreben. Kooperationen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und SAPV-Teams sind seit der Einführung des § 37b SGB V möglich, der einen Anspruch von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen auf Leistungen der SAPV formuliert. Insgesamt wird es als notwendig erachtet, dass eine hausarztzentrierte Versorgung vorrangig ist. Dazu müssen auch die Hausärzte zumindest eine

Basisqualifikation in der Palliativmedizin besitzen. AAPV-Leistungen müssen in Heimen von Hausärzten, aber auch durch die Mitarbeiter des Heims erbracht werden können. Eine entsprechende Vergütung ist unabdingbar. [28]

Fragebogenerhebung zu Palliative Care und Hospizkultur in Pflegeeinrichtungen in Ludwigslust-Parchim und Vorpommern-Greifswald

An die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in den beiden Lupenregionen Ludwigslust-Parchim und Vorpommern-Greifswald wurden Fragebögen verschickt, um zu untersuchen wie weit Palliative Care und Hospizkultur in den Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden.

124 ambulante Pflegeeinrichtungen und 94 stationäre Pflegeeinrichtungen wurden angeschrieben. Die Reponse lag bei 33 %. Tabelle 11 gibt allgemeine Angaben zu den 71 Pflegeeinrichtungen, die geantwortet haben wieder (davon 35 ambulante und 36 stationäre Einrichtungen). 58 % der antwortenden Einrichtungen sind aus Vorpommern-Greifswald, 42 % aus Ludwigslust-Parchim.

Tabelle 11: Anzahl der antwortenden Einrichtungen nach Einrichtungsart

	n = 71	%
Einrichtungsart:	Davon 35 ambulante Einrichtungen und 36 stationäre Einrichtungen (davon 4 teilstationäre Pflege/Tagespflege)	
Trägerschaft		
Öffentlich	6	8,45
Privat	18	25,35
Freigemeinnützig	34	47,89
Ohne Angabe	13	18,31
Kreiszugehörigkeit		
Vorpommern-Greifswald	41	57,75
Ludwigslust-Parchim	30	42,25

Im Folgenden werden die Antworten auf die Fragen 1 bis 4 und Frage 9 des Fragebogens dargestellt. Diese Fragen zielen auf die palliative Qualifikation der Mitarbeiter, Betreuung von Palliativpatienten und auf das Vorhandensein der Voraussetzungen zur Umsetzung von Palliative Care und Hospizkultur ab. Die Fragen 5 bis 8 beziehen sich auf Kooperationen zu anderen v.a. palliativen Leistungserbringern und befinden sich wie der gesamte Fragebogen und die dazugehörigen Antworten im Anhang.

Frage 1: „Gibt es in der Einrichtung Mitarbeiter/innen mit Weiterbildung Palliativpflege (160-Std. Kurse in Palliative Care)?“

Antworten: „Ja“ 35 %; „Nein“ 54 % und keine Angabe 11 %

zu Frage 1: „Gibt es in der Einrichtung zentrale Rollenträger mit anerkanntem Curriculum Palliativmedizin?“

Antworten: „Ja“ 11 %; „Nein“ 69 % und keine Angabe 20 %

Frage 2: „Gibt es genügend Weiterbildungsmöglichkeiten zur Palliativpflege?“

Antworten: „Ja“ 46 %; „Nein“ 37 % und keine Angabe 17 %

Frage 3: „**Werden in der Einrichtung Palliativpatienten betreut?**“

Antworten: „Ja“ 25 %; „Nein“ 62 % und keine Angabe 13 %

Frage 4: „**Werden Palliativpatienten aus der Einrichtung an Krankenhäuser, Palliativstationen in Krankenhäusern oder Hospize überwiesen?**“

Antworten: „Ja“ 35 %; „Nein“ 48 % und keine Angabe 17 %

Frage 9: „**Sind die Voraussetzungen für die Umsetzung von Palliative Care und Hospizkultur in der Einrichtung gegeben?**“

Antworten: „Ja“ 42 %; „Nein“ 51 % und keine Angabe 7 %

zu Frage 9: „**Falls nein, warum?**“

Antworten: dargestellt in Abbildung 29

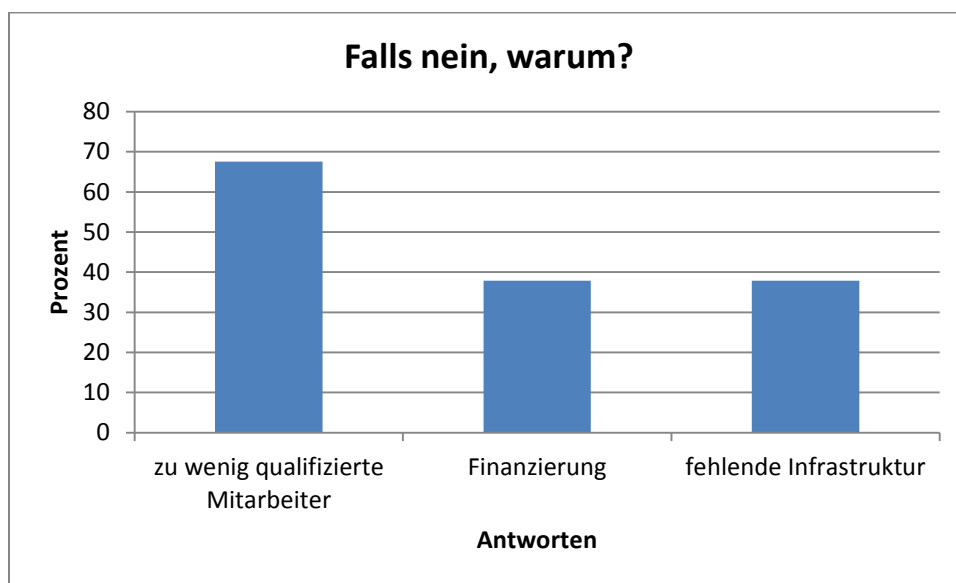


Abbildung 29: Frage 9-2, Anteil genannter Antworten „zu wenig qualifizierte Mitarbeiter“, „Finanzierung“, „fehlende Infrastruktur“ auf die Teilfrage „Falls nein, warum“ von Einrichtungen, die auf Frage 9 „Sind die Voraussetzungen für die Umsetzung von Palliative Care und Hospizkultur in der Einrichtung gegeben?“ mit „Nein“ geantwortet haben (N=37)

Insgesamt zeigt sich, dass die Zahl der Mitarbeiter mit einer Qualifikation Palliative Care in den Einrichtungen noch gering ist. Ein entsprechendes Curriculum ist unter den zentralen Rollenträger noch sehr selten zu finden. Eine deutliche Mehrheit der Einrichtungen betreut Palliativpatienten, die auch überwiegend nicht an andere palliative Einrichtungen (Palliativstation, Hospiz) überwiesen werden. Eine knappe Mehrheit der Einrichtungen gibt an, dass die Umsetzung von Palliative Care und Hospizkultur in ihren Einrichtungen nicht gegeben sei. Mehrheitlich wird als Grund hierfür genannt, dass es zu wenig dafür qualifizierten Mitarbeiter gäbe (Abbildung 29). An den Möglichkeiten zur Weiterbildung zu Palliativer Pflege scheint es nicht zu liegen, denn die Mehrheit der Antworten lautete, dass genügend Angebote in der Region vorhanden seien.

Insgesamt ist aus den Ergebnissen der Befragung zu schließen, dass die Umsetzung von Palliative Care und Hospizkultur in Pflegeeinrichtungen noch nicht zufriedenstellend ist. Insbesondere muss mehr Personal in Palliative Care qualifiziert werden. Da Qualifizierungsangebote offenbar ausreichend vorhanden sind, müssen die Pflegeeinrichtungen darin unterstützt werden, ihre Mitarbeiter tatsächlich zu Qualifizierungen zu entsenden. Gegebenenfalls muss das Personal aufgestockt werden, damit der Ausfall des Personals während der Qualifizierung kompensiert

werden kann. Bezüglich der Kooperationen mit palliativen Versorgungseinrichtungen wird als Grund für nicht vorhandene Kooperationen häufig die Antwort „lokal nicht vorhanden“ gegeben, siehe Anhang. Da der Aspekt des Agierens im Netzwerk für die palliative Versorgung wichtig ist, müsste auch der flächendeckende Ausbau palliativer Einrichtungen weiter vorangetrieben werden.

5 Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheits- und Pflegesystem und in der Angehörigenpflege

5.1 Bürgerschaftliches Engagement

5.1.1 Überblick

Der Begriff des „Bürgerschaftlichen Engagement“ ist gekennzeichnet durch individuelle Tätigkeiten von Bürgern, die diese Tätigkeiten freiwillig ausüben, keine materiellen persönlichen Gewinne erzielen möchten und einen Beitrag zur Stärkung des Gemeinwohls leisten wollen [37]. Eine Sonderauswertung des dritten Freiwilligensurveys ergab, dass in Mecklenburg-Vorpommern der Anteil der freiwillig Engagierten im Jahr 2009 bei 29 % lag. Damit liegt ein Rückgang um 3 % im Vergleich zum Jahr 2004 vor. Jedoch sind darüber hinaus weitere 31 % zwar nicht ehrenamtlich aber öffentlich aktiv, d.h. sie sind in Vereinen, Organisationen und Institutionen beteiligt, üben aber keine bestimmte Tätigkeit oder Verpflichtung aus. Zwar liegt auch hier im Vergleich zum Jahr 2004 ein leichter Rückgang vor, aber der Personenkreis der öffentlich Aktiven stellt dennoch ein großes Potenzial dar, da die Ansprache oder sogar die eigene Initiative zur Erbringung bürgerschaftlichen Engagements gut möglich ist. Demgegenüber ist in Mecklenburg-Vorpommern der Anteil der öffentlich Aktiven über 60 Jahren gestiegen. Der Freiwilligensurvey ergab für das Jahr 1999, dass 26 % der über 60-Jährigen öffentlich aktiv sind. Im Jahr 2009 ergab sich ein Anteil von 33 %. [38] Doch für ältere Menschen ist das bürgerschaftliche Engagement nicht nur als auszuübende Tätigkeit, sondern auch als Unterstützung im Alter von Bedeutung. Eine Sonderauswertung des Freiwilligensurvey durch das Zentrum für Qualität in der Pflege ergab, dass ungefähr 2 % der Bevölkerung in Deutschland sich ehrenamtlich im Engagementfeld der Pflege und Gesundheit betätigen. Das Zentrum für Qualität in der Pflege führte darüber hinaus eine eigene Bevölkerungsbefragung durch: Dabei bewerteten 28 % der befragten Personen das Engagementfeld der Pflege als attraktiv. Von diesen würden 27 % die stationäre Pflege bevorzugen. [39]

5.1.2 Strukturen und Modelle

In Mecklenburg-Vorpommern besteht eine Vielzahl an Strukturen und Modellen zur Förderung und Umsetzung des bürgerschaftlichen Engagements. Im Folgenden werden ausgewählte Strukturen und Modelle überblicksartig dargestellt.

Strukturen:

- **Netzwerke:** In Mecklenburg-Vorpommern besteht z.B. der Verein "Netzwerk freiwilliges Engagement Mecklenburg-Vorpommern" e.V. als Träger einer landesweit aktiven Kontaktstelle. Dessen Ziel ist die Beratung und Fortbildung im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements. [33]
- **Austausch:** Die Ehrenamtsmesse in Mecklenburg-Vorpommern dient als Plattform des bürgerschaftlichen Engagements, indem bürgerschaftliche Aktive ihre Tätigkeitsfelder vorstellen und sich bürgerschaftlich Interessierte informieren können. [40]
- **Vermittler:** Die Freiwilligenagenturen übernehmen u.a. eine beratende Funktion für alle am bürgerschaftlichen Engagement Interessierten. Sie zielen darauf ab, die Verbindung zwischen bürgerschaftlich Interessierten und den Trägern freiwilliger Arbeit herzustellen und organisationsbezogene Beratungsangebote zu entwickeln. [41]
- **Koordinationsstellen:** Als ganzheitliche Koordinationsstelle für den Bereich der Wohlfahrtspflege fungiert die vom Land geförderte LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e.V. Sie dient als Ansprechpartner für Landesgremien und Institutionen,

erarbeitet und vertritt gemeinsame Zielstellungen und vertritt die Interessen Betroffener und Hilfebedürftiger. [42]

Modelle:

- **Besuchs- und Begleitdienste:** Die „Grünen Damen und Herren“, die auch an der Universitätsmedizin Greifswald zum Einsatz kommen, übernehmen im Krankenhaus oder in Alten- und Pflegeheimen Tätigkeiten wie z.B. die Begleitung zu Untersuchungen, Gesprächsangebote oder auch Unterstützung bei der Freizeitgestaltung. Ausgeschlossen werden dabei Tätigkeiten, die von bezahlten Fachkräften übernommen werden. Im Vordergrund steht die Entlastung der Hauptamtlichen und Angehörigen sowie die Einbindung der Betroffenen in ein soziales Umfeld. [43]
- **niedrigschwellige Betreuungsangebote:** In Mecklenburg-Vorpommern bietet z.B. Zentrum Demenz Schwerin niedrigschwellige Angebote in Gruppen und im häuslichen Umfeld an: Zum einen steht eine Betreuungsgruppe für Demenzkranke zur Verfügung, zum anderen werden ehrenamtliche geschulte Helferinnen und Helfer zur stundenweisen Entlastung in der Häuslichkeit vermittelt. [44]
- **Mehrgenerationenhäuser:** Der Bürgerhafen in Greifswald veranschaulicht, wie bürgerschaftliches Engagement, ausgeübt von Menschen aller Altersklassen, koordiniert und gefördert werden kann. Durch die Unterstützung des Bürgerhafens ist besonders für ältere Menschen eine geeignete Möglichkeit gegeben, eigene Projekte auszuwählen, zu initiieren und umzusetzen. [45] Projekte wie die Erstellung des „Wegweiser Demenz“, der relevante Informationen für Betroffene und Angehörige enthält, können das Gesundheits- und Pflegesystem unterstützen.
- **Unterstützung im Wohnumfeld:** Das DRK Senioren- und Servicezentrum in Lubmin als altersgerechte Wohnanlage besteht aus 45 Wohnanlagen und bietet ein selbstständiges Wohnen unter Betreuung [46]. Das Modellprojekt GeroMobil offeriert wohnortnahe und kostenlose Diagnose-, Unterstützungs- und Beratungsleistung für die Bevölkerung zur Sicherstellung der Möglichkeit des Verbleibs in der häuslichen Umgebung [47].

Die vorangegangene Darstellung verdeutlicht, dass Mecklenburg-Vorpommern ausgeprägte Strukturen und verschiedene Modelle im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements im Gesundheits- und Pflegesystem zu bieten hat. Die Herausforderung stellt für viele (auch potenzielle) Akteure und besonders für ältere Menschen die Erreichbarkeit der Einrichtungen bzw. Organisationen dar. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es lediglich zwei Freiwilligenagenturen. Beide befinden sich im Osten des Landes (Greifswald und Anklam). Die Erfüllung der Vermittlerfunktion wird somit erschwert.

Der Bürgerhafen Greifswald steht dieser Herausforderung ebenfalls gegenüber. In einem Gespräch mit der Koordinatorin des Bürgerhafens Frau Dr. Monika Meyer-Klette sowie den dort freiwillig Engagierten Frau Gerda Jahn und Frau Regina Werner zeigte sich, dass für viele ältere Menschen der Bürgerhafen nicht erreichbar ist und die Angebote daher nicht wahrgenommen werden können. Zwar führt eine relative Zersplitterung, die sich z.B. in dem Vorhandensein von Freiwilligenagenturen, Seniorenbüros und Ehrenamtskoordinatoren des DRK Landesverbandes darstellt, dazu, dass die Erreichbarkeit aufgrund dieser Vielzahl an Instanzen für einige Bürger erhöht wird. Aber gleichzeitig kann die sektorale Aufsplitterung aufgrund gemeinsamer Tätigkeitsfelder der Instanzen, wie z.B. der Vermittlung von bürgerschaftlichem Engagement, den Eindruck erwecken, dass parallele Prozesse vorstättengehen. In Mecklenburg-Vorpommern sollte diskutiert werden, inwieweit die Schaffung eines ganzheitlichen Konzeptes bzw. einer integrierten Infrastruktur für das bürgerschaftliche Engagement sinnvoll sein könnte, um die Orientierung der am Ehrenamt Interessierten und die Abstimmung der Tätigkeiten der Akteure sowie deren Weiterentwicklung voranzutreiben. [48] In dem Gespräch mit der Koordinatorin des Bürgerhafens Frau Dr. Monika Meyer-Klette sowie den dort

freiwillig Engagierten Frau Gerda Jahn und Frau Regina Werner wurde darüber hinaus darauf hingewiesen, dass die finanziellen Mittel in geringem Umfang zur Verfügung stünden, deren Beantragung sehr aufwendig und das Hauptamt als Unterstützung für das Ehrenamt daher unabdingbar sei. Dieser Aspekt sollte in einem ganzheitlichen Konzept Berücksichtigung finden.

5.1.3 Fragebogenerhebung in den Pflegeeinrichtungen der Lupenregionen

Für das Älterwerden steht im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements besonders die Pflege im Fokus. Um das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege in Tendenzen abbilden zu können, wurde eine Fragebogenerhebung in den stationären Pflegeeinrichtungen der Lupenregionen durchgeführt. Die Tabelle 12 stellt die **allgemeinen Merkmale** der stationären Pflegeeinrichtungen, die sich an der Fragebogenerhebung beteiligt haben, dar.

Tabelle 12: Merkmale der stationären Pflegeeinrichtungen, Datenquelle: eigene Erhebung.

Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen	n = 36	%
Trägerschaft		
Öffentlich	3	8,3
Privat	8	22,2
Freigemeinnützig	19	52,8
Ohne Angabe	6	16,7
Kreiszugehörigkeit		
Vorpommern-Greifswald	16	44,5
Ludwigslust-Parchim	20	55,4
Anzahl Bewohner		
Insgesamt	2239	
Davon Sozialhilfeempfänger	660	29,5
Mittelwert pro Einrichtung	62	
Geringste Anzahl	8	
Höchste Anzahl	160	

Die Tabelle 13 stellt die Merkmale der **ehrenamtlichen Mitarbeiter**³ in den Pflegeeinrichtungen dar.

Tabelle 13: Merkmale der ehrenamtlichen Mitarbeiter, Datenquelle: eigene Erhebung.

Anzahl der ehren-amtlichen Mitarbeiter	n= 76	%
Geschlecht		
Weiblich	69	90,8
Männlich	7	9,2
Alter		
Bis 29 Jahre	5	6,6
30 bis 49 Jahre	5	6,6
Älter 50 Jahre	66	86,5

Insgesamt sind 76 ehrenamtliche Mitarbeiter in 22 der 36 Pflegeeinrichtungen tätig. Der prozentuale Anteil der weiblichen ehrenamtlichen Mitarbeiter liegt bei 90,8 %. Darüber hinaus sind 86,5 % der ehrenamtlichen Mitarbeiter älter als 50 Jahre. Eine Sonderauswertung des Freiwilligensurveys durch das Zentrum für Qualität in der Pflege bestätigt diese Ergebnisse: Ehrenamtliche Mitarbeiter in der Pflege sind überdurchschnittlich häufig weiblich und überdurchschnittlich alt [39].

Die **Tätigkeit der ehrenamtlichen Mitarbeiter** (ohne Angabe n=13) stellt in 19 Pflegeeinrichtungen die Unterstützung bei der Freizeitgestaltung der Bewohner dar. Die Alltagsbegleitung wurde von sechs Pflegeeinrichtungen als Tätigkeit der freiwillig Engagierten angegeben. Behördengänge, Verwaltungsangelegenheiten und pflegerische Unterstützungsleistungen wurden jeweils einmal angegeben. In einer eigenen Bevölkerungsbefragung des Zentrums für Qualität in der Pflege gaben die Befragten an, dass die Engagierten in der Pflege u.a. die Alltagsbegleitung, die Freizeitgestaltung oder auch Behördengänge tätigen sollten [39], sodass wiederum eine Bestätigung der vorliegenden Ergebnisse durch repräsentative Ergebnisse gegeben ist. Eine Begründung für die Konzentration auf die Freizeitgestaltung könnte darin zu finden sein, dass in 18 Pflegeeinrichtungen unter den ehrenamtlichen Mitarbeitern kein Vertreter einer **Berufsgruppe aus dem Gesundheitswesen** vertreten ist (ohne Angabe n=14). Vier Pflegeeinrichtungen gaben an, dass unter den ehrenamtlichen Mitarbeitern Gesundheits- und Krankenpfleger vertreten sind und jeweils nur zwei Pflegeeinrichtungen bestätigten das Vorhandensein von Pflegern und Pflegehilfskräften unter den Engagierten, sodass in den meisten Pflegeeinrichtungen spezifische Fachkenntnisse und -kompetenz unter den ehrenamtlichen Mitarbeitern beruflich bedingt nicht gegeben sind.

Eine Untersuchung des bürgerschaftlichen Engagements in den Mitgliedsorganisationen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin, deren Fragebogeninstrument teilweise als Grundlage für die vorliegende Fragebogenerhebung diente, zeigte, dass ungefähr die Hälfte der teilnehmenden Organisationen einen **Koordinator** für das bürgerschaftliche Engagement besitzen. Allerdings wird diese Tätigkeit überwiegend zusätzlich ausgeübt, sodass die dafür zur Verfügung stehende Zeit begrenzt ist [49]. In der vorliegenden Erhebung bejahten acht Pflegeeinrichtungen die Frage, ob es in ihrer Einrichtung **einen** Mitarbeiter gibt, der für die ehrenamtlichen Mitarbeiter verantwortlich ist. In allen diesen Einrichtungen handelt es sich dabei um einen hauptamtlichen Mitarbeiter.

Wie in Abbildung 30 dargestellt, nutzen die Pflegeeinrichtungen zur **Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeitern** (ohne Angabe n=11) größtenteils die persönliche Ansprache (n=19).

³ Die Begriffe „bürgerschaftliches Engagement“ und „Ehrenamt“ werden im Folgenden synonym verwendet.

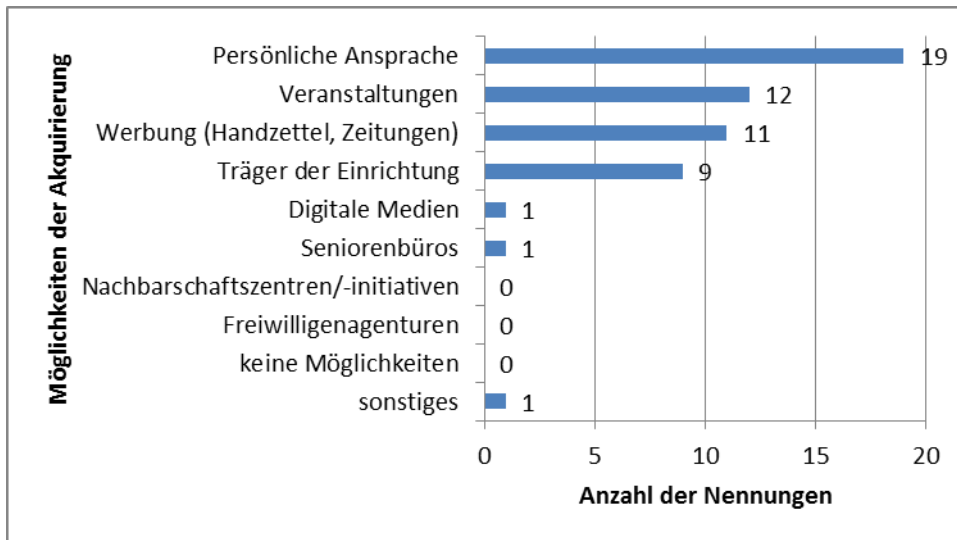


Abbildung 30: Instrumente zur Akquirierung von ehrenamtlichen Mitarbeitern, Datenquelle: eigene Erhebung.

Veranstaltungen als Möglichkeit der Rekrutierung von Engagierten nutzen zwölf Pflegeeinrichtungen und Werbung in Form von Handzetteln oder Zeitungen wird von elf Pflegeeinrichtungen eingesetzt. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der Fragebogenerhebung im Paritätischen Wohlfahrtsverband, in der sich die persönliche Ansprache und die Nutzung von Veranstaltungen ebenfalls als häufig genutzte Maßnahmen zur Gewinnung Engagierter herausstellten [49]. Allerdings wurden in dieser Studie u.a. die Freiwilligenagenturen als Instrument zur Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeitern identifiziert. Dieses Ergebnis kann die vorliegende Erhebung nicht bestätigen – was wiederum den Mangel an dieser Unterstützungsform in Mecklenburg-Vorpommern unterstreicht (s.o.).

Schließlich sollten mögliche **Motivationspotenziale** (ohne Angabe n=14) für die ehrenamtlichen Mitarbeiter identifiziert werden. Das am häufigsten genutzte Instrument stellen die Sachzuwendungen mit zehn Nennungen dar. Pauschale Aufwandsentschädigungen werden in neun Pflegeeinrichtungen angeboten und kostenlose Fortbildung bieten sechs Einrichtungen an. Finanzielle Aufwertungen, wie eine geringfügige Bezahlung (n=1) oder Honorare (n=3), spielen dagegen keine wesentliche Rolle.

5.2 Ehrenamtliche Arbeit in der Pflege und Stärkung der familiären Pflege

5.2.1 Situation der Angehörigenpflege und Abgrenzung zur professionellen Pflege

In Deutschland wurden 2011 über 1,18 Millionen pflegebedürftige Menschen von Angehörigen zu Hause versorgt [50]. Im Vergleich zum Jahr 2003 entspricht dies einen Zuwachs von 16 % [51] ausgehend von den insgesamt 2,5 Millionen Pflegebedürftigen (mit anerkannter Pflegestufe) übernahmen somit Angehörige die alleinige Betreuung und Versorgung von 47 % der pflegebedürftigen Menschen deutschlandweit. Der Angehörigen- bzw. Familienpflege muss daher eine tragende Rolle im Gesundheits- und Pflegesystem zugeschrieben werden.

In Mecklenburg-Vorpommern wird laut dem BARMER GEK Pflege-Report fast jede zweite pflegebedürftige Person ausschließlich durch Angehörige gepflegt [52]. In Hinblick auf die sich ändernden familialen Strukturen in M-V, welche geprägt sind von Abwanderungen jüngerer Menschen [53] sowie einem Anstieg von Einpersonenhaushalten [54], ist zu vermuten, dass die zukünftige familienbezogene Pflege in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung vor großen Herausforderungen steht. Die Mitglieder einer Familie als Gemeinschaft leben immer seltener generationsübergreifend zusammen in einem Haushalt. Vielmehr gestalten sich familiäre

Lebensformen über mehrere Haushalte hinweg [55], die geografisch nicht immer nahe beieinander liegen. Dadurch wird zum einen die familiäre Pflege des Patienten gefährdet, zum anderen werden sich bereits bestehende Belastungen pflegender Angehöriger weiter verschärfen.

Pflege durch Familienangehörige wurde oftmals als Laienpflege betitelt. Aufgrund negativer Assoziationen zu dieser Begrifflichkeit, hat sich der Begriff der „Angehörigenpflege“ durchgesetzt [56]. In Abgrenzung zur professionellen Pflege versteht Leininger [57, 58] unter der Angehörigenpflege *„alle traditionellen oder für eine bestimmte Kultur typischen heilenden oder pflegerischen Praktiken, die [...] meist im Rahmen der Familie oder anderer kleinerer Gemeinschaften praktiziert werden und darauf abzielen, anderen zu helfen und sie in ihren gesundheitlichen Bedürfnissen zu unterstützen.“* Professionelle Pflege hingegen verweist, wie bereits der Begriff verrät, auf fachlich erlerntes Pflegewissen, welches durch spezielle Ausbildungsinstitutionen vermittelt wird und darüber hinaus in der Regel mit einem Berufsabschluss (z. B. Gesundheits- und Krankenpflegerin) einhergeht [58]. Während es sich bei der professionellen Pflege um eine Erwerbstätigkeit im Sinne nichtmedizinischer Gesundheitsberufe handelt, ist die Angehörigenpflege als ein ehrenamtliches Engagement zu verstehen [56].

5.2.2 Herausforderungen und Belastungen für pflegende Angehörige

Eine Querschnittsuntersuchung zur Belastung und gesundheitlichen Situation der Pflegenden ergab, dass von 2000 befragten Pflegepersonen aus ganz Deutschland 61 % als mittelgradig und 15 % als sehr stark belastet eingeordnet werden können [59]. Hauptsächlich wurden die mangelnde Zeit für eigene Interessen, die eingesetzte Kraft in der Pflege sowie die fehlende Entspannung als Belastungen angesehen. Aber auch der Wunsch, aus der Pflegesituation „auszubrechen“ oder die erschwerte Bewältigung pflegeunabhängiger Aufgaben deuten auf ein enormes Problempotential hin, welches die Gesundheit der pflegenden Angehörigen stark gefährden kann. Zusätzlich besteht Isolationsgefahr der Pflegenden durch die Verringerung sozialer Kontakte und durch das Vorhandensein körperlicher Beschwerden, ausgelöst z. B. durch häufiges schweres Heben. [56]

Eine zentrale Rolle bezüglich der Stärke der Belastung der pflegenden Angehörigen spielt der zeitliche Pflegeaufwand. Die Studie zum Pflege- Weiterentwicklungsgesetz, durchgeführt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, erfasste den gegenwärtigen Zeitaufwand des pflegenden Angehörigen unabhängig von der Pflegestufe mit durchschnittlich 37,5 Stunden in der Woche [60]. Differenziert nach der Pflegestufe des betreuten Menschen können dem Pflegeaufwand folgende Stundenwerte zugeordnet werden:

Pflegestufe I	30,9 Stunden
Pflegestufe II	42,0 Stunden
Pflegestufe III	60,8 Stunden

Der unterschiedliche Stundenumfang kann u.a. damit begründet werden, dass mit zunehmender Pflegestufe die pflegerische Betreuung zunimmt. Das bedeutet, je eingeschränkter die alltäglichen Aktivitäten des Lebens sind, beispielsweise durch eine chronische Erkrankung, umso größer ist der pflegerische Unterstützungsbedarf durch Dritte. Darüber hinaus kann der genannten Studie entnommen werden, dass bei 67 % der pflegenden Angehörigen keine Pflegeerfahrungen vor Übernahme einer familiären pflegerischen Betreuung vorliegen [60]. Mit steigendem Pflegebedarf steigen die Belastungen für die Pflegenden sukzessiv an.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) referiert, dass die Situation für weibliche Hauptpflegepersonen mittleren Alters (40 bis 64 Jahre alt) besonders problematisch sei [61]. Sie stecken in einer „Sandwichsituation“, da sie zum einen für ihre eigene Familie sorgen und zum anderen für die pflegebedürftige Person aufkommen [61]. Dies kann nicht nur zu unbefriedigten

Familienbedürfnissen führen sondern auch die eigene Erwerbstätigkeit negativ beeinflussen. Die Situation verschärft sich durch die Tatsache, dass „Pflege“ oft einer Organisation bedarf, die sehr große Flexibilität auf Seiten der Pflegenden erfordert [62].

5.2.3 Einordnung der Angehörigenpflege in den gesetzlichen Kontext

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 ist auf der gesetzgeberischen Seite die Unterstützung der Angehörigenpflege gestiegen. Nachfolgend werden die ausschlaggebenden Gesetzmäßigkeiten kurz präsentiert:

- **Pflegezeitgesetz:** Das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) trat 2008 im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes in Kraft und umfasst u. a. die kurzzeitige Arbeitsverhinderung (§ 2 PflegeZG) und die Pflegezeit (§ 3 PflegeZG). Nach § 1 PflegeZG ist es das Ziel, die familiäre Pflege mit dem beruflichen Alltag besser zu vereinen.
- **Kurzzeitige Arbeitsverhinderung:** Tritt ein Pflegefall unerwartet und plötzlich ein, so haben berufstätige Angehörige das Recht, bis zu zehn Tage der Arbeit fernzubleiben, um die benötigte Pflege zu organisieren bzw. sicherzustellen. Dies geschieht beispielsweise, indem notwendige Pflegemaßnahmen von Angehörigen selbst durchgeführt werden bis professionelle Pflegeakteure (z.B. ambulante Pflegedienste) die Versorgung übernehmen können. Diese Regelung gilt für alle berufstätigen Personen unabhängig von der Betriebsgröße. [63]
- **Pflegezeit:** Liegt im Sinne der Pflegebedürftigkeit mindestens die Pflegestufe I vor, so haben Angehörige Anspruch auf Pflegezeit, um die betroffene Person in der häuslichen Umgebung eigenständig zu pflegen. Sie können sich teilweise oder vollständig von der Arbeit freistellen lassen. In Abstimmung mit dem Arbeitgeber beträgt die Höchstdauer der Pflegezeit sechs Monate. Ein Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber ist gesetzlich nicht vereinbart. Diese Regelung trifft für Betriebe mit 15 oder weniger Angestellten nicht zu. [63]
- **Familienpflegezeitgesetz:** Auf eine zusätzliche Unterstützung zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zielt das Gesetz zur Familienpflegezeit (FPfZG). Es trat 2012 in Kraft und ermöglicht Arbeitnehmern über 24 Monate hinweg die pflegerische Betreuung eines Angehörigen zu übernehmen und gleichzeitig die Wochenarbeitszeit auf 15 Wochenstunden zu reduzieren [64]. Darüber hinaus besteht eine Lohnfortzahlung, die höher ausfällt als die tatsächlich erbrachte Wochenarbeitszeit. Der so gewonnene Gehaltsvorschuss für den Arbeitnehmer wird nach Beendigung der Familienpflegezeit und dem wieder vollen Einstieg in den Arbeitsalltag durch ein reduziertes Gehalt ausgeglichen. [63]

Übernehmen Angehörige im Sinne dieser gesetzlichen Vorgaben die Versorgung und Betreuung eines Familienmitgliedes, so haben sie darüber hinaus Anspruch auf Pflegegeld und Pflegehilfsmittel. Dieser Anspruch wird durch die Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person gewährt. Die monatliche Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach dem jeweiligen Pflegeumfang und nimmt mit steigender Pflegestufe zu. [63] Ist eine Pflegeperson verhindert, z. B. durch Krankheit oder Urlaub besteht der Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für maximal vier Wochen pro Kalenderjahr. Der gleiche zeitliche Umfang trifft auf die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI zu. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht, wenn die häusliche Pflege im erforderlichen Umfang nur zeitweise oder noch nicht erbracht werden kann. Der Pflegebedürftige wird dann für maximal vier Wochen stationär pflegerisch versorgt.

Diese Hauptunterstützungsmerkmale suggerieren, dass die Übernahme einer pflegerischen Betreuung eines Menschen durch ein Familienmitglied gut zu organisieren sei. Dennoch wird immer wieder beobachtet [65, 66], dass eine fehlende Beratung die alleinige Organisation der Pflege durch einen Angehörigen massiv erschwert. Dieses Problem ist auf politischer Ebene bekannt, so dass in der jüngsten Vergangenheit das Bestreben nach einer angemessenen Angehörigenbetreuung

gewachsen ist. Als besonders innovativ stellten sich sogenannte **Pflegestützpunkte** heraus. Aber auch bundesweite individuelle Initiativen bieten Anlaufpunkte für informations- und ratsuchende Angehörige sowie Betroffene. Im nachfolgenden wird die Angebotsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern dargelegt.

5.2.4 Angebotsinfrastruktur für pflegende Angehörige in Mecklenburg-Vorpommern

Die Einrichtung von Pflegestützpunkten ist die Konsequenz des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes aus dem Jahr 2008. Die Stützpunkte offerieren Beratung und Unterstützung in allen pflegerischen Angelegenheiten im Sinne des § 92c SGB XI. In Mecklenburg-Vorpommern existieren derzeit 13 Pflegestützpunkte (PSP), mindestens einer in jedem Landkreis. Darüber hinaus bestehen in den Landkreisen Vorpommern Greifswald, Vorpommern Rügen, Rostock und Nordwestmecklenburg sogenannte Sprechertage (SpT). Die Landesregierung plant insgesamt 18 Pflegestützpunkte zu errichten. Abbildung 31 gibt einen Überblick der Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern [67].

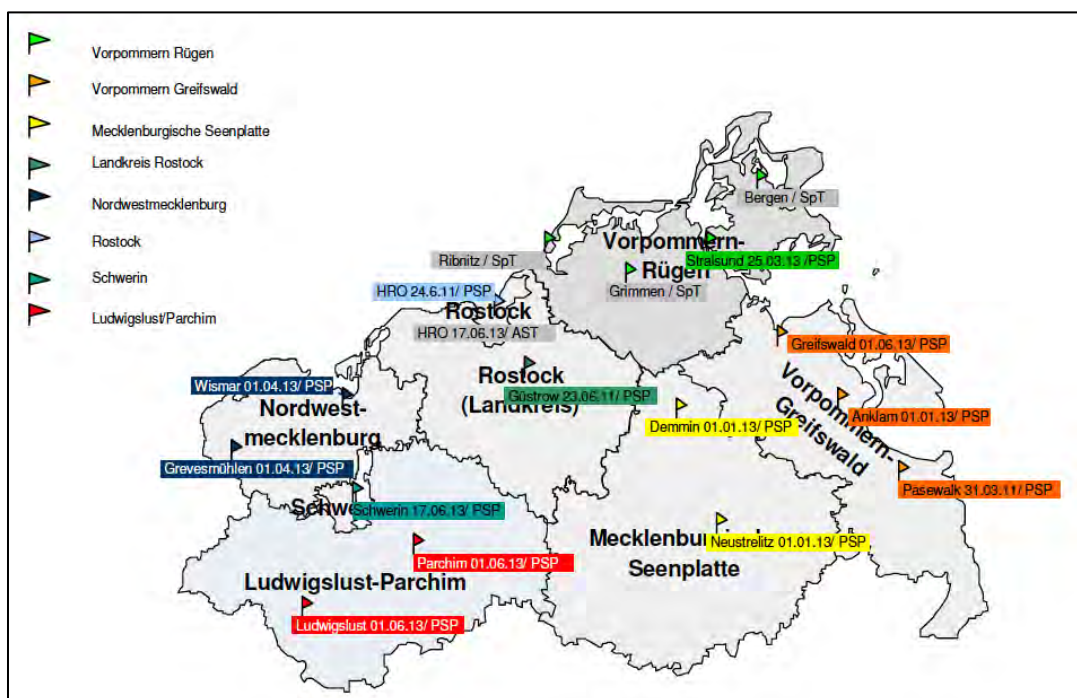


Abbildung 31: Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern, Quelle: Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (2013)

Die Kommunen sowie Pflege- und Krankenkassen sind die Träger der Pflegestützpunkte. Angehörige sowie von Pflege selbst betroffene Personen können sich jederzeit trägerneutral und kostenlos umfassend beraten lassen [68]. Da jedoch das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern in seiner Fläche sehr groß ist, sind die Wege zu den angegebenen Pflegestützpunkten nicht für alle Betroffene in angemessener Zeit zu bewältigen. Hinsichtlich dessen lassen sich jedoch kaum darüber hinaus neutrale Angebotsstrukturen für Angehörige und Pflegebedürftige finden, die besonders vor Beginn der eigentlichen Pflege für Betroffene wichtig sind. Vielmehr müssen diese auf internet- oder telefonbasierten Wegen nach Beratungs- und Informationsdiensten suchen. Als Herausforderung kristallisiert sich daher die Erreichbarkeit der Pflegestützpunkte heraus. Des Weiteren stellt sich die Frage inwieweit niedrigschwellige Angebote in ländlichen und städtischen Regionen als Entlastungs-

Beratungs- und Informationshilfe vorliegen. Nach der Betreuungsangeboteförderungslandesverordnung bzw. der Betreuungsangebotelandsverordnung ist es möglich, niedragschwellige Betreuungsangebote in Mecklenburg-Vorpommern ins Leben zu rufen, die aus Mitteln des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gefördert werden. Aus einer kleinen Anfrage der Landtagsabgeordneten Silke Gajek vom 30.05.2013 an das Sozialministerium zum Thema „Demenzstrategie der Landesregierung“ geht hervor, dass gerade einmal sechs Projekte auf Grundlage der genannten Verordnung gefördert wurden. Der Großteil davon befindet sich in bzw. um die Landeshauptstadt Schwerin sowie in größeren bevölkerungsreicheren Regionen. Demnach lassen sich auch in diesem Punkt kaum dezentrale Betreuungsangebote in M-V finden.

5.2.5 Explorationsstudie in den Lupenregionen Vorpommern Greifswald und Ludwigslust- Parchim

Um einen Eindruck davon zu erhalten, inwieweit pflegebedürftige Personen durch Angehörige in den Lupenregionen Vorpommern-Greifswald und Ludwigslust-Parchim versorgt werden, wurde eine Explorationsstudie durchgeführt. Diese umfasste einen Fragebogen zu dem Thema „Angehörigenpflege“ und richtete sich an ambulante Pflegedienste in den Lupenregionen. Ambulante Pflegedienste führen nach § 37 Abs. 3 SGB XI Beratungsgespräche bei Angehörigen durch, die pflegebedürftige Personen betreuen. Darüber hinaus sind ambulante Pflegeeinrichtungen in der Häuslichkeit von Patienten tätig, in dem sie auch des Öfteren die Pflege eines Menschen zusammen mit den Angehörigen gestalten. Tabelle 14 gibt einen Überblick der rekrutierten Pflegedienste.

Tabelle 14: Pflegedienste, Datenquelle: Eigene Erhebung

Trägerschaft	n= 35	%
Öffentlich	3	8,6
Privat	10	28,6
Freigemeinnützig	15	42,9
Ohne Angabe	7	20,0
Kreiszugehörigkeit		
Vorpommern Greifswald	25	71,4
Ludwigslust Parchim	10	28,6
Anzahl pflegebedürftiger Patienten:		
Gesamt	2641	100
Mittelwert pro Einrichtung	75	
Geringste Anzahl	15	
Höchste Anzahl	300	

Eingangs wurde danach gefragt, welcher Grund nach Einschätzung der ambulanten Pflegedienste vorliegt, der dazu führt, dass Angehörige die Pflege eines Familienmitgliedes übernehmen oder die Pflege eher ablehnen. Als Gründe für eine Pflege durch einen Angehörigen wurden am häufigsten **moralische Verpflichtung** mit 37,1 % genannt, gefolgt von dem **Wunsch des zu Pflegenden** mit 25,7 %. Unter der Rubrik **Sonstiges** mit 20 % wurden des Öfteren finanzielle Aspekte genannt.

Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheits- und Pflegesystem und in der Angehörigenpflege

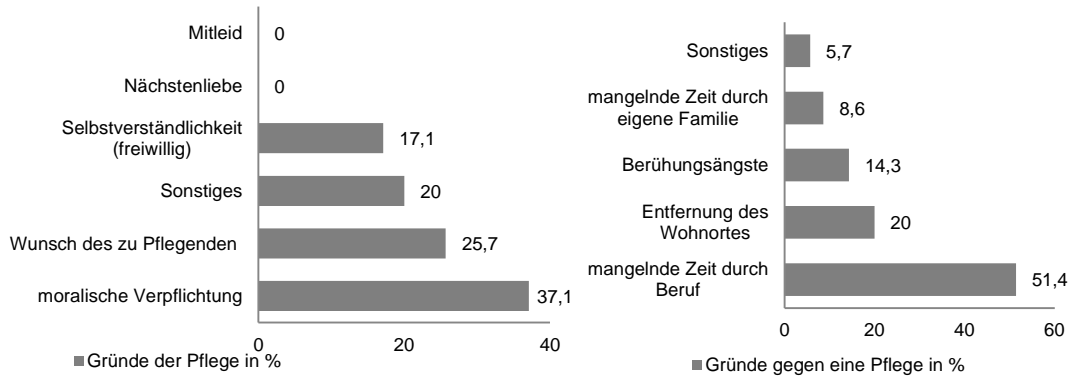


Abbildung 32: Gründe für und gegen eine Pflege durch Angehörige, Datenquelle: Eigene Erhebung

Anhand der Angaben des Statistischen Bundesamtes [50] werden 47 % der Pflegebedürftigen nur durch Angehörige gepflegt. In der Explorationsstudie stellte sich heraus, dass 19 % der Pflegebedürftigen, unabhängig von der Pflegestufe, Versorgung allein durch Angehörige erhalten. Aufgeschlüsselt nach den Pflegestufen werden sogar 70 % der pflegebedürftigen Personen mit der Pflegestufe I ohne Unterstützung professioneller Betreuung von Familienmitgliedern gepflegt. Dieser prozentuale Anteil nimmt mit höherem Pflegeumfang (Pflegestufen II und III) linear ab. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die pflegerische Versorgung eines Patienten zum Teil durch die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes sicherzustellen. Die Befragung ergab, dass ein Anteil von 31 % im Rahmen sogenannter Kombinationsleistungen pflegerisch versorgt wird.

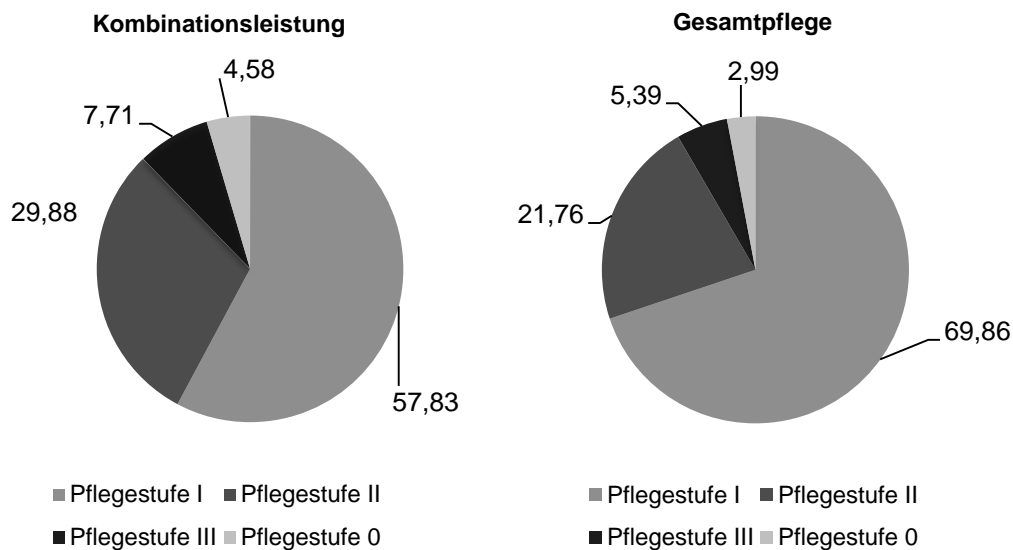


Abbildung 33: Übernahme der Pflege durch Angehörige nach Pflegestufe bezogen auf Teilübernahme (Kombinationsleistung) und Vollübernahme (Gesamtpflege), Datenquelle: Eigene Erhebung

Hinsichtlich der Frage, ob mit steigendem Pflegeaufwand der zu pflegenden Personen mehr professionelle Hilfe durch ambulante Pflegedienste in Anspruch genommen wird, antworteten 77 % der Befragten mit einem „Ja“. Nur 17 % empfanden dies nicht so.⁴ Der Grund, warum professionelle Pflegeakteure kontaktiert werden, liegt laut der Fragebogenerhebung mit 49 % in der Überlastung der pflegenden Angehörigen. Unstimmigkeit in dem Antwortverhalten zeigte sich indessen bei der

⁴ Zwei Antwortangaben (5,7%) fehlten

Frage, ob die ambulanten Pflegedienste den Eindruck haben, dass die Anzahl der pflegenden Angehörigen in den letzten 5 Jahren zugenommen hat. 45,7 % antworteten mit einem „Ja“ und 48,6 % mit einem „Nein“.

Die Pflegedienste der beiden Lupenregionen gaben an, dass **(Ehe-)partner** (44 %) und **Kinder** (39 %) der Pflegebedürftigen am häufigsten die pflegerische Versorgung übernehmen würden. Eher weniger wurde die Pflege durch **Geschwister** (3 %) oder **anderen Familienmitgliedern** (14 %) angegeben. Demnach kommen die hauptsächlichen Pflegepersonen aus dem engeren Familienkreis. Im Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ wird diese Beobachtung bestätigt. Darin stellten die Verfasser fest, dass besonders (Ehe-) Partner und Partnerinnen sowie Töchter und Söhne die größte Gruppe an Pflegenden darstellen [60]. Wie bereits erwähnt, verfügt ein Großteil der Angehörigen über wenig bis keine Pflegeerfahrungen. Bezüglich dessen scheint es interessant, inwieweit Pflegendе sogenannte Pflegekurse in Anspruch nehmen, die helfen, pflegerische Handlungsabläufe qualitativ zu verbessern. 49 % der ambulanten Pflegedienste antworteten, dass Angehörige sich nicht über Pflegekurse informieren. 43 % hingegen äußerten, dass Informationsbedarf auf Seiten der Angehörigen bestehe. Die tatsächliche Absolvierung von Pflegekursen liegt jedoch laut Angaben der Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz gerade einmal bei 12 % der Hauptpflegepersonen.

Darüber hinaus liegt der Anteil der alleinlebenden Pflegebedürftigen nach Ausführungen der rekrutierten Pflegedienste bei 42,2 %. 39,4 % leben zusammen mit ihren (Ehe-)partnern. Diese Angaben sind fast deckungsgleich mit den Ergebnissen des Abschlussberichtes zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. So sind 34 % alleinlebend und 28 % in ehepartnerschaftlichen Verhältnissen.

5.3 Konsequenzen für das Ehrenamt und die Angehörigenpflege in der Pflege

Es konnte aufgezeigt werden, dass sowohl das Ehrenamt als auch die Angehörigenpflege eine zentrale Rolle für das Älterwerden darstellen. Grundsätzlich gilt es, die bestehenden ehrenamtlichen und familialen Unterstützungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern zu erhalten und auszubauen. Dieses Ziel wird untermauert durch den Wunsch der pflegebedürftigen Personen, in vertrauten sozialen Umgebungen zu leben bzw. zu verbleiben sowie durch das Arrangement der Pflegenden und Ehrenamtler, diese umfassende Aufgabe zu tragen und zu unterstützen. Aufgrund demografischer Veränderungsprozesse und regionaler Gegebenheiten besteht jedoch zukünftig die Gefahr, dass die Ausübung freiwilliger sowie pflegender Tätigkeiten in ihrem Umfang abnehmen. Um diesem Prozess entgegenzuwirken, bedarf es zielführender Maßnahmen:

Schaffung einer flächendeckenden Erreichbarkeit

Die Strukturen des bürgerschaftlichen Engagements in Mecklenburg-Vorpommern sind zwar ausgeprägt, aber die Erreichbarkeit für viele Bürger in Mecklenburg-Vorpommern muss in Frage gestellt werden. Zudem erschwert die Segmentierung die Orientierung für Interessierte [48]. Angehörige stehen in akut eintreffenden Pflegefällen vor großen organisatorischen Herausforderungen. Gekoppelt mit der Annahme, dass nach § 2 PflegeZG nur 10 Tage zur Organisation der Pflege zur Verfügung stehen, bedarf es Unterstützungsangebote, die über die bereits vorhandenen Pflegestützpunkte hinaus, in greifbarer Nähe zu erreichen sind. Die Schaffung eines ganzheitlichen Infrastrukturkonzeptes, das alle Akteure des bürgerschaftlichen Engagements und der Angehörigenpflege einbezieht und deren Tätigkeiten aufeinander abstimmt, könnte beide Bereiche zusammenführen [48]. Es ist z.B. vorstellbar, dass ehrenamtlich Tätige als mobile Pflegeberater fungieren und betroffene Angehörige in ländlichen Gebieten ohne Pflegestützpunkte

auch zu Hause beraten. Der Aufbau dezentraler Pflegeberatungslandschaft für Mecklenburg-Vorpommern sollte somit oberstes Ziel sein.

Förderung von Austauschmöglichkeiten und Vernetzung

Es hat sich gezeigt, dass die Akquirierung von ehrenamtlichen Mitarbeitern größtenteils über die persönliche Ansprache erfolgt. Daher scheint es zielführend, neben der strukturellen eine persönliche Vernetzung zu fördern, die z.B. in Form von informativen Veranstaltungen erfolgen kann. Dabei sollten stets vorhandene Strukturen genutzt werden, d.h. die Koordinatoren des Ehrenamtes, die in einigen Pflegeeinrichtungen als solche tätig sind, könnten einen ersten Anknüpfungspunkt für die Verbesserung der Vernetzung darstellen. Pflegenden Angehörigen sind oft mit psychischen und physischen Belastungen konfrontiert. Ein Austausch mit „Gleichgesinnten“ im Rahmen von z.B. Selbsthilfegruppen könnte helfen, sich in der eigenen Situation verstanden zu fühlen. Darüber hinaus kann die Interaktion zu einem Wissenstransfer pflegerischer Maßnahmen führen. Schließlich sollten auch die Potenziale des Sozialraums genutzt werden, indem die Schaffung von Nachbarschaftshilfen besonders in den strukturschwachen, dörflichen Gebieten politisch gefördert wird.

Aufrechterhaltung der Motivation

In der stationären Fragebogenerhebung hat sich gezeigt, dass versucht wird, die Motivation in Form von Sachzuwendungen und pauschalen Aufwandsentschädigung zu steigern. Die finanzielle Aufwertung spielt eine eher untergeordnete Rolle. Ehrenamtliche Tätigkeiten werden freiwillig und unentgeltlich ausgeübt. Lediglich die Refinanzierung der anfallenden Kosten bei der Ausübung eines Ehrenamtes muss geboten sein. In der Fragebogenerhebung wurde von einer Pflegeeinrichtung darauf hingewiesen, dass eine höhere Refinanzierung der Ehrenamtskosten zur Förderung des Ehrenamts beitragen könnte. An dieser Stelle sollte überprüft werden, inwieweit die Refinanzierung zurzeit in Mecklenburg-Vorpommern gegeben ist.

Etablierung von Unterstützungs- und Entlastungshilfen in der Versorgung

Zur Vermeidung körperlicher Überlastung ist es denkbar, speziell für pflegende Angehörige Sport- bzw. andere Präventionskurse anzubieten, die von den Krankenkassen finanziert werden. Präventionskurse könnten den Fokus auf in der Pflege immer wieder kehrende Bewegungsabläufe legen. Darüber hinaus könnten aus gesundheitsförderlicher Perspektive geregelte Entlastungszeiten die soziale, physische und psychische Ebene berücksichtigen. Eine weitere Möglichkeit stellt der Einsatz ehrenamtlicher Helfer dar, der in Form niedrigschwelliger Betreuungsangebote offeriert wird. Engagierte Freiwillige können im Rahmen festgelegter Betreuungsangebote pflegende Angehörige sowie professionelle Pflegefachkräfte aktiv unterstützen. Die *Landesverordnung über niedrigschwellige Betreuungsangebote, ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfe sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen* bietet die rechtliche Basis zur Implementierung von Unterstützungs- und Entlastungshilfen, die eine wichtige gesellschaftliche Säule im Sozialsystem darstellen. Zukünftig ist es bedeutsam an bisherige Entwicklungen im Land anzuknüpfen. Junge wie ältere Menschen gilt es zu motivieren freiwillig intergenerativ tätig zu sein. Es gilt dabei die Ressourcen der Älteren zu realisieren, sowie die Neugier der Nachwuchsgeneration zu wecken. Der Einsatz von sogenannten Seniortrainern ist in den letzten Jahren in M-V weiter angewachsen. Doch auch in diesem Feld bedarf es dezentraler Strukturen um auch ländliche Regionen zu erreichen. Speziell im Bereich der Alten- sowie Angehörigenpflege wird der Bedarf an Entlastungshilfen in der Zukunft anwachsen. Dabei geht es nach Angaben des 6. Altersberichts nicht nur um die medizinisch-pflegerische Perspektive. Kommunikativ-soziale Unterstützung ist ebenfalls in ein „...auf soziale Teilhabe gerichtetes Verständnis von Pflege...“ [69]

und soll integriert werden. Demnach reichen häufig zur Alltagsabwechslung Gespräche oder gemeinsame Aktivitäten mit pflegebedürftigen Personen aus.

6 Finanzielle Aspekte der Versorgung

6.1 Finanzielle Auswirkungen der demographischen Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern

Krankheitskosten

Ein Indikator für das mit dem Alter ansteigende Krankheitsrisiko sind die Krankheitskosten pro Einwohner je Altersgruppe. [70] Die Krankheitskostenberechnung des Statistischen Bundesamtes beschreibt die Belastung der Volkswirtschaft durch bestimmte Diagnosen. Dabei werden direkte und indirekte Kosten unterschieden. Die direkten Kosten umfassen den Ressourcenverbrauch der unmittelbar mit der Behandlung in Verbindung steht (inklusive Prävention, Rehabilitation und Pflege). Die indirekten Kosten umfassen den mittelbaren Ressourcenverlust, der z.B. durch Arbeitsunfähigkeit entsteht. Diese werden in der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes durch die verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre dargestellt. [71]

Abbildung 34 verdeutlicht, dass die Krankheitskosten für ältere Menschen höher sind. Im Jahr 2008 betrug die durchschnittlichen Krankheitskosten je Einwohner in der Altersklasse der 65-Jährigen bis unter 85-Jährigen 6.520 Euro. In der Altersklasse der über 85-Jährigen lagen die Krankheitskosten je Einwohner sogar bei 14.840 Euro. Die Krankheitskosten für die 15-Jährigen bis unter 65-Jährigen hingegen lagen im Durchschnitt bei 2.140 Euro und damit deutlich unter denen der älteren Bevölkerungsschichten. [72]

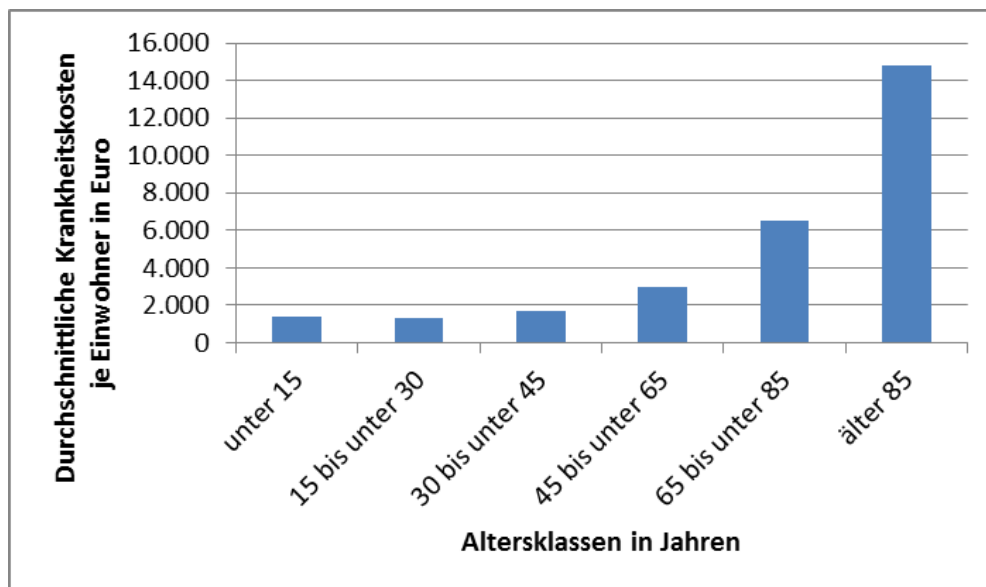


Abbildung 34: Krankheitskosten je Einwohner nach Altersklassen in Deutschland 2008, Datenquelle: Statistisches Bundesamt.

Eine entsprechende Ermittlung der Krankheitskosten für Mecklenburg-Vorpommern liegt nicht vor. Für die Berechnung der Krankheitskosten wurden folglich die Krankheitskosten je Einwohner in Deutschland des Statistischen Bundesamtes angenommen und auf Grundlage der aktualisierten 4. Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030 hochgerechnet. [73].

Unter der Ceteris-Paribus-Annahme, dass sich nur die Bevölkerungszahl verändert und alle anderen Variablen konstant bleiben, ergibt sich der in Abbildung 35 dargestellte Kostenverlauf für die Krankheitskosten in Mecklenburg-Vorpommern bis zum Jahr 2030.

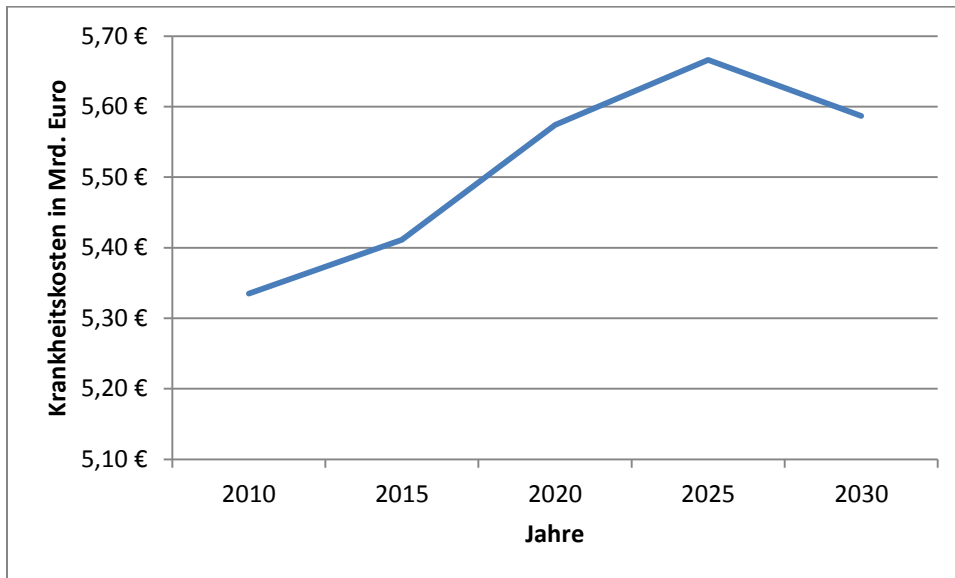


Abbildung 35: Entwicklung der Krankheitskosten in Mecklenburg-Vorpommern bis zum Jahr 2030, Datenquelle: eigene Berechnung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes und des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern.

Die Krankheitskosten werden in Mecklenburg-Vorpommern trotz sinkender Einwohnerzahlen ansteigen. Ab dem Jahr 2025 wird ein Rückgang der Krankheitskosten prognostiziert. Die Begründung für die sinkenden Krankheitskosten ab dem Jahr 2025 könnte zum einen in der niedrigen Geburtenrate der Kriegs- und Nachkriegszeit liegen, die dazu führt, dass die Altersklassen der über 85-Jährigen ab 2025 wieder schwächer besetzt sind, zum anderen könnte der gesamte Bevölkerungsrückgang zu sinkenden Krankheitskosten beitragen. Um eine fundierte Prognose abgeben zu können, bedarf es einer detaillierten Analyse unter Berücksichtigung weiterer Aspekte wie z.B. des technischen Fortschrittes.

6.2 Finanzielle Auswirkungen der Alterung auf die Pflegebedürftigkeit in Mecklenburg-Vorpommern

Es kann beobachtet werden, dass gesundheitliche Einschränkungen bzw. Probleme mit fortschreitendem Alter ansteigen sowie in ihrer Ausprägung komplexer werden [74]. Die mit dem Alter steigenden Prävalenzen sind im Kapitel 2.2 ausführlich dargelegt. Altersassoziierte Krankheiten sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen können demnach je nach Ausprägung, Art und Stärke alltägliche Handlungen eines Menschen beeinflussen. Dies wiederum kann dazu führen, dass Personen in ihrer Selbstständigkeit extrem eingeschränkt sind und somit u.a. eine pflegerische Versorgung durch Dritte benötigen. Überschreitet die pflegerische Hilfsinanspruchnahme einen gesetzlich festgelegten täglichen Minutenwert über eine Zeitperiode von mindestens sechs Monaten hinweg, so ist die betroffene Person im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig.

Die Anzahl pflegebedürftiger Personen in Mecklenburg-Vorpommern ist in der Vergangenheit stetig angewachsen. Rückblickend kann ein Zuwachs der Pflegebedürftigen ausgehend von dem Jahr 2005 zum Jahr 2011 um 32 % verzeichnet werden. Absolut entspricht dies einer Anzahl von 67.559 Personen im Jahre 2011. [75] Gegenwärtig weist Mecklenburg-Vorpommern, gemessen an der

Bevölkerungszahl, die bundesweit höchste Pflegequote von 4,1 % auf [76]. Abbildung 36 stellt den bundeweiten Vergleich der Pflegequoten optisch dar.

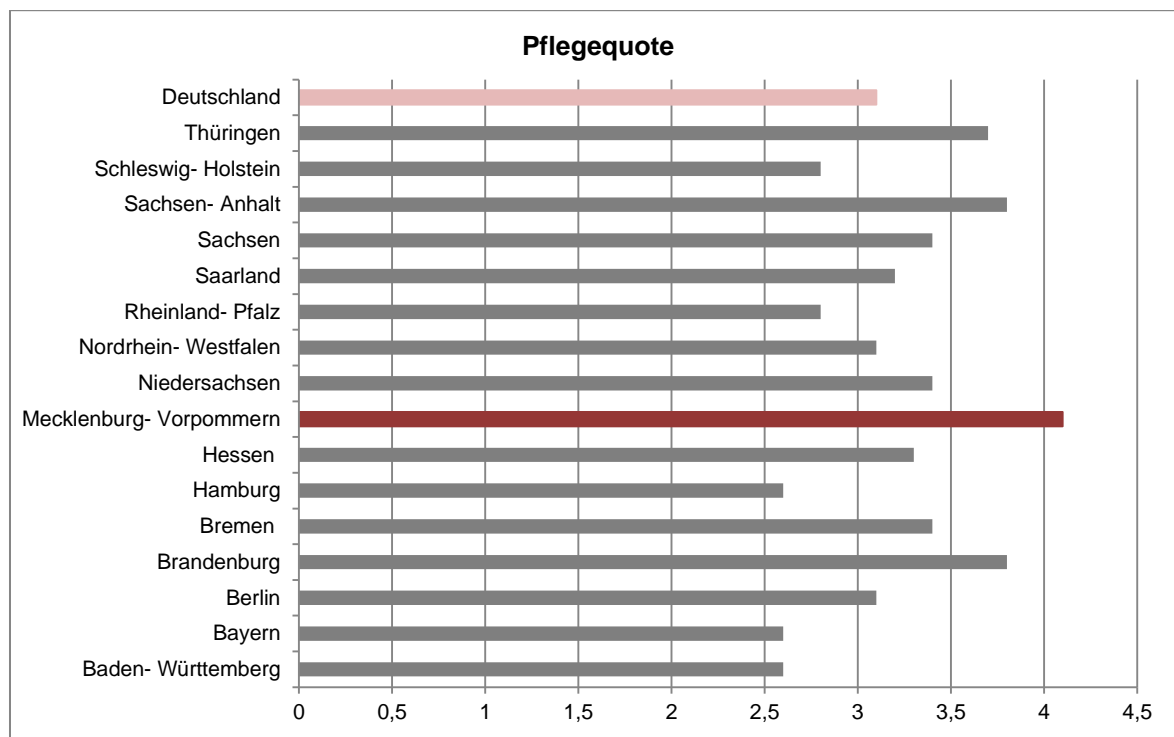


Abbildung 36: Pflegequote in Prozent im bundesweiten Vergleich, Datenquelle: Pflegestatistik 2011, Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

Von den genannten Pflegebedürftigen hatten im Jahre 2011 60 % die Pflegestufe I, 30 % die Pflegestufe II und 10 % die Pflegestufe III [75]. Zukünftig ist davon auszugehen, dass der Anteil der Pflegebedürftigen im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern in allen genannten Pflegestufen kontinuierlich zunehmen wird [52]. In Kapitel 3 wurde dargelegt, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit steigendem Alter erhöht.

Pflegekosten

Unter Pflegekosten werden im Folgenden die Ausgaben der Pflegeversicherung sowie die selbstzutragenden Kostenanteile im Falle pflegerischer Versorgung verstanden. Für Mecklenburg-Vorpommern stehen nach Alter gewichtet jedoch keine speziellen Daten zu den Pflegekosten zur Verfügung. Vielmehr lassen sich nur Zahlen identifizieren, die die durchschnittlichen stationären Pflegekosten pro Monat nach Pflegestufe für einen Patienten markieren. Zusammen mit den Angaben aus dem Barmer GEK Pflegereport von 2012 [52] wird dennoch versucht, die Pflegekostensituation in Mecklenburg-Vorpommern zu illustrieren.

Als besonders problematisch stellt sich der Fakt heraus, dass der privat zu tragende Anteil an Pflegekosten im Falle von Pflegebedürftigkeit zu einer starken Belastung der Betroffenen führen kann. So referiert der Barmer GEK Pflegereport, dass der Eigenanteil über die Gesamtlebenszeit betrachtet, für Frauen im Durchschnitt bei ca. 39.660 € und für Männern bei ca. 18.041 € liegt⁵. Diese Werte umfassen den ambulanten wie stationären Bereich. Differenziert betrachtet, sind die

⁵ Der geschlechtsspezifische Kostenunterschied lässt sich durch die längere Lebenserwartung weiblicher Personen erklären und der mit Alter und Geschlecht einhergehenden durchschnittlich längeren Pflegebedürftigkeit.

selbstzutragenden Kosten im stationären Sektor (Pflegeheime) bei den Frauen um bis das sieben Fache und bei den Männern um bis das fünf Fache höher als im ambulanten Bereich.

Tabelle 15 gibt einen Überblick über die monatlichen Pflegeheimkosten gegliedert nach Pflegestufen in Mecklenburg-Vorpommern. Die Höhe der gewährten gesetzlichen Leistungen deckt die entsprechenden Pflegeheimkosten nicht, sodass eine Finanzierungslücke entsteht, die durch den Betroffenen selbst getragen werden müsste. Darüber hinaus ist ersichtlich, dass mit steigendem Pflegeumfang der Eigenanteil linear zunimmt.

Tabelle 15: Pflegekosten in Mecklenburg-Vorpommern im stationären Bereich pro Monat, Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Vollstationäre Pflege			
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe 3
Pflegeheimkosten	1.921 Euro	2.281 Euro	2.717 Euro
Gesetzl. Leistungen	1.023 Euro	1.279 Euro	1.550 Euro
Finanzierungslücke	898 Euro	1.002 Euro	1.167 Euro

Unabhängig von der jeweiligen Pflegestufe würde dann, hochgerechnet auf zwölf Monate, eine Finanzierungslücke von rund 12.268 € entstehen. Obwohl referiert wird, dass die Pflegeheimkosten in Mecklenburg-Vorpommern im Bundesvergleich unterdurchschnittlich gering ausfallen, stellt die Kostenhöhe dennoch ein großes Problem dar, wenn bedacht wird, dass die Rentenbeträge der Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern durchschnittlich unter den selbstzutragenden Kostenanteilen liegen [77, 78]. Können daher die Pflegekosten nicht durch die pflegebedürftige Person allein finanziert werden, stellt im ungünstigsten Falle der Kommunale Sozialverband, im Rahmen der Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“), die restlichen Aufwendungen sicher. Diese liegen, laut dem Barmer GEK Pflegereport, auf die Gesamtlebenszeit fokussiert für Frauen bei 5391 € (stationär: 4415 €, ambulant: 976 €) und für Männer bei 2803 € (stationär: 2059 €, ambulant: 744 €). Den genannten Angaben zu Folge übernimmt damit die Pflegeversicherung gerade einmal rund 50 % der entstandenen Pflegekosten. [52] Für Mecklenburg-Vorpommern wäre eine gezielte Berechnung in Zusammenarbeit mit den Sozialämtern notwendig, um genaue Kostenanteile zu ermitteln, die durch die Kommunen getragen werden.

Auf Basis der Barmer GEK-Routinedaten lassen sich, sortiert nach Alter und Geschlecht, die monatlichen Durchschnittsausgaben für Pflegeleistungen pro Versicherten berechnen. Abbildung 37 illustriert dies anschaulich.

Darin wird ersichtlich, dass die monatlichen Versicherten Ausgaben nach Alter differenzieren. So fallen bis zu einem Alter von 59 Jahren weniger als 5 € monatlich für Pflegeleistungen pro Versicherten an. Erst im höheren Alter, ab 75 Jahren und älter, nehmen die pflegerischen Leistungsanspruchnahmen sprunghaft zu. [52] Darüber hinaus ist ein geschlechtsspezifischer Unterschied zu beobachten. Während bis zu einem Alter von 74 Jahren eher die Männer kostenintensiver sind, steigen die Versicherten Ausgaben der Frauen ab 75 Jahre über die der Männer. Unter Einbezug aller angegebenen Altersklassen ergibt sich ein ermittelter Durchschnittswert von 20,22 € monatlich pro Versicherten. [52] Diese Werte des Barmer GEK Pflegereports werden nun herangezogen, um die Pflegekosten im zeitlichen Verlauf bis zum Jahre 2030 für Mecklenburg-Vorpommern abzubilden. Es wird somit davon ausgegangen, dass die monatlichen Durchschnittswerte für Mecklenburg-Vorpommern übertragbar sind.

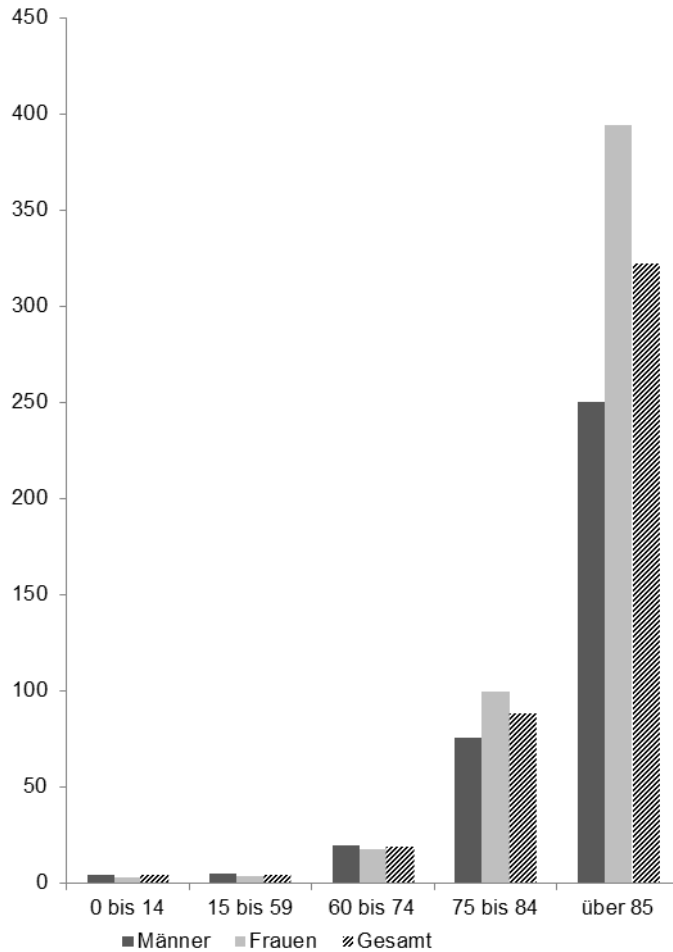


Abbildung 37: Mittlere monatliche Versichertenausgaben für Pflegeleistungen nach Alter und Geschlecht, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Barmer Pflege Report

Die im BARMER GEK Pflegereport abgebildeten Altersgruppen (wie in Abbildung 37 gegliedert) wurden für Mecklenburg-Vorpommern übernommen und mit Hilfe der 4. aktualisierten Bevölkerungsprognose vom statistischen Landesamt Mecklenburg-Vorpommern berechnet. So ist sichergestellt, dass die Berechnung der Pflegekosten für Mecklenburg-Vorpommern ein durchaus realistisches Abbild bis zum Jahre 2030 darstellt. Zur Bevölkerungsentwicklung gibt das Kapitel 2.1 Auskunft.

Unter der Ceteris-Paribus-Annahme, dass nur die Anzahl der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern sich verändert, ergibt sich nachstehender Pflegekostenverlauf, (Abbildung 38):

Trotz sinkender Bevölkerungszahl wachsen die Pflegekosten in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030 erheblich an. Ausgehend von rund 388 Millionen Euro aus dem Jahre 2011 lässt sich ein Anstieg auf rund 494 Millionen Euro bis zum Jahre 2030 in Mecklenburg-Vorpommern prognostizieren. Demnach kann festgehalten werden, dass der stattfindende doppelte Alterungsprozess (negative Geburtenrate, höhere Anzahl älterer Menschen) sich in den Kosten des Pflegesystems niederschlägt. Der in Kapitel 2 beschriebene positive Zusammenhang zwischen „Eintrittswahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit“ und „Alter“ zeigt sich folgerichtig auch bei Betrachtung des Kostenverlaufes. Dennoch gilt zu bemerken, dass ab 2025 eine leichte Rückwärtstendenz der Kosten abzusehen ist.

Wie bereits unter dem Kapitel 6.1 beschrieben, könnten die niedrigen Geburten der Kriegs- und Nachkriegszeit eine Ursache dieses Verlaufes sein.

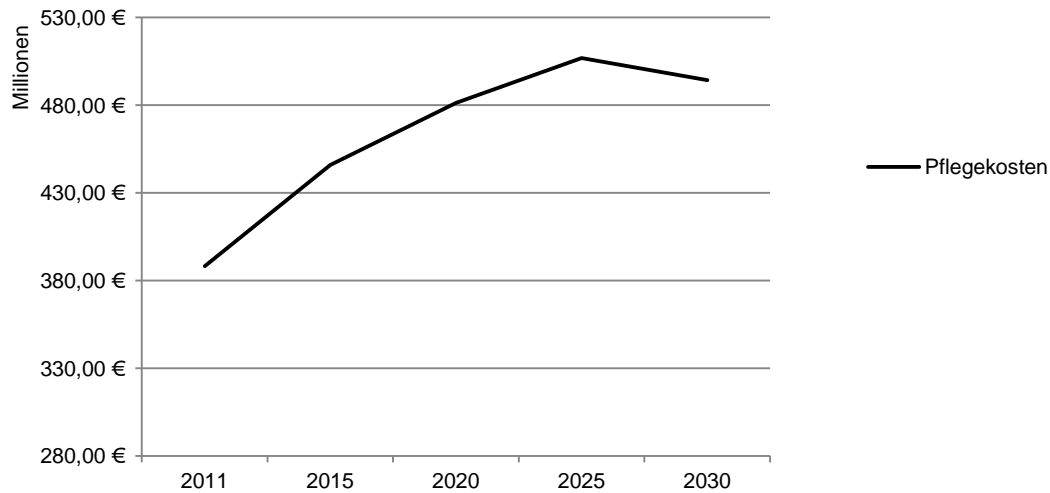


Abbildung 38: Entwicklung der Pflegekosten in Mecklenburg-Vorpommern, Quelle: Eigene Berechnung

Da die dargelegten Kosten lediglich auf die gesamte Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns bezogen wurden, wäre eine detaillierte Betrachtung nach Regionen in Mecklenburg-Vorpommern, aufgeschlüsselt nach Pflegestufe sowie ambulanten und stationären Sektor wünschenswert. Die Erhebung dieser Daten ist wichtig, weil eine ambulante pflegerische Versorgung für den Patienten sowie für das Gesundheits- und Pflegesystem in aller Regel günstiger ist als eine stationäre Pflege [52].

6.3 Kommunale Haushaltsbetrachtung

Die Einnahmen des kommunalen Haushaltes setzen sich u.a. aus kommunalen Steuereinnahmen, Finanzzuweisungen der Länder und den sonstigen Einnahmen (z.B. Gebühren) zusammen. Die Ausgaben bestehen zu größten Teilen aus den Personalkosten, den sächlichen Verwaltungs- und Betriebskosten und den Auszahlungen zur sozialen Sicherung. [79] Um die Auswirkungen der demografischen Alterung auf die öffentlichen Haushalte darstellen zu können, kann das Konzept der Altersstrukturprofile als Grundlage dienen. Dabei werden die öffentlichen Einnahmen und Ausgaben nach den jeweiligen Altersgruppen betrachtet. Unter dem Aspekt der Demografie kommt es zum sogenannten „Demografieeffekt“, der explizit die Auswirkungen der Alterung auf den Haushalt darstellt. Abbildung 39, die aus einer Untersuchung von Michael Hofmann und Helmut Seitz stammt, stellt die Salden aus Altersstrukturkostenprofil und Altersstruktureinnahmeprofil auf Basis einer Aggregatsbetrachtung für die **Gemeindeebene** in Deutschland je Einwohner in Euro nach Altersklassen dar. [80]

Finanzielle Aspekte der Versorgung

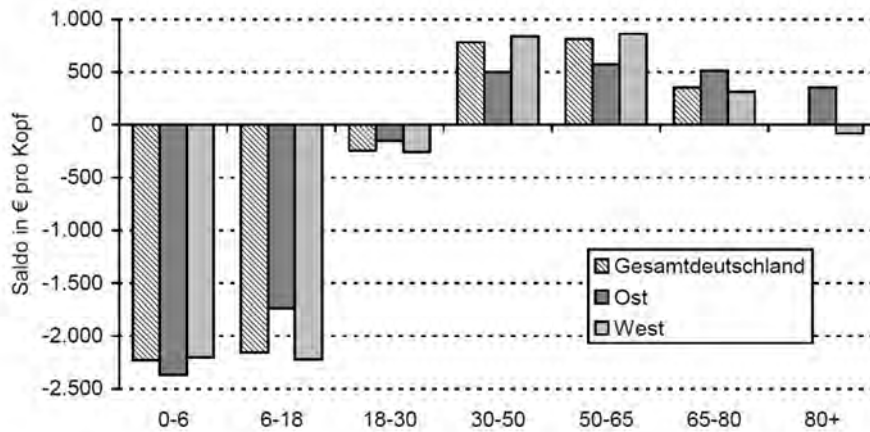


Abbildung 39: Saldo aus Altersstrukturkostenprofil und Altersstruktureinnahmeprofil für die Gemeindeebene in Euro je Einwohner auf Gemeindeebene 2004, Quelle: Hofmann, Michael; Seitz, Helmut (2007).

Einwohner in den niedrigen Altersklassen bis 30 Jahre können folgend als Nettoempfänger für die Gemeinden gelten, da überproportional hohe Pro-Kopf-Ausgaben vor allem in den Bereichen Kindergarten, Schule und Jugendhilfe getätigt werden, jedoch unterdurchschnittlich niedrige Einnahmen durch diese Altersklassen erzielt werden. Für die mittleren Altersklassen ab dem 30. Lebensjahr kann eine positive Bilanz angenommen werden, die hauptsächlich aus den Steuereinnahmen resultiert. Die Einwohner in den hohen Altersklassen ab 65 Jahren weisen ebenfalls noch eine positive Bilanz für den Haushalt auf. Insgesamt führt die Untersuchung von Michael Hofmann und Helmut Seitz zu dem Ergebnis, dass Gemeinden als Profiteure der veränderten Altersstruktur gesehen werden können, da sinkende Einwohnerzahlen in den niedrigen Altersklassen Einsparpotenziale mit sich bringen, die die sinkenden Steuereinnahmen in den mittleren Altersklassen kompensieren können. [80]

Eine weitere Untersuchung von Dirk Freigang und Michael Hofmann analysierte die Effekte des demographischen Wandels auf der aggregierten Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte in Deutschland. Insgesamt führt auch diese Untersuchung zu dem Ergebnis, dass ein positiver Demografieeffekt für die kommunalen Haushalte möglich ist. Der Vergleich von Landkreisen und kreisfreien Städten führt zu dem Ergebnis, dass die Landkreise trotz der geringeren Wirtschaftskraft von der demografischen Entwicklung stärker profitieren als die kreisfreien Städte. Die Begründung liegt in der demografischen Komponente, die stärker ausgeprägt ist (Jugendquote sinkt stärker). Dies kann zu einer höheren Verringerung der Ausgaben führen. Darüber hinaus müssen die kreisfreien Städte im Bereich der öffentlichen Infrastruktur in ihrer Funktion als Ober- und Mittelzentren höhere Ausgaben tätigen (z.B. Theater, Museen usw.). [81]

Die höchsten negativen Salden für den kommunalen Haushalt weisen die Einwohner unter 18 Jahren auf. Die Anzahl der unter 18-Jährigen wird in der Lupenregion Vorpommern-Greifswald von 32.062 auf 33.708 ansteigen, sodass sich durch diese Altersklasse keine Einsparpotenziale eröffnen. In der Lupenregion Ludwigslust-Parchim hingegen zeigt sich ein Rückgang von 30.495 auf 29.156 der Bevölkerung dieser Altersklasse, der mögliche Einsparpotenziale eröffnet. In den Altersklassen zwischen 30 und unter 65 Jahren wird in Vorpommern-Greifswald die Einwohnerzahl von 123.097 auf 92.930 zurückgehen. In Ludwigslust-Parchim wird die Einwohnerzahl in diesen Altersklassen von 115.287 auf 82.394 sinken. Damit gehen in beiden Landkreisen sinkende Steuereinnahmen einher. Die Einwohner der hohen Altersklassen verursachen positive Salden. In Vorpommern-Greifswald wird die Zahl der Einwohner, die über 65 Jahre alt sind, von 53.784 auf 68.690 ansteigen. In Ludwigslust-

Parchim wird diese Einwohnerzahl von 45.021 auf 63.322 ansteigen. Diese Entwicklung kann entsprechend positive Auswirkungen für die Haushalte mit sich bringen. [73] Festgehalten werden kann, dass die erwartete positive Entwicklung der Kommunalhaushalte aufgrund des Demografieeffektes hauptsächlich aus der sinkenden Einwohnerzahl in den jüngeren Altersklassen (0 bis 30 Jahre) und den damit einhergehenden Einsparpotenzialen resultiert. Diese Entwicklung kann bei Betrachtung der Lupenregionen nur für Ludwigslust-Parchim bestätigt werden. In Vorpommern-Greifswald wird eine Erhöhung der Einwohnerzahl in den niedrigen Altersklassen erwartet. Somit kann dort nicht mit Einsparpotenzialen gerechnet werden. Die Betrachtung der Lupenregionen verdeutlicht, dass die Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten der Landkreise und kreisfreien Städte unabdingbar ist. Die angeführten Studien auf Basis von Aggregatsbetrachtungen können Tendenzen abbilden. Eine individuelle Untersuchung der Landkreise und Gemeinden unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der Ermittlung von Salden aus Altersstrukturkostenprofil und Altersstruktureinnahmeprofil ist notwendig, um quantifizierbare Aussagen treffen zu können, da sich neben den regionalen Gegebenheiten auch die Aufgabenwahrnehmung zwischen den Gemeinden unterscheidet [82]. Zwar sind die Salden für die älteren Menschen positiv, da der Bund eine alterslastige Ausgabenstruktur aufweist und somit einen hohen Anteil der Ausgaben trägt [83], weitere Entwicklungen aufgrund der Alterung wie z.B. eine steigende Anzahl der Sozialhilfeempfänger in den hohen Altersklassen können den Saldo negativ beeinflussen [84]. Die damit einhergehenden höheren Ausgaben zur Grundsicherung im Alter und Hilfen zur Pflege können die positiven Salden der höheren Altersklassen in Frage stellen. Schließlich ist zu bedenken, dass die Verringerung der Einnahmen für die Kommunen ohne weiteres Zutun geschehen wird, die Senkung der Ausgaben jedoch wirksamer politischer Maßnahmen bedarf. Es ist wichtig, dass die Einsparpotenziale nicht als Kürzungen im Jugendbereich interpretiert werden; die Pro-Kopf-Ausgaben sollten deshalb möglichst konstant bleiben. Trotzdem bedarf es einer Ressourcenverminderung, die adäquat umgesetzt werden muss. [81] Insgesamt muss festgehalten werden, dass eine quantitativ belastbare Aussage darüber, wie stark die Steuereinnahmen sinken werden, ob die sinkenden Ausgaben im Jugendbereich erzielt werden und die sinkenden Steuereinnahmen kompensieren können und inwiefern weitere Effekte wie z.B. politische Aktivitäten die Salden beeinflussen, zur Zeit nicht möglich ist. Hierzu muss die Datenlage deutlich verbessert werden. Zur Bearbeitung dieses Themas sollte die Vergabe von Abschlussarbeiten an Hochschulen in Betracht gezogen werden.

6.4 Ökonomische Grundlagen der stationären Versorgung

In Deutschland reguliert üblicherweise der aus der sozialen Marktwirtschaft resultierende Wettbewerb das Angebot in Abhängigkeit von der Nachfrage. Dabei gilt das Wirtschaftlichkeitsprinzip: Je höher der erzielte Gewinn ist, desto höher ist die Effizienz eines kommerziellen Unternehmens. Im Gesundheitswesen spielen jedoch die Besonderheiten der Dienstleistung eine entscheidende Rolle, wodurch die Vergleichbarkeit mit anderen Märkten verringert wird. Zum einen ist eine Dienstleistung weder transportier- noch lagerbar. Somit spielt die Zugänglichkeit und damit die logistische Anordnung der Leistungserbringer eine entscheidende Rolle. Hinzukommt, dass erkrankte Menschen oder gar Notfälle nur gewisse Distanzen zurücklegen können, sodass die Zugänglichkeit erschwert wird. Zum anderen stellt die Gesundheitsversorgung eine existenzielle Dienstleistung dar. [85] Weshalb das angestrebte Ziel einer bedarfsgerechten, wohnortnahen Gesundheitsversorgung aufgrund dieser Gegebenheiten durch die Mechanismen des Wettbewerbs nicht immer ausreichend erreicht werden kann, soll im Folgenden anhand des stationären Sektors dargestellt werden.

In der Betriebswirtschaftslehre stellt die Effizienz das Kernstück eines Betriebes dar. Effizienz bedeutet, dass mit einem minimalen Input ein gegebener Output erreicht oder mit einem gegebenen Input ein maximaler Output erzielt wird, d.h. das Verhältnis von Output zu Input soll maximiert werden. In einem Krankenhaus stellt die menschliche Arbeitskraft den wichtigsten Inputfaktor dar; der messbare Output sind die erzielten Erlöse. Einer Studie von Lauterbach et al. nach können Krankenhäuser überhaupt erst ab einer Kapazität von 400 Betten effizient arbeiten [86]. Abbildung 40 zeigt, wie sich die Krankenhauslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern unter Einhaltung dieser Effizienzprämisse darstellen würde.



Abbildung 40: Einzugsgebiete der Akutkrankenhäuser mit mehr als 400 Betten in Mecklenburg-Vorpommern (Entfernung entlang des Straßennetzes), Quelle: Fleßa, Steffen; Gottschling, Martin. (2008).

Unter dieser Prämisse gibt es in Mecklenburg-Vorpommern 6 Akutkrankenhäuser (Stralsund, Greifswald, Neubrandenburg, Schwerin, Wismar und Rostock), die effizient arbeiten können. Für die Menschen weitab dieser Städte ergeben sich lange Anfahrtswege, die sich auf bis zu 108 Kilometer erstrecken. Der freie Markt kann daher die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen Gesundheitsversorgung nicht automatisch gewährleisten.

Ein Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern soll diese Aussage stützen: Das Krankenhaus in Bergen auf der Insel Rügen beantragte für die Geburtshilfe und Pädiatrie aufgrund eines negativen Abteilungsergebnisses einen Sicherstellungszuschlag von 600.000 Euro. Das Land und die Krankenkassen lehnten diesen Antrag ab. Das Sozialministerium von Mecklenburg-Vorpommern verwies dabei auf das positive wirtschaftliche Gesamtergebnis des Krankenhauses, dass das negative Abteilungsergebnis kompensieren können [22]. Das Krankenhaus müsse daher ein negatives Abteilungsergebnis in Kauf nehmen, um die Gesundheitsversorgung im Bereich der Geburtshilfe und

Pädiatrie für die Bewohner der Insel Rügen zu gewährleisten. Bei Schließung der Abteilung müssten die Bewohner bei Bedarf das Krankenhaus in Stralsund aufsuchen. Für die Bewohner im Norden der Insel am Kap Arkona geht mit dem Aufsuchen des Krankenhauses in Stralsund das Zurücklegen einer Strecke von fast 75 km einher. Der Zielkonflikt der Gesundheitsversorgung zwischen Effizienz und Gerechtigkeit wird deutlich: Einerseits sollen die Gesamtkosten der Versorgung minimiert werden, um die Effizienz zu erhöhen. Im Ergebnis würden wenige große Krankenhäuser bestehen. Andererseits ist eine möglichst gleichmäßige und wohnortnahe Versorgung das Ziel, das mit einer Verteilung vieler kleiner Krankenhäuser im Raum erreicht würde. [85] Es gilt also die Balance zwischen Effizienz und Gerechtigkeit zu finden, die der Staat durch Koordinierungsmaßnahmen wie z.B. den Sicherstellungszuschlag für Krankenhäuser anstrebt.

Mithilfe der Landeskrankenhausplanung sollen die Krankenhäuser so positioniert werden, dass die Zielfunktion als Kombination der Effizienz und Gerechtigkeit maximiert und ein Kompromiss gefunden wird. Dafür ist die Distanzreibung von Bedeutung: Mit steigender Distanz nimmt die Anzahl an Transaktionen ab, da die Transaktionskosten, die auch den Zeitaufwand für das Zurücklegen von Wegen umfassen, steigen. Mit zunehmender Distanz nimmt somit die Nachfrage ab, wodurch Bedarfe in entfernten Gebieten nicht gestillt werden können. In einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern ist somit eine gleichmäßige Gesundheitsversorgung kaum umsetzbar, da die Einwohner der ländlichen Regionen stets längere Wege zurücklegen müssen als die Einwohner der Städte. Im Ergebnis der Raumplanung entstehen für die Krankenhäuser Einzugsbereiche, die die durchschnittliche Distanz der Einzugsbevölkerung zu den Krankenhäusern minimieren. Abbildung 41 stellt eine Ausgangssituation mit drei Krankenhäusern dar [85].

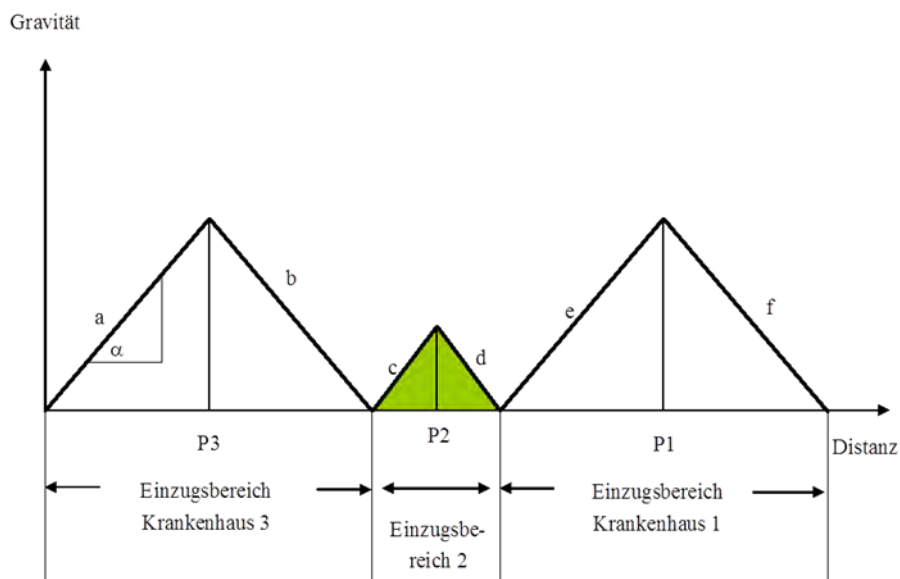


Abbildung 41: Einzugsbereiche von Krankenhäusern, Ausgangssituation, Quelle: [85]

Die Distanzreibung hat Auswirkungen auf die Einzugsgebiete. Für alle drei Krankenhäuser ist sie gleich groß, was durch die konstanten Steigungen der Einzugslinien (a,b,c,d,e,f) gekennzeichnet wird. Damit geht auch eine konstante Mobilität der Einzugsbevölkerung einher. Verschiedene Ursachen, wie der Markteintritt eines neuen Konkurrenten oder die erhöhte Attraktivität eines Nachbarkrankenhauses, können nun eine Veränderung der Einzugsbereiche bewirken. [85] Bezogen auf das Älterwerden muss jedoch die Annahme der konstanten Mobilität der Einzugsbevölkerung in Frage gestellt werden.

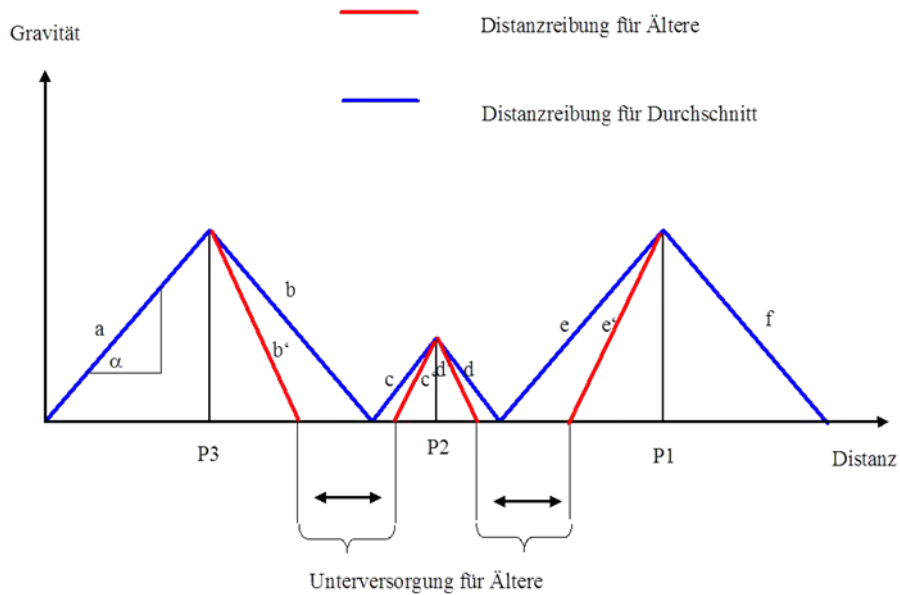


Abbildung 42: Veränderung der Einzugsbereiche für ältere Menschen, Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Fleßa [85]

Abbildung 42 zeigt, wie sich die Einzugsbereiche für ältere Menschen verändern können. Aufgrund mangelnder Mobilität können sie gewisse Distanzen nicht oder nur mit hohem Aufwand zurücklegen, sodass sich die Distanzreibung im Alter verändert. Eine stärkere Distanzreibung, in Abbildung 42 dargestellt durch eine erhöhte Steigung der Einzugslinien, führt im Ergebnis zu unterversorgten Regionen für ältere Menschen.

Die Ausführungen anhand der Bedarfsplanung des stationären Sektors zeigen, dass für die Bedarfsplanung in der Gesundheitsversorgung aus dem Zielkonflikt zwischen Effizienz und Gerechtigkeit eine zentrale Herausforderung resultiert. In einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern, das eine niedrige Bevölkerungsdichte aufweist, stellt die logistische Anordnung der Leistungserbringer eine besondere Herausforderung dar, die durch die demografische Entwicklung noch verstärkt wird. Es konnte aufgezeigt werden, dass eine besondere Berücksichtigung älterer Menschen bei der Versorgungsplanung notwendig ist, da eine Unterversorgung droht. Zum einen sollte es das Ziel sein, die Mobilität der älteren Menschen so lange wie möglich aufrechtzuerhalten, zum anderen müssen neue Versorgungskonzepte entwickelt werden, um die Gesundheitsversorgung älterer Menschen gewährleisten zu können. Eingriffe des Staates zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sind unabdingbar und nach Artikel 20 des Grundgesetzes ist die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen aufgrund der Verankerung des Sozialstaatsprinzips eine „unverrückbare Verantwortung“ des Staates [87], wobei nach § 6 KHG der Sicherstellungsauftrag beim Land liegt. Der Wettbewerb allein kann, wie zuvor aufgezeigt, die gleichmäßige und bedarfsgerechte Sicherstellung der Gesundheitsversorgung nicht immer gewährleisten.

7 Innovative Versorgungsmodelle

Die aktuellen und prognostizierten demografischen und versorgungsepidemiologischen Entwicklungen erfordern ein Umdenken sowohl in der medizinischen als auch in der pflegerischen Versorgung. Neben der Neustrukturierung und Neuverteilung der Aufgabenfelder der Berufsgruppen im Gesundheitssystem schließt dieser Prozess auch die Entwicklung und Implementierung innovativer, regionaler Versorgungsmodelle ein.

Die Modelle müssen dort ansetzen, wo bestimmte Aufgaben, Leistungen und Funktionalitäten der medizinischen und pflegerischen Versorgung von den Akteuren vor Ort nicht oder nur unvollständig erbracht werden können und setzen sich je nach Bedarf der jeweiligen Region aus verschiedenen Komponenten zusammen, z.B.:

- **Delegationsmodelle:** Sinnvolle Verteilung von Aufgaben, Leistungen und Kompetenzen zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und Sektoren, z.B. Delegation von hausärztlichen Hausbesuchen und medizinische Tätigkeiten in der Praxis (AGnES-Leistungen)
- **Kooperationen zwischen Leistungsanbietern** im ambulanten Bereich, z.B. zwischen Einzelpraxen und Medizinischen Versorgungszentren zur Abdeckung spezieller Leistungen.
- Kompensation von Aufgaben und Funktionalitäten im ambulanten Bereich durch Kliniken in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, z.B. durch die Übernahme bestimmter fachärztlicher Sprechstunden (Nutzung der Möglichkeiten des **Vertragsarztrechts-änderungsgesetzes**).
- **Kompensation stationärer Leistungen** durch Krankenhäuser der Maximalversorgung zur Unterstützung kleinerer Krankenhäuser, z.B. Abdeckung bestimmter Fachbereiche oder (telemedizinische) Unterstützung der Radiologie, Pathologie usw.
- **Telemedizinische Kommunikation** und Unterstützung zwischen Leistungserbringern (Klinik-Klinik oder Klinik-Praxis).
- **Telemedizinisches Monitoring** und gegebenenfalls Intervention bei Patienten (Klinik-Patient, Praxis-Patient, Klinik/Praxis-Patient) als Bestandteil von regionalen Versorgungskonzepten. [88]

7.1 Innovative Modelle für Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen

Das sich verändernde Krankheitsspektrum, der fortschreitende soziale Wandel und die zunehmende Komplexität der Behandlungen bei weiterhin begrenzten finanziellen Ressourcen der Sozialversicherungen erfordern die Weiterentwicklung der Arbeitsteilung aller Gesundheitsberufe in regional orientierten Versorgungskonzepten [89]. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 das Erfordernis einer Neuverteilung der Aufgaben zwischen den Akteuren empfohlen. [87]

Die stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die medizinische Versorgung kann einen Beitrag zur verbesserten Kooperation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen leisten, die Attraktivität der Berufe für engagierte Nachwuchskräfte steigern und eine effizientere sowie auch effektivere Gesundheitsversorgung der Bevölkerung unterstützen. [90, 91]

7.1.1 Delegation: AGnES (Arztentlastende Gemeinde-nahe E-Health gestützte Systemische Intervention)

Die hausärztliche Versorgung beinhaltet neben der Tätigkeit in der Praxis auch Hausbesuche. Eine Studie von Snijder et al. ermittelte, dass Hausärzte durchschnittlich 25 Hausbesuche pro Woche durchführen. 80,7 % aller Hausbesuche entfielen dabei auf Patienten ab 65 Jahren [92]. Delegation von hausärztlichen Tätigkeiten an nichtärztliche Praxismitarbeiterinnen kann die Arbeitsbelastung

des Arztes reduzieren. Der einzelne Hausarzt kann auf diese Weise mehr Patienten in einer größeren Fläche versorgen [93].

In den Jahren 2005 bis 2008 wurde durch das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald das Delegationskonzept AGnES (**A**rztentlastende **G**emeinde-**n**ahe **E**-Health gestützte **S**ystemische **I**ntervention) in vier Bundesländern erprobt [93, 94]. Das Konzept wurde in sieben Studien mit insgesamt 53 Hausärzten und 40 geschulten AGnES-Kräften (Pflegefachpersonen N=32, Medizinische Fachangestellte N=6) in vier Bundesländern getestet [93].

In den AGnES Studien wurden insgesamt 1.480 Patienten in 11.228 Hausbesuchen versorgt. Die Patienten waren im Durchschnitt 78,6 Jahre alt. Der überwiegende Anteil der Patienten (94,2%) war multimorbide. [95]

Die AGnES Fachkräfte übernahmen bei den Hausbesuchen unter anderem folgende Aufgaben:

- Durchführung von Assessments zum Gesundheitszustand des Patienten (z.B. geriatrisches Assessment)
- Erkennen und Beurteilen des Gesundheitszustandes und der gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten
- diagnostische- und therapeutische Leistungserbringung auf Delegationsbasis
- Monitoring der Patienten
- Förderung der Gesundheit von Patienten
- Schulung und Betreuung der Patienten und der Angehörigen
- Einsatz und Koordination von Telemedizin und TeleCare
- Kommunikation mit weiteren am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie dem sozialen Umfeld des Patienten [95, 96, 97, 30]

Für die qualitätsgesicherte Übernahme der ärztlichen Tätigkeiten in Delegation wurden die AGnES Fachkräfte durch das im AGnES Projektrahmen entwickelte Curriculum qualifiziert. [98, 99, 25, 30].

Die Hypothese, dass Delegation dem Hausarzt ermöglicht, eine deutlich größere Anzahl von Patienten zu versorgen, wurde bestätigt [4]. Auch eine Entlastung des einzelnen Arztes konnte gezeigt werden. Über 90 % der an den Studien teilnehmenden Hausärzte gaben an, dass ihre Arbeitsbelastung durch den Einsatz der AGnES-Praxis-Assistentin reduziert wurde [93].

Die erfolgreiche Umsetzung der Modellprojekte trug maßgeblich zur Integration der Delegation in das Gesundheitswesen durch die Novellierung des § 63 Abs. 3c SGB V im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes nach sich [90]. Seit dem 01.04.2009 können die delegierten Hausbesuche durch die Einführung einer Kostenpauschale durch den Gemeinsamen Bundesausschuss abgerechnet werden, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen [100]. Voraussetzung für den Einsatz einer nicht-ärztlichen Praxisassistentin im Hausbesuchsdienst ist, dass für das Gebiet, in dem der delegierende Hausarzt tätig ist, eine Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder ein zusätzlicher Versorgungsbedarf festgestellt sein muss.

Die Praxismitarbeiter, die die Hausbesuche durchführen, müssen speziell qualifiziert werden. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das am 01.01.2012 in Kraft trat, erweitert und präzisiert die gesetzlichen Regelungen zur Delegation mit dem Ziel eine wohnortnahe, bedarfsgerechte medizinische Versorgung in allen Regionen Deutschlands, insbesondere in den strukturschwachen ländlichen und dünn besiedelten Regionen zu ermöglichen. Ausdrücklich wird die flexible Gestaltung der Arbeitsteilung zwischen den medizinischen und nichtmedizinischen Berufen unterstützt [101]. Unverändert bleibt, dass der Arzt die Diagnose stellt, die Indikation prüft und den Therapieplan erstellt. Für die pflegerischen Kräfte erweitert sich das Handlungsfeld durch Spezialisierung und zusätzliche Qualifizierung. [90]

Aktuell gibt es Mecklenburg-Vorpommern in 132 Praxen 154 nichtärztliche Praxisassistentinnen vorwiegend nach dem VERAH Konzept. Diese Zahl nimmt aktuell stetig zu.

7.1.2 Delegation: Weiterentwicklung für spezielle Patientengruppen

Beispiele für die Weiterentwicklung des Delegationskonzeptes für spezielle Patientengruppen und deren spezifische Bedürfnisse gibt es z.B. für die Bereiche Psychiatrie und Demenz.

Demenz: die DelpHi-MV Studie

Eine Weiterentwicklung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegefachpersonen ist die DelpHi-MV Studie (**Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen** in Mecklenburg-Vorpommern). [102, 103] Das darin umgesetzte DCM Konzept ist speziell für die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz konzipiert.

Aufgaben der Dementia Care Manager umfassen:

- Analyse der medizinischen, pflegerischen und sozialen Situation der Menschen mit Demenz und gegebenenfalls Identifikation bestehender Versorgungsdefizite
- Durchführung von Assessments beim Menschen mit Demenz und den Angehörigen (z.B. Gesundheitszustand, psychiatrische Auffälligkeiten, pflegerische Probleme, Angehörigenbelastung, etc.)
- Erstellung von Interventionsmaßnahmen für den Menschen mit Demenz auf Basis des Assessments und mit Unterstützung des DelpHi Interventionsmanagementsystems (IMS)
- Erstellung von Unterstützungs- und Entlastungsmaßnahmen für die (pflegenden) Angehörigen auf Basis des Assessments und mit Unterstützung des DelpHi Interventionsmanagementsystems (IMS)
- Erstellung eines Hausarztbriefes mit Interventionsmaßnahmen
- Durchführung von Hausbesuchen
- Umsetzung der Interventionsmaßnahmen in Delegation des Hausarztes
- Monitoring der Interventionsmaßnahmen
- Interdisziplinäre Fallkonferenzen [30]

Koordination ist eine wesentliche Funktion, die die Dementia Care Manager übernehmen. Damit haben sie eine Schlüsselfunktion im subsidiären Versorgungsmodell inne. [104] Die DCM arbeitet eng mit dem Hausarzt zusammen, der bislang auf Grund der rechtlichen Bedingungen die Hauptverantwortung über den gesamten Behandlungsprozess trägt. Dies bedeutet, dass der Hausarzt die Auswahl der Initialdiagnostik zur Demenzerkrankung einschließlich der Empfehlung zur Differentialdiagnostik veranlasst. In Kooperation mit der DCM und auf Basis der Hausbesuche beim Menschen mit Demenz und seinem pflegenden Umfeld erfolgt darüber hinaus die Wahl der Behandlungsmethoden und die Entscheidung über die Notwendigkeit weiterer pflegerischer Leistungen und Unterstützungsmaßnahmen im sozialen Bereich. [102, 103, 99, 30]

Für die Übernahme der DCM Tätigkeiten wurde eine Weiterqualifikation basierend auf der Primärqualifikation Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege entwickelt. Das DCM Curriculum ist modular aufgebaut und wurde erstmals im Zeitraum von Januar 2012 bis Juni 2013 erprobt. [105, 30]

Psychiatrie:

Im Rahmen eines vom Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V geförderten Projekts zur Entwicklung eines Integrierten Funktionsbereichs Telemedizin (IFT) am Institut für Community Medicine wurde gemeinsam mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in 2009 ein

telemedizinisches Versorgungskonzept, bestehend aus telefonischen Kontakten und SMS-Nachrichten entwickelt. Die telemedizinische Betreuung wurde von speziell qualifizierten Pflegekräften im IFT durchgeführt. Ziel dieses Projektes ist die optimale Integration der Telemedizin in das Entlassungsmanagement nach (teil)stationärer Behandlung damit die benötigte therapeutische Unterstützung und Behandlung des Patienten auch im Falle einer längeren Wartezeit auf einem ambulanten Behandlungsplatz oder sogar das Fehlen einer Behandlungsmöglichkeit lückenlos weitergeführt werden kann, Brüche in der Betreuung vermieden werden und die Versorgungskontinuität gewährleistet werden kann.

Im Rahmen einer prospektiven, randomisierten Pilotstudie wurde dieses Konzept zwischen 2009 und 2012 bei insgesamt 120 Patienten mit Depression, Angst-, Anpassungs- und somatoformen Störungen nach Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik in Stralsund (Hansekllinikum) und Greifswald (Universitätsmedizin) untersucht. Im Vergleich zur Kontrollgruppe („usual care“), gab es in der Telemedizingruppe deutliche Verbesserungen besonders für Angstsymptome und Depression. Diese Verbesserungen waren insbesondere bei Patienten mit hohen psychischen Belastungswerten nach tagesklinischer Behandlung deutlich ausgeprägt und klinisch relevant. [106]

7.1.3 Greifswalder 3-Stufen-Modell

Die Tätigkeiten, die durch die nichtärztlichen Praxisassistentinnen in den AGnES-Projekten übernommen wurden, bedürfen einer ausreichenden Qualifizierung. Es wurde ein Schulungsbedarf von insgesamt 822 h (622 h Theorie, 200 h Praxis) ermittelt. Kontextabhängig werden unterschiedliche Tätigkeitsspektren des nichtärztlichen Personals benötigt. Nicht alle Gesundheitsberufe, die delegative Tätigkeiten übernehmen, benötigen die gesamte AGnES-Qualifizierung, daher wurde ein modulares Curriculum entwickelt, das sowohl bereits erworbene Qualifizierungen und spezifische berufliche Erfahrungen als auch den angestrebten Umfang der delegierbaren Leistungen berücksichtigt [95, 107]. Das sogenannte Greifswalder 3-Stufen-Modell zielt primär auf die Berufsgruppen Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege und Medizinische Fachangestellte ab. Die Stufung ermöglicht die Übertragung von Kompetenzen von der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten, die in Rufweite des Arztes und damit in der Arztpraxis ausgeführt werden (Stufe I) über die Delegation ausgewählter und spezifisch definierter Tätigkeiten in der Häuslichkeit des Patienten (Stufe II) bis hin zur Delegation von definierten medizinischen Tätigkeiten in der Häuslichkeit, die auch ein hohes Maß an Eigenständigkeit erfordern und daher teilweise schon zur Substitution gezählt werden können (Stufe III) (Abbildung 43). Delegation im Rahmen der Stufe III muss innerhalb des Rahmens der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und in enger Absprache mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Primärqualifikation und die Anerkennung bereits erworbener Zusatzqualifikationen können durch den modularen Aufbau der Curricula berücksichtigt werden [90].

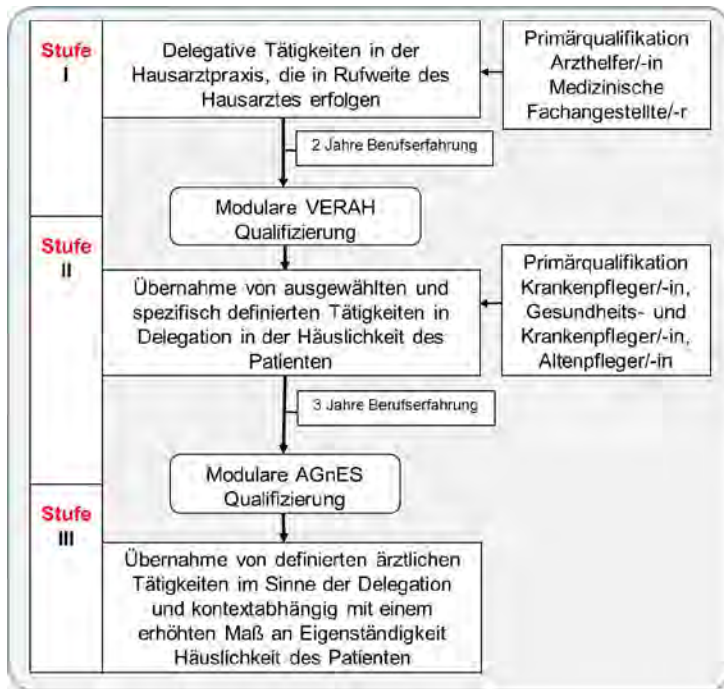


Abbildung 43: Qualifikationsstufen und Umfang der Übernahme medizinischer Tätigkeiten durch nichtärztliche Gesundheitsfachkräfte in Delegation (Greifswalder 3-Stufen-Modell). (Quelle: [90])

Das Drei-Stufen-Modell ermöglicht es dem nichtärztlichen Personal sich flexibel berufsbegleitend zu qualifizieren. Der Arzt kann sich das benötigte Qualifikationsspektrum seines Praxisteam für die individuellen Bedarfe aufbauen [90, 30].

Die GBA-Richtlinie sieht vor, dass nach der Qualifizierung der Fachkräfte in Modellprojekten ermittelt wird, wo bereits bestehende Curricula die in der Praxis benötigten Fähigkeiten und Fertigkeiten ausreichend vermitteln bzw. wo Spezifikationen der Curricula erforderlich sind. Werden die Modellprojekte positiv evaluiert, geht der G-BA von einer Übernahme der Modelle in die Regelversorgung aus [108]. Die Regelungen zur Qualifizierung sollten jedoch bundeseinheitlich erfolgen [90].

Die bereits erfolgreichen Evaluationen von Modellprojekten aus den AGnES-Praxisstudien belegen eine maßgebliche Sicherung und Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch speziell qualifizierte, nichtärztliche Fachkräfte [107, 99].

7.1.4 Substitution

Die Komplexität der Versorgung wird künftig steigen aufgrund der Zunahme der medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarfe der Bevölkerung. Diese Entwicklung erfordert eine Aufgabenneuverteilung zwischen den Professionen, die über die Delegation hinausgeht und insbesondere für die Pflege neue, spezialisierte Tätigkeitsbereiche eröffnet [109]. § 63 Abs. 3c SGB V legitimiert erstmals die Durchführung von Modellprojekten zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Fachkräfte der Kranken- und Altenpflege im Bereich der Substitution. 2012 ist eine entsprechende Richtlinie vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Kraft getreten. Für die Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten bedarf es einer entsprechenden Qualifikation und sie ist auf folgende fünf Indikationen beschränkt: Diabetes mellitus Typ I, chronische Wunden, Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie und Demenz. Innerhalb von Modellprojekten soll die Substitution wissenschaftlich evaluiert werden. Für die fünf Krankheitsbilder sollen spezifische Qualifikationen entwickelt werden.

Bei positiver Evaluation ist die Übernahme der Substitution ärztlicher Tätigkeiten für die genannten fünf Indikationen in die Regelversorgung vorgesehen [110]. [30].

7.2 Die pflegerische Ausbildung - zwischen Berufsbildung und Akademisierung

Die Reformierung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen erfordert eine Veränderung der derzeitigen pflegerischen Ausbildungsstrukturen.

Der Wissenschaftsrat geht künftig von einem steigenden Bedarf der interprofessionellen Zusammenarbeit aus, welcher eine Akademisierung von Pflegefachpersonen erfordert. Hierbei sind vor allem diejenigen Pflegefachpersonen akademisch auszubilden, die komplexe Aufgaben ausführen (ca. 10 bis 20 % aller professionell Pflegenden). Dazu plädiert der Rat für ein integratives Ausbildungsmodell, welches kooperativ zwischen Medizinischen Fakultäten und Hochschulen mit pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt umzusetzen ist [109, 30].

Es ist künftig davon auszugehen, dass die pflegerische Ausbildung sowohl an Schulen des Gesundheitswesens als auch an Hochschulen erfolgt. Lehmann et al. beschreiben dazu, dass mit diesen Ausbildungsstrukturen eine Anschlussfähigkeit innerhalb Europas erzielt werden kann. So sei beispielsweise eine Vergleichbarkeit mit Großbritannien, Frankreich und Österreich gegeben. Auch hier bestehen neben Ausbildungen im beruflichen Bildungsbereich Angebote im akademischen Kontext. In England wurden im Studienjahr 2009/2010 und in Frankreich im Studienjahr 2012/2013 alle berufsgebildeten Ausbildungsgänge durch Studiengänge ersetzt [111, 30].

Für die Praxis bedeutet dies, dass es eine Veränderung im Qualifikationsmix geben wird. Am Beispiel Österreichs beschreibt Sahmel die Umsetzung der Bildungssystematik für Pflegeberufe nach dem Vorbild des International Council of Nursing (ICN), die sich wie folgt zusammensetzt:

1. Nursing Support Worker
2. Licensed Practical Nurse
3. Registered Nurse
4. Nurse Specialist
5. Advanced Nurse Practitioner [112]

Eine Übertragung auf Deutschland unter Berücksichtigung der derzeitigen Rahmenbedingungen könnte wie folgt aussehen:

1. Nursing Support Worker (angelernte Hilfskräfte)
2. Licensed Practical Nurse (Assistenzpersonal mit Ausbildung)
3. Registered Nurse (dreijährige Berufsausbildung)
4. Nurse Specialist (dreijährige Berufsausbildung mit Weiterqualifikation oder Bachelor)
5. Advanced Nurse Practitioner (Master und/oder Promotion)

Bundesweit fokussieren die bislang bestehenden akademischen Ausbildungsangebote im Bereich der Pflege auf: (a) Management, (b) Pädagogik und (c) Pflegeforschung [113]. Die künftigen Versorgungsbedarfe der Bevölkerung erfordern, die Absolventen auch für eine unmittelbare Tätigkeit am Patienten adäquat zu qualifizieren. Mit der Entwicklung von dualen Pflegestudiengängen erfolgte ein erster Schritt in diese Richtung [30].

7.2.1 Generalisierung der pflegerischen Ausbildungsberufe

Die klassische Pflegeausbildung, wie sie auch gegenwärtig abläuft, unterteilt sich in drei zu erreichende Berufsabschlüsse: Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in und Altenpfleger/ in. Das Ministerium für Gesundheit ist für die beiden erstgenannten zuständig und das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Altenpflegeausbildung [114]. Die in Kapitel 2 genannten demografischen sowie epidemiologischen Herausforderungen machen jedoch eine Reformierung bestehender pflegerischer Ausbildungsstrukturen notwendig. Das Fortführen des bisherigen dreigliedrigen Ausbildungsweges würde evidenten Erkenntnissen der Pflegewissenschaft entgegenstehen. Statt einer Differenzierung der Ausbildungsinhalte nach Altersgruppen, bedarf es zukünftig eine Pflegeausbildung, die für ein präventives, kuratives, rehabilitatives, palliatives und sozialpflegerisches Handeln über alle Altersstufen hinweg qualifiziert [114]. In einem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe wurde dokumentiert, dass sich bereits 2009 die einzelnen Länder durch Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz und der Arbeits- und Sozialministerkonferenz auf eine Zusammenlegung des dreigliedrigen Pflegeausbildungssystems geeinigt haben [114]. Grundlegenden Anstoß gab das im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP festgeschriebene Ziel der 17. Legislaturperiode:

„Wir wollen das Berufsbild in der Altenpflege attraktiver gestalten. Darüber hinaus wollen wir die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisieren und zusammenführen.“

Die damit angestrebte Generalisierung der Pflegeausbildung soll vorrangig für die pflegerische und medizinische Versorgung aller Altersgruppen befähigen, ohne Fixierung auf einen spezifischen Bereich. Ammende formuliert diesbezüglich, dass eine generalistische Ausbildung als Grundbaustein fungieren müsse, dem eine Spezialisierung folgt. Die anschließende Spezialisierung könnte dann themen- aber auch altersgruppenspezifisch ausgestaltet sein [115]. Die Reform der Pflegeausbildung wird durch das Pflegeberufsgesetz, das im Jahr 2015 in Kraft treten soll, umgesetzt. In einem Presseartikel der Caritas wird der Schritt in Richtung Generalisierung mit dem Argument einer barrierefreien Einsetzbarkeit der Pflegekräfte positiv unterstrichen: „Einrichtungsträger können Pflegekräfte in allen Arbeitsfeldern einsetzen. Dadurch können Vorlieben und Wechselwünsche der Pflegekräfte während ihres Berufslebens berücksichtigt werden. Sie verbleiben so möglicherweise länger im Beschäftigungsverhältnis.“ [116]. Neben einer denkbar höheren Berufszufriedenheit, würde eine Generalisierung der Pflegeausbildung auch die berufliche Mobilität innerhalb der Europäischen Union zulassen [114]. Diese Punkte würden u.a. die Attraktivität des Berufsbildes Pflege stärken. Insgesamt wurden im Zeitraum von 2004 bis 2008 in acht Modellprojekten generalistische Schritte der Pflegeausbildung erprobt [117]. Es zeigte sich, dass die angedachte innovative Ausbildungsform eine bedeutende praktische Relevanz aufwies. Absolventen der Modellprojekte waren besonders an der facettenreichen Breite des Berufsfeldes interessiert [118]. Trotz zahlreicher Befürworter dieses Reformierungsweges müssen auch kritische Stimmen aufgegriffen und ernstgenommen werden: In einer Pressemitteilung des Bündnisses für Altenpflege wird auf die Gefahr eines verschärften Fachkräftemangels, speziell im Altenpflegebereich, durch die Etablierung generalistischer Ausbildungsstrukturen verwiesen. Darin wird festgehalten, dass eine Attraktivitätssteigerung für die Altenpflege entfallen würde [119]. Aufgrund der Tatsache, dass Mecklenburg-Vorpommern aktuell wie zukünftig die höchste Pflegequote bundesweit aufweist (somit die Anzahl der Pflegebedürftigen einen sehr hohen Anteil der pflegerisch zu versorgenden

Patienten ausmacht) sind politische Handlungsschritte gefordert, die im Sinne der beschriebenen Generalistik eine spätere Spezifizierung für die Altenpflege kommunizieren.

7.2.2 Ausbau und Reform der akademischen Ausbildung in der Pflege

Die Erarbeitung eines Curriculums zur Generalisierung der pflegerischen Ausbildungsberufe wird auch von der Frage begleitet sein müssen, in welcher Ausbildungsform zukünftig das Pflegepersonal aus- und weitergebildet wird. Hier stellt sich die Situation, dass aktuell in Deutschland die Berufsausbildung grundsätzlich an Berufsfachschulen erfolgt und die Hochschulen das i. d. R. an Pflegemanagement, Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik orientierte Berufspotential bilden. Im Zeitraum von 1999 bis 2009 wurden etwa 200 gesundheitsbezogene Studiengänge, darunter 50 Studiengänge für Pflege, neu eingerichtet [120].

An der Hochschule Neubrandenburg werden in Bachelor- und Masterstudiengängen Studierende der Fachrichtung Pflegewissenschaft/-management sowie Berufspädagogik für Gesundheit und Pflege (Lehramt) ausgebildet. Darüber hinaus existiert ein Dualer Studiengang Pflege, in welchem Studierende in Kooperation mit einer Berufsfachschule den Beruf in der Gesundheits-/Krankenpflege oder der Altenpflege erlernen und gleichzeitig ein Bachelor Studium der Pflegewissenschaft/-management absolvieren.

Der duale Studiengang hat eine hohe Nachfrage, trotz der Doppelbelastung. Erfreulicherweise zeigt sich das Ausbildungsprogramm als hoch attraktiv zum Einstieg in den praktischen Pflegeberuf. Ein hoher Anteil der dualen Absolventen wählt später den Weg in die direkte Pflege. Diese Ausbildungsform könnte kapazitätsorientiert ausgebaut werden bzw. zukünftig in ein primärqualifizierendes Studienprogramm überführt werden (Modellstudiengang).

Neben dem Reformbedarf in der beruflichen Ausbildung, zeigt sich ein Bildungsbedarf in der Anpassung der Pflegequalifikationen bei gleichzeitiger Veränderung der Qualifikationsformen im Hochschulbereich. Nicht nur in der postgradualen Qualifizierung, sondern gerade in der Entwicklung von an den künftigen Versorgungsbedarfen orientierter grundständiger Bachelor- und fachspezifischer weiterbildender Masterstudiengänge im Präsenzstudium oder „in Distance Learning“-Programmen. Aktuell Berufstätigen muss der Hochschulzugang zur Absolvierung eines z. B. berufsfeldbezogenen Masterprogramms unmittelbar ermöglicht werden, um den Bildungsbedarf in der Pflege umsetzen zu können. An der Hochschule Neubrandenburg studieren im Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management ca. 40 Prozent der „Erstsemester“ mit einer absolvierten Berufsausbildung in Gesundheitsfachberufen, welche – sofern ein Mastergrad angestrebt wird – dem Arbeitsmarkt für fünf Jahre nicht zur Verfügung stehen. [121] Die Studienprogramme müssen der Art gestaltet sein, dass dem Berufsfeld nicht die Mitarbeiter auf Dauer entzogen werden.

Hier bedarf es gestufter Teilzeitstudiengänge, welche sich an der beruflichen und sozialen Situation der Weiterbildungsinteressenten orientieren. Im Rahmen der Hochschulentwicklungsplanung sind derartige Studienprogramme zukünftig zu erörtern und im Landesinteresse zu fördern.

7.2.3 Mögliche kooperative akademische Ausbildungskonzepte: Medizinische Fakultäten und Fachbereiche Pflege der Hochschulen in Deutschland

Die zukünftige Versorgungssituation muss Grundlage der Entwicklung kooperativer Studiengänge sein. Die Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die eine Patientenorientiertheit sicherstellen, muss hierbei im Vordergrund stehen. Daher fordert der Wissenschaftsrat Bachelorausbildungsstrukturen, die zur unmittelbaren Pfl egetätigkeit am Patienten befähigen. [109] Bachelorstudiengänge sollten daher primärqualifizierend generalistisch ausgerichtet sein, während

konsekutive Masterstudiengänge eine Spezialisierung für ein Arbeitsfeld in der Pflege ermöglichen [122, 123].

Innerhalb der Studiengänge sollte eine vertikale Durchlässigkeit bezüglich der Anerkennung von Qualifikationsstufen, die die Angehörigen der pflegerischen Berufsgruppen bereits in ihrem Berufsleben erworben haben (z.B. grundständige Berufsausbildung, berufliche Weiterqualifikation, Fachweiterbildung etc.), eingerichtet werden. Auch müssen Anerkennungsverfahren entwickelt werden, um berufsgebildeten Pflegefachpersonen ohne formale Hochschulzugangsberechtigung eine akademische Pflegeausbildung zu ermöglichen. Dies könnte die Attraktivität der Pflegeberufe steigern und zu mehr Bewerbern führen.

Abbildung 44 zeigt exemplarisch ein kooperatives akademisches Ausbildungsmodell für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern auf der rechtlichen Grundlage des § 4 Abs. 6 und 7 des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) und § 4 Abs. 6 und 7 des Altenpflegegesetzes (AltPflG).

Die Kooperation zwischen der Universitätsmedizin und der akademischen Pflegebildung an der Hochschule Neubrandenburg soll zu einer Annäherung der beiden Professionen Medizin und Pflege führen und kann ein gesteigertes Qualifikationsniveau der Absolventen bewirken.

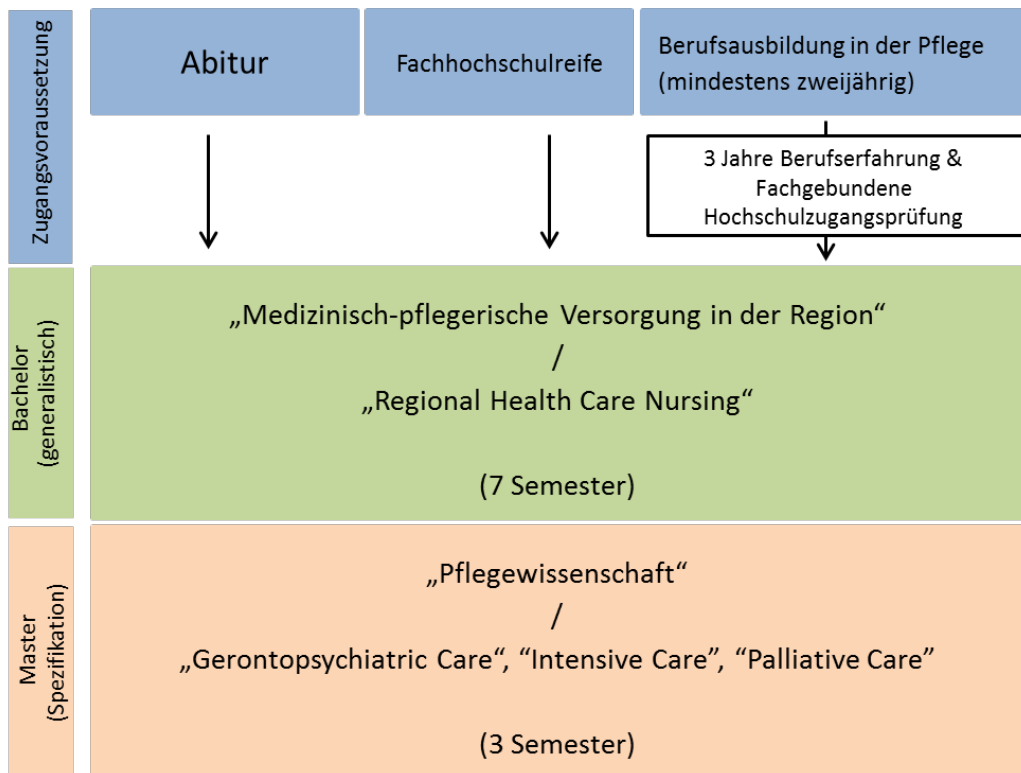


Abbildung 44: Kooperatives akademisches Pflegebildungsmodell Hochschule Neubrandenburg – Universität Greifswald
Quelle: [30]

Zugangsvoraussetzung für das kooperative akademische Ausbildungskonzept sind einerseits das Abitur bzw. Fachhochschulreife, andererseits eine mindestens zweijährige Berufsausbildung in der Pflege und eine dreijährige Berufserfahrung sowie eine zusätzliche fachgebundene Hochschulzugangsprüfung [30].

7.2.4 Weiterer Forschungsbedarf im Rahmen der Aufgabenneuverteilung

Die Anzahl komplexer Behandlungsfälle mit zeit- und kostenintensiven Versorgungsbedarfen nimmt zu. Dies führt zu einer Zunahme der Arbeitsintensität und -komplexität am Patientenbett. Künftige

berufsbildete und akademisch gebildete Pflegefachpersonen müssen auf diese komplexen Herausforderungen adäquat vorbereitet werden. [30]

Gleichzeitig muss der bestehende Fachkräftemangel in der Pflege bei der Neustrukturierung der Aufgaben zwischen den Akteuren Berücksichtigung finden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schlägt unter anderem folgende Empfehlungen vor: (1) Entwicklung von regional differenzierten und innovativen Konzepten zur Arbeitsteilung zwischen den Professionen, (2) Entlastung der ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe von Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten durch Verwaltungsfachkräfte und durch die Nutzung von Informationssystemen [30]. Maßnahmen gegen den Pflegefachkräftemangel:

- Reform der Ausbildung
- Ausweitung der Ausbildungskapazitäten
- Ausbau der Professionalisierung und Akademisierung (Aufbau von grundständigen, primärqualifizierenden bzw. ausbildungsintegrierten Bachelorstudiengängen und konsekutive Masterstudiengänge)
- Weiterqualifizierung der Pflege
- Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes
- Statusaufwertung der pflegerischen Profession
- Karrieremöglichkeiten
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Bezahlung
- Wissenschaftliche Nachwuchsförderung [22]

Die Konzeption, Erprobung und wissenschaftliche Evaluation der Aufgabenneuverteilung zwischen den Gesundheitsfachberufen sowie der Entwicklung eines veränderten Professionenmixes erfolgt nach Ansicht des Sachverständigenrates bislang nur schwerfällig. Hintergrund sind die schwierigen Umsetzungsmodalitäten. Der Rat schlägt daher vor, die derzeit bestehenden gesetzlichen Regelungen (§ 63 Abs. 3c SGB V) erneut auf den Prüfstand zu stellen, um künftig die Entwicklung und Erprobung von innovativen Lösungen für die Versorgungsprobleme insbesondere im ländlichen Raum zu beschleunigen [22]. [30]

Im ersten Schritt bedarf es der Beschreibung des Aufgabenfeldes der Pflege, bei gleichzeitiger Abgrenzung der Aufgabenfelder zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen innerhalb der pflegerischen Profession. Für die künftig akademisch auszubildenden Pflegefachpersonen schließt die Beschreibung des Aufgabenfeldes auch die Spezialisierungsmöglichkeiten mit ein. Als Vorbild können bereits im Ausland existierende akademische Qualifizierungsmodelle dienen, wie beispielsweise Advanced-Nursing Practice (ANP), worauf in Kapitel 7.2.6 genauer eingegangen wird. [30]

7.2.5 Gemeinsames Lernen

Die Umstrukturierung kann zum Beispiel in gemeinsame Ausbildungsmodule von Schülern bzw. Studierenden der Pflege und Medizinstudierenden münden. Der Trend zur Delegation führt zu neuen Aufgabenfeldern, für die interdisziplinäre Kommunikation und Teamorientierung an Bedeutung gewinnen. Beispiele für Projekte gemeinsamer Ausbildung sind die Projekte „Bildungscluster Greifswald – gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege“ und „Erhöhung der Patientensicherheit durch die Integration von interprofessionellem Human Factor Training in die Ausbildung von Gesundheitsberufen“

Bildungscluster Greifswald – gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege

Erstmalig werden modellhaft in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) zukünftige Pflegefachpersonen und Mediziner gemeinsam ausgebildet. Ziel ist die Untersuchung der Machbarkeit und Akzeptanz des gemeinsamen Lernens zwischen beiden Professionen. Es ist davon auszugehen, dass im Versorgungsalltag eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation zwischen Pflege und Medizin erreicht werden kann, da diese bereits während der Ausbildung geübt wird. Das Projekt „Bildungscluster Greifswald – gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege“ wurde am 16.12.2013 mit der Übergabe des Förderpreises des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft offiziell gestartet. Es ist geplant, Pflegestudierende von der Hochschule Neubrandenburg und Medizinstudierende der Universitätsmedizin Greifswald vier Ausbildungsabschnitte gemeinsam absolvieren zu lassen. Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft fördert das Vorhaben mit 250.000 Euro. Der künftig steigende Personalbedarf an Gesundheitsfachberufen durch das Ausscheiden älterer Generationen kann absehbar nicht durch jüngere Berufsangehörige kompensiert werden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die medizinische und pflegerische Versorgung strukturell zu verändern. Das bedeutet, dass die Aufgabenfelder beider Professionen reformiert werden müssen. Die derzeitigen Ausbildungen für die Pflege und die Medizin müssen dementsprechend angepasst werden. Hier setzt das Greifswalder Projekt „Bildungscluster Medizin/Pflege“ an. Eines der Projektziele ist die modellhafte Entwicklung, Erprobung und Evaluation gemeinsamer Lehrangebote für Pflegestudierende der Hochschule Neubrandenburg und Medizinstudierende der Universitätsmedizin Greifswald. Dies erfolgt im Rahmen von vier Lehrveranstaltungen. Ziel ist der Aufbau einer interprofessionellen Zusammenarbeit, die bereits während der Ausbildung geübt wird [124].

Erhöhung der Patientensicherheit durch die Integration von interprofessionellem Human Factor Training in die Ausbildung von Gesundheitsberufen

Die Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin und die Berufliche Schule an der Universitätsmedizin Greifswald haben in Kooperation ein Projekt zur „Erhöhung der Patientensicherheit durch die Integration von interprofessionellem Human Factor Training in die Ausbildung von Gesundheitsberufen“ initiiert. Dieses Projekt wird im Rahmen des Programms "Operation Team - Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen" mit 100.000 Euro von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

Ziel des Projektes ist die didaktische Entwicklung, praktische Etablierung und Evaluation eines simulationsbasierten interprofessionellen Lernmoduls im Fach der Klinischen Notfallmedizin. Zielgruppe sind SchülerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Studierende der Humanmedizin. In simulierten Fallszenarien trainieren die Teilnehmer gemeinsam die effektive Lösung relevanter Notfallsituationen. Angeleitet und unterstützt werden sie dabei von 25 speziell geschulten Instruktoren beider Professionen. Der 16-stündige Kurs wird in zwei Jahren von insgesamt 250 Teilnehmern durchlaufen.

7.2.6 Advanced Nurse Practitioner

Im europäischen und internationalen Vergleich sind einige europäische Nachbarn (Groß Britannien, Niederlande, Schweiz, die skandinavische Länder) als auch die USA weiter als wir im Hinblick auf die eigenverantwortliche Übernahme medizinischer Leistungen durch nichtärztliche Gesundheitsfachkräfte, wie man am Beispiel der Advanced Nursing Practice (ANP) sieht [90]. Advanced Nursing Practice ist international durch den International Council of Nurses (ICN) als Berufstätigkeit von Pflegefachpersonen, die in spezifischen Versorgungsbereichen autonom arbeiten, definiert. Diese Nurse Practitioner verfügen über Expertenwissen, Fähigkeiten zur

Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinischen Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis. Als Nurse Practitioner arbeiten darf, wer eine Berufszulassung als professionelle Pflegefachperson (Registered Nurse (RN)) und Berufserfahrung sowie eine akademische Qualifikation auf Masterebene besitzt [125, 126].

Entstanden ist die Spezialisierung zur Nurse Practitioner in den USA in den 1970er Jahren, da es in den ländlichen Gebieten einen deutlichen Ärztemangel und damit medizinische Unterversorgung gab. Um der Unterversorgung zu begegnen wurden Pflegekräfte ausgebildet um substituierend medizinische Versorgung zu erbringen. Das Modell war erfolgreich. Heute sind Nurse Practitioner aus dem US-Gesundheitssystem nicht mehr wegzudenken und in der Primärversorgung oft die erste Anlaufstelle für die Patienten.

Studien haben belegt, dass durch den Einsatz von Advanced Nurse Practitioner der Zugang zu Leistungen des Gesundheitsdienstes verbessert und Wartezeiten verringert werden bei gleicher Qualität der Leistungen im Vergleich zu ärztlich erbrachten Leistungen und einer hohen Patientenzufriedenheit [127]. Die hohe Patientenzufriedenheit rührt von ausführlicheren Beratungsgesprächen und Informationsweitergaben her [126].

Auch in Deutschland gibt es seit einigen Jahren die Diskussion über die Einführung von Advanced Nursing Practice. Das Gutachten von 2007 des Sachverständigenrats (SVR) zur Entwicklung des Gesundheitswesens stellt hier erste Weichen, indem festgestellt wird, dass eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben nicht zu umgehen sei, wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll. Explizit erwähnt wird, dass die Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie Advanced Nursing Practice (z. B. Nurse Practitioners) zu prüfen sei [87].

Um Advanced Nursing Practice in Deutschland einzuführen sind folgende Voraussetzungen nötig: Die Pflege sollte eigenständig

- pflegerische Bedarfe einschätzen,
- Interventionen durchführen,
- die Resultate der pflegerischen Versorgung verantworten,
- Pflegebedarfsartikel verordnen können
- Medikamente bestimmter Medikamentengruppen verordnen können [128]

Notwendig wäre neben der in § 87 Abs. 2b SGB V geregelten Abrechenbarkeit delegierter ärztlicher Tätigkeiten auch die unabhängige Leistungserbringungen mit den Krankenkassen abrechenbar zu machen, um eine eigenständige Versorgung durch Advanced Nurse Practitioner umzusetzen. [128]

Zur Ausbildung zum Advanced Nurse Practitioner müssen an Universitäten und Fachhochschulen entsprechende Studiengänge eingeführt werden. In Deutschland gibt es mittlerweile zwei Studiengänge, den Masterstudiengang Pflege – Advanced Practice Nursing Master of Science (M.Sc.) an der Fachhochschule Frankfurt am Main University of Applied Sciences und den Bachelor in Advanced Nursing Practice an der Medicalschool Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University und der Medical School Berlin, Hochschule für Gesundheit und Medizin. An der Ernst-Abbe-Fachhochschule ist im Masterstudiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement die Wahl des Schwerpunkts Advanced Nursing Practice möglich. Ein weiterer Masterstudiengang Advanced Nursing Practice wird im August 2015 an der Donau-Universität Krems vom Fachbereich Medizin, Gesundheit und Soziales beginnen.

Das Potential, dass die examinierten Advanced Nurse Practitioner bieten für die Versorgung gerade in den ländlichen Räumen bieten, wie es insbesondere das Beispiel der USA zeigt, sollte auch für die medizinische Versorgung in Deutschland genutzt werden.

Ergebnisse eines Gesprächs mit **Melanie Lakämper aus Greifswald**, einer in den USA ausgebildeten und tätig gewesenen Nurse Practitioner:

Ausbildung / Ausbildungsinhalte zum ANP:

- Voraussetzung ist ein Bachelor oder einen Bachelor in Nursing. Im Unterschied zu Deutschland bekommt man durch den Bachelor eine breite Grundlage in Anatomie und Physiologie, die eine wichtige Grundlage für das Masterstudium ist.
- Krankheitsbilder der verschiedenen Fachbereiche, wie z.B. Innere Medizin, gestaffelt nach Krankheitsthemen
- Medizinische Dokumentation, sogenannte SOAP-Notes (**S**ubjektive (was der Patient erzählt), **O**bservation (was findet man raus in der Untersuchung), **A**ssessment (was ist meine Einschätzung) und mein **P**lan)
- Praktika als Inhalt des Studiums, aufgeteilt in Fachrichtungen
- Wissenschaftliches Arbeiten, Studium der medizinischen Fachliteratur

Kompetenzen der ANP in den USA:

- Diagnosestellung
- Aufstellen eines Behandlungsplans
- Medikamente verschreiben
- Überweisung, Verweisung

Rolle der ANP bei der Versorgung in ländlichen Räumen:

- In den ländlichen Regionen macht es mehr Sinn Family Nurse Practitioner auszubilden. Das ist es, was man im ländlichen Bereich braucht. Es gibt kranke Kinder, kranke Erwachsene, kranke ältere Leute.
- ANP ist für den ländlichen Raum entstanden aus einer ähnlichen Situation wie der heutigen in Mecklenburg-Vorpommern. Aus dem pflegerischen Bereich (Nursing) kam die Initiative: wir sind doch da, wir bilden uns weiter, wir spezialisieren uns, wir bleiben hier vor Ort, wenn wir autonom arbeiten können. Diese Kompetenzen wurden ihnen dann per Gesetz gegeben.

Meinung zur Einführung ANP in Deutschland:

„Ich denke es wäre sehr sinnvoll und es wäre auch ökonomisch, Pflegefachkräfte weiter zu bilden, denn diese Kräfte sind nicht so teuer wie Ärzte. Die Menschen wären gut versorgt, vielleicht sogar besser. Nurse practitioner haben einen besseren Zugang zu den Patienten, hören mehr zu, die Patienten fühlen sich da besser aufgehoben, zwei Minuten mehr Zeit haben.“

„Ich sehe auch absolut die Lücke und ich wäre auch Willens das anzuschieben. Mit den Leuten in den USA, in Oregon wieder Kontakt aufzunehmen, auch in der Aufsichtsebene herauszubekommen, wie sieht eure Ausbildung aus, was sind die Grundlagen, was sind die Gesetze. Und zu gucken wie kann man es hier machen. Das ist ja nur ein Abholen. Das ist ja da. Es existiert ja in so vielen Ländern. Deutschland ist umgeben von Ländern, wo es das gibt. Es ist nicht unmöglich, dass hier nach Deutschland zu importieren. Alles andere wird ja auch importiert, warum nicht gute Versorgungsstrukturen?“

7.3 Modellprojekte Telemedizin

7.3.1 Die Rolle der Telemedizin in der medizinischen Versorgung

Telemedizin ist die Erbringung medizinischer Leistungen in Überwindung räumlicher Entfernungen durch Zuhilfenahme moderner Informations- und Kommunikationstechnologien. Unter dem Begriff Telemedizin werden viele unterschiedliche Aktivitäten zusammengefasst in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation (z.B. elektronische Patienten- und Fallakte, elektronischer Arztbrief, eRezept, Telemonitoring, Telekonsultation, Telecare).

Die Interaktion in der telemedizinischen Patientenversorgung kann dabei zwischen Leistungserbringern (z.B. Ärzte, Pflege, Physiotherapeuten, MFAs, Logopädie, Rettungsassistenten) stattfinden und/oder zwischen Leistungserbringern und Patienten.

Bei der telemedizinischen Übertragung von Daten können beispielsweise Vitalparameter oder Bilddateien übertragen werden, auf die in unterschiedlicher Weise reagiert wird. Weitere telemedizinische Konzepte nutzen die Kommunikation mit Patienten per Videokonferenz oder Telefon zur Unterstützung der Diagnostik oder Therapie. Ein wichtiger Punkt ist die Reaktion auf auffällige Werte. Interventionsalgorithmen oder –schemata, in den meisten Fällen individualisiert, sind integrale Bestandteile telemedizinischer Versorgungskonzepte.

Telemedizinische Projekte werden z. B für die Überwachung von chronischen Erkrankungen genutzt. Die meisten chronisch kranken Patienten gehören zu den älteren Altersgruppen. Bei der Entwicklung der telemedizinischen Konzepte müssen daher zukünftig die älteren und hochbetagten Altersgruppen fokussiert werden. Die entwickelten Konzepte, Systeme und Geräte müssen auch für ältere Patienten händelbar sind. Das bedeutet, dass nicht nur die medizinischen Aspekte bei der Evaluation von Systemen entscheidend sind, sondern ebenso Händelbarkeit und Akzeptanz bei den Patienten. Insbesondere Patienten mit kognitiven oder physischen Einschränkungen, sowie multimorbide Patienten stellen noch eine Herausforderung dar für telemedizinische Anwendungen [129].

International sind schon viele Studien zu telemedizinischen Projekten veröffentlicht worden. Insbesondere was die Überwachung von chronischen Erkrankungen betrifft, zeigen diese Studien überwiegend positive Ergebnisse auf. Auch zeigt eine deutliche Mehrheit der Studien einen positiven Einfluss der telemedizinischen Überwachung auf die Adhärenz der Patienten [129].

7.3.2 Telemedizin in Mecklenburg-Vorpommern

Zur Entwicklung und Etablierung der Telemedizin im Gesundheitswesen Mecklenburg-Vorpommerns wurde im August 2007 der Telemedizin-Beirat beim Ministerium für Soziales und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern gebildet. Der Telemedizinbeirat Mecklenburg-Vorpommerns hatte die Aufgabe den Markt für Telematiksysteme strategisch zu steuern, um miteinander inkompatible Insellösungen zu vermeiden und bei der Entwicklung der telematischen Systeme den Erhalt und die Verbesserung der medizinischen Betreuung der Menschen in Mecklenburg-Vorpommern in den Vordergrund zu stellen. Als Berater der Landesregierung beobachteten und bewerteten die Beiratsmitglieder die aktuellen Entwicklungen, Projekte und Trends [130].

Das durch das Institut für Angewandte Informatik an der Fachhochschule Stralsund geschaffene **Teleradiologie-Netzwerk**, das die Vernetzung aller Kliniken und damit den landesweiten Austausch von Daten ermöglicht, ist ein Beispiel für telemedizinische Projekte in Mecklenburg-Vorpommern. Dieses Netz ist offen für jeden interessierten Anwender [130].

Mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern wurde 2008 der **Integrierte Funktionsbereich Telemedizin (IFT)** am Institut für Community Medicine der

Universitätsmedizin Greifswald aufgebaut, um neue, subsidäre Versorgungsmodelle und –strategien in der bevölkerungsbezogenen Flächenversorgung zu entwickeln, implementieren und evaluieren. Mit den behandelnden Haus- und Fachärzten werden in enger Kooperation Versorgungspläne abgestimmt und ein telemedizinisches Monitoring, gegebenenfalls in Kombination mit telefonischen Kontakten und Hausbesuchen, durchgeführt. Für den IFT wurden Pflegekräfte speziell qualifiziert. Sie informieren und schulen die Patienten in der Häuslichkeit, installieren die telemedizinischen Geräte und überprüfen die ins Telemedizinzentrum übermittelten Daten auf Vollständigkeit, Integrität und Plausibilität. Durch die behandelnden Ärzte wird für jeden Patienten ein individuell abgestuftes Interventionsschema erstellt, in dem die notwendigen Maßnahmen bei Über- oder Unterschreitung vorab bestimmter Werte festgelegt werden. Bei Bedarf können die Pflegekräfte des IFT mit weiteren Leistungserbringern Kontakt aufnehmen und angemessene Hilfe in die Wege leiten [88].

Beispiele für im IFT entwickelte Versorgungskonzepte: [88]

- Kontrolle von Patienten mit der Diagnose **Herzinsuffizienz** mittels einer digitalen Waage, einem Blutdruckmeßgerät und einem individuell zu konfigurierenden Medikamententimer (Telecare)
- Überbrückung durch regelmäßige Telefonkontakte und SMS-Nachrichten zwischen klinischem Aufenthalt und ambulanter Weiterbehandlung von Patienten mit **psychiatrischen Diagnosen** (in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Greifswald und den Tageskliniken des Hanse-Klinikums Stralsund)
- Betreuung (Telefonate und Hausbesuche) von **Palliativpatienten** (in Kooperation mit der Schmerzambulanz der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Greifswald) durch speziell ausgebildete Pflegekräfte über die üblichen Betreuung durch den Hausarzt hinaus.
- Intensivierte Betreuung von Patienten mit **Leberzirrhose** nach Klinikaufenthalt durch eine Kombination aus Hausbesuchen und telemedizinischer Überwachung (Waage, Telecare-Monitor zur täglichen Befragung des Patienten) zur Verhinderung von ungeplanten Klinikeinweisungen durch beispielsweise eine Verbesserung der Medikamentenadhärenz (in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A des Universitätsklinikums Greifswald).
- Intensivierte Betreuung von Patienten mit einer diagnostizierten **Mangelernährung** nach Klinikaufenthalt durch Hausbesuche, telemedizinischer Überwachung des Körpergewichts, Überwachung der Compliance in Bezug auf die Einnahme der hochkalorischen Trinknahrung und telefonische Kontakte mit Pflegekräften (in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A des Universitätsklinikums Greifswald).
- Telemedizinisches Konsil durch pädiatrische Fachärzte der Universitätsmedizin Greifswald via bidirektionaler, farbechter Videokonferenz in Echtzeit zur Betreuung pädiatrischer Patienten des AMEOS Klinikums Anklam (Bewertung von Dringlichkeit des Falls und weitere Schritte (Behandlung am nächsten Tag bei einem niedergelassenen Pädiater oder in der Kinderabteilung im AMEOS Klinikum Anklam)).

Einen wichtigen Schritt zur Vorbereitung der Telematik-Infrastruktur für die elektronische Gesundheitskarte wurde durch die Helios-Kliniken Schwerin durch die Einführung der **elektronischen Fallakte** als Prototyp für das Land Mecklenburg-Vorpommern getan. Teil dieses Projektes war es, die elektronischen Fallakten so offen zu gestalten, dass anderen Partnern die Teilnahme daran ermöglicht werden kann. Somit sollte eine Bindung an eine bestimmte Klinik durch sogenannte „Einweiserportale“ vermieden werden. [130]

Als Beispiel für Projekt zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten ist das Modellprojekt der **Entwicklung und Bereitstellung eines Befundplatzes** in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde an der Universität Greifswald und eines telemedizinischen Arbeitsplatzes im Krankenhaus Wolgast zu nennen. Hierdurch können im Krankenhaus Wolgast endoskopische Untersuchungen durch Greifswalder Spezialisten durch eine spezielle Videokonferenz-Verbindung unterstützt werden [130]. Als ein Projekt zu Therapiemanagement- und Kommunikationsplattform ist das Projekt „**EPIVISTA**“ zur Betreuung epileptischer Patienten an den Helios-Kliniken Schwerin zu nennen. Auch hier ist die Entwicklung einer elektronischen Fallakte Epilepsie (eFA-Epilepsie) Kernstück. Um den gesamten Krankheitsverlauf für Patienten, betreuende Epileptologen und ggf. berechnigte Dritte vollständig sichtbar und nachvollziehbar zumachen wurde ein elektronisches Dokumentationssystem entwickelt [130].

Hervorzuheben ist außerdem die grenzüberschreitende **Euroregion Pomerania**, die aus dem östlichen Teil von Mecklenburg-Vorpommern, der Region Nordbrandenburg und dem polnischen Westpommern besteht. Mit Hilfe von Fördermitteln der Europäischen Union (EFRE) wurden erste Telematikinfrastrukturen geschaffen, die es nun mit dem mecklenburgischen Landesteil zu vernetzen gilt [130].

7.3.3 Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung der Telemedizin im Gesundheitswesen

Für eine erfolgreiche Einführung der Telemedizin muss diese bei den Akteuren des Gesundheitswesens ebenso wie bei den Patienten auf Akzeptanz stoßen. Für die Akteure muss Arbeit vereinfacht, Verwaltungsaufwand vermindert werden, Befundung, Diagnostik, Einweisung, Therapie und Abrechnung muss verbessert und/oder beschleunigt werden. Die Verfahren müssen anwenderfreundlich sein und die technische Ausstattung muss refinanzierbar sein. Gegenüber der bisherigen Versorgung dürfen keine Mehrkosten entstehen, idealerweise resultieren finanziell wirksame Einspareffekte. Gegebenenfalls sollten Investitionskostenzuschüsse und Anschubfinanzierungen die Implementierung von telemedizinischen Systemen bei den Akteuren erleichtern.

Die Beschleunigung von Prozessen (Diagnostik, Termine etc.) verbessert die Akzeptanz unter den Patienten. Für den Patienten spielt außerdem der Datenschutz und Transparenz hinsichtlich dessen, was mit den personenbezogenen Daten passiert, eine große Rolle. Daher ist eine sichere, verschlüsselte Datenübertragung nach den aktuellen Datenschutzrichtlinien und -standards unverzichtbar. Die zuständigen Datenschutzbehörden sollten bereits in der Planungsphase einbezogen werden. Auch sollte sichergestellt sein, dass die Nutzung sowohl durch Ärzte als auch Patienten freiwillig erfolgt [131].

Für den Austausch zwischen Leistungserbringern verschiedener Sektoren sollten die Telematikfunktionalitäten, möglichst über offene Schnittstellen verfügen, damit sie, unter Beachtung der Datenschutzerfordernungen, mit weiteren Systemen vernetzt werden können. Für eine reibungslose Datenübertragung ist eine flächendeckende und lückenlose Verfügbarkeit von Breitbandinternetverbindungen notwendig [130]. Da gerade in ländlichen Räumen Bedarf an Telemedizin besteht, muss insbesondere hier der Ausbau zuverlässiger Breitbandverbindungen vorangetrieben werden.

Für die Zukunft müssen angemessene und effektive Qualifizierungen im Bereich Telemedizin, sowohl für Ärzte als auch für Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte entwickelt werden. Auf diese Weise können innovative Arbeitsplätze im medizinischen und gesundheitswirtschaftlichen Bereich geschaffen werden. Inhaltlich müssen die Qualifizierungen Grundlagen der Technik, Rechtsfragen,

Möglichkeiten der Telematik im diagnostischen und therapeutischen Bereich, Patientenaufklärung und -schulung, Kommunikation und Beratung und vertiefte medizinische Inhalte enthalten. Die Qualifizierung sollte sowohl durch theoretische als auch praktische Module erfolgen [130].

Auch sollte Telemedizin in der universitären Ausbildung in der Form vorkommen, dass in den einzelnen Fachgebieten und Schwerpunkten telemedizinische Methoden vermittelt werden [132].

Die 86. Gesundheitsministerkonferenz der Länder tagte am 26. und 27. Juni 2013 in Potsdam und fasste u.a. einen einstimmigen Beschluss zur Telemedizin: Die Länder fordern darin die stärkere Förderung der Telemedizin. Ziel müsse es sein, Telemedizin in die Regelversorgung zu überführen. Die Länder nehmen an dieser Stelle auch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den Bewertungsausschuss in die Pflicht und drängen auf zeitnahe Entscheidungen. Außerdem müssten Telemedizindienste zukünftig an die Telematikinfrastruktur angekoppelt werden, um einen dauerhaften, sicheren und interoperablen Betrieb sicherzustellen [133].

So hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. im April 2014 Leitsätze zur Implementierung telemedizinischer Leistungen erlassen.

Jedoch gilt es offene Rechtsfragen zu klären und Abrechnungsmöglichkeiten zu schaffen. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstrukturgesetz GKV-VStG) beinhaltet für den Bewertungsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Aufgabe zu überprüfen, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können. Das Ergebnis dieser Prüfung sollte bis zum Ende des ersten Quartals 2013 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet sein (§ 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V) [134]. Diese Frist verstrich ergebnislos. Im Juli 2013 wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband als Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gemäß § 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V zum Umfang der Erbringung ambulanter Leistungen durch Telemedizin geschlossen. In der Vereinbarung werden die Eckpunkte formuliert (wie z.B. Definition und Einsatz von Telemedizin, Vereinbarkeit mit Fernbehandlungsverbot, Delegation, Qualitätssicherung, Datenschutz und anderes mehr), innerhalb derer telemedizinische Leistungen in den EBM aufgenommen werden sollen.

Bezüglich der Abrechnung scheint es, als könnte als erste Position im einheitlichen Bewertungsmaßstab die telemedizinische Überwachung von Herzschrittmacherpatienten eingeführt werden [132].

Die fehlenden Regelungen für eine Vergütung ambulanter telemedizinischer Leistungen und der hohe Aufwand, den es bedeutet, den Nutzen von telemedizinischen Angeboten evidenzbasiert nachzuweisen, sind die beiden größten Hürden für einen flächendeckenden Ausbau der Telemedizin in Deutschland [133].

7.3.4 Konsequenzen für Telemedizin als Baustein der Versorgung

Die Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum durch Telemedizin liegt insbesondere in der Verkürzung und Vermeidung von Wegen (Motto: „Lasst Daten reisen, nicht Patienten“). Die dazu notwendige Telematikinfrastruktur muss von der öffentlichen Hand installiert werden. Der Ausbau der Breitbandverbindung muss vorangetrieben werden. Jedoch sind auch Investitionen der Krankenhausträger und der Kassenärztlichen Vereinigung notwendig und sinnvoll. Einheitliche Standards für die Übermittlung der Daten sowie die noch fehlenden rechtlichen Grundlagen müssen festgelegt werden [130].

Telemedizin kann Ärzte nicht ersetzen (der Kontakt zwischen Arzt und Patient bzw. Arzt und Arzt wird lediglich intensiviert), hat aber für die qualitätsgesicherte und effiziente Versorgung der

Bevölkerung erhebliches Zukunftspotential. Um diese Potentiale zu erschließen, müssen Standards und Lösungen entwickelt werden, die es jedem Akteur im Gesundheitswesen gestatten, gleichberechtigt miteinander zu kommunizieren. Dafür bedarf es Steuerungsinstrumente, die durch die Politik bereitgestellt werden müssen, um der Entwicklung der Telemedizin die notwendige Dynamik zu verleihen [130].

Telemedizin ist auch geeignet als Funktionalität im Rahmen des Entlassungsmanagements. Z.B. können Lücken zwischen stationärer Behandlung und ambulanter Nachbehandlung geschlossen werden. Dies zeigen insbesondere die IFT-Projekte zur Überbrückung zwischen klinischem Aufenthalt und ambulanter Weiterbehandlung von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen als auch die intensiverte Betreuung von Patienten mit einer diagnostizierten Mangelernährung nach Klinikaufenthalt. Bezüglich der Patienten, die aus einer Tagesklinik für Psychiatrie entlassen werden, besteht oft eine größere zeitliche Lücke zwischen Entlassung und ambulanter Weiterbehandlung. Regelmäßige Telefon- und SMS-Kontakte helfen diese Zeit zu überbrücken, eine Verschlechterung oder Wiedereinweisung zu verhindern und Behandlungsbrüche zu vermeiden [88]. Auch bezüglich der geriatrischen Patienten mit einer diagnostizierten Mangelernährung zeigt sich, dass durch das telemedizinische Monitoring die Zahl erneuter Einweisungen ins Krankenhaus und gegebenenfalls die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus reduziert werden kann [135].

Perspektivisch sollte eine regionale Plattform entwickelt werden, die auch Themenbereiche wie Notruf, Ambient Assisted Living, Prävention (Adhärenzmonitoring, Schulung), Kommunikation etc. beinhaltet. In Kooperation mit der Gesundheitswirtschaft und weiteren Partnern (z.B. Wohnungswirtschaft, Kommunen, Anbieter von Mobilitätsdienstleistungen) könnte somit ein Grundstein für eine regionale Versorgung in vielen Bereichen gelegt werden. [136]

Netzwerkbildungen zwischen Kliniken untereinander und mit niedergelassenen Ärzten sowie mit weiteren Partnern werden sich rasch entwickeln, müssen jedoch regional gesteuert werden. Die Qualitätssicherung wird sich über die Sektorengrenzen hinweg einheitlich entwickeln. Die dabei entstehenden Prozessdaten sollen möglichst regional und in engem Austausch mit den Leistungserbringern erhoben und ausgewertet werden [130].

Der Telemedizinbeirat bot als Repräsentanz der gesamten Versorgungslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern eine hervorragende Plattform, durch die beispielsweise die Voraussetzungen für sektorübergreifende Versorgungskonzepte geschaffen werden können, die für die Regelversorgung bedeutsam werden können. Leider ist der Telemedizinbeirat aktuell nicht mehr aktiv.

Die Überführung von erfolgreich evaluierten Konzepten im Bereich Telemedizin in die Regelversorgung, z. B. mittels Verträgen zur Integrierten Versorgung nach SGB V §140 a-d oder als Modellversuche, ist noch problematisch, da bisher klare Kriterien der Kostenträger für die Übernahme für innovative Versorgungsmodelle fehlen. Es bedarf transparenter Kriterien als zentrale Voraussetzung für eine effektive und zielorientierte Diskussion und Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren. Der Telemedizinbeirat könnte hierbei als Berater und Moderator fungieren [88].

Um den Status Mecklenburg-Vorpommerns als Vorreiter bei der Implementierung der Telematik im Gesundheitswesen wieder zu erlangen, wird empfohlen, den Telemedizinbeirat wieder einzusetzen, hierbei sollten sowohl das Ministerium für Wirtschaft, Bau und Tourismus als auch das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales einbezogen werden.

7.4 Modell Gesundheitshaus

7.4.1 Zentrales Gesundheitshaus Woldegk

Auf der Grundlage des durch den Regionalen Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte entwickelten Leitbilds für die zukünftige medizinische Versorgung in der Region wurde für den Ort Woldegk und seinen Nahbereich ein Konzept für ein zentrales Gesundheitshaus entwickelt. Ein Bedarf an Allgemeinmedizinern, aber auch an Augenärzten, Internisten, Psychotherapeuten, Orthopäden, Gynäkologen, HNO-Ärzten und Kinderärzten war bereits zur Zeit der Konzeptentwicklung vorhanden. Im zentralen Gesundheitshaus sollte auf jeden Fall die Ansiedlung von mindestens einem Hausarzt erfolgen, während für die Facharztgruppen über Teil-Niederlassung bzw. das Angebot tageweiser, sich bezüglich der Fachbereiche abwechselnder Sprechstunden nachgedacht wurde. Nach Erstellung des Konzepts, dass zwei Hausarztpraxen und eine mehrfach nutzbare Facharztpraxis mit gemeinsamer Anmeldung und gemeinsamen Wartebereich, sowie eine Physiotherapiepraxis enthält, erfolgte 2013/2014 der durch Fördermitteln kofinanzierte Bau von zwei Gebäuden im Zentrum von Woldegk. Die Gebäude enthalten ebenfalls einen Wohnbereich mit barrierefreien Wohnungen. Der Wohnbereich des Gebäudekomplexes wurde bereits zum 01.07.2014 übergeben, der medizinische Bereich wurde am 01.08.2014 feierlich eröffnet, siehe Abbildung 45. Zwei Hausärzte und ein Augenarzt wurden für die Niederlassung im Gesundheitshaus ab 01.08. bzw. 01.10.2014 gefunden. In der Facharztpraxis steht jeweils ein Sprechzimmer für die Fachbereiche Urologie und Gynäkologie, HNO- und Augenheilkunde sowie für Innere Medizin und Orthopädie zur Verfügung. Diese sollen im Wechsel (Rotationsprinzip) von Fachärzten stunden- oder tageweise besetzt werden. Eventuell wird es Teilmietungen aus der Orthopädie, Gynäkologie oder dem Hals-Nasen-Ohren-Bereich geben. Patienten hätten somit immer einen Arzt vor Ort, wenn auch nicht immer den gleichen. Jedoch soll ein Schwesternteam für alle Ärzte im Gesundheitshaus gemeinsam tätig sein, so dass hier ein fester Ansprechpartner für die Patienten besteht. Der Manager des Ärztehauses an der Marienkirche in Neubrandenburg Gernot Kunzemann hat es sich zur Aufgabe gemacht, die fachärztliche Besetzung des Woldegker Gesundheitshauses zu organisieren. Hier wird sich in der Zukunft zeigen, ob sich das Rotationsprinzip für die Versorgung bewährt. Der Bürgermeister der Stadt Woldegk, Dr. Ernst-Jürgen Lode, dem die medizinische Versorgung ein besonderes Anliegen ist und der die Entstehung des zentralen Gesundheitshauses mit initiiert hat, hat noch ein weiteres Projekt zum verbesserten Zugang zur medizinischen Versorgung in Angriff genommen, das Projekt „Regio Mobil“. In Kooperation mit dem Autohaus Woldegk soll für den Bereich um Woldegk der Personenverkehr erleichtert werden, in dem durch das Autohaus Elektrofahrzeuge inklusive Fahrer zu moderaten Tarifen zum Abruf bereitgestellt werden.



Abbildung 45: Eröffnung des Gesundheitshauses Woldegk am 01.08.2014 (Quelle: Amt Woldegk)

*Im Gespräch mit dem Bürgermeister der Stadt Woldegk **Dr. Ernst-Jürgen Lode** ergab sich, dass es für zukünftige Implementierungen ähnlicher Projekte wie das zentrale Gesundheitshaus in Woldegk wünschenswert sei, wenn sich alle Akteure aus der öffentlichen Hand, der Ministerien, der Gremien und Verbände von Anfang an gemeinsam – an einem Tisch – beraten. Als förderlich zur Ansiedlung von Allgemeinmedizinerinnen auf dem Land, würde er es ansehen, wenn man den Kommunen Fördermittel zur Verfügung stellen würde, mit denen sie eine Arztpraxis einrichten kann, die z.B. jungen Ärzten zur Verfügung gestellt werden könnte. Wenn z.B. die Konditionen für Miete durch die Förderung günstig gehalten werden und das finanzielle Risiko für junge Ärzte überschaubar bleibt, könne dies unter Umständen das Problem der medizinischen Versorgung auf dem Land einfacher lösen. Was von Dr. Lode als sehr problematisch angesehen wird, ist, dass gesetzlich geklärt werden muss, dass eine Kommune, wenn sie die medizinische Versorgung aufgrund mangelnder Alternativen aus eigener Hand sicher stellen möchte, auch langfristig Ärzte anstellen kann. Zwei alteingesessene Ärzte wollen bald nach Inbetriebnahme des Gesundheitshauses in den Ruhestand gehen. Drohende massive Unterversorgung ist aber zunächst abgewendet durch die drei neuen Ärzte. Die Ansiedlung in einem Gesundheitshaus ist für die Ärzte attraktiv, weil die Konditionen hier günstiger sind und damit auch das finanzielle Risiko geringer. Das Konzept ist gut auf andere Regionen übertragbar. Die Hürden zur Einrichtung eines solchen Hauses müssen jedoch reduziert werden und die Rechtssicherheit gestärkt werden.*

7.4.2 Gesundheitshaus Mirow

In Mirow, das von der Besiedlungsdichte, Bevölkerungsstruktur und seiner Lage im ländlichen Raum mit Woldegk vergleichbar ist, ist ein Gesundheitshaus aus einer privaten Initiative von der in Mirow niedergelassenen praktischen Ärztin und Pädiaterin Dr. Uta Arndt entstanden (Abbildung 46). Mit dem Versuch, junge Kollegen für die Region zu gewinnen, wurde offenbar, dass die bisherigen Räumlichkeiten ihrer Praxis, und einer weiteren Praxis für Allgemeinmedizin in derselben Immobilie, zu beengt sind. Frau Dr. Arndt machte die Erfahrung, dass junge Ärzte eher in einer Gemeinschaft arbeiten wollen und in jungen Jahren ein Angestelltenverhältnis vorziehen. Das die Generation der nachwachsenden Ärzte dem Thema Work-Life-Balance eine höhere Bedeutung zu messe, und zum Beispiel vermehrt in Teilzeit arbeiten wolle [137], bedinge, dass man mehrere Kollegen brauche um einen älteren zu ersetzen, und man brauche mehr Räume. So entschloss sich Frau Dr. Arndt an das alte Gebäude ein neues Gebäude anzubauen und neue Räume zu schaffen. Diese Investitionen brachte sie über einen privaten Kredit auf, bemühte sich aber auch um Fördermittel, die dann ca. $\frac{1}{8}$ der Finanzierungssumme abdeckten. In dem neuen Komplex gibt es nun zwei großzügige Praxen für Allgemeinmedizin, in denen auch weitere Kollegen angestellt tätig sein können bzw. sind, eine Physiotherapiepraxis, in der aktuell sieben Mitarbeiter tätig sind, eine Podologiepraxis, eine Apotheke, einen größeren Raum, der z.B. für sportliche Aktivitäten genutzt werden kann, eine Sauna und ein Bistro. Seit kurzem ist auch eine psychologische Psychotherapeutin mit einem halben Psychotherapeutenstz im Gesundheitshaus vertreten. Mit dem Landkreis wurde ein Abkommen geschlossen, dass jeweils einmal wöchentlich der Sozialpsychiatrische Dienst und die Suchtberatung in das Gesundheitshaus kommen. Des Weiteren gibt es externe Yoga-Lehrerinnen, die Kurse anbieten

und einen Atemtherapeuten. Die Küche in dem Bistro ist als Lehrküche konzipiert, so dass darin Kurse durch eine Ernährungsberaterin (eine weitere kommt in Kürze hinzu) angeboten werden. In regelmäßigen Abständen werden auch Vorträge zu medizinischen Themen aber auch praktischen Themen wie beispielsweise Vorsorgevollmachten oder Workshops/Kurse wie z.B. Fastenwochen organisiert. Das Konzept beinhaltet neben den kurativen Aspekten auch komplementäre Inhalte beispielsweise aus der Naturheilkunde wie beispielsweise Kräuterwanderungen. Neben den praktischen Räumen, die sowohl der kurativen als auch präventiven Versorgung der Bevölkerung dienen, gibt es einige Ferienwohnungen, die auch ein Angebot an Touristen sein sollen, die sich gleichzeitig mit gesundheitlichen Themen auseinander setzen wollen oder aufgrund bestehender Erkrankungen eine bestimmte Infrastruktur brauchen, wie z.B. einen Anschluss für ein Dialysegerät.



Abbildung 46: Gesundheitshaus Mirow und Team
(Quelle: gesundheitshaus-mirow.de)

Die Region um Mirow war vor der Einrichtung des Gesundheitshauses ein stark unterversorgtes Gebiet. Inzwischen ist für die Region (Mittelbereich Neustrelitz) nur noch ein Arztsitz offen. Durch die Initiative wurden eine junge Allgemeinmedizinerin und ein Facharzt für Innere Medizin, ein reaktiver Rentner, für die Versorgung gewonnen. Beide arbeiten zurzeit in Anstellung. Für beide allgemeinmedizinischen Praxen gibt es bereits konkrete Übernahmepläne für die Zukunft. Die Initiative Gesundheitshaus in Mirow hat jedenfalls das Interesse an einer Niederlassung oder Anstellung in der Region unter den Ärzten geweckt, was die noch immer vorkommenden Anfragen von Ärzten bei Frau Dr. Uta Arndt belegen.

Im Gespräch mit Frau **Dr. Uta Arndt** ergibt sich, die für die Versorgung der Region erfolgreiche Initiative des Gesundheitshauses Mirow leider nicht als Modell für andere Ärzte übertragbar ist. Frau Dr. Uta Arndt bemängelt, dass Ärzte und Freiberufler nicht als förderfähige Institutionen gelten. In Ihrem Fall wurde von Dr. Arndts Ehemann, der in der Medizintechnik-Branche tätig ist, eine GmbH gegründet. Nur durch diesen Schritt war das Vorhaben realisierbar. Frau Dr. Arndt ist der Meinung, dass es sicherlich auch Kollegen in anderen Regionen gibt, die die Zukunft in ihrer Region ebnen wollen, aber nicht die Möglichkeit dazu haben. Des Weiteren müssen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, dass auch in kleineren Örtlichkeiten ein breites medizinisches Spektrum anbietbar sein. Dies sei nicht gegeben, weil beispielsweise Kassenarztteilsitze nicht zur Verfügung ständen oder weil es Regelungen gäbe, wie z.B. die Vorhaltung von qualifizierten Mitarbeitern vor Ort von 40 Stunden in der Woche wie sie im Bereich Ergotherapie oder Logopädie vorgeschrieben sei. Ein Bedarf an solchen Leistungen wäre in Mirow durchaus gegeben, aber 40 Stunden Vorhaltung in der Woche seien nicht wirtschaftlich.

7.5 Sektorübergreifende Versorgungsformen der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern

7.5.1 Situation der ländlichen Krankenhäuser

In den letzten Jahren hat die Diskussion um die Schließung von Krankenhäusern in ländlichen Regionen zugenommen. Die Begründung für mögliche Schließungen kann in den Herausforderungen gesucht werden, denen die Krankenhäuser im ländlichen Raum gegenüber stehen. Dazu gehören u.a. die erschwerte Mitarbeitergewinnung und -bindung sowie die steigende Mobilität der Bevölkerung, die dazu führt, dass die Wege zu entfernten Kliniken oder Schwerpunktzentren in Kauf genommen werden. Hinzukommt der Größennachteil: Aus gesetzlichen und praktischen Gründen ist die Maximaldistanz zu Krankenhäusern begrenzt und die Einzugsbevölkerung für Krankenhäuser in ländlichen Regionen somit relativ gering. Darüber hinaus gibt es noch eine Reihe von weiteren Problemen kleiner, ländlicher Krankenhäuser. So ist es ihnen aufgrund der Mindestmengenanforderung manchmal nicht möglich, bestimmte Leistungen anzubieten, da sie die betreffenden Fallzahlen nicht erfüllen. Gleichzeitig ist das Verlustrisiko aufgrund der niedrigeren Fallzahl höher, da mit sinkender Fallzahl die Streuung der Kosten pro Fall innerhalb einer DRG sinkt. Schließlich sind die DRGs derart konzipiert, dass sie die durchschnittlichen Kosten eines Falles in einem durchschnittlichen Krankenhaus decken. Kleine Krankenhäuser liegen unter der durchschnittlichen Bettenkapazität und können somit Verluste erleiden [138].

Entgegen einiger Prognosen ist es bisher jedoch nicht zum „Krankenhaussterben“ in Mecklenburg-Vorpommern gekommen [138]. Eine Untersuchung von Milski und Fleßa hat zudem gezeigt, dass die Einführung der DRGs die Krankenhauslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern nicht maßgeblich verändert hat [139]. Ebenfalls hält sich der Investitionsbedarf zur Erhaltung der Kapazitäten in Grenzen, wie eine Untersuchung von Tübbicke und Fleßa ergab [140]. Die Erklärung dieser Entwicklungen kann u.a. in einer erheblichen Senkung der Fixkosten liegen, die z.B. durch Outsourcing erreicht werden kann. An dieser Stelle ist auch die Vernetzung mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens zu nennen, die den Krankenhäusern die Erschließung neuer Märkte eröffnet [138]. Die sektorale Trennung im Gesundheitswesen kann erhebliche Nachteile mit sich

bringen: Zunächst kann bei strikter Einhaltung der klassischen Sektorengrenzen die Behandlung auf der jeweils kostengünstigsten Versorgungsstufe nicht garantiert werden, sodass gesamtwirtschaftliche Nachteile entstehen. Die Unterbrechung des Behandlungspfades kann durch den Wechsel zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern zu längeren Wartezeiten, Mehrfachuntersuchungen, Überversorgung und Informationsdefiziten führen. [141] Besonders ältere Menschen leiden unter diesen Gegebenheiten, da bei ihnen die Problematik der Multimorbidität hinzukommt. Diese führt zu einem steigendem Hilfs- und Pflegebedarf, der wiederum die Notwendigkeit der Einbeziehung verschiedener Leistungserbringer bewirkt. Ganzheitliche, zielführend koordinierte Behandlungen und die damit einhergehende Vermeidung von Schnittstellenproblemen sollten dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu erhöhen und gleichzeitig bedarfsgerechte und effiziente Strukturen zu etablieren [142].

7.5.2 Umsetzung sektorübergreifender Versorgungsformen

Die Kooperation von Leistungserbringern wird als integrierte Versorgung i.w.S. bezeichnet. Die Definition i.e.S. liefert das SGB V (§ § 140a-d), nach dem eine integrierte Versorgung vorliegt, wenn „...entweder eine sektorübergreifende oder eine ausschließlich interdisziplinäre Versorgung erfolgt [141]“. Die Vertragspartner verpflichten sich zu einer „...qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung...“ [141], die indikationsbezogen oder indikationsübergreifend ausgestaltet sein kann. Der Leistungserbringer Krankenhaus hat den Vorteil, dass die Vergütung nicht innerhalb des Budgets erfolgt. Bei Überschreitung des vereinbarten Case Mix verringert sich für Krankenhäuser üblicherweise das Fallentgelt. Durch die Auslagerung dieser Leistungen kann das volle Entgelt einbehalten werden, auch wenn eine Überschreitung des Case Mix vorliegt. Um den Nachteil für die Krankenkassen in Form zusätzlicher Ausgaben zu kompensieren, wurde in den Jahren 2004 bis 2008 eine Anschubfinanzierung gewährleistet, die durch Kürzungen der Krankenhausrechnungen und des Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert wurde. Bei nicht vollständiger Ausschöpfung der Gelder wurden diese zurückerstattet. Krankenhäuser ohne Verträge der integrierten Versorgung mussten Erlöseinbußen in Kauf nehmen. [141] Die Zahl der Verträge zur integrierten Versorgung ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Lag die Anzahl im Jahr 2004 noch bei 1.477 gemeldeten Verträgen, waren im Jahr 2008 schon 6.407 Verträge gemeldet [143]. Ein Sondergutachten zum Thema „Wettbewerb an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt die Entwicklung der Anzahl der Verträge der integrierten Versorgung bis zum Jahr 2011 auf der Basis einer eigenen Berechnung dar und veranschaulicht für den Zeitraum der Jahre 2008 bis 2011 eine annähernd konstante Anzahl an Verträgen in Deutschland [91]. Bei Betrachtung der Bundesländer stellt man fest, dass Mecklenburg-Vorpommern mit 144 Verträgen zur integrierten Versorgung im Jahr 2008 nur vor dem Saarland (115) lag [143]. Die Tabelle 16 stellt die Entwicklung der Anzahl der Verträge zur integrierten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern dar.

Innovative Versorgungsmodelle

Tabelle 16: Gemeldete Verträge der integrierten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern, die geschätzte Teilnehmerzahl und das geschätzte Vergütungsvolumen, Datenquelle: Grothaus, Franz-Josef (2009).

Jahr	2004	2005	2006	2007	2008
Gemeldete Verträge in MV	50	77	93	128	144
Geschätzte Teilnehmerzahl in MV	1.795	10.413	12.114	11.536	12.826
Geschätztes Vergütungsvolumen je Teilnehmer in €	3.191	760	774	711	666

Die Begründung für die relativ geringe Anzahl an Verträgen kann in der relativ geringen Einwohnerzahl Mecklenburg-Vorpommerns gefunden werden. Trotzdem weist das Saarland mit einer ebenfalls relativ geringen Einwohnerzahl eine geschätzte Gesamtteilnehmerzahl von 101.096 auf. Mecklenburg-Vorpommern hat hingegen eine geschätzte Teilnehmerzahl von nur 12.826. Gleichzeitig weist Mecklenburg-Vorpommern ein relativ hohes durchschnittlich geschätztes Vergütungsvolumen pro geschätzten Teilnehmer auf und liegt im Ranking damit in der oberen Hälfte. Die Erklärung liegt im indikationsbezogenen Schwerpunkt, den Bundesländer wie Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern aufweisen. Die Teilnehmerzahl ist bei Verträgen mit indikationsbezogenen Schwerpunkt verhältnismäßig gering; gleichzeitig verursachen die Behandlungen verhältnismäßig hohe Kosten [143].

Die Teilnehmerzahl der Verträge zur integrierten Versorgung hat sich beispielsweise bei der Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern trotzdem stetig erhöht. Im Jahr 2005 lag die Gesamtteilnehmerzahl bei etwa 350; im Jahr 2008 waren es schon über 1.200 Teilnehmer. [144] Der Tabelle 17⁶ können die aktuellen Teilnehmerzahlen der Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern entnommen werden.

Tabelle 17: Teilnehmerzahlen der integrierten Versorgung der Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern, Datenquelle: Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern.

	Teilnehmer (2013)
Ambulante Operationen in Mecklenburg-Vorpommern	550
Psychiatrisch- psychotherapeutisches Netzwerke in Mecklenburg-Vorpommern	78
Dermatologische Sprechstunde an der Universitätsmedizin Greifswald	120
PraxisNetz "Der zufriedene Patient" in Mecklenburg-Vorpommern	4.500
sonstige individuelle Versorgungsverträge in MV zur Knie- und Hüftendoprothetik, Gynäkologie, Kardiologie, Herzchirurgie in Mecklenburg-Vorpommern	106
Summe	5354

⁶ Tabelle nach Anfrage bei der Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern erhalten.

Verträge wie das psychiatrisch-psychotherapeutische Netzwerk und der Integrationsvertrag im Bereich der Kardiologie zielen auf eine ganzheitliche Behandlung ab, die von EINEM Arzt koordiniert wird [144]. Die größte Teilnehmerzahl weist mit 4.500 Patienten das PraxisNetz „Der zufriedene Patient“ auf. Ziel des Praxisnetzes ist die Steigerung der Qualität der Gesundheitsversorgung und der Zufriedenheit der Patienten durch verbesserte Koordination. Ärzte verschiedener Fachrichtungen arbeiten in diesem Netzwerk zusammen. Dadurch soll eine effektive und sichere Behandlung gewährleistet werden. Die Krankenhäuser sind in dieses Projekt integriert, da auch nachfolgende Behandlungsstufen wie z.B. das Krankenhaus und die Rehabilitationseinrichtung einbezogen werden [145]. Die Verträge zum ambulanten Operieren weisen mit 550 Teilnehmern ebenfalls im Vergleich zu den anderen Verträgen eine hohe Teilnehmerzahl auf. Diese werden in fast allen Krankenhäusern in den Lupenregionen angeboten und durchgeführt und stellen sich dort als gängige Praxis heraus.⁷ In Mecklenburg-Vorpommern wurden im Jahr 2011 43.913 ambulante Operationen durchgeführt. Somit liegt im Vergleich zum Vorjahr mit 43.928 durchgeführten ambulanten Operationen eine Stagnation vor. Im Vergleich zum Jahr 2002 ist die Anzahl jedoch um das 2,8fache gestiegen [94].

Sektorübergreifende Versorgungsformen sind vor allem dann sinnvoll, wenn ein Behandlungsprozess aus vielen Teilprozessen besteht, die von verschiedenen Leistungserbringern erbracht werden. Die Komplexität kann dazu führen, dass die Leistungserbringer unabhängig voneinander handeln und durch nicht erkannte Wechselwirkungen der Behandlungserfolg nicht erreicht wird. [141] Ein integriertes Versorgungsmanagement über den kompletten Verlauf der Erkrankung (Disease Management Programme, DMP) soll eine ganzheitliche Behandlung ermöglichen. In den Lupenregionen sind das Klinikum Karlsburg (Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheiten) [146], das Kreiskrankenhaus Wolgast (Asthma/COPD) [147] und die Universitätsmedizin Greifswald (Brustkrebs) [148] an DMP beteiligt sind. Eine Bundesauswertung der AOK zeigt, dass die Teilnehmer in den DMP für Diabetes mellitus Typ II und für Koronare Herzkrankheiten ein durchschnittliches Alter von 66,6 Jahren bzw. 69,3 Jahren aufweisen und somit festgehalten werden kann, dass die DMP von großer Bedeutung für ältere Menschen sind [149]. Insgesamt weisen die DMP seit ihrer Einführung im Jahr 2002 deutschlandweit 6 Millionen Teilnehmer auf. Allein die AOK hat 2,7 Millionen Teilnehmer in den DMP zu Brustkrebs, koronaren Herzkrankheiten, Diabetes mellitus und Asthma/COPD. [150] Die Barmer Ersatzkasse konnte erste Vergleiche zwischen Diabetes-Patienten ohne DMP und Diabetes-Patienten mit DMP ziehen und zeigen, dass die Patienten im DMP positivere Ergebnisse aufweisen, indem z.B. weniger Patienten mit Schlaganfällen in ein Krankenhaus eingewiesen werden mussten [151]. Die Tabelle 18 stellt die Entwicklung der Teilnehmerzahlen der DMP in Mecklenburg-Vorpommern der AOK dar [152]. Dabei fällt auf, dass in den letzten Jahren die Zahlen verhältnismäßig schwach angestiegen sind.

⁷ Information kann den Qualitätsberichten der Krankenhäuser in den Lupenregionen entnommen werden.

Tabelle 18: Entwicklung der Teilnehmerzahlen in den DMP der AOK in Mecklenburg-Vorpommern, Quelle: AOK Nordost.

	Diabetes mell. Typ 2	KHK	Diabetes mell. Typ 1	Brustkrebs	Asthma	COPD	Gesamt
01.01.2004	6.083	-	-	-	-	-	6.083
01.01.2005	25.480	6.420	-	-	-	-	31.900
01.01.2006	33.619	14.646	123	303	-	-	48.691
01.01.2007	37.981	17.934	391	623	838	945	58.712
01.01.2008	44.426	23.485	517	773	3.075	4.309	76.585
01.01.2009	49.787	27.258	624	934	4.192	6.108	88.903
01.01.2010	50.949	27.719	696	988	4.674	6.601	91.627
01.01.2011	51.036	26.485	687	988	4.665	6.498	90.359
01.01.2012	52.037	26.404	730	952	4.795	6.642	91.560
01.01.2013	52.600	26.193	739	885	4.907	6.848	92.172

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser in den Lupenregionen liefern weitere Informationen zur Umsetzung von sektorübergreifender Versorgung: So weist z.B. die Aneos Klinik Ueckermünde eine Kooperation mit niedergelassenen Radiologen für die MRT auf [153]. Kooperationen mit Praxen außer Haus bestehen überwiegend im therapeutischen Bereich (Logopädie, Psychologie, Physiotherapie). Neben den Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten gibt es Kooperationen mit Praxen, die direkt im Krankenhaus angesiedelt sind. So kann z.B. das Kreiskrankenhaus Wolgast eine im Haus befindliche Röntgenpraxis sowie eine internistische Praxis vorweisen [147]. Somit werden Wege für die Patienten eingespart und die Koordination der Behandlung wird erleichtert.

7.5.3 Konsequenzen und Perspektiven für die sektorübergreifende Versorgung

Insgesamt kann für die Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern eine weitest gehende **Stabilisierung** im Bereich der sektorübergreifenden Versorgung festgestellt werden. So ist z.B. die Anzahl an durchgeführten ambulanten Operationen konstant und die Teilnehmerzahlen in den DMP weisen im Vergleich zu den Vorjahren einen relativ geringen prozentualen Anstieg auf. Zwar kann nicht von einer rückläufigen Tendenz die Rede sein, aber die Ausweitung der sektorübergreifenden Versorgung, wie in den Jahren zuvor, hält zurzeit nicht an. Die Begründungen können vielfältig sein: Zum einen wurde die Anschubfinanzierung, die als Anreiz für die Krankenhäuser diente, Verträge der integrierten Versorgung abzuschließen und Teilnehmer zu akquirieren, nicht fortgesetzt. Zum anderen bringen die Kooperationsverträge einen hohen administrativen Aufwand mit sich, den es zu bewältigen gilt. Schließlich können die relativ niedrigen Teilnehmerzahlen den Anreiz zur Schaffung und Durchführung integrierter Versorgung verringern. Diese wiederum können aus einer erreichten Bedarfsdeckung oder den überwiegend auftretenden Indikationsbezügen der Kooperationen resultieren. Die Indikationsbezüge definieren einen festen Patientenkreis und die Ausweitung der Teilnehmerzahlen ist somit begrenzt. Doch besonders in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern stellt die Abstimmung der Leistungserbringer ein anzustrebendes Ziel dar, da die Patienten häufig längere Wege in Kauf nehmen müssen. Unnötige Untersuchungen wiegen somit schwerer und besonders ältere, multimorbide Menschen leiden darunter. Um der Problematik der geringen Teilnehmerzahlen entgegenzuwirken, könnte die Etablierung **indikationsübergreifender Programme** das Ziel sein. Das PraxisNetz „Der zufriedene Patient“ der Techniker Krankenkasse zeigt, dass Programme dieser Art nachgefragt sind und die Teilnehmerzahlen stetig steigen. Trotzdem soll die fachspezifische Versorgung nicht vernachlässigt werden: Die Universitätsmedizin Greifswald plant zurzeit die Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V, die zur Gewährleistung einer umfassenden Gesundheitsversorgung notwendig sein kann. Darüber hinaus wird es zielführend sein, den **Verbundcharakter der Leistungserbringer** im Gesundheitswesen zu

fördern. Für ältere Menschen sind z.B. die Behandlungswege zwischen Krankenhaus und Rehabilitation oft müßig und auch das Krankenhaus muss einen gewissen Koordinationsaufwand erbringen. Die Kooperation mit Reha-Kliniken kann bei durchdachter Umsetzung daher für beide Seiten Vorteile mit sich bringen. Kooperationen wie z.B. der Usedomer Reha-Verbund, in dem auch das Kreiskrankenhaus Wolgast vertreten ist, zeigen, dass eine Vernetzung gewollt ist. Diese bezieht sich jedoch häufig eher auf gemeinsame Vermarktung und Information der Öffentlichkeit. Eine Erweiterung um fachliche Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen könnte zielführend sein. Im Sinne beispielsweise eines geriatrischen Verbundes könnten weitere Leistungserbringer wie z.B. niedergelassene Ärzte einbezogen werden, um älteren Menschen einen ganzheitlichen Behandlungsprozess zu ermöglichen und somit deren Gesundheitsversorgung zu verbessern.

8 Qualitätsmessung und -sicherung

Der neunte Abschnitt des fünften Sozialgesetzbuches (§§ 135 – 139a) beinhaltet die gesetzlichen Grundlagen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Wie Hakenberg und Schroeder feststellen, ist damit „die Gesamtheit der personellen, organisatorischen, technischen und normativen Maßnahmen, die geeignet sind, die Qualität der Versorgung der Patienten zu sichern, zu verbessern und gemäß dem medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand weiter zu entwickeln“ beschrieben [154].

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen. Der G-BA wurde durch den Gesetzgeber beauftragt, verbindliche Richtlinien zur Umsetzung der Qualitätssicherung (Maßnahmen, Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement) der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenhäuser fest zu legen [155].

Um Qualität auf gleichbleibendem Niveau zu sichern, müssen Instrumente zur Messung der Qualität benannt werden. Diese betreffen die Strukturqualität (materielle Ausstattung, Qualifikation des Personals), die Prozessqualität (Vorgänge im Krankenhaus, Arbeitsschritte nach festgelegten Kriterien) und die Ergebnisqualität (Behandlungserfolge).

8.1 Qualitätssicherung durch Versorgungsforschung

Die Messung von Qualität im medizinischen und pflegerischen Bereich lässt sich nicht nur durch messbare Ergebnisse bestimmen. So lässt sich die Qualität der ärztlichen Versorgung bei nicht heilbaren Erkrankungen nicht durch den Grad der Heilung des Patienten messen. Gleiches gilt für den pflegerischen Bereich, in dem Qualität nicht den Grad der Heilung messen kann, sondern sich auf das Wohl des Patienten beziehen muss. Die Frage was Qualität im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist und wie sie gemessen und überprüft werden kann, ist nicht universell zu beantworten. So können z.B. patientenorientierte Outcomes durch den Einbezug nicht behandlungsspezifischer Kriterien (wie z. B. Lebensqualität) zu einer Verbesserung der Qualität der Behandlung und Pflege führen [156].

Qualitätssicherung wird in der stationären und ambulanten Pflege in Pflegeeinrichtungen durch Transparenz und einheitliche Standards gewährleistet.

Die heutigen Richtlinien zur Qualitätssicherung gewährleisten für die große Mehrheit der einbezogenen Erkrankungen keine gesicherten Aussagen zur Qualität der Behandlungsergebnisse. Ein weitgehend ungelöstes Problem ist die Abbildung der Sektorbezogenheit. Der G-BA strebt bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung eine sektorübergreifende Zusammenarbeit mit einheitlichen Standards für stationäre und ambulante medizinische Versorgung an.

Die regionale medizinische Versorgung der älteren Bevölkerung auf ihre Qualität zu untersuchen, diese zu messen und zu sichern stellt das Versorgungssystem auch vor konzeptionelle Herausforderungen. Die Zielvorgabe in dieser Bevölkerungsgruppe heißt zumeist nicht, eine möglichst hohe Anzahl der Geheilten zu erreichen, da eine vollständige Kuration häufig nicht erreichbar ist (z. B. Hypertonie, degenerative Erkrankungen, Demenz, Multimorbidität).

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist vereinbart, die Etablierung innovativer und sektorübergreifender Versorgungsformen mit einem Gesamtvolumen von 300 Mio. € im Jahr aus dem Budget der gesetzlichen Krankenversicherung zu fördern. Erkenntnisse und Erfolge innovativer Versorgungsmodelle sollen durch den Investitionsfond enger mit den Verfahren und Entscheidungen des G-BA verknüpft werden, damit der G-BA für seine Entscheidungen die notwendige wissenschaftliche Fundierung selbst beauftragen und herstellen kann. Es sollen unter anderem

Projekte gefördert werden, die sich mit der ganzheitliche Orientierung der Versorgung am Patienten und der Verbesserung der Datenlage sowie der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, oder der systematischen Evaluation der Auswirkungen von Richtlinien des G-BA befassen. [157]

Bei innovativen Versorgungskonzepten ist eine prospektive Evaluation der Qualität dieser unabdingbar und in das Studien-/Projektsetting einzubauen. Hierzu müssen Instrumente definiert werden, mit denen der Nachweis der Zielerreichung/ Zielerreichungsgrad dokumentiert werden kann.

8.2 Datenzugang und aktuelle Entwicklungen

Für die Qualitätssicherung im Bereich der Versorgung sind Daten zur Steuerung von Versorgungsprozessen oder zur Herstellung von Versorgungstransparenz im deutschen Gesundheitswesen vorhanden. Der Zugang zu den Daten ist jedoch eingeschränkt und in mehreren Bereichen problematisch. Qualitätsgeprüfte, flächendeckende Sekundärdaten sind jedoch unerlässlich für solide Versorgungsforschung zur Entwicklung einer bedarfsgerechten und patientenorientierten medizinischen (und pflegerischen) Versorgung. Das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die bei ihnen vorgehaltenen Daten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form für Auswertungen durch berechtigte Personen zur Verfügung zu stellen. Einrichtungen der Gesundheitsversorgungsforschung und wissenschaftliche Institutionen sind laut § 303e SGB V ausdrücklich zur Verarbeitung und Nutzung der Daten berechtigt. Jedoch blieb die Datenübergabe bisher auf seltene Fälle beschränkt. Auch ist die Vergabepaxis in hohem Maße intransparent. Systematische Antrags- und Auswahlprozesse anhand objektiver Kriterien fehlen. In der Folge sind Versorgungsdaten bisher im Gesundheitswesen trotz ihres hohen Informationsgehaltes, ihrer hohen Verfügbarkeit, Detailtiefe und Vollständigkeit eine für die Qualitätssicherung noch immer unzureichend genutzte Ressource.

Um die Daten der gesetzlichen Krankenkassen nutzbar zu machen, konkretisieren das Versorgungsstrukturgesetz (§ 303a-e SGB V) und die hierauf aufbauende Datentransparenzverordnung (DaTraV v. 10.9.2012) die erforderlichen Strukturen zum Aufbau einer Treuhandstelle und einer Datenaufbereitungsstelle, die beide am Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) angesiedelt wurden. Die Datentransparenzverordnung legt fest, dass zunächst der Datensatz des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches für die sekundäre Nutzung durch definierte Berechtigte, darunter auch die Institutionen der Gesundheitsberichterstattung, der Gesundheitsversorgungsforschung, Hochschulen und sonstige Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, freigegeben wird (§ 303e SGB V). Seit Ende Juni 2014 hat das Informationssystem Versorgungsdaten seinen Pilotbetrieb aufgenommen und Nutzungsberechtigte können die Auswertung von Versorgungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen beim DIMDI in einem strukturierten Verfahren beantragen.

Die Verbesserung der Kommunikation der verschiedenen Leistungserbringer der medizinischen Versorgung ist eine zentrale Thematik der Qualitätssicherung in der Praxis. Die elektronische Fall- bzw. Patientenakte würde den Datenaustausch vereinfachen und den Zugriff durch stationäre und ambulante Leistungserbringer auf den jeweils konsolidierten Datenstand eines Patienten sichern. Die sektorübergreifende elektronische Fallakte (eFA) stellt temporär alle relevanten Daten eines Behandlungsfalles zusammen. Sie dient der Optimierung von Behandlungsprozessen durch die Ermöglichung des datenschutzgerechten Austausches medizinischer, fallrelevanter Informationen. Die Kooperation zwischen Fach- und Hausärzten wird durch die eFA aufwandsniedrig verbessert. Ein technisches Hindernis sowohl für die eFA als auch für die elektronische Patientenakte (ePA) ist die

Vielzahl heterogener Krankenhausinformations- und Praxissysteme [158]. Sowohl die eFA, als auch die ePA ermöglichen eine Aufhebung der bisherigen strikten Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung, welche zur Umsetzung der erforderlichen neuen Versorgungsmodelle benötigt wird. Die ePA beinhaltet alle patientenrelevanten Daten und soll sowohl effektiveres Arbeiten der Ärzte auf einem höheren qualitativen Niveau ermöglichen als auch risikominimierend wirken. Behandelnden Ärzten sollen in Notfallsituationen relevante Vorbefunde, Allergien, Medikationen, etc. ohne Beschaffungsaufwand und Zeitverlust zur Verfügung stehen [134]. Die elektronische Fall- und Patientenakte ist die Grundlage einer sektorübergreifenden Versorgung. Die gespeicherten Patientendaten sind für jeden legitimierten, am Versorgungsprozess Beteiligten zugänglich.

Voraussetzung einer sektorübergreifenden Datennutzung ist eine entsprechende Telematik-Infrastruktur. Die Dokumentation muss nach einheitlichen Standards erfolgen und es müssen offene Schnittstellen der jeweiligen IT-Strukturen geschaffen werden. Die benötigte Voraussetzung der ePA beim Patienten ist durch die 2011 eingeführte elektronische Gesundheitskarte (eGK) gegeben.

Da es mehr als hundert verschiedene Praxisverwaltungssysteme auf dem Markt gibt, die keine einheitlichen Standards der Datenübertragung verwenden, ist die Übermittlung von Daten vom Hausarzt zum Facharzt schon die erste Hürde. Einen Lösungsansatz liefert das sogenannte CURANET, eine Plattform die den teilnehmenden Ärzten die Vorteile der vernetzten e-Health Anwendungen bietet, aber als zusätzliches Instrument neben dem regulären Praxisverwaltungssystem betrieben werden muss. [159]

Zudem kann durch die Vorgabe bestimmter Standards zur Informationsaufbereitung und -speicherung gezielt auf die professionelle Praxis einzelner Leistungserbringer eingewirkt werden. Die Prozessqualität kann hierdurch erhöht und letztendlich ein definierter Behandlungsablauf („Pfad“) des Patienten gewährleistet werden [160].

Die in den Krankenhäusern verwendeten Informationssysteme bieten ebenfalls Möglichkeiten zur Qualitätssicherung, die gespeicherten Daten müssten dazu aber sowohl den ambulanten Leistungserbringern (Ärzte, Physiotherapeuten, ambulante Pflegedienste), als auch der Versorgungsforschung zugänglich sein, um deren Potenzial auszuschöpfen.

Voraussetzung für eine funktionierende und effiziente Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist die zentrale Zusammenführung der Daten zu einem qualitätsgesichertem Gesamtdatenbestand in Datenbanken, die für alle an der Diagnostik, Behandlung und Nachsorge eines Patienten beteiligten Akteure eingesehen werden können. Eine wichtige Grundlage für den Aufbau eines solchen Datenbestandes ist die Erarbeitung und Nutzung einheitlicher Dokumentationsstandards.

Ein Beispiel der onkologischen Qualitätssicherung ist das Zentrale Klinische Krebsregister (ZKKR) Mecklenburg-Vorpommern. Die rechtliche Grundlage für den Aufbau des ZKKR ist das Klinische Krebsregistergesetz Mecklenburg-Vorpommern (KlinKrebsRG M-V vom 6. Juli 2011) nach Empfehlung des Nationalen Krebsplanes. Dieses Gesetz regelt die zentrale Zusammenführung und Auswertung der Daten der regionalen Klinischen Krebsregister im Land Mecklenburg-Vorpommern. Das ZKKR M-V soll zur Erhöhung der Wirksamkeit und der Effizienz der Krebsbehandlung in Mecklenburg-Vorpommern beitragen [161]. Um die Qualität in Projekten mit umfangreichen Datenbanken zu sichern sind einheitlich definierte Standards notwendig. Angefangen bei Standard Operating Procedures (SOPs) für Arbeitsabläufe über die Definition von Untersuchungsstandards hin zu Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen der Daten sind zahlreiche Elemente der

Qualitätssicherung implementiert. Zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen ist sichergestellt, dass Patientendaten wo immer möglich anonymisiert oder pseudonymisiert werden.

Aktuelle Entwicklungen bei der Nutzbarmachung vorhandener Daten werden die Grundlage der sektorübergreifenden Qualitätssicherung verbessern, sind aber hinsichtlich des Umfangs und der Qualität der zur Verfügung stehenden Daten bei weitem noch nicht ausreichend. Für eine sinnvolle versorgungswissenschaftliche Nutzung wären beispielweise der Datensatz des Morbi-RSA-Datensatzes im DIMDI um Stammdaten der Versicherten, Versicherungszeiten, Todeszeitpunkte, sowie Daten zu Prozeduren und Leistungen, auch aus den Bereichen Pflegeversicherung und Rehabilitation zu ergänzen. Da die Erforschung regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung ein wichtiges versorgungspolitisches Anliegen darstellt, ist es ferner unerlässlich, dass das Regionalmerkmal jedes Versicherten (Landkreis) weiterhin in den für die Versorgungsforschung zur Verfügung gestellten Daten enthalten bleibt. Der Versorgungsforschung sollte ferner unter Wahrung des Datenschutzes ungehinderter Zugang zu den nicht aggregierten Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und des Statistischen Bundesamtes gewährt werden. Zudem sollte es gesetzlich ermöglicht werden, die Sekundärdaten mit anderen Daten zu verknüpfen.

Abrechnungsdaten sind für Zwecke der Epidemiologie, Planung und Qualitätssicherung derzeit nur bedingt nutzbar, weil ihre Erhebung nicht standardisiert erfolgt. Die Qualität und Validität dieser wichtigen Daten muss daher gleichzeitig durch verzerrungsfreie Kodierregeln verbessert werden. Die 2012 aufgehobene ambulante Kodierrichtlinie ist durch ein Regelwerk zu ersetzen, das es erlaubt, die Diagnosen möglichst vollständig und verzerrungsfrei zu erfassen. Darüber hinaus ist der Zugang der Versorgungsforschung zu einem dann zu schaffenden sektor- und kassenübergreifenden Datenpool von Abrechnungsdaten gesetzlich zu regeln.

8.3 Expertenstandards als Instrument der Qualitätssicherung in der Pflege

Expertenstandards basieren auf wissenschaftlicher Evidenz der Pflegeforschung und dienen als Instrument zur Sicherung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Aktuell gibt es sieben Expertenstandards, die durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Pflegerat entwickelt wurden [162]:

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Entlassungsmanagement in der Pflege
- Förderung der Harninkontinenz in der Pflege
- Schmerzmanagement in der Pflege
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
- Sturzprophylaxe in der Pflege
- Mangelernährung

Die aufgelisteten Expertenstandards enthalten Handlungsanweisungen für die pflegerische Versorgung kranker oder pflegebedürftiger Menschen. Sie dienen als Leitfaden einer qualitativ kompetent durchgeführten Pflege im praktischen Alltag [163]. Expertenstandards geben pflegenden Kräften nicht nur Hinweise zur Durchführung spezieller Pflegetätigkeiten, sie besitzen darüber hinaus auch juristischen Charakter. Als evidenzbasiertes Qualitätsinstrument kann an ihnen operationalisiert werden, ob eine pflegerische Handlung oder Nicht- Handlung zivilrechtlich oder strafrechtlich angegangen werden kann. Sie erfüllen somit auch eine gewisse Beweis- und Schutzfunktion. [163]

Qualitätsmessung und -sicherung

Expertenstandards steigern das Qualitätsniveau pflegerischer Versorgungseinrichtungen und tragen zu einem transparenten, nachvollziehbaren Pflegeprozess bei. Gesetzliche Grundlage bildet § 113a SGB XI *Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege*. Darin wird festgehalten, dass Expertenstandards zu veröffentlichen sind und darüber hinaus Verbindlichkeit für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für zugelassene Pflegeeinrichtungen besteht (§ 113a Abs.2 SGB XI). In einem Turnus von fünf Jahren werden die Expertenstandards aktualisiert. Dies ist notwendig um neue wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse der Pflegeforschung in die Pflegepraxis zu transportieren.

Alle Expertenstandards sind in der Struktur identisch aufgebaut und beinhalten die drei Qualitätsdimensionen des Qualitätsmodell nach Donabedian: Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene. Unter der Ebene Struktur sind personelle und materielle einrichtungsbezogene Rahmenbedingungen zu verstehen, wie z.B. die Anzahl examinierter Pflegefachkräfte. Geht es vielmehr um den Ablauf, beispielsweise einer pflegerischen Versorgung, dann wird von der Prozessebene gesprochen. Die Inhalte der Struktur- und Prozessebene fassen sich in der Ergebnisebene zusammen. Darüber hinaus gliedert sich jeder Expertenstandard in eine bestimmte Anzahl an Stufen auf. Diese geben inhaltlich festgelegte pflegerische Handlungsanweisungen wieder. Darüber hinaus umfasst jede Stufe die drei benannten Qualitätsdimensionen. [164]

Struktur	Prozess	Ergebnis
Die Pflegefachkraft S1 – verfügt über aktuelles Wissen zur Identifikation von Sturzrisikofaktoren.	P1 – identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages systemisch die personen-, medikamenten- und umgebungsbezogenen Sturzrisikofaktoren aller Patienten/ Bewohner, bei denen ein Sturzrisiko nicht ausgeschlossen werden kann. . – überprüft die Einschätzung des Sturzrisikos bei Veränderungen der Pflegesituation und nach einem Sturz	E1 - Eine aktuelle, systematische Erfassung der Sturzrisikofaktoren liegt vor.

Abbildung 47: Auszug aus dem Expertenstandard Sturzprophylaxe

Expertenstandards dienen dazu, risikobehaftete Pflegesituationen zu erkennen und zu reduzieren. Dies ist wichtig um den Pflegeprozess inhaltlich, strukturell wie organisatorisch qualitativ zu stärken. Darüber hinaus leisten Standards einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege.

9 Prävention

9.1 Erhaltung der Gesundheit bei älteren Arbeitnehmern – Möglichkeiten der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Arbeitnehmer in Deutschland sind im Durchschnitt etwa 14 Tage pro Jahr arbeitsunfähig. Die Folge sind 53 Milliarden Euro im Jahr 2012 an Produktionsausfällen bzw. rund 92 Milliarden Euro pro Jahr an Bruttowertschöpfungsausfällen. Dabei sind in der Rechnung nur ärztliche Krankschreibungen berücksichtigt, was eine systematische Unterschätzung der Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat [165]. Auch Zeiten krankheitsbedingt eingeschränkter Leistungsfähigkeit, die nicht zu Krankschreibungen führen, sind naturgemäß nicht abgebildet.

Die häufigsten Ursachen von Arbeitsunfähigkeit liegen mit 23,4 % bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, gefolgt von Verletzungen, Vergiftungen und Unfällen mit 12 %, Erkrankungen des Atmungssystems mit 11,8 %, Psychische und Verhaltensstörungen mit 11,4 %, Erkrankungen des Kreislaufsystems mit 6,5 % und des Verdauungssystems mit 5,3 %. Dabei können die prozentualen Verteilungen je nach Wirtschaftszweig variieren [165]. Zu den häufigsten Arbeitsbelastungen, die im Alter zu möglichen arbeitsbedingten Frühberentungen führen, gehören unter anderem körperliche Belastungen, Zwangshaltungen, Hitze/Kälte, Lärm und Gefahrstoffe und psychische Belastungen [166].

Da mit zunehmendem Alter das Erkrankungsrisiko und die Krankheitsdauer zunimmt, muss zukünftig mit einer Zunahme des krankheitsbedingten Arbeitsausfalls gerechnet werden [167]. Durch die Verringerung des Anteils der berufstätigen Jahrgänge in der Gesamtbevölkerung, ist es von großer Bedeutung, Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung so weit wie möglich vorzubeugen.

Eine wirksame, individuell gestaltete Prävention durch gezielte Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) speziell für ältere Arbeitnehmer ist deswegen ein prioritäres Ziel. Mit Hilfe eines BGM können nachweislich Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter verbessert, Ressourcen gestärkt und Belastungen abgebaut werden [168]. Laut einer „Managementbefragung zu wirtschaftlichem Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen“ des AOK-Bundesverbandes aus dem Jahr 2007 lassen sich durch wirksame Präventionsleistungen jährlich 140.000 € bis eine Million € einsparen und die Produktivität durch verbesserte Personaleinsatzbarkeit erhöhen [169, 170]. Die Angaben schwanken beträchtlich und liegen bei Einsparungen je Mitarbeiter von 60 € bis über 1.000 €, je nach Branche und Betriebsgröße. Die Schwankung wird sowohl auf die Effizienz von BGM-Programmen zurückgeführt, als auch durch eine unterschiedliche Basis auf Grund der Angaben zu den Beschäftigtenzahlen erklärt. 212 Unternehmen wurden befragt. Unternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten sind mit 31 % hier deutlich überrepräsentiert. Kleine und mittlere Unternehmen mit 50 bis 500 Beschäftigten sind mit 61 % leicht unterrepräsentiert [169].

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) steht für die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben [171].

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzmaßnahmen, wie z.B. Lärmschutz, Schutz vor Gefahrstoffen und Hautschutzplänen, umfasst das BGM Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention, wie ergonomische Arbeitsmittel bzw. gesunde Arbeitsplatzgestaltung, Ernährungsberatungen, Stressbewältigung, Rückenschule, Suchtberatung und Rauchentwöhnungen, Betriebssport, Vorsorge- und/oder Gesundheitsuntersuchungen [172]. In der Mehrheit der Betriebe in Deutschland (ca. 80 %) sind neben den gesetzlichen Vorschriften keine weiteren

gesundheitsfördernden Maßnahmen etabliert. Große Unternehmen betreiben häufiger BGM über die gesetzlichen Vorschriften hinaus, als kleine Unternehmen [173]. Dabei geben die Unternehmen an, dass eine Etablierung und Umsetzung des BGM aufgrund des Vorrangs der Tagesgeschäfte, fehlender zeitlicher und personeller Ressourcen, mangelndes Wissen an der Umsetzung des BGM im Unternehmen, von wenig persönlichem Engagement und der hohen Kosten der Etablierung erschwert wird. Die umfassende Aufklärung der Betriebe durch den unkomplizierten Zugang zu Informationen muss gefördert werden, damit von den Betrieben erkannt wird, dass der anfängliche Mehraufwand mit hoher Wahrscheinlichkeit zukünftige Kosteneinsparungen herbeiführt. Insbesondere kleineren Unternehmen muss aufgezeigt werden, wie in ihrem Betrieb BGM umzusetzen ist, speziell durch die Initiierung von Kooperationen und Netzwerken zwischen den Betrieben sowie mit Anbietern von Präventionsleistungen. Um die Eigenmotivation zur Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen des BGM zu fördern muss bei Mitarbeitern und Führungsebene von Unternehmen der Nutzen des BGM bekannt sein [168, 169]. Zudem sollten Unternehmen über die positive Wirkungsweise der Maßnahmen aufgeklärt werden.

Ein wichtiger Aspekt ist die Erhaltung der Gesundheit bei älteren Angestellten [174]. Arbeitsbezogene Aspekte (wie z.B. eine hohe Arbeitsbelastung und wenig Möglichkeiten zur eigenen Gestaltung der Arbeitsabläufe) haben auch langfristig einen negativen Einfluss auf die Gesundheit [175]. Um der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit älterer Mitarbeiter entgegen zu wirken, bzw. die Arbeitsfähigkeit zu stärken, wurde unter anderem das LagO-Projekt (Länger arbeiten in gesunden Organisationen) vom Institut für Sozialforschung und Sozialwissenschaft e.V. Saarbrücken entwickelt, welches vom Bundesministerium für Arbeit und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin gefördert und unterstützt wird. Dabei handelt es sich um ein Projekt, das Konzepte und Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer entwickelt und in Unternehmen umsetzt. Zu den entwickelten Maßnahmen und Instrumente zählen z.B. eine Checkliste zur Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen, diverse Leitfadenskataloge, Fragebögen, ein Bogen zur Erfassung des WAI (Work Ability Index / Arbeitsbewältigungsindex) sowie ein Maßnahmenkatalog zur altersgerechten Anpassung des Arbeitsplatzes. Dabei wird darauf hingewiesen, dass die Handlungsansätze und Maßnahmen als Anregung dienen, aber für jedes Unternehmen individuell gestaltet werden sollten [176]. Das Finnische Institut für Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz beschäftigte sich ebenfalls mit dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit im Alter. Dabei wird im Beitrag „Förderung des aktiven Alterns am Arbeitsplatz“ von Prof. Juhani Ilmarinen vom „Haus der Arbeitsfähigkeit“ gesprochen. Dieses beinhaltet ein Konzept, das eine Grundlage zur Ermittlung und Förderung der Arbeitsfähigkeit älterer Arbeitnehmer darstellt. Dabei wird neben einer guten Arbeitsplatzgestaltung auf die individuellen Bedürfnisse der Arbeitnehmer eingegangen [177].

Im Projekt AGnetz (Das Netzwerk Arbeit und Gesundheit), werden mittlere und kleine Unternehmen in M-V durch Beratung, Weiterbildung, Förderung und Etablierung unterstützt, ein BGM einzuführen und umzusetzen [178].

In der Universitätsmedizin Greifswald werden derzeit Konzepte diskutiert, die die Potenziale von Kooperation und Vernetzung aufgreifen und aufsuchende Angebote für eine umfassende Erhebung der individuellen Bedarfe der Arbeitnehmer sowie die Erarbeitung von maßgeschneiderten Präventionsangeboten für die Unternehmen beinhalten.

Um die Umsetzung eines BGM zu fördern, besteht seit 2009 die Möglichkeit gesundheitsbezogene Maßnahmen in einem Betrieb steuerlich abzusetzen. Dabei kann ein Unternehmen bis zu 500 € pro Mitarbeiter und Jahr lohnsteuerfrei in gesundheitsfördernde Maßnahmen investieren. Dazu zählen Maßnahmen die den Anforderungen nach §§ 20 und 20a Abs. 1 i.V. mit § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V, in

Zweck und der Qualität entsprechen. Zu diesen Maßnahmen gehören Bewegungsprogramme, Stressbewältigung, Ernährungsangebote und Suchtprävention [179].

9.2 Prävention zur Erhaltung der Autonomie/Selbstständigkeit

9.2.1 Erforderlichkeit von Prävention im Alter

Die steigende Anzahl älterer Menschen erfordert auch im Bereich der Prävention ein Umdenken. Die Ziele der medizinischen Versorgung für diese Bevölkerungsgruppe wandeln sich von einer eher kurativen Medizin hin zum Erhalt der Alltagskompetenz und Lebensqualität des Einzelnen sowie der Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung und der gesellschaftlichen Teilhabe und Autonomie. Gezielte präventive Maßnahmen zur Erhaltung der Selbstständigkeit, Funktionalität und Mobilität der älteren Bevölkerung können diese dabei unterstützen, möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit zu führen, siehe Abbildung 48.

Sind Menschen nicht mehr in der Lage, Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. sich waschen und kleiden, essen und trinken, mobil sein, den Haushalt führen) selbständig oder mit Hilfe von Angehörigen zu bewältigen, folgt häufig die Heimeinweisung. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass eine Verschlechterung bestimmter körperlicher Parameter (z. B. Ganggeschwindigkeit, Funktion und Kraft der unteren Extremitäten, Greifkraft, Gleichgewicht), eine Verringerung der körperlichen Aktivität, aber auch depressive Symptome jeweils wichtige Prädiktoren für eine Verschlechterung der funktionalen Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagsaktivitäten sind [180, 181, 182, 183].

Etwa 20-30% der Menschen über 65 Jahre haben körperliche Einschränkungen oder eine eingeschränkte Fähigkeit, Routinetätigkeiten zu bewältigen. Bei den über 80-Jährigen steigt dieser Anteil auf über 80 % [184]. Das Risiko sowohl für eine chronisch fortschreitende als auch für eine akute Verschlechterung als Folge eines Ereignisses (z.B. eines Sturzes, einer stationären Krankenhauseinweisung, von arzneimittelbezogenen Problemen) nimmt mit steigendem Alter zu [180, 185].

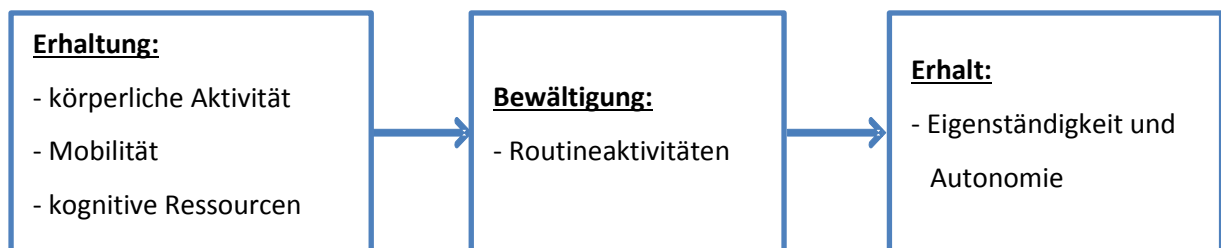


Abbildung 48: Kompetenzmodell zum Erhalt der Selbstständigkeit nach [180, 181, 182, 183]

Frauen sind häufiger von Aktivitätseinschränkungen betroffen als Männer und es gibt genderspezifische Unterschiede auch bei den Risikofaktoren hinsichtlich des Erhalts der funktionalen Gesundheit. In einer Studie mit 1.600 älteren Personen wurden bei Frauen geringe körperliche Bewegung, eine Abnahme der Greifkraft und Erkrankungen wie Osteoporose und Arthrose als wichtige Risikofaktoren ermittelt. Bei Männern standen dagegen eine abnehmende Mobilität, Einschränkungen des Gleichgewichts, Koordinationsprobleme und kognitive Einschränkungen im Vordergrund bei Problemen mit der Bewältigung von Routineaktivitäten [184, 186, 181].

9.2.2 Ansatzpunkte für die Prävention

Präventionsprogramme für ältere Menschen erweisen sich häufig dann als effektiv, wenn sie als Multikomponenten-Ansätze konzipiert werden [187, 188]. Bewegungsangebote stellen dabei einen

zentralen - und wohl auch den zurzeit am besten erforschten - Aspekt dar. Durch die vermehrte Produktion von Serotonin können Depressionen und Angstzustände gelindert werden [189]. Der Erhalt der Kraft trägt bis ins hohe Alter zum Erhalt der Selbständigkeit bei [190]. Ein wesentlicher Faktor sowohl der Sturz- und Verletzungsprophylaxe, als auch der Alltagsmotorik zwecks Bewältigung täglicher Aufgaben wie Ankleiden, Aufräumen oder die Benutzung von Fahrzeugen stellt die Erhaltung der Beweglichkeit dar. Ähnlich der Muskulatur führt auch ein Training des Stütz- und Bindegewebes zu dessen Kräftigung, während es durch Nichtgebrauch geschwächt wird [191]. Ein Training der Schnelligkeit ist bei Menschen höheren Lebensalters ebenfalls möglich und insbesondere in Hinblick auf Reaktions- und Bewegungsschnelligkeit sinnvoll, da diese Fähigkeiten beispielsweise ein Ausweichen vor plötzlich auftretenden Hindernissen (z.B. im Straßenverkehr) ermöglichen und auch zur Unfallprophylaxe im Haushalt beitragen [192]. Im Kontext eines Trainings zur Förderung der koordinativen Fähigkeiten nimmt vor allem die Förderung der Gleichgewichtsfähigkeit (Sturz- und Verletzungsprophylaxe) einen besonderen Stellenwert ein.

Für ältere Menschen ist ein Training besonders effektiv, wenn alle motorischen Fähigkeiten (Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Beweglichkeit, Koordination) einbezogen und vor allem durch sportartübergreifende bzw. sportartungebundene Bewegungsvielfalt auch kognitive Reize angesprochen werden [193]. Zudem können mit der Kombination aus körperlichem und mentalem Training sowie einem Entspannungstraining messbare Verbesserungen kognitiver Funktionen bei über 65-Jährigen erreicht werden [194]. Beispiele für Anbieter von Gesundheitssport sind in Abbildung 49 dargestellt. Eine niedrighschwellige Möglichkeit, für körperliches Training ist die Erhöhung der täglichen körperlichen Aktivität, z.B. durch tägliche Spaziergänge, Fahrradfahren oder Nordic Walking. Eine zentrale Herausforderung ist dabei die Förderung der Adhärenz der Probanden zu der empfohlenen körperlichen Aktivität.

Bezüglich der Ernährung stellt im Alter insbesondere die Mangelernährung ein Problem dar, da diese u. a. mit einem Abbau der Muskulatur und verstärktem Vitaminmangel verbunden ist, die zu einem erhöhten Sturz- und Frakturrisiko führen, die Wundheilung beeinträchtigen und die Wahrscheinlichkeit kognitiver Einbußen steigern kann [195]. Mangelernährung wird durch soziale Isolation, Depression sowie auch durch einen schlechten Zahnstatus bzw. unzureichenden Zahnersatz begünstigt. Ansätze für Qualitätsstandards bei der Ernährung liefert die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen, DGE-Qualitätsstandard für Essen auf Rädern). Weitere, Handlungsfelder übergreifende Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Präventionsmaßnahmen bietet der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (<http://www.gkv-spitzenverband.de>).

Der Erhalt körperlicher und kognitiver Aktivität sind wesentliche Prädiktoren für ein langfristig selbstbestimmtes Leben [196]. Bisher gelingt es nicht umfassend, ältere Menschen für eine Teilnahme an Präventionsangeboten zu gewinnen. Auch die Aufrechterhaltung der regelmäßigen und langfristigen Teilnahme an Präventionsangeboten kann bis dato nicht zufrieden stellen [197]. Wesentliche Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Prävention sind jedoch, dass entsprechende Maßnahmen die Menschen in den jeweiligen Zielgruppen auch erreichen und dass möglichst viele von ihnen daran teilhaben [198]. Dies begründet die Notwendigkeit motivationsfördernder Instrumente, die geeignet sind, (1) Zielbevölkerungen für Präventionsangebote zu interessieren, (2) Zielbevölkerungen möglichst umfassend für die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zu gewinnen sowie (3) die Adhärenz zu den Präventionsangeboten zu maximieren.

Motivationsfördernde Instrumente sind auch geeignet für die Ausgestaltung von Kurzinterventionen, z.B. mit dem Ziel der Vermeidung oder Reduktion gesundheitsriskanten Verhaltens. Die Relevanz solcher Interventionen, z.B. zur Erreichung von Tabakabstinenz ergibt sich daraus, dass ein

Rauchstopp auch im Alter über 60 Jahren eine wirksame Methode ist, um Krankheitsfolgen jahrelangen Tabakrauchens zu reduzieren [199]. Ebenso ist die Empfindlichkeit gegenüber den negativen Wirkungen des Alkohols im höheren Lebensalter, infolge physiologischer Veränderungen erhöht. Eine Adressierung dieser Risikokontexte und riskanter Verhaltensweisen im Kontext umfassender Prävention in älteren Bevölkerungen ist demzufolge angezeigt.

9.2.3 Eckpunkte eines Präventionsmodells

Männer und Frauen unterscheiden sich bezüglich der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. So sind in Kursen, die gezielt auf die Förderung der Gesundheit ausgerichtet sind, Männer häufig unterrepräsentiert. Besonders deutlich wird dies im Bereich von Sport und körperlicher Aktivität. Männer und Frauen weisen hier deutlich unterschiedlichen Präferenzen auf [200]. Ein Problem aktueller Präventionsangebote besteht darin, dass sie überwiegend an den Motiven der Frauen ansetzen, Männer sind somit schwerer zu erreichen.

In einer strukturschwachen, ländlichen Region wie Greifswald/Ostvorpommern kann ein umfassendes flächendeckendes Angebot von Präventionsleistungen nur durch regionale Vernetzung aller beteiligten Akteure erreicht werden (Abbildung 49). Anbieter sind sowohl Sportvereine mit Präventionsangeboten wie Senioren- oder Rehasport, Nordic Walking, Wassergymnastik usw. als auch Fitness-Studios und weitere Akteure wie Krankenkassen, Volkshochschulen, soziale Dienstleister wie die Volkssolidarität und die Arbeiterwohlfahrt, Quartiersmanagementinitiativen usw. Benötigt werden flexible Organisationsstrukturen (einschl. aufsuchende Angebote und Mobilitätskonzepte) und eine niedrige Zugangsschwelle.

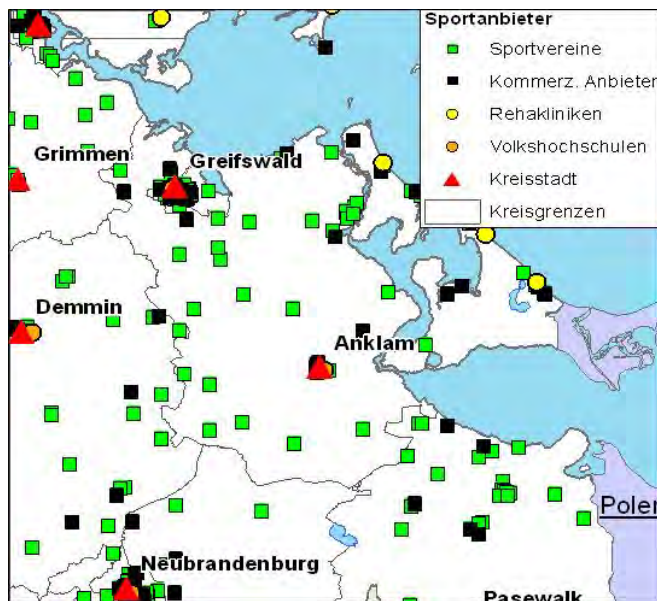


Abbildung 49: Anbieter von Gesundheitssport in der Region Greifswald/Ostvorpommern

Um die Wahrnehmung und Nutzung von Präventionsangeboten zu erhöhen, könnte die ältere Bevölkerung dort angesprochen werden, wo sie in Kontakt mit den Akteuren des Versorgungssystems kommt, z. B. in Haus- und Zahnarztpraxen, durch Pflegedienste und in Apotheken, die zumeist wohnortnah vorhanden sind, siehe Abbildung 50.

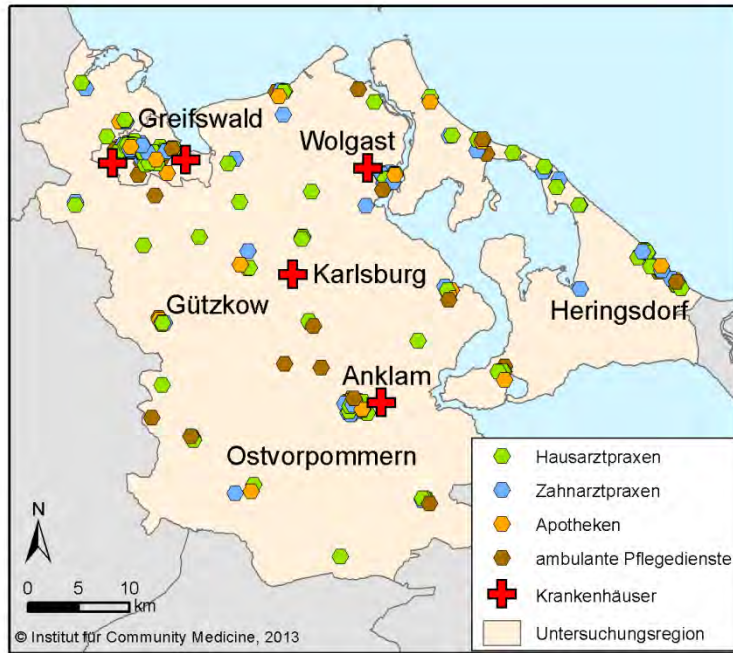


Abbildung 50: Mögliche Kontaktstellen zu Akteuren des Versorgungssystems

Vorhandene, qualitativ hochwertige Angebote, beispielsweise von Krankenkassen, sollten der Zielgruppe aufwandsniedrig und durch professionelle Akteure des Gesundheitssystems zugänglich gemacht werden. Standardisierter Qualitätskriterien können definiert werden, um geeignete Angebote in der Region zu identifizieren. Auch für Krankenkassen können diese als eine wesentliche Orientierung für die (anteilige) Übernahme von Kosten der Präventionsmaßnahmen dienen.

In Abhängigkeit vom individuellen Präventionsziel, des Zeit- und Kostenaufwandes und unter Berücksichtigung weiterer zentraler Faktoren (z.B. Wohnort, familiäre Ressourcen und soziale Situation, Komorbidität, persönliche Prioritäten und Vorlieben, Möglichkeiten der Barrierebeseitigung) könnten individuell unterschiedliche Kombinationen von Präventionsmodulen zur Anwendung kommen. Hierbei sollten auch die persönlichen Prioritäten und Vorlieben des Teilnehmers sowie die Erfassung von individuellen Barrieren bei der Zielerreichung berücksichtigt werden. Mögliche Barrieren sind z.B. eingeschränkte Mobilität, fehlende familiäre und soziale Unterstützung, geringe Selbstwirksamkeitserwartung, Angst und Depression, schlechte Erreichbarkeit geeigneter Angebote.

10 Konsequenzen für Mecklenburg-Vorpommern

Die vorliegende Expertise beleuchtet die medizinische und pflegerische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfe der älteren Menschen.

In den nächsten Jahren werden der Anteil und die Anzahl der älteren Menschen weiter zunehmen. Dies hat Konsequenzen sowohl für die Anzahl der Patienten, insbesondere bei altersassoziierten Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit, als auch für Charakteristiken der Patienten. Ältere Patienten sind öfter von Multimorbidität sowie kognitiven und/oder funktionalen Einschränkungen betroffen.

Eine unspezifische Forderung nach Erhöhung der Anzahl der Ärzte, Pflegekräfte oder Krankbetten reicht hier nicht aus. Vielmehr soll die medizinische und pflegerische Bedarfsplanung an den spezifischen Gegebenheiten einer Region und deren Bevölkerungsstruktur angepasst werden. Es werden geeignete, regional orientierte und sektorübergreifende Versorgungskonzepte benötigt, die speziell auf die Bedarfe der älteren Menschen zugeschnitten sind und von der medizinischen Primärversorgung über Pflege bis zu Prävention hinsichtlich Autonomie und selbstbestimmtes Leben reichen. Ziel der Versorgung ist nicht die Abwesenheit von jeglicher Krankheit, sondern vielmehr die Wiederherstellung, Unterstützung, Förderung und Bewahrung der größtmöglichen funktionalen Gesundheit als Voraussetzung für Autonomie, gesellschaftliche Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben.

Für die Erstellung **spezifischer Versorgungspläne** sollte ein Stufenkonzept verwendet werden. Auf Stufe 1 sollte für die Regionen die Altersstruktur der Bevölkerung und der Versorgungsgrad ermittelt werden. Ist der Versorgungsgrad unzureichend, sollte geprüft werden, welche anderen Leistungserbringer Versorgung substituieren können und welche innovativen, sektorübergreifenden Versorgungsmodelle zu den Bedarfen der betreffenden Region passen.

Auf Stufe 2 müssen innovative Versorgungsmodelle dort ansetzen, wo bestimmte Aufgaben, Leistungen und Funktionalitäten der medizinischen und pflegerischen Versorgung von den Akteuren vor Ort nicht oder nur unvollständig erbracht werden können. Die regionalen Versorgungsmodelle können je nach Bedarf verschiedene Komponenten umfassen, zu denen Delegation, sektorinterne und sektorübergreifende Kooperationen zwischen Leistungsanbietern und telemedizinische Angebote gehören. Neue Konzepte müssen zunächst im Rahmen von Modellprojekten implementiert und evaluiert werden - bei positiver Evaluation jedoch zügig in die Regelversorgung übernommen werden können. Bei der Umsetzung von Initiativen wie Gesundheitshäusern sollten bürokratische Hürden abgebaut, die Rechtssicherheit erhöht und Fördermittel, beispielsweise für Investitionen oder eine Anschubfinanzierung bereitgestellt werden.

Die **sektorübergreifende Versorgung** durch Krankenhäuser auf der Grundlage von Verträgen der integrierten Versorgung verliert derzeit an Dynamik. Gründe sind das Auslaufen der Anschubfinanzierung und der hohe administrative Aufwand. Relativ niedrige Teilnehmerzahlen verringern den Anreiz zur Schaffung und Durchführung integrierter Versorgung. Doch besonders in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern ist die integrierte Versorgung wichtig, da die Patienten häufig längere Wege in Kauf nehmen müssen. **Indikationsübergreifende Programme** könnten der Problematik der geringen Teilnehmerzahlen entgegenwirken. Zielführend kann auch die Förderung des **Verbundcharakters der regionalen Leistungserbringer** sein, z.B. Kooperation mit Reha-Kliniken. Im Sinne eines geriatrischen Verbundes könnten weitere Leistungserbringer wie z.B. niedergelassene Ärzte einbezogen werden, um ganzheitliche Behandlungsprozesse zu ermöglichen und die Gesundheitsversorgung transparent und effektiv in sektorübergreifenden regionalen Behandlungspfaden zu organisieren.

Gesundheitsberufe aus dem pflegerischen Berufen müssen **attraktiver gestaltet** werden. Delegation und kontrollierte Substitution sind Möglichkeiten, den pflegerischen Fachkräften berufliche Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten. Auch in der Ausbildung müssen Veränderungen vorgenommen werden. Die Ausbildung der Pflegefachkräfte muss gemäß der veränderten Bedarfslage weiterentwickelt werden. Zusätzlich müssen akademische Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte angeboten werden. Die Einführung der Advanced Nurse Practitioner ist gerade für unterversorgte ländliche Räume eine Option, die in Modellprojekten erprobt und weiter konkretisiert werden sollte. Das gemeinsame Lernen von Auszubildenden der Pflege- und weiterer Gesundheitsberufe und Studierenden der Medizin ist ein innovativer Weg um die Kommunikation und Kooperationen zwischen den Professionen zu verbessern.

Von 2011 zu 2012 stiegen die Zahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflege leicht und die Zahl der Abschlüsse in der Altenpflege deutlich an. Ob dieser Trend nur die Folge der Förderung der Ausbildung durch das Konjunkturprogramm II ist oder eine anhaltende Entwicklung wiedergibt, kann hier nicht abschließend beurteilt werden. Fraglich ist, ob die Zahl der zukünftigen Pflegefachkräfte ausreichend sein wird, um die Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen abzudecken. Wichtig ist daher ein engmaschiges **Monitoring der Bewerber- und Absolventenzahlen in den Pflegeberufen**.

Das **Ehrenamt** und die **Angehörigenpflege** nehmen eine zentrale Rolle in der Versorgung und Betreuung älterer Menschen ein. Grundsätzlich gilt es, die bestehenden ehrenamtlichen und familialen Unterstützungsstrukturen in Mecklenburg-Vorpommern zu erhalten und auszubauen. Ehrenamt und Angehörigenpflege sollten durch folgende Maßnahmen gefördert werden:

- Aufbau flächendeckender, dezentraler Pflegeberatungsangebote für Mecklenburg-Vorpommern
- Förderung von Austauschmöglichkeiten und Vernetzung: informative Veranstaltungen zur Gewinnung von Ehrenamtlern, Koordinationsstellen für das Ehrenamt in den Einrichtungen, Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige, Schaffung von Nachbarschaftshilfen in den strukturschwachen dörflichen Gebieten
- Aufrechterhaltung der Motivation, bzw. Schaffung weiterer Anreize z.B. durch bessere Refinanzierung der anfallenden Kosten bei der Ausübung eines Ehrenamtes
- Etablierung von Unterstützungs- und Entlastungshilfen in der Versorgung: z.B. Angebot von krankenkassenfinanzierten Sport- bzw. Präventionskurse für pflegende Angehörige, Entlastungshilfe durch den Einsatz niedrigschwelliger Betreuungsangebote durch ehrenamtlicher Helfer

Die **Erhaltung der Autonomie und Selbstbestimmung** ist ein zentrales Thema der medizinischen Versorgung. Dabei spielt insbesondere die Erhaltung der Bewältigung von Alltagsaktivitäten eine wichtige Rolle. Hier sollten bestehende Angebote insbesondere der sekundären und tertiären Prävention unterstützt und erweitert werden. Für Leistungserbringer im Gesundheitssystem (z.B. Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Pflegedienste) sollten Informationen zu geeigneten und wohnortnahen Angeboten bereit gestellt werden, damit die Präventionsangebote gezielt vermittelt werden können. Zusammengefasst ist die **Region** das wichtigste Stichwort für die zukünftige medizinische und pflegerische Versorgung älterer Menschen, insbesondere in ländlichen, gering bevölkerten Gebieten und Gebieten mit unzureichender Infrastruktur. Leistungserbringer in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems sowie Anbieter von Präventionsleistungen sollten in sektor- und berufsübergreifenden Versorgungskonzepten kooperieren. Das zukünftige Ziel ist nicht nur die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung sondern vielmehr eine umfassende und optimierte individuelle Betreuung mit dem Ziel der Erhalt der Autonomie, Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe möglichst aller Menschen in Mecklenburg-Vorpommern.

11 Literaturverzeichnis

- [1] „Geriatricplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern,“ Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, 2011.
- [2] Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt und Deutsches Zentrum für Altersfragen, „Gesundheit und Krankheit im Alter,“ Eigenverlag Robert Koch-Institut, Berlin, 2009.
- [3] K. Fendrich, N. van den Berg, U. Siewert und W. Hoffmann, „Demographischer Wandel. Änderungen an das Versorgungssystem und Lösungsansätze am Beispiel Mecklenburg-Vorpommern,“ *Bundesgesundheitsblatt*, pp. 53: 479-485, 2010.
- [4] N. van den Berg, C. Meinke und W. Hoffmann, „Möglichkeiten und Grenzen der Telemedizin in der Flächenversorgung,“ *Ophthalmologe*, Bd. 106, pp. 788-794, 2009.
- [5] H. Hesecker, „Die letzte Lebensphase. Zur Physiologie und Psychologie der Ernährung von Hochbetagten,“ [Online]. Available: https://dsg.uni-paderborn.de/fileadmin/evb/materialien/aeltere_vortraege/02_12_letze-lebensphase.pdf. [Zugriff am 11 09 2014].
- [6] *Landesprogramm "Älter werden in Mecklenburg Vorpommern"*, Schwerin: Ministerium für Soziales und Gesundheit, 2006.
- [7] I. Higginson, E. Davies und WHO, *Bessere Palliativversorgung für ältere Menschen*, Bonn: Pallia med Verlag, 2008.
- [8] E. Nowossadeck, „Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen,“ *GBE kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.*, 2/2012.
- [9] Statistisches Bundesamt, „Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung,“ Wiesbaden, 2009.
- [10] „Aktualisierte 4. Landesprognose (Basisjahr 2010). Bevölkerungsentwicklung des Landes Mecklenburg-Vorpommern sowie der kreisfreien Städte und Landkreise bis 2030 nach Altersgruppen,“ Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, 2013.
- [11] U. John, B. Greiner, E. Hensel, J. Lüdemann, M. Piek, S. Sauer, C. Adam, G. Born, D. Alte, E. Greiser, U. Haertel, H.-W. Hense, J. Haerting, S. Willich und C. Kessler, „Study of Health in Pomerania (SHIP): a health examination survey in an east German region: objectives and design,“ *Soz Präventivmed*, Bd. 46, pp. 186-196, 2001.
- [12] H. Bickel, „Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland,“ *Gesundheitswesen*, Bd. 62, pp. 211-8, 2000.
- [13] E. Bergmann, M. Kalcklösch und F. Tiemann, „Inanspruchnahme des Gesundheitswesens - Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003,“ *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, Bd. 48, pp. 1365-1373, 2005.
- [14] Statistische Ämter des Bundes und der Länder, *Demografischer Wandel in Deutschland - Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2010.
- [15] Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*, Berlin.
- [16] Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, *Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht, Mecklenburg-Vorpommern, 2011*, Schwerin: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern,

- 2011.
- [17] „Bundesministerium für Gesundheit,“ 03 04 2014. [Online]. Available: <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/l/leistungserbringer.html>. [Zugriff am 2014 08 26].
- [18] „Geriatric in Mecklenburg-Vorpommern - Grundsätze und Konzept zur Versorgung geriatrischer Patienten in Mecklenburg-Vorpommern,“ Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V., Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, 2010.
- [19] Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, „Studierende an Hochschulen in Mecklenburg-Vorpommern - Statistische Berichte,“ Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, 2010/11, 2011/12, 2012/13.
- [20] Statistisches Bundesamt, *Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Stichtag 31.12.2011, Mecklenburg-Vorpommern*, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2013.
- [21] Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, *Bevölkerungsentwicklung der kreisfreien Städte und Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030 (Basisjahr 2006)*, Schwerin: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, 2009.
- [22] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, *Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.*, 2014.
- [23] M. Isfort, F. Weidner, A. Neuhaus, S. Kraus, V. H. Köster und D. Gehlen, *Pflege- Thermometer 2009 - Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus.*, 2010.
- [24] M. Simon, *Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009.*, 2012.
- [25] R. F. Oppermann, H. Rogalski, W. Hoffmann, N. van den Berg und A. Dreier, „Qualifikation "Community Medicine Nursing" - Konzept Curriculum,“ *Schriftenreihe G der Hochschule Neubrandenburg*, Bd. 6, pp. 1-80, 2008.
- [26] M. Zöllner, *Gesundheitsfachberufe im Überblick. Heft 153.*, Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung, 2014.
- [27] D. Müller, K. Wegleitner und K. Heimerl, *Sorgeskultur am Lebensende in Berliner Pflegeheimen*, Berlin: UnionHilfsWerk Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie, 2012.
- [28] *Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen im hohen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen - Grundsatzpapier zur Entwicklung von Hospizkultur und Palliativversorgung in stationären Einrichtungen der Alternhilfe*, Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2012.
- [29] Statistisches Bundesamt, „Demografischer Wandel in Deutschland Heft 1 -Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern,“ Wiesbaden, 2011.
- [30] A. Dreier, H. Rogalski, S. Homeyer, R. F. Oppermann und W. Hoffmann, „Neue Versorgungs- und Qualifizierungsansätze im demographischen Wandel: Die künftige Aufgabenteilung im Gesundheitswesen,“ In: Pundt J, Kälble K, *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte auf dem Prüfstand*, Apollon University Press. (in Press), 2014.
- [31] Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, *Pflegestatistik - Personal in Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Berufsabschluss und Geschlecht, Mecklenburg-Vorpommern*, Schwerin: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, 2011.

- [32] Bundesärztekammer, *BÄKGROUNd - 114. Deutscher Ärztetag in Kiel - Hintergrundinformationen für Journalisten*, Berlin: Bundesärztekammer, 2011.
- [33] Netzwerk freiwilliges Engagement in M-V e.V., „Das Netzwerk,“ [Online]. Available: <http://www.netzwerk-mv.net/>. [Zugriff am 23 06 2014].
- [34] *Arbeitspapier zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) - Stand 23.04.2013*, Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2013.
- [35] *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*, Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., Bundesärztekammer, 2010.
- [36] *Gemeinsame Hinweise von DHPV und DGP zur Umsetzung der spezialisierten Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§ 37b, 132d und 92 SGB V und Eckpunkte für einen Mustervertrag*, Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2008.
- [37] M. Alscher, D. Dathe, E. Priller und R. Speth, „Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland,“ Berlin, 2009.
- [38] D. T. Gensicke, *Öffentliche Beteiligung und freiwilliges Engagement in Mecklenburg-Vorpommern, Ergebnisse des Freiwilligensurvey der Bundesregierung (1999-2004-2009), Vortrag im Auftrag des Netzwerks Freiwilliges Engagement Mecklenburg-Vorpommern e.V.*, München, 2011.
- [39] Zentrum für Qualität in der Pflege , „ZQP Themenreport, Freiwilliges Engagement im pflegerischen Versorgungsmix,“ Berlin, 2013.
- [40] DRK-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V., „Sich engagieren - etwas bewegen,“ [Online]. Available: <http://www.ehrenamtessen-mv.de/>. [Zugriff am 23 06 2014].
- [41] O. Ebert, B. Hartnuß, E. Rahn und C. Schaaf-Derichs, „Freiwilligenagenturen in Deutschland, Ergebnisse einer Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen,“ *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, Bd. 227, 2002.
- [42] LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V., „Die LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V.,“ [Online]. Available: <http://www.liga-mv.de/wir-ueber-uns/>. [Zugriff am 23 06 2014].
- [43] S. Hamm, „ZQP Zwischenbericht, Spektrum und Konzepte ehrenamtlicher Helfer im deutschen Gesundheits- und Pflegesystem, Eine internetbasierte Recherche,“ o.J..
- [44] Evangelische Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen "Augustenstift zu Schwerin", „Augustenstift zu Schwerin, »ZENTRUM DEMENZ«,“ [Online]. Available: <http://www.augustenstift.de/index.php?id=27>. [Zugriff am 23 06 2014].
- [45] Pommerscher Diakonieverein e.V., „Bürgerhafen,“ [Online]. Available: <http://buengerhafen.de/index.php?id=3>. [Zugriff am 28 07 2014].
- [46] DRK-Kreisverband Ostvorpommern e.V., „Deutsches Rotes Kreuz, DRK Kreisverband Ostvorpommern e.V., Neubau Senioren und Servicezentrum in Lubmin,“ [Online]. Available: <http://www.drk-ovp.de/blog/neubau-senioren-und-servicezentrum-in-lubmin.html>. [Zugriff am 28 07 2014].
- [47] Volkssolidarität, „Volkssolidarität Kreisverband Uecker-Randow e.V.,“ [Online]. Available:

- http://www.volkssolidaritaet.de/cms/uecker_randow/Navigation/Horizontaler+Bereich/Unser+Angebote/Modellprojekte/GeroMobil.html. [Zugriff am 28 07 2014].
- [48] H. Keupp, „Kommunale Förderbedingungen für kommunales Engagement,“ in *Macht-Eigensinn-Engagement, Lernprozesse gesellschaftlicher Teilhabe*, 2010, pp. 137-150.
- [49] H. Backhaus-Maul und K. Speck, „Bürgerschaftliches Engagement 2005“, Eine empirische Untersuchung des bürgerschaftlichen Engagements in den Mitgliedsorganisationen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin,“ Halle/Potsdam, 2005.
- [50] Pfaff.H., „Pfleigestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse,“ Wiesbaden, 2013.
- [51] Pfaff.H., „Pfleigestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung,“ Bonn, 2005.
- [52] H. Rothgang, R. Müller, R. Unger, C. Weiß und A. Wolter, „BARMER GEK Pflegereport 2012 Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit,“ 2012.
- [53] Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, „Aktualisierte 4. Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030,“ 3 12 2012. [Online]. Available: http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/bhf/Analysen,_Aufsaetze/_Themenheft_Bevoelkerungsprgnose/AktualisiertePrognose.pdf. [Zugriff am 20 07 2014].
- [54] Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, „Pressemitteilung: Durchschnittlich 1,9 Personen je Privathaushalt,“ 26 06 2013. [Online]. Available: http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/bhf/Presseinformationen/index.jsp?&pid=52107. [Zugriff am 20 07 2014].
- [55] Statistisches Bundesamt, „Bevölkerung, Haushalte und Familien in Mecklenburg-Vorpommern (Mikrozensus),“ Schwerin, 2013.
- [56] Arbeitsgemeinschaft christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen Deutschland e.V. , Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe , „Brennpunkt Pflege,“ 2009. [Online]. Available: <http://www.dbfk.de/download/download/Brennpunkt-Pflege-Angehorigenpflege-2009druckversion.pdf>. [Zugriff am 20 07 2014].
- [57] M. Leininger, „Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality,“ *Nursing Science Quarterly*, Bd. 1, Nr. 4, pp. 152-160, 1988.
- [58] J. Fawcett, *Spezifische Theorien der Pflege im Überblick*, Bern: Verlag Hans Huber, 1999.
- [59] E. Gräßel, *Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden*, 2. Auflage Hrsg., Egelsbach: Dr. Markus Hänsel-Hohenhausen, 1998.
- [60] Bundesministerium für Gesundheit, „Abschlussbericht zur Studie "Wirkung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes",“ München, 2011.
- [61] Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand, „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege- Ein Handlungsfeld für Betriebsräte,“ Berlin, 2008.
- [62] Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen e.V., „Häusliche Pflege von Familienangehörigen. Eckpunkte für eine gemeindenahe Pflege,“ Berlin, 2009.
- [63] Bundesministerium für Gesundheit, „Pflege zu Hause. Ratgeber für die häusliche Pflege,“ Berlin, 2014.
- [64] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, „Familienpflegezeitgesetz,“ 2012. [Online]. Available: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=183784.html>.

- [Zugriff am 20 07 2014].
- [65] S. Laube, „Barrieren der Inanspruchnahme entlastender formeller Hilfsangebote-insbesondere der Angehörigenberatung durch pflegende Angehörige von Demenzerkrankten,“ HS Magdeburg-Stendal , 2010.
- [66] G. Lamura, . E. Mnich, B. Wojszel, M. Nolan, B. Krevers, L. Mestheneos und H. Döhner, „Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen,“ *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* , Bd. 39, Nr. 6, pp. 429-442, 2006.
- [67] Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, „Pflegestützpunkte,“ 17 06 2013. [Online]. Available: http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/Aufgaben_und_Themen/Soziales/Referat_430__Belange_pflegebeduerftiger_Menschen/Pflegestuetzpunkte/index.jsp. [Zugriff am 02 08 2014].
- [68] AOK Nordost, „Grundsätze der Beratung im Pflegestützpunkt,“ 2011. [Online]. Available: http://www.pflegestuetzpunktemv.de/index.php?option=com_content&view=article&id=139&Itemid=270. . [Zugriff am 2014 Juli 2014].
- [69] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, „Eine neue Kultur des Alterns, Altersbilder in der Gesellschaft, Erkenntnisse und Empfehlungen des sechsten Altenberichts,“ 2010.
- [70] E. Peters, R. Pritzkeleit, F. Beske und A. Katalinic, „Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten, Eine Prognose bis 2050,“ *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, p. 417–426, 09 04 2010.
- [71] Statistisches Bundesamt, „destatis, Krankheitskostenrechnung,“ [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/Meta/AbisZ/Krankheitskostenrechnung.html>. [Zugriff am 03 07 2014].
- [72] Statistische Bundesamt, Zweigstelle Bonn, „Krankheitskosten je Einwohner in €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, ICD10, Einrichtungen,“ [Online]. Available: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=57749554&nummer=557&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=45795235. [Zugriff am 23 06 2014].
- [73] Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, „Mecklenburg-Vorpommern, Statistisches Amt, Veröffentlichungen, Statistische Berichte: Bevölkerung, Haushalte, Familien, Fläche,“ 2013. [Online]. Available: http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/bhf/Veroeffentlichungen/?para=e-BibolnterTh01&linkid=010112&head=0101. [Zugriff am 30 07 2013].
- [74] A.-C. Saß, S. Wurm und T. Ziese, „Somatische und psychische Gesundheit,“ in *Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes - Gesundheit und Krankheit im Alter* , R. K. Institut, Hrsg., Berlin, 2009, pp. 31-61.
- [75] Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg Vorpommern, „Landesplanerische Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur 2013,“ 2014.
- [76] Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, „Pflegebedürftige (Anzahl und Quote).

- Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht,“ 2011. [Online]. Available: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=31308645&nummer=510&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=27412459. [Zugriff am 27. 07. 2014].
- [77] Statistisches Bundesamt, „Pflegestatistik 2011 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich-Pflegeheime,“ Wiesbaden.
- [78] H. Haupt, „Renteneinkommen in Mecklenburg-Vorpommern 2013,“ Berlin, 2013.
- [79] G. Schwarting, *Den kommunalen Haushalt verstehen: Heute und Morgen, -Hilfe für Einsteiger*, 2004.
- [80] M. Hofmann und H. Seitz, *Demographiesensitivität und Nachhaltigkeit der Länder- und Kommunalfinanzen: Ein Ost-West-Vergleich, discussion paper in economics, No. 17/07*, Dresden, 2007, pp. 53-92.
- [81] D. Freigang und M. Hofmann, „Gibt es demographische Dividenden auf der kommunalen Ebene? Eine empirische Analyse,“ in *Demographische Alterung auf kommunaler Ebene, Umsetzung und Konsequenzen (Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Demographie)*, Norderstedt, Books on Demand GmbH, 2009, pp. 99-128.
- [82] D. Freigang und S. Helmut, „Demographische Strukturveränderungen und verzögerte Anpassung der Gemeindefinanzen,“ in *Beiträge zur Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik 2010: Ökonomie der Familie - Session: Local Public Debt, No. D17-V1*, 2010.
- [83] H. Seitz, *Die Demographieabhängigkeit der Ausgaben und Einnahmen der öffentlichen Haushalte, Eine empirische Analyse unter Berücksichtigung der föderalen Verflechtungen*, Gütersloh: BertelsmannStiftung, 2008.
- [84] Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, „Mecklenburg-Vorpommern im Spiegel der Statistik,“ Schwerin, 2013.
- [85] S. Fleßa, *Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre: Band 1*, München: Oldenbourg, 2013.
- [86] K. Lauterbach und M. Lungen, „Abschätzung der zukünftigen Auslastung, Bettenkapazität und Standortvorhaltung im akutstationären Bereich,“ *Arbeit und Sozialpolitik*, pp. 52-63, 2003.
- [87] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, „Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung,“ Bonn, 2007.
- [88] N. van den Berg und W. Hoffmann, „Telemedizin in der regionalen Versorgung der Zukunft,“ *Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern*, Bd. 21, Nr. 3, pp. 82-85, 2011.
- [89] Bundesärztekammer, „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen,“ 2010. [Online]. Available: www.bundesaerztekammer.de/downloads/FachberufeProzessverbesserung.pdf. [Zugriff am 05 09 2014].
- [90] W. Hoffmann, N. van den Berg und A. Dreier, „Qualifikationskonzept für eine abgestufte Delegation medizinischer Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen - Das "Greifswalder 3-Stufen-Modell",“ *Bundesgesundheitsblatt*, Bd. 56, pp. 555-561, 2013.
- [91] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, „Ergebnisse einer Befragung zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB,“ [Online]. Available: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=436>. [Zugriff am 08 07 2014].

- [92] E. Snijder, M. Kersting, G. Theile, C. Kruschinski, J. Koschak, E. Hummers-Pradier und U. Junius-Walker, „Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten von 158.000 Patienten,“ *Gesundheitswesen*, Bd. 69(12), pp. 679-685, 2007.
- [93] N. van den Berg, R. Heymann, C. Meinke, S. E. Baumeister, S. Fleßa und W. Hoffmann, „Effect of the delegation of GP-home visits on the development of the number of patients in an ambulatory healthcare centre in Germany,“ *BMC Health Services Research*, Bd. 12, pp. 355-362, 2012.
- [94] Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern , „Pressemitteilung Nr.78/2012 mit Anlage,“ 2012. [Online]. Available: http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/gb/Presseinformationen/?&pid=40815 . [Zugriff am 25.06.2014].
- [95] N. van den Berg, C. Meinke und R. Heymann, „AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter - Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz,“ *Deutsches Ärzteblatt*, Nr. 106, pp. 3-9, 2009.
- [96] A. Dreier, H. Rogalski, R. F. Oppermann und W. Hoffmann, „"Community Medicine Nursing" Qualifikationsprojekt in Mecklenburg-Vorpommern,“ *PADUA*, Bd. 4/08, pp. 62-65, 2008.
- [97] H. Rogalski, A. Dreier, R. F. Oppermann und W. Hoffmann, „Community Medicine Nursing - ein Schritt im Professionalisierungsprozess der Pflege,“ *DieSchwesterDerPfleger*, Bd. 01, pp. 70-73, 2008.
- [98] H. Rogalski, „Systemische, multidimensionale Evaluation des Curriculum über die Praxisphase im "Community Medicine Nursing" - Projekt zur Entwicklung eines praxisnahen, lernenden Curriculum,“ 30.04.2010. [Online]. Available: http://ub-ed.ub.uni-greifswald.de/opus/volltexte/2010/776/pdf/diss_hagen_rogalski.pdf.
- [99] A. Dreier, H. Rogalski, R. F. Oppermann, C. Terschüren, N. van den Berg und W. Hoffmann, „A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care,“ *Journal of Advanced Nursing*, Bd. 66, Nr. 3, pp. 635-644, 2010.
- [100] N. van den Berg, S. Kleinke, R. Heymann, R. F. Oppermann, B. Jakobi und W. Hoffmann, „Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung - Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung,“ *Gesundheitswesen*, 2010.
- [101] Bundesgesetzblatt, „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV.VStG),“ Bundesanzeiger-Verlag, Bonn, 2011.
- [102] J. R. Thyrian, T. Fiß, A. Dreier, K. Fendrich, G. Böwing, A. Angelow, S. Lueke, S. Fleßa, H. Freyberger, H. Grabe, S. Teipel und W. Hoffmann, „Dementia: Life- and personcentered help in Mecklenburg-Wesstern Pomerania, Germany (DelpHi) - study protocol for a randomised controlled trial.,“ *Trials*, Bd. 13(1), pp. 1-11, 2012.
- [103] J. R. Thyrian, A. Dreier, K. Fendrich, S. Lueke und W. Hoffmann, „Demenzkrankungen: Wirksame Konzepte gesucht.,“ *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 108(38), pp. A1954-6, 108.
- [104] A. Dreier, J. R. Thyrian und W. Hoffmann, „Dementia Care Manager in der ambulanten Demenzversorgung: Entwicklung einer innovativen Qualifizierung für Pflegefachkräfte.,“ *Pflege und Gesellschaft*, pp. 53-64, 2011.
- [105] A. Dreier und W. Hoffmann, „Dementia Care Manager für Patienten mit Demenz. Ermittlung des Anforderungsprofils und der Qualifizierungsinhalte für Pflegefachpersonen in der DelpHi-

- MV Studie.,“ *Bundesgesundheitsblatt*, Bd. 56, pp. 1398-1409, 2013(b).
- [106] N. van den Berg, H.-J. Grabe, H. J. Freyberger und W. Hoffmann, „A telephone- and text-message based telemedical care concept for patients with mental health disorders - study protocol for a randomized, controlled study design,“ *BMC Psychiatry*, Bd. 11:30, pp. 1-6, 2011.
- [107] N. van den Berg, A. Dreier, R. F. Oppermann und W. Hoffmann, „Das AGnES Curriculum-Evidenzbasierte Qualifizierungsinhalte und Praxiskompetenzen aus den AGnES-Modellprojekten (2005-2008) für die Durchführung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten nach §87 Abs. 2b SGB V,“ *Schriftenreihe G der Hochschule Neubrandenburg*, Bd. 7, pp. 1-30, 2009.
- [108] F. Osterloh, „Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten: Substitution vs. Delegation,“ *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 108, Nr. (43), p. A2264, 2011.
- [109] Wissenschaftsrat, *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*, 2012.
- [110] Gemeinsamer Bundesausschuss, *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V.*, 2012.
- [111] Y. Lehmann, K. Beutzner, K. Karge, G. Ayerle, S. Heinrich, J. Behrens und M. Landenberger, *Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich.*, 2014.
- [112] K. H. Sahmel, „Kritische Debatte zur Generalistischen Pflegeausbildung. Einspruch gegen den Versuch, eine grundlegende und kritische Debatte über die "Generalistische Pflegeausbildung" zu unterbinden.,“ *PADUA. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und –bildung*, Bd. 9, Nr. 1, pp. 19-26, 2014.
- [113] K. Kälble, „Neue Studiengänge im Gesundheitswesen. Zielgerichtete Entwicklung oder Experimentierfeld?,“ *Gesundheit und Gesellschaft : G + G*, Bd. 2, Nr. 9, pp. 15-22, 2009.
- [114] Bund-Länder Arbeitsgruppe, „Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufsgesetzes,“ 2012.
- [115] R. Ammende, I. Darmann-Finck und B. Luther, Abschlussbericht des Schulversuchs "Generalistische Ausbildung mit integrierter Fachhochschulreife", Bremen, 2010.
- [116] B. von Germeten-Ortmann, „Generalistische Ausbildung bringt Voreile,“ Caritas, 2011. [Online]. Available: <http://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2011/artikel2011/generalistische-ausbildung-bringt-vorteil>. [Zugriff am 7 September 2014].
- [117] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, „Weiterentwicklung der Pflegeberufe,“ 2014. [Online]. Available: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=194274.html>. [Zugriff am 7 September 2014].
- [118] F. Wagner, „Einführung und Zusammenfassung,“ in *Generalistische Ausbildung in der Pflege*, D. B. f. P. e.V., Hrsg., Berlin, 2014, pp. 3-4.
- [119] Bündnis für Altenpflege, „Generalistische Pflegeausbildung verschärft Fachkräftemangel und gefährdet Altenpflegeberuf,“ 2013. [Online]. Available: http://www.bpa.de/News-detail.12.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=1301&cHash=d5ac2ab40ab518db25ddf152525d53ec. [Zugriff am 7 September 2014].

- [120] K. Kälble, „Neue Studiengänge im Gesundheitswesen - T-Zielgerichtete Entwicklung oder Experimentierfeld?“, *G+G Wissenschaft (GGW)*, Bd. Heft 2, Nr. Jahrgang 9, pp. 15-22, 2009.
- [121] I. Sachs, „Studium, Studienverlauf und Berufsperspektiven von Absolventinnen und Absolventen Pflege- und Gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge“, *Schriftenreihe G der Hochschule Neubrandenburg*, Bd. 22, p. 96, 2014.
- [122] H. Rogalski, A. Dreier, W. Hoffmann und R. Oppermann, „Zukunftschance Pflege- von der Professionalisierung zur Restrukturierung des Aufgabenfeldes.“, *Pflege*, pp. 11-21, 2012.
- [123] A. Dreier, H. Rogalski, R. F. Oppermann und W. Hoffmann, „Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz.“, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, pp. 656-662, 2012.
- [124] J. Meßerschmidt, „Startsignal für Projekt gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege in Greifswald gegeben“, 16.12.2013. [Online]. Available: <http://idw-online.de/de/news566691>. [Zugriff am 2014 09 03].
- [125] Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, *DBfK zu Advanced Nursing Practice in Deutschland*, Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2011.
- [126] Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, „Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung“, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Berlin, 2013.
- [127] M.-L. Delamaire und G. Lafortune, „Nurses in Advanced Roles - A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries“, in *OECD Health Working Papers No. 54*, OECD Publishing, 2010.
- [128] P. Ullmann, K. Thissen, B. Ullmann, R. Schwerdt, H. Haynert, B. Grissom, J. Keogh, D. Lehwaldt, H. Schmitte, D. Merki, A. Z. Haider, P. Platt, D. Williams, R. Maier und A. Holzknacht, „Positionspapier Deutschland "Die kopernikanische Wende" Advanced Practice Nursing, Advanced Nursing Practice, Advanced Practice Nurse“, Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nursind Advanced Nursind Practice e.V., Witten, 2011.
- [129] N. van den Berg, M. Schumann, K. Kraft und W. Hoffmann, „Telemedicine and telecare for older patients - A systematic review“, *Maturitas*, Bd. 73, pp. 94-114, 2012.
- [130] *Telematik im Gesundheitswesen - Strategie zur Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern*, Beirat für Telemedizin beim Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, 25.05.2011.
- [131] „Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer“, *Deutsches Ärzteblatt*, pp. A1157-A1176, 20.06.2014.
- [132] H. E. Krüger-Brand, „Telemedizin - Bald ein Routinewerkzeug“, *Deutsches Ärzteblatt*, p. A66, 17.01.2014.
- [133] DGTeled, *Highlights 2013*, Berlin: Deutsche Gesellschaft für Telemedizin.
- [134] Bundesärztekammer, „Tätigkeitsbericht 2012 der Bundesärztekammer“, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern), Köln, 2013.
- [135] M. Kraft, N. van den Berg, K. Kraft, S. Schmekel, S. Gärtner, J. Krüger, J. Meyer, M. M. Lerch und W. Hoffmann, „Development of a telemedical monitoring concept for the care of malnourished geriatric home-dwelling patients: A pilot study“, *Maturitas*, Bd. 72, pp. 126-131, 2012.
- [136] P. Penndorf, N. van den Berg und W. Hoffmann, „Abschlussbericht zum Projekt "Entwicklung

- einer integrierten telemedizinischen Plattform für die Flächenversorgung",“ Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, 2013.
- [137] Bundesärztekammer, *Pressemitteilung zur Ärztestatistik 2013: Ärzteschaft in der Generationenfalle*, Berlin: Bundesärztekammer, 14.04.2014.
- [138] S. Fleßa, „Die Zukunft der Krankenhäuser im ländlichen Raum – findet statt!“, in *Think Rural!, Dynamiken des Wandels in peripheren ländlichen Räumen und ihre Implikationen für die Daseinsvorsorge*, Wiesbaden, Springer VS, 2014, pp. 53-63.
- [139] F. Milski und S. Fleßa, „Größe ist nicht das wichtigste Kriterium. Kleine Kliniken im DRG-Zeitalter – Erfahrung und Strategien in Mecklenburg-Vorpommern“, *KU Gesundheitsmanagement*, pp. 17-21, 03/2009.
- [140] A. Tübbicke und S. Fleßa, „Gewappnet für eine innovative Krankenhausfinanzierung? Ergebnisse einer Befragung von Krankenhaus-Managern in Mecklenburg-Vorpommern“, *KU Gesundheitsmanagement*, pp. 21-25, 05/2010.
- [141] S. Fleßa und S. Nickel, *Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre, Band 2, Krankenhaussteuerung*, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, 2013.
- [142] A. Hokema und D. Sulmann, „Vernetzung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung: Wem nützt sie?“, in *Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*, Berlin, 2009, pp. 207-215.
- [143] F.-J. Grothaus, „Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008, Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung“, 2009.
- [144] R. Schadowski, „Integrierte Versorgung“, 2010. [Online]. Available: http://www2.medizin.uni-greifswald.de/haut/fileadmin/user_upload/lehre/q3/IGV_Dr.Schadowski_02.12.10.pdf. [Zugriff am 30 07 2014].
- [145] Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, „Die TK in Mecklenburg-Vorpommern auf einen Blick“, Schwerin, 2013.
- [146] KSB Klinikberatung GmbH, „Klinikum Karlsburg, Herz- und Diabeteszentrum Mecklenburg-Vorpommern“, [Online]. Available: <http://www.krankenhaus.de/klinikum-karlsburg-herz-und-diabeteszentrum-mecklenburg-vorpommern/leistungen.html>. [Zugriff am 28 07 2014].
- [147] Kreiskrankenhaus Wolgast gGmbH, „Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs.3 Satz 1 Nr.4 SGB V für das Berichtsjahr 2010“, 2011.
- [148] Universitätsmedizin Greifswald, „Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs.3 Satz 1 Nr.4 SGB V für das Berichtsjahr 2010“, 2011.
- [149] J. Leinert und W. Riedel, „Ergebnisse der AOK-Bundesauswertungen zur gesetzlichen Evaluation der deutschen Disease-Management-Programme, Vortrag zur Fachkonferenz "Versorgung chronisch Kranker - nationale und internationale Perspektiven“, 2009. [Online]. Available: http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/dmp/evaluation/konferenz_juni09/dmp_konf29_30_06_09_infas.pdf. [Zugriff am 08 07 2014].
- [150] WIdO, Wissenschaftliches Institut der AOK, *Pressemitteilung, Versorgungsreport erschienen*, Berlin, 2010.
- [151] W. Ullrich, U. Marschall und C. Graf, „Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease Management Programmen, Ein Vergleich von in die DMP eingeschriebenen und

- nichteingeschriebenen Versicherten mit Diabetes," *Sonderdruck aus Diabetes, Stoffwechsel und Herz*, Bd. 16, Nr. 6, pp. 407-414, o.J..
- [152] AOK Nordost, „Disease Management Programme, Qualitätsbericht für das Land Mecklenburg-Vorpommern," Berichtszeitraum 2012.
- [153] Ameos Klinikum Ueckermünde, „Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs.3 Satz 1 Nr.4 SGB V für das Berichtsjahr 2012," 2014.
- [154] O. W. Hakenberg und A. Schroeder, „Qualitätssicherung, Zertifizierung und das neue Institut für Qualität in der Medizin," *Der Urologe*, pp. 1-5, July 2014.
- [155] G-BA, <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsbericht/qualitaetsberichte-lesen/qualitaet/>, "G-BA, 27 03 2014. [Online]. [Zugriff am 26 05 2014].
- [156] F. M. und W. Pierzchała, „Instrument development and evaluation for patient-related outcomes assessments.," *Patient Related Outcome Measures.*, pp. 3:1-7, 2012.
- [157] K. Lauterbach und J. Spahn, „Stellungnahme zum Innovationsfond," 2014.
- [158] G. Hornung, C. F.-J. Goetz und A. J. W. Goldschmidt, „Die künftige Telematik-Rahmenarchitektur im Gesundheitswesen. Recht, Technologie, Infrastruktur und Ökonomie," *Wirtschaftsinformatik*, pp. 47: 171-179, 2005.
- [159] M. Meißner, „Praxen müssen gut vernetzt sein. Elektronische Patientenakte in Arztnetzen.," *Deutsches Ärzteblatt*, pp. 19-21, 3 2012.
- [160] H. U. Prokosch, „KAS, KIS, EKA, EPA, EGA, E-Health: Ein Plädoyer gegen die babylonische Begriffsverwirrung in der Medizinischen Informatik," *Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie*, pp. 32/4: 371-382, 2001.
- [161] „Zentrales Krebsregister für Mecklenburg-Vorpommern. Datenschutzkonzept mit Landesdatenschutzbeauftragten abgestimmt," *Krankenhaus-IT Journal*, p. 2:38, 2012.
- [162] Vdek, „Expertenstandards in der Pflege," o.J.. [Online]. Available: <http://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/expertenstandards-pflege.html>. [Zugriff am 7 September 2014].
- [163] BIVA, „Expertenstandards leicht verständlich," 2013. [Online]. Available: <http://www.biva.de/wp-content/uploads/Sturzprophylaxe.pdf>. [Zugriff am 7 September 2014].
- [164] B. Messer, *Die Expertenstandards im Pflegealltag*, Hannover: Schlüter, 2008.
- [165] Arbeitsmedizin, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und, „www.baua.de," 31 03 2014. [Online]. Available: <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/Kosten.html>. [Zugriff am 23 07 2014].
- [166] BKK Bundesverband, „Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland," Essen, 2008.
- [167] T. Grobe und T. K. (Hrsg.), „Gesundheitsreport 2014, der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen," Schmid Druck+Medien, Kaisheim, 2014.
- [168] S. Bechmann, R. Jäckle, P. Lück und R. Herdegen, „iga-Report 20 Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), Umfrage und Empfehlungen," iga-Report, Berlin, 2011.

- [169] AOK-Bundesverband, „Wirtschaftlicher Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Unternehmen, Ergebnisse einer Managementbefragung,“ Bonn, 2007.
- [170] I. Sockoll, I. Kramer, W. Bödeker und B. B. (Hrsg.), „IGA-Report 13 Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006,“ 2008.
- [171] B. Badura, U. Walter und T. Hehlmann, *Betriebliches Gesundheitspolitik - Der Weg zur gesunden Organisation*, Berlin, 2010.
- [172] K. Zok, „Stellenwert und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Arbeitnehmer,“ in *Fehlzeiten-Report 2008: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*, Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2009, pp. 85-100.
- [173] W. Bödeker und H. T., „IGA-Barometer 2. Welle, Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zur Verbreitung und Akzeptanz von betrieblicher Prävention und zur krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Arbeit – 2007,“ Siegburg, 2008.
- [174] M. Morschhäuser, R. Sochert und B. B. (Hrsg.), „Beschäftigungsfähigkeit erhalten! Strategien und Instrumente für ein langes gesundes Arbeitsleben,“ Woeste GmbH, Essen, 2007.
- [175] C. Nilsen, R. F. S. Andel, B. Meinow, A. Mattson und I. Kåreholt, „Associations between work-related stress in late midlife, educational attainment, and serious health problems in old age: a longitudinal study with over 20 years of follow-up.,“ *BMC Public Health*, p. 14:878, 2014.
- [176] „LagO - länger arbeiten in gesunden Organisationen,“ [Online]. Available: http://www.lago-projekt.de/projekt_lago/index.html. [Zugriff am 08 August 2014].
- [177] J. Imarinen, „<http://osha.europa.eu>,“ [Online]. Available: <https://osha.europa.eu/de/publications/articles/promoting-active-ageing-in-the-workplace>. [Zugriff am 08 August 2014].
- [178] „AGnetz - MV,“ [Online]. Available: <http://www.agnetz-mv.de/web/index.php/offensive-gesund>. [Zugriff am 11 August 2014].
- [179] B. f. Gesundheit, „<http://www.bmg.bund.de>,“ 18 Oktober 2013. [Online]. Available: <http://www.bmg.bund.de/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/steuerliche-vorteile.html>. [Zugriff am 25 Juli 2014].
- [180] M. den Ouden und e. al., „Physical performance characteristics related to disability in older persons: a systematic review,“ *Maturitas*, pp. 69: 208-219, 2011.
- [181] T. Alexandre, L. Corona, D. Nunes, J. Santos, Y. Duarte und M. Lebrão, „Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE Study,“ *Archives of Gerontology and Geriatrics*, pp. 55:431 -437, 2012.
- [182] J. Vermeulen, J. C. Neyens, E. van Rossum, M. D. Spreeuwenberg und L. P. de Witte, „Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review.,“ *BMC Geriatrics*, p. 11:33, 2011.
- [183] M. den Ouden, „Physical functioning is related to both an impaired physical ability and ADL disability: a ten year follow-up study in middle-aged and older persons.,“ *Maturitas*, pp. 74:89-94, 2013.
- [184] S. Menning und E. Hoffmann, „Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit,“ in *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.*, Berlin, Robert Koch Institut, 2009, pp. 62-78.

- [185] L. P. Fried, L. Ferrucci, J. Darer, J. D. Williamson und G. Anderson, „Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting an care,“ *Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, pp. 59(3):255-263, 2004.
- [186] S. Menning, Report Altersdaten - Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer.GeroStat Report., Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2006.
- [187] N. e. a. Fairhall, „Effect of a multifactorial interdisciplinary intervention on mobility-related disability in frail older people: randomised controlled trial,“ *BMC Medicine*, p. 10:120, 2012.
- [188] L. e. a. Gillespie, Interventions for preventig falls in older people living in the community. The Cochrane Collaboration., John Wiley & Sons, Ltd., 2012.
- [189] K.-L. Braumann, „Sport und Trainierbarkeit im Alter,“ in *In: Mechling H (Hrsg.). Training im Alterssport.*, 1998, pp. .Schorndorf: Hofmann (S. 228-235)..
- [190] R. Ehram und L. Zahner, „Kraft und Krafttraining im Alter,“ in *In: Denk H (Hrsg.). Alterssport.*, 1996, pp. Schorndorf: Hofmann (S. 191-211)..
- [191] S. Starischka, „Veränderungen konditioneller Fähigkeiten und deren Trainierbarkeit,“ in *In Baumann H. (Hrsg.). Altern und körperliches Training.*, Bern, Hans Huber, p. (S. 57 – 76).
- [192] H. Oschütz und O. Belinová, „ Training im Alter,“ in *In Denk H, Pache D, Schaller HJ (Hrsg.). Handbuch Alterssport. Grundlagen, Analysen, Perspektiven*, Schorndorf, Hofmann, 2003, p. (S. 147 – 198).
- [193] F. Langlois, T. T. Minh Vu, K. Chassé, G. Dupuis, M.-J. Kergoat und L. Bherer, „Benefits of Physical Exercise Training on Cognition and Quality of Life in Frail Older Adults,“ *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, pp. 68 (3): 400-404., 2013.
- [194] P. e. a. Gajewski, Dortmunder Altersstudie: Studie zur Förderung der Hirnleistungsfähigkeit bei Älteren, Berlin: Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft., 2010.
- [195] D. Volkert, Ernährung im Alter., Wiesbaden: Quelle und Meyer, 1997.
- [196] W. J. CHODZKO-ZAJKO und D. N. e. a. PROCTOR, „American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults,“ *Med Sci Sports Exerc*, pp. 41, 1510-30, (2009).
- [197] S. R. & V. C. R. NYMAN, „Older people's participation in and engagement with falls prevention interventions in community settings: an augment to the Cochrane systematic review,“ *Age Ageing*, Bd. 41, pp. 16-23, 2012.
- [198] R. E. GLASGOW und T. M. & B. S. M. VOGT, „ Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework,“ *Am J Public Health*, pp. 89, 1322-7, 1999.
- [199] S. M. V., F. P. und G. A., „ Alcohol and smoking,“ *Dig Dis.*, pp. 29(2):177-83, 2011.
- [200] D. Alfermann, „Sporttreiben aus Geschlechterperspektive,“ in *In: Hartmann-Tews, I.; Rulofs, B. (Hrsg.). Handbuch Sport und Geschlecht.*, Schorndorf, Hofmann, 2006, pp. (S. 205-212).