

Kommissionsdrucksache

(30.01.2015)

Inhalt

Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 1)

sowie

Appendix: Status quo der Versorgungssituation in MV

HGC GesundheitsConsult GmbH

Grundlagenexpertise

Modul „Alter und Gesundheit/Pflege“ (Teil 1)

Das Versorgungsgeschehen in Mecklenburg-Vorpommern vor dem Hintergrund des demographischen Wandels

Düsseldorf, 23. Januar 2015

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	1
Tabellenverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
1 Demographischer Wandel - Herausforderung für Versorgung	5
1.1 Aufgabenstellung	5
1.2 Zielsetzung	7
2 Datengrundlage	9
2.1 Liefergegenstände durch den Kooperationspartner ICM	9
3 Status-Quo der Versorgungslandschaft in MV	10
3.1 Demographische Rahmenbedingungen im Land	10
3.2 Finanzielle Rahmenbedingungen im Land	10
3.3 Erreichbarkeit des Versorgungssystems	12
3.4 Ehrenamtliches Engagement im Versorgungssystem	12
3.5 Struktur der Krankheitslast	12
3.6 Ambulante Versorgung	17
3.6.1 Angebot an Gesundheitsleistungen	17
3.6.2 Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	20
3.7 Stationäre Versorgung	21
3.7.1 Angebot an Gesundheitsleistungen	21
3.7.2 Bedarf an Gesundheitsleistungen	22
3.8 Rehabilitative Versorgung	22
3.9 Integrierte Versorgung (IV)	23
3.10 Geriatrische Versorgung	24
3.10.1 Angebot an Gesundheitsleistungen	24
3.10.2 Bedarf an Gesundheitsleistungen	24
3.11 Palliative Versorgung	25
3.12 Notfallversorgung	25
3.13 Regulatorischer Rahmen	26
3.14 Aktuelle gesundheitspolitische Überlegungen	29
4 Quo vadis MV – Künftige demographische Entwicklung	31
4.1 Auswirkungen des demographischen Wandels	31
4.2 Zusammenfassung	38
5 Handlungsschwerpunkte und Strategieempfehlungen	39
5.1 Grundlagen der Handlungsempfehlungen	39

5.2	Zusammenfassende Empfehlung an die Politik	43
5.3	Ambulante, stationäre und integrierte Versorgung	44
5.3.1	Strukturen im stationären Bereich	44
5.3.2	Integrierte Versorgungsplanung – regional, morbiditätsorientiert, sektorenübergreifend	44
5.3.3	Konsequente ambulante Leistungserbringung.....	45
5.3.4	Neue Krankenhauslandschaft in MV	45
5.3.5	Krankenhaus als integriertes Gemeinde-Gesundheitszentrum in der Region ..	46
5.3.6	Möglichkeiten des Neuaufstellens im Einzelnen	49
5.3.7	Umsetzung der neuen Versorgungsstrukturen in MV - Umbau der kleinen Krankenhäuser zu Gemeinde-Gesundheitszentren	52
5.3.8	Rolle der regionalen Krankenhäuser mittlerer Größe.....	56
5.3.9	Delegation ärztlicher Leistungen	57
5.4	Ambulante Versorgung im Raum.....	58
5.4.1	Ermöglichung ambulanter Niederlassung und stationärer Anstellung für Ärzte	58
5.4.2	Abbau von Überversorgung in der ambulanten Versorgung	58
5.4.3	Landarztzuschläge	58
5.5	Innovative Versorgungsmodelle	59
5.5.1	Wissenschaftliche Begleitforschung	60
5.5.2	Sozialwirtschaft und Wohlfahrtsstrukturen	60
5.5.3	Beispiele für innovative Versorgungsmodelle	60
5.6	Geriatrische Versorgung	65
5.6.1	Grundsatz der geriatrischen Versorgung: Rehabilitation vor Pflege.....	65
5.6.2	Beispiele für Projekte der ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung.....	66
5.6.3	Voraussetzungen erfolgreicher geriatrisch ambulanter Komplexbehandlung...	66
5.6.4	Versorgung von Demenzpatienten	67
5.7	Notfallversorgung	67
5.7.1	Notaufnahme, Notfallpraxen, Notfall-Kurzliegerstationen und Rettungsdienst aus einer Hand.....	68
5.8	Telemedizin/ e-Health	69
5.8.1	Beispiele erfolgreicher telemedizinischer Projekte.....	69
5.8.2	E-Health zur Vernetzung von stationärer Altenpflege und medizinischer Versorgung	69
5.8.3	Ambient Assisted Living	70
5.8.4	Vernetzung telemedizinischer Ansätze.....	70
5.8.5	Ausblick:.....	70

5.9	Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	71
5.10	Finanzierung	73
5.10.1	Problemstellung	73
5.10.2	Empfehlungen.....	73
6	Zusammenfassung.....	75
7	Anhang.....	79
	Anhang 1: Interview mit Christian Traupe, Leiter Vertragsmanagement AOK NO	79
	Anhang 2: Workshop Ludwigslust-Parchim.....	83
	Anhang 3: Workshop Vorpommern-Greifswald	88
9	Literaturverzeichnis	93

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Ausgaben-/Einnahmenentwicklung MV bis 2025	11
Abbildung 2 Prävalenzprognosen häufiger Erkrankungen	12
Abbildung 3 Myokardinfarkte im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2030).....	13
Abbildung 4 Schlaganfälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2030).....	13
Abbildung 5 Hypertonie-Fälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2030).....	14
Abbildung 6 Diabetes-Fälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2030)	14
Abbildung 7 Krebserkrankungen in MV gesamt 2008	15
Abbildung 8 Demenzerkrankungen in MV (2010/2030).....	16
Abbildung 9 Demenzprävalenz in MV (2011/2030).....	16
Abbildung 10 Vergleich der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte (2014/2030, MV)	18
Abbildung 11 Altersstruktur Niedergelassener in der Lupenregion VG (2014/2030)	18
Abbildung 12 Altersstruktur Niedergelassener in der Lupenregion LUP (2014/2030).....	19
Abbildung 13 Prozentuale Inanspruchnahme Allgemeinmediziner in MV (2010/2030)	20
Abbildung 14 Geriatrischer Versorgungsbedarf (2007-2020) in Deutschland.....	24
Abbildung 15 Palliativversorgung in MV	25
Abbildung 16 Planungsbereiche Hausärztliche Versorgung MV	27
Abbildung 17 Planungsbereiche Allgemeine Fachärztliche Versorgung MV	27
Abbildung 18 Planungsbereiche Spezialisierte Fachärztliche Versorgung MV.....	28
Abbildung 19 Trendentwicklung Demographie Landesprognose MV	32
Abbildung 20 Veränderungsdaten der Bevölkerung bis 2030: D, MV, VG, LUP	32
Abbildung 21 Bevölkerungspyramide MV (2011/2030)	33
Abbildung 22 Bevölkerungsentwicklung in der Lupenregion VG	34
Abbildung 23 Bevölkerungsentwicklung in der Lupenregion LUP	35
Abbildung 24 Bevölkerungswachstum nach Kreisen von 2009-2030	36
Abbildung 25 Vergleich des Altenquotienten	37
Abbildung 26 Kriterien der zentralen Orte in MV	41
Abbildung 27 Zentrale Orte in MV	42
Abbildung 28 Bettendichte (pro 1.000) im OECD-Vergleich.....	44
Abbildung 30 Darstellung der neuen Krankenhauslandschaft in MV.....	46
Abbildung 31 Flächendeckende Versorgung durch GGZ in ausgewählten zentralen Orten sowie nach Anpassung bestehender stationärer Strukturen	47
Abbildung 32 Komponenten der Regionalversorgung.....	49
Abbildung 33 SVR-Empfehlung zu lokalen Gesundheitszentren LGZ.....	53
Abbildung 34 Implementierung von GGZ's in den Mittelzentren	54

Abbildung 35 GGZ's in den Mittelzentren sowie die Verteilung der Krankenhäuser	54
Abbildung 36 Versorgung durch GGZ in den Mittelzentren sowie durch die Krankenhäuser	55
Abbildung 37 Flächendeckende Versorgung durch die Schaffung von GGZ in ausgewählten zentralen Orten sowie nach Umstrukturierung bestehender stationärer Strukturen	56
Abbildung 38 Gesundes Kinzigtal -Wirtschaftlicher Effekt 2005 - 2012.....	62
Abbildung 39 Organigramm ANSB	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht der prozentualen Veränderung der Altersstruktur (2011/2030).....	35
Tabelle 2 Altersstruktur Entwicklung der D und MV	37

Abkürzungsverzeichnis

AAL: Ambient Assisted Living	66
AGK: Ambulante geriatrische Komplexbehandlung	61
ANSB: Ärztenetz Südbrandenburg	19
AWO: Arbeiterwohlfahrt	62
BMBF: Bundesministerium für Bildung und Forschung	58
DGP: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin	21
DIVI: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin	64
EAPC: Europäische Arbeitsgemeinschaft für Palliative Care	21
EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab	53
EU: Europäische Union	7
G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss	22
GEKO: Geriatrischer Konsiliardienst	62
GGZ: Gemeinde-Gesundheitszentrum	41
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung	19
GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte	65
HaffNet: Ärztenetz am Stettiner Haff	19
ICM: Institut for Community Medicine	2
IV: Integrierte Versorgung	19
KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung	13
KV: Kassenärztliche Vereinigung	3
LEP M-V: Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern	36
LKK: Landwirtschaftliche Krankenkasse	57
LRH: Landesrechnungshof	6
LUP: Ludwigslust-Parchim	3
MV: Mecklenburg-Vorpommern	1
MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum	41
OECD: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	40
ÖPNV: öffentlicher Personennahverkehr	42
PCT: Palliative Care Team	21
SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	21
SGSB: Servicezentrum Gesundheit Südbrandenburg	59
TFR: Totale Fertilitätsrate	27
VG: Vorpommern - Greifswald	3
VK: Vollkraft	18
VStG: Versorgungsstärkungsgesetz	26

1 Demographischer Wandel - Herausforderung für Versorgung

1.1 Aufgabenstellung

Die gesundheitspolitischen, demographischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Deutschland verändern die medizinische Versorgungslandschaft. Sie wird zunehmend durch unterschiedliche Versorgungsdichten und -qualitäten geprägt. Deutlich wird dies vor allem in einigen Landkreisen und Kommunen in den östlichen Bundesländern. Sie spüren die wachsenden und bisher weitgehend ungelösten Herausforderungen für eine bürgernahe Versorgung mit Gesundheitsangeboten, die sich aus ihren jeweiligen spezifischen demographischen Veränderungsprozessen und erodierenden medizinischen Versorgungsstrukturen ergeben. Die trotz gesetzlichem Sicherstellungsauftrag regional gefährdete „Aufrechterhaltung ärztlicher Versorgung“ bildet hierbei nur die Spitze des Problemberges, auf die sich eine Reihe weiterer Anforderungen in der akutstationären oder pflegerischen Versorgung vieler Regionen anschließt.

Die Sicherstellung der Versorgung unter anderem hinsichtlich der ärztlichen, pflegerischen sowie der Arznei- und Hilfsmittelversorgung in Mecklenburg-Vorpommern – im Folgenden kurz MV oder Bundesland genannt - gestaltet sich bei einer sinkenden Bevölkerungszahl in vielen Landkreisen aufgrund abnehmender Versorgungsangebote, wachsender Distanzen zwischen Patient und Versorger sowie einem steigendem Bedarf bedingt durch einen Anstieg altersassoziierter, chronischer Krankheiten, von Multimorbidität und Demenz zunehmend schwieriger. Die Facharztversorgung findet bereits heute überwiegend in städtischen Zentren und in Krankenhäusern und nicht in der ländlichen Fläche statt. Die Verteilung der Hausärzte im Land ist ebenfalls nicht gleichmäßig. Erschwerend hinzu kommt das absehbare Ausscheiden vieler Ärzte aus der aktiven Berufstätigkeit zur gleichen Zeit, was die Situation weiter verschärft. Den Hausärzten in den peripheren Gebieten bzw. im ländlichen Raum kommt eine Schlüsselfunktion in der Versorgung zu. Ihre Arbeit wird durch die überwiegend vorhandene Einzelpraxisstruktur und den Mangel an verbindlichen regionalen Netzstrukturen erschwert. Rettungsdienste und Notfallambulanzen übernehmen eine Ersatzfunktion bei reduziertem ambulantem Angebot.

Hingegen scheint die Versorgung in städtisch geprägten Räumen und deren Umland im Hinblick auf Bevölkerungsentwicklung und -verteilung sowie Anzahl, Vielfalt und Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten gesichert. Diese divergierenden Versorgungsdichten lassen sich nicht nur auf die häufig abnehmende Anzahl medizinischer

regionaler Leistungserbringer zurückführen, sondern auch auf das geringe regionale Spezialisierungs- und Rationalisierungspotenzial. Dieses führt zu fortlaufend „abwandernden Budgets“ in die städtischen Zentren oder auch in andere Bundesländer.

Die Kranken- und Altenpflege in MV ist durch die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen aller Pflegestufen, insbesondere der an Demenz leidenden Alten, einem strategisch und nachhaltig nicht abschließend austarierten und gut organisierten Verhältnis von ambulanter und stationärer Pflege, von einer Abnahme familiärer Unterstützungsfunktionen bei der Pflege von Angehörigen in ihrer Häuslichkeit, von wachsender Altersarmut mit Finanzfolgen für die kommunalen Haushalte und einem Mangel an Pflegefachkräften gekennzeichnet. Die für eine Fachdifferenzierung und dadurch zu erwartende Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes geforderte „Akademisierung“ der Pflege ist in absehbarer Zeit wegen mangelnder Ausbildungskapazität nicht zu erkennen. Auch ist seitens der deutschen Ärzteschaft und medizinischen Fachgesellschaften eine geschlossen ablehnende Haltung gegenüber akademisch geprägter Pflegeausbildung und einer damit möglichen Substitution ärztlicher Leistungen erkennbar. Zur Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes sind zunächst die Durchlässigkeit in der Ausbildung und der daraus folgenden Berufswege zu erhöhen, um Qualifizierungswilligen mehr berufliche Entwicklungschancen zu bieten und sie damit länger im Arbeitsleben zu halten.

Eine systematische Einbeziehung des Ehrenamtes in alle Prozesse der Pflege gibt es bisher nur in Ansätzen. Dazu kommen langfristig betrachtet Zuständigkeits-, Abgrenzungs- und Finanzierungsprobleme zwischen dem Land und den Kommunen. Faktisch haben die Kommunen kaum Einfluss auf eine nachhaltige und demographiefeste Gesundheits- und Pflegeplanung in ihrem jeweiligen Gebiet.

Die öffentliche Hand mit ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge hat derzeit aufgrund der begrenzten Instrumente und finanziellen Mittel keine nachhaltigen und langfristigen Lösungsansätze für dünn besiedelte, ländliche Regionen.

Vor diesem Hintergrund hat die Enquete-Kommission des Landtages in Schwerin die HGC GesundheitsConsult GmbH – im Folgenden kurz HGC genannt - beauftragt, im Anschluss an die Analyse des gegenwärtigen Versorgungsgeschehens in MV durch das Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald – im Folgenden kurz ICM genannt - und aufbauend auf eben dieser Datengrundlage, ein Zukunftsszenario für das Gesundheitssystem 2030 zu entwickeln. Weiter sollen konkrete Handlungsoptionen für die unterschiedlichen Raumkategorien erarbeitet werden, um daraus Strategie- und Handlungsempfehlungen für die politisch im Lande Verantwortlichen ableiten zu können.

1.2 Zielsetzung

Es sollen Aussagen sowohl für MV insgesamt als auch für zwei vorab festgelegte Lupenregionen, die Landkreise Ludwigslust-Parchim – im Folgenden kurz LUP genannt – und Vorpommern-Greifswald – im Folgenden kurz VG genannt – gemacht werden.

Aufbauend auf den Ausarbeitungen des ICM und unter Beachtung der gegebenen Rahmenbedingungen wurden folgende Gegenstände der Erarbeitung der Grundlagenexpertise zu dem Thema „Gesundheit und Pflege – das Versorgungsgeschehen in MV vor dem Hintergrund des demographischen Wandels“ vom Auftraggeber festgelegt:

- Zukunftsszenario für das Gesundheitssystem in 2030
 - Mecklenburg-Vorpommern
 - Vorpommern-Greifswald
 - Ludwigslust-Parchim
- Handlungsoptionen für unterschiedliche raumplanerische Raumkategorien
 1. Vorschläge zur Überwindung der Fragmentierung im Gesundheitssektor
 2. Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung
- Qualitative Abschätzung der öffentlichen Kostenwirkung

Zur Bearbeitung dieser Fragestellungen lag uns die Datenanalyse von ICM vor. Diese Daten wurden dann als Prognose auf das Jahr 2030 extrapoliert, um so zu einer Einschätzung der Entwicklung des Versorgungsgeschehens zu kommen.

In einem ersten Schritt wurde der Status quo des Versorgungsgeschehens im Land abgebildet und, soweit Daten zugänglich sind, dargestellt.

In einem zweiten Schritt wurden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Versorgungsgeschehens formuliert.

1. Integrierte Versorgungsplanung

- Überführung der sektoralen Bedarfsplanung in eine integrierte Versorgungsplanung (regional, sektorenübergreifend, morbiditätsorientiert)
- Aufzeigen von Alternativen
- Umsetzungsunterstützung der Versorgungskonzepte mittels ökonomischer Instrumente der Landesregierung
- Sicherstellung einer verbindlichen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit von Land, Kommunen, Kassenärztlicher Vereinigung (KV), Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft und Pflegeanbietern

- Realisierbarkeit

2. Flächendeckende ärztliche Gesundheitsversorgung

- Sicherstellung einer flächendeckend vernetzten, bürgernahen ärztlichen Versorgung
- Sektorenübergreifende Nutzung von Ressourcen und Kompetenzen
- Angleichung von Angebot und Bedarf unter ökonomischen Gesichtspunkten
- Spielräume des Landes hinsichtlich einer Liberalisierung des Vertragsarztrechtes (Ziel: Angebotssicherstellung durch Leistungserbringer (z. B. Praxisnetze), Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen, Unterstützung von Anpassungsprozessen und innovativen Versorgungsmodellen etc.)
- Zusammenführung ambulanter und stationärer Leistungssektoren
- Integration von Hausarzt- und Facharztkompetenzen
- Sicherstellung der medizinischen Betreuung in Pflegeheimen
- Angebote einer mobilen ärztlichen Betreuung und Medikamentenverteilung
- Einfügen der Rehakliniken in die medizinischen Versorgung
- Telemedizin als zentraler Bestandteil aller Versorgungsebenen
- Hochschulen als Leitinstitutionen beim Aufbau einer geriatrischen Versorgung im Land
- Ausbau und Abstimmung der Ausbildungsgänge aller Gesundheitsberufe (Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege, Sozialdienst, Psychologen, Neuropsychologen, Psychotherapeuten, Ärzte etc.)

Zielsetzung ist die Bereitstellung einer Grundlagenexpertise, die das Land und die Kommunen dabei unterstützt, auf die bestehenden demographischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen zu reagieren.

2 Datengrundlage

2.1 Liefergegenstände durch den Kooperationspartner ICM

Das ICM wurde zeitgleich beauftragt, im Vorfeld eine Analyse der aktuellen Versorgungssituation sowie eine Prognose der künftigen Entwicklung und des Versorgungsbedarfes auf den Zeithorizont 2030 zu erstellen. Auf Basis dieser Daten und Analyseergebnisse, die von ICM an HGC übergeben und erläutert wurden sowie eigener Recherchen erstellte HGC die vorliegende Grundlagenexpertise.

Die komplexe Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitswesens, die Organisationshoheit der Organe der Selbstverwaltung in strukturellen und gesundheitsökonomischen Belangen erschwert grundsätzlich den Zugang zu eindeutigen, abgestimmten, aufeinander bezogenen und belastbaren Daten. ICM hat unter diesen Voraussetzungen umfangreiche Daten geliefert, die so weit als möglich im Rahmen der Grundlagenexpertise verwendet und entsprechend gekennzeichnet worden sind. Aufgrund der zu einzelnen Aufgabenfeldern nicht durchgängig oder zu verschiedenen Zeithorizonten verfügbaren Daten musste teilweise mit plausiblen Annahmen gearbeitet werden. Die Ergebnisse der Grundlagenexpertise haben dennoch, werden sie mit der Lebenswirklichkeit verglichen, eine hohe Plausibilität, verlangen aber im Laufe des Prognosezeitraums bis 2030 fortlaufende Korrekturen und Anpassungen an tatsächlich eingetretene Einwicklungen. Diese sind auch deshalb nötig, weil die gesundheitspolitischen Initiativen der Bundesregierung als auch der Organe der Selbstverwaltung Wirkungen auslösen, die eine Anpassung der Prognosen notwendig machen werden.

Aufgrund dieser Einschränkungen kann auch keine gesonderte Entwicklung von Zukunftsszenarien bis 2030 für die Lupenregionen LUP und VG erfolgen. Es wurde daher ein gesamtes Zukunftsszenario für MV entwickelt, wobei jedoch an zentralen Stellen explizit auf die beiden Lupenregionen Bezug genommen wird.

3 Status-Quo der Versorgungslandschaft in MV

Bevor die künftige Entwicklung skizziert und darauf basierend Handlungsempfehlungen für die Versorgungsgestaltung im Bundesland abgeleitet wird, soll zunächst ein kurzer Überblick über den Status Quo gegeben werden. Eine ausführliche Darstellung findet sich im Appendix „Status Quo der Versorgungssituation in MV“, welches dieser Grundlagenexpertise beigelegt ist. Als Basis dient dabei die Analyse verschiedener Leistungsbereiche des gegenwärtigen Versorgungsgeschehens in MV, welche durch das ICM durchgeführt wurde.

3.1 Demographische Rahmenbedingungen im Land

Mit 69 Einwohnern pro km² ist MV eines der am dünnsten besiedelten deutschen Bundesländer. Fast 90% der Landesfläche gelten nach Klassifikation des Statistischen Bundesamtes als gering besiedelt. Der Anteil der in diesen gering besiedelten Regionen lebenden Bevölkerung beträgt in MV 46%. Im Vergleich dazu leben in Gesamt-Deutschland lediglich knapp 24% der Bevölkerung in Regionen, die als gering besiedelt klassifiziert werden. Der Anteil älterer Menschen ist in MV besonders hoch, dieses Verhältnis wird sich künftig verstärken. So wird erwartet, dass demographische Alterungsprozesse, welche in Deutschland bis in das Jahr 2060 andauern werden, sich in MV bereits im Jahr 2030 vollzogen haben. Diese Entwicklungen sind nicht nur auf niedrige Geburtenzahlen zurückzuführen. Auch die steigende Lebenserwartung sowie Wanderungsbewegungen, insbesondere junger Menschen aus dem Bundesland heraus, tragen dazu bei, dass MV in den kommenden Jahren mit einem steigenden Anteil alter Menschen konfrontiert wird. Die Situation in den beiden Lupenregionen LUP und VG verhält sich analog.

3.2 Finanzielle Rahmenbedingungen im Land

Die Ausgabenstrukturen sowohl im Landeshaushalt als auch auf kommunaler Ebene waren bis dato durch hohe Ausgaben für die junge Generation (v. a. durch Bildung) geprägt. Die Salden aus Altersstrukturprofilen und Altersstruktureinnahmeprofilen der niedrigen Altersklassen sind naturgemäß negativ, es wird durch die öffentliche Hand relativ mehr in die jüngeren Generationen investiert als in die älteren. In MV steigen die Einwohnerzahlen in der Gruppe der 5 bis 20-Jährigen bis 2025 in absoluten Zahlen leicht an und sind danach wieder rückläufig. Einsparungen sind dann möglich. Anders verhält es sich in der Region Vorpommern-Greifswald. Dort steigen die Einwohnerzahlen zwischen dem 1. und 20. Lebensjahr bis 2030 an.

Der LRH MV hat in seinem Kommunalfinanzbericht 2009 eine Untersuchung der Entwicklung kommunaler Ausgaben unter demographischen Aspekten veröffentlicht [1]. Für die Verwaltungshaushalte der Kommunen werden unterschiedliche Einsparpotentiale je

Alterskohorte dargestellt. Besonders im kreisangehörigen Raum werden wegen des überproportionalen Bevölkerungsrückgangs höhere Einsparvolumina zu generieren sein. Auch wenn diese Analyse auf älteren Daten beruht und sich für die Kommunen wesentliche Entlastungen, u.a. durch die vollständige Übernahme der Grundsicherung durch den Bund, ergeben haben, dürften die Grundaussagen dieser Untersuchung belastbar sein. Dabei sollten auch Kostenremanenzeffekte durch die Kosten, die sich nicht proportional verhalten, zu berücksichtigen sein.

Betrachtet man die zukünftigen Einnahmen- und Ausgabenprognosen des Landesrechnungshofes MV, wird Konsolidierungsbedarf deutlich. Während die Landesausgaben bis ins Jahr 2020 von 7,4 auf 7,6 Milliarden Euro ansteigen werden, ist auf der Einnahmeposition mit einem Einbruch von 7,37 auf unter 7,3 Milliarden Euro zu rechnen. Diese Zahlen begründen sich auf der Ausgabenposition durch Personalkostensteigerungen und eine feste Nettotilgungsquote ab dem Jahr 2019. Die Einnahmeposition verringert sich durch demographische Effekte und den Wegfall überproportionaler Zuweisungen des Bundes und der Europäischen Union (EU). Die Ausgaben und Einnahmenentwicklung auch über das Jahr 2020 hinaus werden in folgender Abbildung dargestellt.

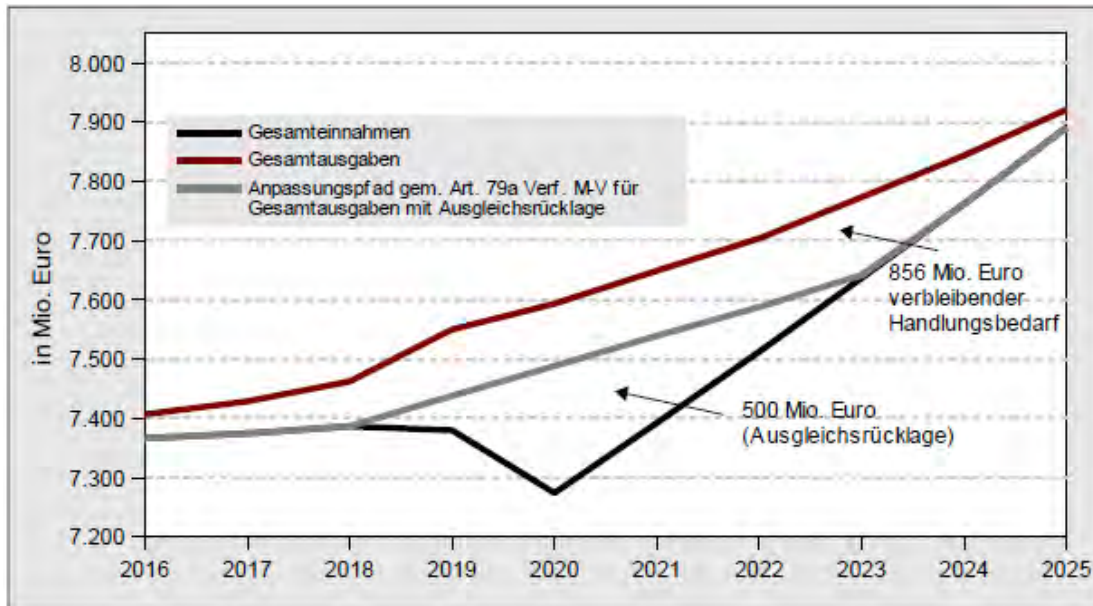


Abbildung 1 Ausgaben-/Einnahmenentwicklung MV bis 2025

Quelle: MV. Mittelfristige Finanzplanung 2013-2018, Dirk Hengstenberg Leiter EU-Finanzkontrolle (ESF) i. Min. für Arbeit, Gleichstellung, Soziales

Das Haushaltsdefizit wird durch eine 2011 verabschiedete gesetzliche Regelung weiter forciert. So dürfen im Rahmen der Schuldenbegrenzungsregelung Haushaltsdefizite ab dem Jahr 2020 nicht mehr über weitere Kredite ausgeglichen werden. Weitreichende Einsparungen über eine Haushaltskonsolidierung sind unumgänglich.

Staatliche Mittel für innovative Gesundheitsversorgung oder Krankenhausinvestitionen können in Folge der notwendigen Konsolidierungsmaßnahmen zukünftig gefährdet sein. Diese Prognosen unterliegen jedoch einer gewissen Unsicherheit, da die Verhandlungen über die Zukunft des Solidarpakts auf Bundesebene noch nicht abgeschlossen sind.

3.3 Erreichbarkeit des Versorgungssystems

Die Erreichbarkeit von Vertragsärzten mit privaten Verkehrsmitteln ist aktuell in MV gegeben. Dagegen ist die Erreichbarkeit der verschiedenen Facharztgruppen und Institutionen mit öffentlichen Verkehrsmitteln in der Fläche schwierig. Anfahrtszeiten sind hier häufig lang und bei einigen Facharztgruppen, den Internisten und Urologen bestehen für 14% respektive 19% ihrer Praxen überhaupt keine öffentlichen Verkehrsanbindungen.

3.4 Ehrenamtliches Engagement im Versorgungssystem

Die Bereitschaft der Bevölkerung in MV zu ehrenamtlichem Engagement ist hoch: rund 29% der Bevölkerung engagieren sich ehrenamtlich [2]. Strukturen und Modelle zum bürgerschaftlichen Engagement sind vorhanden. Anbieter und Institutionen sind nicht vernetzt und agieren losgelöst voneinander.

3.5 Struktur der Krankheitslast

Durch die zunehmende Überalterung ist in MV perspektivisch von einem starken Anstieg altersassoziierter Erkrankungen auszugehen. Dies zeigen etwa Bevölkerungsprognosen des Rostocker Zentrums sowie des statistisches Amtes MV (s. Abbildung 2).

M-V	2005	2020			
	Fallzahlen	Basis Bevölkerungsprognose Rostocker Zentrum		Basis Bevölkerungsprognose Statistisches Amt M-V	
		Fallzahlen	Veränderung	Fallzahlen	Veränderung
Prävalenz					
Hypertonie	618 855	657 423	+ 6,2 % (+ 38 568)	650 858	+ 5,2 % (+ 32 003)
Diabetes	117 919	143 138	+ 21,4 % (+ 25 219)	141 125	+ 19,7 % (+ 23 206)
Myokardinfarkt	40 976	52 560	+ 28,3 % (+ 11 584)	51 549	+ 25,8 % (+ 10 573)
Schlaganfall	31 322	36 969	+ 18,0 % (+ 5 646)	36 422	+ 16,3 % (+ 5 100)
Osteoporose	66 629	79 636	+ 19,5 % (+ 13 006)	79 053	+ 18,7 % (+ 12 423)
Demenz	19 271	36 826	+ 91,1 % (+ 17 555)	34 724	+ 80,2 % (+ 15 453)
Inzidenz					
Krebs (Dickdarm)	728	953	+ 31,0 % (+ 225)	936	+ 28,6 % (+ 208)
Krebs gesamt	8 612	10 560	+ 22,6 % (+ 1 948)	10 388	+ 20,6 % (+ 1 776)

Abbildung 2 Prävalenzprognosen häufiger Erkrankungen

Quelle: Dtsch Arztebl Int 2010; 107(18): 328–34 [3]

Einige Erkrankungen werden also in Zukunft eine besondere Bedeutung bekommen.

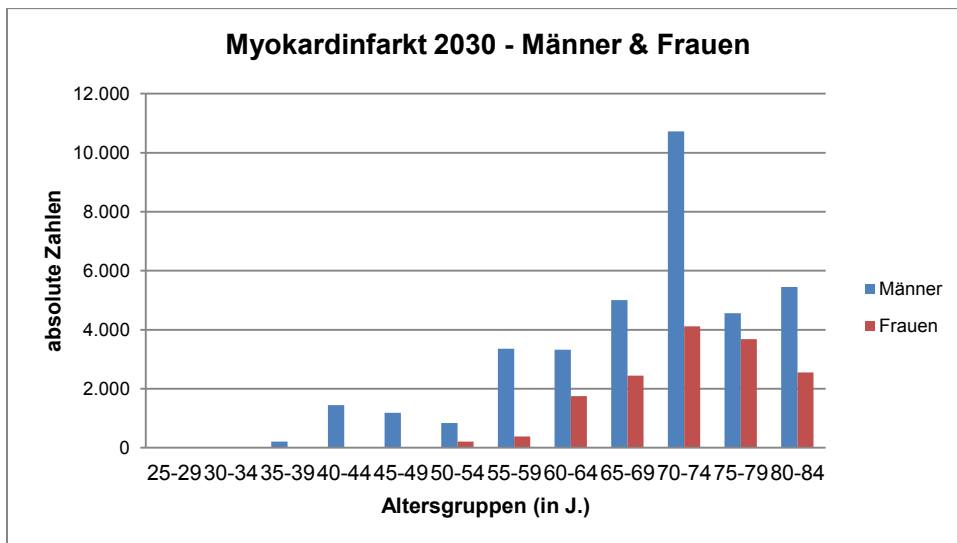


Abbildung 3 Myokardinfarkte im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2030)
 Quelle: i.A. ICM

So ist der Myokardinfarkt (Herzinfarkt) ein mit dem Alter zunehmend auftretendes Erkrankungsbild, welches überwiegend Männer betrifft. Allein zwischen dem 50. und 74. Lebensjahr sind Männer mehr als doppelt so oft betroffen wie Frauen. Diese Verteilung gilt analog für MV, VG und LUP (s. Abbildung 3).

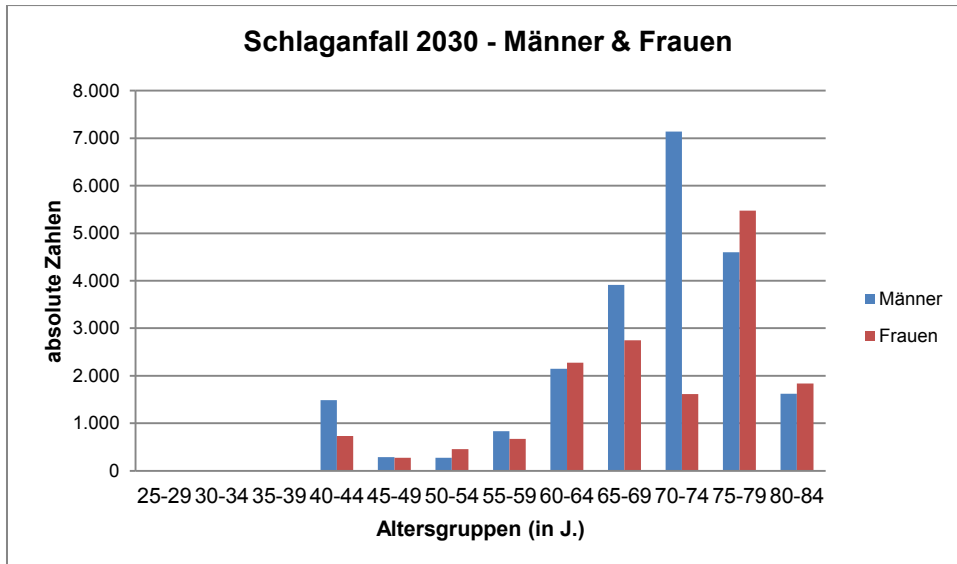


Abbildung 4 Schlaganfälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2030)
 Quelle: i.A. ICM

Die Häufung des Schlaganfalls nimmt mit steigendem Alter zu (bei Männern bis zum 74. Lebensjahr und bei Frauen bis zum Alter von 79) (s. Abbildung 4). Bis zum 74. Lebensjahr sind Männer häufiger betroffen als Frauen. Ab 75 Jahren erleiden Frauen öfter einen Schlaganfall [2].

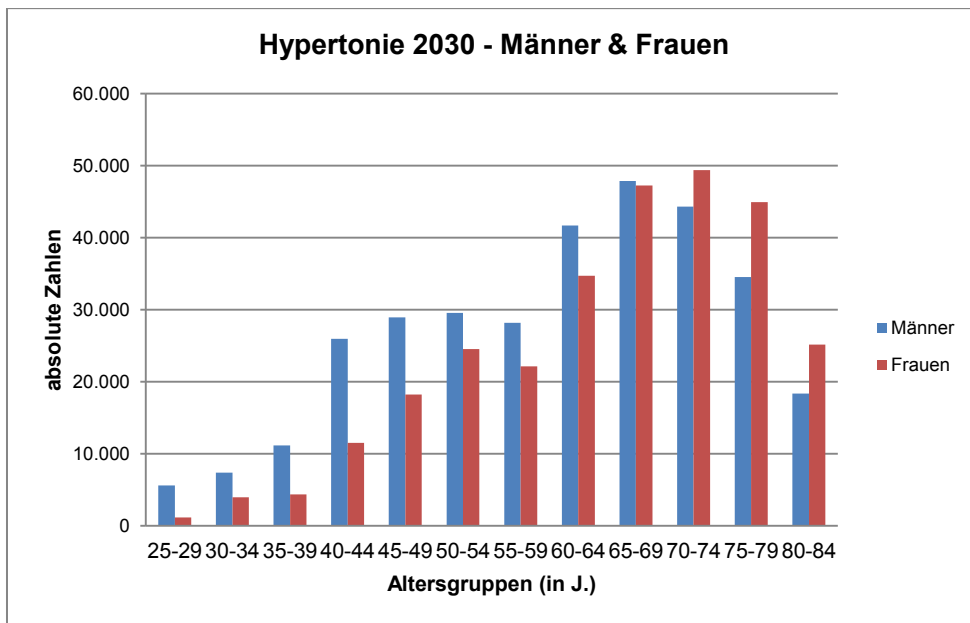


Abbildung 5 Hypertonie-Fälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2030)

Quelle: i.A. ICM

Die Anzahl an Patienten mit arterieller Hypertonie (Bluthochdruck) wird 2030 mit zunehmendem Alter steigen (s. Abbildung 5). Bei Männern ist der Höchststand zwischen dem 65. und 70. Lebensjahr erreicht, bei Frauen eine Alterskategorie später. Ab dem 70. Lebensjahr kehrt sich das Geschlechterverhältnis um zu Ungunsten der Frauen. Die Lupenregionen verhalten sich analog.

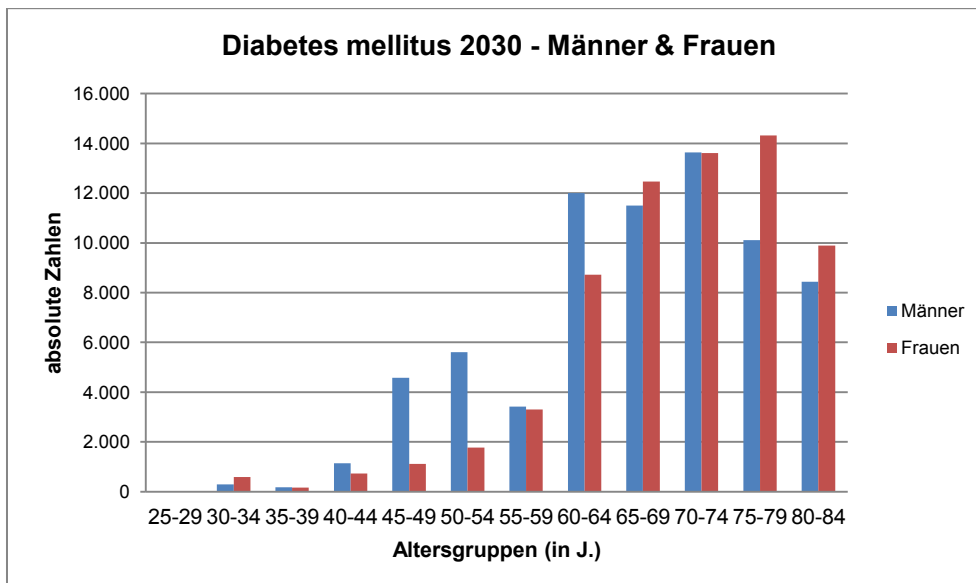


Abbildung 6 Diabetes-Fälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2030)

Quelle: i.A. ICM

Eine weitere mit zunehmendem Alter verstärkt auftretende Erkrankung ist der Diabetes mellitus (s. Abbildung 6). Ein deutlicher Sprung ist ab der Gruppe der 55 bis 59-Jährigen zu sehen. Diese Entwicklung gilt auch für die Lupenregionen [2].

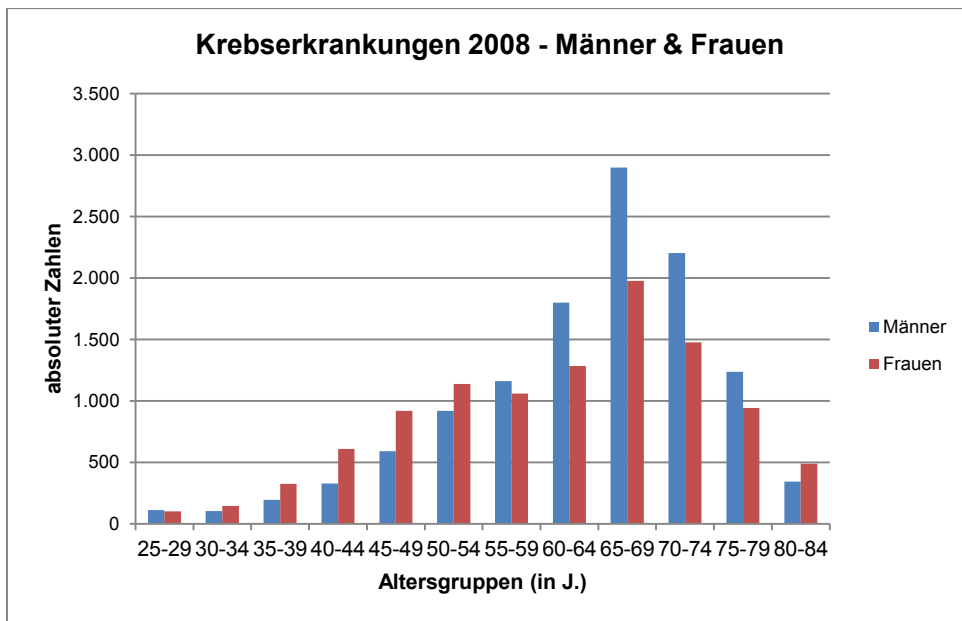


Abbildung 7 Krebserkrankungen in MV gesamt 2008

Quelle: i.A. ICM

Die Bevölkerung in MV wies 2008 eine Häufung durch Erkrankung mit einem bösartigen Tumor mit zunehmendem Alter auf. Eine Differenzierung nach einzelnen Tumorarten liegt nicht vor.

In beiden Lupenregionen stieg die Prävalenz für eine Krebserkrankung mit zunehmendem Alter, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen bis zum 65 bzw. 69 Lebensjahr an [2].

Mit dem Anstieg der älteren Bevölkerung ist von einem Zuwachs der Demenzerkrankungen zu rechnen (s. Abbildung 8). In der Gruppe der 65- bis 69-Jährigen liegt die Prävalenz für Demenz in den Industrienationen knapp über 1% und verdoppelt sich im Folgenden alle fünf Jahre und liegt schlussendlich bei der Bevölkerung über 90 Jahren bei fast 35% [4].

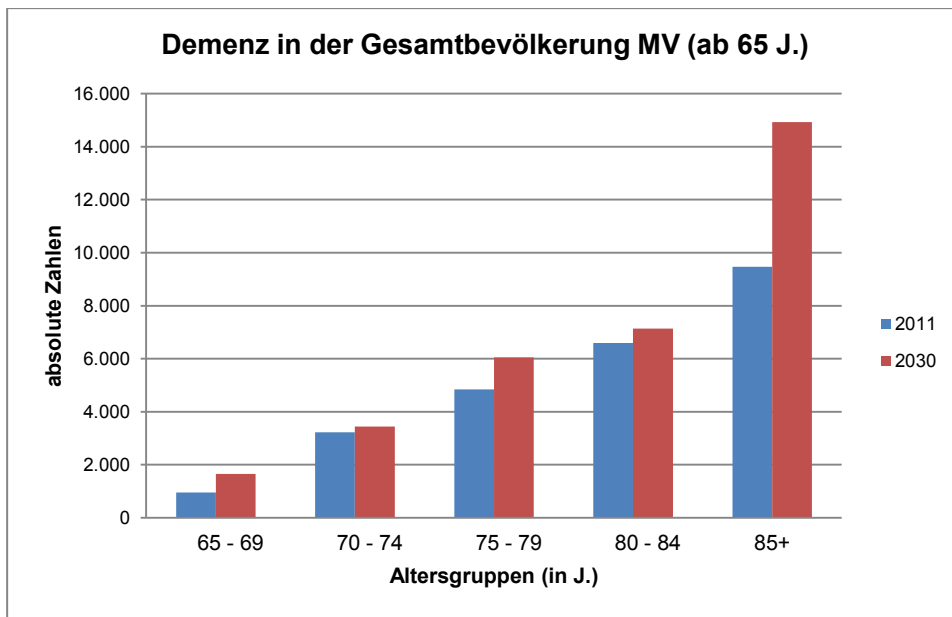


Abbildung 8 Demenzerkrankungen in MV (2010/2030)

Quelle: i.A. ICM

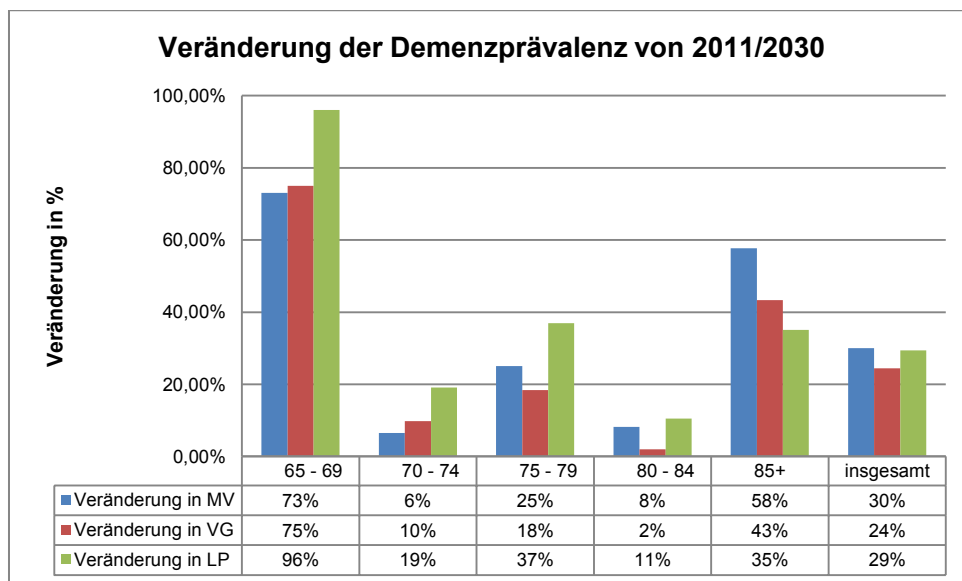


Abbildung 9 Demenzprävalenz in MV (2011/2030)

Quelle: i.A. ICM

Der Anteil der Demenzerkrankten an der Bevölkerung über 65 Jahren wird in MV von 2011 bis 2030 um 30% (8.100 Menschen) zunehmen. In den beiden Lupenregionen ist der Anstieg etwas geringer (s. Abbildung 9). Dabei werden von den über 65-Jährigen in VG 6,95% dieser Gruppe und in der Region LUP 6,52% von Demenz betroffen sein.

Bei der Interpretation dieser präsentierten Daten muss beachtet werden, dass diese ceteris paribus auf Basis demographischer Veränderungen prognostiziert wurden und somit naturgemäß einer gewissen Unsicherheit unterliegen. Eine andere demographische

Entwicklung oder die Veränderung weiterer, nicht berücksichtigter Faktoren könnte zu anderen tatsächlichen Ergebnissen führen.

3.6 Ambulante Versorgung

3.6.1 Angebot an Gesundheitsleistungen

Nach Prognosen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird sich die Zahl der Hausärzte in Deutschland zwischen 2012 und 2021 um 14% verringern. 2013 waren 25,8% aller Vertragsärzte bundesweit über 60 Jahre [5]. Auch in MV wird sich im Jahr 2030 die Altersstruktur wegen Ausscheiden aus der Versorgung und Mangel an Nachrückern deutlich ändern (s. Abbildung 10).

Das Land weist eine mit anderen Bundesländern (z. B. NRW, Hessen) vergleichbare Arztdichte auf (233 Einwohner/ berufstätiger Arzt) [6]. Die niedergelassenen Vertragsärzte konzentrieren sich auf die urbanen Ballungsgebiete in MV.

Der Anteil niedergelassener Vertragsärzte an der Gesamtärzteschaft ist bis April 2014 im Vergleich zu 2012 von 2.366 auf 2.121 zurückgegangen – das entspricht einem Rückgang von 10%.

Die Zahl der Einzelarztpraxen ist (2011) auf 929 gesunken, während Gemeinschaftspraxen im selben Zeitraum auf 104 zugenommen haben [2]. Diese Entwicklung entspricht der Entwicklung auf Bundesebene sowie in den beiden Lupenregionen LUP und VG.

Es werden im Jahr 2020 66,69% aller heute in MV niedergelassenen Ärzte das Renteneintrittsalter erreicht haben. Die ländlichen Gebiete werden dabei deutlicher vom ärztlichen Fachkräftemangel betroffen sein.

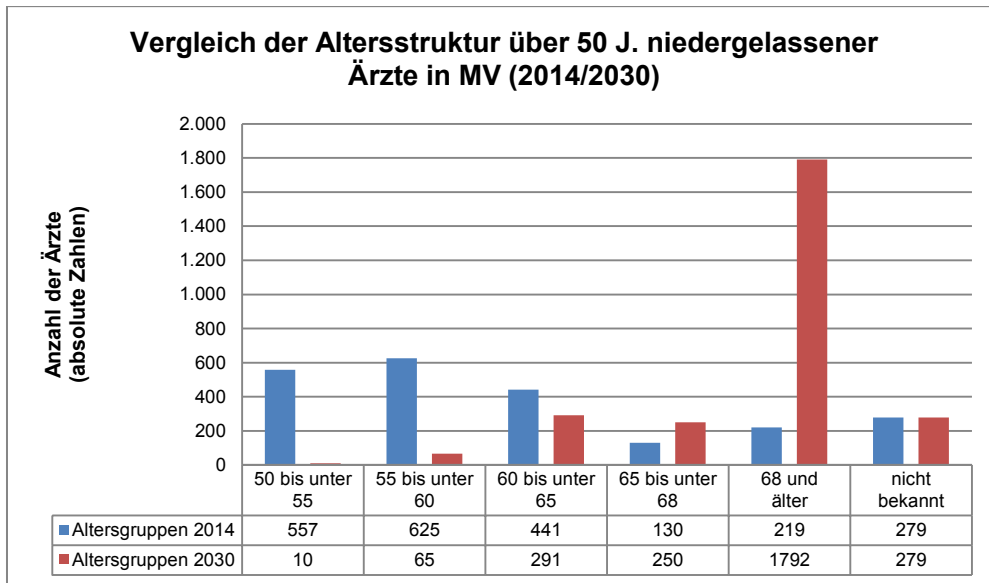


Abbildung 10 Vergleich der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte (2014/2030, MV)

Quelle: i.A. ICM

Bereits heute verzeichnet die KV MV in 12 Planungsbereichen Zeichen von Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung. So bestehen derzeit (2014) 107 offene Zulassungen für Hausärzte. Zudem gibt es 30 offene Zulassungsmöglichkeiten für fachärztliche Versorgung.

In den niedergelassenen Facharztgruppen der Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, HNO, Innere, Neurologie, Orthopädie und Urologie wird es bei über 50% zu altersbedingtem Ausscheiden kommen, im Fachgebiet Urologie zu 75%, bei HNO Ärzten zu 73% sowie bei den Allgemeinmedizinern zu 72%. Bereits bis 2020 werden 43% der niedergelassenen Hausärzte über 65 Jahre alt sein [2].

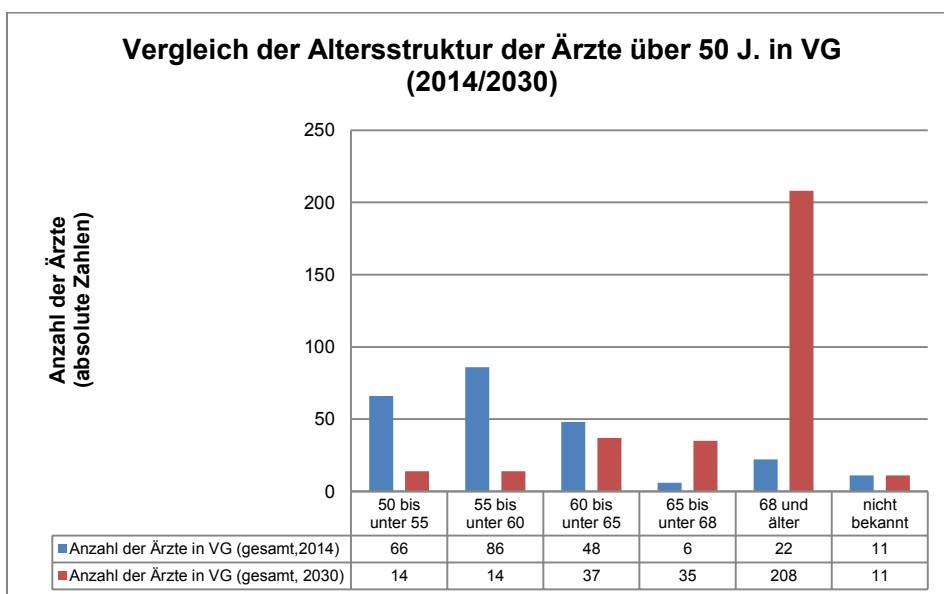


Abbildung 11 Altersstruktur Niedergelassener in der Lupenregion VG (2014/2030)

Quelle: i.A. ICM

In der Lupenregion VG wird in der niedergelassenen Facharztgruppe Chirurgie der deutlichste Rückgang sein. Dort werden 2030 88% der heute ärztlich Tätigen das Renteneintrittsalter erreicht haben, bei den Orthopäden sind es 79%, bei HNO-Ärzten sind 77% betroffen und bei den Urologen 71%. Von den Allgemeinmedizinern werden 70%, bei den Gynäkologen 55% und bei den Augenärzten 50% bis 2030 ausscheiden (s. Abbildung 11) [2].

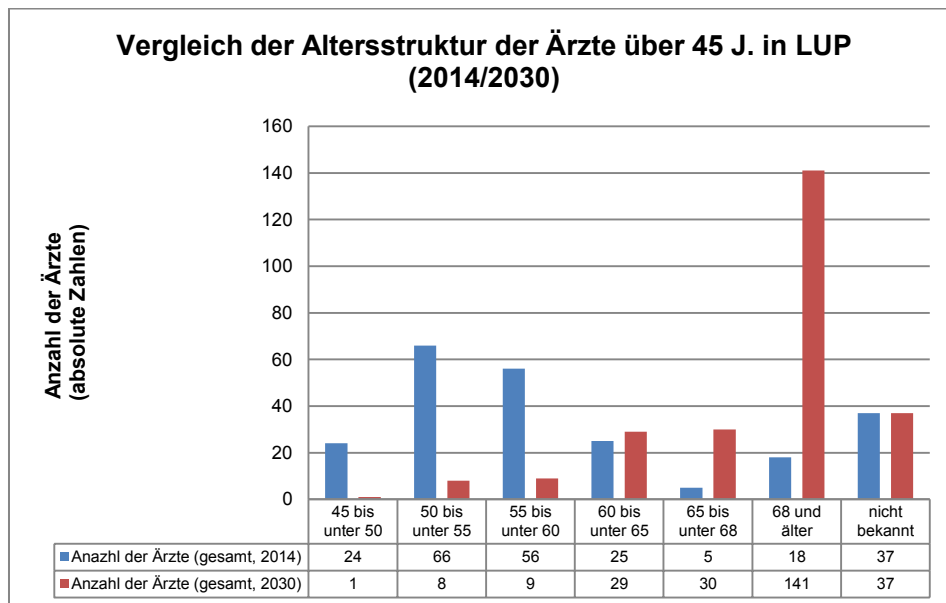


Abbildung 12 Altersstruktur Niedergelassener in der Lupenregion LUP (2014/2030)
 Quelle: i.A. ICM

In LUP werden 2030 55% aller Ärzte das Renteneintrittsalter erreicht haben, 10% weniger als in MV und VG wegen einer jüngeren Altersstruktur. Die altersbedingten Abgänge fallen auch differenziert nach den einzelnen Facharztgruppen prozentual geringer aus (s. Abbildung 12) [2].

Die Anerkennungen und Abschlüsse der jungen Mediziner aus den Jahren 2011-2013 zeigen, dass die Anerkennungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin zurückgegangen sind und die Abschlüsse in anderen Fachgebieten zunehmen [7]). So ist die Anzahl an Abschlüssen in Allgemeinmedizin bzw. Innere und Allgemeinmedizin zwischen 2011 und 2013 auf Bundesebene um 14,3% gesunken. Hierzu liegen weder von Seiten der Bundesärztekammer noch von Seiten der KV MV öffentlich zugängliche, MV-spezifische Daten vor.

Bundesweit wird ebenso die Weiterbildung von Fachärzten zu gleichzeitigen Allgemeinmedizinern nicht in großem Umfang wahrgenommen. Besonders nach einem Gutachten der Universität Trier im Auftrag der KBV [8] ist insbesondere der Hausarztberuf im ländlichen Raum wenig attraktiv. Geringere Verdiensterwartungen, Einschränkung der

Lebensqualität und Trennung von multi-disziplinären Teams, also die in der Einzelpraxis auf sich allein gestellte ärztliche Arbeit halten die jungen Mediziner davon ab, in „klassische“ Landarztpraxen zu übernehmen oder neu zu gründen.

In der Gruppe der Zahnärzte werden bis 2020 lediglich 18% auf Grund des Renteneintrittsalters ausscheiden. Berechnet man den Wiederbesetzungsbedarf auf Grundlage der Bevölkerungsprognose mit einem Rückgang von 5,8%, so ergibt sich ein Wiederbesetzungsbedarf von 151 Zahnärzten.

Apotheker sind aktuell die im Durchschnitt jüngste Gruppe im Bereich der Leistungserbringer. Bei ihnen werden bis 2020 10% das Renteneintrittsalter erreichen. Auf Basis der zugrunde gelegten Bevölkerungsprognose werden 2020 37 weitere Apotheker benötigt.

In MV gibt es wie bundesweit auch in den Ballungsregionen eine Überversorgung im vertragsärztlichen Facharztsektor. Ab 2015 hat auch die KV in MV auf Grundlage des dann geltenden Versorgungsstärkungsgesetzes gemäß §105 Abs. 3 SGB V freierwerbende Arztsitze aufzukaufen und für die Strukturanpassung der Versorgung im Land insgesamt einzusetzen.

3.6.2 Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

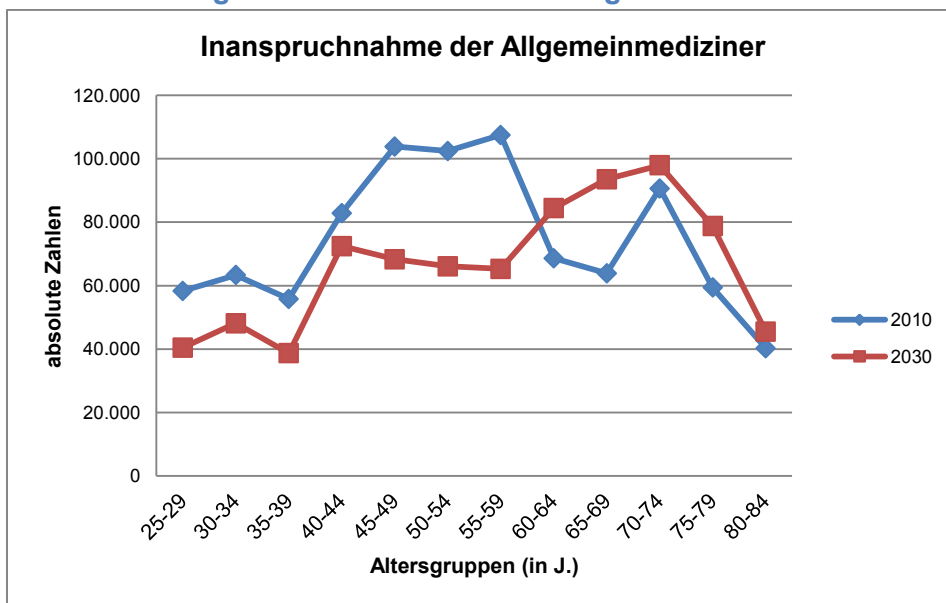


Abbildung 13 Prozentuale Inanspruchnahme Allgemeinmediziner in MV (2010/2030)

Quelle: i.A. ICM

Bis 2020 werden alle Altersgruppen über 55 Jahren (mit Ausnahme der Gruppe der 70-74-Jährigen) die Patientenzahlen von 2005 übersteigen. Diese Tendenz ist am stärksten in der Gruppe der 80 bis 84-Jährigen (Zuwachs der Patientenzahlen von über 50%). Auf diesen Annahmen basiert die Hochrechnung der Patientenzahlen und Arztkontakte. Die

Arztfrequenz steigt um 8,4% an. Die Arztkontakte der 80 bis 84-Jährigen werden bis 2020 um 50% anwachsen [2].

Allgemeinmediziner werden im Jahr 2030 eher von den älteren Generationen bis zum 74. Lebensjahr in Anspruch genommen.

3.7 Stationäre Versorgung

3.7.1 Angebot an Gesundheitsleistungen

Die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland und deren Bettenzahlen sind weiter rückläufig, die Zahl der stationären Fälle ist zuletzt hingegen gestiegen. Im Jahr 2013 wurden rund 18,8 Millionen Patienten stationär in einem der 1.996 Krankenhäuser in Deutschland versorgt [9]. 2012 waren es 18,6 Millionen Fälle in 2.017 Häusern [10].

Zwischen den Jahren 2003 und 2012 reduzierte sich die Zahl der Krankenhäuser bundesweit um 204 (-10%). 36,3% aller Schließungen gingen dabei auf einen vollständigen Marktaustritt zurück [11]. In MV kam es in diesem Zeitraum hingegen zu keinem vollständigen Marktaustritt [11].

Die Krankenhausbettenzahl in Deutschland belief sich 2013 auf 500.671 Betten (D: 62 Betten/10.000 Einwohner, MV: 64 Betten/10.000 Einwohner), 800 weniger als im Vorjahr. Die durchschnittliche Bettenauslastung in Deutschland blieb 2012 und 2013 gleich bei nur 77,4%. Einrichtungen in öffentlicher Hand waren mit 79,1 % die am stärksten ausgelasteten Häuser und stellten einen Bettenanteil von 48,1%, private Einrichtungen wiesen mit 75,6% die niedrigste Auslastung auf.

Jedes dritte deutsche Krankenhausbett befand sich in einem der freigemeinnützigen Häuser und 18% der Betten in privaten Einrichtungen [10]. Diese rückläufigen Tendenzen für Krankenhäuser sowie Bettenzahlen werden auch in Zukunft anhalten und sind auch von der Politik und verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens gewollt [12] [13] [14].

Die Insolvenzgefahr stationärer Einrichtungen in Deutschland lag im Jahr 2009 bei 7,4% und stieg bis in das Jahr 2012 auf 13,8% an [15]. Die Analyse der Krankenhäuser nach Trägerschaft zeigt dabei eine deutlich höhere Insolvenzgefahr bei den öffentlich-rechtlichen Trägern mit 28% (2012), über freigemeinnützige mit 16% und lediglich 3% bei den in privater Trägerschaft befindlichen Häusern [16]. Die Lage der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern sowie Berlin ist nach Krankenhaus Rating Report relativ gut, profitieren diese vom Strukturwandel der vergangenen 25 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung. Dort wiesen nur 19,2% der Einrichtungen (gemessen an der Konzernbasis) negative Ergebnisse auf. Im Vergleich dazu schrieben 2012 in den alten Bundesländern 38,9% der

Krankenhäuser rote Zahlen. Fast jeder zweiten Klinik war es bereits 2012 nicht mehr möglich, ihren Substanzerhalt zu finanzieren. Laut Rating-Report beläuft sich der aktuelle Investitionsstau in allen deutschen Krankenhäusern auf kumuliert 15 Milliarden Euro.

Derzeit gibt es in MV 37 Plankrankenhäuser mit etwas über 10.000 behördlich zugelassenen Krankenhausbetten. Darunter befinden sich vier Einrichtungen der Maximalversorgung (davon die zwei Universitätskrankenhäuser in Greifswald und Rostock). 25 Krankenhäuser, also rund zwei Drittel verfügen über weniger als 200 Betten, neun, also knapp ein Viertel von diesen sogar unter 100 Betten. Krankenhäuser verlieren verstärkt Fallvolumen, haben zunehmend Auslastungsprobleme und können die Mindestmengen, die für eine ausreichende Finanzierung benötigt werden, nicht mehr erreichen.

Hinsichtlich der Trägerschaft kann in MV zwischen sechs öffentlichen, 11 freigemeinnützigen sowie 20 privaten Häusern unterschieden werden. Eine Trägerpluralität bei den stationären Leistungserbringern besteht also, allerdings mit deutlichem Übergewicht an privaten Trägern mit einem Anteil von rund 51% (im Bundesvergleich: 34%).

12,6% der im Krankenhaus tätigen Ärzte in MV werden 2020 das Renteneintrittsalter erreichen. Demgegenüber steht für MV eine prognostizierte Zunahme der Krankenhaufälle um 3%. Aus diesen Kennzahlen lässt sich ein rechnerischer Bedarf von 565 neueinzustellenden Ärzten bis zum Jahr 2020 ableiten [2].

3.7.2 Bedarf an Gesundheitsleistungen

2011 wurden 418.318 Krankenhaufälle in MV stationär behandelt. Unter Fortschreibung der Versorgungsstrukturen und –abläufe ergibt sich ein Zuwachs von 3% bis 2020 auf 430.831 Fälle [2]. Ein deutlicher Anstieg in diesem Zeitraum mit 63% erfolgt in den Altersgruppen der 60-69-Jährigen und 69% bei den über 80-jährigen [2].

Mit Blick auf die Entwicklung in einzelnen Fachgebieten wird es zwischen 2014 und 2030 zu einer Steigerung der stationären Fallzahlen im Bereich der Neurologie um 22,2% kommen. Auch die Orthopädie mit einem Zuwachs von 20% und die Urologie (plus 19,1%) werden wachsende Fallzahlen generieren. Einzig im Bereich der Frauenheilkunde/Geburtshilfe sind rückläufige Fallzahlentwicklungen von minus 4,9% zu erwarten. Im Bereich der Geriatrie ist bis zum Jahre 2020 mit einer Fallzahlsteigerung um 14,2% zu rechnen.

3.8 Rehabilitative Versorgung

Das Land verfügt mit 651 Betten auf 100.000 Einwohner (2012) über zwei- bis dreifach so viele Betten wie die übrigen Bundesländer. Die Anzahl der je Vollkraft (VK) (ärztlich und nicht-ärztlicher Dienst) versorgten Fälle in MV belief sich 2013 auf 29 Fälle/VK und damit

nach Schleswig-Holstein (31 Fälle/VK) im bundesweiten Vergleich den zweithöchsten Wert (BRD Ø 22 Fälle/VK) [17].

3.9 Integrierte Versorgung (IV)

Integrierte Versorgung findet in sektorenübergreifenden bzw. fach- und professionsübergreifenden Strukturen statt. Die Leistungserbringer schließen dafür direkt mit einzelnen oder mehreren gesetzlichen Krankenkassen Selektivverträge. Die sektorenübergreifende Versorgung und die Implementierung von IV-Verträgen ist in den vergangenen Jahren nach Auslaufen der sog. „Anschubfinanzierung“ im Jahr 2008 nach anfänglich ab 2004 schneller Entwicklung ins Stocken geraten.¹ 2008 gab es in Deutschland 6.400 IV-Verträge, 2011 waren dies noch 6.339. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stieg deutschlandweit von circa 1,67 Millionen (2008) auf 1,9 Millionen (2011) [18].

IV-Verträge werden eher in Ballungsräumen abgeschlossen. MV wies im Jahr 2008 mit 144 Verträgen nach dem Saarland die zweitgeringste Anzahl an bestehenden IV-Verträgen auf. Gerade in Flächenländern wie in MV könnten die demographischen Wirkungen jedoch durch innovative, integrierte Versorgung besonders stark abgefangen werden, da die Ineffizienzen durch die sektorale Trennung und dadurch entstehende Reibungsverluste und wettbewerbliche Versorgungsbrüche durch das Nebeneinander von stationärer und ambulanter Versorgung aufgehoben oder abgemildert werden können. Daher wird eine Integration der Versorger in diesem Bundesland eine besondere Wirkung sowohl auf die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit einer umfassenden Gesundheitsversorgung haben.

Beispiele für erfolgreiche integrierte Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen wären in den Grundzügen auch in MV anwendbar und existieren...

... in Deutschland beispielhaft:

- Ärztenetz Südbrandenburg, ANSB, Brandenburg
- Gesundes Kinzigtal, GK, Baden-Württemberg
- Netz für Qualität und Effizienz, Q+E, Bayern
- Aus MV das Ärztenetz am Stettiner Haff (HaffNet), Uecker-Randow
-

sowie international:

- Kommunale Gesundheitszentren, Finnland

¹ Eine Dokumentation besteht seit 2008 nicht mehr, zentrale Meldestruktur nicht existent

- Huron-Perth Healthcare Alliance, Kanada
- Community Health Centers, Kanada (Ontario)
-

3.10 Geriatrische Versorgung

Eine rechtlich verbindliche Definition, welcher Patient Subjekt geriatrischer Versorgung ist, gibt es bis heute nicht [19]. Generell wird darunter ein Mensch verstanden, der meist älter als 70 Jahre ist und eine altersassoziierte Multimorbidität aufweist. Meist wird das Geschehen noch durch altersbedingte kognitive und bzw. oder körperliche Einschränkungen verstärkt.

3.10.1 Angebot an Gesundheitsleistungen

Bundesweit gab es Ende 2012 3.004 spezifisch zur Geriatrie weitergebildete Ärzte, davon 54 in MV. Zudem gibt es derzeit in MV 21 geriatrische Einrichtungen [2] sowie einen Selektivvertrag zur ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung.

3.10.2 Bedarf an Gesundheitsleistungen

Im Bereich der geriatrisch stationären Versorgung ist bis zum Jahr 2020 mit einem steigenden Versorgungsbedarf zu rechnen. Diesen Bedarf unterstreicht die nachfolgend aufgeführte Abbildung 14 mit einer bis 2020 prognostizierten Fallzahlensteigerung um 14,2 % im Krankenhaus- und im Rehabilitations-Sektor.

Krankenhaus					
Altersgruppen	geriatrische KH-Häufigkeit 2007	Anzahl Patienten in geriatrischen Fachabteilungen			Entwicklung 2007-2020
		2007	2014	2020	2020
unter 65 J.	0,02%	14.989	14.595	14.025	-964
65-75 J.	0,36%	34.558	31.091	33.090	-1.467
75-80 J.	1,26%	38.281	51.376	44.100	5.819
über 80 J.	3,17%	123.443	146.747	187.989	64.547
Gesamt	0,26%	211.270	243.809	279.204	67.934

Rehabilitation					
Altersgruppen	geriatrische Reha-Häufigkeit 2007	Anzahl Patienten in geriatrischen Rehabilitation			Entwicklung 2007-2020
		2007	2014	2020	2020
unter 65 J.	0,005%	3.123	3.041	2.922	-201
65-75 J.	0,168%	16.070	14.458	15.388	-682
75-80 J.	0,640%	19.497	26.167	22.461	2.964
über 80 J.	1,285%	49.954	59.385	76.074	26.120
Gesamt	0,11%	88.644	103.050	116.845	28.201

Abbildung 14 Geriatrischer Versorgungsbedarf (2007-2020) in Deutschland

Quelle: Bundesverband Geriatrie, Präsentation vom 05.03.2013, Dirk van den Heuvel

Für MV liegen aus der Bundesstatistik ausgekoppelte Zahlen nicht vor. Es ist jedoch aufgrund der demographischen Tatsachen davon auszugehen, dass sich in MV diese Entwicklung in gleichem Umfang vollzieht.

3.11 Palliative Versorgung

Im Land gibt es sieben stationäre Palliativstationen mit insgesamt 59 Betten, (s. Abbildung 15). Weiter gibt es sieben Hospize mit insgesamt 70 Plätzen und 21 ambulante Hospizdienste. Darüber hinaus existieren elf Teams zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Bezogen auf die Einwohner im Land besteht der Einzugsbereich eines jeden Teams aus 146.000 Einwohnern. Nach Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) soll ein Palliative Care Team (PCT) für 250.000 Einwohner bzw. nach der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für Palliative Care (EAPC) für 150.000 vorgehalten werden. Legt man jedoch einen maximalen Einzugsbereich von 30 km zugrunde, so zeigt sich im Landesinneren eine Versorgungslücke von etwa 75 x 75 km, in denen kein SAPV erreichbar ist [2].



Abbildung 15 Palliativversorgung in MV

Quelle: eigene Darstellung

3.12 Notfallversorgung

Die Notfallversorgung in Deutschland wird durch drei Versorgungsebenen getragen. Hierzu zählen der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, der kommunale Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser. Einen besonderen Stellenwert hat in der Notfallversorgung die Notaufnahme der Krankenhäuser. Jährlich suchen in Deutschland etwa 10,7 Mio. Fälle die Notaufnahme eines Krankenhauses auf, demgegenüber liegt die Zahl des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes lediglich bei einer Größenordnung von 3,9 Mio. Dieses zeigt die aktuelle Fehlversorgung und eine in der

Notfallversorgung nicht erfüllte Sicherstellung sowie die für eine angemessene und ausreichende Versorgung unnötige Belastung der Krankenhausstruktur [7].

Die Rettungsstellen der Krankenhäuser und die Rettungsdienste haben sich in den letzten Jahren zu einer Ersatzversorgungsstruktur entwickelt. Es ist geübte Praxis für weite Teile der Bevölkerung, zu allen Tageszeiten und zu jeder Gelegenheit anstelle des Hausarztes bzw. Facharztes gleich die Rettungsstellen der Krankenhäuser aufzusuchen und dafür ggf. auch den Rettungsdienst als Transport missbräuchlich zu nutzen. Damit werden die durch auf die werktäglichen und beschränkten Öffnungszeiten der Vertragsarztpraxen erschwerte Erreichbarkeit der vertragsärztlichen Versorgung kompensiert. Für die Krankenhäuser entwickelt sich diese Praxis zunehmend zu einer wirtschaftlichen Belastung.

Die Hilfsfristen für den kommunalen Rettungsdienst werden in Landesgesetzen geregelt, MV liegt mit seinen derzeit geltenden Hilfsfristen von 10 Minuten (auch nach Verabschiedung des novellierten Rettungsdienstgesetzes, das u. a. die Hilfsfrist erst nach Ende der Dispositionszeit beginnen lässt) im Spitzenbereich der Anforderungen an die Schnelligkeit der Notfallhilfe.

Andere Bundesländer wie Thüringen oder Rheinland-Pfalz und Niedersachsen differenzieren zwischen den normal und den dünn besiedelten Regionen, in denen verlängerte Fristen von 15 (Rheinland-Pfalz, Niedersachsen) bis zu 17 Minuten (Thüringen) erlaubt sind. International sind Fristen bis 20 Minuten bekannt, es gibt jedoch keinen international vereinbarten Standard.

3.13 Regulatorischer Rahmen

Die vertragsärztliche Versorgung wird durch die jeweilige KV des Bundeslandes organisiert auf Basis einer Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die die Verteilung von Ärzten bevölkerungsbezogen regelt. Seit Beginn 2013 wird auf Basis des VSG deutlicher differenziert, Hausärzte werden nach den kleinsten Planungsebenen (insgesamt 879 Mittelbereiche) geplant.

Jedem Hausarzt sind dabei 1.671 Einwohner zugewiesen, Fachärzten differenziert nach allgemeiner fachärztlicher Versorgung, spezialisierter fachärztlicher Versorgung und gesonderten Fachärzte teilweise deutlich mehr.

MV weicht von den Vorgaben ab. Bei der hausärztlichen Versorgung werden die Oberzentren Schwerin, Rostock, Neubrandenburg, Greifswald/Stralsund ungeachtet der mit ihnen verknüpften Mittelzentren ausgegliedert mit der Folge, dass sich die Ärzte in den großen Zentren konzentrieren und die Versorgung in den Mittelzentren schwieriger wird.

Zusätzlich dazu wird in MV die durch das VSG vorgegebene Bezugsgröße pro Hausarzt von 1.671 auf 1.425 reduziert. Gründe dafür sind u.a. die über dem bundesweiten Durchschnitt angesiedelten Behandlungsfallzahlen und –bedarfe [20].



Abbildung 16 Planungsbereiche Hausärztliche Versorgung MV

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg Vorpommern - <http://www.kvmv.info/aerzte/27/15/Planungsbereiche.html>

Die allgemeine fachärztliche Versorgung in den Kreisen und kreisfreien Städten ist in Abbildung 16 dargestellt (MV: 14² [21], D: 372 [22]).



Abbildung 17 Planungsbereiche Allgemeine Fachärztliche Versorgung MV

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg Vorpommern - <http://www.kvmv.info/aerzte/27/15/Planungsbereiche.html>

² Inklusive des Amtes Neuhaus

Die spezialisierte fachärztliche Versorgung in den Raumordnungsregionen in MV ist in Abbildung 17 dargestellt (MV: 4 [21], D: 97 [22]).



Abbildung 18 Planungsbereiche Spezialisierte Fachärztliche Versorgung MV

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg Vorpommern - <http://www.kvmv.info/aerzte/27/15/Planungsbereiche.html>

Die gesonderte fachärztliche Versorgung in MV ist in Abbildung 18 dargestellt (KV-Region)³.

Erstmalig wurde durch das VSG die Bedarfsplanung um einen „Demographiefaktor“ erweitert. Dabei werden die Planungen in das Verhältnis der unter 65-jährigen Menschen zu den über 65-Jährigen Menschen gesetzt. Neu ist auch, dass die Länder von den vorgegebenen Richtlinien abweichen können, wenn es besondere regionale Tatsachen erforderlich machen. Momentan wird in sechs Bundesländern, auch in MV davon Gebrauch gemacht [23].

Weitere Maßnahmen des Bundes, um drohender Unterversorgung in ländlichen Gebieten zu begegnen sind bislang ohne größere Wirkung geblieben. Hinzuweisen ist auf das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sowie die Sicherstellungszuschläge nach §105 Abs. 1 SGB V [24], Umsatzgarantien und auch Gründungszuschüsse. Es gibt in MV zwölf von einer drohenden Unterversorgung betroffene Planungsbereiche, diese sind Demmin, Grimmen, Güstrow, Ludwigslust, Parchim, Teterow, Ueckermünde und Wismar sowie das Umland Greifswalds, Neubrandenburgs, Rostocks und Schwerins [25].

³ Inklusive des Amtes Neuhaus

3.14 Aktuelle gesundheitspolitische Überlegungen

Das Versorgungsstrukturgesetz (2012), das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007) sowie das vor der Verabschiedung stehende Versorgungsstärkungsgesetz (2015) versuchten Antwort zu geben u. a. auf den wachsenden Bedarf an Vertragsärzten in der Fläche.

Die zur Zeit (Anfang 2015) diskutierten Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015 werden die Krankenhauslandschaft auch in MV wesentlich berühren.

Wesentliche Elemente dieser Reform werden sein:

- Strukturfonds (gesamt eine Mrd. EUR, je hälftig durch Länder und Bund, verwaltet durch das Bundesversicherungsamt) zur Umwandlung kleiner Krankenhäuser in medizinische Zentren zur ambulanten Versorgung
 - Ziel: Abbau von Überkapazitäten, Konzentration von Standorten und Versorgungsangeboten, Umwandlung von Krankenhäusern in lokale Versorgungseinrichtungen, Qualitätsverbesserung
- Qualitätsorientierte Vergütung der Krankenhäuser
 - Bis Ende 2016 erste Qualitätsindikatoren durch den G-BA
 - Darauf basierend Festlegung von Zu-/ Abschlägen für gute oder schlechte Qualität von Krankenhausleistungen
 - Festlegung von Mindestmengen für Krankenhausleistungen
 - Für planbare Leistungen (z. B. Endoprothetik): Selektivverträge mit Krankenhäusern mit freien Preisvereinbarungen, zunächst für vier Indikationen
- Sicherstellungs- und Zentrumszuschläge (ges. 200 – 400 Mio. EUR)
- Förderung von Pflegestellen in Krankenhäusern (600 Mio. EUR)

Damit werden absehbar vom Bund - unter Mitfinanzierung durch die Bundesländer - Mittel für einen als notwendig erkannten Transformationsprozess von medizinischen Versorgungsstrukturen zur Verfügung gestellt, die gezielt und regionsspezifisch eingesetzt werden können.

Auch Krankenkassen wie die Techniker Krankenkasse für das Land Brandenburg (Oktober 2014) entwerfen Lösungsmodelle für Krankenhäuser in ländlichen Regionen:

- Gegenseitige Integration von Grund- und Notfallversorgung mit einer Neubestimmung der Grundversorgung in einem Stufenmodell
- Etablierung eines wirksamen Überleitungs- und Entlassmanagements

- Innovationen und neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nur noch in Krankenhäusern der höchsten Versorgungsstufe mit Pflicht zur Evaluation
- Öffnung der Versorgungskrankenhäuser für ambulante Versorgung
- Aufbau von Integrierten Versorgungszentren in Analogie zu den Lokalen Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung (SVR-Gutachten 2014)
- In der Vergütungshöhe abgesenkte „Hybrid-DRG“ für minderschwere Fälle, die stationär oder ambulant versorgt werden können
- Familiengerechte Arbeitsmodelle für junge Ärztinnen und Ärzte unter Berücksichtigung der zunehmenden Wünsche nach Teamarbeit zur Steigerung von Attraktivität von Landarztstätigkeit

Diese Position sei hier nur beispielhaft genannt für die Erwartungen der gesetzlichen Kostenträger an die bevorstehenden Wandlungsprozesse in der Krankenhauslandschaft.

Im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes (VStG) plant die Bundesregierung innovative Gesundheitsmodelle durch einen „Innovationsfonds“ unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen ab 2016 mit jährlich 225 Mio. Euro Fondsvolumen zu fördern (s. VStG-Gesetzentwurf). Zusätzlich sollen 75 Mio. Euro für Versorgungsforschung bereitgestellt werden.

4 Quo vadis MV – Künftige demographische Entwicklung

Es wird eine Fortschreibung des Status Quo in einem zu erwartenden Szenario bis ins Jahr 2030 projiziert.

4.1 Auswirkungen des demographischen Wandels

Die demographische Entwicklung führt in Deutschland und MV zu sinkenden Bevölkerungszahlen. Die Bevölkerung in MV wird sich bis 2030 in einer eher optimistischen Prognose auf 1,45 Millionen verringern⁴ [26]. Dies führt zu einem Rückgang der durchschnittlichen Besiedlungsdichte von 69 Einwohnern je km² (2012) auf 61 Einwohner je km² (2030).

Nach der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung) wird die Einwohnerzahl in MV von 2008 um 15,2% bis 2030 auf 1,4 Mio. schrumpfen. Hamburg wird das einzige Bundesland sein, welches ein mit 4,6% positives Wachstum aufweist [27] [28].

In einer pessimistischeren Prognose, welche insbesondere die Einflussfaktoren der nationalen Binnenwanderung und der Geburtenentwicklung berücksichtigt, wird sich die Bevölkerung in MV um 22,5% auf gut 1,3 Millionen Einwohner verringern. Dieses Szenario geht dabei von einer Reduktion der Zuzüge bis 2030 um 30% aus. Die Totale Fertilitätsrate (TFR) sinkt von 1.500 auf 1.400 bis zum Jahr 2020 und bleibt dann fortlaufend konstant.

Die Trendlinien (s. Abbildung 19) zeigen die pessimistische Prognose (schwarz), eine realistische Bevölkerungsentwicklung (rote Trendlinie) und eine optimistische Bevölkerungsentwicklung (blaue Trendlinie).

⁴ Basis: 4. Landesprognose des Bundeslandes MV aus dem Jahre 2012. Die Standardvariante berücksichtigt dabei die Annahmen, dass die Totale Fertilitätsrate (TFR) bis 2015 auf 1.500 anwächst und dann bis 2030 konstant verläuft. Weiter wird die Annahme getroffen, dass der Höchstwert der altersspezifischen Fertilität bis 2020 auf 29,5 Jahre ansteigt und dann bis 2030 auf 30,5 Jahre. Die Zuzüge aus dem Ausland wachsen bis 2030 auf 10% an, die Effekte aus der Binnenwanderung schrumpfen. Hinzu kommt, dass in der Standardvariante von einer gesteigerten durchschnittlichen Lebenserwartung von Neugeborenen ausgegangen wird. Bei einem männlichen Neugeborenen erhöht sich diese um 4,63 Jahre bis 2030 und bei Mädchen um 3,24 Jahre im gleichen Zeitraum.

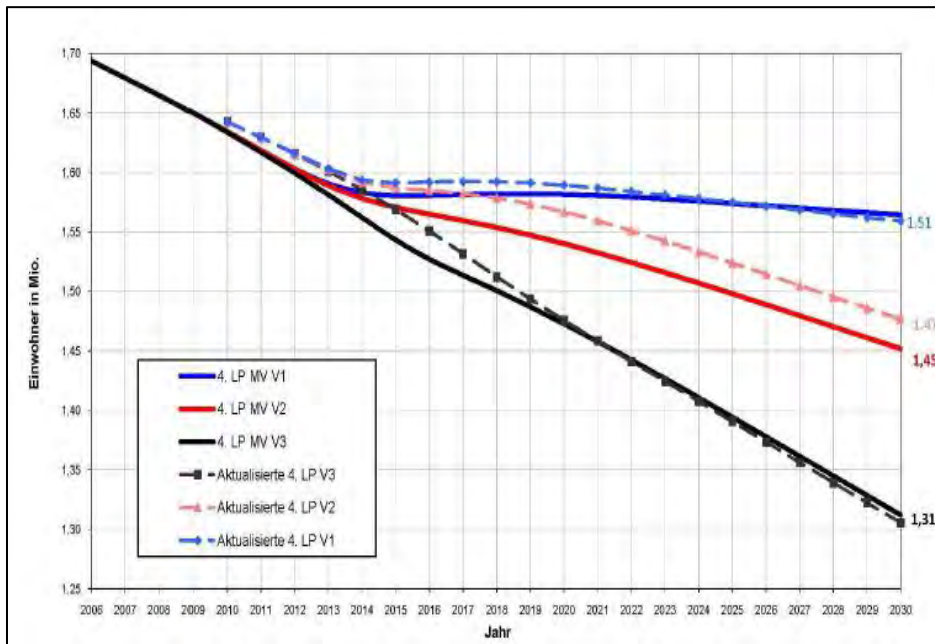


Abbildung 19 Trendentwicklung Demographie Landesprognose MV

Quelle: Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung MV

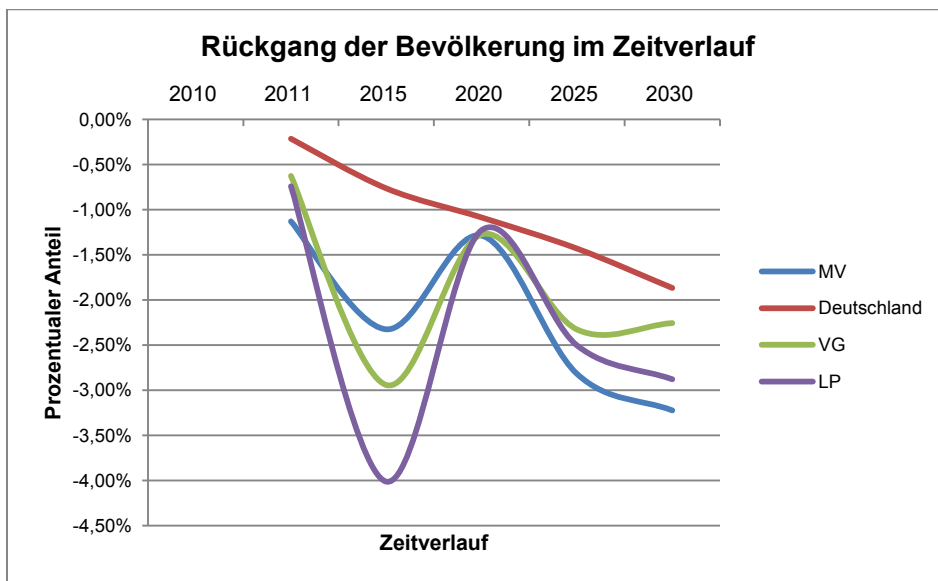


Abbildung 20 Veränderungsrate der Bevölkerung bis 2030: D, MV, VG, LUP

Quelle: i.A. Statistisches Bundesamt und i.A. ICM

Die Altersgruppen entwickeln sich wie folgt:

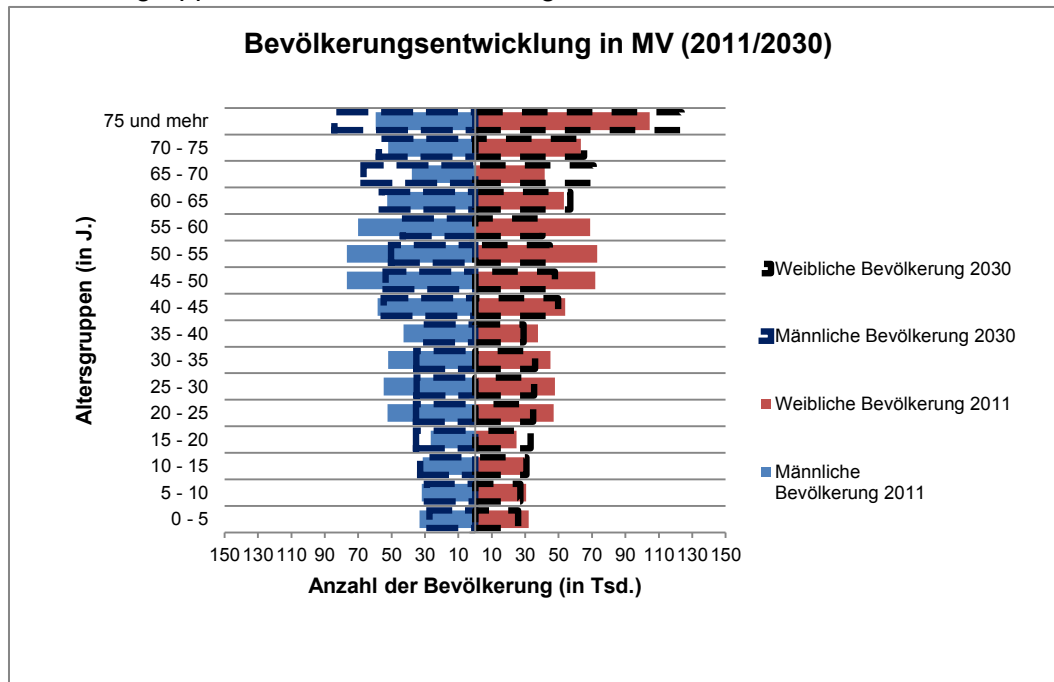


Abbildung 21 Bevölkerungspyramide MV (2011/2030)

Quelle: i.A. ICM

Die weibliche Bevölkerung überwiegt in MV (+ 3,5%) und wird gemäß der 4. Landesprognose von 2011 bis 2030 um 9% auf 751.058 Frauen und die männliche um 10% auf 725.350 Männer zurückgehen. Besonders deutlich wird der Rückgang bei den 20 bis 40-Jährigen sowie den 45 bis 60-Jährigen. Im Kollektiv der 15 bis 20-Jährigen kommt es nach den Berechnungen des ICM aber zu einem Anstieg um ein Drittel sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Die Zahl der zwischen 65 und 70-Jährigen Menschen steigt um 76% (Männer) und 70% (Frauen). Es wird wegen der differenten Geschlechtersterblichkeit und Lebenserwartung auch 2030 relativ mehr Frauen in den alten Generationen geben als Männer. Dies ist vor allem in der Gruppe der über 75-Jährigen zu sehen, wobei die männliche Bevölkerung prozentual zu 2011 stärker zunimmt als die weibliche Bevölkerung (s. Abbildung 21) [2].

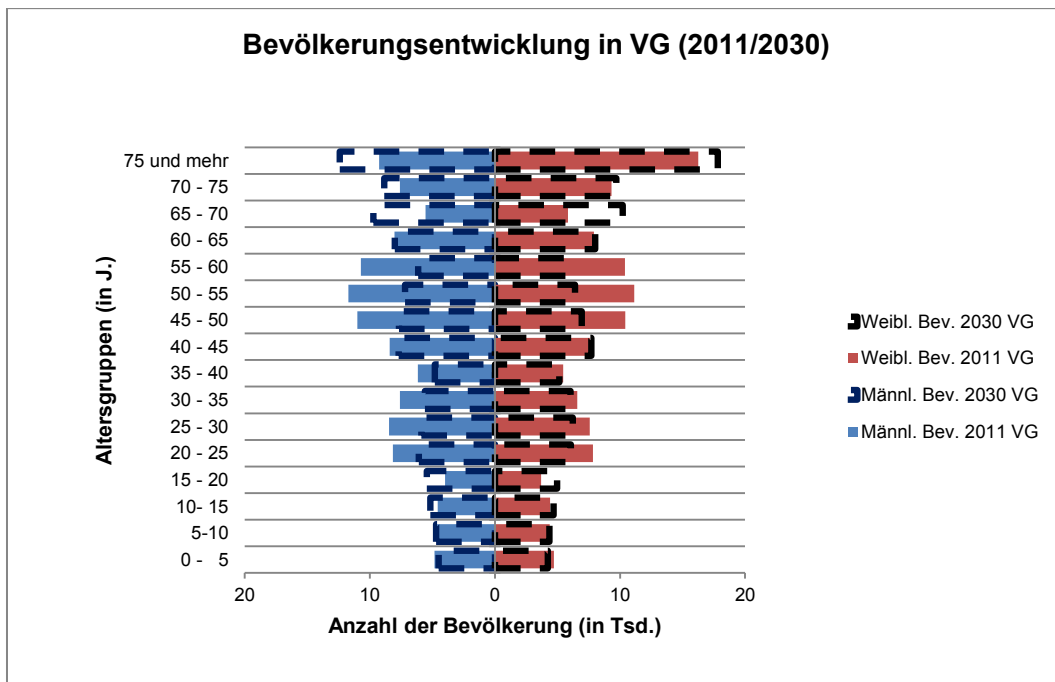


Abbildung 22 Bevölkerungsentwicklung in der Lupenregion VG

Quelle: i.A. ICM

Anders verhalten sich die Lupenregionen. Die Population der Lupenregion VG erfährt einen Rückgang um 8%. Die Bevölkerung wird 2030 mit 114.126 Frauen und 123.528 Männer ein zu MV umgekehrtes Geschlechtsverhältnis von 8,2 % mehr Männern zählen. Die Gruppe der über 60-Jährigen wächst insgesamt um 21% an. Im Alterssegment der 65-70-Jährigen wird die Anzahl der männlichen und weiblichen Bevölkerung besonders stark je um 75% ansteigen. Die Anzahl der 50 bis 60-Jährigen Männer geht demgegenüber um 41% und die der Frauen um 44% zurück (s. Abbildung 22) [2].

Die Prognosen für die Lupenregion LUP sehen einen Rückgang der Bevölkerung um 10% mit 2030 noch 97.764 Frauen und 97.462 Männern. Analog zu VG wächst auch in LUP der Anteil, der sich in einem Alter über 60 Befindenden um 33%. Es wird zu einem ausgeprägten Anstieg im Bereich der 65 bis 70-Jährigen von 96% sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern kommen. Zudem unterscheidet sich die Region bei der Aufstellung innerhalb der jüngeren Generation. Lediglich in der Gruppe der 15-20-Jährigen ist ein Zuwachs von 28% (Männer) bzw. 26% (Frauen) zu verzeichnen (s. Abbildung 23) [2].

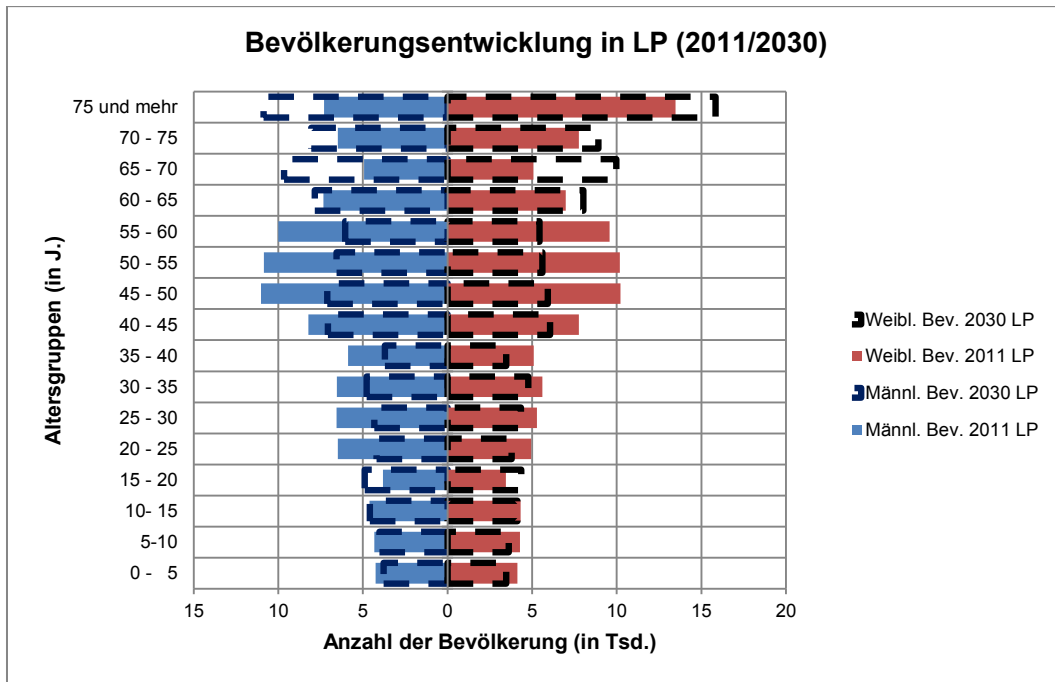


Abbildung 23 Bevölkerungsentwicklung in der Lupenregion LUP

Quelle: i.A. ICM

Tabelle 1 Übersicht der prozentualen Veränderung der Altersstruktur (2011/2030)

Veränderung (in %) 2011 / 2030	männlich			weiblich			gesamt		
	MV	VG	LP	MV	VG	LP	MV	VG	LP
0 - 20 Jahre	1%	9%	2%	0%	6%	-4%	0%	8%	-1%
20 - 50 Jahre	-28%	-24%	-30%	-23%	-16%	-27%	-26%	-20%	-29%
50 - 60 Jahre	-36%	-41%	-39%	-40%	-44%	-44%	-38%	-42%	-42%
über 60 Jahre	31%	28%	40%	21%	16%	28%	25%	21%	33%
Gesamt	-10%	-9%	-10%	-9%	-8%	-10%	-10%	-8%	-10%

Quelle: i.A. ICM

In Deutschland ist seit 2002/2003 ein konstanter Rückgang der Bevölkerung zu verzeichnen [29]. Zwischen 2009 und 2029 schrumpft die Bevölkerung jährlich um 0,2 bis 0,4%. In MV liegen diese jährlichen Rückgänge deutlich höher zwischen 0,65% und maximal 0,9%. Alte und neue Bundesländer sind von unterschiedlichen Tendenzen betroffen. Die Population der westlichen Bundesländer zeigt eine geringere Schrumpfung (teilweise sogar eine Steigerung) im Vergleich zu den östlichen Bundesländern. Die Ausnahme bilden in diesem Rahmen die Ballungsräume um Berlin/ Potsdam, Dresden und Rostock, die jeweils positive Wachstumszahlen aufweisen (s. Abbildung 24).

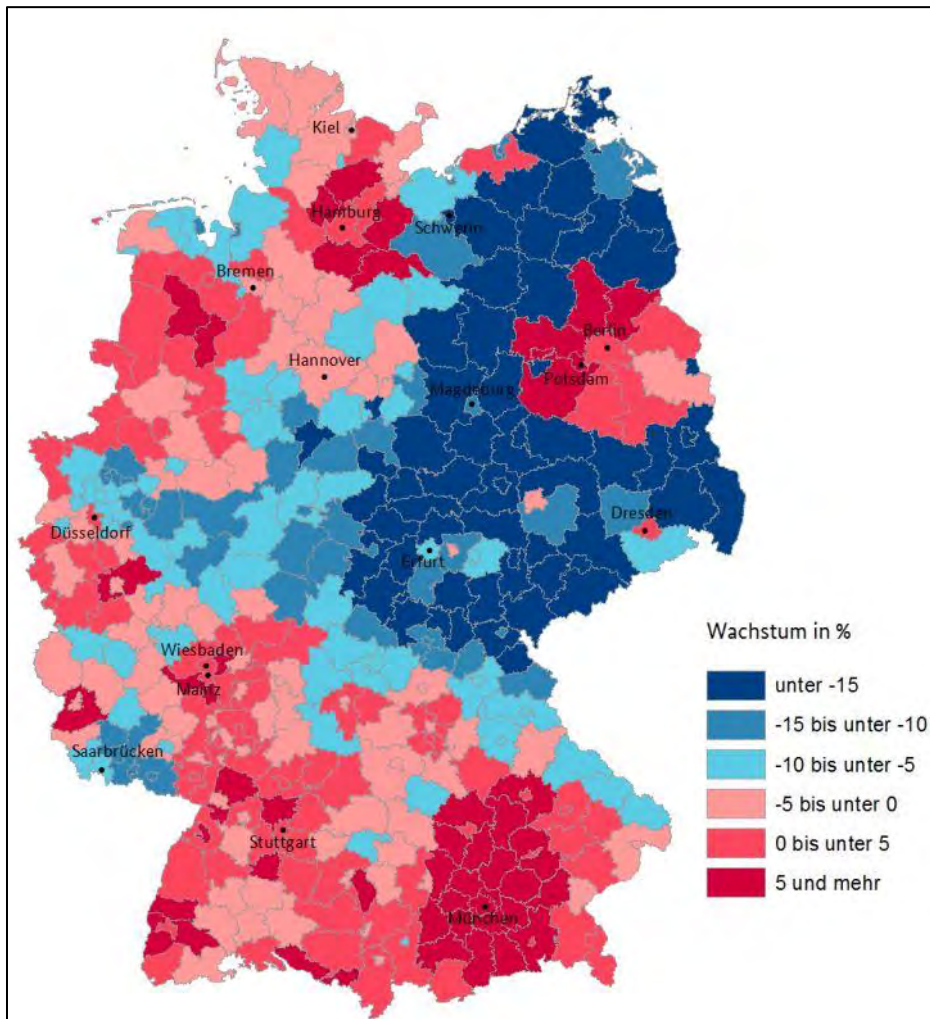


Abbildung 24 Bevölkerungswachstum nach Kreisen von 2009-2030

Quelle: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, Berechnung: BiB

Zusammenfassend lassen sich folgende Kerntrends feststellen:

Die Zahl der älteren Menschen und deren Anteil an der Gesamtbevölkerung in MV werden zunehmen. Vor allem die Generation der Hochbetagten wird im Zuge verbesserter medizinischer und pflegerischer Leistungen, besserer Lebensumstände und damit einhergehend der gesteigerten Lebenserwartung anwachsen. Der relative Anteil der jungen Menschen unter 20 Jahren an der Gesamtbevölkerung bleibt in etwa konstant (2010: 16,1%, 2030: 16,3%) und wird nur in absoluten Zahlen kleiner – Die statistische Relevanz dieser Alterskohorte bleibt somit gleich. Dem gegenüber steht ein deutlicher Rückgang der 20- bis 65-jährigen, deren Anteil an der Bevölkerung von 69,6% (2010) auf 51,9% (2030) zurückgehen wird. In der Lupenregion LUP wird sich dieser Trend deutlicher niederschlagen als in MV und VG.

Das statistische Landesamt kalkuliert einen Bevölkerungsrückgang für Ludwigslust-Parchim bis 2030 von -13,7% - für Vorpommern-Greifswald wird mit -12,2% gerechnet.

Der demographische Wandel wird sich deutschlandweit vollziehen, allerdings im Vergleich zu MV zeitverzögert. So wird der Zustand, welchen MV bereits 2030 aufweist, bundesweit voraussichtlich erst 2060 erreicht sein [19]. Die Veränderung der Altersstruktur in Deutschland und Mecklenburg Vorpommern ist in Tabelle 2 und Abbildung 25 dargestellt.

Tabelle 2 Altersstruktur Entwicklung der D und MV

Jahr	Bundesland	Verteilung der Altersstruktur					Altenquotient
		Insgesamt	jünger als 20 Jahre	20 - 64 Jahre	65 - 79 Jahre	80 Jahre und älter	
		Millionen	Prozent				
2010	Mecklenburg-Vorpommern	1,6	14,6	63,3	17,3	4,8	35
	Deutschland	81,5	18,4	61,0	15,4	5,2	34
2015	Mecklenburg-Vorpommern	1,6	15,3	61,1	17,2	6,5	39
	Deutschland	80,8	17,6	60,7	15,8	6	36
2025	Mecklenburg-Vorpommern	1,5	15,1	53,9	21,8	9,2	58
	Deutschland	78,8	16,9	57,5	17,7	7,9	45
2030	Mecklenburg-Vorpommern	1,4	14,5	50,2	25,8	9,4	70
	Deutschland	77,4	16,7	54,5	20,5	8,3	53
2050	Mecklenburg-Vorpommern	1,2	14,9	48,1	19,6	17,3	77
	Deutschland	69,4	15,4	51,5	18,4	14,7	64

Quelle: Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010

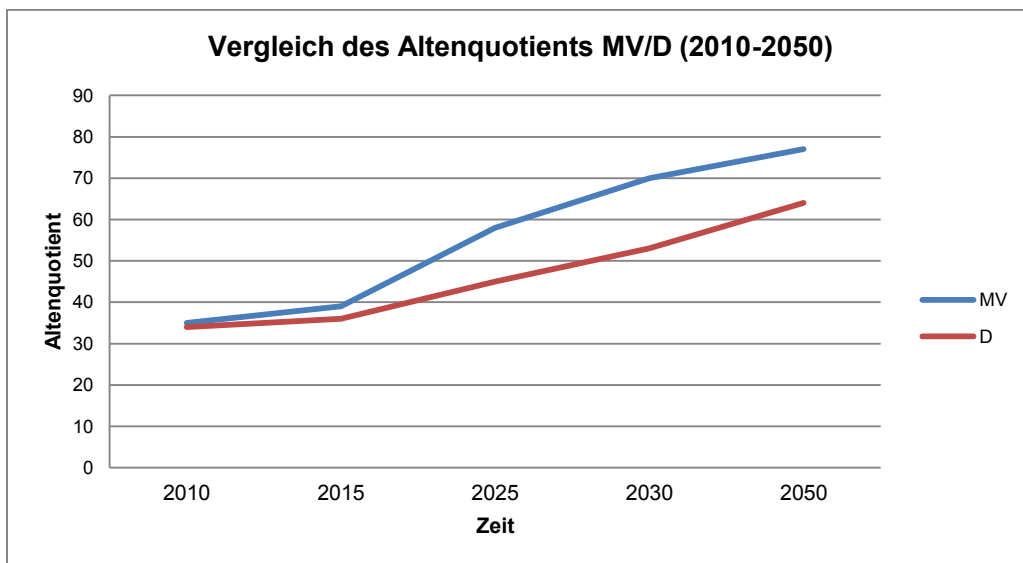


Abbildung 25 Vergleich des Altenquotienten

Quelle: Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010

Die städtischen Ballungsgebiete verstärken die Binnenwanderung aus den ländlichen Räumen in die Ober- und Mittelzentren. Insbesondere die jüngeren und mittleren Generationen bis zum 50. Lebensjahr bewirken diesen Prozess. Familien, die für ihre Kinder geeignete Bildungsangebote suchen, junge Frauen und Männer, die Lebens- und Berufsperspektiven brauchen, und Alte, die eine sichere und erreichbare Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen suchen, werden aus eigener Kraft diesen Prozess beschleunigen und in die attraktiven Zentren ziehen.

4.2 Zusammenfassung

Die gesundheitswirtschaftlichen Veränderungen im Bundesland MV sind gravierend, sowohl durch die umfängliche gesundheitliche Versorgungsleistungen erwartenden Menschen mit einer zunehmenden Multimorbidität [30] und Pflegeintensität als auch seitens derjenigen, die diese Leistungen erbringen. Die Finanzierungssysteme der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung werden dadurch deutlich belastet und sind auf neue Versorgungskonzepte insbesondere in der dünn besiedelten Fläche angewiesen. Gleichzeitig ist die Versorgungsstruktur der Ärzteschaft in Gefahr, aufgrund fehlender Nach- oder Neubesetzung von Kassenarztsitzen sowie der Arztstellen in den Krankenhäusern, denen zudem mit relativ kleinen stationären Einheiten eine Wirtschaftlichkeit nicht möglich ist und die dazu mit einem zunehmenden ärztlichen sowie pflegerischen Personalmangel konfrontiert sind.

Die wirtschaftliche Basis der öffentlichen Hand wird sich verknappen durch Auslaufen u. a. der Mittel aus dem Solidarpakt (2019), gleichzeitig reduziert sich das eigene Steueraufkommen durch weniger Steuerzahler auf Grund der Demographie.

5 Handlungsschwerpunkte und Strategieempfehlungen

Die demographische Entwicklung führt zu einem Versorgungsbedarf, der hohe Anforderungen an die Versorgungsstrukturen mit einer in Teilen grundsätzlich neuen Organisation der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheits- und Pflegeleistungen mit sich bringt. Die schrumpfende Zahl an Beitragszahlern bei den Krankenkassen sorgt für sinkende Finanzmittel durch Beiträge und der medizinisch-technische Fortschritt erhöht den Kostendruck auf Seiten der Leistungserbringer. Angesichts dessen erscheinen innovative Lösungen und strukturelle Maßnahmen unumgänglich.

Für die künftigen Versorgungsstrukturen sollen gelten:

- Ambulant vor stationär, Angemessenheit der Versorgungsebene
- Rehabilitation vor Pflege
- Wohnortnah vor wohnortfern
- Qualität vor Erreichbarkeit
- Je kleiner die Siedlungsstruktur, desto höher der Grad von Selbstorganisation und Eigenverantwortung

5.1 Grundlagen der Handlungsempfehlungen

Der drängende Handlungsbedarf wird auch durch die „Gesundheitsweisen“ im Rahmen des aktuell (2014) veröffentlichten SVR-Gutachtens mit dem Titel „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ deutlich. In diesem kritisiert der Sachverständigenrat die bisherigen Unternehmungen der Politik und der Institutionen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, welche „leider nicht in der Lage gewesen“ sind, die „kontinuierliche Verschärfung“ der Situation abzuwenden [31].

Um den Handlungsbedarf und mögliche Lösungen auch aus der Perspektive der regionalen Akteure in den beiden Lupenregionen zu beleuchten, wurden zwei Workshops im Rahmen der gutachterlichen Tätigkeit organisiert und moderiert. Die Teilnehmer setzten sich dabei aus unterschiedlichen Bereichen des regionalen Gesundheits- und Sozialwesens zusammen (Teilnehmerlisten und Kurzprotokolle im Anhang).

Der erste Workshop fand am 21.10.2014 in Greifswald statt. Die Referenten waren: Dr. Carsten Jäger (Ärztinnen-Netz Südbrandenburg, ANSB), Kerstin Winter (Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e.V.), Dr. Dieter Hotzelmann (Facharzt für Allgemeinmedizin und Geriater in Waren).

Ein zweiter Workshop wurde am 24.10.2014 in Parchim veranstaltet. Dort referierten Helmut Hildebrandt (Optimedis AG), Lutz O. Freiberg (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg),

Wolfgang Loos (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e.V.) sowie Nadine-Michèle Szepan (AOK Bundesverband).

Es wurden jeweils die regionale Versorgungslage durch Vertreter aus den Landkreisen dargestellt, dann Chancen und Risiken von populationsbezogenen Vollversorgungsansätzen diskutiert, Perspektiven der Telemedizin und neuer geriatrischer Konzepte vorgestellt und Optionen für Begegnungsstätten mit Auswirkung auf das soziale Gefüge, die Wohnumgebung und das soziale Miteinander von alten und jüngeren Menschen im Quartier präsentiert. Einige der diskutierten Ideen und Lösungen flossen in Empfehlungen der vorliegenden Expertise ein (Protokolle der beiden Veranstaltungen im Anhang).

Neben den beiden Workshops wurde ein Interview mit Herrn Christian Traupe (AOK-Nordost) durchgeführt. Dabei wurde unter anderem über die Notwendigkeit von Maßnahmen zu den finanziellen Belastungen (der GKV-Kassen) durch eine alternde Versichertenstruktur gesprochen. Auch wenn eine vollständige Kompensation der steigenden Ausgaben nicht möglich sei, werden Ansatzpunkte etwa im Bereich der Telemedizin (Verzögerung des Eintritts des Pflegealters, Verlängerung der Autonomie in der selbstgewählten Häuslichkeit), dem Aufbau von Wohngruppen (effektive Nutzung von pflegerischer Betreuung) sowie dem Umbau stationärer Kapazitäten zu Gunsten ambulanter Angebote gesehen. Die Bedeutung ehrenamtlicher Tätigkeiten kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Bei alledem seien Pilotprojekte geeignet, um neue, auch intersektorale Ansätze zu testen und gemeinsam Erfahrungen zu sammeln.

Grundlage zur Gestaltung der künftigen Versorgungsstrukturen in MV ist das Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern (LEP M-V). Dieses gliedert das Bundesland in Stadt-Umland-Räume sowie Ländliche Räume [32]. Dabei wurde ein „Zentrale-Orte-Konzept“ geschaffen, in das die landesspezifischen Rahmenbedingungen integriert wurden. Der Landesraumplan sieht eine Differenzierung der zentralen Orte in drei Ebenen vor: Grundzentren, Mittelzentren, Oberzentren (s. Abbildung 26).

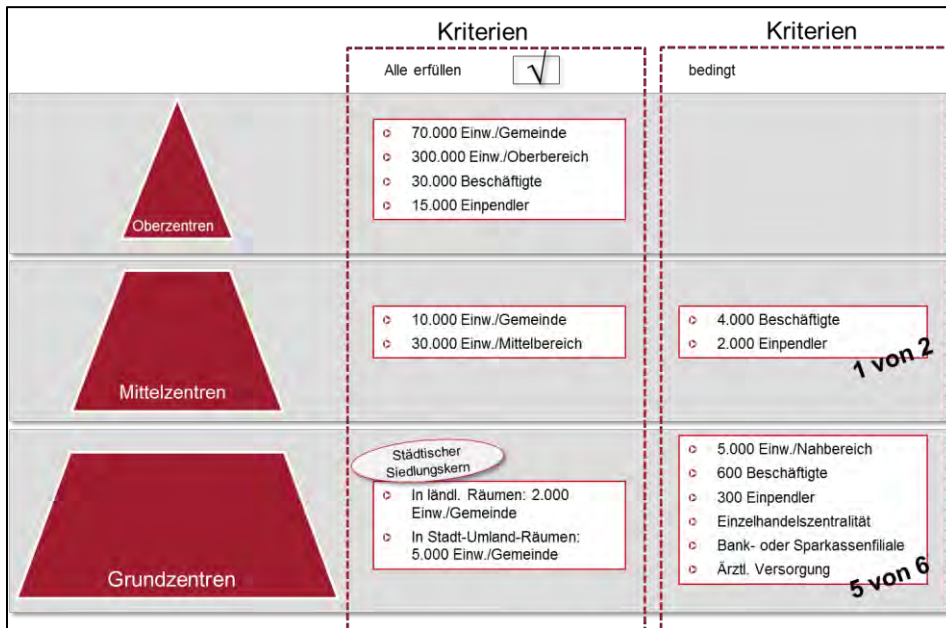


Abbildung 26 Kriterien der zentralen Orte in MV

Quelle: Eigene Darstellung i.A. Landesraumentwicklungsprogramm MV, 2005

Die in MV aktuell existierenden 67 Grund- (15 Vorpommern, 22 Westmecklenburg, 16 Mecklenburgische Seenplatte, 14 mittleres Mecklenburg/Rostock) [33] [34] [35] [36], 18 Mittel- und vier Oberzentren⁵ zeigt Abbildung 27.

⁵ Stralsund-Greifswald gelten als ein Oberzentrum und übernehmen funktionsteilig Tätigkeiten eines Oberzentrums, jedoch als zwei Punkte dargestellt.



Abbildung 27 Zentrale Orte in MV

Quelle: Eigene Darstellung mittels Regio Graph i.A. Landesraumentwicklungsprogramm MV; Regionale Raumentwicklungsprogramme

Im Rahmen der aktuell laufenden Fortschreibung des Landesraumentwicklungsprogramms wurde jüngst die erste Stufe des Beteiligungsverfahrens beendet. Ein richtiger Kernaspekt ist, dass auch zukünftig die Daseinsvorsorge in enger Verbindung zum Konzept der zentralen Orte stehen soll. Darüber hinaus bleiben die Kriterien aus dem Landesraumentwicklungsprogramm 2005 bestehen und sollen verstärkt den Ausgangspunkt für weitere Siedlungsstrategien bilden. Im Bereich der Raumkategorien ist eine Ergänzung durch die zusätzliche Struktur eingeführt. Danach gelten 32 Nahbereiche nach der Platzziffernmethode als „Ländliche Räume mit besonderer demographischer Herausforderung“, also ein Drittel aller analysierten 96 Nahbereiche [37].

Ein wichtiger Aspekt hierzu ist das Ergebnis einer repräsentativen Befragung im Modul „Mobilität“ zur Bereitschaft eines Umzuges in der Region in zentrale Orte, um dort leichter und umfangreicher an gesundheitliche Leistungen zu gelangen. Zitat des Gutachters Dr. R. Klingholz, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung [38]:

„1. Während in der Vergangenheit überwiegend jüngere Personen aus diesen Gebieten abgewandert sind, hat in einer von der Enquete-Kommission in Auftrag gegebenen Umfrage rund ein Drittel der über 60-Jährigen geäußert, sie könnten sich einen Umzug in das nächste Zentrum innerhalb der Region vorstellen. Die Menschen wünschen sich nach eigenen Aussagen bessere Versorgungsleistungen, kürzere Wege zum Arzt oder zum Einkaufen sowie barrierefreien Wohnraum, den sie in den Dörfern kaum finden.“

2. Die größeren und kleineren Zentren hätten durch den Zuzug von Personen aus dem Umland bessere Aussichten, sich zu stabilisieren und könnten auf dieser Basis langfristig eine gute Versorgung garantieren.

3. Viele Ältere, die eigentlich gerne innerhalb ihrer Region aus kleinen, schlecht versorgten Orten in zentralere, besser versorgte Orte umziehen würden, können das nicht, weil ihre Häuser durch den Verfall der Immobilienpreise deutlich entwertet wurden.

4. Deshalb plädieren wir für einen Fonds, der diese Personen unterstützt, wenn sie aus eigenen Stücken ihr Haus aufgeben wollen. Die Verwaltung würde damit auf einen Trend reagieren, der ohnehin seinen Lauf nimmt.“

Somit sollte nicht an jedem kleinen Ort und kleinsten Siedlungsstrukturen festgehalten werden, sondern im Einzelfall die Prognose dieser Siedlungen geprüft, der Bürgerwille erkundet und entsprechend durch die kommunale Gebietskörperschaft mit Unterstützung des Landes gehandelt werden.

5.2 Zusammenfassende Empfehlung an die Politik

MV sollte auf Grund der Erfahrungen Vorreiter und Vorbild in Deutschland sein für eine moderne und langfristig tragfähige Gesundheitsstruktur durch:

- Konsequente Subsidiarität in der Erbringung von Gesundheitsleistungen bei Koordination durch die jeweiligen Gebietskörperschaften
- Pluralität der Versorgungskonzepte, die den regionalen Bedürfnissen und Ressourcen entsprechen
- Stärkere Eigenverantwortung des Einzelnen, insbesondere in kleinen Gemeinden und Randlagen unter Beachtung von nationalen und europäischen Rechtsnormen
- Konsequente Fokussierung auf die Nachhaltigkeit von öffentlichen Investitionen in die Infrastruktur und Sparsamkeit in der Haushaltsführung
- Entsprechende Initiativen als Gesetzgeber auf Landes- und Bundesebene
- Übertragung von Erfahrungen aus erfolgreichen nationalen und internationalen Versorgungsmodellen in tragfähige Konzepte für eine bürgernahe, zuverlässige und moderne Gesundheitsversorgung

5.3 Ambulante, stationäre und integrierte Versorgung

5.3.1 Strukturen im stationären Bereich

In MV gibt es ein Überangebot an stationären Einrichtungen, insbesondere solche mit sehr kleiner Betriebsgröße. Die Kennzahl der Bettendichte pro Bevölkerung liegt mit 64 Betten/10.000 Einw. deutlich über dem internationalen Durchschnitt, den die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) mit 44 Betten/10.000 Einw. darstellt (ohne Langzeitpflege, inkl. Psychiatrie; s. Abbildung 28). Auch andere OECD-Staaten wie Schweden oder Australien, die mitunter eine geringere Bevölkerungsdichte als MV aufweisen, haben eine deutlich geringere Bettendichte als MV. Trotz der grundsätzlichen Anwendbarkeit eines solchen Vergleichs muss einschränkend angemerkt werden, dass es strukturelle Unterschiede zwischen den Staaten geben kann, die einen Teil der Differenz in der Bettendichte erklären. Hierzu zählen insbesondere Unterschiede im Sozialrecht und in der Morbiditätsstruktur.

In Anbetracht dieses Vergleichs erscheint eine Strukturanpassung des akutstationären Bereichs in MV mit regional differenziertem Angebot langfristig unumgänglich.

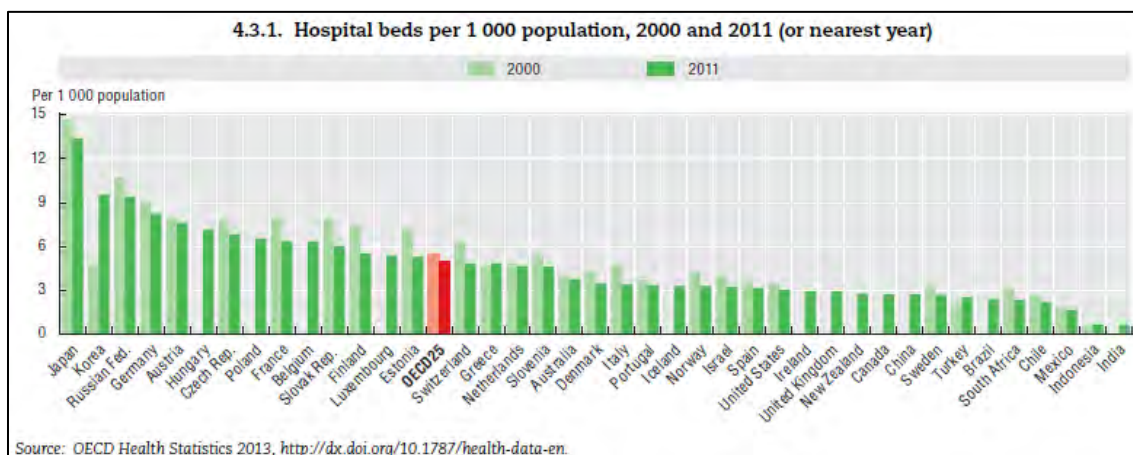


Abbildung 28 Bettendichte (pro 1.000) im OECD-Vergleich

Quelle: OECD Health Statistics (2013)

5.3.2 Integrierte Versorgungsplanung – regional, morbiditätsorientiert, sektorenübergreifend

Die derzeitige sektoral ausgerichtete Bedarfs- und Angebotsplanung für ambulante und stationäre Leistungen sollte überführt werden in eine integrierte Versorgungsplanung, welche regional, morbiditätsorientiert und vor allem sektorenübergreifend ausgeführt werden sollte. Zunehmende Morbidität im Alter ist dabei zu berücksichtigen, es sind neue, dem medizinischen Fortschritt angepasste Strukturen, insbesondere im ambulanten Bereich wie z. B. ambulante OP- und Diagnostikzentren zu planen. Der Ordnungsrahmen auf Landes-

und Bundesebene sollte für eine bedarfsorientierte und regional differenzierte Versorgungsplanung rechtlich und BSG-konform angepasst werden.

5.3.3 Konsequente ambulante Leistungserbringung

Seit 2004 sind Leistungserbringer rechtlich in der Lage, eigene Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gem. § 95 SGB V zu gründen. Jedoch nur ca. 15% (299) der insgesamt 2006 MVZ in Deutschland befinden sich Ende 2013 in ländlichen Gebieten (KBV). Von den 45 MVZ in MV sind 23 in Trägerschaft von Krankenhäusern.

Zudem ergeben sich durch §§ 115 und 116b SGB V erste Schritte zu einer Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen.

5.3.4 Neue Krankenhauslandschaft in MV

Krankenhäuser stellen sog. „Ankerpunkte der Versorgung“ (lt. AOK NO) dar und sind für die Krankenversorgung bei komplexen und schwerwiegenden Erkrankungen unerlässlich. Eine moderne Krankenhausversorgung reduziert sich nicht allein auf stationäre Medizin, sondern sie wandelt sich aktuell national, mehr noch aber international hin zu integrierten Zentren mit hohen Anteilen an ambulanter Medizin. Die aktuelle politische Forderung nach mehr Qualität im Krankenhaus (Eckpunkte der Krankenhausreform 2015) führt zu einer Verdichtung der Leistungen an großen Krankenhäusern, kleine Häuser verlieren dadurch zunehmend ihre Marktbasis.

Daher sollten in MV zwei bis drei Zentren der Hochleistungsmedizin ergänzt werden durch 10-14 regionale Krankenhäuser mittlerer Größe (bis 500 Betten) und bis zu 30 kleine Krankenhäuser oder Gemeinde-Gesundheitszentren (s. Abbildung 29). Die Krankenhäuser der Hochleistungsmedizin und die regionalen Krankenhäuser sind auch heute schon für ihren Versorgungsauftrag gut aufgestellt. Hier sind lediglich landesweit abgestimmte Spezialisierungen stärker herauszubilden.

Der Fokus liegt auf der strukturellen Neubestimmung der kleinen Krankenhäuser und Einrichtung der Gemeinde-Gesundheitszentren (GGZ). Ein ähnliches Konzept ist unter anderem in Dänemark im Aufbau [39].

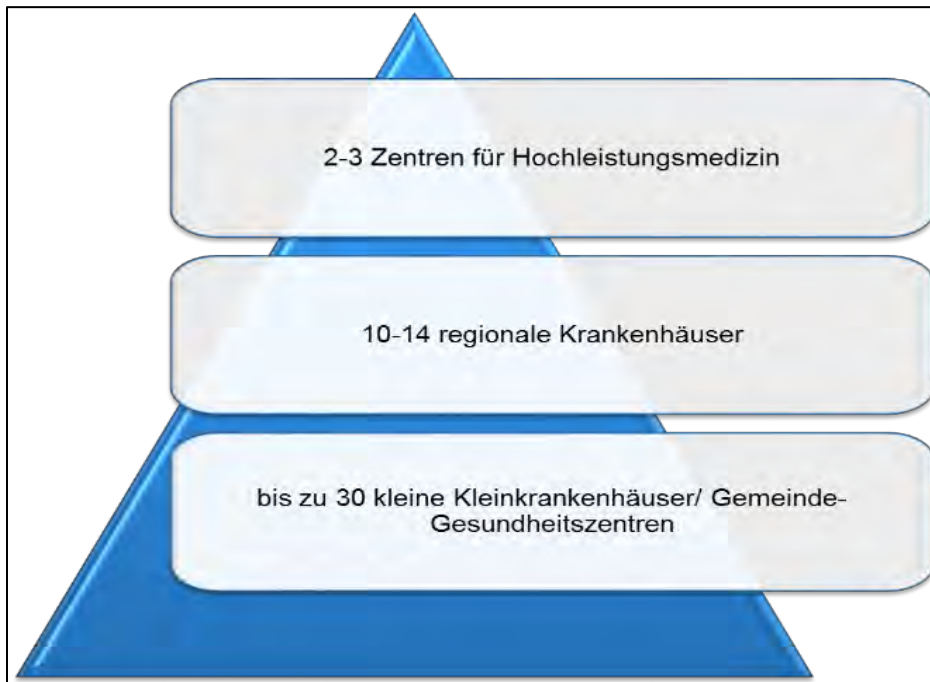


Abbildung 29 Darstellung der neuen Krankenhauslandschaft in MV
Quelle: Eigene Darstellung

5.3.5 Krankenhaus als integriertes Gemeinde-Gesundheitszentrum in der Region

Integrierte Gesundheitszentren für die umfassende Versorgung mit allen ambulanten und stationären Leistungen sollen in den bestehenden kleinen Krankenhäusern entwickelt werden. Sie sind für die Wohnbevölkerung eine medizinische Versorgungsplattform der kurzen Wege und der direkten Vernetzung mit den höheren Versorgungsstrukturen der Regionalkrankenhäuser und Hochleistungszentren und dadurch Zuweisungsstellen für diese. Dazu wird für das gesamte Gemeinde-Gesundheitszentrum/Kleinkrankenhaus und alle seine Versorgungsangebote ein digitalisiertes und professionelles Care- und Casemanagement eingerichtet.

Die vorhandenen kleinen Krankenhäuser sind für ein solches umfassendes Versorgungskonzept auch heute schon in Erreichbarkeitskonzepte eingebunden oder sollten es sein. Gleiches ist bei der Gründung von GGZ am besten in Ortszentren oder an zentralen Verkehrspunkten sicherzustellen. Die Erreichbarkeit der Gemeinde-Gesundheitszentren/Kleinkrankenhäuser ist durch den klassischen öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV), aber auch durch ökonomisch angepasste Sonderverkehre, zum Beispiel Anruf- und Bürgerbusse sicherzustellen. Erfolgreiche Ansätze dazu gibt es in MV bereits. Zu erwähnen ist hier der Service der Fahrgastabholung der Grevesmühlener Busbetriebe GmbH, der sich dem individuellen Bedarf der Bürger anpasst. Aber auch der Bürgerbus Törpin hat ein im Rahmen des Modellvorhabens „Neue Dorfmitte“ in MV ein ähnliches, mobilitätsförderndes System aufgebaut. Damit die Versorgung auch in den dann

großen Einzugsgebieten dauerhaft sichergestellt werden kann, werden von den Gemeinde-Gesundheitszentren/Kleinkrankenhäusern auch mobile Sprechstunden in der Fläche organisiert.

Nach den vorliegenden demographischen Daten und Prognosen sind solche Gemeinde-Gesundheitszentren/Kleinkrankenhäuser in den 18 Mittelzentren des Landes und zusätzlich bis zu zehn Grundzentren vorstellbar, so dass insgesamt als Basisstruktur der Gesundheitsversorgung in der Fläche 25 - 30 Gemeinde-Gesundheitszentren/Kleinkrankenhäuser geschaffen werden.

Damit die Realisierbarkeit dieser Gemeinde-Gesundheitszentren/Kleinkrankenhäuser für den landesweiten Gebrauch überprüft werden kann, wird empfohlen in den beiden Lupenregionen je ein Gemeinde-Gesundheitszentrum/Kleinkrankenhaus modellhaft einzurichten, für einige Jahre zu betreiben und wissenschaftlich zu begleiten.

Eine flächendeckende Versorgung durch Gemeinde-Gesundheitszentren in MV unter Nutzung und Anpassung vorhandener Strukturen ist in Abbildung 31 dargestellt.

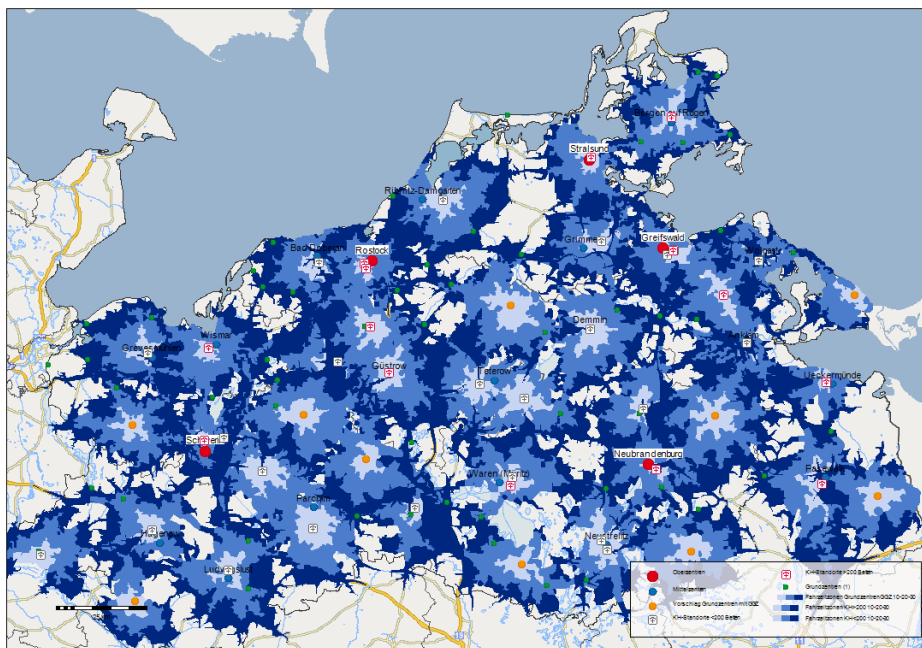


Abbildung 30 Flächendeckende Versorgung durch GGZ in ausgewählten zentralen Orten sowie nach Anpassung bestehender stationärer Strukturen

Quelle: Eigene Darstellung mit Regio Graph i.A. Landesraumentwicklungsprogramm MV; Regionale Raumentwicklungsprogramme

Gerade vor dem Hintergrund der knapper werdenden ärztlichen und pflegerischen Fachkräfte ist eine solche sektorenübergreifende Versorgung durch eine integrierte Einheit eines Gemeinde-Gesundheitszentrums sinnvoll, da auf diesem Wege eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung aus einer Hand in der Region gesichert werden kann und zudem

mit den vorhandenen Fachkräften gebündelt gearbeitet werden kann – und nicht um diese knappe Ressource einen Wettbewerb zwischen den Sektoren zu betreiben.

Die Pflege sowie weitere nicht-ärztliche gesundheitliche Dienstleistungen (z. B. Therapeuten, Arzneimittelversorgung, Beratung und Schulung) sind in dieses Gesundheitszentrum einzubinden. Wie zum Beispiel in Skandinavien ist eine stärkere ärztliche und pflegerische Verzahnung durch Delegation und auch Substitution von ärztlichen Tätigkeiten erforderlich und sinnvoll.

Eine weitere Kooperationsebene der kleinen Krankenhäuser und Gemeinde-Gesundheitszentren besteht in einer vertraglich abgesicherten Kooperation mit den in der Region vorhandenen Rehabilitationseinrichtungen. Diese Kooperation ist rechtlich kompliziert und muss in einem umfassenden Ansatz auf Landes- und Bundesebene auf den Weg gebracht werden. Vorstellbar sind auch Kooperationen mit freigemeinnützigen und privaten Anbietern von Alterswohnangeboten.

Voraussetzung einer zielführenden, integrierten Versorgungsplanung ist die verbindliche und ergebnisorientierte Zusammenarbeit zwischen Bund, Land, Kommunen, KV, Krankenhausgesellschaft und Pflegeorganisationen, ggf. unterstützt mit einem Recht auf Ersatzvornahme durch das Land bzw. die Kommune bei ausbleibender Einigung und Lösung von erkannten Versorgungsproblemen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in den Kommunen und Landkreisen häufig inhaltliche, fachliche und personelle Kapazitäten fehlen, so dass dem Land dabei eine Unterstützungsfunktion zukommen sollte.

Dieses weitreichende Neuaufstellen der ländlichen Versorgungsstruktur einschließlich der Krankenhäuser ist regional zu erarbeiten: alle am Versorgungsgeschehen verantwortlich Beteiligten entwickeln gemeinsam mit dem jeweiligen Landkreis oder Kommune und gesteuert vom Landesministerium die regionale Versorgungsstrategie (s. Abbildung 31).

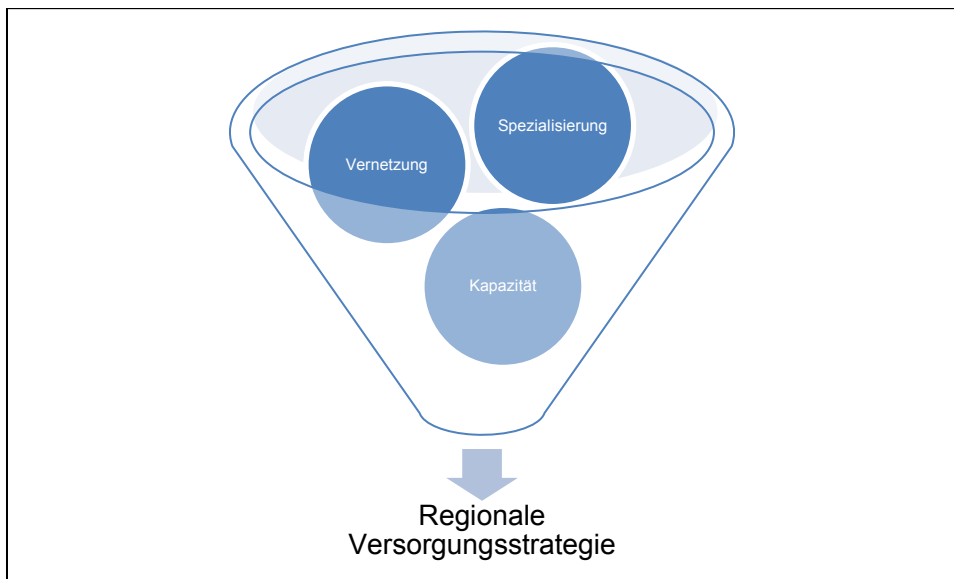


Abbildung 31 Komponenten der Regionalversorgung

Quelle: eigene Darstellung

Die kommunale Gebietskörperschaft übernimmt eine Moderationsaufgabe in diesem Strategieprozess, da sich aus den unterschiedlichen Hilfeangeboten des SGB V, IX, XI und XII eine Querschnittskompetenz mit einer Absicherung von Daseinsfürsorge für die regionale Bevölkerung des Landkreises und den Gemeinden ergibt. Wenn sich ein Versorgungsdefizit ergibt, so ist die Gebietskörperschaft in erster Linie davon betroffen und zur Behebung des Defizits aufgerufen. Dieses kann bei einer nicht umsetzbaren Subsidiarität und Eigenorganisation der Regionalpartner in der Gründung eines kommunalen Eigenbetriebes (als MVZ n. § 95 SGB V) münden.

Regional vorhandene Strukturen, z. B. Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen sollen sinnvoll in neue Versorgungskonzepte integriert werden können, um leistungsfähige „regionale Versorgungsanker“ zu bilden oder bestehende zu erhalten.

5.3.6 Möglichkeiten des Neuaufstellens im Einzelnen

Kleinere Krankenhäusern mit einer Bettenzahl bis ca. 150 Betten übernehmen eine neue Funktion als integrierte Versorgungsorte. In oder an diesen Krankenhäusern werden Gemeinde-Gesundheitszentren eingerichtet, die einen umfassenden ambulanten Versorgungsansatz verfolgen und sich hinsichtlich des jeweiligen Leistungsspektrums bzw. der multiprofessionellen Aufbauorganisation am regionalen Bedarf orientieren und mit dem bereits in der Region vorhandenen parallelen Angeboten abstimmen.

Die Trägerschaft dieser Strukturen ist abhängig von den Verhältnissen in der Region, es sollten unter dem Vorrang ambulanter Versorgung gesellschaftsrechtliche Modelle

gemeinsamer Trägerschaft durch die Ärzte der Region und der Krankenhäuser geprüft und verfolgt werden.

Gemeinde-Gesundheitszentren/Kleinkrankenhäuser werden einheitlich so organisiert, dass sie auch für die Notfallversorgung nachts und an Sonn- und Feiertagen zur Verfügung stehen und Regelbetriebszeiten mit werktäglicher Öffnung von 8-20 Uhr gewährleisten. In dem kleinen Krankenhaus wird eine basale, ambulante Notfallmedizin eingerichtet. Die dafür erforderlichen tagesklinischen Betten werden erhalten und ggf. ausgebaut, die vollstationäre Kapazität auf das notwendige Volumen (Bettenzahl, Abteilungsstruktur) angepasst. Das Leistungsportfolio des kleinen Krankenhauses kann durch ambulante, rehabilitative und präventive Angebote abgerundet werden.

Im Ergebnis entstehen dadurch in den kleinen Krankenhäusern „Hybridstrukturen“ von ambulanten und (teil-)stationären Einheiten in ggf. gemeinsamer Trägerschaft von Krankenhaus, Vertragsärzten und anderen zugelassenen Leistungserbringern. Die Wirtschaftlichkeit dieser „Hybride“ ist zu prüfen, im Einzelfall sollten Sicherstellungszuschläge erwogen werden können.

In Gemeinde-Gesundheitszentren/Kleinkrankenhäusern werden Haus- und Facharztpraxen einschließlich geriatrischer Komplexbehandlung, Apotheken, ggf. Sanitätshäuser sowie Beratungsangebote (z. B. kommunale Hilfe- und Beratungsangebote wie Pflegeberatung, Beratung zur Familienhilfe, Schuldner-/Suchtberatung etc.) für die Bürger im abgestimmten Einzugsbereich angeboten. Auch ambulante Pflegedienste und Case Manager sowie Pflegestützpunkte werden in diesen Gemeinde-Gesundheitszentren/Kleinkrankenhäusern integriert. Pflegeberatungsstellen sollten neben den regulären Aufgaben der bisherigen Pflegestützpunkte auch zusätzliche Beratungsangebote wie etwa zu altersgerechtem Wohnen anbieten (die Bedeutung solcher Beratungsthemen nimmt zu; derzeit sind ca. 30% aller Anfragen an Pflegestützpunkte lt. aktueller, noch nicht publizierter Studie des iso-Institutes für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (Saarbrücken) präventiver Natur). Aktuell sind viele Pflegestützpunkte in den Sitzen der Kreisverwaltungen angesiedelt. Daher sind sie für die Bürger, die mit Fragestellungen dazu Hilfe suchen, mit zusätzlichen Wegen verbunden. Sachlich sind diese Beratungen in Gesundheitszentren sinnvoller. Auch die Berater, Pflegeexperten und ggf. die Ärzte erreichen sich im Sinne der Interdisziplinarität und Interprofessionalität auf kurzem Wege im Zentrum besser.

Gemeinde-Gesundheitszentren/Kleinkrankenhäuser können zu einem wesentlichen Haltefaktor für das Leben und Wohnen in den ländlichen Räumen und dadurch eine Absicherung der Existenz von Grundzentren werden. Auch fachlich bieten sie mit ihrem

interdisziplinären Ansatz ein attraktives Arbeitsumfeld, insbesondere für junge, an interdisziplinärer Versorgung interessierte Nachwuchsmediziner - in einem Anstellungsverhältnis oder in vertragsärztlicher Niederlassung - und anderer Gesundheitsberufe.

Die Krankenhausstrukturen in MV können aus Sicht der Gutachter bis 2030 in der Form neu geordnet werden, dass sich im gesamten Bundesland zwei bis drei Zentren für Hochleistungsmedizin (500-800 Betten), zehn bis vierzehn regionale Versorgungskrankenhäuser sowie 20-30 integrierte Gemeinde-Gesundheitszentren/Kleinkrankenhäuser in der Fläche befinden. Insgesamt wird die Gesundheitsversorgung in der Fläche durch ein enger geknüpftes Netz sicherer, die Angemessenheit der Versorgungsebene und die Erreichbarkeit von Leistungen für die Bevölkerung verbessert. Für spezialisierte Leistungen werden dagegen im Einzelfall weitere Wege in die Regionalkrankenhäuser oder die Hochleistungszentren erforderlich.

Eine solche Neuordnung erfordert jedoch, dass nicht nur die vorhandenen räumlich-technischen Ressourcen, sondern auch das vorhandene Personal in die neuen Strukturen übernommen werden. Das vorhandene Personal stellt bereits jetzt eine knappe Ressource dar und wird in den Versorgungsstrukturen vollumfänglich benötigt. Bei der Neuordnung ist ferner darauf zu achten, dass auch die Mitarbeiterperspektive berücksichtigt wird. Dies betrifft die Rolle von Gesundheitsorganisationen als Arbeitgeber, als soziales Umfeld für die Beschäftigten und als identitätsstiftender Ort. Mitarbeiter sind daher konsequent in den Prozess der Neuorientierung einzubinden.

Vor der Umsetzung konkreter Maßnahmen einer solchen strukturellen Umgestaltung ist die neue Struktur zunächst durch das Land und die entsprechende Gebietskörperschaft zu planen. Das Land hat dabei weiterhin den Planungsauftrag für die stationäre Versorgung inne. Die kommunalen Gebietskörperschaften übernehmen bei der Neugestaltung der Versorgung jedoch eine koordinierende Rolle. Sie bringen vorab die Akteure an einen Tisch („Runde Tische Gesundheit“) und bringen ihr Wissen über die lokalen Bedarfe ein. Wenngleich keine Verlagerung hoheitlicher Aufgaben erfolgt, so trägt eine aktive Rolle der Gebietskörperschaft jedoch auch deren Daseinsvorsorgepflicht Rechnung.

Es wird empfohlen, die Planung der Neuordnung der Versorgungsstruktur zunächst in dem gemeinsamen Landesgremium (§90a SGB V) unter Hinzuziehung kommunaler Vertreter zu beginnen. Die rechtliche Grundlage für dieses Gremium wurde 2011 mit dem Versorgungsstrukturgesetz geschaffen. Das Gremium hat eine beratende Funktion und soll Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen machen. Diesem Gremium

wohnen bereits Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Kranken- sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft bei.

5.3.7 Umsetzung der neuen Versorgungsstrukturen in MV - Umbau der kleinen Krankenhäuser zu Gemeinde-Gesundheitszentren

Nach erfolgter Definition einer lokalen Versorgungsstruktur durch die Gebietskörperschaften sollten die derzeit bestehenden kleinen Krankenhäuser mit bis zu 120/150 Betten (betroffen sind 12-16 Standorte) Schritt für Schritt umstrukturiert werden. Zwei Varianten der Umstrukturierung sind denkbar:

- **Öffnungsoption:** Die Krankenhäuser übernehmen die Regionalversorgung im Landkreis als integrierte medizinische Zentren unter Öffnung des Krankenhauses für ambulante Medizin. Die niedergelassenen Vertragsärzte übernehmen im Krankenhaus im Rahmen ihrer Möglichkeiten Versorgungsaufgaben (z. B. in Praxen, Sprechstunden, als Belegärzte) und sind eng organisatorisch und fachlich mit dem Krankenhaus verbunden. Außenstandorte für Sprechstunden und mobile Dienste als „rollende Sprechstunde“ können die Versorgung der Peripherie der Region ergänzen.
- **Transformierungsoption:** Die Vertragsärzte der Region organisieren langfristig die Regionalversorgung im Landkreis unter Bildung einer rechtsfähigen Managementstruktur und Aufbau eines Gemeinde-Gesundheitszentrums. Das Krankenhaus kann langfristig den Versorgungsauftrag zurückgeben, die stationäre Kapazität dann teilweise oder vollständig in ein Regionalkrankenhaus (nächsthöhere Versorgungsebene) überführt werden, die Immobilie wird ggf. in ein Nachnutzungskonzept eingebettet. Tagesklinische Versorgung und ambulantes Operieren ergänzen die ambulante Patientenversorgung.

Ziel ist die integrierte haus- und fachärztliche Versorgung in der Fläche, die Einbindung von Pflege, Therapeuten und anderer Gesundheitsprofessionen in einer einheitlich geführten Organisation und Verantwortung, die auch entsprechende Trägerkonstellationen aus dem Sektor der Vertragsärzte und dem Krankenhaus und unter Beteiligung anderer Träger (z.B. aus der Pflege, Pharmazie oder Rehabilitation) zur Folge haben sollten. Die stationären Kapazitäten werden mit dem ambulanten Bereich unter Sicherstellung von haus- und fachärztlichen sowie allen weiteren medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen zusammengeführt für die Grundversorgung der Region. In beiden Optionen wird das bereits in der Region vorhandene Personal in den neuen Versorgungsstrukturen benötigt und muss für diese neu organisierte Versorgung gewonnen werden.

Die Versorgung in den Ober- und Mittelzentren ist unabhängig von dieser Umstrukturierung in der Fläche gesichert. Eine solche Umstrukturierung ist ohne zusätzliche Investitionen nicht durchzuführen. Die dafür erforderlichen Mittel lassen sich teilweise aus den Einsparungen bzw. dem Rückbau der stationären Kapazitäten bei Wegfall von stationär begründeten Fördermitteln erwirtschaften. Ergänzend bieten sich zudem Mittel aus dem ab 2016 zur Verfügung stehenden Innovationsfonds [16] oder dem Strukturfonds [40] an.



Abbildung 32 SVR-Empfehlung zu lokalen Gesundheitszentren LGZ

Quelle: Gutachten: „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; SVR zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen [7]

Das hier vorgeschlagene integrierte Gesamtmodell (s. Abbildung 33) wird in der Fachöffentlichkeit bereits ausführlich diskutiert und erörtert. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung und der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bestätigen dies [7].

In Mittelzentren, in denen die wirtschaftliche Situation des örtlichen Krankenhauses nicht befriedigend ist, der langfristige Bestand des Hauses gefährdet und der Wettbewerb mit dem ambulanten Sektor vor dem Hintergrund von Bevölkerungsrückgang und dem Trend stärkerer ambulanter Versorgung auf absehbare Zeit ruinös sein wird, sollte die Gründung eines GGZ erwogen werden.

Ein Gemeinde-Gesundheitszentrum sollte außerdem in ausgewählten Grundzentren neu eingerichtet werden, die aktuell kein örtliches Krankenhaus oder ein als Ärzte-Gesundheitshaus oder als MVZ organisiertes Angebot besitzen, um für die örtliche Wohnbevölkerung ein wohnortnahes Gesundheitsangebot zu bieten.

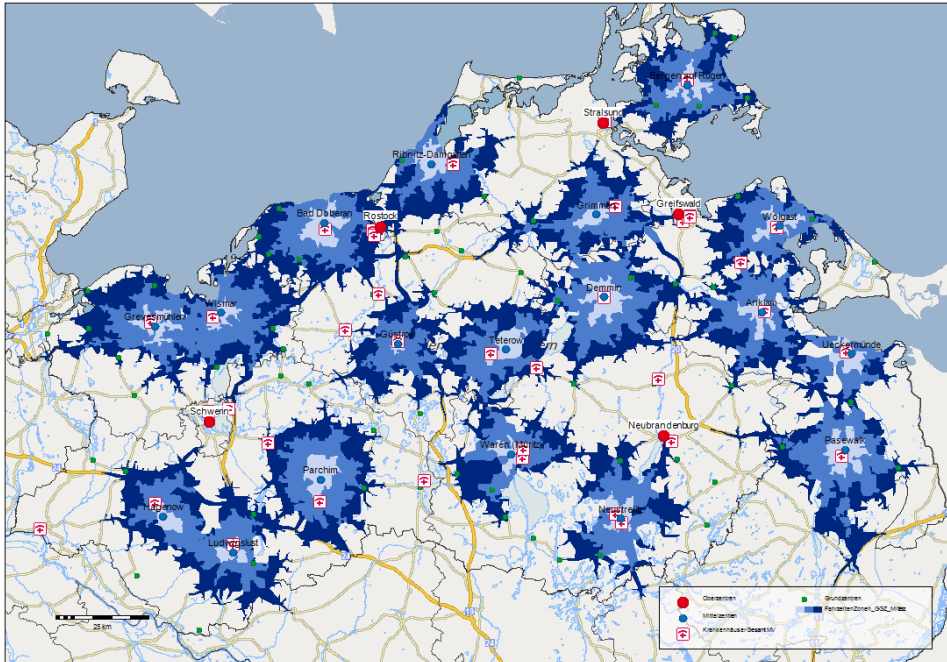


Abbildung 33 Implementierung von GGZ's in den Mittelzentren

Quelle: Eigene Darstellung mittels Regio Graph i.A. Landesraumentwicklungsprogramm MV; Regionale Raumentwicklungsprogramme

Bei der Planung der räumlichen Verteilung der GGZ (s. Abbildung 33- Abbildung 36) sind bestehende stationäre Strukturen zu berücksichtigen.

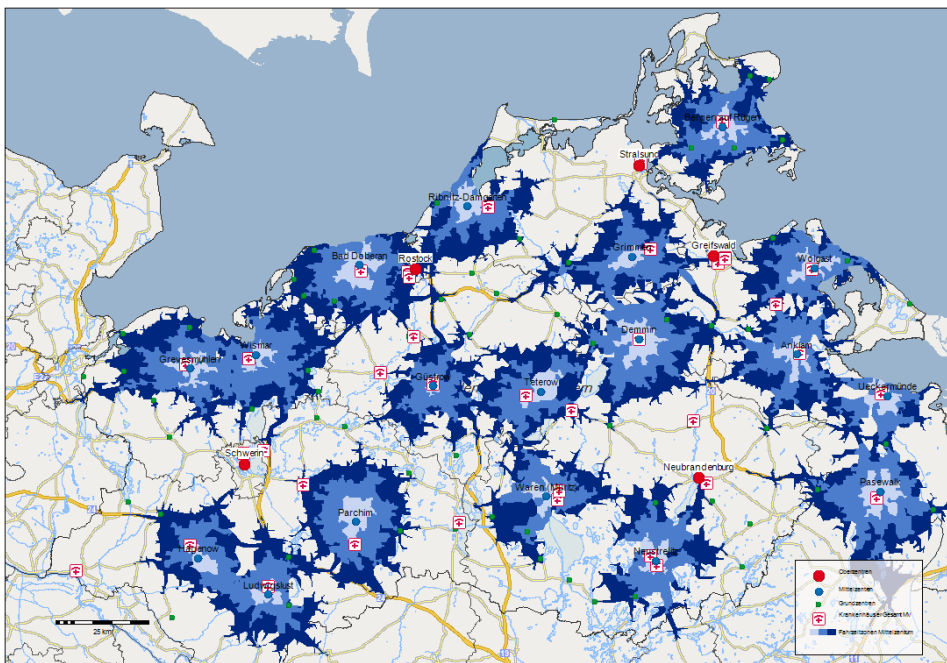


Abbildung 34 GGZ's in den Mittelzentren sowie die Verteilung der Krankenhäuser

Quelle: Eigene Darstellung mittels Regio Graph i.A. Landesraumentwicklungsprogramm MV; Regionale Raumentwicklungsprogramme

Durch die Umgestaltung vorhandener Strukturen wird ein möglichst flächendeckender Versorgungsansatz mit ausreichender Medizin und Pflege verfolgt.

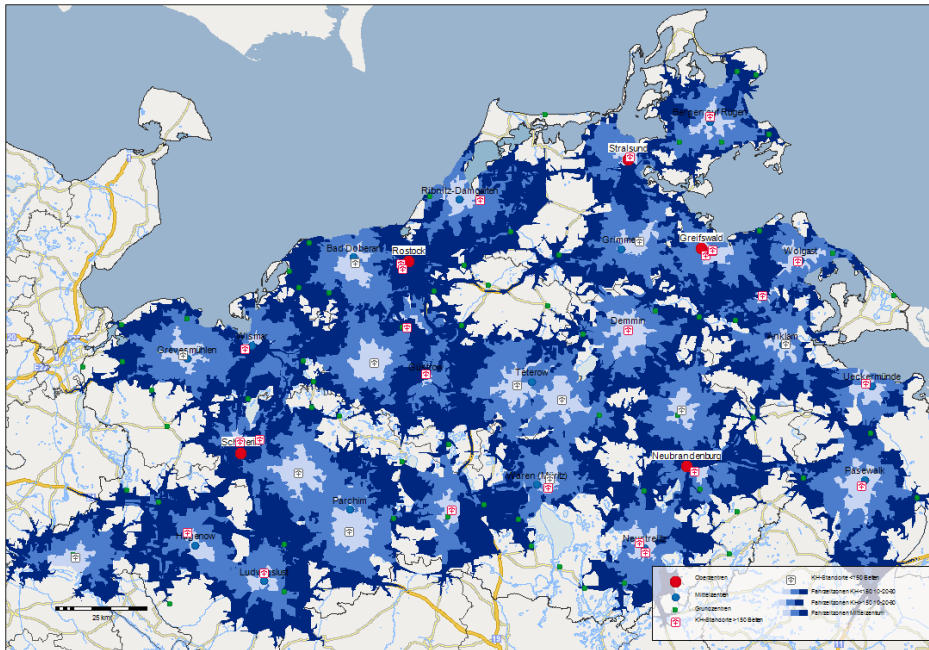


Abbildung 35 Versorgung durch GGZ in den Mittelzentren sowie durch die Krankenhäuser

Quelle: Eigene Darstellung mittels Regio Graph i.A. Landesraumentwicklungsprogramm MV; Regionale Raumentwicklungsprogramme

Es könnten zusätzlich in ausgewählten Unterzentren Gesundheitszentren errichtet werden. Diese müssen nicht über das gleich umfangreiche Leistungsangebot verfügen, sondern sollten den Grundbedarf der Bevölkerung abdecken können. Bereits bestehende Strukturen wie Tageskliniken oder Rehabilitationseinrichtungen sollten dafür möglichst in diese Zentren integriert werden.

In Frage kommen GGZ-Standorte in den Grundzentren (s. Abbildung 36).

- Heringsdorf
- Löcknitz
- Gadebusch
- Goldberg
- Lübtzhen
- Sternberg
- Feldberger Seenlandschaft
- Friedland
- Rechlin
- Gnoien

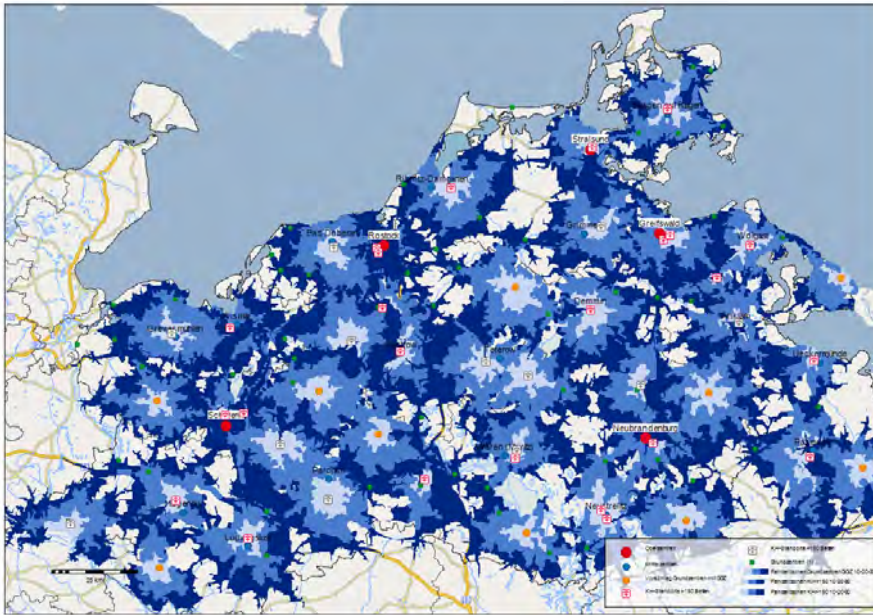


Abbildung 36 Flächendeckende Versorgung durch die Schaffung von GGZ in ausgewählten zentralen Orten sowie nach Umstrukturierung bestehender stationärer Strukturen

Quelle: Eigene Darstellung mittels Regio Graph i.A. Landesraumentwicklungsprogramm MV; Regionale Raumentwicklungsprogramme

Die vorgeschlagene Neuausrichtung der kleinen Krankenhäuser bietet die Chance, die Versorgung besser an dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung auszurichten und die verfügbaren knappen Ressourcen wie medizinisches und pflegerisches Personal optimal einsetzen zu können.

5.3.8 Rolle der regionalen Krankenhäuser mittlerer Größe

Während die GGZ/Kleinkrankenhäuser die Grundversorgung in der Fläche sicherstellen, sollten die regionalen Krankenhäuser mittlerer Größe vorsichtig in Richtung zunehmender Spezialisierung umstrukturiert werden. Studien zeigen, dass mit zunehmender Spezialisierung im Regelfall auch die Effizienz steigt. Dem Krankenhaus Rating Report zu Folge sind Krankenhäuser mit niedrigem Spezialisierungsgrad eher von einer ökonomischen Schieflage bedroht als solche mit einem hohen Spezialisierungsgrad. Ferner konnten Zusammenhänge zwischen Krankenhaus-Spezialisierung und der Qualität der Versorgung identifiziert werden. Diese Erkenntnisse haben den Weg für Mindestmengenregelungen bereitet, der künftig weiter fortgeschritten werden dürfte. Dazu hat Jürgen Graalman (AOK Bundesverband) die klare Haltung der Krankenkassen formuliert: „Wir brauchen mehr Spezialisierung. Jeder muss das machen, was er gut kann. Und nicht wie heute, nach dem Motto: Jedes Krankenhaus macht alles [...]“ [14].

Mindestmengen für bestimmte Eingriffe bedrohen bei regionalen Krankenhäusern in MV somit die wirtschaftliche Grundlage, bieten diesen aber auch die Chance, Spezialisierungen aufgrund eigener besonderer Fähigkeiten herauszubilden und überregional im Land

anzubieten. Auch MV sollte diese Spezialisierungsvorteile nutzen, ohne jedoch die Grundversorgung im Raum zu gefährden.

Die landesweiten Spezialisierungen sollten von Anfang durch Einbindung aller beteiligten Akteure koordiniert werden. Dem Land sollte hierbei eine zentrale Koordinationsfunktion zukommen, mit dem Ziel einer möglichst optimal abgestimmten Spezialisierung und einer flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung. Dabei sind auch bereits bestehende Spezialisierungen zu berücksichtigen.

5.3.9 Delegation ärztlicher Leistungen

Die Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) § 32a Satz 1, besagt: „der ermächtigte Arzt hat die im Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben“. Durch die schwierige Gewinnung von Fachkräften und medizinischer Kompetenz sind neue Formen der Kooperation und Arbeitsteilung zwischen Ärzten und anderem medizinischem Personal, insbesondere aus den Heilberufen zwingend.

Erste Schritte in diese Richtung sind als Delegation durch den nun auch gesetzlich abschließend geregelten Einsatz von Praxisassistenten (z. B. AGnEs, VERAH, MOPRA, EVA, MONI) und durch die Verankerung der Leistungen ihres Einsatzes im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) unter den Ziffern 40.870 und 40.872 geregelt. Aber diese ersten vorsichtigen Schritte, die persönliche Zuständigkeit des Arztes in sachlich gebotener und qualitätssichernder Weise und Dimension zu lockern, reichen nicht aus, um den Versorgungsdefiziten, insbesondere in der Fläche, dauerhaft zu begegnen. Die Substitution ärztlicher Leistungen für bestimmte Indikationen (z. B. Diabetes mellitus, arterieller Hypertonus, chronische Wunden, Demenz) ist die notwendige Konsequenz. Die Heilkundeübertragungsrichtlinie des G-BA (Okt. 2012) auf Basis von § 63 Abs. 3c SGB V bietet die Grundlage, allerdings markieren die nötige Vereinbarung der Bundesmantelvertragspartner, die Planung der Studie, die Modelllaufzeit mindestens zwei Jahre mit anschließender Evaluation sowie die schlussendliche Übernahme in die Regelversorgung einen langen Weg.

Da die Frage der Substitution den Kernbereich des ärztlichen Selbstverständnisses trifft und einen weitreichenden Paradigmenwechsel im ärztlichen Selbstverständnis nach sich zieht, sind Formen der Substitution am überzeugendsten in Modellprojekten zu erproben. Ziel ist es dabei, ein umfassendes Konzept der Substitution in die Regelversorgung dauerhaft einzufügen. Da die Implementierung eines solchen Grundsatzprojekts auf Bundesebene lange Zeit in Anspruch nehmen würde, ist es sinnvoll, zum Beispiel in den Lupenregionen Modelle mit einzelnen Indikationen, für die qualifizierte Pflegekräfte die selbstständige

Versorgung übernehmen, zu erproben. Im Kabinettsbeschluss zum Versorgungsstärkungsgesetz sind Regelungen enthalten, die die Umsetzung solcher Modellvorhaben erleichtern. Zusätzlich erhält der G-BA die Möglichkeit, für die Qualifikationserfordernisse dieser jeweiligen Indikationen standardisierte Ausbildungsmodule entwickeln zu lassen. Denn ohne die Sicherstellung dieser Qualifikation macht jede Diskussion über Substitution keinen Sinn.

5.4 Ambulante Versorgung im Raum

5.4.1 Ermöglichung ambulanter Niederlassung und stationärer Anstellung für Ärzte

Gleichzeitige Anstellung von Ärzten im Krankenhaus und einer Landpraxis sind heute unter Nutzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes bereits möglich. Dies bietet insbesondere jungen Ärzten in Weiterbildung oder Fachärzten einen attraktiven, abwechslungsreichen Arbeitsplatz und bindet in der Region.

Bei der Ausgestaltung dieser doppelten Anstellungen ist auf die Optimierung des Ressourceneinsatzes zu achten und eine Verbesserung der sektorübergreifenden, interkollegialen und digitalisierten Zusammenarbeit anzustreben.

5.4.2 Abbau von Überversorgung in der ambulanten Versorgung

Im Land gibt es ausreichend Arztsitze für eine flächendeckende fachärztliche Versorgung in Vertragspraxen. Sie sind nur nicht bedarfsgemäß angesiedelt. Empfohlen wird entsprechend dem Vorschlag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die ab 2015 voraussichtlich geltende „Soll-Regelung“ eines Eingreifens der KVen zur nachfragegerechten Verteilung der Facharztsitze in eine „Muss-Regelung“ bei einem Überversorgungsgrad ab 200% zu ersetzen. Dazu ist eine gemeinsame Initiative mit den anderen vom demographischen Wandel besonders betroffenen Bundesländern erforderlich. Mit einer solchen Regelung wären auch Mittel freigesetzt, um die Niederlassung in unterversorgten Gebieten attraktiver zu gestalten.

5.4.3 Landarztzuschläge

Der SVR schlägt vor, einen Landarztzuschlag für Hausärzte von bis zu 50% und bei Fachärzten einen Versorgungszuschlag von bis zu 75% zu zahlen. Die Mittel dafür, sollen mit Abschlägen zu Lasten der Ärzte in überversorgten Räumen erwirtschaftet werden. Die Zuschläge werden mit einer mindestens zehnjährigen garantierten Zahlung versehen, um für die zukünftigen Land- und Fachärzte in der Fläche Planungssicherheit zu gewährleisten.

Eine vergleichbare "Erschwerniszulage" gibt es in Österreich für Landärzte. „Das Gut Landärzte wird knapp, also muss der Preis ihrer Leistung steigen“ (Prof. Gerlach,

Vorsitzender des SVR beim Parlamentarischen Abend der KV Schleswig-Holstein Mitte Dezember 2014). Derzeit würden bundesweit 106 der 883 hausärztlichen Planungsbereiche, also zwölf Prozent, davon profitieren. In ihnen praktizieren vier Prozent der Vertragsärzte, für die der Rest der Vertragsärzteschaft den Zuschlag finanzieren müsste. Die Belastungen für diese innersektorale Transferleistung innerhalb der Vertragsärzte wäre also überschaubar.

5.5 Innovative Versorgungsmodelle

Innovative Versorgungsmodelle sind insbesondere gekennzeichnet durch sektor- und professionsübergreifende Kooperation, durch gemeinsame Organisation und Kooperation sowie Abstimmung mit den regionalen Gebietskörperschaften. Solche Versorgungsstrukturen sind auch heute schon nach den gegebenen rechtlichen Grundlagen möglich. Sie können sofort auch in MV implementiert werden. Die von der Enquete Kommission vorgegebenen Lupenregionen bieten sich für das modellhafte Erproben solcher innovativer Versorgungsstrukturen an. In solchen Strukturen können eine Vielzahl von notwendigen qualitativen Verbesserungen der medizinischen Versorgung sichergestellt werden.

Es können drei Grundzüge der neuen Versorgungsstrukturen beschrieben werden:

1. Zusammenführen der haus- und fachärztlichen Angebote unter Aufhebung der „Sektoregoismen“
 - Regionalität der Versorgung durch Vertragsärzte
 - Federführung und Management durch regionale Ärzte
 - Bekanntheit der Versorgungspartner untereinander (Erfahrungswert: max. 100 Ärzte)
 - Übersichtlichkeit der Managementstruktur, Transparenz der Steuerung
2. Finanzierung in Kooperation mit den Krankenkassen
 - Berücksichtigung der Interessen der Krankenkassen an Qualität und Wirtschaftlichkeit
 - Verbleib der gesundheitswirtschaftlichen Budgetmittel in der Region durch regionale Beauftragung und Investition vor Ort
3. Daseinsfürsorge der Kommunen
 - Enger Kontakt zur kommunalen Gebietskörperschaft (Landkreis, Gemeinde)
 - Die Einrichtung „runder Tische“ aller am Versorgungsgeschehen beteiligter Akteure in entscheidungsfähigen Strukturen

5.5.1 Wissenschaftliche Begleitforschung

Damit die Ergebnisse zweier solcher Modellprojekte in MV bewertet, kontinuierlich verbessert und in den Regelbetrieb überführt werden können, ist von Beginn an wissenschaftliche Begleitung durch Gesundheitsökonominnen und Versorgungsforscher sicherzustellen. Für diese wissenschaftliche Begleitung sind Landesmittel vorzusehen.

5.5.2 Sozialwirtschaft und Wohlfahrtsstrukturen

Die Einbindung sozialwirtschaftlicher Anbieter ist zu empfehlen, da diese zu der Bevölkerung bereits heute intensive Bindung und eine positive Wahrnehmung insbesondere bei älteren Menschen haben. Als positives Beispiel, allerdings in einer solitären Rolle noch ohne Einbindung in ein innovatives Versorgungsmodell, ist das generationsübergreifende „Aktiv Zentrum (AIZ) Boddenhus“ in Greifswald in Trägerschaft der Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e. V. zu nennen. Dieses ist mit den Tätigkeitsfeldern Pflege und Wohnen, Kinder- und Jugendhilfe, Seniorenbetreuung und Sozialhilfe im Raum Greifswald präsent. Die Ziele des AIZ sind gesundes Altern durch körperliche und mentale Mobilisierung sowie Integration in ein aktives Leben zwischen den Generationen, Verhinderung von Isolation und Vereinsamung, Mobilitätshilfen bei Einschränkungen, Stärkung der ländlichen Region und Reduzierung von Mehrkosten für öffentliche Haushalte.

In das Gebäude des AIZ sind auch Arzt- und Therapeutenpraxen integriert, sodass die dort lebenden Bewohner kurze Wege zur medizinischen Versorgung haben. Das Wohnkonzept ist abgestuft je nach Wunsch der Menschen und deren verbliebenen Ressourcen von normalem Mietverhältnis über betreutes Wohnen bis zur stationären Pflege.

Das AIZ „Boddenhus“ ist ein Preisträger des Bundeswettbewerb „Daseinsvorsorge 2030 – eine Antwort auf den demographischen Wandel“ des BMI geworden. (www.vs-hgw-ovp.de)

5.5.3 Beispiele für innovative Versorgungsmodelle

Es existieren in Deutschland erprobte und erfolgreiche Beispiele für solche innovativen Versorgungsmodelle, von denen hier exemplarisch vier näher dargestellt werden sollen.

5.5.3.1 Beispiel 1: „Gesundes Kinzigtal“:

Das seit 2005 über einen IV-Vertrag nach § 140 SGB V aktive „Gesunde Kinzigtal“⁶ im Schwarzwald mit dem regionalen Arztnetz MQNK ist als sog. „Populationsmodell“ ausgelegt. Die Vertragspartner auf Krankenkassenseite sind die AOK Baden- Württemberg sowie LWSG (ehemals Landwirtschaftliche Krankenkasse LKK). Dazu wurde von den Ärzten die Gesundes Kinzigtal GmbH als Managementgesellschaft (Sitz in Haslach) gegründet. Eine Unterversorgung in der Gesamtregion existiert nicht, lediglich in den Randlagen der

⁶ <http://www.gesundes-kinzigtal.de/>

Schwarzwaldtäler mit kleinen dörflichen Strukturen im Einzelfall. Die Region ist wirtschaftlich durch einen erfolgreichen Mittelstand sowie die Anbindung an das Rheintal und die Ortenau um Offenburg herum geprägt. Auch wenn die Siedlungs- und Sozialstrukturen des Kinzigtals anders sind als in MV, lassen sich die grundsätzliche Idee und organisatorische Prinzipien des Ansatzes übertragen.

Aktuell gehören dem Versorgungsmodell über 270 Leistungs- und Kooperationspartner über Leistungsverträge an. Über 50 Haus- und Fachärzte und damit fast 60% der Vertragsärzte der Region beteiligen sich als Gesellschafter an der Managementgesellschaft und gestalten so als „Gesundheitsunternehmer“ die regionale Versorgung. Die versorgte Bevölkerung umfasst insgesamt ca. 55.000 Menschen, der Versichertenanteil liegt mit etwa 33.000 Versicherten der AOK und LKK sehr hoch, bisher sind davon im Rahmen des IV-Vertrages 9.600 eingeschrieben. Grundlage des Konzeptes ist, dass eine Verknüpfung von optimierten Versorgungsprozessen, Gesundheitsförderung sowie dem Bereich des Public Health zu einer Steigerung der Qualitätskomponente und mittelfristig durch gezielte Präventionsmaßnahmen und Aktivierung der Gesundheitsmotivation der Menschen zu einer Reduktion der Gesamtversorgungskosten, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen, führen wird.

Wirtschaftliche Basis des IV-Vertrages ist eine Teilung der jährlichen Einspareffekte, besonders durch vermiedene Krankenhausbehandlung bei Primat ambulanter Versorgung in den Praxen, flankiert durch die Optimierung der ambulanten Therapie durch leitliniengerechtes Behandeln, niederschwellige Angebote (z. B. durch schnell einsetzende ambulante Psychotherapie zur Vermeidung stationärer Einweisung) und Gesundheitsförderung durch gesundheitliche Aufklärung, Bildung zu Gesundheitsfragen und Lebensstil und Präventionsprogrammen. Gemessen werden die Einsparungen über eine eindeutig bestimmte Referenzgruppe (alle AOK-Versicherten des Bundeslandes). Eine Geschäftsstelle der Managementgesellschaft mit medizinisch, pflegerisch und gesundheitsökonomisch ausgebildeten Mitarbeitern steuert die Aktivitäten und berät die Ärzte in den Praxen sowie die Pflegeeinrichtungen. In der Häuslichkeit aufsuchendes Casemanagement berät Menschen und deren Angehörige und vermeidet oder vermindert dadurch eine Eskalation von Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit.

Im Zentrum stehen die Aktivierung der Menschen zu körperlicher Bewegung und die Verankerung im Alltag. Aktuell wird ein Sport- und Gesundheitszentrum in Haslach gebaut, u. a. aus den Erträgen der Gesellschaft sowie mit Fremdkapital. Den überwiegenden Teil der Investition tätigt die Gesundes Kinzigtal GmbH durch Erträge aus dem IV-Vertrag. Ein

geringer Teil wird durch Drittmittel seitens eines Bundesministeriums (BMBF), Stiftungen europäischer Fördermittel sowie Forschungsprojekte getragen. Somit wird die Managementgesellschaft zunehmend zu einem regionalen Wirtschaftsfaktor, der in die Infrastruktur investiert.

Die Einsparung hat bislang positive Ergebnisse für das Projekt gebracht, wie in Abbildung 37 ersichtlich ist:

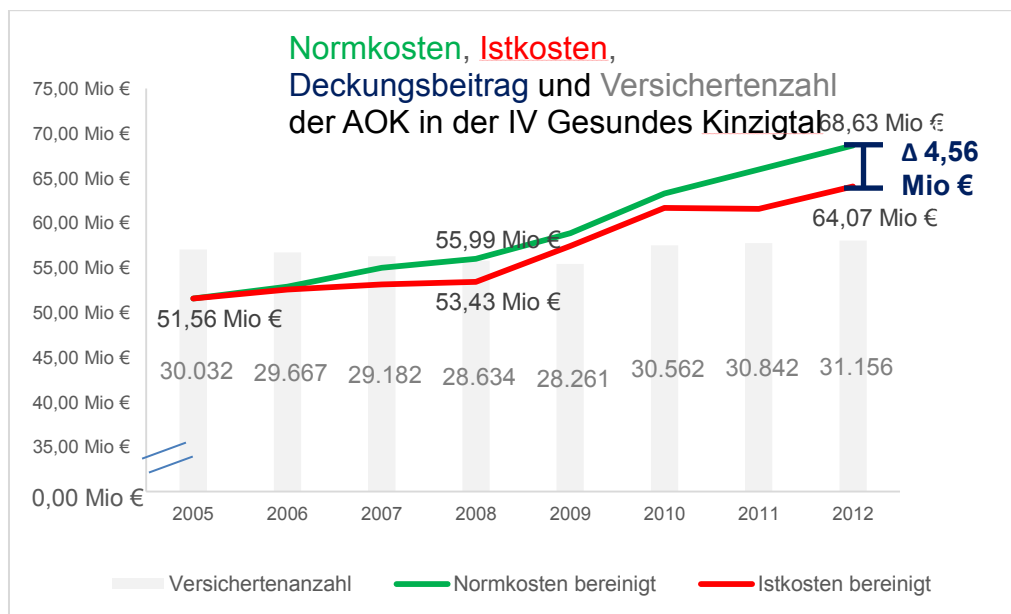


Abbildung 37 Gesundes Kinzigtal -Wirtschaftlicher Effekt 2005 - 2012

Quelle: OptiMedis AG, Hamburg

5.5.3.2 Beispiel 2: „Ärztetz Südbrandenburg“:

Das Ärztenetz Südbrandenburg (ANSB)⁷ hat seinen Sitz in Elsterwerda. Im als GbR verfassten ANSB sind aktuell 62 vertragsärztlich tätige Ärzte aus 20 Fachrichtungen als Gesellschafter organisiert, diese Gesellschaft wird durch weitere operativ ausgerichtete Gesellschaften (als GmbH) flankiert.

⁷ <http://www.ansb.de/>

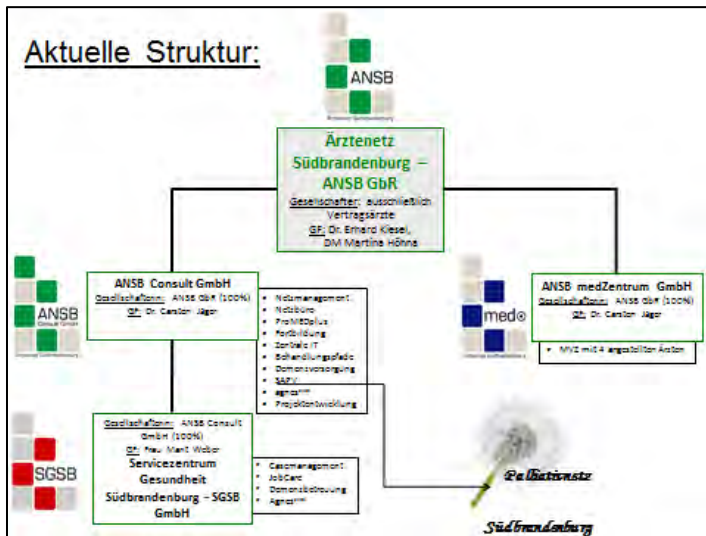


Abbildung 38 Organigramm ANSB

Quelle: ANSB

Wirtschaftlich geprägt ist auch dieses Netz durch einen Vertrag vereinbarter Einsparteilung aus vermiedenen Behandlungen, im Wesentlichen im Krankenhaus. Das ländliche Gebiet in Südbrandenburg ist von einer drohenden Unterversorgung betroffen. Die Betreuung der Menschen erfolgt durch innerärztliche Festlegung von Versorgungspfaden, unterstützt durch die Einführung einer elektronischen Patientenakte. Eine wichtige Unterstützung des Praxis- und Versorgungsalltags erfolgt durch fachkundiges, gut geschultes nicht-ärztliches Personal. Eine Ergänzung des Angebots ist vorgesehen durch hauptamtliche Casemanager sowie im Rahmen eines Modellprojektes durch AGnEs²-Fachkräfte, die die Patienten in ihrer Häuslichkeit und dem familiären und sozialen Umfeld aufsuchen. Dieses bringt wesentliche Transparenz, Motivation der Patienten und löst organisatorische Fragen, bzw. lässt diese erst gar nicht aufkommen. Das ANSB versteht sich als eine Organisation der „Freien Berufe“ und versucht, das Interesse junger Ärzte für die Region zu erhöhen und ihnen eine Perspektive in der Freiberuflichkeit zu bieten [41].

Es gibt ein netzeigenes MVZ, dessen Gesellschafter die ANSB GbR ist. Hier können junge Ärzte zunächst in Anstellung arbeiten und Erfahrungen sammeln mit der Garantie, den Kassenarztsitz auch in die eigene Niederlassung mitnehmen zu können, wenn sie sich für eine eigene Praxis entscheiden.

Durch die Schaffung einer weiteren Tochtergesellschaft, der ANSB Consult GmbH als einer Managementgesellschaft werden u.a. das Netzwerkmanagement, Qualifizierungsangebote und spezifische Versorgungsstrukturen übernommen. Die ANSB Consult GmbH ist außerdem Träger des Servicezentrum Gesundheit Südbrandenburg GmbH (SGSB) welches das Casemanagement, die Demenzbetreuung (u.a. Demenztagespflege,

Demenzwohngemeinschaften, Ausbildung von Demenzassistentinnen) sowie die Anstellung der AGnEs-Kräfte übernimmt.

Weiter wird im Rahmen des sektorenübergreifenden Modells auch palliativmedizinische Versorgung angeboten. Der in den vergangenen Jahren erfolgte Ausbau des Leistungsportfolios um die Bereiche der Pflege und soziale Dienstleistungen zeigt die gesellschaftliche Verantwortung des Netzes mit einer breiten, nicht allein medizinischen Ausrichtung. Im Speziellen die Fokussierung auf die Versorgung Demenzerkrankter kann als Beispiel für ähnliche Strukturen dienen. Auch der Bereich ehrenamtlichen Engagements findet sich in dem Ärztenetz wieder. Um dieses Engagement zu fördern, ist eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 6,50€ pro Stunde für ehrenamtliche Helfer vorgesehen. Zudem ist eine regionale Verankerung erkennbar: Medizinisch-pflegerische Kompetenz und Budget werden in der Region gehalten, regionale externe Dienstleister werden bevorzugt beauftragt.

Dafür, dass das Modell seitens der verschiedenen Leistungserbringer und Akteure des Gesundheitssystems in der Region angenommen wird, sprechen mehrere Selektivverträge nach §140 SGB V mit den Krankenkassen AOK Nordost sowie der Barmer GEK sowie Kooperationsverträge in der Region.

5.5.3.3 Beispiel 3: „HaffNet“

Das HaffNet Ärztenetz in dem Gebiet Uecker-Randow besteht aus 41 freien niedergelassenen Ärzten sowie neun Kooperationspartnern aus den unterschiedlichen Gesundheitssektoren. Nachdem sich die Verantwortlichen des HaffNet⁸ bei dem ANSB informiert hatten, wurde im Herbst 2013 der erste Vollversorgungsvertrag des Netzes mit den AOK-Nordost abgeschlossen. Im Rahmen der Kooperation „Mein AOK Gesundheitsnetz“ werden chronisch erkrankte Menschen im Fokus stehen. Die regionale Bedeutung des Projektes besteht nicht nur für die Ärzte des HaffNet, sondern auch für die Pflege und weitere Partner als Vertragsbeteiligte. Ausschlaggebend für eine Beteiligung ist das Wissen zu spezifischen regionalen Herausforderungen sowie die Bereitschaft zu patientenorientierten Lösungskonzepten [42] [43].

5.5.3.4 Beispiel 4: Zentrales Gesundheitshaus in Woldegk

Die Aktivitäten der kleinen Kommune wurden mit Erfolg belohnt, eine extrem dünn besiedelte Region konnte durch ein attraktives Angebot Ärzte gewinnen.

⁸ <http://www.haffnet-online.de/>

Dazu schreibt Focus am 1. 8. 2014:

„Nach knapp eineinhalb Jahren Bauzeit ist im August 2014 in Woldegk (Kreis Mecklenburgische Seenplatte) ein Pilotprojekt zur ärztlichen Versorgung gestartet worden.

Dazu wurde ein „Gesundheitshaus“ mit einer Physiotherapie- und drei Arztpraxen sowie mehreren barrierefreien Wohnungen gebaut (auf Initiative des Bürgermeisters E.-J. Lode). Das von der Kassenärztlichen Vereinigung geförderte Projekt soll auch einen Fahrdienst mit Elektrofahrzeugen bekommen, damit Menschen aus den kleinen umliegenden Dörfern die Ärzte erreichen können. Der dreigeschossige Neubau kostete 3,1 Millionen Euro. Das Land übernahm nach Angaben von Landesagrarminister Till Backhaus (SPD) rund 1,2 Millionen Euro. So soll den Einwohnern eine nahe medizinische Versorgung ermöglicht werden. Im Amt Woldegk leben nur noch 24 Einwohner/qkm. Eine Allgemeinmedizinerin, ein Augenarzt und eine Internistin stellen das ärztliche Team.“

5.6 Geriatrische Versorgung

5.6.1 Grundsatz der geriatrischen Versorgung: Rehabilitation vor Pflege

Geriatrische Versorgung sollte so organisiert sein, dass alle Patienten möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben können. Es gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“. Dazu sind alle unterschiedlichen Leistungserbringer, sektorenübergreifend und interdisziplinär zusammenzuführen. In diesem Sinne würde eine Koordination über zentrale Ansprechstrukturen als „Care- und Case Management“ eine Vernetzung vereinfachen und organisatorisch im Gemeinde-Gesundheitszentrum angesiedelt sein.

Voraussetzung für eine funktionierende geriatrische Betreuung ist die höhere Vergütung von Leistungen der geriatrischen Reha-Kliniken/ -Tageskliniken und die Ausgestaltung des Zuweisungsmanagements durch die Krankenkassen. In Baden-Württemberg wird dieses Konzept bereits landesweit erprobt [44].

Ziel ist es, die geriatrische Versorgung so lange wie möglich, auch bis zum Lebensende ambulant zu gewährleisten. Stationäre Versorgung ist nur für jene Fälle vorzusehen, in denen eine ambulante Versorgung in der Häuslichkeit nicht möglich ist. An diesem Ansatz, der auch als ambulante geriatrische Komplexbehandlung (AGK) bezeichnet wird, wird in verschiedenen Modellprojekten gearbeitet.

5.6.2 Beispiele für Projekte der ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung

5.6.2.1 Beispiel 1: ProMobil-Müritz

Beispielhaft aus MV ist hier das Modell „ProMobil Müritz“ zu nennen. ProMobil betreut aktuell 791 Patienten. Bei Bedarf werden diese durch einen Transfer-Dienst, der hier in Kooperation mit der Arbeiterwohlfahrt (AWO) erfolgt, morgens von zuhause abgeholt und abends zurückgebracht. Für eine AGK werden insgesamt 20 Therapietage angesetzt mit je ein bis zwei Förderungseinheiten pro Tag. Ziel ist es, die Patienten in der Erhaltung ihrer Eigenständigkeit zu unterstützen und soziale Einschränkungen zu vermeiden, auch der Aspekt der Angehörigeninformation und –unterstützung wird in dem Modell mit aufgegriffen. Möglich wird die Teilnahme an dem Programm durch eine Überweisung des Haus- oder Facharztes, ggf. auch durch eine stationäre Einrichtung zum Geriatriearzt, der dann den Reha-Antrag stellt. Seitens der Krankenkassen wird innerhalb von fünf Werktagen geprüft und genehmigt. Während der gesamten Therapiedauer bleibt der Hausarzt der Ansprechpartner für Rezepte und Hilfsmittelverordnungen [45].

5.6.2.2 Beispiel 2: Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz

Ein weiteres positives Beispiel sind die geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz⁹. Im Leistungsportfolio finden sich dabei u.a. eine Klinik mit den Fachbereichen Neurologie, der Inneren Medizin, der medizinischer Geriatrie im Sinne von Intermediate Care sowie ein angegliedertes Hospiz mit einem stationären und teilstationären Angebot. An die Innere Medizin angeschlossen ist ein Geriatrischer Konsiliardienst (GEKO). Ergänzt wird das Angebot durch PflEGEwohnheime sowie betreutes Wohnen, ein Demenztagesszentrum, ein Tageszentrum sowie ein Forschungsinstitut für Geriatrie und Gerontologie. Im Rahmen präventiver Angebote werden sowohl Angebote für Mitarbeiter als auch für Patienten zur Gesundheitsförderung gemacht, der öffentliche Gesundheitsdienst findet Berücksichtigung. Im Rahmen der Gesundheitsförderung der Patienten wird in der Einrichtung ein bio-psycho-sozialer Ansatz verfolgt, welcher unter anderem Ernährungsberatung aber auch Patientencoaching und Strategien zur Krankheitsbewältigung vorsieht.

Die Integration des Ehrenamtes erfolgt konsequent und wertschätzend durch explizite Darstellung von deren Leistungen auf der Homepage sowie durch die Vielzahl an Schulungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten [46].

5.6.3 Voraussetzungen erfolgreicher geriatrisch ambulanter Komplexbehandlung

Der Aufbau einer AGK erfordert die Kooperation aller an diesem Prozess beteiligten, öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Einrichtungen. Alle Beteiligten sind in

⁹ <http://www.ggz.graz.at/>

verbindlichen Verträgen im gemeinsamen Handeln für die geriatrische Betreuung zusammen zu führen. Runde Tische reichen dafür nicht aus, gebraucht werden von allen getragene Management-Strukturen. Der jeweilige Landkreis sollte hierin verantwortliche, verbindliche Aufgaben übernehmen.

5.6.4 Versorgung von Demenzpatienten

Demenz führt zu einem unterschiedlich schnell verlaufenden Verlust an selbstbestimmter Lebensführung. Häufig sind Angehörige und soziale Strukturen bald mit der notwendigen Betreuung und Pflege überfordert. Bisher sind die Bestimmungen der Pflegekassen für diese Krankheit nicht hinreichend angepasst, so dass Hilfe im familiären Umfeld nur schwierig realisiert werden konnte. Das Pflegestärkungsgesetz wird jedoch ab 2015 als Leistungen in der Häuslichkeit des Dementen neben den Betreuungsleistungen auch Entlastungsdienstleistungen durch ehrenamtlich Tätige unbürokratisch ermöglichen und finanzieren, dies gilt jedoch auch bei rein körperlichen Beeinträchtigungen (104 Euro, bei schwerer Beeinträchtigung 208 Euro pro Monat). Weiterhin sind insbesondere die Einrichtung von ambulant betreuten Wohngruppen oder auch Pflege-Wohngemeinschaften privater oder freigemeinnütziger Träger zwingend vorzusehen. Wesentlich ist der Aufbau eines Betreuungssystems der Dementen, die bereits in einem frühen Stadium nach der gesicherten Demenzdiagnose einsetzen muss.

Der Patient, seine Familie und alle beteiligten Institutionen sind in einem dem Krankheitsverlauf angepasstes schrittweise zu erweiternden Betreuungsmodell zusammen zu führen. Wissensmanagement, Terminkoordination, Hilfsmittelbeschaffung, ergänzende soziale Versorgung durch Ehrenamtliche, Tagespflegestätten und schließlich Wohngemeinschaften können zu einem ambulanten Gesamtmodell der Demenzversorgung zusammengeführt werden.

Ein gutes Beispiel für einen solchen Ansatz ist das sechsstufige Betreuungsmodell des Ärztenetzes Südbrandenburg. In diesem Ärztenetz wird der Demente, seine Familie, alle Hilfeinstitutionen von einer speziell ausgebildeten und im Ärztenetz angestellten Demenzfachkraft von Anfang an und dauerhaft betreut.

5.7 Notfallversorgung

Laut Gutachten des Sachverständigenrates (2014) sollten Notfallpraxen in die Strukturen einer Krankenhausnotaufnahme integriert werden, Notfall- und Kurzliegerstationen direkt daran angeschlossen werden [7].

5.7.1 Notaufnahme, Notfallpraxen, Notfall-Kurzliegerstationen und Rettungsdienst aus einer Hand

Die Zuständigkeitsbereiche der drei Ebenen (kommunale Rettungsdienste, Notaufnahme der Krankenhäuser mit vertragsärztlichen Notfallpraxen und Notfall-Kurzliegerstationen, der vertragsärztliche Notfalldienst) werden gemeinsam organisiert. Dazu gehören eine gemeinsame Leitstellenstruktur, einheitliche Rufnummern und zentrale und bedarfs- sowie fachgerechte Koordination [47]. Das VStG in seiner aktuell vorliegenden Kabinettsfassung (Ende 2014) beschreibt den in naher Zukunft geltenden Rechtsrahmen dazu.

In der Notaufnahme des kleinen Krankenhauses oder des Gemeinde-Gesundheitszentrums werden Notfallpraxen eingerichtet, an die Notfall- und Kurzliegerstationen angeschlossen sind. Durch Verzahnung der unterschiedlichen an der Notfallversorgung Beteiligten können deren Kompetenzen, aber auch die vorhandenen materiellen Güter wie z.B. Räumlichkeiten, technische und logistische Infrastruktur und Personal gemeinsam genutzt werden.

In einem Positionspapier der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) wird vorgeschlagen, die bereits ausgebildete Versorgungsstruktur, ein überregionales Zentrum der Hochleistungsmedizin, ein regionales Versorgungskrankenhaus und das Notfallzentrum im kleinen Krankenhaus bzw. Gemeinde-Gesundheitszentrum zu vernetzen und zusammen zu steuern. Der rechtliche Ordnungsrahmen sollte in Abstimmung mit den Beteiligten (KV, Krankenhäuser, Kommunen) so gestaltet werden, dass über die Formulierung des bestehenden Landeskrankenhausgesetzes eine durchgängig einheitliche Organisation des Rettungsdienstes unter Integration der bestehenden Strukturen und mit einem bedarfsgerechten Rettungsmiteinsatz entsteht; Ziel muss es sein, den Sicherstellungsauftrag als Einheit zu sehen und als solchen zu erfüllen.

Der Aufbau einer kommunal übergreifenden Organisation des kommunalen Rettungsdienstes ist in MV erfolgt, es arbeiten fünf integrierte Regionalleitstellen (IRLS: Feuerwehr, Rettungsdienst, Katastrophenschutz) für die Gebiete Westmecklenburg, Mitte, Mecklenburger Seenplatte, Vorpommern-Rügen und Vorpommern-Greifswald und eine Integrierte Leitstelle im Stadtgebiet Rostock.

Beispiele von Flächenländern außerhalb von MV sind neben Niedersachsen auch Schleswig Holstein mit seit 2003 eingerichteten IRLS, die für mehrere Gebietskörperschaften die Rettungseinsätze steuern.

5.8 Telemedizin/ e-Health

Die demographischen Tatsachen und der Anspruch einer dauerhaften Sicherstellung der Versorgung mit Gesundheitsleistungen auch in der Fläche können heute erleichtert werden durch den Einsatz digitaler Medien und Übertragungstechnologien. Telemedizin/ e-Health wird zu einem wichtigen Unterstützungsinstrument des Versorgungsgeschehens. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen sind telemedizinische Direkt- und Dauerbetreuung auch in der Fläche trotz Ärztemangels möglich. Hierbei gilt es zu bedenken, dass bestimmte Mindestanforderungen des Netzausbaus erfüllt sein müssen.

5.8.1 Beispiele erfolgreicher telemedizinischer Projekte

Erste telemedizinische Schritte sind in MV bereits gemacht worden. Die Einführung der AGnES als Delegation ärztlicher Leistung mit dem Einsatz einer elektronischen Patientenakte ist ein erster Schritt in diese Richtung. Einen rechtlichen Rahmen für den systematischen Einsatz von e-Health für einen breiten Einsatz im Versorgungsgeschehen gibt es bislang nicht. So fehlt die Anpassung des EBM und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Hinblick auf telemedizinische ärztliche Leistungen.

Ein weiteres Modellprojekt in MV ist das Teleradiologie Netzwerk (TeleRad MV), welches aktuell jedoch nicht mehr gefördert wird. Mit diesem Projekt wurden die im Land vorhandenen Kompetenzen in der Diagnostik digital vernetzt und damit die Qualität der Versorgung dramatisch erhöht. Das Projekt wurde von der Fachhochschule Stralsund betreut und vom Sozialministerium des Landes gefördert.

Das bayerische Projekt TEMPis, mit dem über Telekonsile die Schlaganfallversorgung auch in der Fläche dramatisch verbessert werden konnte, ist ein weiteres Beispiel für den erfolgreichen Einsatz von Telemedizin. Es wurde auch in Sachsen eingeführt. Folgeschäden des Schlaganfalls und Sterblichkeit konnten mit dem Projekt in der Einsatzregion deutlich reduziert werden. Seine volle Wirkung würde TEMPis jedoch erst entfalten, wenn alle 259 Stroke Units in Deutschland in einheitlicher Struktur vernetzt auftreten würden.

Ein weiteres bayerisches Projekt ist das auf gleicher Grundlage wie TEMPis agierende Epilepsie-Projekt „TeLEP“. Mit TeLEP ist es in Bayern gelungen, Epilepsie-Patienten auch in der Fläche kontinuierlich und vor allem sicher und schnell zu betreuen. Dies beinhaltet insbesondere die medikamentöse Versorgung.

5.8.2 E-Health zur Vernetzung von stationärer Altenpflege und medizinischer Versorgung

Ein weiteres, leicht einzuführendes Element der Datenvernetzung verschiedener medizinischer Leistungsebenen ist die digitale Verknüpfung der Pflegeheime mit den

Gemeinde-Gesundheitszentren/kleine Krankenhäuser. Mit diesem Instrument kann dem kostenproduzierenden „Drehtüreffekt“ mit unnötigen Krankenhauseinweisungen oder Notfalleinweisungen entgegengewirkt werden. Sich anbahnende Verschlechterungen von Gesundheitszuständen der Heimbewohner können rechtzeitig erkannt und im Pflegeheim therapiert werden. Als Nebeneffekt kann die heute häufig kritisierte Qualität der Pflege in den stationären Einrichtungen systematisch erfasst und verbessert werden.

5.8.3 Ambient Assisted Living

Die GGZ's/Kleinkrankenhäuser haben durch die digitale Kooperation mit der Wohnungswirtschaft, insbesondere den öffentlichen Wohnungsgesellschaften und Genossenschaften die Chance, mit Systemen des Ambient Assisted Living (AAL) eine Telemedizin-gestützte, proaktive und selbstständige Gestaltung des täglichen Lebens einzurichten und zu unterstützen. Damit wird eine weitere Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht, die Wohnungswirtschaft erhält sich den Bestand der Mieter.

5.8.4 Vernetzung telemedizinischer Ansätze

Alle telemedizinischen Ansätze, die heute noch unkoordiniert nebeneinander her und oft überlappend agieren, sind, damit ihre Wirksamkeit hergestellt werden kann, in einem Gesamtprojekt „Telemedizin MV“ technisch und organisatorisch zusammenzuführen.

In Sachsen wird in einem EU-Projekt mit dem Namen „CCS Telehealth Ostsachsen“¹⁰ erstmals versucht, alle verschiedenen telemedizinischen Ansätze in einen Gesamtzusammenhang zu bringen. Besonders wichtig dabei ist die Klärung der Frage, wo und bei wem die vielfach erhobenen Daten gespeichert und verfügbar gehalten werden. Eine privatwirtschaftliche Nutzung und Sekundärverwendung dieser Daten ist auszuschließen.

Ein weiteres gutes Beispiel für ein solches Gesamtprojekt vor dem Hintergrund regionaler Disparitäten bei der Erreichbarkeit und der Bevölkerungsdichte ist das IT-basierte Diagnosesystem in Finnland mit dem Namen „Tel Lappi“ [48]. Die telemedizinische Versorgung ist wie das gesamte Gesundheitssystem steuerfinanziert und für alle Bürger obligatorisch. Damit wird die Digitalisierung aller Lebensbereiche erstmals in die staatsbasierte Grundversorgung der Daseinsfürsorge eingefügt. Neben Elektrizität, Wasser und Abwasser tritt jetzt auf gleicher Ebene mit gleichen Organisationsstrukturen die digitale Infrastruktur bis zu jedem einzelnen Bürger.

5.8.5 Ausblick:

Mit der Digitalisierung durch Telemedizin wird Transparenz und Effizienz in das Versorgungshandeln gebracht. Wie in Dänemark durch die e-Health Plattform sundhed.de

¹⁰ <http://www.telehealth-ostsachsen.de/>

praktiziert, wird eine öffentliche Infrastruktur für die flächendeckende Nutzung aller elektronischen Patientenakten ermöglicht. Alle Leistungserbringer, aber auch die Patienten haben einen datenrechtlich geschützten Zugang zu ihren eigenen Gesundheitsdaten.

Von dieser digitalisierten Informationsversorgung ist die Bundesrepublik noch weit entfernt, MV kann durch eigenes Handeln in einem durch Forschung unterstütztes Pilotprojekt wieder ein Schrittmacher werden, der es vor einer Dekade bereits war.

5.9 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Das Versorgungsstrukturgesetz (2012), das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (2007) sowie das vor der parlamentarischen Verabschiedung stehende Versorgungsstärkungsgesetz (2015) bilden – neben weiteren Gesetzen wie dem Präventionsgesetz, dem Pflegestärkungsgesetz etc. - die wesentlichen rechtlichen Eckpunkte und zeigen die vom Gesetzgeber intendierte Richtung:

- Regionalisierung der Versorgung und Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen)
- Flexibilisierung von vertragsärztlicher Planung und Versorgung (z. B. Teilanstellung, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften)
- Abbau von Über-/ Fehlversorgung durch ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen („Aufkauf“ von vertragsärztlichen Sitzen durch die KV)
- Qualität als Basis für eine sichere und transparente Krankenhausversorgung, Qualitätswettbewerb und schärfere Kriterien zur Marktteilnahme
- Stärkung des Präventionsgedankens
- Berücksichtigung der Einschränkung durch Demenz als Pflegegrund
- Stärkung der Pflege und Betreuung in der Häuslichkeit des alten Menschen
- Stärkung der Angehörigen in ihrer wichtigen Rolle in der pflegerischen Versorgung (Beratung, wirtschaftliche Stärkung)

Insbesondere das aktuelle Versorgungsstärkungsgesetz zielt in eine Richtung, die in dieser Grundlagenexpertise beschrieben wurde und dem Land MV mit seinen Akteuren hinreichende Spielräume geben für landesspezifische Lösungen:

- Verbesserte ambulante ärztliche Versorgung
 - Anreizsysteme für Niederlassungen in strukturschwachen Gebieten
 - Reduktion von Überversorgung in Ballungsräumen mit positiven Effekten auf Niederlassung auf dem Land
- Delegation ärztlicher Leistungen auf Nicht-Ärzte/ z.B. Praxisassistenten (§ 87)

- Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors
 - Krankenhäuser mit mehr ambulanter Versorgung (§ 116)
 - Förderung von Praxisnetzen durch KV
- Terminservicestellen zu Lasten KV-Budget
 - Patienten mit Anspruch auf einen Facharzttermin innerhalb von vier Wochen
 - Ersatzweise Leistung durch Krankenhäuser
- Zweitmeinung bei Elektivbehandlung (§27b GKV-VSG)
- Überleitungsmanagement und Verschreibung von Arznei-, Hilfs- und Heilmittel durch das Krankenhaus
- Innovative/selektive Versorgungsformen gestärkt
 - §140a Besondere (= integrierte) Versorgung erleichtert, Bundesaufsicht durch BVA praxisingerechter
 - Schaffung des Innovationsfonds (ab 2016) zur gezielten Förderung von Versorgungsinnovationen (technisch, strukturell)
 - Definition der Grundlagen zur Förderung von neuen Versorgungsformen und Versorgungsforschung durch den G BA und dessen Durchführung (§ 92a,b)
 - Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten
 - Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen,
 - GBA bis 2016 Festlegung von chronischen Erkrankungen für weitere DMP
 - Mehr Freiheit der Leistungserbringer für Gestaltung von IV-Verträgen, flexiblere Ausgestaltung
- Förderung Allgemeinmedizin § 75a
- Notdienst § 75: Verpflichtung der KV zur Kooperation mit Krankenhäusern und den Rettungsleitstellen, gemeinsame Leitstellen als Ziel
- §119c Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung

Sichtbar wird eine deutlich weiter gestärkte normative Rolle des G BA (oft auch „kleiner Gesetzgeber“ genannt) und damit eine Zentralisierungstendenz in der Rahmensetzung von konkreten Ausführungsbestimmungen.

Diese Rahmenbedingungen bieten für das kurz- und mittelfristige politische Handeln eine gute Grundlage für Maßnahmen im Land, wenn diese gewollt sind.

Die langfristige Perspektive auf 2030 erfordert ein Einleiten eines Paradigmenwechsels hinsichtlich der Gewährleistung „einheitlicher und gleicher Lebensbedingungen“ für alle

Einwohner. Dieses Grundrecht zu beanspruchen unter dem Druck der weiteren „Entsiedlung“ ländlicher Regionen kollidiert zunehmend mit den Ansprüchen einer verantwortungsvollen und ab 2020 nicht mehr mit Schuldenaufnahme zu finanzierender Strukturpolitik. Damit werden Spielräume im Land enger bei insgesamt rückläufigen Einnahmen.

Wettbewerbsrechtliche Aspekte können durch Umbau von stationären Strukturen und Zentralisierungen relevant werden. Die vorliegenden Entscheidungen des Bundeskartellamtes (z. B. Eisenhüttenstadt, Esslinger Krankenhäuser, Krankenhaus Worms, Klinikverbund Osthessen Fulda (aktuell beantragt) sollten beachtet werden. Wettbewerbsverzerrende Beihilfen sollten zur Vermeidung langdauernder Verfahren vermieden werden.

MV sollte auch mit Blick auf europäische Gesundheitssysteme mit Flächenversorgung dünn besiedelter Räume von internationalen Ansätzen lernen und international erfolgreich implementierte Konzepte in Modellvorhaben erproben.

5.10 Finanzierung

5.10.1 Problemstellung

Die zur Verfügung stehenden öffentlichen Mittel aus europäischen Quellen und von der Bundesebene werden geringer.

5.10.2 Empfehlungen

- Gezielte Investitionen in bestehende Gesundheitsstrukturen nur nach Prüfung des Fortbestehens
 - Steuerung in die ambulanten Versorgungsstrukturen
 - Investitionen in Gemeindegesundheitszentren/ geöffnete Kleinkrankenhäuser
 - Beteiligung der Kostenträger →z.B. Telemedizin, Sicherstellung
- Förderung von neuen Wohnformen für ältere Menschen
 - Beteiligung an Investitionen (s. Modell Bayern) für Wohngruppen und Gemeinschaften
 - Auflegen von seniorenpolitischen Gesamtkonzepten
 - Zuschüsse für aktivierende Sozialwirtschaft- und Wohlfahrtsprojekte durch Kommunen (z.B. Zweckzuweisung des Landes für Demenzdorf), Anreiz, Menschen in der Kommune zu halten
- Prävention und aktives Leben der Menschen (langfristiges Interesse der Kommunen)
 - Soziale Ehrenämter, Mini-Jobs für aktivierende Maßnahmen in Dörfern, Sporttrainer etc.
 - Öffentliche Aktivitätssorte (z. B. Parcours mit Sportvereinen)

- Förderung der Zusammengehörigkeit, Verhinderung von Vereinsamung durch kulturelle öffentliche Aktivitäten (z. B. „Gesundheitsfest“, Vorträge zur Gesundheit an öffentlichen Orten)

6 Zusammenfassung

Die wesentlichen Ergebnisse und Empfehlungen im Überblick:

- Die Demographie zwingt MV früher als andere Bundesländer zu grundsätzlichen Struktur- und Richtungsentscheidungen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung.
- Der Fokus der Anpassungen liegt in den ländlichen Regionen mit geringer Besiedlungsdichte, die ca. die Hälfte der Landesfläche ausmachen.
- Die bestehende Trennung der Versorgungssektoren (ambulante, stationäre Elektiv- und Notfallversorgung, Rehabilitation, Kranken- und Altenpflege) und die dadurch bedingten sektorimmanenten Anreizsysteme sollten zu Gunsten einer primär ambulanten, am morbiditätsorientierten Versorgungsbedarf der Region orientierten, salutogenetischen Gesundheitsversorgung durch in der Region vorhandene Versorgungskompetenz ersetzt werden.
- Die bisherigen Planungsinstrumente der ärztlichen Bedarfsplanung und Krankenhausplanung werden zu einer integrierten, regionalisierten Gesundheitsplanung auf Ebene der Landkreise zusammengeführt unter der Aufsicht des Landes. Die vier Oberzentren des Landes werden ggf. davon ausgenommen. Die Expertise von Kassenärztlicher Vereinigung, Landeskrankenhausgesellschaft und Krankenkassen ist verbindlicher Bestandteil aller Planungen.
- Die regionale und örtliche Gesundheitsversorgung erfolgt unter dem Primat der ambulanten Versorgung, die heute und in der Zukunft weiter zunehmend vom medizinischen und technologischen Fortschritt ermöglicht wird. Sie orientiert sich organisatorisch an der raumplanerischen Ebene der Grundzentren. Sie wird bestimmt von den in der Region gegebenen Strukturen und von allen Akteuren vor Ort gemeinsam gestaltet und umgesetzt.
- Jeder Landkreis hat einen „Runden Tisch Gesundheit“ neu eingerichtet oder führt diesen fort (z. B. „Runder Tisch Gesundheit“ in Lupenregion LUP). Es werden durch ihn mögliche Versorgungslösungen für die Region beraten und auf den Weg gebracht.
- Die Gemeinden und Landkreise übernehmen verbindlich und rechtswirksam die Steuerung des Aufbaus der neuen demographiefesten medizinischen und gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in ihrer Region. Die Unterstützung und Gesamtsteuerung des Landes in diesem Prozess ist selbstverständlich.
- Die Krankenhäuser in jedem Landkreis werden im Rahmen der Erarbeitung von regionalen Versorgungskonzepten einer Überprüfung ihrer langfristigen Wirtschaftlichkeit und einer Prognose ihres Fortbestehens unterzogen.

- In jedem Fall werden die Krankenhäuser der Hochleistungsmedizin und die mittelgroßen Regionalkrankenhäuser bei der stationären Versorgung eine zentrale Rolle spielen müssen.
- Es können in Hinblick auf die kleinen Krankenhäuser in MV zwei Vorgehensvarianten definiert werden, die entweder die Öffnung auch für die umfassende ambulante Versorgung vorsieht.
 - Die Variante der Öffnung bietet sich für Regionen mit unzureichendem vertragsärztlichem Versorgungsprofil an. Die Krankenhäuser übernehmen die Regionalversorgung im Landkreis als integrierte medizinische Zentren unter Öffnung des Krankenhauses für die umfassende ambulante Medizin (**Öffnungsoption**). Die Vertragsärzte übernehmen im Krankenhaus im Rahmen ihrer Möglichkeiten Versorgungsaufgaben (z. B. in Praxen, Sprechstunden, als Belegärzte)
 - Die Versorgung der Region erfolgt durch das Krankenhaus
 - Die Finanzierung erfolgt über ein festes Regionalbudget, ggf. Benchmarking über eine geeignete Referenzregion/ -population
 - Prüfung der „Einsparteilung“ auf Basis eines Selektivvertrages mit allen GKV-Kassen (Einbindung der KV)
 - Die Variante der Transformierung sollte überwiegend und bevorzugt angestrebt werden, wo leistungsfähige ambulante Strukturen in Form von Vertragsarztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren oder Ärztehäusern bestehen. In diesen Regionen organisieren die Vertragsärzte langfristig die Regionalversorgung im Landkreis unter Bildung einer rechtsfähigen Managementstruktur (**Transformierungsoption**) und Aufbau eines Gemeinde-Gesundheitszentrums (GGZ). Das Krankenhaus gibt die Zulassung zurück, die stationäre Kapazität wird ggf. in Schritten und teilweise oder vollständig in ein Regionalkrankenhaus (nächsthöhere Versorgungsebene) überführt. Die Immobilie wird ggf. in ein gesundheitswirtschaftliches Nachnutzungskonzept eingebettet.
 - Die Versorgung der Region erfolgt durch das rechtsfähige Ärztenetz oder die Managementgesellschaft
 - Die Finanzierung erfolgt über ein Regionalbudget, ggf. Benchmarking über eine geeignete Referenzregion/ -population
 - Prüfung der „Einsparteilung“ auf Basis eines Selektivvertrages mit allen GKV-Kassen (Einbindung der KV)

- Die Krankenhausimmobilie kann entsprechend einer gesundheitswirtschaftlichen Nachnutzung zugeführt werden.
- Das Land verzichtet auf die Rückzahlung von gezahlten Fördermitteln in dem Fall, dass ein Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag zurückgibt und die Krankenhausimmobilie anderen gesundheitswirtschaftlichen Verwendungen zugeführt wird. Es sind entsprechende rechtliche Voraussetzungen hierfür zu schaffen.
- Die Vertragsärzte einzelner Landkreise und die KV MV formulieren zusammen mit dem Krankenhaus/ den Krankenhäusern des Landkreises die Entwicklungsziele der Versorgung und entwerfen Lösungsvorschläge für Gesundheitszentren mit einem verlässlichen und fachlich breiten Versorgungsangebot (hausärztlich, fachärztlich, ggf. spezial-fachärztlich).
- Eigenständige Versorgungs- und Investitionsentscheidungen für die „richtige Versorgung“ der Region erfolgt durch eine Managementgesellschaft, deren Träger und Rechtsform noch festzulegen ist. Möglich sind sowohl Eigenbetriebe oder kommunale Gesellschaft des Landkreises, aber auch Managementgesellschaften in denen alle Beteiligten gleichberechtigt Anteile halten.
- Das medizinische Angebot der Gesundheitszentren/ Gesundheitshäuser wird ergänzt um weitere diagnostische, therapeutische (z. B. Physiotherapie, Apotheke), pflegerische (z. B. Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste) und beratende Angebote der Kommune und/ oder der Wohlfahrtsträger (z. B. Familienhilfe, Schuldnerberatung).
- Die gesetzlichen Krankenkassen nehmen an den regionalen Restrukturierungen in den Landkreisen kooperativ teil und beteiligen sich bei Nachweis der Wirtschaftlichkeit und positiver Wirkung von neuen Versorgungskonzepten auf die Sicherheit und Qualität der Versorgung auch finanziell durch Zuschläge für einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen.
- Die Kassen entwickeln selektivvertragliche Regionalversorgungsmodelle mit vertragswilligen Krankenhäusern, Ärztenetzen und analogen Strukturen wie Medizinischen Versorgungszentren oder Managementgesellschaften, die die Versorgung der ansässigen Bevölkerung sichern.
- In der ärztlichen Aus-/Fort- und Weiterbildung wird der Fokus auf die Bedarfe des Bundeslandes verstärkt:
 - Curriculum Allgemeinmedizin (gesicherte Rotationen in der Weiterbildung in Allgemeinmedizin, Ausbildung der Studenten in ländlichen Gebieten in akademischen Lehrpraxen)

- Gründung eines Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin
- Die Substitution ärztlicher Leistungen durch speziell ausgebildete Pflegekräfte wird vom Land MV durch gesetzgeberische Initiative auf Bundesebene und im Bundesland selbst gefördert.
- Durch aktives Case und Care Management und aufsuchende Betreuungskonzepte in der Häuslichkeit wird die Autonomie der Menschen im Alter möglichst lange erhalten.
- Die Pflegestützpunkte oder Zweigstellen von Pflegestützpunkten werden in den Gesundheitszentren/ Gesundheitshäusern gut erreichbar für die Menschen eingerichtet/ in diese verlagert, die Zahl wird erhöht.
- Der elektronische Datenaustausch zwischen den Leistungsorten aller Versorgungsebenen (z. B. elektronische Patientenakte, radiologische Dokumente/ Befunde) und telemedizinische Anwendungen für bestimmte Patientengruppen (z. B. Epilepsie, chronische Herzschwäche, Schlaganfall) wird vorangetrieben und mittelfristig verpflichtend für alle Leistungserbringer eingeführt
- Es wird empfohlen, den bis 2011 initiierten Telemedizinbeirat des Ministeriums für Wirtschaft, Tourismus und Bau in MV wieder zu beleben
- Die Notfallversorgung wird organisatorisch vereinheitlicht unter Zusammenführung der bislang parallel geführten kommunalen und vertragsärztlichen Notfallversorgung sowie der Versorgung durch die Krankenhäuser mit gemeinsamem Betrieb einer Leitstellenstruktur unter Einbindung der Gesundheitszentren.
- Es wird langfristig geprüft, in welchem Umfang regional differenzierte Hilfsfristen mit verlängerten Fristen in Außenzonen oder Randlagen mit schwacher Besiedlung gesetzgeberisch umsetzbar sind.
- Die Angebote des öffentlichen Personenverkehrs werden an Lage und Öffnungszeiten der Gesundheitszentren angepasst, die Randlagen werden durch individuellen Privatverkehr oder durch Rufbussysteme bedient. (s. Grundlagenexpertise Modul: Mobilität)

7 Anhang

Anhang 1: Interview mit Christian Traupe, Leiter Vertragsmanagement AOK NO

Datum: 20. Oktober 2014, Ort: AOK Nordost,
Wilhelmstraße 1 / Berlin, Gesprächspartner: Christian
Traupe, Stefanie Keller, Teilnehmer HGC: Dr. Bischoff-
Everding, Dr. Keßel

1. Wo sehen Sie die größten Herausforderungen, die in den kommenden 20 Jahren hinsichtlich der Versorgung älterer Menschen (Medizin, Pflege, Prävention) auf die Kostenträger zukommen?
 - Steigende Zahl an Älteren
 - Verteilung der Bevölkerungsstruktur (räumlich und Altersaufbau: viele Alte, wenig Junge)
 - Mit einer medizinischen Unterbesetzung wird nicht gerechnet, allerdings wird es Probleme/Herausforderungen bei der Besetzung freier Stellen geben (Problem der räumlichen Verteilung)
2. Welche Themen stehen derzeit auf der gesundheitspolitischen Agenda der AOK Nordost? Insbesondere zu: Aktivierung der Versicherten/Prävention, Versorgung ländlicher Räume, Strukturierung des Angebotes
3. Gibt es selektivvertragliche Ansätze, die insbesondere auf das Alter und/oder altersassoziierte Krankheiten fokussieren?
 - Probehalber: ambulante geriatrische Komplexbehandlung
 - Mecklenburg-Vorpommern: VERAH-Care; Brandenburg: agnes zwei
 - Wunde
 - Verbleib in der Häuslichkeit
 - Es wird über Transportangebote (Patient zum Arzt) nachgedacht
4. Welche Rolle spielt der Bereich e-Health oder Telemedizin/Telematik in den strategischen Überlegungen der AOK Nordost? Gibt es konkrete Ansätze oder Projekte?
 - Grundsätzlich bestehen Potenziale im Bereich Telemedizin
 - Erfordernis, genau zu definieren, wer genau von diesen Angeboten profitieren kann (Subgruppen bei Indikationen etc.)

- Hintergrund: eine flächendeckende Umsetzung telemedizinischer Ansätze wird nicht bezahlbar sein (für Kostenträger)
 - Doc-to-Doc-Angebote werden als sinnvoll erachtet (Telekonzile etc.)
 - Bsp. Tempis: guter Ansatz
 - Telemedizin wird eher als dritte Lösung gesehen (1.: Patient zum Arzt, 2.: Arzt zum Patient, 3.: Telemedizin)
5. Sehen Sie Möglichkeiten alternativer Finanzierungsmodelle, um den besonderen Versorgungsbedarfen einer alternden Gesellschaft besser gerecht zu werden (Finanzierung des Ehrenamts, Angehörigenpflege etc.)? Kooperation dabei mit den kommunalen Gebietskörperschaften? Anderen?
- Aktuell gibt es keine Rechtsgrundlage für die Finanzierung des Ehrenamts
 - Finanzierung des Ehrenamts nur schwierig möglich (Ansatz ggf. über die Finanzierung von Selbsthilfegruppen)
 - Grundsätzliche Bereitschaft zur Investition vorhanden
 - Alternative: Aufteilung der Finanzierung zwischen Kostenträgern und Kommunen gemäß Sozialgesetzgebung (Kommunen: Ehrenamt, Pflege: Kassen...)
6. Wie kann eine durch die Zunahme multimorbider Erkrankungen entstehende wachsende Belastung der finanziellen Mittel abgedeckt werden? Wie stehen Sie bspw. dem Thema Anpassung von Strukturen im Krankenhausbereich gegenüber? Wie sieht moderne Versorgung aus für die AOK NO?
- Abfederung der finanziellen Belastung:**
- Insbesondere durch strukturelle Maßnahmen
 - Komplette Kompensation der ansteigenden Kosten wird nicht möglich sein
 - Verzögerung des Eintritts des Pflegealters durch entsprechende Maßnahmen (Telemedizin etc.)
 - Aufbau von Wohngruppen (effektive Nutzung einer pflegerische Betreuung); Problem: Notwendigkeit altersgerechter Umbauten erfordert Förderungen; Frage nach Rentabilität solcher Investitionen, da unklar ist, ob eine Nachnutzung für solche Wohnungen gegeben ist (da die Zahl älterer Menschen auf dem Land langfristig wieder zurückgehen wird)
- Anpassung Strukturen:**
- Extrem wichtig ist ein kooperativer Ansatz (ambulant, stationär), Abbau stationärer Kapazitäten zu Gunsten ambulanter Angebote muss bspw. eng zwischen den verschiedenen Leistungserbringern abgestimmt werden
 - Umstrukturierungen sind grundsätzlich wünschenswert
 - Pilotprojekte sind besonders geeignete, um neue Ansätze zu testen und Erfahrungen zu sammeln
 - Zu berücksichtigende Aspekte/Rechtsgrundlagen
 - SGB V
 - SGB XI
 - Soziale Aspekte (Alkohol, Drogen, psychische Erkrankungen...); heute ist problematisch, dass es in diesem Bereich unterschiedliche Finanzierungstöpfe gibt, so dass gemeinsame, übergreifende Projekte nur schwierig umsetzbar sind (Gefahr von Rechtsstreits)
 - Kommunen sind in der Verantwortung, übergreifende Projekte anzustoßen, müssen allerdings finanziell unterstützt werden
 - Neben der Wirtschaftlichkeitsfrage stellt sich zudem die Frage, in welchem Umfang alle Anbieter künftig überhaupt Qualitätskriterien erfüllen können (Mindestmengen)

7. Neue Strukturen (insbesondere im Bereich mobile Angebote) erscheinen künftig in Flächenländern wie MV unumgänglich. Sehen Sie die Kostenträgern in der Verpflichtung was die Finanzierung solcher Strukturen angeht?
- Thema Mobilität ist Aufgabe der Kommunen (finanziell)
 - Eine konzeptionelle Beteiligung an der Entwicklung von Angeboten ist denkbar und sinnvoll
8. Welche Sichtweise nimmt die AOK Nordost zum Thema „Substitution ärztlicher Tätigkeiten“ ein? Verschreibungsrecht für nicht-ärztliche Heilberufe? Akademisierung?
- Langfristig führt kein Weg an qualifizierten Nurses vorbei
 - Problem: es wird 20 Jahre dauern, bis ausreichend qualifizierte Nurses zur Verfügung stehen
 - Akademisierung der Pflege: eine Trennung ist extrem wichtig, nicht jede Pflegekraft sollte akademisiert werden (sonst fehlt die Basis der pflegerischen Betreuung)
 - Finanzierung: Nurse sollte nicht auf eigene Rechnung arbeiten, sondern als Angestellte von GGZ/Arzt (letztlich wird es immer Aufgaben geben, die der Mediziner zu übernehmen hat)
9. Was halten Sie von der Idee (s. SVR) eines „Gemeinde Gesundheitszentrums“ oder „Regionales Gesundheitszentrum“?
- Perspektivisch unvermeidbar und absolut sinnvoll
 - Kommunale Trägerschaft ist denkbar, auch Kostenträger sind grundsätzlich als Vertragspartner vorstellbar
 - Eine alleinige Eigentümerschaft durch SGB V-Partner (insbes. Kassen) aktuell nicht möglich (gleiches gilt auch für mobile und telemedizinische Angebote)
 - Grundsätzlich wäre es aber aus Kassensicht denkbar, GGZ's ohne 100% Anteile zu betreiben (dann allerdings nicht ausschließlich für die eigenen Versicherten)
10. Welche Ideen haben Sie zum Thema Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in peripheren Regionen? Spielt das Thema Finanzierung eine Rolle?
- Monetäre Anreize reichen nicht aus (Hausärzte verdienen in Flächenländern schon heute im Bundesvergleich gut)
 - Problematisch sind eher die infrastrukturellen Voraussetzungen
 - Voraussetzung: Investitionssicherheit (es muss eine konstant hohe Vergütung gewährleistet sein)
 - Ein flexibleres Zulassungssystem könnte eine Chance sein (damit bspw. später der Sitz gewechselt werden kann)
 - Entlastung der Hausärzte extrem wichtig
 - CAVE: es wird keine perfekte Lösung geben!
 - Kleine Kommunen, die sich kein MVZ/GGZ leisten können, könnten Räumlichkeiten für wöchentliche Sprechstunden zur Verfügung stellen (Montag Hausarzt, Dienstag Augenarzt...); es ist zu gewährleisten, dass den Patienten konstant die gleichen Ansprechpartner zur Verfügung stehen
11. Sonstiges
- Rettungsdienste**
- Es gibt Ansätze, ärztliche Bereitschaftspraxen vor Notfallambulanzen in Kliniken zu

schalten (quasi als “Filter”)

Prävention

- Flächendeckende Versorgung mit Präventionsangeboten extrem schwierig
- Es ist zu spät, um die in den nächsten 20 Jahren auftretenden Schwierigkeiten mittels Primärprävention zu bekämpfen (eher Sekundär-/Tertiärprävention gefragt)
- Internetangebote können für die jüngeren Generationen sinnvoll sein
- Präventionsangebote könnten in GGZs angesiedelt werden
- Mögliche Themen:
 - Sturzvermeidung in der Häuslichkeit
 - Vermeidung sozialer Vereinsamung (Aufgabe der Kommunen)
 - Aktivierung (gute Schnittstelle zu Agnes/Verah; neues Stellenprofil einer „Sozial-Verah“)

Anhang 2: Workshop Ludwigslust-Parchim

Datum: 24. Oktober 2014, Ort: Landratsamt Parchim

1. Neumann

- Fläche Landkreis: 4.752 km²
- Kreisgebietsreform: 2011 (LWL und PCH zusammen)
- ÖPNV dient im Wesentlichen dem Schülerverkehr (andere Zwecke kaum abgedeckt)
- Krankenhausstandorte im Landkreis relativ gut verteilt
- Pflegesozialplan seit 2013 vorhanden
- 2011: ~ 8.600 Pflegebedürftige im Landkreis; Anstieg bis auf 11.000 in den kommenden Jahren
- 2 Pflegestützpunkte in Parchim und Ludwigslust (mit Sprechstunden in Außenstützpunkten)
- Gut ausgebautes Netz an ambulanten Pflegediensten vorhanden

Heydorn

- Durchschnittliche Besiedlung in MV: 75 Personen/km² (im Westen sind es mind. 100 mehr)

2. Hildebrandt

- Problem in der (deutschen) Gesundheitswirtschaft: Ethik und Ökonomie widersprechen sich (falsche Anreize)
- Eigentlich sollten Aktivierung und Erzeugung von Gesundheitskompetenz das Ziel sein (präventiver Ansatz)
 - Dies gilt umso mehr in kleinen Strukturen, wo die Notwendigkeit von Eigenverantwortung noch größer ist (da hier keine vollumfängliche Versorgung gewährleistet werden kann)
- Region des Gesunden Kinzigtals (GK): ca. 70.000 Einwohner (gesamt)
- Hintergrund des GK: effiziente Nutzung vorhandenen Wissens zur Verbesserung der Versorgung (dafür gibt es in der Regelversorgung kein

adäquates Anreizsystem)

- Finanzierung (85% des Ergebnisses von GK) aus Erfolg (d.h. den Kosteneinsparungen, die aus einer besseren Versorgung im Vergleich zur Regelversorgung resultieren und die dann mit den Vertragskassen (AOK und LKK) geteilt werden)
- Referenzgruppe (zur Patientenpopulation, die in GK-Vertrag eingeschlossen wird): AOK BaWü Gesamtversichertenpopulation (~4 Mio. Versicherte)
- Risiko: bei vorheriger bestehender Unterversorgung automatischer Anstieg der Kosten, daher ist die Festlegung des finanziellen Referenzpunktes (Ausgangspunkt bei Beginn des Projektes) wichtig
- Problem: Abhängigkeit von Kassen-Vertragspartnern – nur Versicherte dieser Kassen können in den Vertrag eingeschrieben und entsprechend behandelt werden (Gleichheit der Versorgung nicht gewährleistet); wünschenswert wäre daher eine Teilnahme aller Kostenträger
- Chance: Innovationsfonds i.H.v. 300 Mio. Euro/Jahr ab 2016 (auch für MV bietet es sich an, Anträge zu stellen beim G-BA)
- Bei Pflegeversicherung besteht wegen kollektiver Finanzierung über alle Kassen kein Interesse an Investitionen; diese profitiert von den Ergebnissen besserer Versorgung, zahlt aber nicht
- Frage Heydorn: Warum wurde der Ansatz des GK nicht bereits in andere Regionen übertragen?
 - Brechen mit der herkömmlichen Denke als Hindernis
 - Fehlender unternehmerischer Mut (insbesondere bei Wissenschaftlern, die es für die Umsetzung eines solchen Ansatzes braucht)
- Frage Heydorn: Stößt man nicht auf extreme Widerstände aus den Reihen der Krankenhaus-Geschäftsführer (da dort die meisten Einsparungen zu erwarten sind)?
 - Sofern entsprechende Kompensationen gefunden werden (bspw. im Bereich ambulanter Leistungen), können auch Krankenhäuser für den Ansatz gewonnen werden
- Frage Heydorn: 90% der Krankenhäuser in MV befinden sich in privater Trägerschaft – reagieren diese genauso wie kommunale Träger?
 - Dies ist eine Frage der Ökonomie, Argumente lassen sich finden
- Anmerkung Szepan – relevante Rechtsgrundlagen: SGB V, IX, XI, XII

3. Freiberg

- Patientenbus als eine Komponente des RegioMed-Programms
- Agnes^{zwei}: Case Management analog VERAH Care, Vergütung über Sondervertrag
- Aussage, dass Menschen länger gesund sind, stimmt so nicht genau; vielmehr leben Leute länger mit ihren multimorbiden Erkrankungen
- Partner des RegioMed-Zentrums in Templin: KV BB, Sana Kliniken, Krankenkassen (AOK und Barmer GEK)
- Finanzierung zunächst über Strukturfonds (da die notwendigen EBM's noch nicht existieren)
- Herausforderungen: Patienten müssen „zum Angebot kommen“; Lösungsansatz – *RegioMed Patientenbus*
- Hausbesuche wenig sinnvoll (da zu viel Zeit für die Behandlung einzelner Patienten aufgewendet wird; keine effiziente Ressourcennutzung)
- Bus fährt 1mal pro Woche (dienstags)
- Heute kein alleiniger Patientenbus mehr, sondern ein „Bürgerbus“, der auch anderen Zwecken dient (bspw. Einkaufen) und von Kommune mitfinanziert wird
- Die daraus resultierende Mischkalkulation erleichtert die Finanzierbarkeit

4. Szepan

- Großer Streitpunkt im G-BA: Definition von Delegation und Substitution (Heilkundeübertragung)
 - Delegation: Mediziner geben Aufgaben ab, behalten aber die Letztverantwortung, es geht also um die *Durchführung*
 - Substitution: *Entscheidung*, ob etwas gemacht wird
- Kommunen kommt in diesem Zusammenhang eine große Rolle zu (bspw. als Träger von MVZ's oder in der Strukturierung der Pflege)
- In strukturschwachen Regionen bieten sich lokale Gesundheitszentren an (mit starker Rolle der Pflege), s. Beispiele international, wie in Skandinavien
- „Regionale Versorgungslösungen erfordern eine Gesprächs- und Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten“
- Exemplarisches Thema, welches unter die Heilkundeübertragung (übertragungsfähige ärztliche Leistungen) fällt: chronische Wunde – würde sich für eine Erprobung anbieten

- Kritische Sichtweise der KVen/ KBV und Vertragsärzte zum Thema Substitution
- Akademisierung der Pflege: Pflegestärkungsgesetz wird zum Ende des Jahres 2014 erwartet
- Im Zuge der Akademisierung der Pflege ist auch eine Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Ausbildung zu denken, um die notwendige Kommunikation zu erleichtern (dies gilt unabhängig nicht nur für akademisierte Pflegeberufe, sondern für den gesamten Bereich der Pflege)
- Frage Heydorn: grundsätzlicher Befürworter von Substitution, aber: Wer ersetzt dann die, „die vom Bett weg gehen“?
 - Notwendigkeit einer Neuordnung des Pflegeberufs (bspw. künftig stärkere Managementfunktion der Pflege)
- Frage Heydorn: Wer managed die neuen Strukturen (bspw. Gemeinde Gesundheitszentren)? Wie wird das finanziert?
 - Kommunen alleine dürften mit dieser Aufgabe aktuell überfordert sein

4. Loos

- MV früher führend im Bereich Telemedizin (neben NRW)
- E-Health-Gesetz in Aussicht gestellt
- Bis heute sind lediglich zwei telemedizinische Anwendungen in der Regelversorgung angekommen
- Problem: Nutzen von Telemedizin extrem schwer nachweisbar
- Bislang starker Fokus telemedizinischer Projekte auf den stationären Bereich (wegen Finanzierung)
- GKV-VSG: erstes Gesetz, welches das Wort „Telemedizin“ enthält
- Sachsen: Telemedizin seit 2008 in der Regelversorgung
- Starker Fokus der Telemedizin: Schlaganfallversorgung (bspw. Stroke Units) wie TEMPIS-Projekt in Bayern
- Frage Hildebrandt: Wann wird es zu einem „Preisverfall“ in Bezug auf die notwendige Technik kommen? Dies sei Voraussetzung für eine Umsetzbarkeit in der Fläche
 - Dr. Hess (Asklepios): hohe Anforderungen des Medizinproduktegesetz machen einen Preisverfall eher unwahrscheinlich
- Frage Heydorn: Was ist mit der Breitbandversorgung (Voraussetzung für viele telemedizinische Anwendungen)? Wird es diese in MV wirklich

flächendeckend geben?

- Dr. Behrens (Uni Rostock): derzeit ist keine flächendeckende Verfügbarkeit gegeben
- PD Dr. van den Berg: einfache Anwendungen funktionieren derzeit, Video-basierte Anwendungen bspw. nicht – der Aufbau des Netzes sei Aufgabe der Politik/ des Landes
- Anmerkung Heydorn: ca. ein Drittel von MV „Regionen mit besonderen demographischen Herausforderungen“
- Anmerkung Heydorn: Umzugsbereitschaft liegt bei 36%
- Frau Rohr stellt die Frage nach der Daseinsvorsorge: „Was *wollen* wir überhaupt finanzieren?“
 - Laut Herrn Heydorn muss die Frage vielmehr lauten: „Was *können* wir finanzieren?“
- Anmerkung Loos: Notwendigkeit für Telemedizin darf nicht durch die Hersteller vorgegeben, sondern muss von den Medizinern/ Nutzern definiert werden

Anhang 3: Workshop Vorpommern-Greifswald

Datum: 21. Okt. 2014, Ort: Studentenwerk Greifswald

1. Dr. Syrbe

- Kreis Greifswald:
 - Lange Jahre höchste Arbeitslosigkeit in MV
 - Probleme in MV spiegeln sich hier in besonderem Maße wieder
- „GeroMobil“ (Mobiles Pflegeangebot, Wohnortnahe kostenlose Diagnose und Beratung, Schwerpunkt 1: Demenz, Schwerpunkt 2: Demographischer Wandel, Träger: Volkssolidarität, Start: 01.03.2012)
- „Lern-vor-Ort“ (Lebenslanges Lernen der Verwaltungsmitarbeiter)

Heydorn

- Aufgrund der verschiedenen Partikularinteressen bietet das Thema Gesundheit und Pflege ein hohes Konfliktpotenzial im Vergleich zu den anderen Themen der Kommission (Mobilität, Wohnen etc.), Reizthemen werden sein u. a.: Regionalbudget, Delegation/Substitution
- Erkenntnis in der Enquete und in der Politik: zunehmende Verpflichtung zur Eigenverantwortung der Menschen, insbesondere in der sich ausdünnenden Fläche

2. Dr. Jäger

- ANSB: 100% Vertragsärzte-Trägerschaft, wichtig für Erfolg ist ein „Charismatiker“ aus der lokalen Ärzteschaft
- Nach Möglichkeit lokaler Bezug von Bedarfsmitteln (Sanitätshäuser, Apotheken, Behindertenwerkstatt macht Marketingmaterial/Visitenkarte), Leistungen und Finanzvolumen bleiben in der Region
- ProMEDplus-Verträge: §140er Verträge mit AOK Nordost und Barmer GEK
- Finanzierung der Managementgesellschaft über Kosteneinsparungen, insb. Hospitalvermeidung (Vergleich der eigenen Patientengruppe mit

Referenzgruppe)

- Einwerbung zusätzlicher Finanzmittel aus EU-Fördertöpfen
- Casemanagement
 - Muss vor Ort/ aufsuchend in der Häuslichkeit erfolgen (nicht telefonisch)
 - Erfordert i.d.R. eine Mindestanzahl an Besuchen (~3); Patienten müssen Vertrauen gewinnen und brauchen daher Zeit, bis ehrlich über Medikamenteneinnahme etc. berichtet wird
 - Psychosoziale Betreuung spielt eine große Rolle → Lebensfreude!
 - Insbesondere bei komplexen, multimorbiden Patienten
 - Ausschließlich auf Verordnung der Hausärzte, nicht der Fachärzte
- Demenz
 - 1:1-Betreuung (Je Patient ein Ehrenamtler)
 - Vorteil in MV: günstige Räumlichkeiten vorhanden (bspw. für die Einrichtung von Tagespflegen)
 - Demenzwohngemeinschaften: Demente sind Mieter, nicht Heimbewohner; Vorteil: Betreuung mehrerer Dementer auf räumlich konzentrierter Fläche
- Nachbesetzung von Hausarztstellen: i.d.R. pro Stelle je zwei weibliche Hausärzte in Teilzeit
- MVZ garantiert seinen angestellten Ärzten die Mitnahme der Niederlassung in die eigene Praxis, steigert die Attraktivität bei veränderten Lebensplänen
- Ehrenamt
 - Ehrenamtler erhalten 6,50 €/Stunde als Aufwandsentschädigung
 - Noch bedeutender ist allerdings das Thema Wertschätzung (bspw. Fortbildungen, gemeinsame Aktivitäten wie Grillabende etc.)
 - Falls möglich, werden die Leistungen der Ehrenamtler als niederschwellige Angebote abgerechnet (hier besteht Konfliktpotenzial an der Schnittstelle zu ambulanten Pflegediensten)
- Tagespflege: Alte werden morgens mit T5-Bussen eingesammelt und abends wieder nach Hause gebracht
- Kommentar Dr. Wygold: Beteiligung bzw. Einbindung von Krankenhäusern bspw. bei der Entwicklung von strukturierten Behandlungspfaden wäre wünschenswert (da im stationären Bereich die höchsten Kosten verursacht werden)

- Falls das Pflegestärkungsgesetz zum 01.01.2015 kommt: künftig Betreuungs- und *Entlastungsleistungen* (d.h. nicht mehr originär Pflege) – Stärkere Differenzierung der Tätigkeitsbereiche; Gefahr: „Deprofessionalisierung“ (auch andere Player wie bspw. Hausmeisterservices werden auf den Pflegemarkt drängen, da bestimmte Leistungen abrechnungsfähig werden)

3. Winter

- Ansatz: Integration der Generationen, Lebensfreude steigern, Einbindung von Studenten und Schülern, AIZ ist Preisträger, Kanzlerin Merkel bei Einweihung dabei
- Alte werden nicht in ihrer Häuslichkeit versorgt (bspw. durch Essen auf Rädern, das die Vereinsamung fördert), sondern abgeholt („Seniorenmobil“) und in ein Zentrum gebracht
- Diese Zentren bieten ein reichhaltiges Freizeit- und Kulturangebot, nicht nur für alte Menschen (Geburtstagsfeiern, Hochzeiten, Friseur, Reisevorträge etc.)
- Angebot ist eher auf Mittelalte ausgelegt (Hochaltrige (85+) müssen auch zu Hause versorgt werden können, da nicht mobil); Anmerkung Winter: es gibt zusätzlich acht sog. „Begegnungsstätten“ im Landkreis (dort kommt etwa auch der kubanische Tanzlehrer zu Tanzstunden hin)
- Anmerkung Heydorn: „Je kleiner die Kommune, desto größer das Ausmaß an Selbstverantwortung.“ (Versorgung in den kleinen Kommunen nur auf niedrigem Niveau möglich)
- Vorteil Mobilität: kein Aufbau von Strukturen nötig, wo diese künftig nicht mehr benötigt werden (da dann keine Menschen mehr dort wohnen werden)
- Präventionsangebote
- Es kommt zu einer Begegnung von Jung und Alt
- Bspw. auch gemeinsames Gärtnern oder Kochen
- Öffnungszeiten: Montag bis Sonntag, 10:00-17:00Uhr, bei Veranstaltungen open end)
- 2 finanzierte 0,5 VK-Stellen für ein Quartiersmanagement
- Sportgeräte im Außenbereich (Zielsetzung: 2 Sportkurse pro Woche)
- Aktuell laufen Verhandlungen mit der AOK Nordost mit dem Ziel eines Versorgungsvertrags
- 2 größte Herausforderungen: Mobilität (Seniorenshuttle), Kochen mit frischen Zutaten

- Bereich betreutes Wohnen (private Mieter) ist voll integriert in das Aktivzentrum
- Starke Durchmischung der Bewohner (auch Doktoren und Professoren), günstigste Wohnung: 295€/Monat
- Radius aus dem die Leute geholt werden: ~ 20km
- Senioren zahlen zu, dennoch ist die Abhängigkeit von Fördermitteln relativ groß
- Es gibt auch medizinische/pflegerische Selbstzahlerleistungen (Module können einzeln gebucht werden); Anmerkung Heydorn: Selbstzahler werden künftig weniger (aktuell geht es den Senioren noch relativ gut, dies wird künftig anders sein)
- Aktuell: Anbindung einer Praxis (internistisch-geriatrisch), nicht voll vermietet; angedacht sind stundenweise Sprechstunden (aktuell wird mit einem Psychiater und einem Allgemeinmediziner gesprochen)
- Wirtschaftlichkeit kann nur über Vollauslastung erreicht werden
- Unterstützung kommt von Kommunen, aber auch Partnern (bspw. Sparkassen)
- Insgesamt wurden bislang ~ 6Mio. € an Investitionsvolumen generiert

4. Hotzelmann

- Wünschenswert wäre eine mobile Krankenschwester (AGNES, VERAH) als "Fühler" (um dann bei Bedarf ggf. schnell einen Arzt einschalten zu können)
- Die „Einsamkeit der älteren Menschen bekämpfen“
- Sport und Bewegung ist wichtig für Sicherung der geriatrischen Behandlungsergebnisse
- Weitere Idee: „Bewegungshelfer“ in allen Dörfern und Kommunen (keine fachliche Ausbildung notwendig); „Frau Mayer, kommen Sie, wir gehen spazieren.“
- Radius, aus dem Patienten eingesammelt werden: ~ 40 Fahrminuten
- Finanzierung: Durch GKV, aber Pflegekassen sollten beteiligt werden (da sie auch vom Angebot profitieren)
- Alter der Patienten i.d.R. ab 65 Jahren
- Überweisung kommt vom Hausarzt
- Abrechnung über Versorgungsprogramm (AOK Nordost) oder Einreichung von Einzelfallanträgen (Ersatzkassen, BKK)

- In jedem Landkreis sollte es analog der Praxis von Herrn Dr. Hotzelmann ein altersmedizinisches Angebot (möglichst Vertragsarzt, ggf. auch Krankenhaus wie in SH) geben
- Pro betreute Patientengruppe: max. 15 Personen
- Start i.d.R. um 08:00Uhr, Ende zur Mittagszeit
- Anmerkung Traupe: eine Evaluation inkl. medizinischer Parameter läuft gerade, da die Routinedaten nicht zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit ausreichen, Ergebnisse in zwei Jahren zu erwarten
- Stichwort Low Care Medicine (geprägt durch Zuwendung)
- Medikamentenmanagement: Medikamentenverschreibungen sind ein wichtiges Thema (~ 40.000 Medikamententote/ Jahr in Deutschland); eigentlich sollte jeder Geriater eine pharmakologische Ausbildung haben; die Hälfte der im Alter eingenommenen Medikamente lassen sich einsparen/vermeiden
- Falls eine Gewährleistung geriatrischer Leistungen durch Niedergelassene nicht gegeben ist, müssen Kliniken entsprechende ambulante Angebote vorhalten (Dr. Wygold stimmt zu)

9 Literaturverzeichnis

- [1] „Kommunalfinanzbericht,“ Landesrechnungshof Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, 2009.
- [2] Institut für Community Medicine, „Datenlieferung durch Kooperationspartner,“ 2014.
- [3] U. Siewert, K. Fendrich, G. Doblhammer-Reiter, R. D. Scholz, P. Schuff-Werner und W. Hoffmann, „Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern. Hochrechnung der Fallzahlen altersassoziierter Erkrankungen bis 2020 auf der Basis der Study of Health in Pomerania (SHIP).“, *Deutsches Ärzteblatt*, p. 107(18): 328–34, 2010.
- [4] S. Sütterlin, I. Hoßmann und R. Kllingholz, „Demenz Report - Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der gesellschaft vorbereiten können,“ Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin, 2011.
- [5] D.-M. R. Feldmann, „Wohin entwickelt sich die vertragsärztliche Versorgung zwischen Freiberuflichkeit, Generation Y und Landarztmangel? - BMC - Hintergrundgespräch,“ Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, 5. November 2014.
- [6] „Arztdichte in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 2011 bis 2013 (Einwohner je berufstätigen Arzt),“ Statista, 2014. [Online]. Available: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/158847/umfrage/arztdichte-in-deutschland-seit-2009/>. [Zugriff am 19 November 2014].
- [7] F. M. Gerlach, W. Greiner, M. Haubitz, D. Schaeffer und e. al., „Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche,“ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn/berlin, 2014.
- [8] P. D. R. Jacob, „Berufsmonitoring Medizinstudenten - 2. Welle Bundesweite Befragung von Medizinstudenten,“ Kassenärztliche Bundesvereinigung, Trier, Frühjahr 2014.
- [9] „Eckdaten der Krankenhausstatistik,“ Deutsche Krankenhausgesellschaft - Bundesverband der Krankenhausträger in der Bundesrepublik Deutschland, 07 Oktober 2014. [Online]. Available: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/215/aid/4222/title/Eckdaten_Krankenhausstatistik. [Zugriff am 18 November 2014].
- [10] „Pressemitteilung Nr. 296 - Zahl der Krankenhauspatienten im Jahr 2013 leicht gestiegen,“ Statistisches Bundesamt - Destatis, 22.08.2014.

- [11] U. Dr. Preusker, M. Dr. Müschenich und S. Preusker, „Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003-2013 - Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes,“ GKV-Spitzenverband, S. 15 , 20, Mai 2014.
- [12] „Gröhe will Zahl der Krankenhausbetten reduzieren,“ Deutsches Ärzteblatt, 09 April 2014. [Online]. Available: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58280/Groehewill-Zahl-der-Krankenhausbetten-reduzieren>. [Zugriff am 18 November 2014].
- [13] „Überversorgung in den Städten - SPD will Kliniken schließen,“ Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, 02 November 2013. [Online]. Available: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/ueberversorgung-in-staedten-spd-will-kliniken-schliessen-12645605.html>. [Zugriff am 20 November 2014].
- [14] H. Jahberg und R. Woratschka, „Alle Krankenkassen werden einen Zusatzbeitrag erheben“, Verlag Der Tagesspiegel GmbH, 17 November 2014. [Online]. Available: <http://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/aok-chef-juergen-graalmann-alle-krankenkassen-werden-einen-zusatzbeitrag-erheben/10987594.html>. [Zugriff am 25 November 2014].
- [15] „Rating-Report: Jede dritte Klinik in den roten Zahlen,“ *Deutsche Ärztezeitung*, 26 Juni 2014.
- [16] „Krankenhaus Rating Report 2014: Fast die Hälfte der deutschen Kliniken ist nicht ausreichend investitionsfähig,“ *Rheinisch-westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung*, 26 Juni 2014.
- [17] „Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2013,“ in *Gesundheit*, Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.2 - 2014.
- [18] C. Conradi, „Integrierte Versorgung – wie geht es weiter?,“ hcm-magazin.de - Holzmann Medien GmbH & Co. KG, 18 Dezember 2014. [Online]. Available: <http://www.hcm-magazin.de/integrierte-versorgung-wie-geht-es-weiter/150/10660/214885>. [Zugriff am 19 November 2014].
- [19] „Vorsorge und Rehabilitation,“ in *Begutachtungs-Richtlinie*, GKV-Spitzenverband; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. , 2012, p. 38ff.
- [20] „Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,“ Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2013.
- [21] „Planungsbereiche,“ Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2014. [Online]. Available: <http://www.kvmv.info/aerzte/27/15/Planungsbereiche.html>. [Zugriff am 02 November 2014].
- [22] „Die neue Bedarfsplanung - Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten,“ Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, 2013.

- [23] M. Dr. Albrecht, S. Dr. Etgeton und R. R. Dr. Ochman, „Faktencheck Gesundheit - Regionale Verteilung von Arztstühlen (Ärztedichte),“ Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2014.
- [24] B. d. J. u. f. Verbraucherschutz, „§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung,“ [Online]. Available: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___105.html. [Zugriff am 30 Oktober 2014].
- [25] „Investitionskostenzuschüsse und Sicherstellungszuschläge ab 1. Januar 2014,“ Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 10 März 2014. [Online]. Available: <http://www.kvmv.info/aerzte/27/20/Sicherstellungszuschlaege.htm>. [Zugriff am 30 März 2014].
- [26] „Aktualisierte 4. Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030 - Aktualisierung der 4. Landesprognose auf das Basisjahr 2010,“ Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, 2012.
- [27] Statistische Ämter des Bundes und der Länder, „Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern - Heft 1,“ in *Demographischer Wandel in Deutschland*, Statistisches Bundesamt - Destatis, 2011.
- [28] „Bevölkerung, Haushalte und Familien,“ Mecklenburg-Vorpommern Statistisches Amt, Juli 2013. [Online]. Available: http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/bhf/Analysen,_Aufsaetze/index.jsp. [Zugriff am 18 November 2014].
- [29] „Bevölkerungsstand und Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland,“ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2014. [Online]. Available: http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/zr_deutschland.html. [Zugriff am November 2014].
- [30] „Demographische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen,“ in *GBE Kompakt - Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Robert Koch Institut, 02/2013, p. 3f.
- [31] F. Staack, „Den Gesundheitsweisen reißt der Geduldsfaden,“ Deutsche Ärztezeitung, 25 Juli 2014. [Online]. Available: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/bedarfsplanung/default.aspx?sid=863945&cm_mmc=Newsletter_-_Newsletter-C_-_20140625_-_Bedarfsplanung. [Zugriff am 04 November 2014].
- [32] „Raumentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern - Wichtige Inhalte des neuen Landesraumentwicklungsprogramms Mecklenburg-Vorpommern,“ Ministerium für Arbeit, Bau und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, 08/2005.
- [33] „Regionales Raumentwicklungsprogramm Vorpommern,“ Amt für Raumordnung und

- Landesplanung Vorpommern - Regionaler Planungsverband Vorpommern, August 2010. [Online]. Available: http://www.rpv-vorpommern.de/fileadmin/dateien/dokumente/pdf/RREP_VP_2010/RREP_VP_2010.pdf. [Zugriff am 20 Oktober 2014].
- [34] „Regionales Raumentwicklungsprogramm Westmecklenburg,“ Amt für Raumordnung und Landesplanung Westmecklenburg - Regionaler Planungsverband Westmecklenburg, November 2011. [Online]. Available: <http://www.westmecklenburg-schwerin.de/media//regionaler-planungsverband-westmecklenburg/absaetze/rrep-wm-2011.pdf>. [Zugriff am 20 Oktober 2014].
- [35] „Regionales Raumentwicklungsprogramm Mecklenburgische Seenplatte,“ Amt für Raumordnung und Landesplanung Mecklenburgische Seenplatte - Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte - , Oktober 2011. [Online]. Available: http://www.region-seenplatte.de/sites/default/files/downloads/attachment/Regionales%20Raumentwicklungsprogramm%20Mecklenburgische%20Seenplatte_Text.pdf. [Zugriff am 20 Oktober 2014].
- [36] „Regionales Raumentwicklungsprogramm Mittleres Mecklenburg/Rostock,“ Amt für Raumordnung und Landesplanung - Regionaler Planungsverband Mittleres Mecklenburg, 2011. [Online]. Available: http://www.planungsverband-rostock.de/fileadmin/user_upload/pdf/regionalplan_2011/Textteil_ohne_Karten_RREP_MMR_2011.pdf. [Zugriff am 20 Oktober 2014].
- [37] „Entwurf zur ersten Stufe des Beteiligungsverfahrens - Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern (LEP M-V),“ Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung, Schwerin, 2014.
- [38] R. Klingholz, „Richtigstellung,“ Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin, 2014.
- [39] „Superkrankenhäuser – gute Marktchancen,“ Deutsch-Dänische Handelskammer, 2014. [Online]. Available: <http://www.handelskammer.dk/dienstleistungen/exportberatung/branchenfokus/superkrankenhaeuser/>. [Zugriff am 10 November 2014].
- [40] „Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015,“ Bundesministerium für Gesundheit, Berlin, Dezember 2015.
- [41] „Ärztendorf Südbrandenburg,“ Ärztenetz Südbrandenburg GbR, 2014. [Online]. Available: <http://www.ansb.de/index.php/about/ansb-netzwerk-zielstellung>. [Zugriff am 05 November 2014].
- [42] „Mecklenburg-Vorpommern - Ärztenetz kooperiert mit AOK,“ Ärzte Zeitung Verlags-GmbH, 18 Oktober 2013. [Online]. Available: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/netze_kooperation/article/848299/meck

- lenburg-vorpommern-aerztenetz-kooperiert-aok.html. [Zugriff am 06 November 2014].
- [43] „HaffNet Ärztenetzwerk,“ HaffNet GbR "Ärztenetz", 2014. [Online]. Available: <http://www.haffnet-online.de>. [Zugriff am 06 November 2014].
- [44] „GeriatRIekonzept Baden-Württemberg 2014,“ Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Stuttgart, 2014.
- [45] „ProMobil - Ambulante Geriatrische Versorgung,“ ProMobil Müritz, 2014. [Online]. Available: www.promobil-mueritz.de. [Zugriff am 06 November 2014].
- [46] „Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz,“ Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, 2014. [Online]. Available: <http://www.ggz.graz.at/>. [Zugriff am 04 November 2014].
- [47] R.-W. I. f. Wirtschaftsforschung, „Erarbeitung von Umsetzungsvorschlägen der Position der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung - Vorläufiger Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek),“ Verband der Ersatzkassen e.V., Essen, 2014.
- [48] L. Varesmaa-Korhonen, „Die Gesundheitsversorgung und das TellLappi-Projekt in Nordfinnland,“ *Informationen zur Raumentwicklung*, pp. 767-770, 2003.

Appendix

Status Quo der Versorgungssituation in MV

Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“

(Gesundheit und Pflege – das Versorgungsgeschehen in Mecklenburg-Vorpommern vor dem Hintergrund des demografischen Wandels)



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis.....	VII
1 Hintergrund des Dokumentes als Appendix.....	1
2 Darstellung der demographischen Rahmenbedingungen in MV.....	2
2.1 Besiedlungsstruktur.....	5
2.2 Exkurs: Flächennutzung in MV.....	6
3 Die medizinische Versorgungslandschaft.....	7
3.1 Leistungsspektrum, Angebotsseite.....	7
3.1.1 Stationäre Leistungserbringer.....	7
3.1.2 Wirtschaftliche Situation der Kliniken MV und Krankenhaus-Rating Report.....	8
3.1.3 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.....	10
3.1.4 Geriatrische und palliative Versorgungsstrukturen.....	11
3.1.5 Vertragsärzte und angestellte Ärzte, Therapeuten.....	12
3.1.6 Innovative Versorgungsstrukturen.....	18
3.1.7 Ärztealter.....	18
3.1.8 E-Health als Unterstützungstechnologie.....	21
3.1.9 Studium der Humanmedizin.....	22
3.2 Nachfrageseite.....	22
3.2.1 Morbiditätsstruktur.....	23
3.2.2 Erreichbarkeit der Leistungserbringer.....	29
4 Pflege.....	34
4.1 Leistungserbringer.....	34
4.2 Pflegebedürftigkeit.....	36
4.3 Angehörigenpflege.....	37
4.4 Ehrenamt.....	38
4.4.1 Ehrenamt im Setting der stationären Pflege.....	41
5 Prävention.....	43
5.1.1 Beispiel Evaluation präventiver Maßnahmen in MV.....	47
6 Finanzierung.....	49
6.1 Allgemeine Finanzlage.....	49
6.2 Krankheitskosten für das Sozialversicherungssystem.....	52

6.3	Pflegekosten	53
6.4	Einkommen/ Erwerbstätigkeit	53
7	Literaturverzeichnis	55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Altersverteilung nach Gruppen in den beiden Lupenregionen	4
Abbildung 2 Darstellung der stationären KH- Versorgung.....	8
Abbildung 3 Ausfallwahrscheinlichkeit nach Bundesländern.....	10
Abbildung 4 Verteilung nach Höhe des Jahresüberschusses	10
Abbildung 5 Darstellung der Palliativversorgungsstrukturen in MV	11
Abbildung 6 Entwicklung der Praxisformen (2005- 2011)	13
Abbildung 7 Verteilung der betrachteten Facharztgruppen in MV	15
Abbildung 8 Facharztgruppen in der Lupenregion VG	16
Abbildung 9 Zusammensetzung der Facharztgruppen in der Lupenregion LP	16
Abbildung 10 Darstellung der Ergebnisse von SHIP-1 - Arztbesuche im vergangenen Jahr.	17
Abbildung 11 Altersverteilung aller Ärzte in MV (2014).....	19
Abbildung 12 Altersstruktur in der Lupenregion VG (gesamt, 2014)	19
Abbildung 13 Altersstruktur der Ärzte in der Lupenregion LP (gesamt,2014).....	20
Abbildung 14 Myokardinfarkte im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2010)....	24
Abbildung 15 Schlaganfälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2010).....	25
Abbildung 16 Hypertonie-Fälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2010)...	25
Abbildung 17 Diabetes-Fälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2010)	26
Abbildung 18 Krebs-Fälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2008).....	27
Abbildung 19 Anzahl der Demenzerkrankten in MV ab dem 65. Lebensjahr.....	28
Abbildung 20 Anzahl der Demenzerkrankten in den Lupenregionen.....	28
Abbildung 21 Veränderung der Demenzprävalenz (2011/2030)	29
Abbildung 22 ÖPNV Fahrzeit in VG – Chirurgen	32
Abbildung 23 ÖPNV Fahrzeit in VG – Urologen.....	32
Abbildung 24 Nicht-ärztliches Personal in der Versorgung	35
Abbildung 25 Nicht-ärztliches Personal	36
Abbildung 26 Darstellung der Pflegestützpunkte nach PKW-Fahrzeitenkategorien (15-30-60 Minuten)	38
Abbildung 27 Freiwilliges Engagement nach 13 Altersgruppen 1999/2009.....	39
Abbildung 28 Verteilung der Freiwilligenagenturen	40
Abbildung 29 Skizzierung Aussagen der Ehrenamtsbefragung	41
Abbildung 30 Krankheitskosten je Einwohner in Deutschland (2008)	44
Abbildung 31 Einnahmenentwicklung aus dem Solidarpakt II (in €).....	50
Abbildung 32 Projektion des Handlungsbedarfs (2025)	51
Abbildung 33 Projektion des Handlungsbedarfs nach Abzug der Ausgleichrücklage (2025).	52
Abbildung 34 Bevölkerung nach Krankheitskosten und Alter (2010).....	52

Abbildung 35 Entwicklung der Arbeitslosenquote in Deutschland54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Verteilung der Bevölkerung nach Altersgruppen 2010-2050 (Deutschland/MV)	2
Tabelle 2 Kennzahlen der betrachteten Regionen	5
Tabelle 3 Vergleich MV – Deutschland hinsichtlich der Fläche und Besiedlungsstruktur (2012).....	5
Tabelle 4 Flächennutzung in den Lupenregionen	6
Tabelle 5 Arztzahlen in Deutschland	14
Tabelle 6 Übersicht der Erkrankungszahlen in MV	23
Tabelle 7 Einwohner je Fahrzeitkategorie (in %) und Arztgruppe	31

Abkürzungsverzeichnis

BagFa:	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen
BIP:	Bruttoinlandsprodukt
BRD:	Bundesrepublik Deutschland
HNO:	Hals-Nasen-Ohren
IFT:	Integrierter Funktionsbereich Telemedizin
km ² :	Quadratkilometer
ÖPNV:	Öffentlicher Personennahverkehr
PrävG:	Präventionsgesetz
SAPV:	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SoBEZ:	Sonderbedarfsbundesergänzungszuweisungen
VK:	Vollkraft

1 Hintergrund des Dokumentes als Appendix

Das Institut für Community Medicine (ICM) der Universität Greifswald wurde im Vorfeld der Erstellung dieser Grundlagenexpertise mit einer Analyse der aktuellen Versorgungssituation sowie einer Prognose der künftigen Entwicklung und des Versorgungsbedarfes auf den Zeithorizont 2030 beauftragt. Auf Basis dieser Daten und weiterer Recherchen erstellte HGC die Grundlagenexpertise.

Dafür sind zwei Aufgaben zu bearbeiten:

Es sind **Zukunftsszenarien** zu entwickeln, welche die künftigen Entwicklungen im Bundesland skizzieren. Hierbei ist auf alle relevanten Bereiche des Gesundheitswesens (ambulante und stationäre Leistungserbringer, Pflege, Prävention, E-Health, Ehrenamt etc.) sowie auch die finanzielle Situation in MV Bezug zu nehmen. Weiterhin sind **Handlungsempfehlungen** zu geben, die sich sowohl auf die aktuelle Situation in MV als auch auf die prognostizierten Entwicklungen beziehen.

Die komplexe Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitswesens, die Organisationshoheit der Organe der Selbstverwaltung in strukturellen und gesundheitsökonomischen Belangen erschwert grundsätzlich den Zugang zu eindeutigen, abgestimmten, aufeinander bezogenen und belastbaren Daten. ICM hat unter diesen Voraussetzungen umfangreiche Daten geliefert, die so weit als möglich im Rahmen der Grundlagenexpertise verwendet worden sind. Festzuhalten ist jedoch, dass mit dem öffentlich zugänglichen Datenmaterial mit wahrscheinlichen und plausiblen Annahmen gearbeitet werden muss. Die Ergebnisse der Grundlagenexpertise haben dennoch, werden sie mit der Lebenswirklichkeit verglichen, eine hohe Plausibilität, verlangen aber im Laufe des Prognosezeitraums bis ca. 2030 fortlaufende Korrekturen. Diese sind auch deshalb nötig, weil die gesundheitspolitischen Initiativen der Bundesregierung als auch der Organe der Selbstverwaltung Wirkungen auslösen, die eine fortlaufende Anpassung der Prognosen notwendig machen.

In dem vorliegenden Dokument werden nun die durch ICM gelieferten Daten mit den durch HGC ergänzten Daten verknüpft präsentiert. Diese Datenverknüpfung stellt die Arbeitsgrundlage der Grundlagenexpertise dar.

2 Darstellung der demographischen Rahmenbedingungen in MV

Das Flächenland MV besteht seit Inkrafttreten des Landkreisneuordnungsgesetzes aus sechs Landkreisen sowie zwei kreisfreien Städten. Auf einem Gebiet von 23.210 Quadratkilometern (km²) lebten 2013 rund 1,59 Mio. Einwohner. Mit einer Einwohnerdichte von 68,7 Einwohner/km² war MV damit das am dünnsten besiedelte Bundesland (BRD : Ø225 Einw./km²) [1] [2].

Tabelle 1 Verteilung der Bevölkerung nach Altersgruppen 2010-2050 (Deutschland/MV)

Jahr	Bundesland	Verteilung der Altersstruktur					Altenquotient
		Insgesamt	jünger als 20 Jahre	20 - 64 Jahre	65 - 79 Jahre	80 Jahre und älter	
		Millionen	Prozent				
2010	Mecklenburg-Vorpommern	1,6	14,6	63,3	17,3	4,8	35
	Deutschland	81,5	18,4	61,0	15,4	5,2	34
2015	Mecklenburg-Vorpommern	1,6	15,3	61,1	17,2	6,5	39
	Deutschland	80,8	17,6	60,7	15,8	6	36
2025	Mecklenburg-Vorpommern	1,5	15,1	53,9	21,8	9,2	58
	Deutschland	78,8	16,9	57,5	17,7	7,9	45
2030	Mecklenburg-Vorpommern	1,4	14,5	50,2	25,8	9,4	70
	Deutschland	77,4	16,7	54,5	20,5	8,3	53
2050	Mecklenburg-Vorpommern	1,2	14,9	48,1	19,6	17,3	77
	Deutschland	69,4	15,4	51,5	18,4	14,7	64

Quelle: Darstellung in Anlehnung an Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010

Zukünftige Veränderungen auf Grund des demographischen Wandels, welche sich in Deutschland bis in das Jahr 2060 erstrecken, werden in MV bereits im Jahre 2030 vollzogen sein (s. Tabelle 1).

Vor etwa zwei Jahrzehnten war MV noch das Bundesland mit der durchschnittlich jüngsten Bevölkerung. Aktuell lebt dort nun die bundesweit älteste Population und das trotz der Tatsache, dass die Geburtenrate zu Beginn der 80er Jahre noch 20% über dem Bundesdurchschnitt lag und auch 1990 die Fertilitätsrate von 1,64 Kindern je Frau die höchste in der Bundesrepublik war [3]. Zurückzuführen ist die aktuelle altersstrukturelle Zusammensetzung mitunter auf die sogenannte „Jugendlücke“, die geprägt ist durch die seit den 90er Jahren anhaltende Abwanderung der jüngeren Generationen, in für sie ansprechendere Landesteile [4]. Verstärkt wurde der Generationenwechsel noch durch den Abfall der Geburtenrate um circa 50% (Fertilitätsrate sank bis 1994 auf 0,73 Kinder). Bis in das Jahr 2012 stieg das Geburtenniveau wieder auf 7,9 Lebendgeborene je 1.000 Einwohner und damit unwesentlich unter den Bundesdurchschnitt mit 8,4, an [5]. Das Ausmaß der Schrumpfungsprozesse lag bereits in der Vergangenheit deutlich über dem bundesweiten Schnitt. So sank die Einwohnerzahl in MV zwischen den Jahren 2000 und 2012 um 9,88% und seit 1995 um 12,00% [6], lediglich Thüringen mit 14% und Sachsen-Anhalt mit einem Rückgang von 18% unterlagen gravierenderen Einschnitten [7]. Im gleichen Zeitraum schrumpfte die deutsche Gesamtbevölkerung lediglich um ein bzw. zwei Prozent.

2010 lag der Anteil der Einwohner in MV in der Altersgruppe der 20-64-Jährigen bei 63,3% (BRD: Ø 61,00%). Den Berechnungen des statistischen Bundesamtes zu Folge wird diese Gruppe bis 2030 jedoch auf einen anteiligen Wert von 50,2% absinken und damit unter den bundesweiten Durchschnitt von 54,5% fallen. Ebenfalls wird sich der Anteil der über 65-Jährigen in MV ab 2015 konstant über den Werten der BRD ansiedeln. Die zukünftigen Entwicklungen gehen mit einem analogen Anstieg des Altenquotienten einher. 2030 wird die Divergenz zwischen dem Altenquotienten in MV (70) und dem Bundesdurchschnitt, welcher der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zu Folge bei 53 liegen wird, am größten sein. Der Jugendquotient war mit 23 im Jahr 2010 im Bundesvergleich der niedrigste, wird sich bis 2030 jedoch an Bundesdurchschnitt annähern (28,9 MV/ 28,0 BRD). Auch befanden sich der Gesamtquotient der unter 20-Jährigen sowie der über 65-Jährigen unter dem Mittelwert der BRD (2012). Bis in das Jahr 2030 wird er diesen jedoch übersteigen (99 in MV und 80 in der BRD) [8].

Trotz eines gesamtdeutschen Wanderungsüberschusses von etwa 437.000 Menschen (2012) können in MV solche möglichen Wanderungsbewegungen den Rückgang der Bevölkerungszahlen sowie die Verschiebung innerhalb der Altersverteilung bisher trotz geringer werdender Wanderungsverluste seit 2009 demgegenüber nicht abfedern. Im Jahr 2012 lag der Wanderungsverlust bzw. der Saldo zwischen den Zu- und Fortzügen des Bundeslandes bei etwa - 615 Menschen. Im Vergleich zum Vorjahr waren dies etwa 400 Personen weniger. 2013 konnte ein Plus von 2.869 Personen verbucht werden [1]. Gründe dafür sind sowohl in den abnehmenden Binnenwanderungen als auch in den Migrationsprozessen aus dem Ausland zu sehen. VG wies 2012 mit einem Wanderungsverlust von 639 Personen ähnliche Ströme wie MV auf. Der Saldo zwischen Zu- und Fortzügen in LUP lag mit einem negativen Wert von 398 deutlich unter der vorhergehend beschriebenen [9]. Ab dem Jahr 2015 werden allerdings Wanderungsgewinne für MV erwartet. [10] Mit etwa 12.000 Zuzügen aus und 6.890 Fortzügen in das Ausland spielte MV 2012 keine bedeutende Rolle bei den Wanderungsbewegungen über die Grenzen Deutschlands hinweg. Der daraus resultierende Wanderungsgewinn von circa 5.000 Einwohnern für das Bundesland, war im durchschnittlichen Landesvergleich unter denen der letzten drei Bundesländer anzusiedeln [11].

Entwicklungen auf Grund niedriger Geburtenzahlen, zunehmender Lebenserwartung und Wanderungsbewegungen prägen auch den Status-Quo und zukünftige Prognosen in den analysierten Lupengebieten (s. Tabelle 2).

- VG (2012):
 - 239.291 Einwohner, Geschlechterverteilung 50:50
 - Fläche: 3.929 km² → 62 Einw./km²
 - Anteil der über 65-Jährigen 22%
- LUP (2012):
 - 212.373 Einwohner, Geschlechterverteilung 50:50
 - Fläche: 4.752 km² → 46 Einw./km²
 - Anteil der über 65-Jährigen 21%
- Die Lupenregionen liegen hinsichtlich ihrer Bevölkerungsdichte unter dem Bundesdurchschnitt (sehr deutlich in LUP)
- Hinsichtlich der Altersstruktur im Landesschnitt MV (s. Abbildung 1)
 - Viele Einwohner in den mittleren Alterssegmenten
 - Geringer Bevölkerungsanteil in der Gruppe der 60 bis 65-Jährigen (etwa ein Drittel des Anteils der angrenzend älteren Bevölkerungsgruppe)

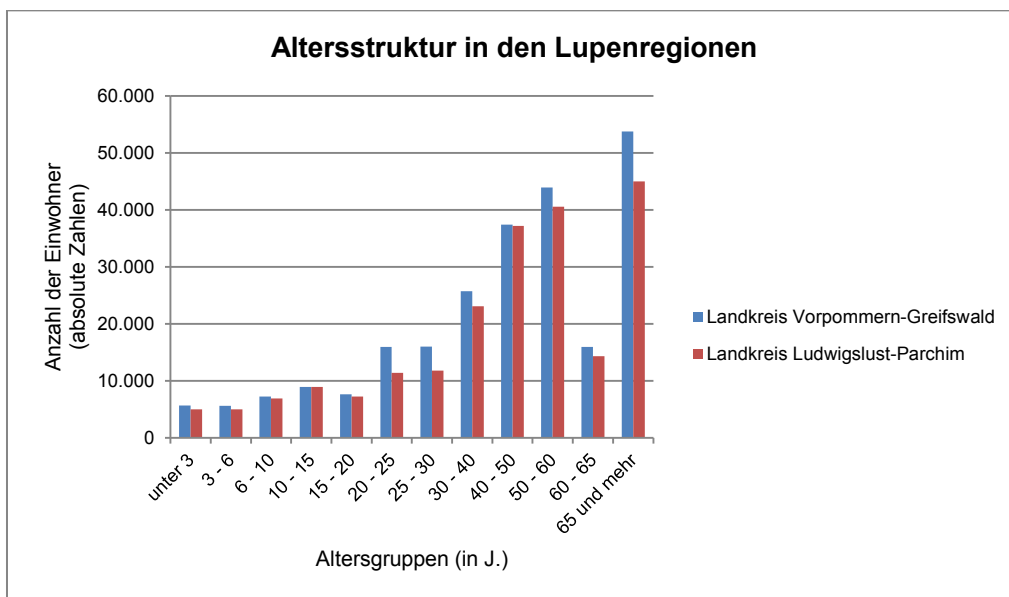


Abbildung 1 Altersverteilung nach Gruppen in den beiden Lupenregionen
 Quelle: i.A. Statistisches Amt MV 2014

Tabelle 2 Kennzahlen der betrachteten Regionen

	MV		VG		LP	
	Wert	Zeitpunkt	Wert	Zeitpunkt	Wert	Zeitpunkt
Einwohnerzahl	1.600.000	2012	239.291	2012	212.373	2012
Fläche in km ²	23.210	2012	3.929	2012	4.752	2012
Einwohner je km ²	69	2012	62	2012	46	2012
Anteil ausländischer Bevölkerung	2,50%	2012	3,30%	2012	3,30%	2012
Gebäude- und Fläche (wohnen) in km ²	338	2012	62	2012	60	2012
Siedlungs- und Verkehrsfläche in km ²	1.868	2012	316	2012	348	2012

Quelle: i.A. Statistisches Amt MV 2014

2.1 Besiedlungsstruktur

Tabelle 3 Vergleich MV – Deutschland hinsichtlich der Fläche und Besiedlungsstruktur (2012)

Bezeichnung	Fläche in km ²	Bevölkerung				Fläche	Bevölkerung
		insgesamt	männlich	weiblich	Dichte		
Mecklenburg-Vorpommern	23.211	1.600.327	788.106	812.221	69	100	100
dicht besiedelt	502	470.788	227.730	243.058	937	2	29
mittlere Dichte	2.091	391.403	188.595	202.808	187	9	24
gering besiedelt	20.617	738.136	371.781	366.355	36	89	46
Deutschland	357.168	80.523.746	39.381.131	41.142.615	225	100	100
dicht besiedelt	17.816	28.399.014	13.770.528	14.628.486	1.594	5	35
mittlere Dichte	101.151	33.450.802	16.305.620	17.145.182	331	28	42
gering besiedelt	238.201	18.673.930	9.304.983	9.368.947	78	67	23

Quelle: i.A. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010

In MV galten 2012 502 km², etwa zwei Prozent der Landesfläche, als dicht besiedelte Regionen. Auf diesem Gebiet lebten rund 470.788 Menschen, was einer Bevölkerungsdichte von 937 Einwohnern/km² entspricht. In den Regionen mit mittlerer Besiedlungsdichte wohnten 391.403 Einwohner, die sich auf einer Fläche von 2.091 km² verteilten. Mit etwa 20.616 km² wurde der größte Teil des Bundeslandes (88,83%) als dünn besiedelt klassifiziert. Auf dieses Areal kamen 738.136 Einwohner mit einer Bevölkerungsdichte von 36 Einwohnern/km². In Deutschland lebten zum gleichen Zeitpunkt 23,91 % der Bevölkerung in Regionen, die als gering besiedelt klassifiziert wurden (s. Tabelle 3).

- MV: 89% der Landesfläche „gering besiedelt“ → dort lebten 46% der Einwohner
- BRD: 67% „gering besiedelt“ → dort lebten 23% der Einwohner

2.2 Exkurs: Flächennutzung in MV

Siedlungs- und Verkehrsfläche (2012):

- MV: 1.868 km²
- VG: 316 km²
- LUP: 348 km²

Weitere Flächenverteilung MV:

- Landwirtschaftliche Nutzfläche: 62% (2012)
- Waldfläche: 22% (2012)
- Wasserfläche: 6% (2012)
- Gebäude- Frei- und Verkehrsflächen: 7% (2012)

Tabelle 4 Flächennutzung in den Lupenregionen

	Gesamte Fläche	darunter							
		Siedlungs- und Verkehrsfläche	Gebäude- und Freifläche	darunter			Landwirtschaftsfläche	Waldfläche	Wasserfläche
	Betriebsfläche (ohne Abbau-land)			Erholungsfläche	Verkehrsfläche				
	in km ²	Anteil an der Bodenfläche in %							
Lupenregion VG	3.929	8,00	3,70	0,20	1,10	3,00	61,00	21,90	7,20
Lupenregion LP	4.751	7,30	2,80	0,10	1,20	3,1	59,80	28,00	3,90

Quelle: i.A. Statistisches Amt MV 2014

Die Flächennutzung der beiden Lupenregionen wies nur geringe Unterschiede im Vergleich zu MV auf. Gründe für die unterschiedliche Flächennutzung sind mitunter in den geographischen Gegebenheiten zu sehen. So befindet sich über 20% der Wasserfläche von MV in VG. Hingegen ist in LUP die Waldfläche mit 26% anteilig an der gesamten Waldfläche in MV gesehen ausgeprägter als in VG (s. Tabelle 4) [6].

3 Die medizinische Versorgungslandschaft

3.1 Leistungsspektrum, Angebotsseite

3.1.1 Stationäre Leistungserbringer

Das derzeitige Leistungsangebot des Gesundheitsmarktes in MV ist hinsichtlich seines Aufbaus und der Anzahl der einzelnen Leistungserbringer als intakt zu bezeichnen. Von den insgesamt 1.996 Krankenhäusern mit etwa 500.000 Betten in Deutschland befinden sich 37 Häuser mit einer Bettenkapazität von 8.600 in MV (s. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Damit stellt MV einen zwei prozentigen Anteil aller Krankenhäuser im Bundesgebiet [12], in denen etwa 3.300 hauptamtlich tätige Ärzte beschäftigt waren (2013). Seit 1999 ist die Zahl der Krankenhäuser im Bundesland gestiegen. Die stationäre Patientenversorgung wird gegenwärtig durch vier Einrichtungen der Maximalversorgung, darunter zwei Unikliniken sowie durch Institutionen aus dem Bereich der Grund- und Regelversorgung gewährleistet. Es verfügen 24 Krankenhäuser über weniger als 200 Betten, zwölf von diesen sogar unter 100 Betten. Elf Einrichtungen verfügen über 200 bis 800 Betten. Aus den Bettenzahlen resultierte 2011 ein Verhältnis von 63,3 Betten/100.000 Einw. und eine Bettenauslastung von 77,3%. Die durchschnittliche Bettenauslastung in Deutschland belief sich 2013 auf 77,4%. Aktuelle Studien belegen, dass es in Folge erhöhter Bettenauslastung zu einer Steigerung der Mortalitätsrate kommen kann [14]. Seit 2004 wächst die Bettenzahl je 100.000 Einwohner trotz der fortlaufenden Rationalisierung der Gesamtbettenzahl an. Der Versorgungsbereich der Inneren Medizin stellte dabei bisher mit 33% den größten Bettenanteil. Daran anschließend sind sonstige Fachabteilungen (28%) und der Bereich der Chirurgie angesiedelt [15].

- VG (2011)
 - Acht Krankenhäuser mit einer Bettenkapazität von 2.179
- LUP (2011)
 - Acht Krankenhäuser mit einer Bettenkapazität von 966 Betten
 - Durch Fusion bzw. Schließung/Umwidmung reduzierte sich die Zahl der Häuser in LUP auf fünf mit sechs Standorten [16]

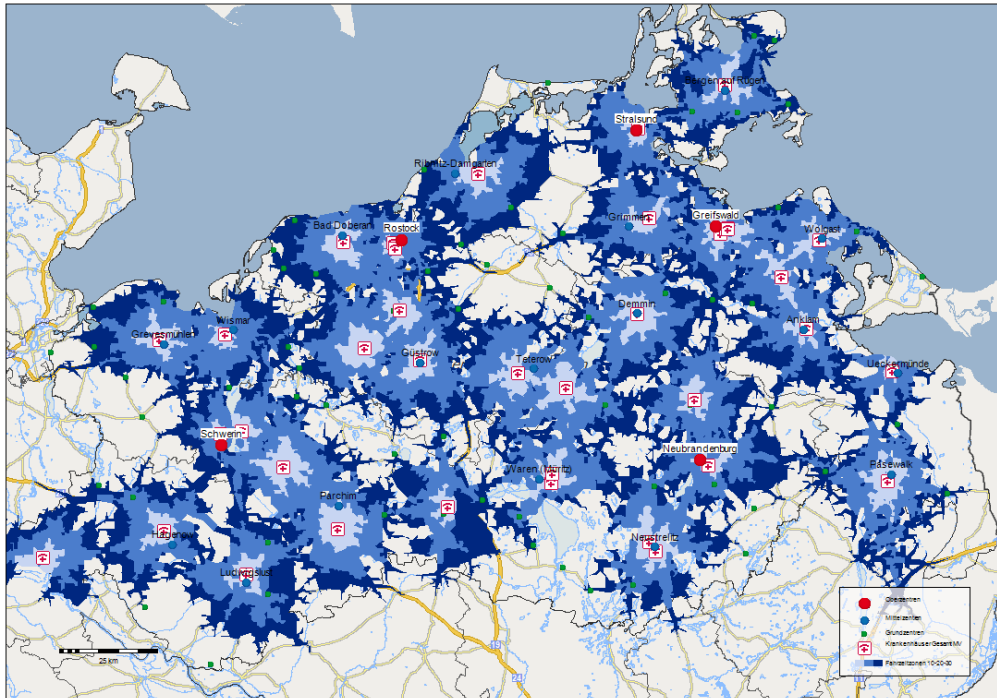


Abbildung 2 Darstellung der stationären KH- Versorgung¹

Quelle: Eigene Darstellung mittels Regio Graph

3.1.2 Wirtschaftliche Situation der Kliniken MV und Krankenhaus-Rating Report

Es wird der aktuelle Krankenhaus Rating Report 2013 von RWI, Accenture und der hcb GmbH verwendet.

MV wurde im Rahmen der Rating-Analyse mit dem Bundesland Brandenburg und dem Stadtstaat Berlin zusammengefasst. Eine separate Betrachtung wurde nicht vorgenommen. Somit ist das Ergebnis nur bedingt verwendbar für diese Grundlagenexpertise.

Zentrales Instrument zur Beurteilung der wirtschaftlichen Situation ist die sog. Ausfallwahrscheinlichkeit (Probability of Default - PD). Diese PD's werden über ein Bilanzrating der einzelnen Krankenhausjahresabschlüsse berechnet, mit den in Tabelle 5 dargestellten Kennzahlen.

¹ Stralsund-Greifswald gelten als ein Oberzentrum mit anteiligen Funktionen; zur besseren visuellen Darstellung sind sie auf der Karte jedoch als zwei Punkte ausgewiesen.

Tabelle 5 Kriterien der Bewertung

Verschuldungsgrad	Verbindlichkeiten / Bilanzsumme
Bankverschuldungsgrad	Bankverbindlichkeiten / Bilanzsumme
Liquidität	Schecks & Kassenbestand / Verbindlichkeiten bis 1 Jahr
Finanzkraft	Ertragswirtschaftlicher Cash Flow / (Verbindlichkeiten – Erhaltene Anzahlungen)
Umlaufvermögen	Umlaufvermögen / Umsatz
Kurzfristige Verschuldung	Verbindlichkeiten bis 1 Jahr / Bilanzsumme
Reinvermögensquote	Verbindlichkeiten aus Lieferung & L. / (Bilanzsumme – nicht durch Eigenkapital gedeckter Fehlbetrag)
Kapitalumschlag	Umsatz / Bilanzsumme
Wertschöpfung	(Umsatz - Materialaufwand) / Personalaufwand
Return on Capital	Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftigkeit / Bilanzsumme

Quelle: Accenture / hcb / RWI.

Eine PD zwischen 0,0% und 1,0% weist auf ein niedriges bis moderates Ausfallrisiko hin und wird in den Abbildungen grün hinterlegt. PD-Werte zwischen 1,0% und 2,6% sind gelb hinterlegt und stehen für ein mittleres Ausfallrisiko. Alle Werte über 2,6% stehen für ein hohes Ausfallrisiko.

Die überwiegende Anzahl (85,5%) der Krankenhäuser dieser Gesamtregion Nordost (B, BRB, MV) zeigen ein geringes Ausfallrisiko auf (s. Tabelle 3). Ein relevanter Anteil von 10,7% aller Krankenhäuser weist ein mittleres Rating (10,7%) auf und ein kleiner Anteil 3,6%) weist ein schlechtes Rating auf. Diese Gesamtregion hat somit nach dem Bundesland Sachsen das zweitbeste Gesamtrating aller Länder.

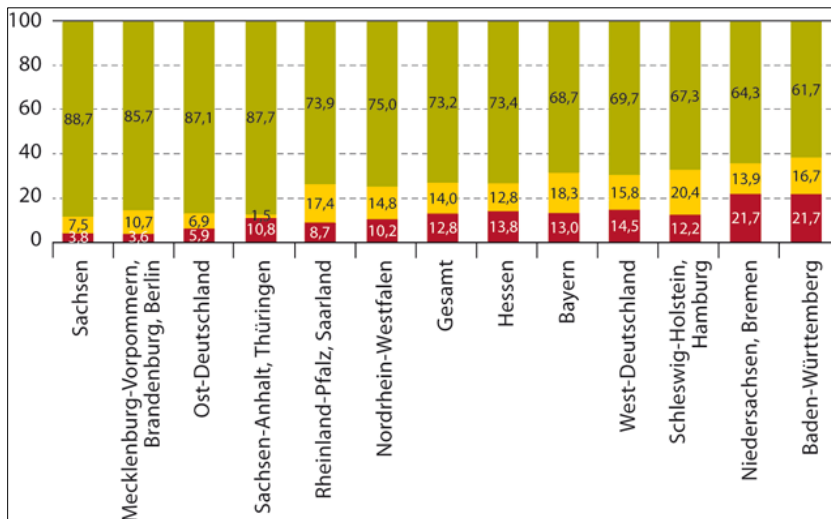


Abbildung 3 Ausfallwahrscheinlichkeit nach Bundesländern

Quelle: Accenture / hcb / RWI.

Die Gesamtregion stellt im Bundesvergleich mit 72,6% den größten Anteil an Krankenhäusern mit einer Umsatzrendite über 1%. (s. Abbildung 4)

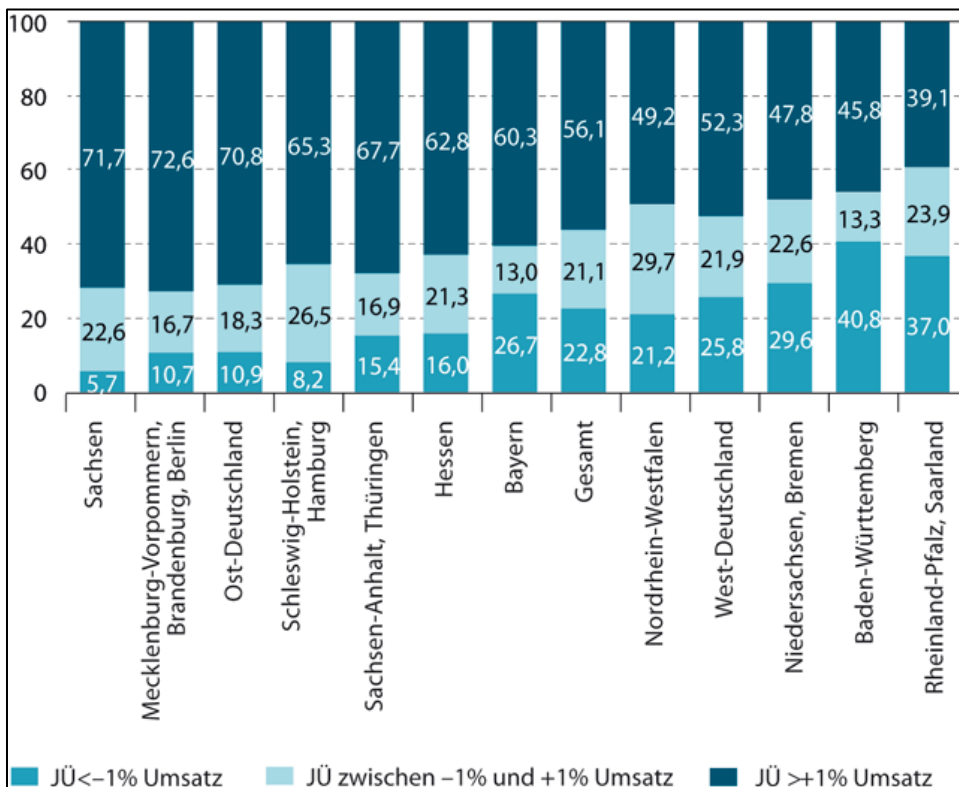


Abbildung 4 Verteilung nach Höhe des Jahresüberschusses

Quelle: Accenture / hcb / RWI.

3.1.3 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Mit rund 651 Betten auf 100.000 Einwohner (2012) verfügt MV über zwei- bis dreifach so viele Betten wie die übrigen Bundesländer (D: Ø210 Betten/100.000 Einw.). Schwieriger ist

die Situation bei der personellen Ausstattung dieser Einrichtungen. Die Anzahl der je Vollkraft (VK) (ärztlich und nicht-ärztlicher Dienst) versorgten Fälle in MV belief sich 2013 auf 29 Fälle/VK und damit nach Schleswig-Holstein (31 Fälle/VK) auf den zweithöchsten Wert im bundesweiten Vergleich (D Ø 22 Fälle/VK) [17]. Dies kann zum einen ein Indiz hoher Leistungsfähigkeit sein, aber auch auf einen Mangel an qualifiziertem Personal hinweisen.

3.1.4 Geriatrische und palliative Versorgungsstrukturen

MV wird bis zum Jahre 2030 maßgeblich durch altersstrukturelle Effekte des demographischen Wandels beeinflusst werden. Vor dem Hintergrund gilt es, die Versorgung auf Basis von altersspezifischen Einrichtungen und Leistungen zu betrachten. Derzeit existieren 21 geriatrische Versorgungseinrichtungen. Ein Selektivvertrag „ambulante geriatrische Komplexbehandlung“ besteht mit zwei Praxen.

Die Weiterbildungsmöglichkeit zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ wurde bisher von 70 Medizinerinnen genutzt. Darüber hinaus existieren elf Teams zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sowie 21 ambulante Hospizdienste, sieben stationäre Hospize mit rund 70 Plätzen und sieben Palliativstationen mit insgesamt 59 Betten. Ein kleines Krankenhaus weist die Bettenzahl der Palliativmedizin nicht explizit aus, daher wahrscheinlich zusätzliche 4-6 Betten (s. Abbildung 5) [15] [18].



Abbildung 5 Darstellung der Palliativversorgungsstrukturen in MV

Quelle: eigene Darstellung mittels RegioGraph

Bezug zu den Lupenregionen:

- VG:
 - Sieben geriatrische Versorgungseinrichtungen (33,3% aller geriatrischen Versorgungseinrichtungen in MV)
 - Neun Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ (12,9% von MV)
 - Zwei SAPV-Teams (18,2% von MV)
 - Drei ambulante Hospizdienste
 - Ein Hospiz
 - Eine palliative spezifische Station
 - 57 ambulante Pflegedienste
 - 50 stationäre Pflegeeinrichtungen

Zum Zeitpunkt der Betrachtung gab es jedoch keine Praxis, welche an dem Selektivvertrag zur „ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung“ teilnahm. Zudem war keine Institution vorhanden die sich offiziell mit dem Bereich der Trauerarbeit beschäftigt [15].

- LUP:
 - Zwei geriatrische Versorgungseinrichtungen (9,5% von MV)
 - Sieben Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ (10,1% von MV)
 - Drei ambulante Hospizdienste
 - Ein SAPV-Team
 - 68 ambulante Pflegedienste
 - 47 stationäre Pflegeeinrichtungen (davon 35 vollstationäre)

Es gab keinen bestehenden Selektivvertrag zur ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung. Eine explizit ausgewiesene Palliativstation existierte nicht. Auch ein Hospiz war nicht vorhanden und es gab keine Einrichtung zur Trauerarbeit. Darüber hinaus bestanden zwölf Möglichkeiten zur Tagespflege. Ein Angebot zur Kurzzeitpflege war nicht vorhanden [15].

3.1.5 Vertragsärzte und angestellte Ärzte, Therapeuten

Aktuell weist MV eine mit anderen Bundesländern (NRW, Hessen) vergleichbare Arztdichte auf (233 Einwohner/ berufstätiger Arzt) [19]. Allerdings konzentrieren sich die Ärzte auf Ballungsgebiete und es sinkt der Anteil niedergelassener Vertragsärzte (Rückgang der Zahlen von 2012: 2.366 [20] auf 2.121 im April 2014 [15] um 10% - der Anteil an den berufstätigen Ärzten sank somit von 2012 34,2% auf 30% 2013) trotz zunehmender Ärztezahlen in MV seit mehr als zehn Jahren (2004 : 6.202 berufstätige Ärzte [21] zu 2014:

6.995 berufstätige Ärzte – Anstieg um 12% [22]). Den deutlichsten Zuwachs gab es in der Gruppe der stationär tätigen Ärzte mit einem Anstieg von 3,5% [23]. Der stationäre bzw. teilstationäre Bereich nahm mit 1.165 neuen Ärzten zwischen 1993 und 2011 deutlicher zu als der Sektor der ambulanten vertragsärztlich Tätigen mit 312 [24]. Deutschlandweit gab es 2013 123.600 Niedergelassene von denen 1,7% in MV tätig waren [23]. Von den 2.121 niedergelassenen Ärzten 2014 in MV praktizierten 890 als Allgemeinmediziner. Weiter wies das Bundesland 1.131 (2011) niedergelassene Zahnärzte und 410 (2014) Apotheken auf. Der Großteil der im ambulanten Bereich tätigen Ärzte (sowohl bei den Haus- als auch bei den Fachärzten) praktiziert in Einzelpraxen. 2011 gab es 929 hausärztliche Einzel- und 104 Gemeinschaftspraxen. Die Zahl der Einzelpraxen bei den Hausärzten ist seit dem Jahr 2000 rückläufig, wohingegen eine solche Tendenz bei den Fachärzten nicht zu erkennen ist. Bei diesen kamen 2011 auf 910 Einzelpraxen 144 Gemeinschaftspraxen. Eine Tendenz hin zur Gründung von Gemeinschaftspraxen findet sich auch im bundesweiten Vergleich wieder. Einzelarztpraxen werden seltener, während Gemeinschaftspraxen zunehmen. Parallel dazu nimmt auch die Gesamtzahl aller Praxen ab, bei gleichzeitiger Zunahme der Arztzahlen (s. Abbildung 6).

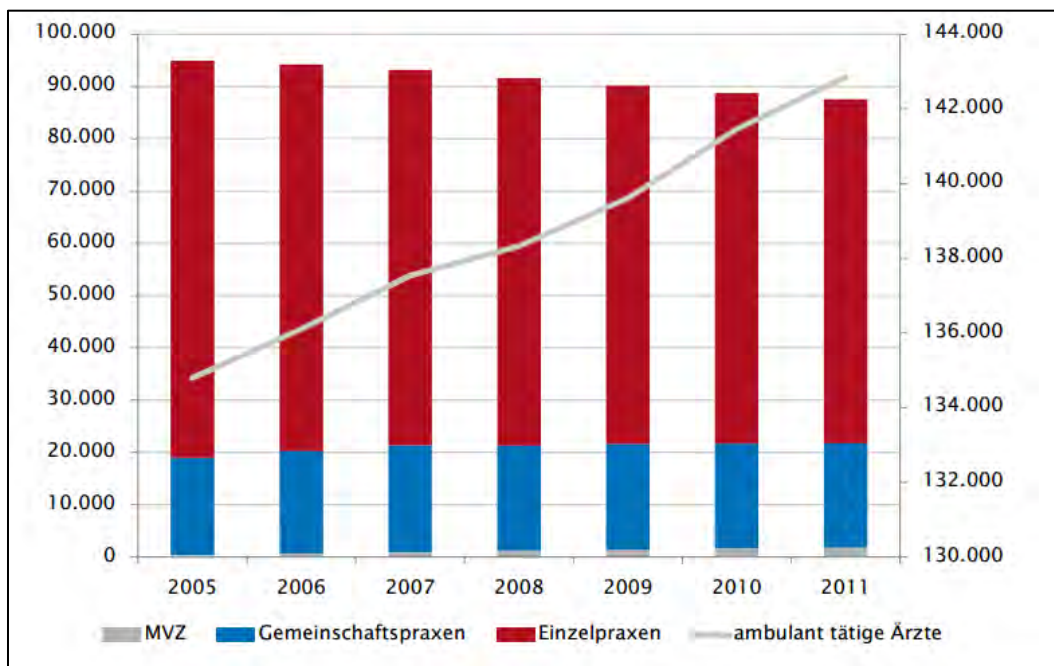


Abbildung 6 Entwicklung der Praxisformen (2005- 2011)

Quelle: Bundesärztekammer 2013; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Die zahnärztliche Versorgung in MV fand 2011 in 901 Einzelpraxen, 133 Gemeinschaftspraxen und 58 Praxismgemeinschaften statt. Weiter gab es 159 Schwerpunktpraxen und elf Ärztenetze [15].

Im Rahmen des Gutachtens wurden acht Facharztgruppen exemplarisch dargestellt:

- Allgemeinmediziner,
- Augenärzte
- Chirurgen
- Gynäkologen
- Hals-Nasen-Ohren (HNO) Ärzte
- Internisten
- Nervenärzte
- Orthopäden.

Tabelle 6 Arztzahlen in Deutschland

	Allgemeinmediziner	Augenärzte	Chirurgen	Gynäkologen	HNO-Ärzte	Internisten	Nervenärzte	Physikalische und Rehabilitative Medizin
Deutschland	43.248	7.076	33.621	17.337	5.952	48.090	3.211	1.815

Quelle: Bundesärztekammer 2013

Arztzahlen exemplarisch gewählter niedergelassener Arztgruppen MV (s. Abbildung 7):

- Allgemeinmediziner n=890
- Internisten n=450
 - Hausärztlich n=262
 - Fachärztlich n=188
- Gynäkologen n=198
- Urologen n=56
- Zahnärzte n=1.131

Das Angebot seitens Apotheken, Physio-, Ergo- und Logopädie-Praxen war gut aufgestellt, trotz starker Schwankungen bei der Entwicklung der Apotheken. Analog stellten sich die Entwicklungen bei dem Berufsbild des Apothekers dar. Die Zahl der Apotheker nahm zwischen 2000 und 2011 um 22% auf 915 Apotheker zu. Im Bereich der Physiotherapie arbeiteten 2011 857 Personen, der Großteil davon war weiblich [15].

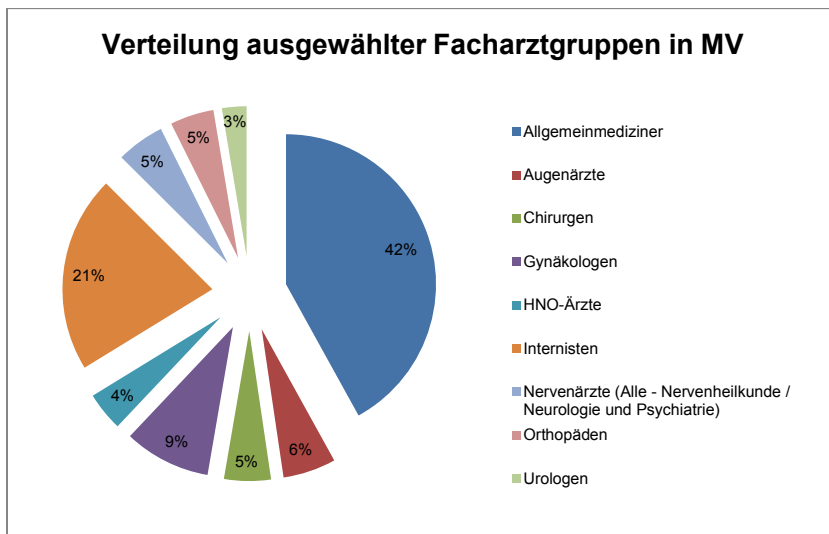


Abbildung 7 Verteilung der betrachteten Facharztgruppen in MV

Quelle: i.A. ICM

Die Verteilung innerhalb der exemplarisch ausgewählten Fachgruppen verhielt sich 2014 in VG ähnlich zu der in MV. Innerhalb der betrachteten Facharztgruppen waren im Jahr 2014 310 Ärzte tätig. Mit rund 44% stellten die Allgemeinmediziner den größten Anteil. Rund 21% der 310 betrachteten Ärzte waren internistisch tätig. 38 Internisten arbeiten im hausärztlichen Bereich und 27 fachärztlich. Mit 9% bildeten die Gynäkologen die anteilig drittgrößte Gruppe. Urologen hingegen stellten nur 2% der betrachteten Ärzteschaft (s. Abbildung 8). Ergänzt wurde das Leistungsportfolio noch durch:

- 167 Zahnärzte
- 63 Apotheken
- 117 Physiotherapie-, 26 Ergotherapie-, 19 Logopädie- und 24 Podologiepraxen [15]

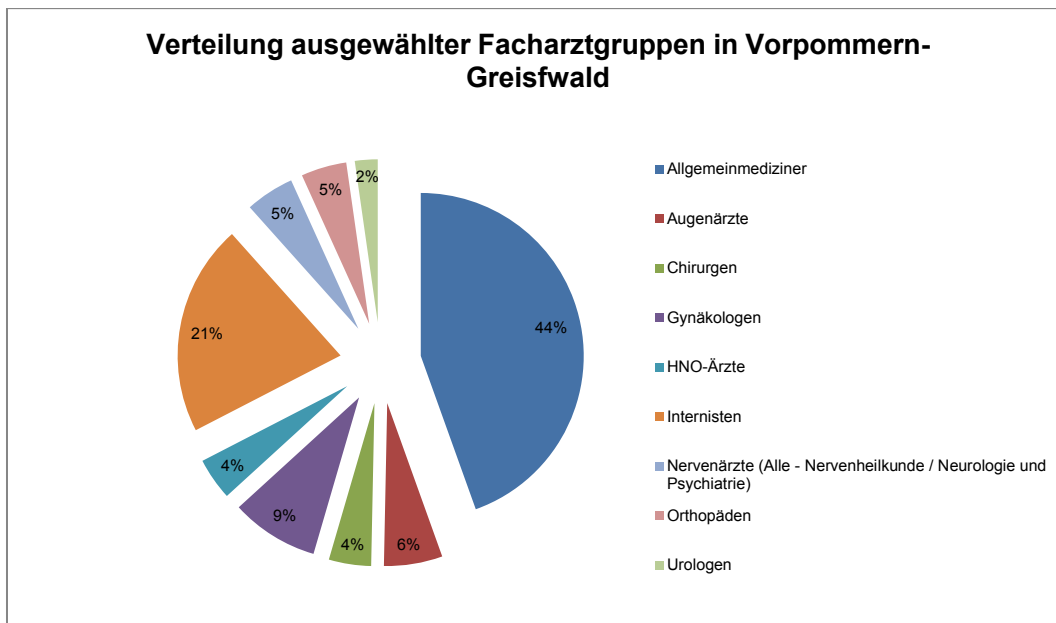


Abbildung 8 Facharztgruppen in der Lupenregion VG

Quelle: i.A. ICM

2014 arbeiteten in LUP 234 Ärzte in den ausgewählten Facharztgruppen. Die betrachteten Facharztgruppen sind in ihrer Verteilung ähnlich denen in VP und in MV (s. Abbildung 9). In ihren absoluten Zahlen sind sie jedoch weniger. Auch sah die Tätigkeitsverteilung bei den Internisten anders aus. 70% der Internisten arbeiten hausärztlich und im Gegensatz zu den anderen Regionen nur 30% fachärztlich. Hinzu kamen 130 Zahnärzte, 48 Apotheker, 92 Physiotherapeuten, 25 Ergotherapeuten, 31 Logopäden sowie 15 Podologen [15].

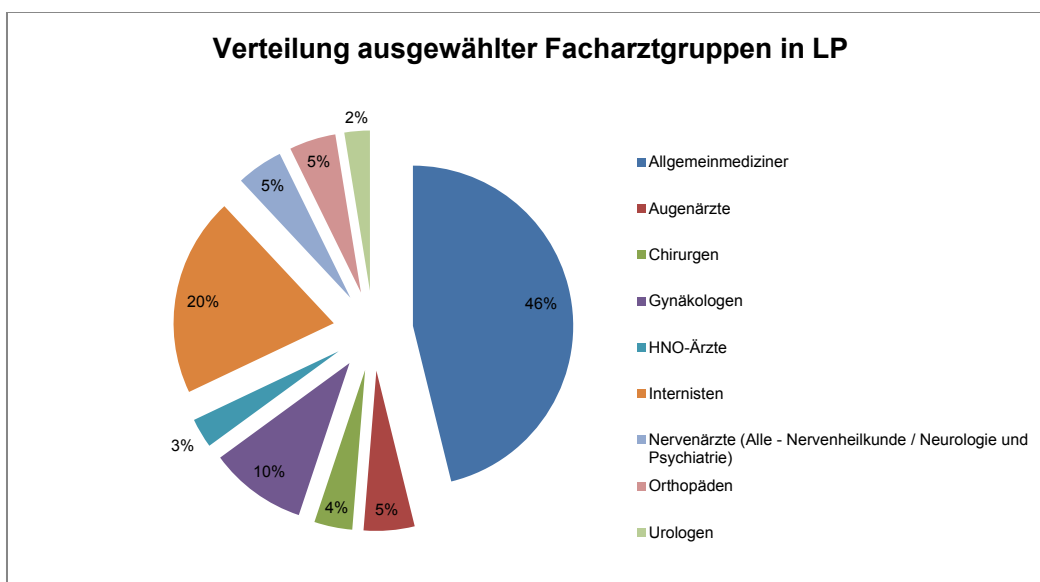


Abbildung 9 Zusammensetzung der Facharztgruppen in der Lupenregion LUP

Quelle: i.A. ICM

Ergänzend zur Darstellung der Konstellation der Facharztgruppen ist eine Befragung im Rahmen von SHIP-1 zu sehen, welche unter anderem die Häufigkeit der Arztbesuche 2005 untersuchte (http://www.medizin.uni-greifswald.de/cm/fv/ship/stud_desc_de.html),

Es gab aufeinander aufbauende SHIP Studien. SHIP 1 begann 2002 und endete 2006 (s. Abbildung 10). Es zeigte sich, dass die Arztbesuche beim Gynäkologen mit zunehmendem Alter abnahmen. Nur jede fünfte Frau im Alter von 80 bis 84 Jahre hatte Kontakt mit einem Gynäkologen. Gegenläufig dazu ist die Beobachtung bei den Kontakten mit einem Urologen. Der Anteil derer, die im vergangenen Jahr einen Arzt aus dieser Fachgruppe aufsuchten, nahm mit steigendem Alter zu. Von den Männern zwischen dem 25. und 44. Lebensjahr hatte jeder zehnte Kontakt mit einem Urologen. In der Altersgruppe der 80 bis 84-Jährigen suchten 60% im vergangenen Jahr einen Urologen auf. Bei der Gruppe der Internisten verhielt es sich entsprechend. Die 70-79-Jährigen hatten in der Hälfte aller Fälle Kontakt mit einem Internisten. Der Allgemeinmediziner war der über alle Altersgruppen hinweg am häufigsten kontaktierte Arzt. Die 80 bis 84-Jährigen besuchten zu 90% einen Allgemeinarzt auf [15]. Die Tendenz ist mit zunehmendem Alter steigend. Hinsichtlich zukünftiger Bedarfe lassen sich die zentralen Aussagen wie folgt zusammenfassen:

- Die Besuche beim Urologen nehmen mit steigendem Alter zu.
- Gynäkologen werden mit steigendem Alter seltener frequentiert.
- Der Allgemeinmediziner ist der nachgefragteste Arzt.
- Internisten werden vor allem von der Altersgruppe der 70 bis 79-Jährigen in Anspruch genommen.

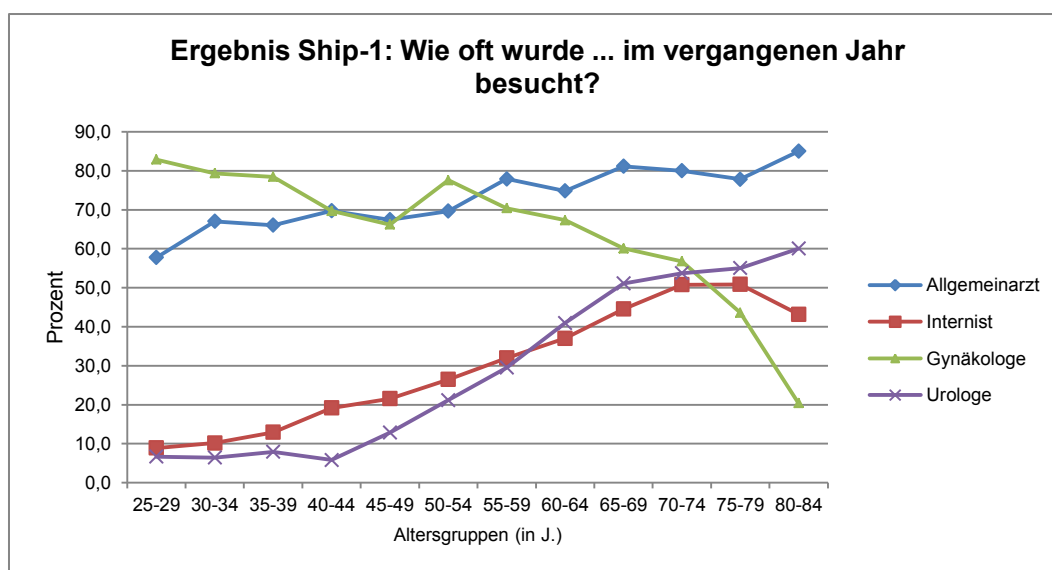


Abbildung 10 Darstellung der Ergebnisse von SHIP-1 - Arztbesuche im vergangenen Jahr
 Quelle: i.A. ICM

3.1.6 Innovative Versorgungsstrukturen

Die sektorenübergreifende Versorgung und dabei im Speziellen die Gestaltung und Implementierung von IV-Verträgen sind in den vergangenen Jahren nach Auslaufen der sog. „Anschubfinanzierung“ im Jahr 2008 ins Stocken geraten². 2008 gab es in Deutschland 6.400 IV-Verträge, 2011 waren dies noch 6.339. Die Zahl der teilnehmenden GKV-Versicherten stieg deutschlandweit von circa 1,67 Millionen (2008) auf 1,9 Millionen (2011) [25]. Auch die Leistungsausgaben für die Verträge stiegen von 2004 (0,13 Milliarden € / 0,1% der GKV-Leistungsausgaben) [26] bis 2010 auf 1,353 Mrd. Euro an, 2011 fielen sie trotz wachsender Teilnehmerzahl leicht ab auf 1,352 Mrd. € [27]. Der steigende Anteil der IV-Ausgaben an den GKV-Ausgaben spricht für eine qualitativ und ökonomisch bessere Versorgung. 4,1% (somit 1,84 Mrd. EUR der Leistungsausgaben der GKV waren 2012 IV-Leistungen mit steigender Tendenz [28].

3.1.7 Ärztealter

Signifikante ökonomische Veränderungen durch den demographischen Wandel wird der Bereich der Erwerbstätigkeit erfahren. Die sich aktuell im erwerbsfähigen Alter befindende Bevölkerungsgruppe wird sowohl durch eine deutliche Schrumpfung als auch eine Verschiebung im Altersaufbau hin zu einer älteren Arbeitsbelegschaft³ gekennzeichnet sein. Ab dem Jahr 2020 wird sich die Gruppe der potentiell Erwerbstätigen verringern. Laut der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung ist damit zu rechnen, dass im Jahre 2030 nur noch 42 bis 43 Millionen Menschen in diese Umgrenzung fallen. Die regressive Entwicklung führt letzten Endes dazu, dass im Jahr 2060 voraussichtlich nur noch 36 Millionen Menschen zum Personenkreis der sich im erwerbsfähigen Alter Befindenden zu zählen sind. Im Vergleich zur derzeitigen Situation sind dies rund 27% weniger und das auch nur unter der Voraussetzung, dass jährlich konstant mindestens 200.000 Personen einwandern würden [29]. Vor dem Hintergrund altersstruktureller Änderungen ist die Betrachtung der aktuellen zu Grunde liegenden Altersstrukturen der Ärzteschaft in MV zu sehen.

Unter Betrachtung der Altersverteilung aller Ärzte im MV lässt sich schon jetzt das hohe durchschnittliche Alter erkennen (s. Abbildung 11). Der Großteil der Ärzte befindet sich in der Gruppe der über 45-Jährigen. Derzeit haben 8,15% der Ärzte in MV bereits das Renteneintrittsalter erreicht.

² Eine genaue Dokumentation ist seit dem Zeitpunkt ebenfalls nicht mehr durchgehend gegeben da keine Meldestelle mehr existierte.

³ Unter dem ursprünglichen, den Vorausberechnungen zu Grunde liegenden Erwerbsalter wird die Spanne zwischen dem 20. und dem 65. Lebensjahr verstanden. Derzeit gehören bundesweit etwa 50 Millionen Menschen diesem Bereich an.

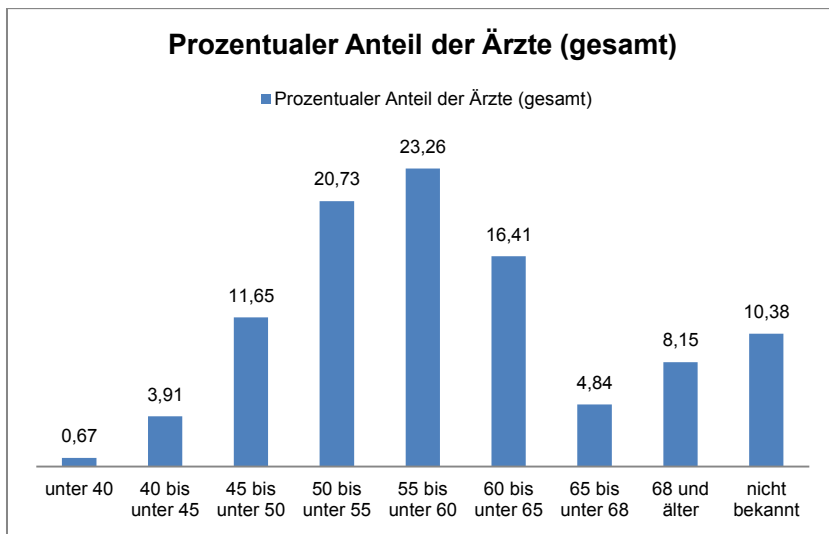


Abbildung 11 Altersverteilung aller Ärzte in MV (2014)

Quelle: i.A. ICM

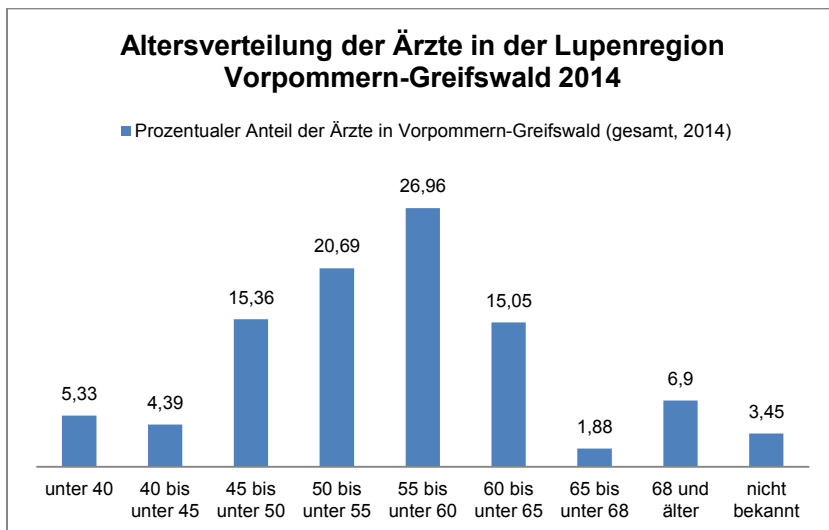


Abbildung 12 Altersstruktur in der Lupenregion VG (gesamt, 2014)

Quelle: i.A. ICM

Die Altersverteilung der Ärzte in der Lupenregion VG spiegelt die Situation des Bundeslandes wider (s. Abbildung 12). Unterschiedlich sind jedoch die prozentualen Anteile in den jeweiligen Alterskategorien. Die Gruppe der unter 40-Jährigen ist in VG deutlich ausgeprägter gegenüber MV gesamt (5,33% VG zu 0,67% MV). Auch die beiden Altersklassen der 45-50 und der 55 bis unter 60 Jahre alten Ärzte ist höher als im Durchschnitt des Bundeslandes. Dafür ist die Gruppe der sich zwischen dem 65. und unter 68. Lebensjahr befindenden Personen um 3% geringer [15].

Die Altersverteilung in der Ärztestruktur in LUP ist der durchschnittlichen Aufteilung in MV sehr nahe. Auch hier befinden sich die meisten Ärzte in der Altersklasse der 50 bis 60-Jährigen (s. Abbildung 13) [15].

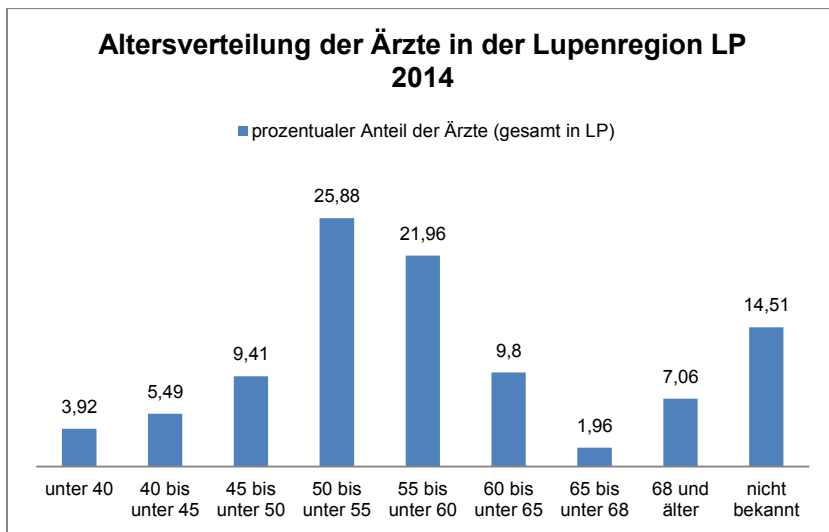


Abbildung 13 Altersstruktur der Ärzte in der Lupenregion LUP (gesamt,2014)

Quelle: i.A. ICM

Im Jahre 2011 waren 31,6% der 3.615 (teil)-stationär tätigen Ärzte in MV unter 35 Jahre alt. 13,9% befanden sich in der Altersklasse zwischen 35 und 39 Jahren, circa 31,2% gehörten zu der Gruppe der 40 – 49-Jährigen. Die 50-59 Jahre alten Ärzte stellten circa 17,9% und der Rest war über 60 Jahre alt. Bei der Fortschreibung der Status-quo Zahlen (z.B. ohne Berücksichtigung Nachrückender) werden im Jahr 2020 12,6% der Ärzte aus diesem Sektor das Renteneintrittsalter⁴ erreichen. Deutschlandweit lag das durchschnittliche Ärztealter eines Krankenhausarztes 2013 bei 53,09 Jahren, das ist eine Steigerung um rund sechs Jahre innerhalb der letzten zehn Jahre.

Es werden bis 2020 voraussichtlich 457 angestellte Ärzte aus dem Arbeitsleben ausscheiden.

Gravierender sind die Auswirkungen der Alterungspyramide bei den Hausärzten. Anders als im Bundesdurchschnitt, wo das Alter eines Vertragsarztes bei 41,25 [23] Jahren liegt, sind die Hausärzte in MV älter. Von den 1.996 niedergelassenen Hausärzten in MV waren 2006 rund drei Prozent unter 35 Jahre alt. 35% waren 40 bis 49 Jahre alt, 29% befanden sich zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr und 25% waren zum Zeitpunkt der Analyse bereits älter als 60 Jahre. Nach derzeitigen Prognosen werden 2020 43% der niedergelassenen Hausärzte in MV über 68 Jahre alt sein. Daraus resultierend ergibt sich ein gesteigerter Neubesetzungsbedarf.

Es werden bis 2020 voraussichtlich 858 niedergelassene Hausärzte ausscheiden.

⁴ Seitens ICM angenommener Wert von 68 Jahren

Bei den Zahnärzten werden relativ gesehen 2020 weniger ausscheiden, da sie aktuell eine jüngere strukturelle Zusammensetzung aufweisen können. Von den 1.188 Zahnärzten in MV waren 2011 9,21% jünger als 39 Jahre, 24,4% befanden sich zwischen dem 39. und 49. Lebensjahr und 48,05% aller Zahnärzte waren zwischen 49 und 59 Jahre alt. 18,34% werden 2020 letztlich über 68 Jahre alt sein.

Es werden bis 2020 voraussichtlich 221 Zahnärzte ausscheiden.

Die Apotheker hingegen sind im Vergleich zur Ärzteschaft jünger. Von den 932 Apothekern 2011 waren 37,55% unter 39 Jahre alt. 30,4% befanden sich zwischen dem 39. und dem 49. Lebensjahr. 10% von ihnen werden 2020 über 68 Jahre alt sein.

Es werden bis 2020 voraussichtlich 91 Apotheker ausscheiden. [15]

3.1.8 E-Health als Unterstützungstechnologie

Dem Ausbau telemedizinischer Strukturen kommt vor dem Hintergrund der ungleichen regionalen Gegebenheiten ein großer Stellenwert bei der Gewährleistung ärztlicher Versorgung zu. Dabei spielt die Integration verschiedener Leistungserbringer sowohl auf medizinischer- als auch auf technischer Seite bei der Gestaltung der Programme und Konzepte eine bedeutende Rolle. Von 2007 bis 2011 existierte ein am Ministerium für Soziales und Gesundheit angesiedelter Beirat zur Telemedizin. Seine Aufgabe wurde in der strategischen Steuerung des Telematik-Marktes sowie der Überwachung der Implementierung telematischer Strukturen gesehen. Probleme auf Grund von Inkompatibilität der Systeme sollten durch ihn vermieden werden. Im Fokus stand die Wahrung und Optimierung der medizinischen Versorgung für die Einwohner in MV. Der Beirat fungierte als Berater für die Landesregierung und analysierte und bewertete Entwicklungen in dieser Branche. Als ein Beispiel aus der Praxis ist das Teleradiologie-Netzwerk zu nennen, welches die Krankenhäuser des Bundeslandes miteinander vernetzt und so einen Datenaustausch vereinfacht. Weiter aufzuführen ist der Integrierte Funktionsbereich Telemedizin (IFT), welcher am ICM angesiedelt ist. Dieser hat zur Aufgabe, Versorgungskonzepte und -strukturen zu gestalten, integrieren und analysieren. Auf diesem Funktionsbereich geht u.a. die Entwicklung von Konzepten zur Überwachung der Vitalparameter in einem häuslichen Setting zurück. Auch Programme zur Unterstützung von Betreuungsangeboten wurden durch den IFT initiiert. Ein Beispiel für ein solches Angebot ist die telefonische und digitale Begleitung von Patienten mit psychiatrischer Erkrankung in der Überleitungszeit zwischen ihrem stationären Aufenthalt und der weiteren ambulanten Betreuung. Im Helios-Klinikum Schwerin wird eine elektronische Fallakte als Pilotprojekt zur Vorbereitung für die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte in MV eingesetzt. In der grenzüberschreitenden

Euroregion Pomerania wurden mit finanzieller Unterstützung der europäischen Union Telematikinfrastrukturen installiert, welche weiter mit dem Bundesland vernetzt werden müssen [15].

3.1.9 Studium der Humanmedizin

Hinsichtlich der beiden Hochschulstandorte in MV, Greifswald und Rostock ist festzustellen, dass diese eine hohe wissenschaftliche Reputation mit entsprechender Drittmittelfinanzierung (SFB etc.) aufweisen.

Aktuell entwickeln sich außerhalb von MV alternative, von Privatgründungen geprägte Hochschulstrukturen als sog. Medical Schools, u.a in Hamburg (MSH, 2009) und Berlin (MSB, 2012) mit Ausrichtung an Aufbaustudenten aus der Pflege und den therapeutischen Berufen oder in Brandenburg/ Havel mit der Zielgruppe der Ärzte und Psychotherapeuten (Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB) Start 2015), die mit dem Städtischen Krankenhaus in Brandenburg/Havel kooperieren.

Eine systematische Verknüpfung von Studiengängen der Humanmedizin und von anderen Humanwissenschaften, z. B. Pflegewissenschaften existiert in MV nicht. Es existiert jedoch das durch den Stifterverband für die deutsche Wissenschaft geförderte Modellprojekt „Bildungscluster Greifswald – gemeinsames Lernen von Medizin und Pflege“. In diesem Projekt absolvieren künftige Pflegefachpersonen und Mediziner vier Ausbildungsabschnitte gemeinsam [14].

3.2 Nachfrageseite

Der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung hat sich in den vergangenen zehn Jahren gebessert. Damit gehen eine gesteigerte Lebenserwartung und rückläufige Mortalitätsraten einher [30]. Erkennbar ist allerdings eine Verschiebung innerhalb des Krankheitsgeschehens, verknüpft mit einer Änderung des Krankheitsspektrums. So gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen weiter zu den häufigsten Todesursachen der Deutschen, jedoch ist ihr Anteil an der Gesamtsterblichkeit rückläufig. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen steigt in der Gesamtpopulation an. Darüber hinaus führen auch Muskel- und Skeletterkrankungen zu immer größeren volkswirtschaftlichen Belastungen. Eine detaillierte Übersicht über einzelne Krankheitsbilder geben die folgenden Kapitel.

3.2.1 Morbiditätsstruktur

Innerhalb der Enquete Kommission wurden sieben Krankheiten identifiziert, die hinsichtlich ihrer demografisch induzierten Bedeutung besonders stark beachtet werden sollten. Diese Krankheiten werden nachfolgend aufgelistet:

- Myokardinfarkt
- Apoplex (Schlaganfall)
- Hypertonie
- Diabetes
- Bösartige Neubildungen (Krebs)
- Demenz

Tabelle 7 Übersicht der Erkrankungszahlen in MV

	Diabetes	Myocardinfarkt	Schlaganfall	Hypertonie	Krebs	Demenz
	2010	2010	2010	2010	2008	2011
65-69	7.652	3.331	1.908	31.835	4.878	955
70-74	11.987	9.424	1.548	38.937	3.680	3.231
75-79	7.207	3.253	4.310	24.633	2.180	4.845
80-84	6.209	4.009	1.807	13.516	834	6.597
über 85	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	9.469
Gesamt	33.055	20.017	9.573	108.921	11.572	15.627

Quelle: i.A. ICM

Die Verteilung der Myokardinfarkte in MV wies 2010 eine geschlechts- und altersspezifische Gewichtung auf (s. Abbildung 14). Männer waren häufiger und auch in jeder Altersgruppe öfter von einem Myokardinfarkt betroffen. Insgesamt erlitten 2010 46.541 Personen in MV einen Myokardinfarkt. 33.062 dieser Personen waren männlich und 13.479 weiblich. Bei allen weiblichen Altersklassen unter 50 Jahren konnte in MV kein Aufkommen von Myokardinfarkten verzeichnet werden. Ein erstes Auftreten von Myokardinfarkten der männlichen Altersklassen wurde hingegen bereits ab dem 35. Lebensjahr verzeichnet. Besonders auffällig ist in dem Kontext die Geschlechtergegenüberstellung im Alterssegment der 55-59 Jährigen (m: 5.376/ w: 656) und der 70-74 Jahre alten Menschen (m: 9.424/ w: 3.953) [15].

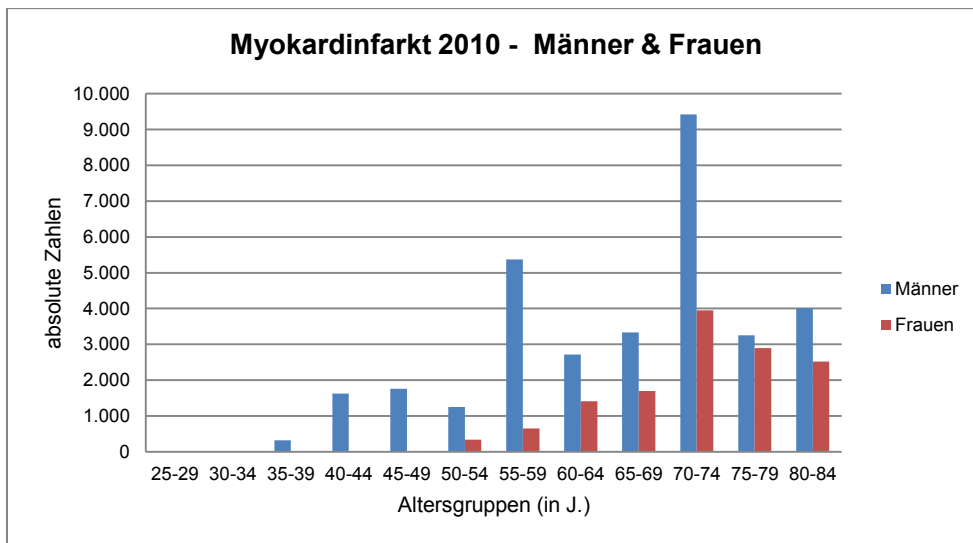


Abbildung 14 Myokardinfarkte im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2010)

Quelle: i.A. ICM

Die Mortalitätsrate des akuten Myokardinfarkts in Deutschland ist seit 1980 kontinuierlich von 118,4 auf 63,7 Gestorbene/100.000 Einw. im Jahr 2011 gesunken. Trotzdem handelt es sich bei dem Myokardinfarkt um die fünft-häufigste Todesursache in Deutschland. Die bundesdurchschnittliche Sterbeziffer wurde in MV um 15,5% überschritten. Ursachen für die, im Vergleich zum Bundesdurchschnitt, hohe Mortalitätsrate könnten Missverständnisse bei den therapeutischen Handlungsweisen sein oder eine unzureichende Strategie im Rahmen der Prähospitalisierungszeit [31].

- Mehr Männer als Frauen betroffen
- Peak in den älteren Generationen

Im Jahr 2010 wurden in der Bevölkerung von MV 33.840 Schlaganfälle verzeichnet. Im Vergleich zum Myokardinfarkt war die unterschiedliche geschlechterspezifische Verteilung mit Ausnahme der Altersgruppe zwischen 70 und 74 Jahren weniger ausgeprägt. Die höchste altersspezifische Prävalenz erreicht die männliche Altersgruppe der 70-74-Jährigen mit 6.274 Schlaganfällen und die weibliche Altersgruppe der 75-79 jährigen mit 4.310 Schlaganfällen (s. Abbildung 16).

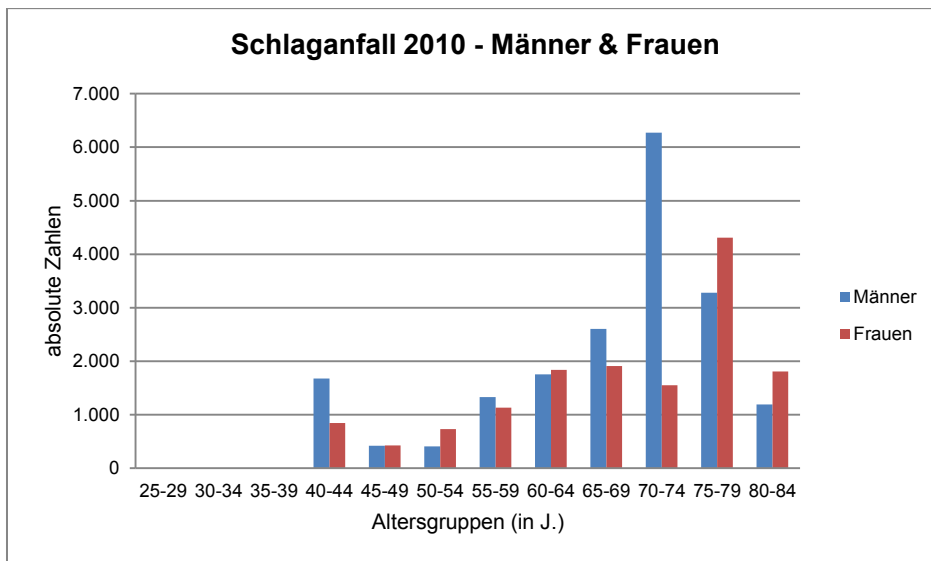


Abbildung 15 Schlaganfälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2010)

Quelle: i.A. ICM

Die mit Abstand am häufigsten vorkommende Diagnose des Bundeslandes MV war mit einer Fallzahl von 640.000 und einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von ca. 40% die arterielle Hypertonie (s. Abbildung 16). Die altersstrukturelle Entwicklung verläuft ab der Altersgruppe der 45-49-Jährigen sinusförmig und weist im Vergleich zu den vorherig genannten Diagnosen eine etwas geringere Schwankung in der Häufigkeitsverteilung mit einer Häufung bei den Männern auf [15].

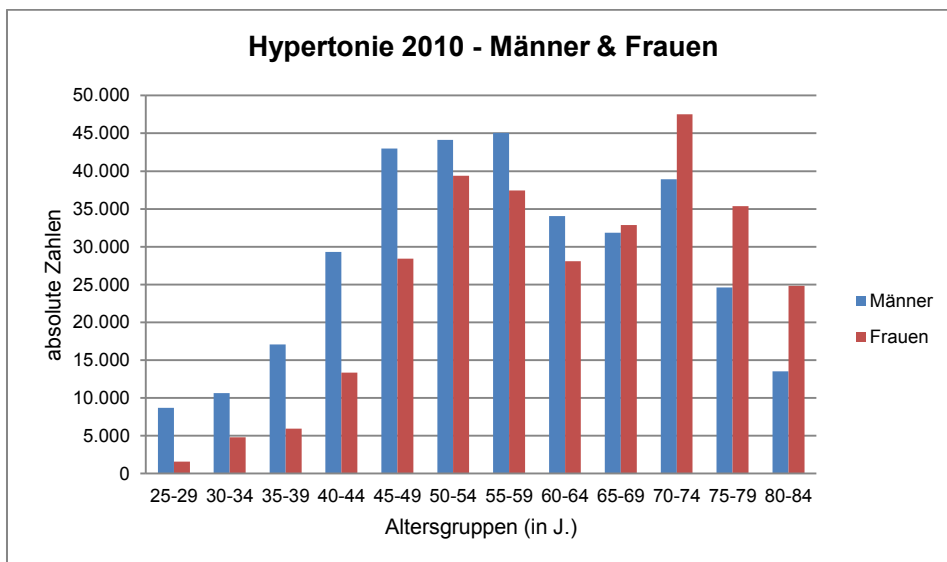


Abbildung 16 Hypertonie-Fälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2010)

Quelle: i.A. ICM

2010 wurde die Diagnose des Diabetes Mellitus bei 127.298 Menschen in MV gestellt. In 65.000 Fällen handelte es sich dabei um Männer, in ca. 62.000 Fällen waren Frauen betroffen.

Die Prävalenzrate des Diabetes verlief ab der Altersgruppe der 45-59-Jährigen bis zur Altersgruppe der 70-74-Jährigen proportional zum steigenden Alter der Betroffenen. Ab dem 75. Lebensjahr waren die Fallzahlen beider Geschlechter rückläufig. Das Auftreten des Krankheitsgeschehens der Männer kann als sprunghaft bezeichnet werden (s. Abbildung 17), Wohingegen die Häufigkeitsentwicklung der Fallzahlen bei Frauen bis zur Altersgruppe der 70-74-Jährigen linear verläuft. Etwa 7,2% der Deutschen sind an Diabetes erkrankt, wobei die Zahl latent Erkrankter mit circa 2,1% angenommen wird. Etwa 16 bis 23% der Generation über 65 Jahren leiden an der Erkrankung, was nahezu der Hälfte aller Diabetes Fälle entspricht. Darüber hinaus hat Schätzungen zu Folge jeder vierte Bewohner eines Pflegeheims Diabetes [32].

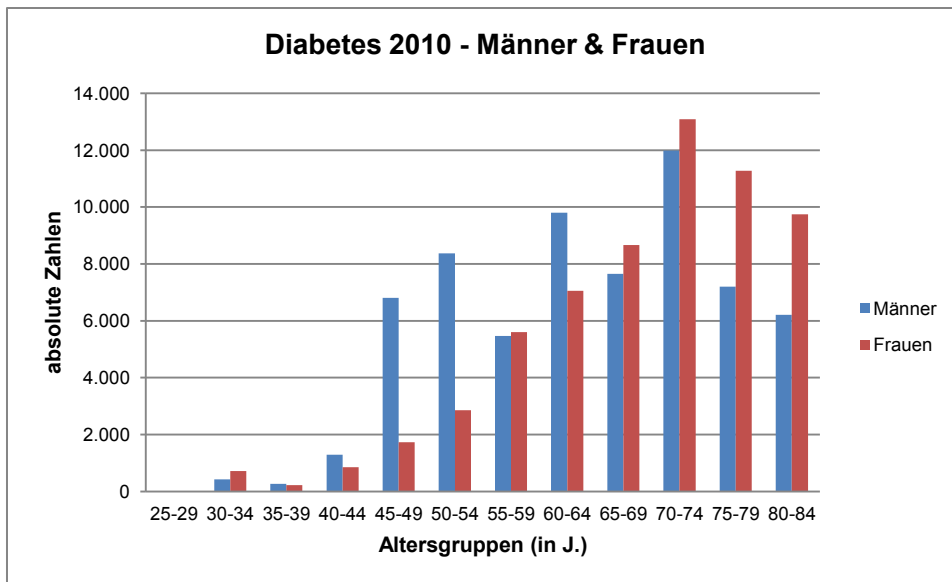


Abbildung 17 Diabetes-Fälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2010)
 Quelle: i.A. ICM

- Peak in der Altersgruppe der 70-74-Jährigen
- In den mittleren Generationen bis zum 64 Lebensjahr Männer häufiger betroffen, danach Frauen

22.359 Menschen in MV waren im Jahr 2008 von der Diagnose Krebs betroffen. Auch bei dieser Diagnose weist die altersspezifische Prävalenz auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen steigender Prävalenz und Alter der Betroffenen hin. Bis zur femininen Altersgruppe der 60-64-Jährigen stieg die Fallzahl weitestgehend linear an und war in den höheren Altersgruppen rückläufig. Die Fallzahlenentwicklung der Männer zeigte bis zur Altersgruppe der 65 bis 69-jährigen exponentiellen Verlauf auf. Analog zur altersspezifischen Häufigkeitsverteilung der Diagnose Krebs bei Frauen sank die Prävalenz der über 69-Jährigen Männer ebenfalls sehr stark (s. Abbildung 18) [15].

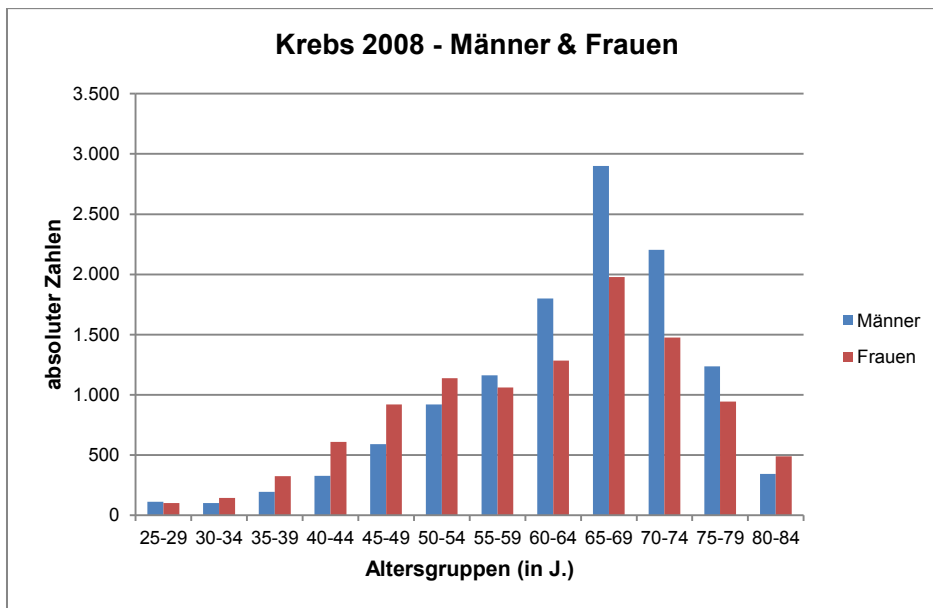


Abbildung 18 Krebs-Fälle im Geschlechtervergleich nach Altersgruppen (MV, 2008)
 Quelle: i.A. ICM

Zu dem unter dem Gesichtspunkt der demographischen Entwicklung bedeutsamen Krankheitsbild der Demenz gibt es bislang nur eine schwache Datenlage. Angaben zu Inzidenz und Prävalenz nach Alterskategorien sind für das Bundesland MV nicht existent. Sekundärdaten der Krankenkassen sind ambivalent und nicht belastbar.

Auszugehen ist hierbei von einer Unterschätzung der Bedeutung, da die Diagnose Demenz selbst in medizinisch hochentwickelten Ländern in 50-80 % der Fälle nicht gestellt wird. Hinzu kommen vergleichsweise häufig falsch gestellte Diagnosen. Die im Folgenden dargestellten Daten können daher lediglich erste Anhaltspunkte im Hinblick auf die Morbidität liefern. Zu diesem Zweck wurden Prävalenzwerte aus einer Studie von Bickel aus dem Jahr 2000 herangezogen. Diese wurden durch die Transformation der Krankheitsraten aus großflächigen Feldstudien und Meta-Analysen auf die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung bestimmt. Prävalenzraten liegen hierbei für die Altersgruppen der 65–69 -, 70–74 -, 75–79 -, 80–84 und über 85-Jährigen vor, jedoch ohne Geschlechtsdifferenzierung. Die Raten wurden adaptiert auf die Gesamtbevölkerung von MV, bzw. auf die der Lupenregionen von 2011. Schätzungen zu Folge sind derzeit 1,3 Millionen Menschen in Deutschland von einer Demenz betroffen. Bereits heute weisen einige Regionen im Osten Deutschlands Zahlen über dem Durchschnitt von 1.500 Betroffenen pro 100.000 Einwohner auf. In diesen Bereichen wird sich dieser Wert bereits bis 2025 verdoppelt haben [33].

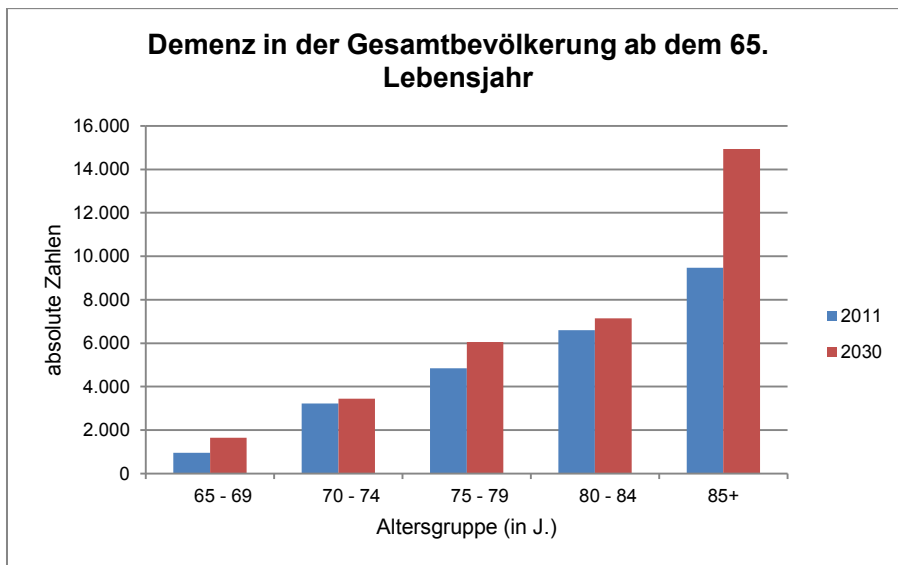


Abbildung 19 Anzahl der Demenzerkrankten in MV ab dem 65. Lebensjahr

Quelle: ICM

Es ist mit einer Zunahme von Demenzerkrankungen zu rechnen. Analog zum Bevölkerungsanstieg in den älteren Jahrgängen ist der Zuwachs zu erklären (s. Abbildung 20).

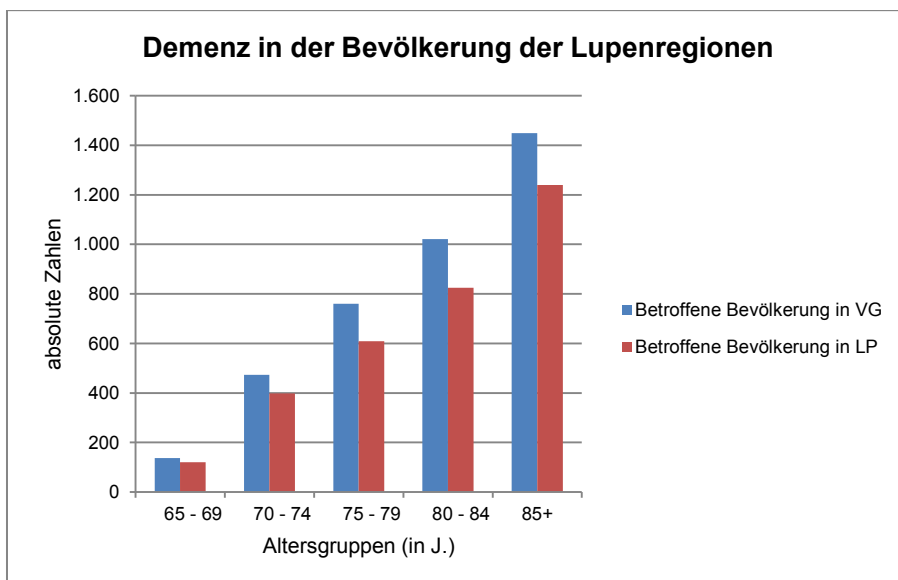


Abbildung 20 Anzahl der Demenzerkrankten in den Lupenregionen

Quelle: ICM

Der Anteil der Demenzerkrankten an der Bevölkerung über 65 Jahren nimmt in MV von 2011 bis 2030 Schätzungen zu Folge um 30% (8.100 Menschen) zu. In den beiden Lupenregionen ist der Anstieg etwas geringer (s. Abbildung 21).

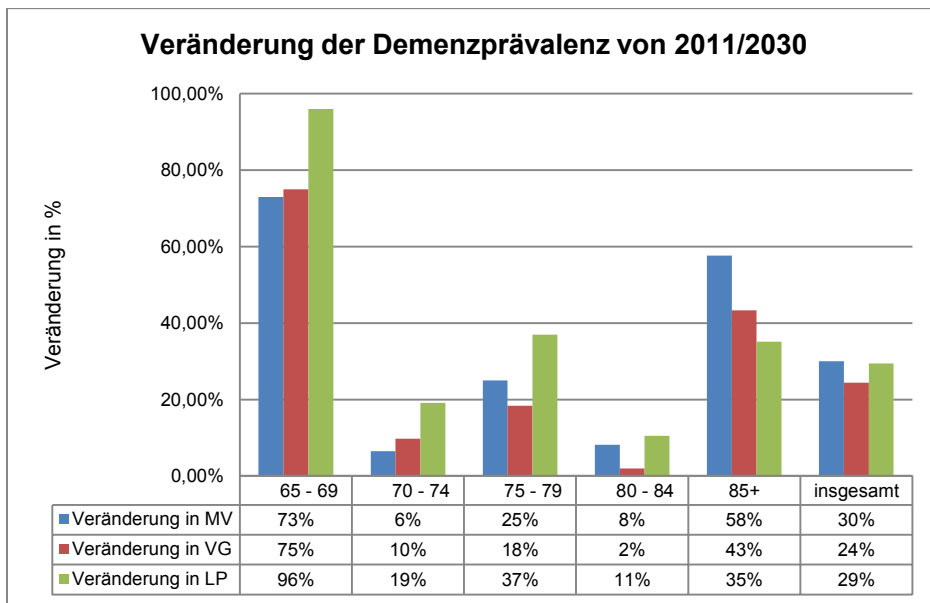


Abbildung 21 Veränderung der Demenzprävalenz (2011/2030)

Quelle: i.A. ICM

Dabei werden von den über 65-Jährigen voraussichtlich in VG 6,95% und in der Region LUP 6,52% von Demenz betroffen sein.

Ein weiteres relevantes zu betrachtendes Thema auf Grund der regionalen Charakteristika und der siedlungs- und infrastrukturellen Gegebenheiten ist die Erreichbarkeit der verschiedenen Leistungserbringer im Bundesland. Dies ist auch im Hinblick auf eine mögliche Verknüpfung und Schaffung potentieller Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen bedeutsam.

3.2.2 Erreichbarkeit der Leistungserbringer

Durch Analyse der Fahrzeiten zu den unterschiedlichen Leistungserbringern lässt sich die Erreichbarkeit darstellen (s. Tabelle 8). Eine PKW-Fahrzeitenanalyse wurde durchgeführt für die Facharztgruppen sowie zu geriatrischen Einrichtungen und Ärzten mit Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“.

81,4 % der Bevölkerung in MV erreichen einen Allgemeinmediziner in unter fünf Minuten Fahrzeit mit dem PKW. Der Durchschnitt in MV lag bei 6,1 Minuten bei einer durchschnittlichen Entfernung von 6,1 km. 62,7% konnten einen hausärztlich tätigen Internisten in weniger als fünf Minuten erreichen (Durchschnitt 9,5 Minuten, 10,2 km Entfernung).

Einen fachärztlichen Internisten konnten 82,9% in unter 15 Minuten erreichen. Die durchschnittliche Entfernung betrug 24,2 Minuten und 31,3 km. Die fachärztlichen Internisten waren die Gruppe mit der höchsten Standardabweichung von 11,2 Minuten und 17,2 km. Das Maximum lag bei 71,6 Minuten und 103,8 km Entfernung.

Ähnlich verhielt es sich bei den HNO- und Nervenärzten (durchschnittliche Entfernung: 13,8 Minuten, 15,7 km).

Die Hälfte der Bevölkerung erreichte einen Chirurgen in unter fünf Minuten, etwa 20% in zehn bis unter 15 Minuten. Ähnlich ist es bei den Augenärzten, durchschnittlich benötigte die Bevölkerung 12,9 Minuten und 14,6 km um zu dieser Facharztgruppe.

Gynäkologen konnten die Einwohner in 10,6 Minuten und 11,6 km erreichen.

Schlecht erreichbar ist die geriatrische Versorgung älterer und schwerstkranker Menschen. So mussten 39% der Bevölkerung 25 Minuten Fahrzeit und länger in Kauf nehmen, um zu einer geriatrischen Einrichtung zu gelangen. Nur 16,1% brauchten weniger als fünf Minuten. Der Durchschnitt lag bei 13,2 Minuten und 5,8 km Entfernung. Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin konnten von 35% der Bevölkerung in unter fünf Minuten erreicht werden. Die durchschnittliche Fahrzeit über alle Gruppen betrug 16,8 Minuten und die Entfernung 20 km. Hinzu kam eine hohe Standardabweichung von 11,9 km und 8,8 Minuten.

Ein Orthopäde konnte im Schnitt innerhalb von 13,8 Minuten und 16,1 km erreicht werden. Die Dichte der Apotheken im Land ist hoch, sodass 96% der Bevölkerung diese in weniger als zehn Minuten aufsuchen konnten (im Schnitt 7,4 Minuten). Die durchschnittliche Entfernung betrug 7,6 km.

Auch die Zahnarzttdichte ermöglichte einen Besuch für 98% der Bevölkerung in unter zehn Minuten (6,4 Min./6,5 km). Gleiches galt für Physiotherapeuten, welche in 98% der Fälle in unter zehn Minuten persönlich kontaktiert werden konnten (6,2 Min. /6,3 km.). Der Weg zum Logopäden, Podologen und zur Ergotherapie betrug im Durchschnitt circa 9,9-10,5 Minuten und 10,7-11,4 km [15].

Tabelle 8 Einwohner je Fahrzeitkategorie (in %) und Arztgruppe

Arztgruppen	Einwohner (in %)					
	Fahrzeit in Minuten zum Arzt					
	unter 5	5 bis unter 10	10 bis unter 15	15 bis unter 20	20 bis unter 25	25 und mehr
Allgemeinmediziner	81,4	17,5	1	0,1	0	0
Hausärztliche Internisten	62,7	22,7	11,3	2,1	0,7	0,5
Fachärztliche Internisten	49,4	15,7	17,8	12,1	3,6	1,3
Chirurgen	50,2	17	20,2	9,2	2,4	1,1
Augenärzte	51,8	15,9	17,6	9,9	3,1	1,8
Gynäkologen	59,1	19,3	16,4	3,2	1,1	0,8
Hals-Nasen-Ohrenärzte	49,8	16,7	19,2	10	3,2	1,3
Nervenärzte	47,5	15,5	19,1	12,1	3,7	2,1
Orthopäden	50,1	15,3	17,9	11,5	3	2,3
Urologen	44,2	12,5	17,5	15,3	5,8	4,7
Geriatric	16,1	10,5	7,2	13,1	14,1	39
Ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	35,9	20,1	11,5	13,9	7,8	10,8

Quelle: i.A. ICM

Die Erreichbarkeit der verschiedenen Facharztgruppen und Institutionen durch den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) ließ sich nur Aussagen über die Lupenregion VG treffen. Beachtet werden muss bei der Interpretation, dass die zeitliche Wegstrecke den Hin- und Rückweg umfasst (s. Abbildung 22/Abbildung 23).

11,78% der Allgemeinmediziner in der Region konnten innerhalb einer Stunde mittels des ÖPNV-Netzes erreicht werden. 64% konnte innerhalb von ein bis drei Stunden erreicht werden. Bei 50% aller Augenärzte in der Region wurden zwei bis vier Stunden benötigt. Bei den Chirurgen konnten 70% in einer bis vier Stunden erreicht werden. Zu 16% bestand gar keine Verbindung mittels ÖPNV. 73% der Gynäkologen in der Lupenregion VG konnten innerhalb einer Zeit von unter vier Stunden erreicht werden. Zu einem HNO-Arzt wurden in circa 69% der Fälle weniger als vier Stunden benötigt. 65% der fachärztlich tätigen Internisten konnten in unter vier Stunden aufgesucht werden. Bei den hausärztlich tätigen Internisten lag dieser Wert bei 78%. In 65% der Fälle konnte ein Neurologe in unter vier Stunden erreicht werden. In unter vier Stunden konnten außerdem 78% der Orthopäden mittels ÖPNV erreicht werden. Nur bei 52% der Urologen war das Aufsuchen in unter vier Stunden möglich und zu 19% bestand keine Verbindungsmöglichkeit mittels ÖPNV. Deutlich bei der Betrachtung der ÖPNV Strukturen in VG wird insgesamt, dass in den analysierten Gruppen in mindestens 14% bis maximal 19% keine Verbindungsmöglichkeit vorhanden ist [15].

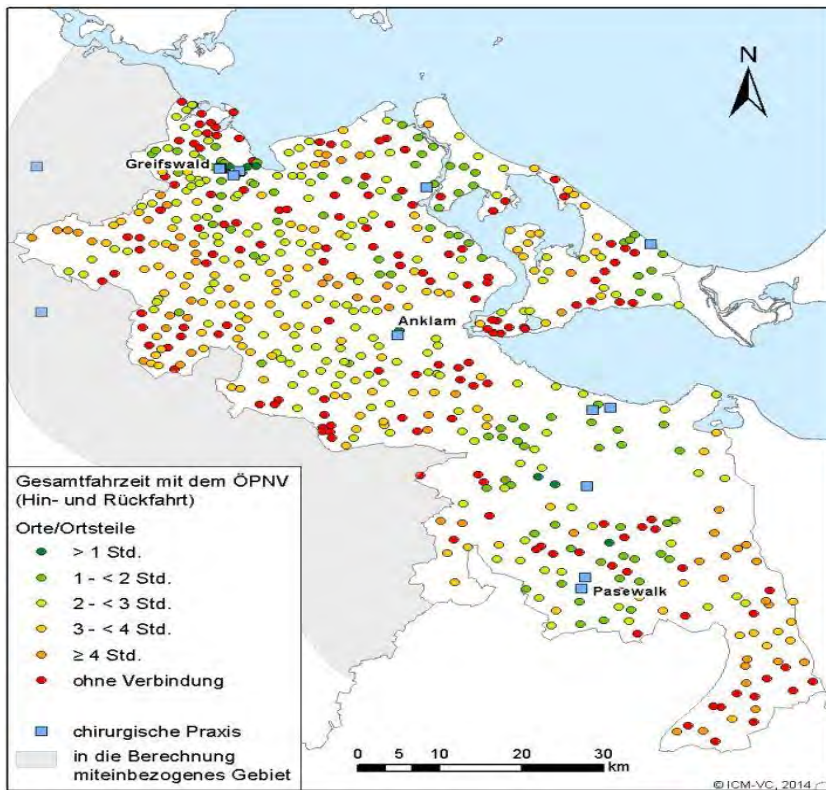


Abbildung 22 ÖPNV Fahrzeit in VG – Chirurgen

Quelle: ICM

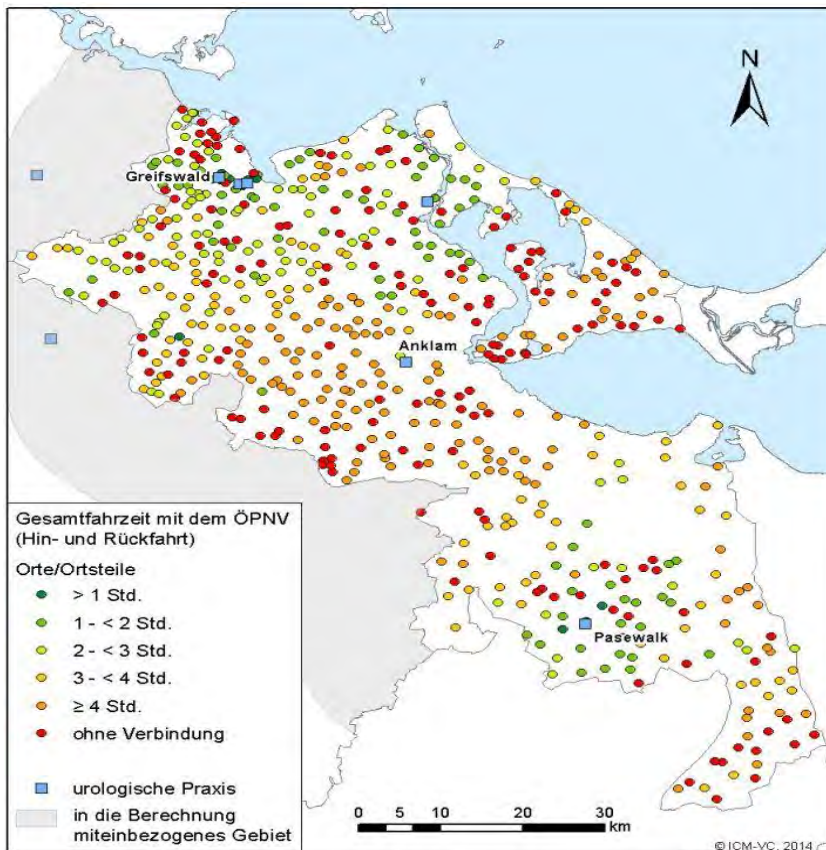


Abbildung 23 ÖPNV Fahrzeit in VG – Urologen

Quelle: ICM

Besonders betroffen von der schlechten ÖPNV-Erschließung waren die fachärztlich tätigen Internisten sowie die Urologen. Grundlegend ließ sich in der Region VG eine Versorgungsasymmetrie feststellen. Der Süden war schlechter erschlossen und auch die Einwohner der östlichen Landesgebiete benötigten längere Fahrzeiten. Bei weiteren Überlegungen im Bereich des öffentlichen Nahverkehrs gilt es zu berücksichtigen, dass seine Hauptaufgabe in der Beförderung von schulpflichtigen Kindern- und Jugendlichen gesehen wird und der Verantwortung der einzelnen Landkreise obliegt. Insofern ist der ÖPNV vor dem Hintergrund der aktuellen Strukturierung kein umfassend geeignetes Instrument, die Sicherstellung der Versorgung zu unterstützen.

- 81,4 % der Bevölkerung können einen Allgemeinmediziner < 5 Minuten aufsuchen (PKW)
- 62,7% der Bevölkerung können einen Internisten (hausärztlich tätig) <5 Minuten erreichen (PKW)
- Große Disparitäten bei fachärztlichen Internisten
- Erreichbarkeit geriatrischer Einrichtungen ungenügend
- 69,6% aller Einwohner in VG konnten ambulanten Pflegedienst < 5 Minuten
 - Etwa 20,7% innerhalb von fünf bis zehn Minuten
 - Länger als 20 Minuten dauerte keine Anfahrt

Diese Zeitspannen waren ähnlich in der Lupenregion LUP. Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen sowie Hospize waren für die Hälfte der Bevölkerung in unter fünf Minuten erreichbar. Anders verhielt es sich in LUP dort benötigten 20% der Bevölkerung länger als 15 Minuten und davon 4,5% länger als 25 Minuten. Einrichtungen zur stationären Dauerpflege konnten von 62% der Menschen in VG in unter fünf Minuten per PKW angefahren werden. Etwa 5% Bewohner benötigten länger als 15 Minuten [15]. In LUP hatten 53,9% der Einwohner die Möglichkeit, eine solche Einrichtung in unter fünf Minuten zu erreichen [15].

4 Pflege

4.1 Leistungserbringer

2011 verfügte MV über 438 ambulante Pflegedienste (3,5% aller bundesweiten ambulanten Pflegedienste [34]) und 332 stationäre Pflegeeinrichtungen (2,7% aller 12.354 Pflegeheime Deutschlands [34]) mit einer Bettenkapazität von 20.278 Betten. In den Lupenregionen stellte sich 2014 die Situation wie folgt dar [15]:

VG (2014):

- 68 ambulante Pflegedienste
- 49 stationäre Pflegeeinrichtungen
 - Vollstationäre Dauerpflege 32
 - Tagespflege 27
 - Kurzzeitpflege 2

LUP (2014):

- 57 ambulante Pflegedienste
- 47 stationäre Pflegeeinrichtungen
 - Vollstationäre Dauerpflege 35
 - Tagespflege 12
- Kurzzeitpflege 0

Der Großteil des nicht-ärztlichen Personals wurde 2011 durch die Gesundheits- und Krankenpfleger gestellt, von denen die meisten im Krankenhaus anzutreffen waren (s. Abbildung 24).

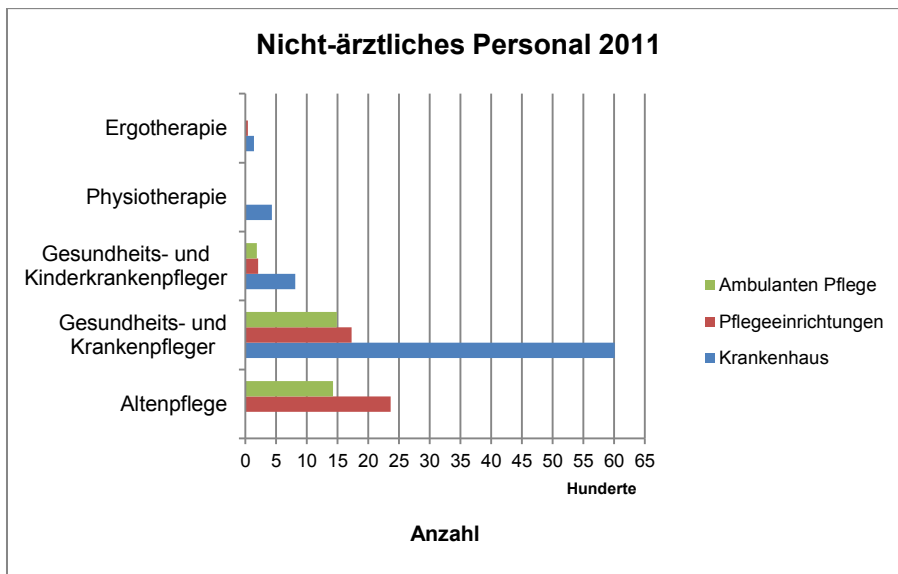


Abbildung 24 Nicht-ärztliches Personal in der Versorgung⁵

Quelle: i.A. ICM

Im Rahmen der pflegerischen Versorgung wurden in VG rund 1.594 und in LUP 656 Mitarbeiter im Pflegedienst beschäftigt. Die vergangenen Jahre zeigten in der Region VG einen Anstieg der Beschäftigtenzahlen in diesem Berufsfeld [15]. Auch in LUP stiegen die Zahlen an. So wuchs die Zahl der Beschäftigten in den letzten fünf Jahren um circa 200 Personen.

Nicht-ärztliches Personal im Krankenhaus wurde im Rahmen der vorangegangenen Analyse differenziert nach den Beschäftigungsverhältnissen: Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Physio- und, Ergotherapie. Die Zahl der Gesundheits- und Krankenpfleger stieg in MV von 2007 bis 2011 an. Parallel dazu wuchs der Anteil der dazugehörenden Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten. Die Erwerbszahlen bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern blieb seit 2007 konstant. Im Bereich der Physiotherapie stieg die Zahl der Mitarbeiter zwischen 2007 und 2011, dabei nahm der Anteil an Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten daran deutlich zu. Das Berufsbild der Ergotherapeuten unterlag in der Vergangenheit Schwankungen (s. Abbildung 25) [15].

⁵ Für die Altenpflege wurden keine Angaben zur Krankenhausebene gemacht.

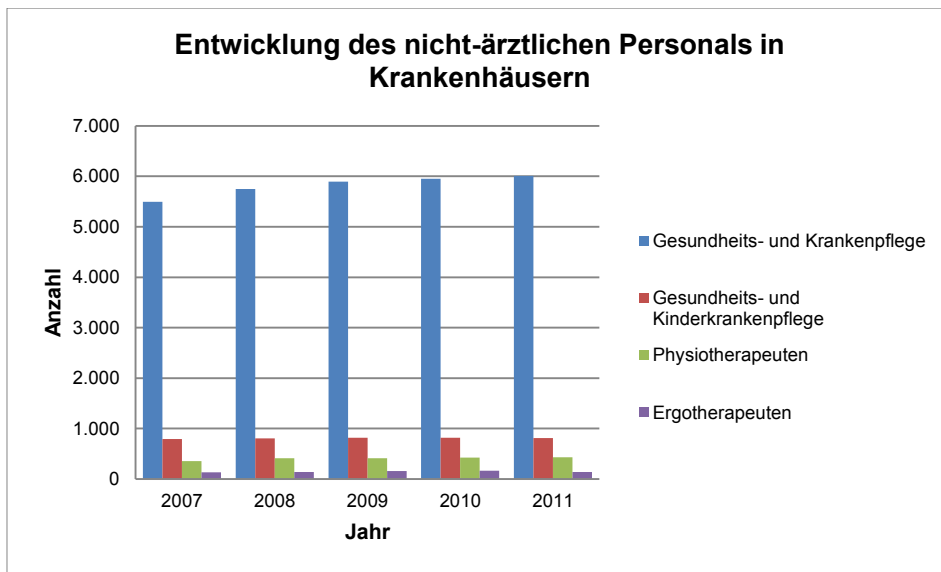


Abbildung 25 Nicht-ärztliches Personal⁶

Quelle: i.A. ICM

4.2 Pflegebedürftigkeit

MV war das Bundesland mit der höchsten Pflegequote im Bundesvergleich. Sie belief sich auf 4,1%. Im Vergleich dazu lag der niedrigste Wert bei 2,6% in Baden-Württemberg und Bayern [35]. Im Hinblick auf die Auslastung der vollstationären Dauerpflege wies MV überdurchschnittlich hohe Werte auf. So lag der Auslastungsgrad im Jahr 2011 bei 96,7%. Den niedrigsten Wert innerhalb Deutschlands wies Rheinland-Pfalz mit 80,1% auf [35]. Der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen war im Deutschlandvergleich 2011 in MV mit 9% am niedrigsten [35].

- Überdurchschnittlich hohe Pflegequote
- Überdurchschnittlich hoher Auslastungsgrad in der vollstationären Dauerpflege

Im Jahr 2011 gab es rund 67.559 pflegebedürftige Menschen in MV. Den größeren Anteil daran stellte die weibliche Bevölkerung mit 43.971 dar (23.588 männlichen Personen). Deutschlandweit gab es 2012 439.000 Pflegebedürftige. Gegenüber dem Jahr 2011 bedeutete dies einen Anstieg um 3,8%, welcher wiederum mit einer Kostensteigerung von 4,5% einherging [36].

- Pflegestufe 1 → über 50% der Pflegbedürftigen in MV
- Pflegestufe 2 → über 30% der Männer und bei den Frauen unwesentlich weniger

⁶ Enthalten sind nicht alle nicht-ärztlichen Mitarbeiter, sondern nur die beschriebenen Gruppen.

Mit einem Personalschlüssel von 6.751 Pflegedienstmitarbeitern in Krankenhäusern wurde ein Höchststand seit 2002 erreicht. Dieser Trend fand sich auch in den Personalentwicklungen in Pflegeeinrichtungen (ambulant und (teil)stationär) wieder. Dabei stieg die Zahl um fast 86% auf 20.000 Mitarbeiter [15]. Im Rahmen der Ausbildung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen war zwischen 2010 und 2012 eine Zunahme bei den bestandenen Abschlussprüfungen in der Altenpflege sichtbar. Auch die Anzahl erfolgreich abgeschlossener Ausbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege nahm zu. Bei den Physiotherapie-, Ergotherapie-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeprüfungen kam es zu einem Rückgang [15]. Die meisten Auszubildenden 2011 gab es im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Ausgaben für Sozialhilfe in Deutschland beliefen sich im 2013 auf etwa 25 Milliarden €. Dies bedeutet eine Steigerung um rund 4,3% im Vergleich zu 2012. Dabei entfielen 21% auf die Absicherung im Alter und die Erwerbsminderung, weitere 13% waren durch Ausgaben im Bereich der Unterstützung zur pflegerischen Versorgung und 10% für sonstige Investitionen u.a. Stärkungen der Gesundheit bedingt. Die Pro-Kopf-Ausgaben im Vergleich der östlichen Bundesländer lagen in MV mit 269 € am höchsten. Bundesweit wies Hamburg den höchsten Wert mit Zahlungen in Höhe von 494 € je Einwohner auf [108].

4.3 Angehörigenpflege

In den vergangenen Jahren hat sich die Art der Pflege (ambulant, (teil)stationär, Pflege durch Angehörige) kaum verändert, jedoch ist der Bedarf parallel mit der größer werdenden Anzahl Pflegebedürftiger ebenfalls angewachsen. Ebenfalls angestiegen ist der Anteil pflegender Angehöriger. In diesem Kontext sind die sogenannten Pflegestützpunkte von besonderer Bedeutung, da sie zentrale Anlaufstellen für die Information von pflegenden Angehörigen darstellen. Aktuell gibt es 13 Pflegestützpunkte in MV, in jedem der Landkreise mindestens einen (s. Abbildung 26). Die Stützpunkte sind telefonisch jederzeit erreichbar und bieten vor Ort zweimal wöchentlich Öffnungszeiten an. Zusätzlich werden in fünf Kommunen u.a. auch in VG sogenannte Sprechtagge angeboten, darunter sind „Sprechstunden“ zu verstehen, die nicht im eigentlichen Stützpunkt stattfinden sondern an anderen „zentralen“ Orten z.B. in Nachbarschaftszentren, im Jobcenter oder Ähnlichem angeboten werden. Außerdem bietet der Großteil der Stützpunkte nach vorheriger Vereinbarung eine Beratung zu Hause an [37]. Auch wurden in den ländlichen Regionen u.a. in LUP Bürgerbüros an verschiedenen Punkten der Region geschaffen, dort können Mitarbeiter der Pflegestützpunkte kontaktiert werden [38].

Evaluationen zu den PSP wurden in einzelnen Bundesländern (Hessen (2011), Bremen (2012), Baden-Württemberg (2013)) und bundesweit (iso-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., Saarbrücken, Bericht noch nicht publiziert) durchgeführt. Rheinland-Pfalz hat seit 2009 ca. 100 Pflegestützpunkte errichtet.

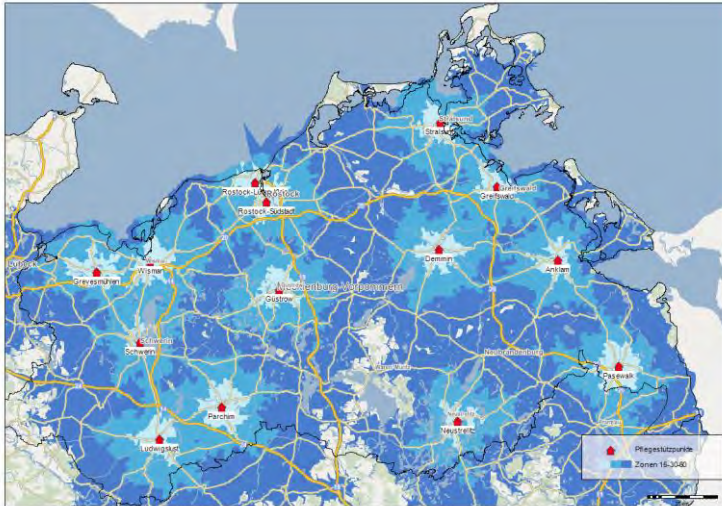


Abbildung 26 Darstellung der Pflegestützpunkte nach PKW-Fahrzeitenkategorien (15-30-60 Minuten)
 Quelle: Eigene Darstellung – Regio Graph

4.4 Ehrenamt

Vor dem Hintergrund finanzpolitischer Maßnahmen, demographischer Veränderungen sowie ökonomischer Gegebenheiten, aber auch ansetzend an die Frage der Bedarfe und regionaler Versorgungssicherheit wird die Rolle des Ehrenamtes in Zukunft deutschlandweit von großer Bedeutung sein. Aktuell engagieren sich $\frac{1}{4}$ der Bevölkerung (12,96 Mio.) in Deutschland ehrenamtlich. Es existieren rund 550.000 Vereine mit 23 Mio. freiwillig Engagierten. 36% werden durch die Altersgruppe der 14 bis 24-Jährigen gestellt und 30% durch die Menschen älterer Generationen ab dem 60. Lebensjahr (s. Abbildung 27). Determinanten für die Ausübung eines Ehrenamtes werden in der Bildung und Erwerbstätigkeit einer Person gesehen. Bundesweit lag MV 2009 mit einer Engagementquote von 29% an viertletzter Position. Die Engagementquote der Generation über 65 Jahren steigt jedoch stetig. Worin ein Potential zu sehen ist, da die Menschen dieser Generationen länger fit sind und oftmals auch über die nötige Zeit verfügen [39]. In Deutschland lag sie 2009 bei 37%.

Derzeit sind $\frac{1}{3}$ der Bevölkerung in MV freiwillig engagiert, ein weiteres Drittel ist öffentlich aktiv [15].

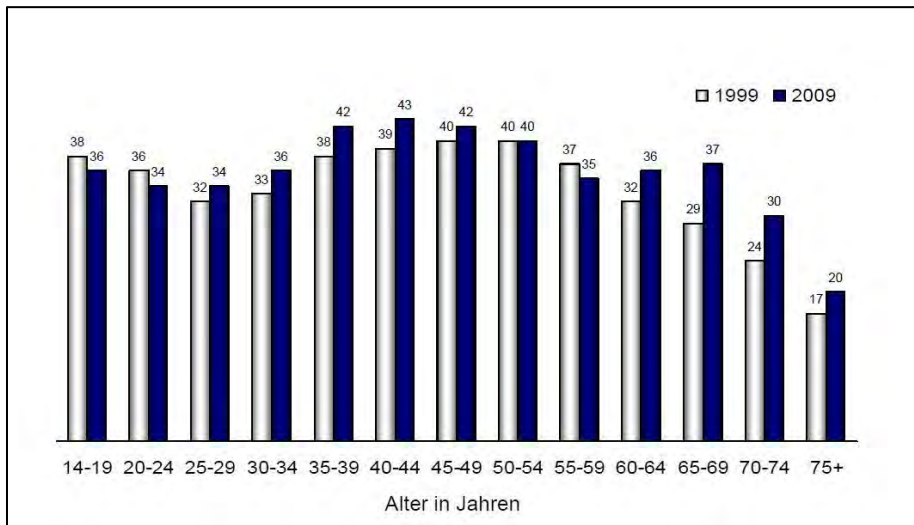


Abbildung 27 Freiwilliges Engagement nach 13 Altersgruppen 1999/2009

Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009

Die notwendigen Strukturen und Modelle zur Förderung eines bürgerschaftlichen Engagements sind in MV grundsätzlich vorhanden. Es existieren Netzwerke, Austauschplattformen, Institutionen, welche die Rolle eines Vermittlers übernehmen sowie diverse Koordinationsstellen. Im Folgenden wurden exemplarisch und stellvertretend für weitere Projekte Infrastrukturen zur Förderung des Ehrenamtes aufgeführt:

- Netzwerk freiwilliges Engagement MV
- Ehrenamtsmesse
- LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in MV e. V.
- „Grünen Damen und Herren“
- Niedrigschwellige Betreuungsangebote (z.B. Zentrum Demenz Schwerin)
- Freiwilligenagenturen (s. Abbildung 28)



Abbildung 28 Verteilung der Freiwilligenagenturen

Quelle: in Anlehnung an <http://www.bagfa.de/freiwilligenagenturen/bundesland/MV.html>

Deutschlandweit existieren rund 500 Freiwilligenagenturen. Ein großer Teil dieser Freiwilligenagenturen wird durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen (BagFa) betreut. Ihre Aufgabe als Dach- bzw. Fachverband ist es, die Agenturen strategisch und qualitativ zu unterstützen und eine überregionale Vernetzung zu ermöglichen. Die zwei existierenden Freiwilligenagenturen in MV gehören bisher nicht der BagFa an [40].

Potentielle infrastrukturelle Rahmenbedingungen bzw. Ansätze zur Stärkung des Ehrenamtes sind zwar vorhanden, werden aber auf Grund der Ansiedlung der Angebote nur bedingt wahrgenommen. Ferner führt die Zersplitterung der Anbieter dazu, dass Prozesse nicht zielgerichtet laufen und vorhandenes Potential nicht effektiv genutzt wird.

Ein Lösungsansatz ist die Schaffung einer zentralen Ansprechstruktur im Land oder auf jeweiliger Landkreisebene, welcher eine Koordinationsfunktion über alle Institutionen mit Ehrenamtsbedarf zukommen könnte.

Ein beispielhaftes Projekt für bürgerliches Engagement von alten Menschen für alte Menschen ist der Bürgerhafen Greifswald⁷. Bei dieser ehrenamtlichen Organisation arbeiten 64 der insgesamt 400 sog. Seniorentainer in MV [15]. Diese sollen ihr erworbenes Wissen und Erfahrung für andere sinnvoll einsetzbar werden lassen. Der Bürgerhafen Greifswald ist generationsgreifend angelegt und vereint viele Strukturen in sich. So können sich dort sowohl ehrenamtlich Engagierte als auch Interessierte austauschen. Zudem besteht die Möglichkeit, an Weiterbildungen teilzunehmen.

⁷ <http://www.buergerhafen.de>

4.4.1 Ehrenamt im Setting der stationären Pflege

Insbesondere im Bereich der pflegerischen Versorgung von Mitmenschen gewinnt das Ehrenamt zunehmend an Bedeutung. Viele Bereiche innerhalb des pflegerischen Settings können auf Grund ökonomisch notwendigen Handels nur noch unzureichend umgesetzt werden. Der Patientenkontakt wird dadurch auf ein Minimum beschränkt. An diesem Punkt könnte ein Ehrenamt ansetzen um den entstehenden zusätzlichen Bedarf kompensieren zu können.

Im Rahmen einer von Prof. Fleßa durchgeführten Befragung zum Thema „Ehrenamt in der stationären Pflege“ wurden 36 stationäre Pflegeeinrichtungen VG’s und LUP’s kontaktiert. In 22 der 36 stationären Pflegeeinrichtungen wurden zum Zeitpunkt der Befragung insgesamt 76 Ehrenämter beschäftigt, davon waren:

- 90,79% weiblich
- 86,48% älter als 50 Jahre
- In 56 Fällen bedeutet die freiwillige Mithilfe eine mehrmalige Unterstützung der Einrichtung im Monat.



Abbildung 29 Skizzierung Aussagen der Ehrenamtsbefragung

Quelle: eigene Darstellung i.A. Fleßa

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass die Aufgabenfelder der Ehrenämter meist in den Bereich der Freizeitgestaltung sowie der Alltagsbegleitung fielen. Bei einem Großteil der ehrenamtlichen Mitarbeiter lag keine berufliche Verbindung zum Bereich des Gesundheitswesens in der Vita vor. Optimierungsbedarf besteht jedoch auch hier im Rahmen der Koordination des freiwilligen Engagements. So wiesen über 50% der befragten Einrichtungen keinen spezifischen Mitarbeiter für die Koordination des Ehrenamtes auf. Möglichkeiten zur Akquise bestanden insbesondere in einer direkten persönlichen

Ansprache, im Rahmen von Veranstaltungen und Werbung sowie durch die Träger der Einrichtungen. Mögliche Anreiz- bzw. Motivationsangebote für Ehrenämtler waren:

- Sachzuwendungen
- Pauschale Aufwandsentschädigungen
- Kostenerstattung
- Kostenlose Fortbildungen
- Sonstiges Zuwendungen (Einbindung ins Team, „Dankeschönveranstaltung“, Teilnahme an Veranstaltungen, Essensmarken, Einladung zu Mitarbeiterfesten) [15]

5 Prävention

Die Prävention, also die altersgemäße Gesunderhaltung als primäre Prävention und die aktive Intervention bei bereits eingetretener Erkrankung als sekundäre Prävention gewinnt erst in der jüngeren Zeit an Aufmerksamkeit vor dem Hintergrund, dass die gesamten Krankheitskosten, die die präventive-, diagnostische- therapeutische und rehabilitative Versorgung sowie den Aspekt der Pflege umfassen, sich auf 254,4 Milliarden € summieren (2008). Dieses Ausgabenvolumen entsprach einem pro Kopf Anteil von 3.100 €. Mit steigendem Alter war ein überdurchschnittlicher Anstieg der pro Kopf Ausgaben zu erkennen. Die unter 15- sowie die 15 bis 29-Jährigen wiesen mit 1.320 bis 1.360 € die niedrigsten Kosten pro Person auf. Hingegen waren die Ausgaben bei den 65 bis 84-Jährigen 2,1-fach höher als der Gesamtdurchschnitt (s. Abbildung 30). In der Gruppe der über 84-Jährigen sogar das 4,8-fache des Mittelwertes. Die Ausgaben (Gesamtkrankheitskosten) lagen bei den Frauen im Schnitt 700 € über denen der Männer [41].

Der Anstieg von chronischen Krankheiten und multimorbiden Patienten wird zu einem Anwachsen der Gesamtkrankheitskosten führen. Dieser zusätzlichen Belastung kann mit gezielten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen entgegengewirkt werden. Vor dem beschriebenen Hintergrund wird der Bedarf an präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen speziell für die mittel- und älteren Generationen nötig. Aktivierende und das Wohnquartier erreichende Prävention, die das Setting der Bevölkerung gezielt anspricht, haben einen wesentlichen und nachhaltigen Einfluss auf den Gesundheitszustand. MV hat das Potenzial, durch die im Bundesvergleich schneller verlaufenden populationsbezogenen Strukturveränderungen als Modellregion für Deutschland zu fungieren [42].

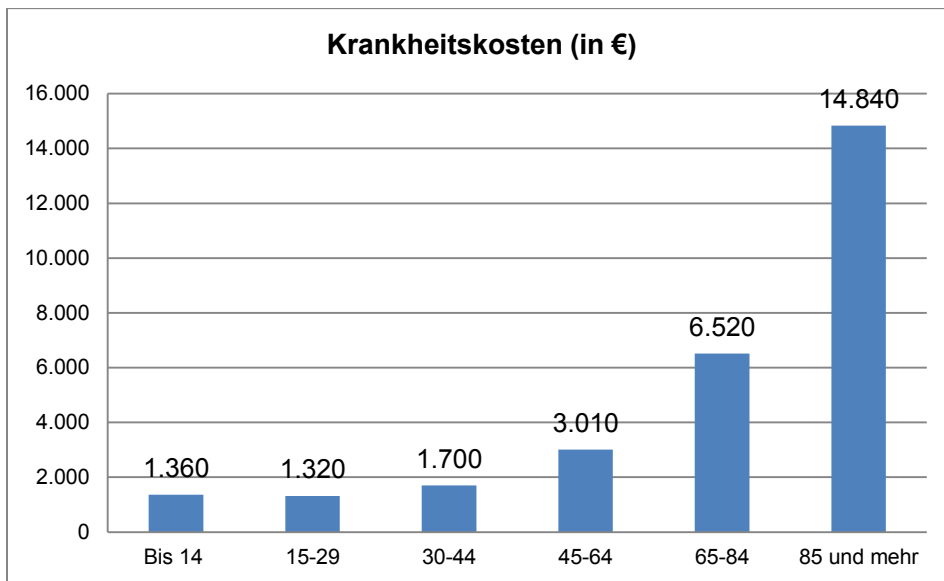


Abbildung 30 Krankheitskosten je Einwohner in Deutschland (2008)

Quelle: in Anlehnung an Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters?

Ein Anstieg der Ausgaben für präventive Leistungen nach §§20 ff. SGB V um circa 8,2%/ Versicherten auf etwa 3,82€/ Versicherten reicht aus Sicht der Politik bisher nicht aus, um eine optimale Versorgung sicherzustellen. Mit Kassenausgaben in Höhe von rund 267 Mio. für diesen Bereich (2013) wurden rund 12,6% mehr aufgewendet als noch 2012. Trotzdem bildet dieser Wert lediglich 0,1% des gesamten investierten Volumens ab [43] [44].

- Primäre Prävention⁸: Ausgaben 2013 183 Mio. € → 2,53 €/Versicherter/Jahr
- Betriebliche Gesundheitsförderung: 54 Mio. € → 0,8 €/Versicherte → Steigerung um 18% zu 2012
- Prophylaxe in außerbetrieblichem Setting⁹: 30 Mio. € [45]

Die Politik hat erkannt, dass Prävention weiter zu entwickeln ist, dieses zeigt die Initiative zum Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention/ Präventionsgesetz (PrävG). Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Krankenkassen ab 2016 mindestens sieben Euro/Versicherten/Jahr für präventive Maßnahmen investieren (28% davon für die betriebliche Gesundheitsförderung und zwei Euro für außerbetriebliche Settingansätze).

Das ICM schreibt dazu: *Der Erhalt körperlicher und kognitiver Aktivität sind wesentliche Prädiktoren für ein langfristig selbstbestimmtes Leben [18]. Bislang gelingt es nicht umfassend, ältere Menschen für eine Teilnahme an Präventionsangeboten zu gewinnen. Hinzu kommt, dass körperliche Aktivität in Bevölkerungen ab 60 Jahre abnimmt. Auch die Aufrechterhaltung der regelmäßigen und langfristigen Teilnahme an Präventionsangeboten*

⁸ Grundlage: Individualsatz

⁹ z.B. Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Wohngebieten

kann bis dato nicht zufrieden stellen [19]. 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 [20]. 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 Halterate bzw. Adhärenz von Zielbevölkerungen in 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 Jahre eine wirksame Methode ist, um Krankheitsfolgen jahrelangen Tabakrauchens zu reduzieren [21]. 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.

Faktoren 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 [22]. 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 der beteiligten Akteure erreicht werden. Benötigt werden flexible Organisationsstrukturen und die Definition von sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Aufgaben und Kompetenzen.

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. 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.

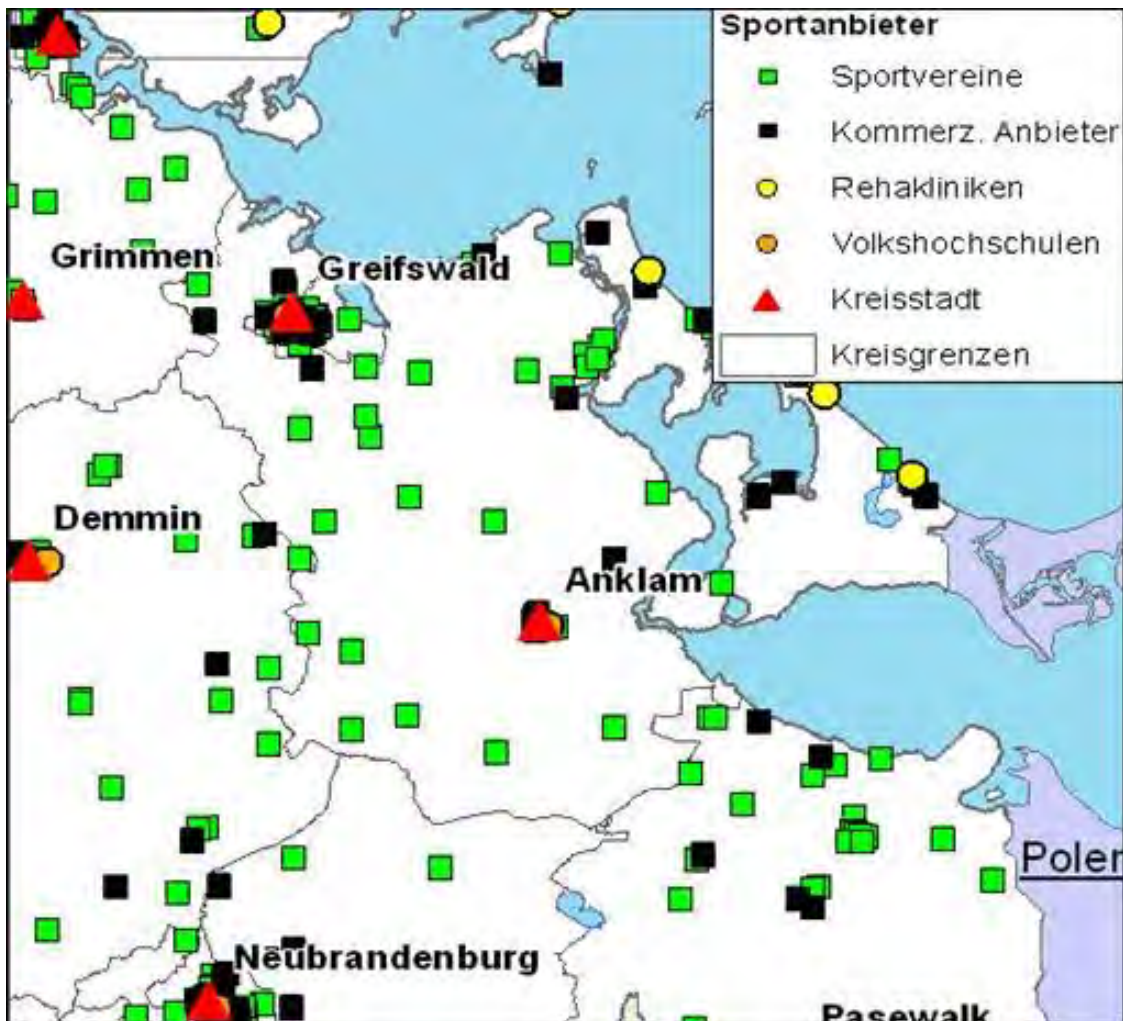
In Abhängigkeit vom individuellen Präventionsziel, des Zeit- und Kostenaufwandes und unter Berücksichtigung weiterer zentraler Faktoren (z.B. Wohnort, familiäre Ressourcen und soziale Situation, Komorbidität, persönliche Prioritäten und Vorlieben, Möglichkeiten der Barrierebeseitigung) könnten individuell unterschiedliche Kombinationen von Präventionsmodulen zur Anwendung kommen. Hierbei könnten 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.

Es gilt verschiedene Hindernisse und Hemmschwellen zu umgehen, um ein individualisiertes und von der Zielgruppe angenommenes Präventionsprogramm für ältere Menschen zu verwirklichen. Durch ein modulares Netzwerk ist eine Individualisierung möglich.

Einzelne Strukturen sind vorhanden, wie in folgender Abbildung am Beispiel der Anbieter von Gesundheitssport in der Region Greifswald/Ostvorpommern sichtbar, es fehlt aktuell die Vernetzung von Information und zielgruppengerechtes Angebot an die Menschen über 60 Jahren.

Neben den spezifischen Strukturen wie Sportvereine, Rehabilitationsanbieter oder kommerzielle Sportangebote in Fitness-Centern existieren erste Angebote in Form von Bewegungsparcours im öffentlichen Raum.

Bemerkenswerte Praxisbeispiele zur Prävention sind in Greifswald im Boddenhus der Volkssolidarität oder in der Gemeinde Balow umgesetzt mit dem Ziel, dass nicht nur Ältere diese Parcours nutzen für Übungen im Freien, sondern auch Kinder und Jugendliche aus den umliegenden Wohnquartieren, Kindertagesstätten und Schulen. Die Finanzierung erfolgte durch die Gemeinden, durch Fördermittel oder durch Spenden örtlicher Unternehmen.



5.1.1 Beispiel Evaluation präventiver Maßnahmen in MV

Eine Studie die durch das Hanseatic Institute of Technology e.V., Rostock und dem Institut für Präventivmedizin durchgeführt wurde beschäftigte sich mit der Evaluierung präventiver Maßnahmen in MV, es wurden 95 Projekte identifiziert. Von diesen wurden 69 Programme näher beleuchtet. Bei neun Programmen handelt es sich um bundesweit geltende Vorsorgeleistungen wie zum Beispiel Krebsfrüherkennungsprogramme und Schutzimpfungen. Daher wurden diese sowie die 17 Teilmodule des Verbundprojektes „Earlint“¹⁰ nicht weiter bei der Betrachtung berücksichtigt bzw. flossen die Teilmodule von Earlint als ein Programm mit in die weitere Betrachtung ein. gewertet. Die verbleibenden 69 Programme wurden hinsichtlich ihres Entwicklungsursprungs, Evaluationsstatus, ihrer Zielgruppen, den Themenfeldern und Präventionsstufen sowie nach ihren Präventionsebenen untersucht. Etwa 45% der Projekte wurden in MV erarbeitet und

¹⁰ Earlint = Early Intervention in health risk behaviors, Verbund zusammenarbeitenden Forschungsvorhaben dienen dem Ziel, Kurzberatungen bei alkohol- oder tabakrauch-assoziierten Störungen für den Einsatz in Einrichtungen der medizinischen Versorgung und der Allgemeinbevölkerung zu entwickeln

implementiert. 52 der analysierten Projekte waren bereits evaluiert. Von diesen fanden jedoch nur 44 weitere Berücksichtigung in der Betrachtung. 31 Projekte, die nicht in MV entwickelt wurden, wiesen eine Präventionswirkung auf. Bei fünf der in MV entstandenen Programme konnte eine positive Wirkung nachgewiesen werden. Dazu zählten die Präventionsprogramme „Fit 50+“, „Gesunde Zähne ein Leben lang“, „Anschub.de – Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland“, „HaLT – Hart am Limit“ und „Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben des Handwerks“. 56% aller Projekte zielten auf Kinder- und Jugendliche ab, 39% der Programme waren auf Erwachsene ausgelegt und knapp 5% für nicht näher spezifizierte Zielgruppen. Das Verhältnis der Gesundheitsangebote für Kinder- und Jugendliche zu denen für Erwachsene lag bei den intern in MV entwickelten Projekten bei 1:1. Im Gegensatz dazu war der Anteil der Maßnahmen für Erwachsene bei externen Projekten nur halb so groß.

6 Finanzierung

6.1 Allgemeine Finanzlage

Nach der globalen Wirtschaftskrise 2008 stieg das deutsche Bruttoinlandsprodukt (BIP) um 13,8% bis 2013 auf 2.810 Milliarden € an. Im Vergleich zum Vorjahr 2012 wuchs es um 2%. Analog dazu wies jedes Bundesland in diesem Zeitraum ein positives BIP-Wachstum auf. [46] [47] Dieser positive Trend vollzieht sich auch in MV, 2013 sind hier rund 37 Milliarden € erwirtschaftet wurden. Damit gehörte das BIP von MV zwar zu den drei niedrigsten im Bundesvergleich, verzeichnete jedoch ebenfalls einen Zuwachs von 2% von 2012 auf 2013. [47]

Bei der Wirtschaftskraft je Einwohner gab es 2013 ein regionales Ost- West Gefälle. Obwohl MV mit einem BIP pro Einwohner von 22.817 € den höchsten Wert der Landesgeschichte seit der Wiedervereinigung [48] erreichte, bildete es das Schlusslicht im Ländervergleich und lag 68% unter dem Bundeswert. [48]

Ein weiterer Faktor, der auf zukünftige Einnahmeszenarien Einfluss haben wird, ist in der Bewältigung demographischer Veränderungen zu sehen. Auf Grund der direkten Assoziation zwischen der Einnahmesituation des Bundeslandes mit der Bevölkerungsstruktur werden in Zukunft Einnahmerückgänge zu erwarten sein [49].

Aktuell verfügen sowohl der Landeshaushalt als auch die Kommunen über positive Salden. Diese Überschüsse verzeichnen die Ebenen bereits seit 2007. So verfügten die Kommunen des Landes 2011 trotz der Wirtschafts- und Finanzkrise über einen Finanzierungssaldo von +12,4 Millionen €. In einem bundesweiten Vergleich gehörten die Kommunen in MV damit zu den sieben, die positive Salden verzeichnen konnten. Gemeinsam mit Bayern, Thüringen und Sachsen galt MV 2011 bereits als ein Land mit sehr hohen strukturellen Überschüssen [50]. Auf Grund erfolgreich implementierter finanzpolitischer Maßnahmen sank der Neuverschuldungsgrad des Landes seit 2006. Nicht nur vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und dadurch bedingt einer höheren finanziellen Belastung sondern auch im Hinblick auf die Schuldentilgung ist in einer soliden Finanzpolitik ein bedeutendes Instrument zukünftiger Handlungsgestaltung zu sehen.

Vor dem Hintergrund der 2019 endenden, im Rahmen des Solidarpakts II geleisteten Sonderbedarfsbundesergänzungszuweisungen (SoBEZ) werden die ostdeutschen Bundesländer finanzielle Engpässe haben. So geht derzeit ein nicht unbedeutender Teil der Einnahmen von MV auf den Solidarpakt des Bundes zurück. 2012 beliefen sich die Solidarpaktmittel noch auf rund 765 Mio. €. Auf Grund des degressiven Charakters der SoBEZ sinken die Zahlungen in MV jährlich um circa 80 Mio. € ab und fallen dann schlussendlich 2020 weg (siehe Abbildung 32). [51]

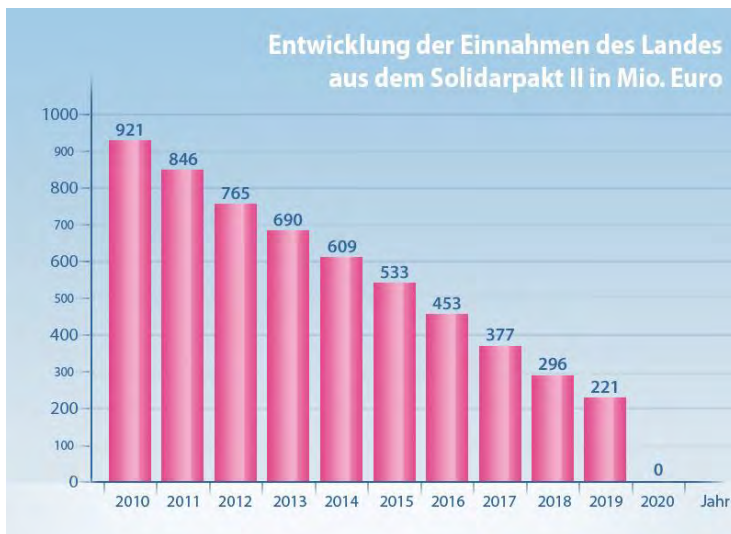


Abbildung 31 Einnahmenentwicklung aus dem Solidarpakt II (in €)

Quelle: Regierungportal MV

Erschwerend kommt hinzu, dass Länderfinanzausgleichszahlungen sowie der europäische Strukturfonds ebenso in Zukunft auslaufen werden. Gleiches gilt für Mittelzuweisungen für den öffentlichen Personennahverkehr [52]. Damit gewinnen neue Finanzierungsformen und -quellen an Bedeutung (z. B. Privatkapital oder PPP-Projekte).

Eine zusätzliche Belastung bildet der Rückgang der Bevölkerung. Sowohl für den Landes- als auch die kommunalen Haushalte müssen aus den prognostizierten Bevölkerungsentwicklungen basierend auf zwei Kernthesen folgende Annahmen getroffen werden:

- Die Population bildet die Grundlage für den Verteilungsmaßstab des Länder- und kommunalen Finanzausgleichs

Dabei findet die Bezahlung von Steuern oder Beiträgen keine weitere Berücksichtigung.

- Ökonomische Aspekte wie die Wirtschaftstätigkeit und das Bruttoinlandsprodukt eines Gebietes werden beeinflusst durch die Einwohnerzahl

Hier gilt es jedoch zu beachten, dass Zweckzuweisungen unabhängig von der Population erfolgen [53].

Ersten Prognosen zu Folge wird der Einwohnerrückgang mit Einnahmeverlusten in Höhe von 32 Mio. € pro Jahr einhergehen. Weiter wird der aus dem asymmetrischen Abbau der Infrastruktur in Relation zum Rückgang der Population entstehende Anstieg der pro Kopf Ausgaben zusätzliche Herausforderungen für den Haushalt nach sich ziehen. Aktuell weist MV in den jüngeren Altersklassen eine jugendlastige Ausgabenstruktur sowohl auf der

kommunalen als auch auf Landesseite auf. Die Salden aus den Altersstrukturprofilen und den Altersstruktureinnahmeprofilen innerhalb der niedrigen Altersklassen sind negativ. Dies bedeutet, dass die Ausgaben die gegenüberzustellenden Einnahmen überwiegen. Die sinkende Einwohnerzahl in den mittleren Alterskategorien führt demnach zu niedrigeren Steuereinnahmen. Im Bereich der älteren Generationen ab 65 Jahren sind die Salden der kommunalen Haushalte in den ostdeutschen Bundesländern positiv [15]. Im bundesweitem Vergleich bekam 2011 keine Kommune so hohe Landeszuweisungen pro Einwohner wie in MV [54].

Die mittelfristige Finanzplanung in MV zwischen den Jahren 2013 und 2018 weist den Handlungsbedarf mit rund 1,356 Milliarden € aus. Dieser Bedarf wurde im Kontext einer Projektion für den Zeitraum 2016 bis 2025 ermittelt (siehe Abbildung 33).

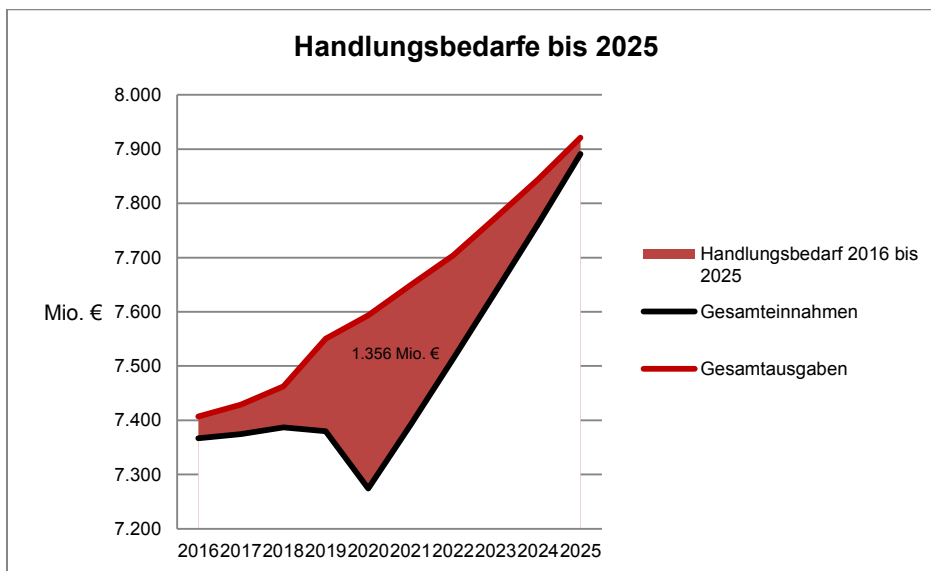


Abbildung 32 Projektion des Handlungsbedarfs (2025)

Quelle: Mittelfristige Finanzplanung 2013-2018 MV

Durch die Bildung von Ausgleichsrücklagen könnte sich der Handlungsbedarf auf 856 Millionen € reduzieren (siehe Abbildung 34) [55].

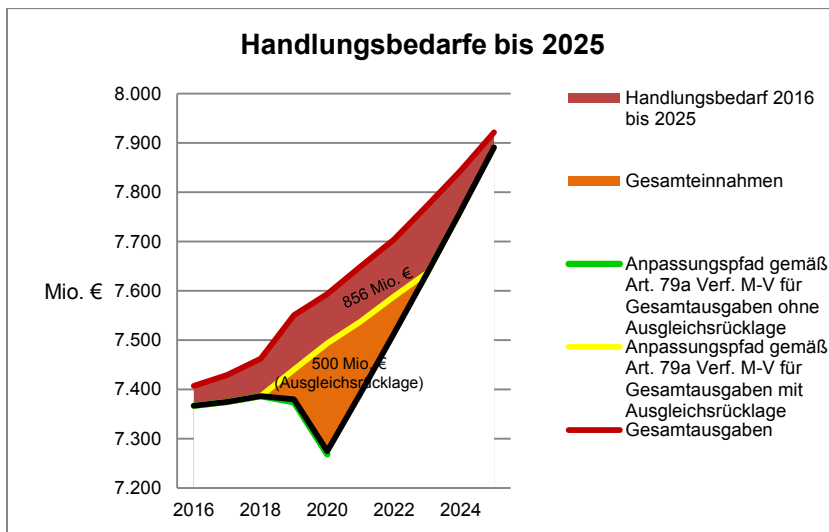


Abbildung 33 Projektion des Handlungsbedarfs nach Abzug der Ausgleichrücklage (2025)
 Quelle: Mittelfristige Finanzplanung 2013-2018 MV

6.2 Krankheitskosten für das Sozialversicherungssystem

Die Krankheitskosten der Bevölkerung in MV betragen im Jahr 2010 etwa 5,3 Mrd. € mit erwartetem Anstieg bis 2015 auf 5,4 Mrd. €. Die durchschnittlichen Krankheitskosten je Einwohner steigen mit zunehmendem Alter an. Die Bevölkerung in den Altersgruppen zwischen dem 15. und 45. Lebensjahr verursacht annähernd ähnliche Kosten pro Kopf. Ab dem 45. Lebensjahr steigen die entstehenden Kosten deutlich an. So verursacht die Population unter 85 Jahren zusammen durchschnittlich niedrigere Kosten je Einwohner als die in den Segmenten über 85 Jahre (s. Abbildung 35) [15].

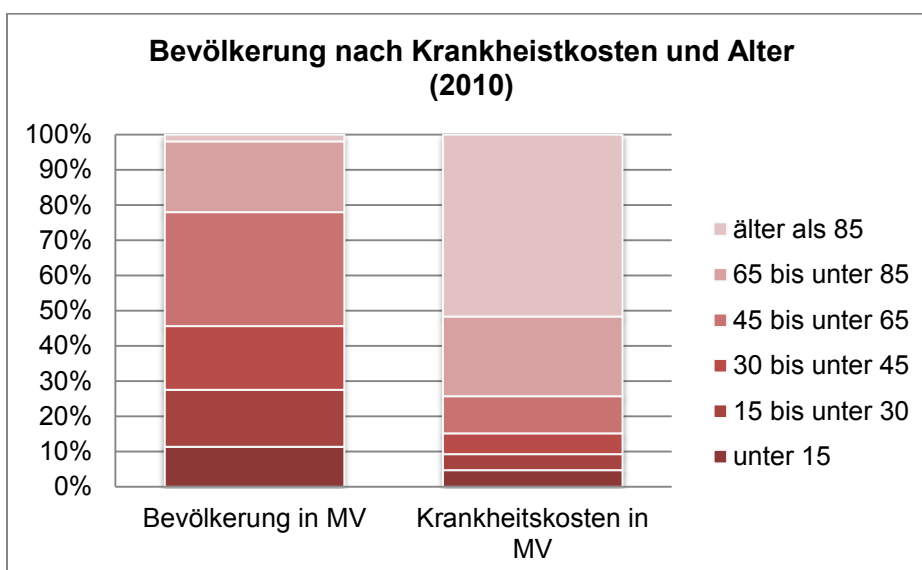


Abbildung 34 Bevölkerung nach Krankheitskosten und Alter (2010)
 Quelle: i.A. Fleßa

6.3 Pflegekosten

Auch die Pflegekosten pro Jahr nehmen mit steigendem Alter zu. Bis zum 59. Lebensjahr sind sie relativ niedrig. Bei den unter 15-Jährigen belaufen sich die durchschnittlichen Ausgaben im Jahr auf 42,72 €. Die Gruppe der 15 bis 59-Jährigen generiert Kosten in Höhe von 48,72 €. Daraufhin steigen die Kosten auf 223,44€ bei den 60 bis 74-Jährigen an und anschließend um das 4,7-Fache auf 1.050,96 € in der Gruppe der 75 bis 85 Jahre alten Einwohner. Die Gruppe der über 85-Jährigen generiert Ausgaben pro Jahr in Höhe von 3.865,44 €. Insgesamt resultierten 2011 dadurch Ausgaben in Höhe von etwa 388 Mio. €. Wie gravierend sich der demographische Wandel auf die Pflegekosten auswirken könnte zeigt eine Trendberechnung, bei der alle Umweltfaktoren mit Ausnahme der Bevölkerungszahl als konstant angenommen werden. Demnach steigen die Pflegeausgaben innerhalb von vier Jahren bis 2015 um 57 Mio. € [15].

6.4 Einkommen/ Erwerbstätigkeit

In Deutschland wird die Höhe des Einkommens durch die Branchenzugehörigkeit, den Wohnort sowie das Geschlecht beeinflusst. Vor dem Hintergrund dieser drei Kriterien lässt sich u.a. festhalten, dass Deutschland im Europavergleich den vorletzten Platz hinsichtlich des Lohngefälles einnimmt. Im Schnitt verdient eine Frau in Deutschland 22% weniger als ihr männlicher Mitbewerber. EU weit liegt dieser Wert bei 16,2% [56] und lediglich Estland weist ein schlechteres Verhältnis auf [57]. Dieses Bild spiegelt jedoch nicht die Situation in MV wider. Gemeinsam mit den östlichen Bundesländern Thüringen und Sachsen ist die Differenz zwischen männlichen und weiblichen Erwerbstätigen hinsichtlich ihres Bruttomonatsverdienstes im Deutschlandvergleich am geringsten. [58] Auch existiert ein Ost-West Gefälle bei der Gehaltshöhe. Im Westen Deutschlands lässt sich durchschnittlich mehr Geld verdienen. Spitzenreiter dabei waren 2012 und 2013 Hessen, Baden-Württemberg und Bayern. Bundesweites Schlusslicht bildete in den vergangenen Jahren MV [59] mit einem durchschnittlichen Monatsgehalt von 2.637 € [58]. Der durchschnittliche deutsche Bruttomonatsverdienst belief sich 2013 auf 3.449. Deutlich wird das stark ausgeprägte Gefälle u.a. an dem Verdienst des Pflegepersonals. Dieses verdiente 2012 in Westdeutschland im Schnitt 2.464 € pro Monat. Das waren 18% mehr als ein Beschäftigter in Ostdeutschland für diese Tätigkeit erhielt. Mit einem monatlichen Einkommen von 2.016 € liegen die Ostdeutschen Länder 300 € unter dem Bundesdurchschnitt von rund 2.300 € [60]. Unter anderem ist in dieser asymmetrischen Gehälter Verteilung ein Grund für den Fortzug vorhandenen Fachpersonals zu sehen. Zu der desolaten monetären Gehaltssituation kommt noch die hohe Arbeitslosigkeit im Land hinzu. Mit einer Arbeitslosenquote von 11,7%, war MV gemeinsam mit Berlin das Bundesland mit den meisten Arbeitslosen bezogen auf die

zivilen Erwerbspersonen und weit über dem Bundesdurchschnitt mit einer Arbeitslosenquote von 6,9% angesiedelt (s. Abbildung 35).

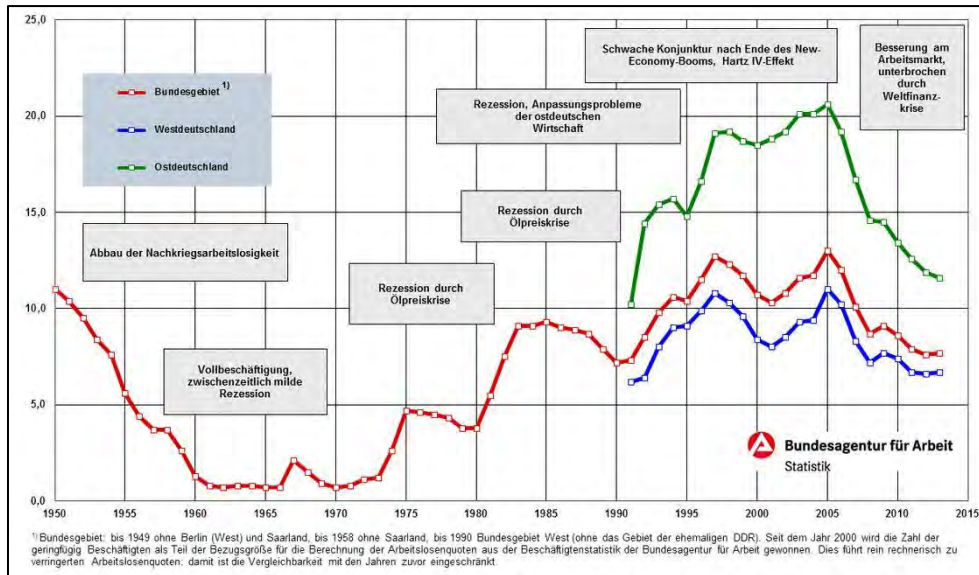


Abbildung 35 Entwicklung der Arbeitslosenquote in Deutschland

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Insgesamt gab es 2013 fast 100.000 Erwerbslose in MV. Diese Zahlen sind rückläufig und sprechen für besser werdende Arbeitsverhältnisse im Land. Im September 2014 lag die Zahl der Arbeitslosen insgesamt bei 82.558, was einer Arbeitslosenquote von 10% entsprach. Die mangelnde Möglichkeit einer Arbeitsanstellung hat interne und externe Wanderungsbewegungen zur Folge, welche sich ebenfalls auf den Haushalt niederschlagen.

7 Literaturverzeichnis

- [1] „Landesdaten im Überblick,“ Mecklenburg-Vorpommern - Statistisches Amt, 2014. [Online]. Available: http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/bhf/. [Zugriff am Juli 2014].
- [2] Statistisches Ämter des Bundes und der Länder, „Gebiet und Bevölkerung – Fläche und Bevölkerung,“ 2014. [Online]. Available: http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp. [Zugriff am 17 Juli 2014].
- [3] S. Kröhnert, N. van Olst und R. Klingholz, „Deutschland 2020 - Die demographische Zukunft der Nation,“ in *Mecklenburg-Vorpommern – Das wichtigste Kapital sind die Leere und die Landschaft*, Berlin-Institu für Bevölkerung und Entwicklung, Mai 2005, p. 36ff.
- [4] R. Mönch, „Jugendlücke im Osten - Eine umworbene Generation,“ Frankfurter Allgemeine, 05 August 2011. [Online]. Available: <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/jugendluecke-im-osten-eine-umworbene-generation-11483089.html>. [Zugriff am 15 August 2014].
- [5] Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, „Mecklenburg-Vorpommern im Spiegel der Statistik,“ Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, 2014.
- [6] Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, „SIS-Online - Statistisches Informationssystem,“ o.J.. [Online]. Available: http://sisonline.statistik.mv.de/sachgebiete/A117301K_Bevoelkerung_am_3112_nach_Kreisen. [Zugriff am 15 August 2014].
- [7] Statistisches Bundesamt - Destatis, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2014.
- [8] Statistisches Bundesamt - Destatis, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2010.
- [9] Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, „Pressemeldung: Wanderungsverlust per Saldo 2012 weiter verringert,“ 2013; Nr. 50/2013.
- [10] Staatskanzlei Mecklenburg-Vorpommern, „Demographischer Wandel in Mecklenburg-Vorpommern - Regierungsportal,“ o.J.. [Online]. Available: http://www.demografie-mv.de/cms2/Demografie_prod/Demografie/de/Daten_Fakten_Trends/index.jsp. [Zugriff am 17 August 2014].
- [11] Statistische Ämter des Bundes und der Länder, „Gebiet und Bevölkerung - Wanderungen über die Grenzen Deutschlands,“ [Online]. Available: http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab5.asp. [Zugriff am 30 September 2014].

- [12] Statistisches Bundesamt, „Anzahl der Krankenhäuser, Betten und der Patientenbewegung nach Bundesländern,“ [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserBL.html>. [Zugriff am 20 August 2014].
- [13] Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern); Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Je höher die Bettenauslastung im Krankenhaus, desto höher die Mortalitätsrate,“ [Online]. Available: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58509/Je-hoehler-die-Bettenauslastung-im-Krankenhaus-desto-hoehler-die-Mortalitaetsrate>.
- [14] Institut für Community Medicine, „Datenlieferung durch Kooperationspartner,“ 2014.
- [15] Landkreis Ludwigslust-Parchim, 2014. [Online]. Available: <http://www.kreis-swm.de/Landkreis/index.jsp>. [Zugriff am 09 Oktober 2014].
- [16] „Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2013,“ in *Gesundheit*, Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.2 - 2014.
- [17] „Hospiz- und Palliativmedizin,“ Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz und Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern e.V., 2014. [Online]. Available: <http://www.hospiz-mv.de>. [Zugriff am 19 November 2014].
- [18] „Arztdichte in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 2011 bis 2013 (Einwohner je berufstätigen Arzt),“ Statista, 2014. [Online]. Available: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/158847/umfrage/arztdichte-in-deutschland-seit-2009/>. [Zugriff am 19 November 2014].
- [19] „Mecklenburg-Vorpommern im Spiegel der Statistik,“ Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin, 2014.
- [20] Statistisches Jahrbuch - Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, 2008.
- [21] „Anzahl berufstätiger Ärzte in Deutschland nach Landesärztekammern in den Jahren 2011 bis 2013,“ Statista GmbH, 2014. [Online]. Available: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/6719/umfrage/anzahl-der-aerzte-nach-landesaerztekammern/>. [Zugriff am 02 Dezember 2014].
- [22] Bundesärztekammer, „Ärzttestatistik 2013,“ 2013. [Online]. Available: <http://www.bundesaerztekammer.de>. [Zugriff am 29 August 2014].
- [23] Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales - Regierungsportal, „Gesundheitsberichterstattung des Landes Mecklenburg-Vorpommern,“ 2014. [Online]. Available: http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/Aufgaben_und_Themen/Gesundheit_und_Arbeitsschutz/Referat_300_Gesundheitspolitik%2c_Gesundheitsberi

- chterstattung%2c_Rechtsangelegenheiten_der_Abteilung/index.jsp. [Zugriff am 24 August 2014].
- [24] C. Conradi, „Integrierte Versorgung – wie geht es weiter?“, hcm-magazin.de - Holzmann Medien GmbH & Co. KG, 18 Dezember 2014. [Online]. Available: <http://www.hcm-magazin.de/integrierte-versorgung-wie-geht-es-weiter/150/10660/214885>. [Zugriff am 19 November 2014].
- [25] P. D. M. Gersch und e. al., „Monitoring Integrierte Versorgung ("Monitoring-IV") - Besondere Versorgungsformen: (kein) Wachstum im Sicht?“, 9. DGIV-Bundeskongress, 2012.
- [26] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, „Sondergutachten - Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“, Bonn, 2012.
- [27] „Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung 2012“, Bundesministerium für Gesundheit, 2013. [Online]. Available: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2013/2013_01/130307_Anlage__PM_Finanzentwicklung_der_gesetzlichen_Krankenversicherung_2012.pdf. [Zugriff am 19 November 2014].
- [28] Statistisches Bundesamt - Destatis, „Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung“, Wiesbaden, 2009.
- [29] M.-L. Dierks, G. Seidel, K. Horch und F. W. Schwartz, „Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen - Heft 32“, Robert Koch Institut; Statistisches Bundesamt - Destatis, Berlin, 2009.
- [30] Deutsche Herzstiftung, „Deutscher Herzbericht“, Deutsche Herzstiftung, 2013.
- [31] Diabetesde- Deutsche Diabetes Hilfe, 2014. [Online]. Available: <http://www.diabetesde.org/>. [Zugriff am 10 September 2014].
- [32] S. Sütterlin, I. Hoßmann und R. Kllingholz, „Demenz Report - Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der gesellschaft vorbereiten können“, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Berlin, 2011.
- [33] Statistisches Bundesamt - Destatis, „Pflegeeinrichtungen - Pflegeheime und ambulante Pflegedienste“, [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabelle n/PflegeeinrichtungenDeutschland.html>. [Zugriff am 10 August 2014].
- [34] Statistisches Ämter des Bundes und der Länder, „Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich“, in *Pflegestatistik 2011*, Wiesbaden, Statistische Bundesamt - Destatis, 2013, p. 6;9;12.

- [35] Statistisches Bundesamt - Destatis, „Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich - Pflegebedürftige,“ in *Pflegestatistik 2011*, Wiesbaden, 2013.
- [36] „Pflegestützpunkte Mecklenburg-Vorpommern,“ AOK Nordost - Geschäftsbereich Pflege, [Online]. Available: <http://www.pflegestuetzpunktemv.de>. [Zugriff am 25 August 2014].
- [37] Der Nordkurier, „Anlauf- und Beratungsstellen - In jedem Kreis ein Pflegestützpunkt,“ Kurierverlags GmbH & Co. KG, Schwerin, 2014.
- [38] Die Zeit online, „Die Stützen der Gesellschaft - Auf ehrenamtliche Arbeit kann das Gemeinwesen nicht verzichten. Die freiwilligen Helfer sind die besten Vorbilder,“ ZEIT ONLINE GmbH, Nr. 31/2011, 2011.
- [39] „Freiwilligenagenturen,“ Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e.V., 2014. [Online]. Available: <http://www.bagfa.de>. [Zugriff am 20 August 2014].
- [40] Statistisches Bundesamt - Destatis, „Herz-Kreislauf- Erkrankungen verursachen die höchsten Krankheitskosten,“ [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankheitskosten/Aktuell.html;jsessionid=0187BEEB963B697E63CED23BB9FED8FC.cae1>. [Zugriff am 25 August 2014].
- [41] J. Lübke und R. Prof. Dr. med. Stoll, „Ergebnisse einer Recherche zu evaluierten Präventionsmaßnahmen zur Krankheitsprävention in Mecklenburg-Vorpommern,“ Hanseatic Institute of Technology e.V., Rostock, 2013.
- [42] „Vorläufige Finanzergebnisse 2013 – Gute Ausgangsbasis für die Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung,“ Bundesministerium für Gesundheit, 05 März 2014. [Online]. Available: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2014-01/vorlaeufige-finanzergebnisse-2013.html>. [Zugriff am 20 November 2014].
- [43] „Präventionsbericht 2014: Krankenkassen engagieren sich noch stärker bei der Gesundheitsförderung – Ausgaben deutlich gestiegen,“ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 26 November 2014. [Online]. Available: <http://www.mds-ev.de/4423.htm>. [Zugriff am 27 November 2014].
- [44] C. Jung, J. Seidel, D. H. Strippel und MDS, „Präventionsbericht 2014 - Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2013,“ medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.; GKV-Spitzenverband, Essen; Berlin, 2014.
- [45] Statistisches Bundesamt - Destatis, „Inlandproduktsberechnung,“ [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/Inlandsprodukt/Tabellen/Gesamtwirtschaft.html>. [Zugriff am 25 August 2014].

- [46] Statistische Ämter des Bundes und der Länder, „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung - Bruttoinlandsprodukt,“ Statistisches Bundesamt - Destatis, [Online]. Available: http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb27_jahrtab65.asp. [Zugriff am 25 August 2014].
- [47] Arbeitskreis »Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder«, „Bruttoinlandsprodukt - in jeweiligen Preisen - 1991 bis 2013 - Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder - VGRdL,“ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011/2014. [Online]. Available: <http://www.vgrdl.de/VGRdL/tbls/tab.asp?rev=RV2011&tbl=tab01&lang=de-DE>. [Zugriff am 25 August 2014].
- [48] „Mittelfristige Finanzplanung 2013 bis 2018,“ Schwerin, Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern, 2013, pp. Anlage zu Drucksache 6/1998 - Band 1.
- [49] M. Greive, „Diese Bundesländer sind Deutschlands Schuldensünder,“ *Die Welt*, 2013.
- [50] „Zukunft: Aus eigener Kraft - Zur Finanzsituation des Landes Mecklenburg-Vorpommern,“ Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern - Regierungsportal, o.J. . [Online]. Available: http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/fm/_Aktuelles__Blickpunkte/Blickpunkt_Zukunft_aus_eigener_Kraft/index.jsp. [Zugriff am 2 September 2014].
- [51] REALSZENARIO, „Ich weiß nicht wie wir darauf verweisen können,“ [Online].
- [52] D. Hengstenberg, „Finanzpolitisches Szenario für Mecklenburg-Vorpommern bis zum Jahr 2025,“ o.J..
- [53] „Zur Finanzsituation der Kommunen in Mecklenburg-Vorpommern,“ Finanzministerium Mecklenburg-Vorpommern - Regierungsportal, o.J.. [Online]. Available: http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/fm/_Aktuelles__Blickpunkte/Blickpunkt_Zur_Finanzsituation_der_Kommunen_in_Mecklenburg-Vorpommern/index.jsp. [Zugriff am 02 September 2014].
- [54] „Jahresbericht 2013 - Teil 2 - Landesfinanzbericht 2013,“ Landesrechnungshof Mecklenburg-Vorpommern, 2013.
- [55] „Lohngefälle in Deutschland: Frauen verdienen 22 Prozent weniger als Männer,“ Vertretung der Europäischen Kommission in Deutschland, Berlin, 2013.
- [56] „Bezahlung von Frauen und Männern: Deutschland bei Lohngefälle auf zweitletztem Platz in EU,“ Spiegel online, 2013.
- [57] „Verdienste - Produzierendes Gewerbe und Dienstleistungsbereich: Bruttomonatsverdienste,“ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2014. [Online]. Available: http://www.statistikportal.de/Statistik-Portal/de_jb22_jahrtab63.asp.

[Zugriff am 10 September 2014].

- [58] F. Wisdorff, „Deutschland hat das größte Lohngefälle in Europa,“ Die Welt, 2012.
- [59] R. Bispinck, H. Dribbusch, F. Öz und E. Stoll, „Projekt LohnSpiegel.de - Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen,“ Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut; Hans Böckler Stiftung, Arbeitspapier 21| Oktober 2013.
- [60] Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, „Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,“ 2013.
- [61] Statistisches Bundesamt - Destatis, „Gesundheit - Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2012,“ Fachserie 12 Reihe 6.1.2, Wiesbaden, 2013.
- [62] „Gesundheit - Ausgaben - 2012,“ Statistisches Bundesamt - Destatis, Wiesbaden, 2014 - Fachserie 12 Reihe 7.1.1.
- [63] Gesundheitssektor Krankenhaus – Zahlen, Daten, Fakten, Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 07/2013.