

## **Positionspapier AG „Gesundheit/medizinische Versorgung“**

- Entwurf (Stand 02.08.2013) -

### 1. Zielsetzungen

Ziel ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung und Pflege, die mit zumutbarem Aufwand in Anspruch genommen werden kann und insbesondere die Bedürfnisse einer zunehmend älteren Bevölkerung berücksichtigt. Dazu sollten Möglichkeiten der Vernetzung vorhandener ambulanter und stationärer Strukturen im Bereich der medizinischen Versorgung sowie die Kombination sozialer Innovationen mit technischen Lösungen geprüft werden.

### 2. Herausforderungen

#### Demografischer Wandel

Für den Gesundheitsbereich sind zwei demografische Entwicklungen in der Region bis 2030 prägend: zum einen der stark ansteigende Anteil älterer Menschen ab 65 Jahren (+12,7 %), insbesondere die wachsende Zahl hochbetagter Personen über 80 Jahre (+ 59,6 %), und die Abnahme der jüngeren bis 16 Jahre (-33,7 %). Zum anderen der Trend, dass es trotz sinkender Einwohnerzahlen zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen kommen kann – vor allem in Bezug auf die Versorgung multimorbider, an chronischen und degenerativen Erkrankungen leidender älterer Patientinnen und Patienten.

#### Ganzheitliche Betreuung älterer Menschen

Durch die steigende Zahl chronisch und degenerativ erkrankter Pflegebedürftiger werden die Grenzen zwischen medizinischer Betreuung und Pflege zunehmend verschwimmen. Somit wird die ganzheitliche Betreuung älterer Menschen stärker in den Mittelpunkt rücken – von der medizinischen Behandlung über die pflegerische Betreuung bis hin zur Förderung der soziokulturellen Teilhabe. Mit der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit wächst der Bedarf an Prävention zur Vermeidung von Pflegebedarf.

#### Zunehmender Ärztemangel

Unter dem Gesichtspunkt, dass viele ältere Ärzte in den kommenden Jahren aus dem aktiven Berufsleben ausscheiden werden, zeichnet sich ab, dass in der Region ein größerer Bedarf an Nachbesetzungen von Arztpraxen entstehen wird.

Der sich abzeichnende Ärztemangel wird durch die demografische Entwicklung noch verschärft.

Um Mediziner für die Region zu gewinnen, müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die über den unmittelbaren Arbeitsbereich hinausgehen. Ausschlaggebend für die Wahl des Lebens- und Arbeitsortes von Hochschulabsolventen sind vielfältige Faktoren wie zum Beispiel die Infrastruktur (insbesondere Wohnungsangebote, Kindergärten, Schulen, Arbeitsmöglichkeiten

für die Partnerin/den Partner), Herausforderungen im Berufsalltag und Arbeitsbedingungen sowie auch die Bezahlung.

### Drohende Unterversorgung in der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt auf Basis der vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erlassenen „Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“. Die räumliche Grundlage für die Ermittlung des Versorgungsstandes bildet nach dieser Richtlinie der Planungsbereich, der zumeist deckungsgleich mit der kreisfreien Stadt oder dem Landkreis ist.

Der rechnerische Versorgungsgrad in den Landkreisen in Brandenburg ist in allen Facharztgruppen in 2012 noch zufriedenstellend.<sup>1</sup> Die regionale Verteilung der Ärzte ist jedoch ungleichmäßig. Während die Versorgung im Berlin nahen Bereich gut ist, gilt dies nicht für den äußeren Entwicklungsraum. Dort ist auch die Besetzung frei werdender Arztstellen schwieriger.

Auch innerhalb des Landkreises Oberspreewald-Lausitz sowie in der Region Spreewalddreieck ist die Verteilung der Ärzte ungleichmäßig. Der Landkreis gilt rechnerisch als versorgt, ist aber faktisch in einzelnen Teilräumen unterversorgt.

Um den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen, muss die Bedarfsplanung künftig die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen, sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren und auf lokale Disparitäten angemessen reagieren. Das heißt, flexibel und kleinräumig gestaltet werden. Hierfür sind Maßnahmen auf Bundesebene erforderlich.

### Erreichbarkeit

Die Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung wird nicht nur durch die Anzahl der Ärzte bestimmt, sondern auch durch die Erreichbarkeit der Praxen für Patienten und Patientinnen. Gerade ältere und hochbetagte Menschen aber auch Familien mit Kindern bzw. Jugendlichen in ländlichen Räumen sind auf einen guten Zugang zu ambulanten Angeboten angewiesen.

## 3. Lösungsansätze

### Verzahnung des medizinischen Versorgungssystems und der Pflege

Die steigende Zahl chronisch und degenerativer Pflegebedürftiger macht eine bessere Verzahnung des medizinischen Versorgungssystems und der Pflege erforderlich, beispielsweise in Form von Kooperationen zwischen Haus- und Krankenhausärztinnen und -ärzten beziehungsweise Medizinischen Versorgungszentren und ambulanten wie (teil-)stationären Pflege- und Gesundheitseinrichtungen. Gerade im ländlichen Raum kann durch eine ganzheitliche Betreuung der Älteren oftmals eine Verlegung in ein Krankenhaus vermieden werden.

---

<sup>1</sup> Die Bedarfsplanungsrichtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung definiert Unterversorgung bei einem Versorgungsgrad unter 75 % für Haus-, Kinder- und Frauenärzte bzw. unter 50 % für die anderen Arztgruppen.

Im ambulanten Bereich müssen Modelle entwickelt werden, durch die sich die Arbeit von ärztlichem Personal und Pflegeeinrichtungen besser verknüpfen lässt.

### Vernetzung vorhandener Strukturen

Die Sicherstellung der medizinischen Grund- und Notfallversorgung wird nur über ein funktionierendes Netzwerk zu erreichen sein. Gerade in dünn besiedelten Bereichen müssen dabei alle Beteiligten zusammenwirken. Neben den staatlichen Akteuren gilt dies für Kassen, Kassenärztliche Vereinigung und die ambulanten und stationären Einrichtungen.

Insbesondere zwischen ambulant und stationär tätigen Medizinerinnen wäre eine engere Verknüpfung denkbar, wenn bspw. junge Ärzte, die Möglichkeit hätten an Krankenhäusern auch Operationen ausführen zu können, während ältere, über viele Jahre in Krankenhäusern tätige Medizinerinnen möglicherweise gerne in der ambulanten Versorgung tätig sein würden. Es sollte versucht werden solchen individuellen Wünschen möglichst entgegenzukommen, um Ärzte in der Region zu halten.

### Nachwuchsgenerierung im medizinischen Bereich

Um den drohenden Ärztemangel abzumildern, sollte der Nachwuchs an Medizinerinnen und Mediziner aus der Region aktiv für die Region gewonnen werden. Denkbar ist die Initiierung von Stipendienmodellen für Medizinstudenten aus der Region. So könnte beispielsweise mit bis zu 500 Euro monatlich das Studium während der Regelstudienzeit von sechs Jahren unterstützt werden. Als Gegenleistung werden die Studenten verpflichtet, während des Studiums Leistungsnachweise zu erbringen, Praktika in der Region zu leisten und nach erfolgreichem Abschluss des Studiums mindestens drei Jahre lang in der Region zu arbeiten.

### Arztentlastende Fachkräfte

Allein durch den Aufbau einer verstärkten hausärztlichen Versorgung lassen sich insbesondere die zu erwartenden Anforderungen an eine flächendeckende Grundversorgung nicht abdecken. Deshalb muss die Entlastung maßgeblich durch andere Berufsgruppen in der Grundversorgung ermöglicht und verbessert werden, indem die Delegation von Leistungen und Aufgabenübertragung an nichtärztliche Berufsgruppen stärker vorangetrieben und die Rahmenbedingungen dafür weiter verbessert werden.

In Brandenburg besteht ein Modellprojekt nach dem sogenannten AGnES-Konzept. AGnES steht für **a**rtzentlastende, **g**emeindenahe, **E**-Healthgestützte, **s**ystemische Intervention. Die Arztentlastung wurde durch die Delegation ärztlicher Leistungen auf entsprechend qualifizierte nichtärztliche Fachkräfte des Praxisteam erreicht. Die AGnES-Fachkraft führt die delegierten ärztlichen Leistungen in der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten durch. Dieses Modellprojekt ist bisher allerdings auf unterversorgte Regionen begrenzt. Ausgehend von einer Auswertung der gesammelten Erfahrungen sollte dieses Modell in die Regelförderung integriert und auf alle ländlichen Regionen ausgeweitet werden.

Unter dem Titel AGnES II haben AOK Nordost bzw. BARMER GEK und KV Brandenburg ein weiteres Modellprojekt in diesem Feld mit dem Schwerpunkt auf Case- und Schnittstellenmanagement aufgelegt. Die Praxisassistentinnen sind für spezielle Aufgaben des Managements ausgebildet (Koordination von Terminen bei anderen Ärzten, Ausfüllen von Formularen, Stellen von Anträgen etc.). In der Modellphase wurden die Fallmanagerinnen auch im Medizinischen Versorgungszentrum in Lübbenau/Spreewald eingesetzt. Eine Begrenzung auf unterversorgte Regionen gibt es bei diesem Modell nicht. Jedoch sind die Kompetenzen der Schwester AGnES II nach Einschätzungen des Medizinischen Versorgungszentrums Lübbenau auszuweiten, das Modell sollte ebenfalls in die Regelförderung überführt werden.

### Unterstützung durch Kommunen

Um Medizinerinnen und Mediziner – unabhängig von ihrem Studienort – von den Vorzügen einer Berufstätigkeit in der Region Spreewalddreieck zu überzeugen, sind eine hohe Lebensqualität und möglichst attraktive Arbeitsbedingungen von entscheidender Bedeutung. Dies betrifft zum Einen die Infrastruktur. Es können aber auch die Arbeitsbedingungen der Mediziner günstig gestaltet werden, indem die Organisation des Berufes erleichtert wird, bspw. durch die Unterstützung bei der Bereitstellung von Räumen, Personal und technischen Geräten. Zum anderen besteht die Möglichkeit der Unterstützung bei der Wohnungssuche und bei der teilweise kostenfreien Bereitstellung von Wohnraum, die Beteiligung oder Übernahme der Umzugskosten, die Gewährung von Darlehen zur Einrichtung, die Bereitstellung von Kindertagesplätzen, Hilfe bei der Integration von ausländischen Ärzten (u. a. Hilfe bei Behördengängen, Anbieten von Sprachkursen) usw.

Für Ärztinnen und Ärzte kann eine Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum in Form einer Festanstellung unter den Gesichtspunkten planbarer Arbeitszeiten, Entlastung von Verwaltungstätigkeit und fachlicher Austausch eine sehr interessante Alternative zur Niederlassung sein. Die Anstellung von Ärzten könnte auch durch die Kommunen erfolgen.

Im Bereich der Pflege müssen die Kommunen aktive Vernetzungsarbeit leisten: Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen durch eine ausreichende soziale Infrastruktur sicherzustellen, ist eine Kernaufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge. Die Kommunen sollten dazu Seniorenpläne zusammen mit Landkreis, Kostenträgern, Leistungsanbietern und der Bürgerinnen und Bürger erarbeiten: von der Absicherung von Heimplätzen, sozialer Teilhabe und Präventionsmaßnahmen, bis hin zum Management zwischen professionellen Pflegediensten, Ehrenamt und häuslicher Pflege. Die Finanzierung und der rechtliche Rahmen durch das Land sind Voraussetzung.

### Markt für Gesundheitsurlaub (Wellness/Spa) erschließen

Entsprechend dem Destinationsmanagementkonzept für die Region Spreewald vom Mai 2010 möchte sich die Region unter dem Leitbild „Spreewald – Die.Bio.Vital.Region – bezahlbarer nachhaltiger Gesundheitstourismus in einmaliger Naturlandschaft“ weiterentwickeln. Mit diesem Leitbild sollen vor allem Touristen mit einer Ausrichtung ihrer Lebensweise auf Gesundheit und Nachhaltigkeit angesprochen werden. Daraus könnte sich die präventive und behandelnde medizinische Versorgung auch für die Bürgerinnen und Bürger verbessern.

### Freiwilliges Engagement fördern

Neben einer hochwertigen medizinischen Betreuung ist auch das freiwillige Engagement der Bürgerinnen und Bürger gefragt, um älteren Menschen Unterstützung im Alltag anbieten zu können, die neben der medizinischen Betreuung zum Wohlbefinden auch die sozio-kulturelle Teilhabe, intergenerationale Solidarität und Mobilität gehört. Hier können nachbarschaftliche Netzwerke einen wesentlichen Beitrag leisten.

Die Möglichkeiten des „klassischen“ Engagements sind aber so gut wie ausgelotet und geraten an ihre Kapazitätsgrenzen. Engagement im familiären und ehrenamtlichen Bereich oder in informellen Quartiersstrukturen ist eine freiwillige Aufgabe, die zumutbar bleiben muss. Deshalb ist es in diesem Bereich bei steigenden Pflegezahlen erforderlich, Ehrenamt auf eine breite Basis zu stellen und besser zu unterstützen und auszufinanzieren.

Informationsabläufe, Organisation und Management sollte in der Sozialplanung der Städte eine Rolle spielen, um bereits ehrenamtlich Tätige zu unterstützen und Leute gezielt anzusprechen, die sich engagieren wollen, aber weder Zugang noch Übersicht haben, was und wo etwas zu tun ist. Außerdem sollten Aufwandsentschädigung, Weiterbildung, Zusammenhalt und Verknüpfung, feste Ansprechpartner sowie Würdigung und Ehrung selbstverständlich sein.

### Erreichbarkeit

Es sind für die Menschen der Region, insbesondere für ältere und hochbetagte Menschen aber auch für Familien mit Kindern bzw. Jugendliche, flexible Möglichkeiten des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) zu schaffen, um an den Angeboten der ambulanten Versorgung teilhaben zu können. Konventioneller Linienverkehr ist nicht mehr ausreichend. Lokale alternative Angebote sind für Gebiete mit wenigen Fahrgästen bzw. in Zeiten, in denen kein umfangreiches Angebot vorliegt, bspw. mit Hilfe eines Mobilitätsmanagements zu entwickeln.

Bereits bestehende Modellprojekte zur aufsuchenden Betreuung von Patienten (AGnES I und II) sind bisher nicht ausreichend ausgewertet und in der Breite eingeführt. Hier besteht die Aufgabe darin, gute Erfahrungen zusammenzuführen und bisherige Modellprojekte in eine Regelförderung zu überführen.