

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Anpassungsstrategien für ländliche Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang am Beispiel medizinische Versorgung

Potsdam, den 20.01.2007

Dipl.-Ing. Bärbel Winkler-Kühlken



Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Agenda:

- Modellvorhaben der Raumordnung "Anpassungsstrategien für ländliche/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Bundesländern
- Handlungsfelder und generelle Handlungsoptionen
- Ansätze im Handlungsfeld "Medizinische Versorgung"
- Schlussfolgerungen für eine zukünftige medizinische Versorgung in ländlichen Räumen



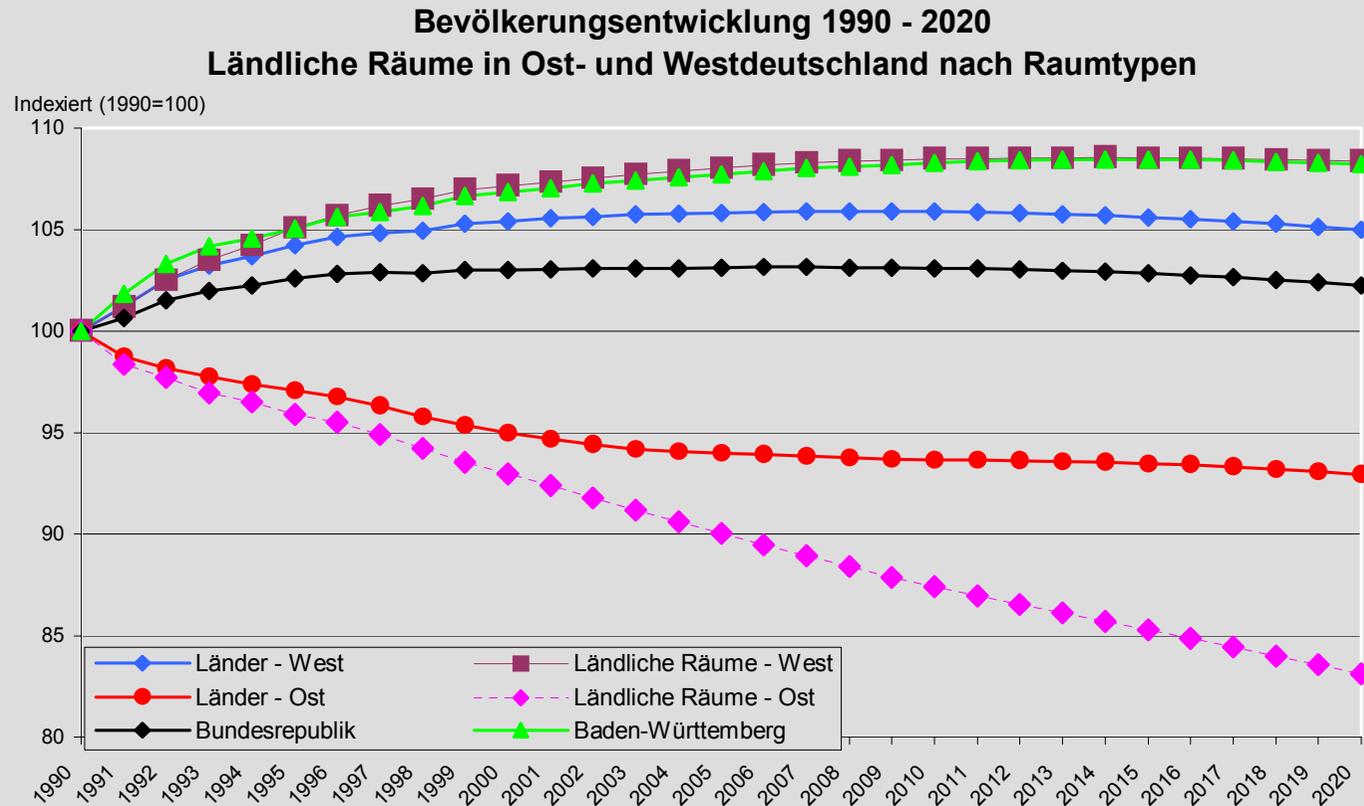
Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Modellvorhaben der Raumordnung "Anpassungsstrategien für ländliche/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Bundesländern"



Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Hintergrund: die teilsräumlich sehr unterschiedliche demographische Entwicklung – quantitativ.....



Datengrundlage: BBR Bevölkerungsprognose 1999-2020

F03 BBR-Prognose 2020 G(1)

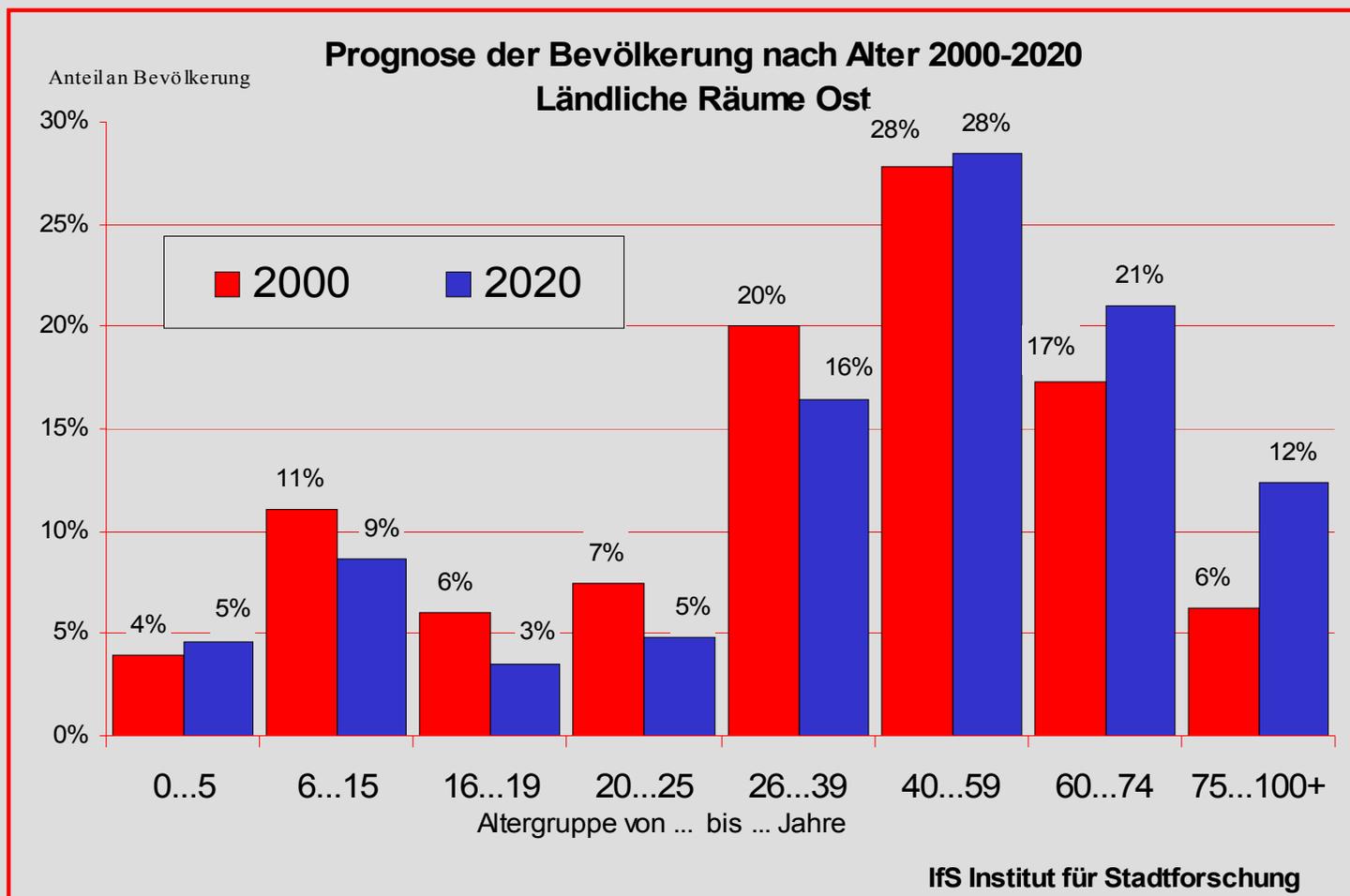
IfS Institut für Stadtforschung



Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik GmbH

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

.....und qualitativ



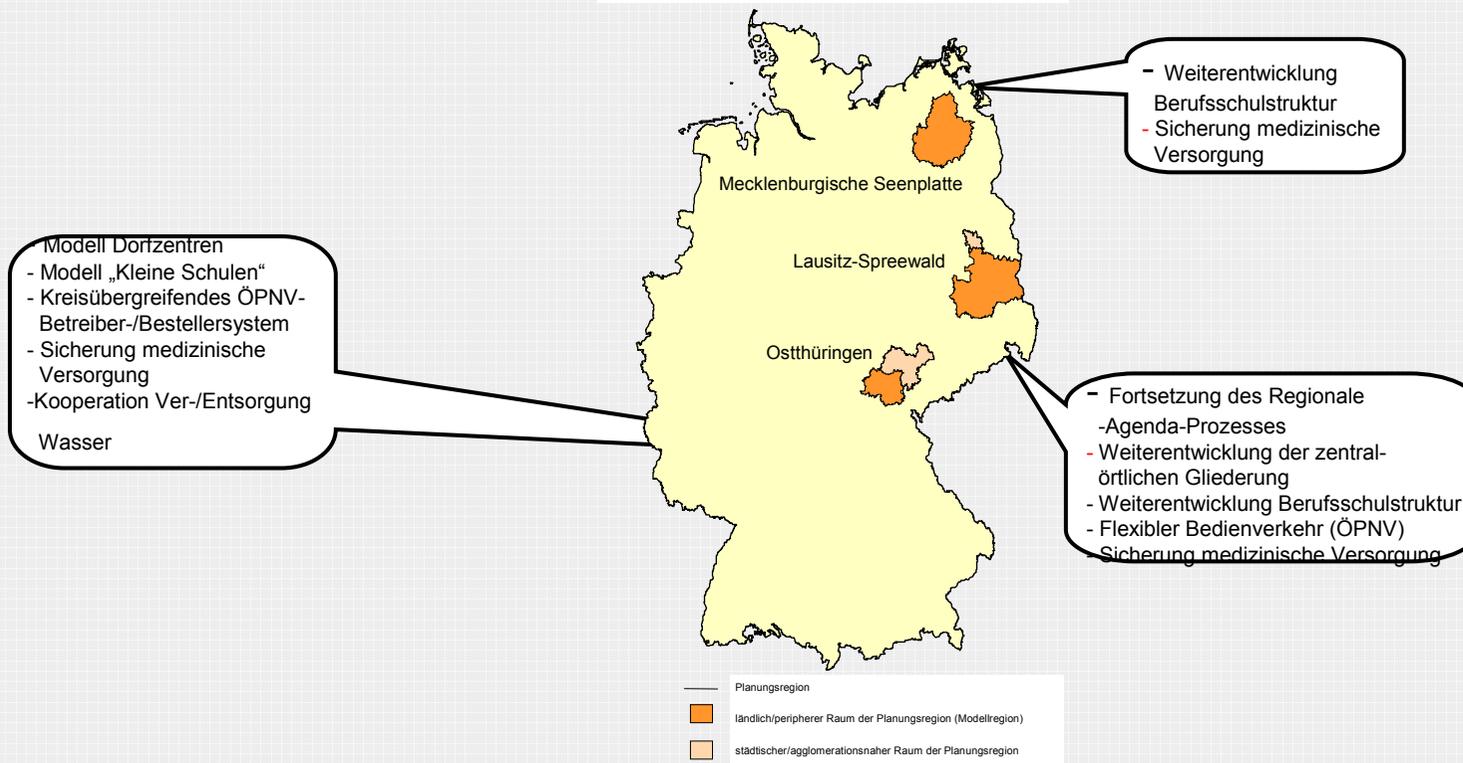
Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Handlungsfelder und generelle Handlungsoptionen



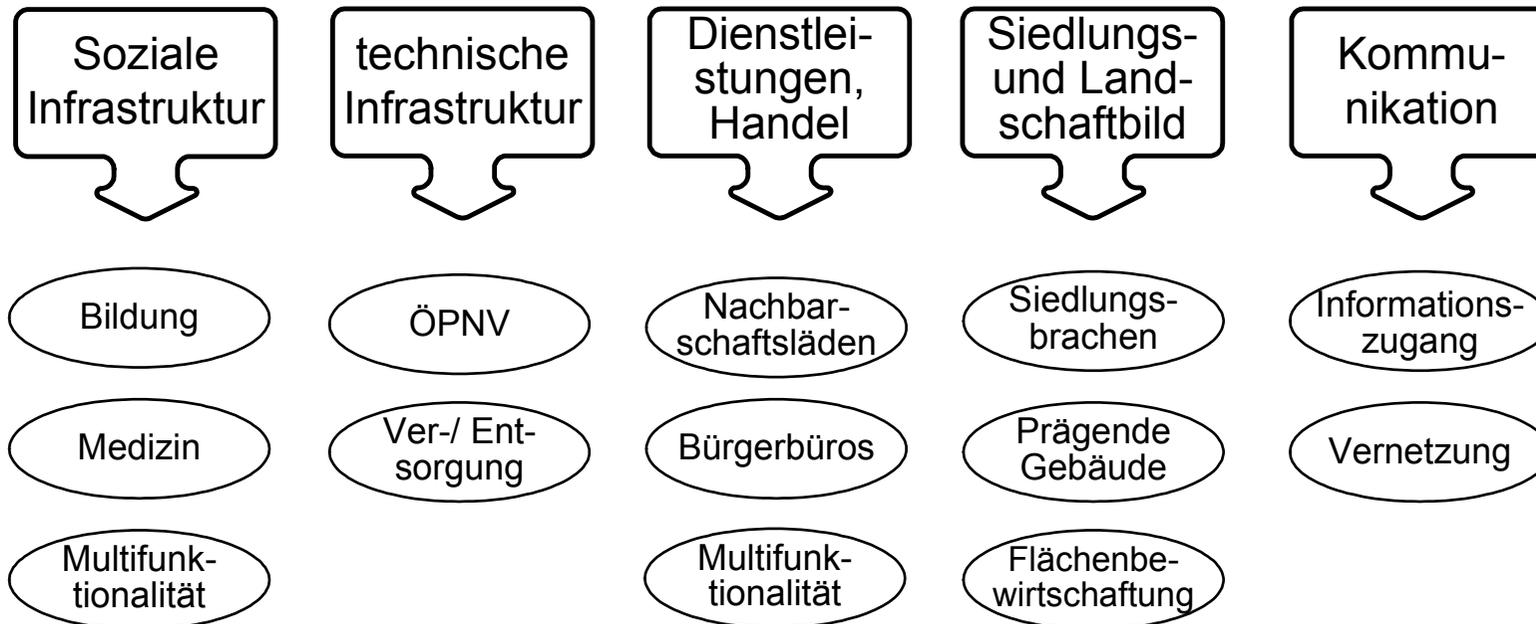
Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Die drei Modellvorhaben der Raumordnung:



Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Handlungsfelder für Anpassungsstrategien



Organisatorische, personelle, technische, bauliche Vernetzung

Öffentliche Daseinsvorsorge im dünn besiedelten Raum

**Kern-
Funktionen**

Bildung

ÖPNV

Medizin

Kommunikation

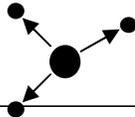
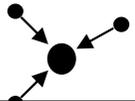


**Gewährleistung
von Entwicklungs-
chancen und
elementaren
Bedürfnissen**

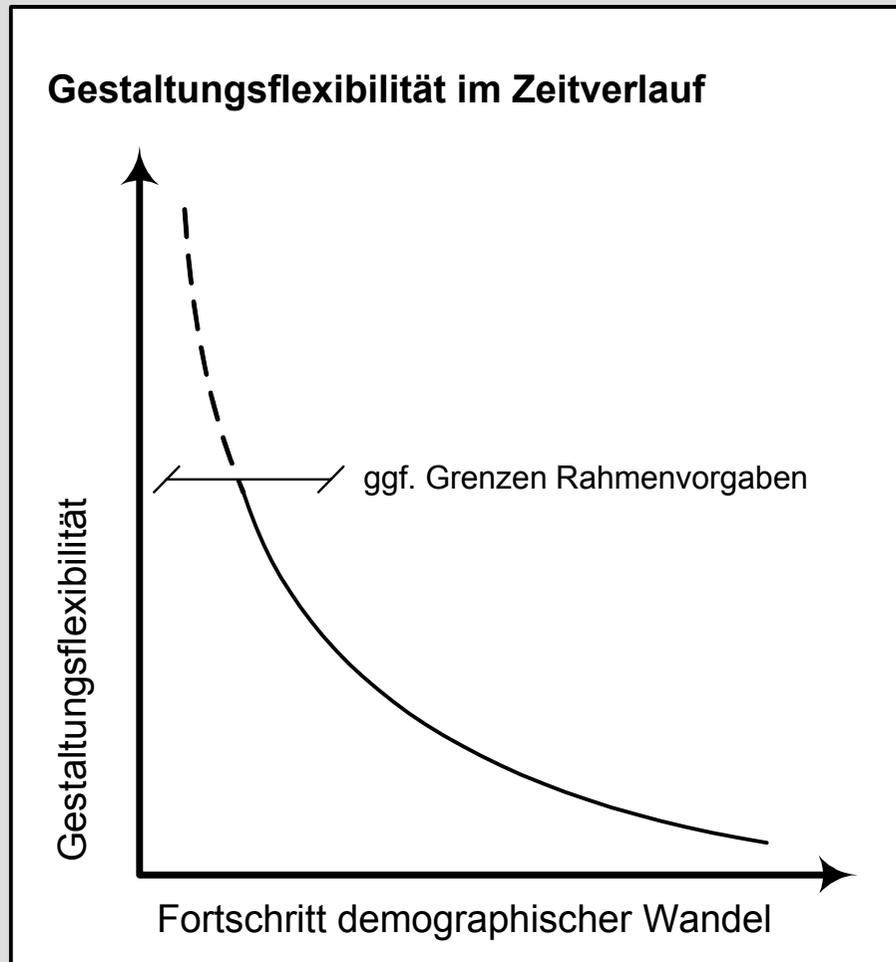


**Sicherung der
Erreichbarkeit
anderer Funktionen**

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Handlungsoptionen der Infrastrukturentwicklung		
Handlungsoptionen		Beispiel
Erhöhung der Erreichbarkeit		integriertes Mobilitätskonzept, optimierte ÖPNV-Netze, nachfrageorientierte Taktzeiten
Verkleinerung		reduziertes Bus- und Liniennetz
Dezentralisierung		mehrere Biokläranlagen statt Großkläranlage, Bürgerämter statt Zentralverwaltung
Zentralisierung (mit Erreichbarkeitsstrategie)		Schulzusammenlegung mit Schulbussystem bzw. Internatsangeboten
Temporäre Ansätze		Wochenmärkte, mobile Bibliotheken, mobile Schulen, temporäre Sprechstunden statt fester Arztsitz
Neustrukturierung/ Substituierung		Warenbestellung (Internet) statt Einkauf (Geschäft), Zusammenlegung von Klassen mit neuen pädagogischen Konzepten

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum



Anpassungsstrategien auf die Bedingungen der einzelnen Infrastruktur und die regionalen Ausgangssituationen und Besonderheiten ausrichten

Handlungsspielraum ist umso größer, je frühzeitiger Strategien entwickelt werden

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Ansätze im Handlungsfeld "Medizinische Versorgung"



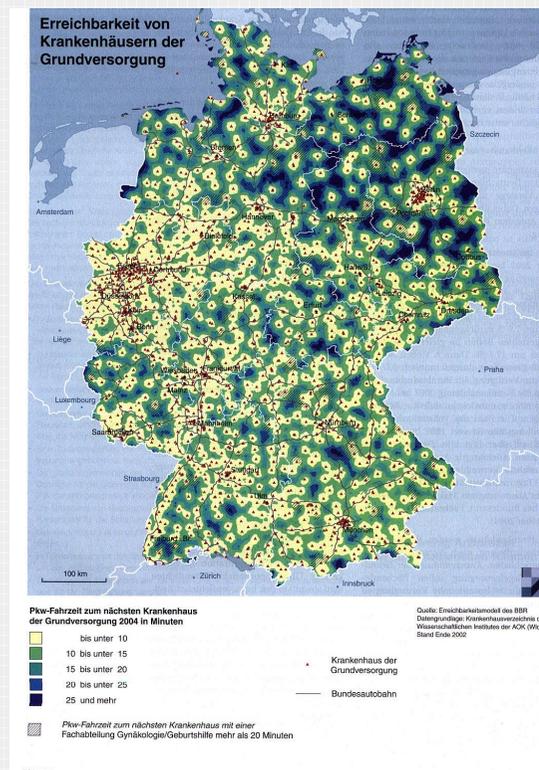
Allgemeinmedizinische Versorgung

- **Rahmenbedingung Raumordnung:** die Begleitung der Niederlassungen durch die Selbstverwaltungsorganisationen der Ärzte und Kassen hat die Ziele der Raumordnung und Landesplanung zu beachten
- **Ausgangsbedingung:** Handlungsbedarf in allen Modellregionen
 - räumliche Verteilung der niedergelassenen Mediziner,
 - die Alterstruktur der Allgemeinmediziner bzw. Hausärzte und
 - Wiederbesetzungsprobleme

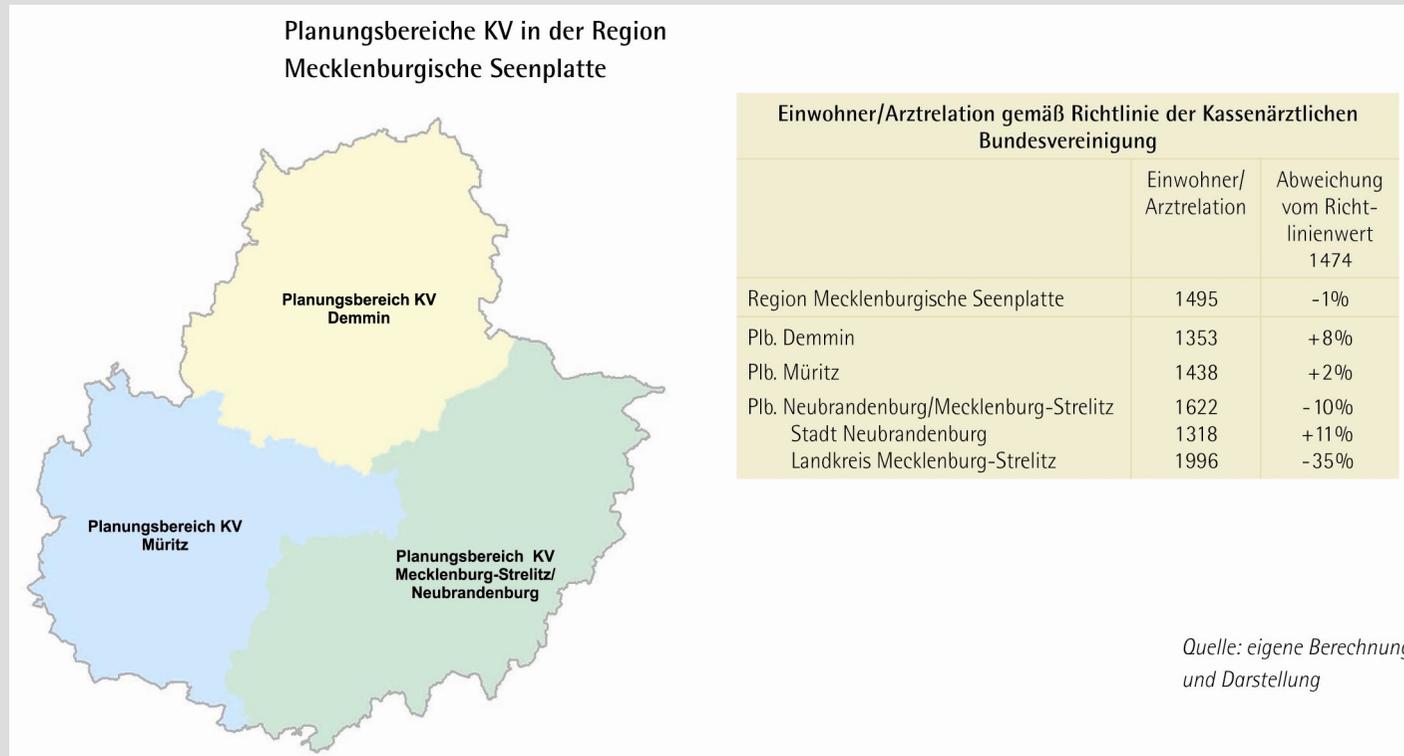
Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Allgemeinmedizinische Versorgung

- **Demographische Herausforderung: quantitativ und qualitativ steigende Nachfrage nach medizinischer und pflegerischer sowie psychotherapeutischer Begleitung**
- **Prüfung der Versorgungssituation gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte (Unter- und Überversorgung anhand gesetzter Einwohner-Arzt-Relationen)**



Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

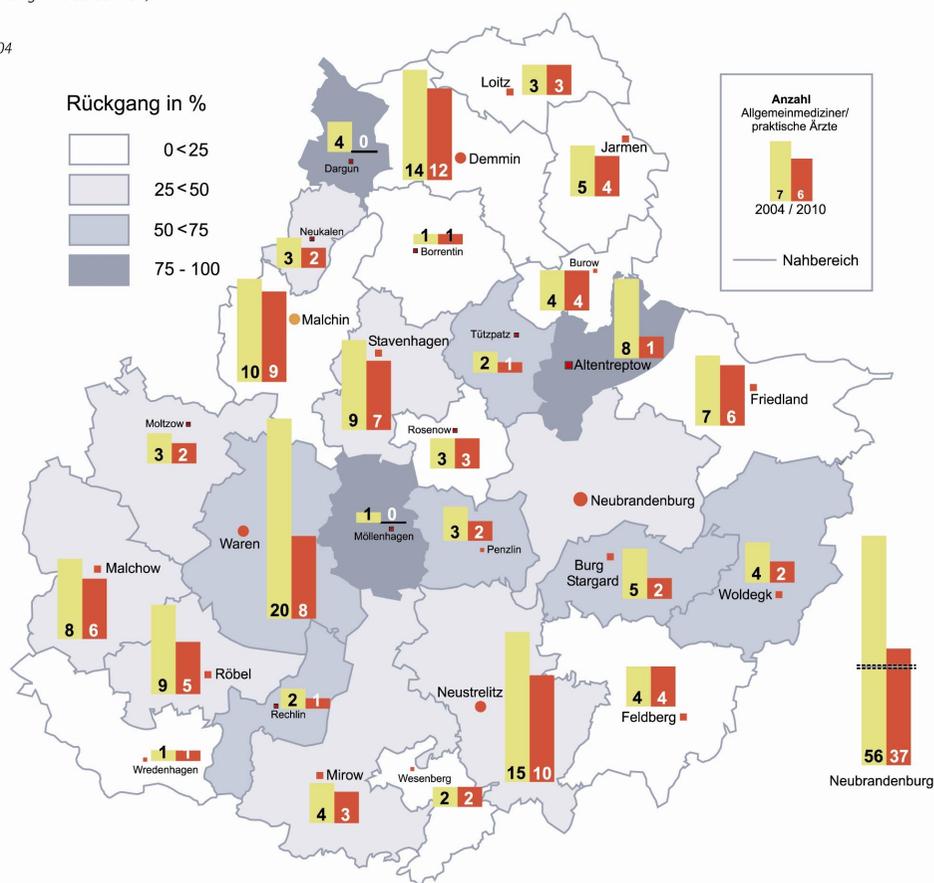


- Ausgangsbedingungen Mecklenburgische Seenplatte 2002:
- 55% der Hausärzte älter als 50 Jahre
- 41% älter als 55 Jahre - bis 2012 hören rd. 80 Ärzte auf

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Prognose der Verteilung der Hausärzte 2004–2010
in der Region Mecklenburgische Seenplatte
(Pensionierung mit 62 Jahren)

Stand 1/2004



Lösungsansätze:

- Statt Planbereiche der KV die Nahbereiche der Zentralen Orte
- Prognose 2004 bis 2010 ohne Neubesetzung Basis für Fach- und öffentliche Diskussion

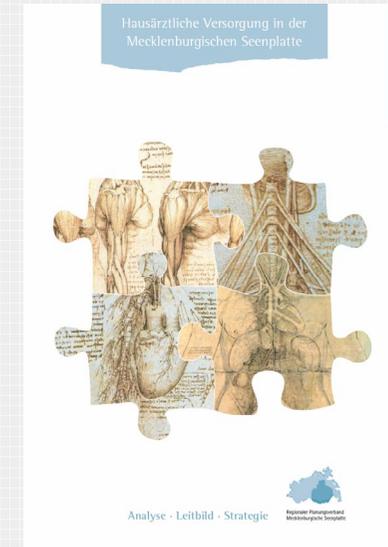
Lösungsvorschlag der Region Mecklenburgische Seenplatte

- Erarbeitung eines Leitbilds als Diskussionsbeitrag zur Sicherung der ambulanten Versorgung in der Fläche
- Förderung zentraler Gesundheitshäuser im ländlichen Raum / Gemeinschaftspraxen mit (temporären) Zweitniederlassungen in ländlichen Orten
 - hausärztliches Versorgungszentrum in jedem zentralen Ort
 - mehrere Mediziner arbeiten zusammen (Wirtschaftlichkeitserhöhung, Entlastung Notfalldienst)
 - Unterstützung durch Gemeinde (Räumlichkeiten)
 - Voraussetzungen für temporäre Vor-Ort-Sprechstunden durch Gemeinden der Nahbereiche schaffen
- Förderung/Unterstützung der Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Ärzten

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Weiterentwicklung Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung

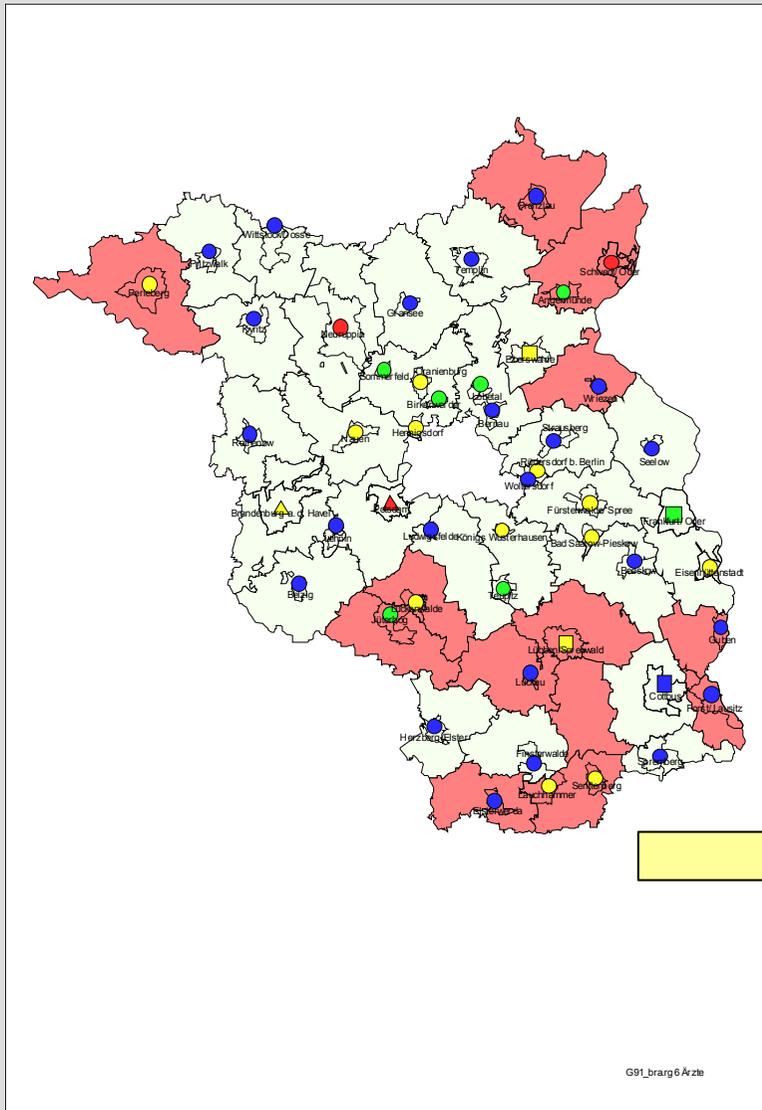
- Zulassung von Zweitpraxen
- Bildung integrativer Einrichtungen an Krankenhäusern
- Landarztzulage und
- Zusage von Zuschüssen für die Übernahme von Praxen und Bürgschaften für Praxisinvestitionen
- Gesundheitsmanagement und Monitoring (Monitoring 2006 als download auf der Internetseite)



»

<http://www.region-seenplatte.de/download/hausarztlicheversorgung.pdf>

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum



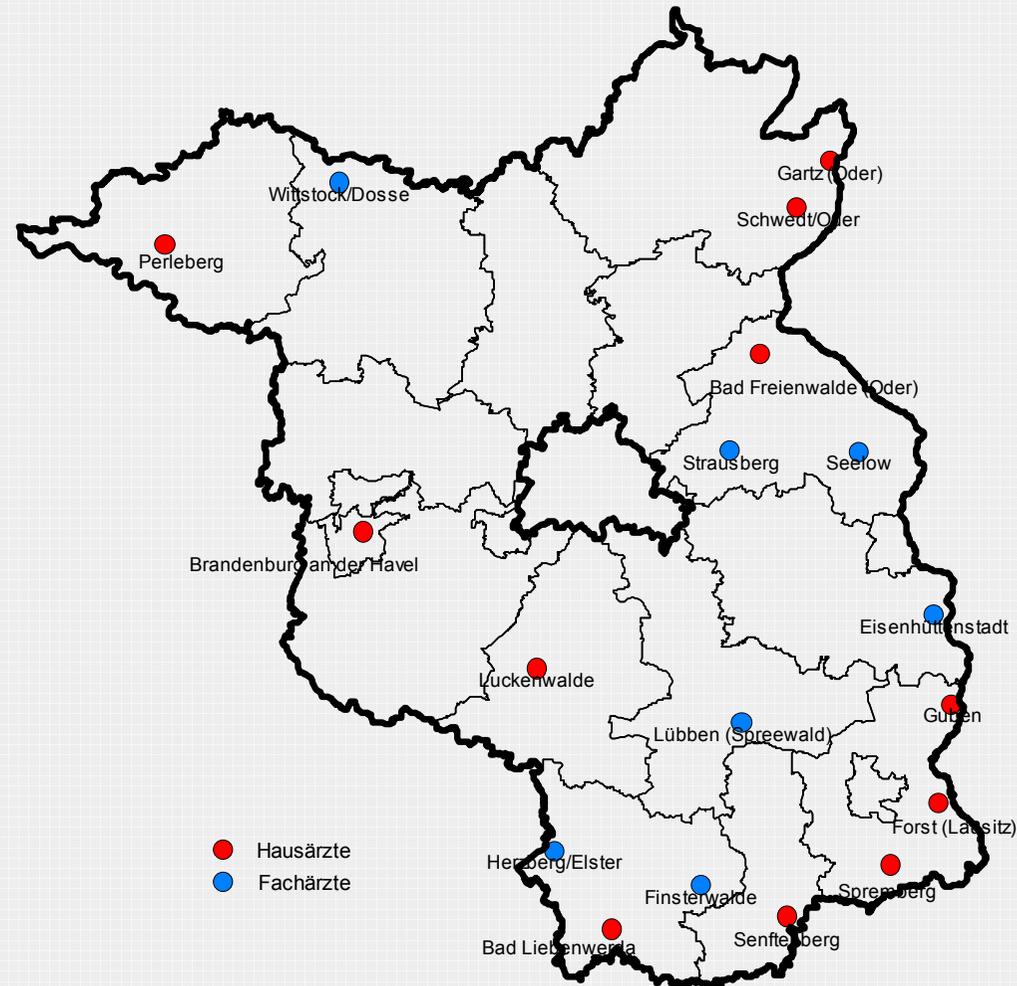
Sicherstellungsstatut KV Brandenburg - Ansatz für neue Definition Unterversorgung:

- kleinräumiger Bezug: Planungsbereich Altkreise
- KRITERIEN:
 - Anteil über 60jährige Ärzte Altkreis/Landesdurchschnitt
 - Altersstruktur der Bevölkerung
 - Anteil der Rentnerpatienten
 - erbrachte medizinische Leistungen /Fallzahlen

Förderung und Umsatzgarantien

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Unterversorgung bei Hausärzten und Fachärzten



Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Übersicht ambulant tätige Vertragsärzte nach Facharztgruppe und Versorgungsbereich in Brandenburg

	Prignitz	Ost-prignitz-Ruppin	Ober-havel	Potsdam	Branden-burg H., Potsdam-Mittelmark	Teltow-Fläming	Havel-land	Dahme-Spree-wald	Elbe-Elster	Ober-spree-wald-Lausitz	Spree-Neiße	Cottbus	Frankfurt O., Oder-Spree	Märkisch-Oderland	Barnim	Ucker-mark	Gesamt
Regionstyp	9	9	4	1	4	4	4	4	7	7	7	5	4	4	4	9	
Anästhesisten	2	1	4,5	7	3	0	1	1	1	3	0	6	3	2	2	2	38,50
Augenärzte	8	6	12	13	14	6	8	9	6	6	6	12	16	6	9	10	147,00
Chirurgen	5	5	7,5	11	10	5	6	6	5	9	4	8	15	10	7	6	119,50
fachärztl. tätige Internisten	4	9	10	27	15,5	8	6	7	5	7	3,5	20	17	20,5	12	13	184,50
Frauenärzte	9	10	16	22	25	14	13	13	12	12	12	20	30	22	16	13	259,00
HNO-Ärzte	3	6	7	10	9	6	6	6	4	4	4,5	8	16,5	6,75	6	6,5	109,25
Hautärzte	2	4	5	9	11	5	4	4	2	4	7,75	8	12	6	4	6	93,75
Kinderärzte	5,5	7	10	16	23	11	8	10	7	11	10	18	22	11,5	8	9	187,00
Nervenärzte	3	4	6	13	8	4	5	7,5	4	5	3,5	8	11	7	6	5	100,00
Orthopäden	2	5	10	13	11	5	5	6	4	5	6	10	11	7	7	6,5	113,50
Psycho-therapeuten	5	7	17	65	22	13	11	13	9	8	8	28	25	14	13	8	266,00
Radiol.	2	2	4	11	5	3	3	7	0	2	3	5	8	5	3	3	66,00
Urologen	2	3	5	6	6	4	4	4	3	3	2	5	8	4	4	4	67,00
Hausärzte	62	72	121	101,3	159	81	80	95	85	75	70,5	75	174	102	103	84,75	1.540,55
Summe																	
Fachärzte	52,5	69	114	223	162,5	84	80	93,5	62	79	70,25	156	194,5	121,75	97	92	1.751,00
Hausärzte	62	72	121	101,3	159	81	80	95	85	75	70,5	75	174	102	103	84,75	1.540,55

Regionstypen

- 1** Kernstadt in Agglomerationsräumen, Oberzentrum mehr als 300 TEW, Kernstadt mehr als 100 TEW
- 4** Ländlicher Kreis in Agglomerationsräumen, Einwohnerdichte unter 150 EW/m²
- 5** Kernstädte in verstädterten Räumen, kreisfreie Städte über 100 TEW
- 7** Ländlicher Kreis in verstädterten Räumen, unter 150 EW/m²
- 9** Ländlicher Kreis in ländlichen Regionen, unter 100 EW/m²



Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

Schlussfolgerungen für eine zukünftige medizinische Versorgung in ländlichen Räumen



Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

- **Anpassungsstrategien dürfen sich nicht auf eine Reduzierung des Angebots beschränken, sondern müssen neue Angebotsformen und effizientere Organisationsstrukturen – neue Qualitäten – hervorbringen.**
- **Bei der Entwicklung neuer Angebotsformen in ländlichen Räumen alle Akteure – Mediziner, Pflegekräfte, Patienten, Raumordnung, Kommunen, ÖPNV etc. – beteiligen.**
- **Verantwortung und Zuständigkeiten teilen und soweit möglich auch an Patienten und Pflegekräfte delegieren.**

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

- **Möglichkeiten der LuK erkennen und ausschöpfen.**
- **Konzentration der ambulanten Grundversorgung in Landstädten und größeren Auffangorten, darüber hinaus Sicherstellung durch regelmäßige temporäre Sprechstunden.**
- **Erreichbarkeit durch bedarfsorientierten und integrierten ÖPNV inklusive Bürgerbusse sicherstellen.**

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

- **Ressort- und institutionenübergreifende Ansätze weisen die größten Potenziale zur Sicherung wichtiger Kernfunktionen in ländlichen, peripheren Regionen auf.**
- **Die Entwicklung neuer Angebotsformen muss an Wirtschaftlichkeitskriterien ausgerichtet werden; über neue Finanzierungsmöglichkeiten muss nachgedacht werden.**
- **Auch rechtliche Rahmenbedingungen sind nicht als unveränderbares Hindernis für neue Lösungen anzusehen.**

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum

- **Weitere Informationen:**

- Werkstatt: Praxis, Heft 38:
"Anpassungsstrategien für ländliche/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern“

http://www.bbr.bund.de/veroeffentlichungen/download/WP38_gesamt.pdf



- Broschüre "Öffentliche Daseinsvorsorge und demographischer Wandel – Erprobung von Anpassungs- und Entwicklungsstrategien in Modellvorhaben der Raumordnung"
http://www.bbr.bund.de/veroeffentlichungen/download/oeff_daseinsvorsorge.pdf
- **Kontakt: winkler-kuehlken@ifsberlin.de**