Graue Reihe des Instituts für Stadt- und Regionalplanung
Technische Universität Berlin

Hendrik Flach

Der Landarzt geht in Rente

Entwicklungstendenzen und Optionen zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen



37

GRAUE REIHE DES
INSTITUTS FÜR STADT- UND REGIONALPLANUNG
Technische Universität Berlin

FORUM STADT- UND REGIONALPLANUNG E.V.
Herausgeber der Schriftenreihe

Heft 37
Berlin 2012

Die Beiträge der Grauen Reihe dienen der zeitnahen Publikation von Arbeiten im Internet, die aktuelle wissenschaftlich oder planungsbezogen relevante Themen angehen und sich mit unterschiedlichen Positionen in Politikbereichen der Stadt- und Regionalplanung, Stadtgeschichte und Stadtentwicklung, des Wohnungswesens und des Planungs- und Baurechts auseinandersetzen. In dieser Reihe finden Sie u. a. Diplomarbeiten, Tagungs- und Veranstaltungsdokumentationen oder Forschungsberichte.

HERAUSGEBER DER GRAUEN REIHE
Forum Stadt- und Regionalplanung e.V.
c/o Institut für Stadt- und Regionalplanung
Sekretariat B7
Hardenbergstr. 40a, 10623 Berlin
▷ www.isr.tu-berlin.de

VERLAG UND VERTRIEB
Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin
Universitätsbibliothek im VOLKSWAGEN-Haus
Fasanenstraße 88, 10623 Berlin
▷ publikationen@ub.tu-berlin.de

LAYOUT
Hendrik Flach

TITELBILD
Stethoskop, Fotografie von Elise Barthel, 2011
PRODUKTION UND UMSCHLAGGESTALTUNG
Thomas Rutschke
Publikationsstelle
Institut für Stadt- und Regionalplanung
▷ publikationen@isr.tu-berlin.de

Berlin 2012 ISBN 978-3-7983-2367-4 ISSN 1864-8037

Hendrik Flach

Der Landarzt geht in Rente

Entwicklungstendenzen und Optionen zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen

Abstract

Vom demografischen Wandel sind vor allem ländliche Räume betroffen. Neben einer steigenden Lebenserwartung und sinkenden Geburtenraten wird der Wandel in diesen Gebieten dadurch verstärkt, dass vor allem die junge, erwerbsfähige Bevölkerung abwandert. Diese Entwicklung hat einen nachhaltigen Einfluss auf die Versorgung mit Infrastruktureinrichtungen und öffentlichen Dienstleistungen.

Die Herausforderungen aufgrund des demografischen Wandels werden in der Arbeit anhand der ambulanten medizinischen Versorgung untersucht. Es wird deutlich, dass eine alternde Bevölkerung einen steigenden Versorgungsbedarf hervorruft. Insbesondere Hausärzte nehmen bei der Versorgung eine zentrale Rolle ein. Seit Jahren ist jedoch ein Rückgang dieser ambulant tätigen Ärzte zu verzeichnen und in Zukunft wird sich diese Entwicklung noch verschärfen. Die Problematik ist vor allem in den ländlichen Regionen feststellbar, die besonders stark von den Auswirkungen des demografischen Wandels betroffen sind.

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung gehört per Gesetz zum Aufgabenbereich der Leistungserbringer des Gesundheitssystems. Die Arbeit stellt verschiedene in der Gesundheitswirtschaft entwickelte und diskutierte Methoden und Instrumente zur Sicherstellung der Versorgung vor und bewertet diese hinsichtlich ihrer Eignung, in Zukunft eine flächendeckende Versorgung in den ländlichen Räumen zu gewährleisten.

Gleichwertige Lebensbedingungen in allen Regionen der Bundesrepublik herbeizuführen, ist ein Grundsatz für die Arbeit der Raumordnung. Daher wird weiterhin untersucht, welchen Beitrag die Raumplanung bei der Sicherstellung der Versorgung leisten kann. Die tatsächlichen Einflussmöglichkeiten sind aufgrund der Kompetenzzuweisungen zwar als gering einzuschätzen. Dennoch kann durch Instrumente und Strategien der Raumplanung hilfreiche Unterstützung im Rahmen der Versorgungsplanung geleistet werden.

Die Untersuchung der Entwicklungstendenzen der ambulanten Versorgung sowie die Bewertung der möglichen Handlungsansätze werden beispielhaft anhand des Landkreises Uckermark konkretisiert. Im Ergebnis wird deutlich, dass durch eine enge Verzahnung von Instrumenten der Raumplanung und Maßnahmen im Gesundheitswesen ein Beitrag zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung einer alternden Bevölkerung für die nächsten Jahre geleistet werden kann. Daher wird eine Kooperation von Akteuren des Gesundheitswesens und der Raumplanung im Zuge der Entwicklung von Lösungsansätzen empfohlen.

Inhalt

1. Einführung **1**

2. Rahmenbedingungen und Grundlagen **5**

2.1. Ländliche Räume 5

2.2 Demografischer Wandel in Deutschland 9

2.2.1 Grunddaten 9

2.2.1.1. Allgemeine Aussagen zur Bevölkerungsentwicklung 9

2.2.1.2. Natürliche Bevölkerungsentwicklung 10

2.2.1.3. Altersstruktur 10

2.2.1.4. Bevölkerungswanderung 11

2.2.2. Bevölkerungsentwicklung in den ländlichen Räumen 13

2.3. Folgen für die Infrastruktur 14

2.3.1. Allgemeine Aussagen 14

2.3.2. Folgen für den Öffentlichen Personennahverkehr 15

2.4. Folgen für die medizinische Versorgung 17

2.4.1. Multimorbidität 17

2.4.2. Einfluss der Multimorbidität auf die Nachfrage ärztlicher Leistungen 18

2.4.3. Regionale Ausprägungen von Multimorbidität 19

2.5. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland 20

2.5.1. Einleitung 20

2.5.2. Die ambulante Versorgung 21

2.5.3. Die akutstationäre Versorgung 28

2.6. Zwischenfazit 31

3. Entwicklungstendenzen **35**

3.1. Allgemeine Entwicklungstendenzen 35

3.2. Entwicklungstendenzen in der ambulanten Versorgung 39

3.2.1. Hausärztliche Versorgung 39

3.2.2. Die hausärztliche Versorgung in den ländlichen Räumen 45

3.2.3. Fachärztliche Versorgung 48

3.3. Entwicklungstendenzen der akutstationären Versorgung 54

3.4. Zwischenfazit 59

4. Optionen zur Sicherstellung **61**

4.1. Einführung 61

4.2. Finanzielle Sicherstellungsoptionen 62
4.2.1. Steuerung über die Honorare 62
4.2.2. Sicherstellungsfonds 65
4.2.3. Ankauf von Praxen 67
4.3. Personelle Sicherstellungsoptionen 68
4.3.1. Anordnung von Zulassungsbeschränkungen 68
4.3.2. Aufhebung der gesetzlichen Altersbegrenzung 69
4.3.3. Angestellte Ärzte 70
4.3.4. Die Gemeindeschwester 72
4.4. Praxisbezogene Sicherstellungsoptionen 77
4.4.1. Medizinische Versorgungszentren 77
4.4.2. Zweigpraxis 81
4.4.3. Eigeneinrichtungen 82
4.4.4. Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung 85
4.5. Raumordnerische Sicherstellungsoptionen 86
4.5.1. Das Konzept der Zentralen Orte 86
4.5.2. Entwicklung eines bedarfsgerechten ÖPNV-Systems 93
4.5.3. Flankierende Maßnahmen 96
4.6. Zwischenfazit 97
5. Beispielregion – Uckermark 99
5.1. Auswahl der Beispielregion 99
5.2. Rahmenbedingungen 102
5.2.1. Allgemeine Grundlagen 102
5.2.2. Bevölkerung 105
5.2.3. Siedlungsstruktur 108
5.2.4. Folgen für den ÖPNV 108
5.3. Entwicklungstendenzen der ambulanten Versorgung 110
5.3.1. Allgemeine Aussagen 111
5.3.2. Hausärztliche Versorgung 111
5.4. Optionen zur Sicherstellung 117
5.4.1. Finanzielle Sicherstellungsoptionen 117
5.4.2. Anordnung von Zulassungsbeschränkungen 118
5.4.3. Aufhebung der gesetzlichen Altersbeschränkung 118
5.4.4. Angestellte Ärzte 119
5.4.5. Gemeindeschwester 119
5.4.6. Medizinische Versorgungszentren 119
5.4.7. Zweigpraxen 120

5.4.8. Eigeneinrichtungen 120
5.4.9. Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung 121
5.4.10. Das Zentrale-Orte-Konzept 121
5.4.11. Entwicklung eines bedarfsgerechten ÖPNV-Systems 121
5.5. Zwischenfazit 122

6. Fazit 123

Quellenverzeichnis 127

Abbildungsverzeichnis 143

Tabellenverzeichnis 145

Abkürzungen 149

Anmerkung:

Personen- und Berufsbezeichnungen in diesem Text sind zum Zweck der leichteren Lesbarkeit geschlechtsneutral gehalten, gelten jedoch gleichermaßen für Frauen und Männer.

1. Einführung

In allen Teilräumen Deutschlands sollen gleichwertige Lebensverhältnisse hergestellt werden. Diese Leitvorstellung für die Arbeit der Raumordnung ist im § 1 Abs. 2 des Raumordnungsgesetzes (ROG) verankert. Ein zentraler Punkt dieses Prinzips ist die flächendeckende Gewährleistung von Angeboten der öffentlichen Daseinsvorsorge und somit die Erbringung von Infrastrukturangeboten.

Diese Angebote dienen der Versorgung der Bevölkerung mit Gütern und Dienstleistungen zur Erfüllung der Grunddaseinsfunktionen, d. h. sie sind notwendig für das tägliche Leben sowie für die Teilhabe am öffentlichen Leben (Knorr 2005: 38f.). Dazu zählen Angebote der technischen Infrastruktur (z. B. Ver- und Entsorgungseinrichtungen, Telekommunikationsnetzen oder Verkehrsangeboten wie der Öffentlichen Personennahverkehr) sowie kulturelle und soziale Infrastruktureinrichtungen (z. B. Bildungseinrichtungen, Kulturangebote oder Einrichtungen der Gesundheitsversorgung). Da die Infrastrukturversorgung eine Fülle von Handlungsfeldern umfasst, trägt ihre Qualität maßgeblich zur Qualität des gesellschaftlichen Lebens bei (Eglitis 1999: 25.).

Die öffentliche Daseinsvorsorge steht zurzeit vor der Herausforderung, die Leistungserbringung an sich wandelnde Rahmenbedingungen anzupassen. Neben dem Einfluss wirtschaftlicher Faktoren – z. B. aufgrund eingeschränkter finanzieller Ausstattungen der öffentlichen Leistungserbringer – verändern sich insbesondere aufgrund der Auswirkungen des demografischen Wandels die Anforderungen, die an eine bedarfsgerechte Versorgung mit Infrastrukturangeboten gestellt werden. Allerdings existiert diesbezüglich keine Allgemeingültigkeit für das gesamte Bundesgebiet; aufgrund regional unterschiedlich ausgeprägter Trends der Bevölkerungsentwicklung ergeben sich auch regional differenzierte Anforderungen an die Leistungserbringung.

Von negativen Entwicklungen, die einen gesteigerten Handlungsbedarf generieren, sind insbesondere die ländlichen und peripheren Räume betroffen: Zum einen führt die sinkende Bevölkerungszahl in diesen Regionen zum Problem der tragfähigen Erbringung von Infrastrukturangeboten. Zum anderen erfordert die sich aufgrund von Abwanderung und sinkenden Geburtenzahlen verändernde Altersstruktur die Modifizierung der Angebote hinsichtlich altersspezifischer Anforderungen.

Entsprechend der sich wandelnden Ansprüche und Möglichkeiten der Infrastrukturerbringung hat sich auch die Interpretation der Zielstellung hinsichtlich des Prinzips, gleichwertige Lebensverhältnisse in allen Teilräumen Deutschlands herzustellen, verändert. Bisher wurde darunter die nach oben ausgerichtete Angleichung der Versorgungsniveaus in den einzelnen Regionen an den Bundesdurchschnitt und somit ein auf Wachstum angelegter Ansatz verstanden. D. h. in Regionen, die unter dem durchschnittlichen Ausstattungsstandard der Bundesrepublik lagen, sollten Maßnahmen zur Anpassung der Versorgung vorgenommen werden. Im Gegensatz dazu soll zukünftig lediglich die Sicherstellung von Versorgungsmindeststandards verfolgt werden, die notwendig sind, um die Grunddaseinsfunktionen zu gewährleisten. (Kersten 2008: 3f.)

Zu den Angeboten der mindestens sicherzustellenden Grundversorgung zählen unter anderem Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Allerdings wird seit einigen Jahren durch die zuständigen Institutionen gewarnt, dass die flächendeckende ärztliche Versorgung – ein wichtiger Aspekt des deutschen Gesundheitswesens – gefährdet ist. So machten die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereits im Oktober 2007 auf einen dramatischen Mangel an Nachwuchsärzten insbesondere in ländlichen Regionen sowie in Krankenhäusern in den ostdeutschen Bundesländern und aus diesem Grunde auf eine entstehende Versorgungskrise aufmerksam. (Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung 2007.) Aufgrund der fortgeschrittenen Problematik – auch im Bundesministerium für Gesundheit wird in diesem Zusammenhang bereits von Ärztemangel gesprochen – wird von der Bundesregierung aktuell ein Versorgungsstrukturgesetz erarbeitet, dass Anfang 2012 in Kraft treten und der drohenden Entwicklung entgegenwirken soll. (BMG 2011.)

Vor diesem Hintergrund sollen im Rahmen dieser Arbeit die Situation sowie die Entwicklungstendenzen der medizinischen Versorgung in Deutschland herausgearbeitet werden. Der Fokus liegt hierbei auf der Ausstattung der ländlichen Räume mit ambulanten Versorgungsangeboten. Vor allem in diesen Regionen ist hinsichtlich der durch den demografischen Wandel ausgelösten Veränderungen die Frage der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung von Bedeutung. Neben der Betrachtung des ambulanten Sektors soll auch die stationäre Versorgung untersucht werden, um ein umfassendes Bild der medizinischen Versorgung zu erlangen; aufgrund der Schwerpunktsetzung wird diese Betrachtung allerdings in einem geringeren Umfang erfolgen.

Innerhalb der Arbeit soll folgenden Fragestellungen nachgegangen werde:

1. Welche Anforderungen folgen aus dem demografischen Wandel für die Gesundheitsversorgung?
2. Wie stellt sich die Situation der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland allgemein und speziell in den ländlichen Räumen dar?
3. Welche Tendenzen für die zukünftige Entwicklung kann für die ambulante Versorgung abgeleitet werden?
4. Welche Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Entwicklung der ambulanten Versorgung existieren?
5. Die Daseinsvorsorge gehört zum Aufgabenbereich der Raumordnung. Daher soll speziell untersucht werden, über welche Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten die Raumordnung zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung verfügt.

Im ersten Teil dieser Arbeit werden notwendige, grundlegende Informationen zum Thema gegeben. Zum einen beinhaltet dies die Darstellung der demografischen Entwicklung und den daraus resultierenden Folgen für die Infrastrukturversorgung. In diesem Zusammenhang werden das Phänomen der alternden Gesellschaft vertiefend erläutert und die Auswirkungen dieser Entwicklung für die medizinische Versorgung herausgearbeitet. Der zweite Schwerpunkt der grundlegenden Informationsvermittlung liegt in der Darstellung für diese Arbeit relevanter Fakten bezüglich des deutschen Gesundheitssy-

stems. Dies beinhaltet die Erläuterung des Systems der medizinischen Versorgung, der Zuständigkeiten im Gesundheitswesen sowie die Darlegung der Planung der Versorgung.

Im Anschluss an die Grundlagenvermittlung wird die Situation der ärztlichen Versorgung untersucht. Diese Betrachtung erfolgt zum einen für das gesamte Bundesgebiet. Darüber hinaus werden die deutschlandbezogenen Aussagen hinsichtlich der Lage in den ländlichen Räumen konkretisiert. Neben der Ermittlung des aktuellen Zustands sollen dabei Tendenzen für die zukünftige Entwicklung der medizinischen Versorgung herausgearbeitet werden. Grundlage der Untersuchung der Versorgungssituation sind die von den zuständigen Organisationen, wie z. B. der KBV, den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder (KVen) oder dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) geführten bzw. erstellten Statistiken und Studien zu dieser Thematik. Diese werden hinsichtlich der Fragestellungen betrachtet und ausgewertet.

Im dritten Teil der Arbeit werden Optionen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in ländlichen Räumen vorgestellt. Hierzu sollen aktuell angewendete und diskutierte Möglichkeiten der Einflussnahme aufgegriffen und bezüglich ihrer Wirkung bewertet werden. Aufgrund der fachlichen Schwerpunktsetzung der Arbeit erfolgt diese Bewertung hinsichtlich räumlicher Versorgungsaspekte. Auswirkungen auf die fachliche Qualität der Versorgung können nicht getroffen werden. Die Rolle der Raumplanung bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wird einer intensiven Untersuchung unterzogen. Dabei sollen Einflussmöglichkeiten und Ansatzpunkte, die für die Gewährleistung der Versorgung aufgegriffen und genutzt werden können, herausgearbeitet und ebenfalls hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bewertet werden.

Erweitert wird die Darstellung der Entwicklungstendenzen und Optionen zur Sicherstellung der Versorgung durch die Untersuchung der Versorgungslage in einer ausgewählten Region Deutschlands im abschließenden Teil der Arbeit. Auf diese Weise werden die herausgearbeiteten Ergebnisse anhand eines Beispiels konkretisiert. Probleme der Versorgung können anschaulich dargestellt und die Möglichkeiten der Steuerung der Versorgung fallbezogen bewertet werden. Zudem bietet das Beispiel die Möglichkeit der Einbeziehung spezifischer räumlicher Aspekte in die Untersuchung, wie z. B. die Bewertung der Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtungen vor dem Hintergrund der zunehmenden Ausdünnung der Nahverkehrsversorgung in den ländlichen Räumen und der damit verbundenen Einschränkung der Mobilität der dort wohnenden Bevölkerung.

Neben schriftlichen Quellen haben Expertengespräche mit Akteuren des Gesundheitswesens und der Raumplanung aktuelle Informationen zu den Fragestellungen geliefert und die empirischen Daten durch vertiefende Angaben ergänzt.

2. Rahmenbedingungen und Grundlagen

In diesem Kapitel sollen grundlegende Informationen vermittelt werden, die notwendig sind zur Auseinandersetzung mit der in dieser Arbeit zu behandelnden Thematik. Neben der Festlegung des Untersuchungsraumes gehören dazu die Darstellungen der aktuellen demografischen Entwicklungen sowie der daraus resultierenden Auswirkungen für die Infrastrukturerbringung. Insbesondere die Folgen für die medizinische Versorgung sollen herausgestellt werden. Zudem sollen für die Arbeit wesentliche Grundlagen aus dem Bereich des deutschen Gesundheitssystems aufgeführt werden.

2.1. Ländliche Räume

Ziel dieser Arbeit ist die Untersuchung der Situation und Perspektiven der ambulanten ärztlichen Versorgung in ländlichen Räumen. In diesem Abschnitt soll der Untersuchungsraum konkretisiert und anhand prägender Merkmale charakterisiert werden.

Das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland ist durch unterschiedliche Raum- und Siedlungsstrukturen geprägt. Um diesen unterschiedlichen Strukturen im Rahmen von raumstrukturell differenzierten Analysen von Entwicklungstendenzen gerecht zu werden, hat das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) vergleichbare Raum- und Siedlungsstrukturen in siedlungsstrukturelle Gebietstypen kategorisiert. Diese Gebietstypisierung wird sowohl in der raumbezogenen Forschung als auch in der Daseinsvorsorge verwendet. Daher soll sie zur Festlegung des Untersuchungsraumes dieser Arbeit verwendet werden.

Die Einteilung des Bundesgebiets in die einzelnen Kategorien erfolgt anhand der Merkmale Zentralität, Bevölkerungsdichte und Lage. Die folgenden siedlungsstrukturellen Gebietstypen werden unterschieden:

- Agglomerationsräume
- verstädterte Räume
- ländliche Räume

Die Abgrenzung dieser Räume orientiert sich an bestehenden administrativen Grenzen. Dabei erfolgt die Kategorisierung auf drei räumlichen Ebenen. Zum einen werden siedlungsstrukturelle Regionstypen definiert, die weitgehend auf Grundlage der Planungsregionen zugeschnitten sind. Weiterhin werden siedlungsstrukturelle Kreistypen sowie auf der kleinsten räumlichen Ebene siedlungsstrukturelle Gemeindetypen verortet. (ARL 1999: 54ff., BBR 2000: 43.)

Da die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung auf Kreisebene erfolgt – nähere Ausführungen hierzu erfolgen im *Kapitel 2.5.1. Die ambulante Versorgung* – (Potthoff, Schneider 2002: 49.), sollen zur Darstellung der Entwicklung der medizinischen Versorgung die siedlungsstrukturellen Kreistypen als Basis herangezogen werden.

Mittels der Kreistypen werden die auf der Regionsebene identifizierten Strukturtypen feinmaschig untergliedert. Diese Konkretisierung unterscheidet in die Kernstädte sowie die sonstigen Kreise bzw. Kreisregionen. Anhand der Bevölkerungsdichte werden die einzelnen Landkreise und Kreisregionen in hochverdichtete Kreise, verdichtete Kreise sowie ländliche Kreise unterteilt.

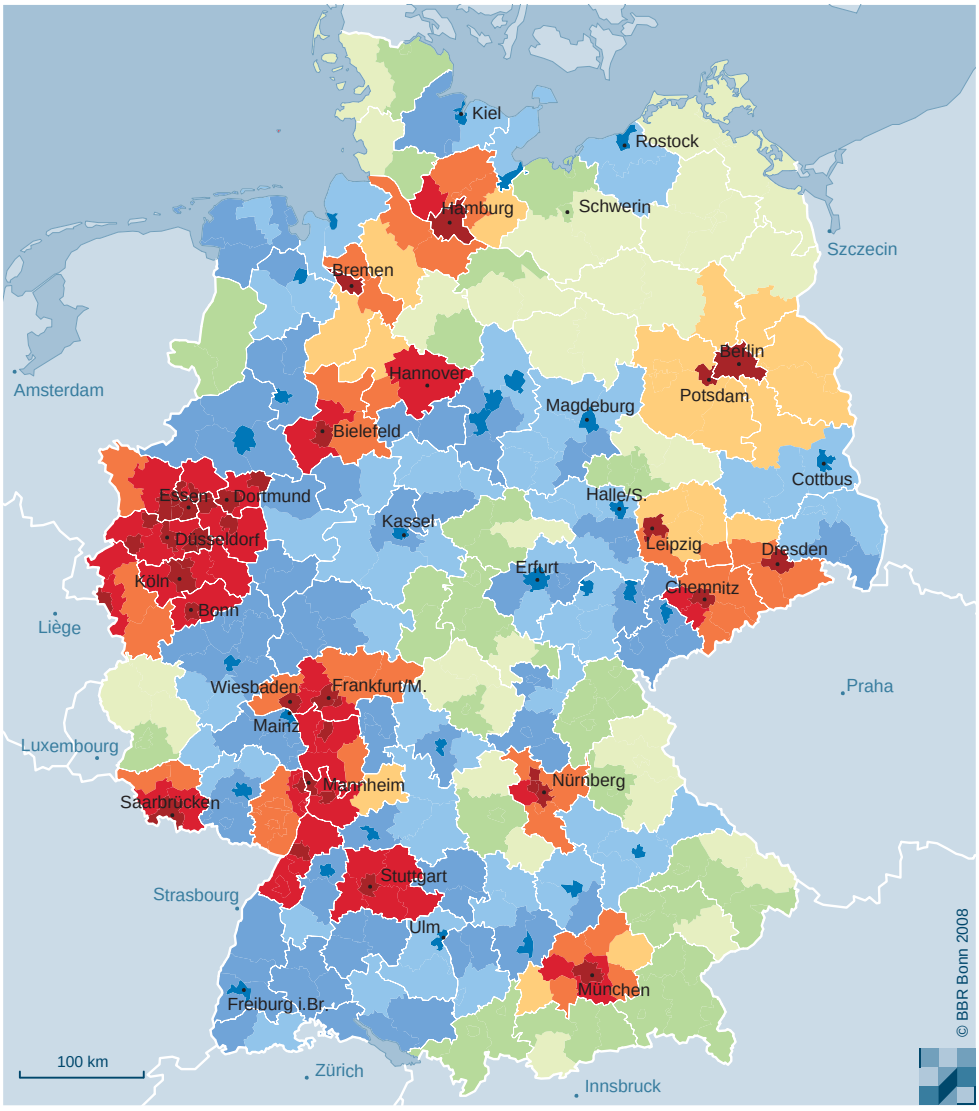
In *Tabelle 1* sind die unterschiedlichen Kreistypen sowie die entsprechenden, der Einteilung zugrunde liegenden Bevölkerungsdichten aufgeführt. Die Darstellung der Verteilung der siedlungsstrukturellen Kreistypen im Bundesgebiet erfolgt in *Abbildung 1*. Die Analyse der ambulanten medizinischen Versorgung wird auf Basis dieser Einteilung durchgeführt.

Regionstyp	Kreistyp	Einwohner/Einwohnerdichte
Agglomerationsräume	Kernstädte	mehr als 100.000 EW
	Hochverdichtete Kreise	mehr als 300 EW/km²
	Verdichtete Kreise	mehr als 150 EW/km²
	Ländliche Kreise	weniger als 150 EW/km²
Verstädterte Räume	Kernstädte	mehr als 100.000 EW
	Verdichtete Kreise	mehr als 150 EW/km²
	Ländliche Kreise	weniger als 150 EW/km²
Ländliche Räume	Ländliche Kreise höherer Dichte	mehr als 100 EW/km²
	Ländliche Kreise geringerer Dichte	weniger als 100 EW/km²

Tabelle 1: Kreistypen

In der Typisierung auf Kreisebene wird der Begriff der Ländlichkeit anhand der Bevölkerungsdichte definiert. Für eine abschließende Definition ländlich geprägter Räume ist dieses Merkmal allerdings nicht hinreichend konkret. So kann nicht von dem einen ländlichen Raum gesprochen werden, vielmehr existieren verschiedene Gebiete mit unterschiedlichem Charakter, die dieser Kategorie zugeordnet werden. Dies wird unter anderem in der Einteilung der Siedlungsstrukturtypen deutlich. So sind ländliche Kreise nicht nur im Typus „ländlicher Raum" sondern auch in den Agglomerations- und verstädterten Räumen zu finden. Aufgrund ihres Bezuges zu den jeweiligen Städten und den Verflechtungen, die sich daraus ergeben, verfügen die ländlichen Kreise in den beiden letztgenannten Räumen über andere Charakteristika als Gebiete in peripheren Regionen, zum Beispiel hinsichtlich der wirtschaftlichen oder sozialen Prägung. Insofern liefert die Gebietstypisierung des BBSR keine spezifische problemorientierte Betrachtung. (BBR 2000: 63f.)

Die Ministerkonferenz für Raumordnung (MKRO) stützte sich bei der Aufstellung des Raumordnungspolitischen Handlungsrahmens im Jahr 1995 auf eine an regionsspezifischen Problemen orientierte Differenzierung und definierte anhand der unterschiedlichen Entwicklungstendenzen fünf Typen ländlicher Räume. Diese werden im Folgenden kurz vorgestellt.



Datenbasis: Laufende Raumbeobachtung des BBR,
Geometrische Grundlage: BKG, Kreise, 31.12.2006

Abbildung 1: Siedlungsstrukturelle Kreistypen

Die erste Kategorie umfasst die ländlichen Räume in günstiger Lage zu Verdichtungsgebieten und Zentren sowie zu überregionalen und großräumigen Verkehrsachsen. Diese Gebiete sind eng mit Städten und Stadtregionen in ihrer Nähe verflochten. Durch die Einbindung in den Agglomerationsraum entstehen zwar positive Entwicklungseffekte für diese Räume, allerdings unterliegen sie gleichzeitig einem Suburbanisierungsdruck. Dieser besteht aufgrund der günstigen verkehrlichen Anbindung, des kostengünstigen Baulandes im Umland der Städte sowie der Attraktivität des Raumes, die auf dem ländlichen Charakter basiert. So übernehmen diese Räume zum einen die Wohnfunktion für die Agglomeration, so dass sie über eine überdurchschnittliche Einwohnerdichte verfügen. Ferner wird ihre wirtschaftliche Entwicklung durch die Nähe zur Stadtregion geför-

dert. Vor allem klein- und mittelständige Unternehmen siedeln sich in diesen Gebieten an. Neben Betrieben des sekundären und tertiären Sektors ist auch die Landwirtschaft als Wirtschaftszweig existent. Weiterhin erfüllen diese Regionen wegen ihrer Attraktivität eine Funktion als Naherholungsgebiete. Der Druck, diese Räume für Siedlungszwecke zu nutzen, sowie die zunehmende verkehrliche Belastung aufgrund der Suburbanisierung stellen allerdings eine Gefährdung für ihre Attraktivität dar.

Der zweite Typus beinhaltet die attraktiven Räume für den überregionalen Fremdenverkehr. Diese Gebiete verfügen über eine große landschaftliche Attraktivität, so dass dort zumindest saisonal Einkommensquellen aus touristischer Nutzung existieren. Abhängig von der Intensität dieser Nutzung können Belastungen für die Umwelt entstehen.

Zu den Kategorien der MKRO zählen weiterhin die Räume mit relativ günstigen Produktionsbedingungen für die Landwirtschaft. Wegen guter agrarstruktureller Bedingungen stellt die Landwirtschaft in diesen Räumen eine relativ gute Erwerbsquelle dar. Analog zu den touristischen Raumnutzungen kann auch intensive landwirtschaftliche Nutzung Umweltbelastungen zur Folge haben.

Ein weiterer Typus beinhaltet gering verdichtete Räume mit industriellen Wachstumstendenzen. Diese liegen außerhalb der Agglomerationsräume. Aufgrund guter verkehrlicher Erreichbarkeit sowie einer guten Ausstattung mit Infrastrukturangeboten siedeln sich in diesen Gebieten vor allem Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes an. Dadurch wird die Landwirtschaft durch qualifizierte Erwerbsmöglichkeiten im sekundären und tertiären Sektor ergänzt. Dies begründet die wirtschaftliche Dynamik in diesen Räumen. Die zunehmende gewerbliche Flächennutzung birgt die Gefahr einer fortschreitenden Zersiedlung dieser Gebiete.

Den fünften Typ bilden die strukturschwachen ländlichen Räume. In diesen peripher gelegenen Gebieten vereint sich eine Vielzahl von Problemen. Sie sind geprägt von einer sehr geringen Bevölkerungsdichte, einer kontinuierlichen Abwanderung vor allem junger und qualifizierter Menschen sowie einer niedrigen Geburtenrate. Die Versorgung mit technischer und sozialer Infrastruktur sowie das Angebot des öffentlichen Personennahverkehrs sind oft unzureichend. Das Angebot an Beschäftigungsmöglichkeiten im sekundären und tertiären Sektor ist sehr gering, so dass Einwohner, die aufgrund des Rückgangs der Beschäftigung im landwirtschaftlichen Bereich arbeitslos werden, dort meist keine neuen Erwerbsmöglichkeiten finden können. Die periphere Lage und die mangelhafte Anbindung an Verdichtungsräume stellen die wichtigsten Entwicklungshemmnisse dieser Gebiete dar. Zusätzlich führen die begrenzten öffentlichen Finanzierungsmöglichkeiten zu einer eingeschränkten Investitionstätigkeit sowie zu einer Einschränkung des Infrastrukturangebotes. Dieses leidet darüber hinaus wegen mangelhafter Nachfrage unter Tragfähigkeitsproblemen, die eine weitere Angebotsverringerung zur Folge haben. Eine räumliche Konzentration von Infrastruktureinrichtungen auf Städte innerhalb der strukturschwachen ländlichen Räume kann zwar zu einer Sicherstellung eines Grundangebots an Infrastrukturversorgung beitragen. Diese Option vernachlässigt jedoch die älteren, nichtmobilen und außerhalb der Städte lebenden Bewohner dieser Gebiete, da sich für sie die Erreichbarkeit der Einrichtungen verschlechtern würde.

Aufgrund der Problemfülle in den strukturschwachen ländlichen Räumen und vor dem Hintergrund, dass die Sicherstellung von gleichwertigen Lebensverhältnissen in allen Teilräumen der Bundesrepublik zu den wichtigsten raumordnungspolitischen Leitvorstellungen zählt, wurde ihnen von der MKRO ein besonderer Handlungsbedarf zugeordnet. (BMRBS 1995: 9f., BBR 2000: 63ff., Baron 2000: 16.)

Diese Darstellung hat gezeigt, dass kein homogener ländlicher Raum existiert, sondern in dieser Raumkategorie eine Vielzahl unterschiedlicher Räume mit verschiedenen Entwicklungstendenzen und raumbezogenen Problemstellungen zusammengefasst ist. Daher kann erwartet werden, dass sich die Situation der ärztlichen Versorgung für die einzelnen ländlichen Regionen Deutschlands differenziert darstellen wird.

In Rahmen dieser Arbeit werden die Entwicklungen in den folgenden Raumkategorien des BBSR untersucht:

- Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen
- Ländliche Kreise in verstädterten Räumen
- Ländliche Kreise höherer Dichte in ländlichen Räumen
- Ländliche Kreise geringerer Dichte in ländlichen Räumen

2.2. Demografischer Wandel in Deutschland

2.2.1. Grunddaten

2.2.1.1. Allgemeine Aussagen zur Bevölkerungsentwicklung

Der demografische Wandel lässt sich in drei unterschiedlichen Aspekten darstellen. So haben sich sowohl die Dynamik des Wachstums der Bevölkerung als auch die Altersstruktur verändert. Zudem führte die stetige Zuwanderung aus dem Ausland zu einer zunehmenden Internationalisierung. (BBR 2005b: 29.) Der Fakt der Internationalisierung soll in der folgenden Betrachtung aufgrund mangelnder Bedeutung für diese Arbeit ausgeklammert werden.

Am 31.12.2009 lebten rund 81,8 Millionen Menschen in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2011c.). Die Bevölkerungszahl ist seit 2003 rückläufig. Dies liegt vor allem an den gesunkenen Geburtenzahlen, die auch durch die Zuwanderung aus dem Ausland nicht in ausreichendem Maß ausgeglichen werden konnten. (Statistisches Bundesamt 2011a: 21.) Bereits seit Beginn der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts werden pro Jahr weniger Menschen geboren als sterben. (Statistisches Bundesamt 2009: 13.) Dieses Defizit konnte in den meisten Jahren mittels eines positiven Wanderungssaldos aufgrund einer umfangreichen Zuwanderung aus dem Ausland kompensiert werden. In den letzten Jahren übertraf das Geburtendefizit allerdings dieses Wanderungssaldo. Unter den Annahmen einer stabilen Geburtenzahl von 1,4 Kindern pro Frau, einer steigenden Lebenserwartung

sowie konstanter Zuwanderung kommt die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zu dem Schluss, dass die Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2060 um rund 14 bis 21 % zurückgehen wird. Dies würde eine Abnahme der Einwohnerzahl auf 70 bzw. 65 Millionen Menschen bedeuten. Der Unterschied ist abhängig vom Umfang der Zuwanderung in dieser Zeit. Die Untergrenze des angenommenen Wanderungssaldos liegt bei 100.000 und die Obergrenze bei 200.000 Personen, die mehr nach Deutschland zu- als abwandern. (Statistisches Bundesamt 2009: 11f.)

Nachfolgend sollen einzelne Einflussfaktoren der demografischen Entwicklung betrachtet werden.

2.2.1.2. Natürliche Bevölkerungsentwicklung

Um die Bevölkerung Deutschlands ohne Zuwanderung stabil zu halten, müsste die durchschnittliche Zahl der Kinder pro Frau bei 2,1 liegen. Dieser Wert wird allerdings seit Jahren weit unterschritten; im Jahr 2008 lag er bei 1,38. Seit dem Beginn der 1990er Jahre ist die Zahl der Geburten um 18 % gesunken. Wurden 1991 ca. 830.000 Kinder geboren, so waren es 2008 nur noch rund 683.000. Für die Zukunft wird eine Fortsetzung dieses Trends erwartet. So werden z. B. für das Jahr 2030 lediglich 580.000 Geburten in Deutschland prognostiziert. Diese Entwicklung ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich stark ausgeprägt. Nach einem extremen Einbruch der Geburtenzahl in den neuen Bundesländern in den Jahren nach der Wiedervereinigung stieg sie dort allmählich wieder an, so dass die Zahl der Geburten in den ostdeutschen Ländern sich langsam dem Niveau in den alten Bundesländern annähert. (Statistisches Bundesamt 2011a: 10f.)

Neben den Geburtenzahlen stellt die Mortalität den zweiten Einflussfaktor für die natürliche Bevölkerungsentwicklung dar. Seit dem Beginn des 21. Jahrhunderts liegt sie bei ca. 820.000 bis 850.000 Sterbefällen pro Jahr. Für die Zukunft wird allerdings ein Anstieg der Mortalität erwartet: Die Hälfte der Sterbefälle eines Jahres sind Personen, die älter als 80 Jahre sind. Eine steigende Lebenserwartung hat zur bisherigen Stabilität der Zahl der Sterbefälle beigetragen. So haben unter anderem die gut besetzten Jahrgänge der 1930er Jahre ein hohes Alter erreicht und somit zur Zunahme der Anzahl Hochbetagter in Deutschland beigetragen. Aus diesem Umstand wird der zukünftige Anstieg der Mortalität abgeleitet. (Statistisches Bundesamt 2011a: 12f.)

2.2.1.3. Altersstruktur

Altersstrukturelle Veränderungen sind bereits heutzutage zu beobachten. Zum einen werden sie durch den Anstieg der Lebenserwartung beeinflusst. Mädchen, die heute geboren werden, verfügen über eine durchschnittliche Lebenserwartung von 82,4 Jahren, bei Jungen beträgt sie 77,2 Jahre. Dabei sind regionale Unterschiede feststellbar. Die Lebenserwartung in den alten Ländern ist höher als die in den neuen. Dieser Unterschied beträgt bei Mädchen im Durchschnitt 0,3 und bei Jungen 1,3 Jahre. Bis 2030 wird ein zusätzlicher Anstieg der Lebenserwartung um weitere drei Jahre bei Mädchen und vier Jahre bei Jungen erwartet. (Statistisches Bundesamt 2011a: 13f.) Gründe für diese Entwicklung sind Verbesserungen in der medizinischen Versorgung sowie der Lebensweise.

(Statistisches Bundesamt 2009: 29.) Die Menschen in Deutschland leben also im Schnitt immer länger und erreichen ein hohes Alter, bevor sie sterben. Gleichzeitig nimmt die Zahl der jungen Einwohner kontinuierlich ab.

Die nachfolgend dargestellten Prognosen der Entwicklung der Altersstruktur bis 2030 gehen von einem positiven Wanderungssaldo von 100.000 Personen pro Jahr aus. 2008 waren ca. 15,6 Millionen Deutsche jünger als 20 Jahre. Dies entsprach einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von rund 19 %. Aufgrund sinkender Geburtenzahlen wird dieser Anteil bis zum Jahr 2030 auf 17 %, d. h. ca. 12,9 Millionen Einwohner, sinken. Die Zahl der Personen im Erwerbsalter, d. h. im Alter zwischen 20 und 65 Jahren, wird von 49,7 Millionen im Jahr 2008, was einem Anteil von 61 % entsprach, auf 42,2 Millionen, einem Anteil von 54 %, zurückgehen. Momentan befinden sich alle geburtenstarken Jahrgänge des vergangenen Jahrhunderts innerhalb des mittleren Erwerbsalters[1]. Diese Jahrgänge werden in den kommenden Jahren zu einem großen Teil zu der zunehmenden Alterung der Gesellschaft beitragen.

65 Jahre und älter waren im Jahr 2008 ca. 20 % der deutschen Bevölkerung. Dies entsprach 16,7 Millionen Einwohnern. Bis zum Jahr 2030 wird dieser Anteil auf 29 %, d. h. 22,3 Millionen Einwohner, steigen. (Statistisches Bundesamt 2011a: 23f.) Der Anteil der Hochbetagten, die älter als 80 Jahre sind, wird sogar überproportional stark steigen. Bis zum Jahr 2030 wird eine Zunahme dieser Bevölkerungsgruppe von ca. 4 Millionen im Jahr 2008 auf rund 6,4 Millionen Personen erwartet. (Statistisches Bundesamt 2009: 45.)

2.2.1.4. Bevölkerungswanderung

Die Bevölkerungsstruktur – und damit auch die Altersstruktur – wird neben der natürlichen Bevölkerungsentwicklung zusätzlich durch die Wanderung beeinflusst. Da die Deutschland verlassenden Personen in der Regel älter sind, als diejenigen, die nach Deutschland einwandern, trägt der positive Außenwanderungssaldo, d. h. der Saldo zwischen Deutschland verlassenden und nach Deutschland ziehenden Personen, zu einer Verjüngung des Durchschnittsalters der deutschen Bevölkerung bei. Dieser Aspekt verlor jedoch seit Mitte der 1990er Jahre aufgrund des absinkenden Außenwanderungssaldos an Bedeutung. (Statistisches Bundesamt 2011a: 18.) Im Jahr 1992 lag er bei 780.000 Personen (Statistisches Bundesamt 2007: 17.), im Durchschnitt der Jahre 2003 bis 2007 nur noch bei 74.000. (Statistisches Bundesamt 2011a: 18.)

Im regionalen innerdeutschen Bezug trägt die Binnenwanderung zu einer Veränderung der Bevölkerungszusammensetzung bei. Diese Wanderung stellt sich vor allem als Abwanderung der Bevölkerung aus den neuen in die alten Bundesländer dar. Der Wanderungssaldo der neuen Länder von 1991 bis 2008 weist eine Nettoabwanderung von rund 1,1 Millionen Einwohnern in die westdeutschen Bundesländer auf. (Statistisches Bundesamt 2011a: 19.) Große Regionen Ostdeutschlands sind durch Schrumpfung geprägt. Lediglich in engeren suburbanen Räumen größerer Städte ist ein Bevölkerungswachstum zu verzeichnen. In den alten Bundesländern sind Schrumpfungstendenzen in den Kernstädten alter Industrieregionen, wie dem Ruhrgebiet oder dem Saarland, sowie in

1 Das mittlere Erwerbsalter umfasst die Lebensspanne von Mitte 20 bis Mitte 40.

peripheren Räumen zu beobachten. Ansonsten ist die Entwicklung in Westdeutschland von Wachstum geprägt. Das Nebeneinander von Wachstum und Schrumpfung ist in *Abbildung 2* gut zu erkennen.

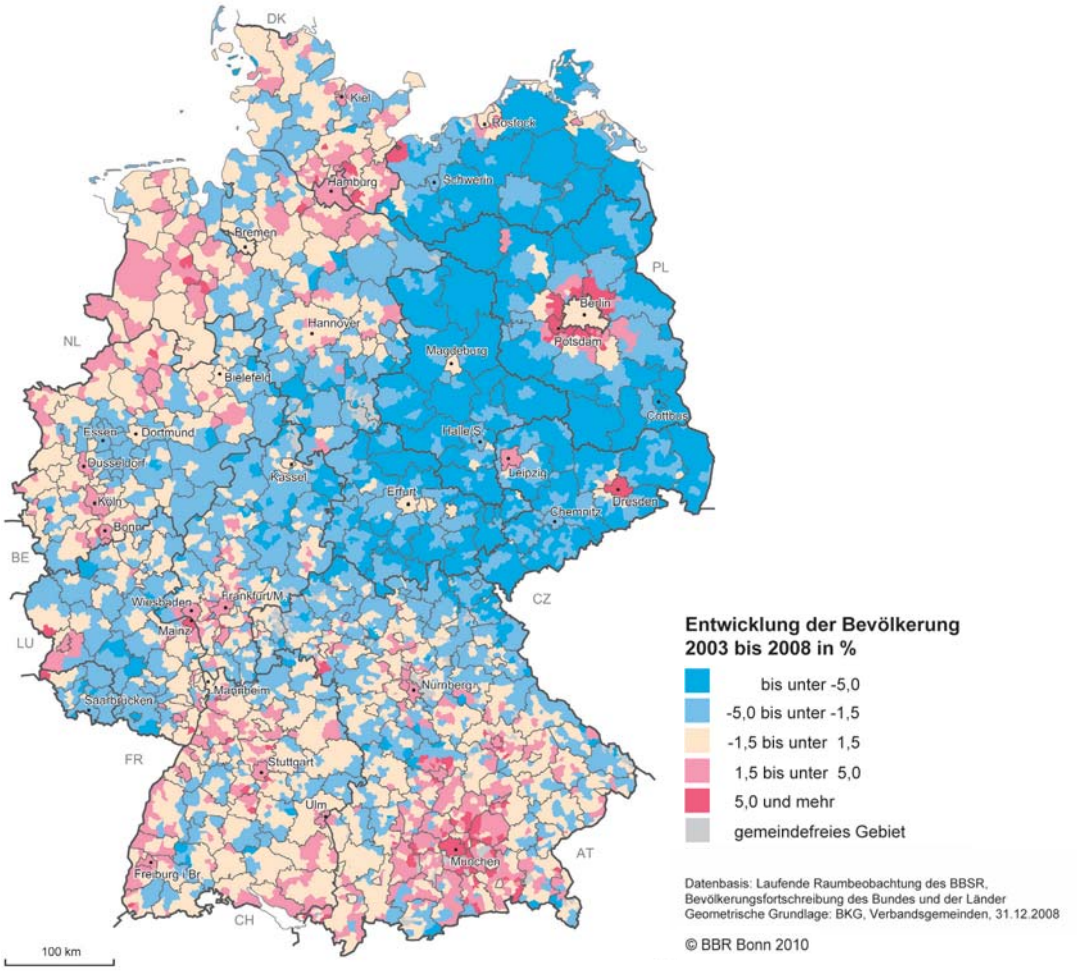


Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung 2003 bis 2008

Für die Zukunft wird ein Fortbestehen dieser Entwicklung erwartet. Allerdings wird die Zahl der Regionen mit Bevölkerungswachstum abnehmen, während die Anzahl der Regionen, in denen die Einwohnerzahl zurückgeht, ansteigen wird. Zu diesen sind dann auch vermehrt westdeutsche Regionen zu zählen. Weiterhin wird insbesondere in den dünn besiedelten, ländlichen Räumen der ostdeutschen Länder ein fortschreitender Bevölkerungsrückgang erwartet. Da die Altersgruppen sich durch unterschiedlich hohe Mobilität auszeichnen – jüngere sind weitaus mobiler als ältere Menschen – wird der quantitative Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter in den neuen Ländern eine zunehmende Abschwächung der Ost-West-Wanderung in den nächsten Jahren zur Folge haben. (BBR 2005b: 29ff., Statistisches Bundesamt 2011a: 19.)

2.2.2. Bevölkerungsentwicklung in den ländlichen Räumen

Nach der Darstellung der Bevölkerungsentwicklung für den gesamten Raum Deutschlands soll sie nun speziell für die ländlichen Räume untersucht werden.

In der *Tabelle 2* sind für die ländlichen Kreise der drei Regionstypen des BBSR Daten zur Altersstruktur des Jahres 2009 zusammengefasst. Die Einwohner, die älter als 65 Jahre sind, hatten in diesem Jahr einen Anteil zwischen 20,8 und 25,2 % an der Gesamtbevölkerung der ländlichen Kreise. Im Vergleich mit der Alterszusammensetzung im Jahr 2003 kann bereits eine deutliche Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung festgestellt werden. Laut Prognose wird ihr Anteil bis 2020 weiter zunehmen und dann zwischen 29,7 und 32,4 % liegen, also fast ein Drittel der Gesamtbevölkerung der ländlichen Räume ausmachen. Diese Zunahme wird in den ländlichen Räumen Ostdeutschlands allerdings stärker ausgeprägt sein als in Westdeutschland. (BBR 2006.)

Kreistyp	< 6 Jahre	6 - 18 Jahre	18 - 65 Jahre	> 65 Jahre
Situation 2009 in %				
Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen	4,7	11,6	62,9	20,8
Ländliche Kreise in verstädterten Räumen	4,7	9,9	64	21,5
Ländliche Kreise höherer Dichte in ländlichen Räumen	3,3	7,2	64,3	25,2
Ländliche Kreise geringerer Dichte in ländlichen Räumen	3,9	8,7	63,2	24,2
Situation 2003 in %				
Ländliche Kreise in Agglomerationsräumen	5,2	13	64,5	17,3
Ländliche Kreise in verstädterten Räumen	5,6	13,9	62,4	18,1
Ländliche Kreise höherer Dichte in ländlichen Räumen	5,5	13,4	62,9	18,2
Ländliche Kreise geringerer Dichte in ländlichen Räumen	5,1	13,2	63,2	18,6

Tabelle 2: Altersstruktur in den ländlichen Kreisen

Gleichzeitig wird erwartet, dass die Bevölkerungszahl – wie in *Abbildung 3* dargestellt – bis 2025 in weiten Teilen der ostdeutschen ländlichen Räume abnehmen wird, vielerorts sogar in starkem Ausmaß. Auch westdeutsche Regionen werden von diesem Trend erfasst sein, allerdings existieren dort auch Gebiete, in denen die Bevölkerungszahl stabil bleiben bzw. sogar zunehmen wird.

Während die ländlichen Räume in den neuen Bundesländern also verstärkt durch abnehmende Bevölkerungszahlen geprägt sein werden, ist in den alten Ländern diesbezüglich eine differenziertere Entwicklung zu beobachten. Dort werden zwar auch ländliche Kreise von Schrumpfung betroffen sein, allerdings existieren auch Kreise, deren Bevölkerung stabil bleiben bzw. zunehmen wird. Weiterhin werden sowohl ländliche Gebiete in Ostdeutschland als auch in Westdeutschland von einer zunehmenden Alterung der Bewohnerschaft geprägt sein, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß.

Die Auswirkungen dieser Bevölkerungsentwicklung für die Bereitstellung der Infrastrukturangebote sowie die medizinische Versorgung werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

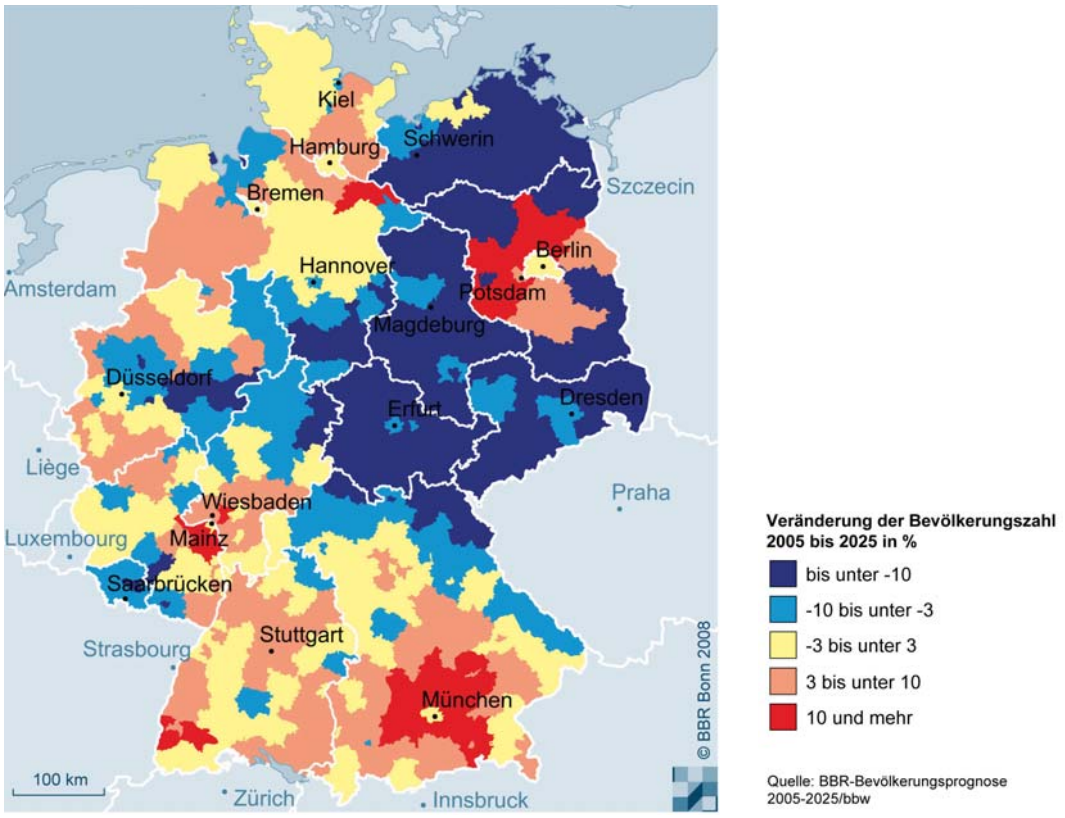


Abbildung 3: Trend der Bevölkerungsentwicklung bis 2025

2.3. Folgen für die Infrastruktur

2.3.1. Allgemeine Aussagen

Als Folge des demografischen Wandels treten in den Räumen mit Schrumpfungstendenzen Probleme in der Infrastrukturversorgung auf – mit Auswirkungen auf die Qualität sowie die Quantität des Angebotes. Vor allem die Tragfähigkeit einzelner Angebote ist in diesen Regionen meist nicht gegeben. Modifizierungsbedarf hinsichtlich der Versorgung besteht aber nicht nur aufgrund der abnehmenden Nutzerzahl, sondern auch wegen der zunehmenden Alterung der Bevölkerung.

So fragen ältere Menschen vorhandene Infrastrukturangebote in einem geringeren Umfang nach als jüngere Bevölkerungsgruppen. Zudem verändert sich auch die Art der nachgefragten Einrichtungen. Der Rückgang der jüngeren Bevölkerung hat einen Rückgang der Nachfrage nach entsprechenden, altersspezifischen Angeboten, wie z. B. Kindertagesstätten, Schulen oder anderen Kinderbetreuungs- und Jugendeinrichtungen, zur Folge. Steigende Nachfrage ist bei Angeboten für ältere Menschen zu verzeichnen, wie z. B. Altenpflege- und Altenbetreuungseinrichtungen. (Gürtler 2004: 19.)

Insbesondere in gering verdichteten Regionen wirkt sich die sinkende Bevölkerungszahl stark auf die Infrastruktur aus. Fehlen die Nachfrager, werden notwendige Auslastungszahlen für einen wirtschaftlichen Betrieb von Infrastrukturangeboten nicht mehr

erreicht. Wird in diesen Fällen der Betrieb solcher Angebote im gleichen Umfang aufrechterhalten, so bleiben auch die zu begleichenden Kosten konstant mit der Folge der Kostenerhöhung für die einzelnen Nutzer. Dies betrifft sowohl die technische als auch die soziale und kulturelle Infrastruktur. (Back 2006: VI., BBR 2005b: 109ff., Muschwitz, Schuler, Monheim 2002: 32.)

Die Sicherstellung der Finanzierung von Infrastruktureinrichtungen um Angebote der Daseinsvorsorge trotz knapper öffentlicher Kassen bereitstellen zu können, führt vermehrt zur Zusammenarbeit mit oder zur Verlagerung der Angebotsbereitstellung auf neue Akteure, z. B. im Rahmen von Public Private Partnership oder durch Intensivierung bürgerschaftlichen Engagements. (Bertelsmann Stiftung 2006: 100f)

Die Unterschreitung der Tragfähigkeitsgrenze aufgrund sinkender Auslastungsgrade kann eine Einschränkung des Angebotes durch die Bündelung mehrerer Angebote an einem Ort oder sogar die komplette Abschaffung des Angebotes zur Folge haben. Diese Entwicklung ist unter anderem im Bildungssektor zu beobachten. Dort haben sinkende Schülerzahlen neben der Reduzierung der Schulgrößen auch die Schließung von Standorten zur Folge. Diese Ausdünnung des Versorgungsnetzes führt allerdings zu einer Vergrößerung des Einzugsbereiches der verbleibenden Schulen. So müssen die von Schließungen betroffenen Schüler einen weiteren Schulweg zurücklegen.

Die Erreichbarkeit von Infrastruktureinrichtungen verschlechtert sich also aufgrund der Angebotsbündelung an einem Ort. Dies gilt vor allem für die ländlichen Räume, in denen sich in solchen Fällen die Einzugsbereiche stark vergrößern. Von den Nutzern wird eine erhöhte Mobilität gefordert, um die entsprechende Einrichtung zu erreichen. Dies kann zu einer Abnahme der Nutzungsintensität führen, da der Mobilitätsaufwand für die Nachfrager nicht in einem adäquaten Verhältnis zum Nutzen steht und das Angebot somit an Attraktivität eingebüßt hat. Zum anderen kann das erhöhte Mobilitätserfordernis zu einem Hinderungsgrund werden, wenn die Nutzer nicht selbständig die Entfernung überwinden können, sondern auf Hilfsmittel wie z. B. den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) angewiesen sind. Die Folgen wären weitere Nachfrageverluste und weitere notwendige Anpassungen des Angebotes.

Eine Ausdünnung des Angebotes und die damit verbundene Verschlechterung der Infrastrukturausstattung können Effekte bezüglich der Attraktivität einer betroffenen Region nach sich ziehen. Sowohl Wirtschaftsunternehmen als auch Bevölkerungsgruppen, die auf entsprechende Angebote angewiesen sind, wandern ab oder entscheiden sich bereits im Vorfeld gegen einen Zuzug. Dies kann eine Abwärtsspirale mit negativen Auswirkungen für die gesamte Region zur Folge haben. (BBR 2005b: 109ff., Gürtler 2004: 20f., Muschwitz, Schuler, Monheim 2002: 32.)

2.3.2. Folgen für den Öffentlichen Personennahverkehr

Bei der Sicherstellung der Erreichbarkeit von Einrichtungen der Daseinsvorsorge kommt dem ÖPNV eine besondere Bedeutung zu. Die Entwicklung in diesem Sektor soll ausführlicher untersucht werden, da die Sicherstellung dieser Erreichbarkeit für die Bevölkerung in der Fläche von großer Bedeutung ist.

Sinkende Einwohnerzahlen und Veränderungen in der Altersstruktur führen vor allem in den ländlichen Räumen zu Tragfähigkeitsproblemen für den ÖPNV. Anders als in dicht besiedelten Räumen, in denen er aufgrund des großen Nachfragepotentials wirtschaftlicher erbracht werden kann, ist dort der Kreis potentieller Nutzer geringer und zudem über die Fläche verteilt. Daher rechnet sich das Angebot hinsichtlich wirtschaftlicher Gesichtspunkte nur auf einer geringen Zahl von Verkehrsachsen. (BBR 2005b: 132f., Bracher, Trapp 2003: 26ff., Schad 2001: 11.)

Der ÖPNV ist ein Angebot, das nicht selbständig durch Einnahmen aus Tariferlösen finanziert werden kann. Da er einen wichtigen Beitrag zur Mobilitätssicherung der Bevölkerung leistet, wird ein Großteil des Finanzbedarfes durch Transferleistungen der öffentlichen Hand gedeckt. Einen Schwerpunkt dieser Förderung bildet der Schülerverkehr. (Eichmann et al. 2006: 19ff.) Vor allem in den ländlichen Räumen wird die ÖPNV-Versorgung zum Großteil durch Zuschüsse zum Schülerverkehr finanziert und der Linienverkehr auf diese Weise aufrechterhalten. Folglich ist dieser meist nur auf die Bedienung der Schüler ausgerichtet. (Bracher, Trapp 2003: 34.) So findet der Linienverkehr an Wochenenden und in den Schulferien aufgrund mangelnder Nutzung meist entweder nur sehr eingeschränkt oder gar nicht statt. (VCÖ 2007: 38.)

Die Konzentration auf den Schülerverkehr hat zur Folge, dass der ÖPNV in den ländlichen Räumen vom demografischen Wandel besonders getroffen wird. Wegen des Rückgangs der Schülerzahlen werden die Mittelzuweisungen reduziert, so dass die Einnahmen der Verkehrsunternehmen rückläufig sind. Zudem führen Schließungen von Schulstandorten und Bündelungen an einzelnen Orten nicht nur zu längeren Schulwegen, sondern gleichzeitig zu einer veränderten Liniennachfrage. Das hauptsächlich auf den Schülerverkehr abgestimmte ÖPNV-Angebot wird den Veränderungen in der Schulversorgung angepasst. (BBR 2005b: 135., Bracher, Trapp 2003: 30f.) Darunter leidet allerdings die Versorgung anderer Nutzergruppen, die auf den Öffentlichen Personennahverkehr angewiesen sind. Neben den unter 20-Jährigen ist auch für die älteren Menschen in ländlichen Räumen die Bereitstellung einer funktionstüchtigen Nahverkehrsversorgung von besonderer Bedeutung. (Gans, Schmitz-Veltin 2005: 122f.) Zwar wird erwartet, dass die Zahl der über 60-Jährigen, die über einen Führerschein sowie einen eigenen PKW verfügen, in den nächsten Jahren zunehmen und somit der Anteil dieser Bevölkerungsgruppe am motorisierten Individualverkehr ansteigen wird (Deutsche Bank Research 2004: 10.), allerdings wird durch die zahlenmäßige Zunahme der älteren Bevölkerung die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln durch diese Kundengruppe in identischem Umfang bestehen bleiben. (Bracher, Trapp 2003: 33.)

In der Regel sind ältere Menschen auf wohnortnahe Angebote angewiesen, da mit zunehmendem Alter die Mobilität und somit der Aktionsradius abnehmen. Der Trend der Bündelung von Infrastruktureinrichtungen an einzelnen Orten und die damit verbundene Schließung von Standorten haben speziell in den ländlichen Regionen negative Folgen für diese Bevölkerungsgruppe. Dies betrifft nicht nur die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des täglichen oder periodischen Bedarfs, zu der auch die Besuche bei Ärzten bzw. Fachärzten zählen, sondern auch die Teilnahme am öffentlichen Leben. Dem öffentlichen Nahverkehr kommt daher im Rahmen der Sicherstellung der Erreichbarkeit von Infrastruktureinrichtungen eine besondere Rolle zu. Personen, die Angebote nicht zu Fuß erreichen können und kein eigenes Auto besitzen, sind auf den ÖPNV angewie-

sen. Ist diese Versorgung nicht in adäquater Weise gewährleistet, so sind die betroffenen Einwohner in ihrem Handlungsspielraum eingegrenzt. (Gans, Schmitz-Veltin 2005: 122f., VCÖ 2003: 37f.)

2.4. Folgen für die medizinische Versorgung

2.4.1. Multimorbidität

Bei der Betrachtung der demografischen Entwicklungen fallen zwei Faktoren auf, die einen Einfluss auf die Nachfrage nach medizinischer Versorgung haben. Zum einen ist dies die rückläufige Bevölkerungszahl in Deutschland, die für einen Rückgang der Nachfrage spricht. Auf der anderen Seite ist zu erwarten, dass die zunehmende Alterung der Gesellschaft – wie bereits beschrieben, wird die absolute Zahl der über 65-Jährigen in den nächsten Jahrzehnten ansteigen – erhöhte Anforderungen an die Gesundheitsversorgung stellen wird. Dafür spricht der Zustand der Multimorbidität bei älteren Menschen.

„Multimorbidität ist gekennzeichnet durch das synchrone Auftreten von mehreren akuten und/oder chronischen Krankheiten/Zuständen ohne Festlegung einer Rangordnung." (Robert Koch-Institut 2003: 13.) Multimorbidität ist allerdings nicht nur bei älteren Menschen festzustellen. Im Jahr 1998 hatten von allen Deutschen zwischen 18 und 80 Jahren 57,3 % der Frauen und 39,2 % der Männer mindestens zwei gleichzeitig bestehende Krankheiten.[2] (Robert Koch-Institut 2003: 21.) In *Abbildung 4* ist der relative Anteil der multimorbiden Krankenpopulation an der Gesamtbevölkerung Deutschlands differenziert nach Alter dargestellt.

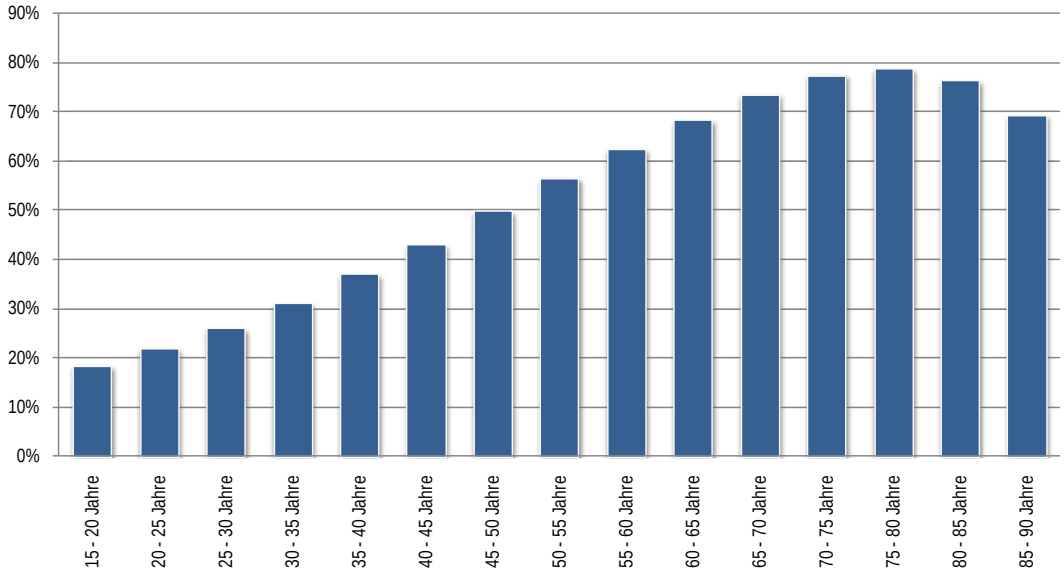


Abbildung 4: Anteil der multimorbiden Personen an der Gesamtbevölkerung nach Alter

2 Die in diesem Abschnitt aufgeführten statistischen Daten zur Multimorbidität und zur Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen wurden ursprünglich im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 erfasst.

Diese Aufstellung verdeutlicht, dass die Anzahl der Betroffenen mit zunehmendem Alter ansteigt. Besonders in den Altersgruppen über 60 Jahren ist ein großer Anteil der Bevölkerung von mindestens zwei unterschiedlichen Krankheiten gleichzeitig betroffen.

Multimorbidität bedeutet allerdings nicht zwingend, dass die betroffenen Personen unter lebensbedrohlichen Krankheiten oder unter Krankheiten, die eine intensive medizinische Versorgung erfordern, leiden. So sind im Fall der jüngeren Bevölkerung vor allem Kombinationen vertreten, die eine geringe ärztliche Betreuung benötigen. Dazu zählen insbesondere allergiebezogene Krankheiten. Ältere Menschen sind hingegen meist von Krankheiten betroffen, die eine größere Intensität der medizinischen Versorgung erfordern. (Robert Koch-Institut 2003: 137.) Dabei handelt es sich meist um chronische Krankheiten. Zu diesen zählen unter anderem Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, chronische Lungenerkrankungen (z. B. chronische Bronchitis), Krebserkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie Seh- und Hörstörungen. Zusätzlich treten mit höherem Alter psychische Erkrankungen, wie z. B. Demenz, auf. (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996: 127ff.) Personen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren haben im Durchschnitt 1,04 und Personen im Alter von 70 bis 80 Jahren 3,4 verschiedene Krankheiten zur gleichen Zeit. (Kopetsch 2007: 66.)

2.4.2. Einfluss der Multimorbidität auf die Nachfrage ärztlicher Leistungen

Generell gilt, je höher die Anzahl der Krankheiten sowie deren Versorgungsbedarf ist, umso häufiger werden die ambulanten Ärzte aufgesucht. (Andersen, Mühlbacher 2004: 4., Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2006: 4of., Robert Koch-Institut 2003: 137.) Daher nehmen mit steigendem Alter die Arztbesuche zu.

Die Zahl der Arztkontakte[3] je Einwohner und Jahr steigt von 8,7 bei 18- bis 19-Jährigen auf 14,9 bei 70- bis 79-Jährigen. Bei einer differenzierten Betrachtung einzelner Arztgruppen ist feststellbar, dass beispielsweise die Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinern überproportional stark zunimmt, je älter die Patienten sind. 20- bis 29-jährige Patienten gehen im Durchschnitt rund 3,3 Mal im Jahr zum Allgemeinmediziner. Patienten im Alter von 70 bis 79 Jahren kommen auf durchschnittlich rund 8,6 Kontakte, wobei Frauen öfter den Allgemeinarzt aufsuchen als Männer. Die Altersabhängigkeit, d. h. die Zunahme der Häufigkeit der Arztbesuche mit steigendem Alter, ist weiterhin für Internisten und Orthopäden feststellbar.

In den Flächenstaaten gehen die Einwohner häufiger zu einem Allgemeinmediziner als in den Stadtstaaten. Dieser Trend ist in der kreis- und bevölkerungsdichtebezogenen Betrachtung erkennbar, die in *Tabelle 3* aufgeführt ist. (Bergmann, Kamtsiuris 1999: 140f., Potthoff, Schneider (Anhang 3) 2002: 13ff.)

3 Diese Arztkontakte verfügen in den statistischen Erhebungen über unterschiedliche Bezugspunkte. Zum einen erfolgt der Bezug auf die tatsächlichen Inanspruchnehmer, d. h. die Patienten, zum anderen auf die Bevölkerung, d. h. wie viel Kontakte je Einwohner sind innerhalb eines Jahres erfolgt.

Regionstyp	Kreistyp	Kontakte zum Allgemeinmediziner
Agglomerationsräume	Kernstädte	2,9
	Hochverdichtete Kreise	2,9
	Verdichtete Kreise	3,3
	Ländliche Kreise	3,1
Verstädterte Räume	Kernstädte	3,2
	Verdichtete Kreise	3,4
	Ländliche Kreise	3,6
Ländliche Räume	Ländliche Kreise höherer Dichte	3,4
	Ländliche Kreise geringerer Dichte	3,4

Tabelle 3: Kontakte zu einem Allgemeinarzt je Einwohner differenziert nach Kreistyp

Auch der Umfang der Behandlung in Krankenhäusern wird von Multimorbidität beeinflusst. Die durchschnittliche Anzahl der Übernachtungen in einem Krankenhaus ist bei multimorbiden Männern siebenmal und bei multimorbiden Frauen fünfmal so groß wie bei nicht-multimorbiden Personen. Zusätzlich ist die Intensität der stationären Inanspruchnahme vom Alter der multimorbiden Patienten abhängig. Grund dafür ist das vermehrte Auftreten schwerer Krankheiten im höheren Alter, bei denen sich der Heilungsprozess auch aufgrund von Komplikationen länger hinziehen kann. Bei Frauen steigt die Anzahl der Übernachtungen von 1,72 in der Altersgruppe von 18-39 Jahren auf 3,16 bei 60- bis 79-Jährigen. Noch ausgeprägter ist diese Entwicklung bei den Männern: Die Zahl der Krankenhausübernachtungen steigt in den gleichen Altersklassen von 1,03 auf 4,67. (Bergmann, Kamtsiuris 1999: 144., Robert Koch-Institut 2003: 147f.)

2.4.3. Regionale Ausprägungen von Multimorbidität

Im Vergleich zwischen den alten und den neuen Bundesländern ist festzustellen, dass – ohne Differenzierung nach Altersklassen – die Gesamtzahl der multimorbiden Einwohner in den ostdeutschen Ländern prozentual geringer ist als die Zahl in den westdeutschen Ländern. Jedoch sind in der Bevölkerungsgruppe über 70 Jahren in Ostdeutschland mehr Personen von Multimorbidität betroffen als in den alten Bundesländern. Zudem dominieren in diesen Fällen schwerere und lebensbedrohliche Krankheiten. Dies trifft insbesondere auf die männliche Bevölkerung zu. So ist der Gesundheitszustand der älteren und hochbetagten Bewohner in Ostdeutschland als schlechter zu bewerten als bei der westdeutschen Bevölkerung. Weiterhin ist in den neuen Ländern die Anzahl der Personen, die innerhalb eines Jahres multimorbid werden, in der Bevölkerungsgruppe über 50 Jahren höher als in den westdeutschen Bundesländern. (Robert Koch-Institut 2003: 25ff.)

Differenziert hinsichtlich der einzelnen siedlungsstrukturellen Kreistypen lassen sich unterschiedliche Ausprägungen der Multimorbidität in der Bevölkerung erkennen. Diese sind in *Tabelle 4* aufgeführt.

Regionstyp	Kreistyp	Anzahl Krankheiten pro Person
Agglomerationsräume	Kernstädte	2,1
	Hochverdichtete Kreise	2
	Verdichtete Kreise	1,9
	Ländliche Kreise	1,9
Verstädterte Räume	Kernstädte	2
	Verdichtete Kreise	1,9
	Ländliche Kreise	1,8
Ländliche Räume	Ländliche Kreise höherer Dichte	1,9
	Ländliche Kreise geringerer Dichte	1,7

Tabelle 4: Multimorbidität nach Kreistyp

Die Anzahl der Krankheiten pro Person nimmt dabei von den Agglomerationsräumen über die verstädterten Räume hin zu den ländlichen Räumen sowie innerhalb dieser einzelnen Raumkategorien mit sinkender Bevölkerungsdichte ab.

2.5. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland

2.5.1. Einleitung

Die medizinische Versorgung in Deutschland wird in zwei Bereiche unterteilt:

- die ambulante Versorgung
- die stationäre Versorgung

„Die ambulante ärztliche Behandlung umfasst alle Tätigkeiten des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten erforderlich sind". (BMG 2007a: 1.) Im Gegensatz zur stationären Betreuung werden die Patienten in den Einrichtungen der ambulanten Versorgung nicht untergebracht und verpflegt (vgl. § 107 SBG V.), sondern suchen den Arzt nur für den Zeitraum einer Untersuchung bzw. Behandlung in seiner Praxis auf. Dies schließt jedoch nicht die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus aus. Erfordert die Krankheit die Nutzung spezieller Behandlungsmöglichkeiten, die nur in einem Krankenhaus durchgeführt werden können, so kann auch dort eine ambulante Versorgung erfolgen. (BMG 2007a: 1f.)

Die stationäre Versorgung wird sowohl in Krankenhäusern als auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbracht. In Krankenhäusern erfolgt die so genannte akutstationäre Versorgung. (Gatzweiler 2007: ohne Seitenangabe.) Diese wird in erster Linie durch Ärzte und Pflegepersonal erbracht. Weiterhin dienen Krankenhäuser der diagnostischen Leistungserbringung. In Abgrenzung dazu spielen die ärztlichen und pflegerischen Aspekte in Rehabilitationseinrichtungen eine untergeordnete Rolle. Dort soll der

Gesundheitszustand eines Patienten durch verschiedene Maßnahmen, wie z. B. Heilmittelanwendung oder Physiotherapie, verbessert werden. (Thomae 2006: 39f.)

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sollen im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter betrachtet werden. Der Fokus der Untersuchung liegt auf der ambulanten Versorgung. Aufgrund von Verzahnungsmöglichkeiten in der Leistungserbringung wird die akutstationäre Versorgung ebenfalls betrachtet.

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch die Verpflichtung des Staates zur Bereitstellung eines funktionsfähigen Sozialversicherungssystems und zur Versorgung mit Infrastruktureinrichtungen des Gesundheitssektors geprägt. Diese staatliche Aufgabe resultiert aus den Artikeln 2 und 20 des Grundgesetzes (GG). Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG sichert jedem Bürger das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu. Daraus folgt, dass jeder bei Bedarf Anspruch auf Leistungen hat, die unentbehrlich für das Leben sind. Zu diesen gehören auch die medizinischen Leistungen. Laut Art. 20 Abs. 1 GG ist die Bundesrepublik Deutschland ein Sozialstaat. Dies beinhaltet die Pflicht des Staates, für das gesundheitliche Wohl der Bevölkerung Sorge zu tragen und die Bereitstellung von gleichwertigen Gesundheitschancen für alle zu gewährleisten. (Thomae 2006: 19f.) Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung wurde daher vom Bund per Gesetz geregelt.

Diese Regelungen, ihre Umsetzungen sowie der daraus resultierende Aufbau und die Organisation der beiden Versorgungssysteme werden in den Abschnitten *2.5.1. Die ambulante Versorgung* und *2.5.2. Die akutstationäre Versorgung*, soweit sie im Rahmen dieser Arbeit relevant sind, dargestellt.

2.5.2. Die ambulante Versorgung

Die gesetzliche Grundlage für die ambulante medizinische Versorgung ist das vierte Kapitel des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), das die Beziehungen der gesetzlichen Krankenkassen[4] zu den Leistungserbringern – dazu zählen Ärzte, medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen (Kruse, Hänlein 2004: 55.) – regelt. Sowohl den Krankenkassen als auch den Leistungserbringern wird die Pflicht zugewiesen, „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung zu gewährleisten" (§ 70 Abs. 1 SGB V.). Die ambulante medizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten wird durch die so genannten Vertragsärzte[5] wahrgenommen; nur diese sind dafür zugelassen. (KBV 2005: 115.) Aufgrund der Bezeichnung wird im Rahmen der ambulanten Versorgung von vertragsärztlicher Versorgung gesprochen. Das SGB V regelt die vertragsärztliche Versorgung nicht abschließend. Auf seiner Grundlage wird durch weitere rechtliche Normen, z. B. Rechtsverordnungen, Richtlinien oder Satzungen, das Vertragsarztrecht ausgestaltet. (KBV 2002: 131.)

4 „Zu den gesetzlichen Krankenkassen zählen die Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und die See-Krankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Ersatzkassen." (KBV 2002: 131.)

5 Umgangssprachlich werden Vertragsärzte immer noch als Kassenärzte bezeichnet, obwohl dieser Begriff vor einigen Jahren durch „Vertragsarzt" abgelöst wurde. (KBV 2005: 115.)

Die ambulante ärztliche Versorgung gliedert sich gemäß § 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V in zwei Formen. Dies sind zum einen die hausärztliche und zum anderen die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet die „intensivierte Betreuung des Patienten im sozialen Umfeld und weitergehende Koordinierungs- und Dokumentationsaufgaben" (Noftz et al.: § 73 SGB V Rz. 4.). Die hausärztliche Versorgung wird von Ärzten für Allgemeinmedizin, Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, d. h. ohne Festlegung hinsichtlich einer bestimmten Fachrichtung, sowie nach landesrechtlichen Bestimmungen ernannten Praktischen Ärzten erbracht. Internisten ohne Teilgebietsbezeichnungen, d. h. Internisten, die sich nicht in einem Teilgebiet wie z. B. der Kardiologie spezialisiert haben, sowie Kinderärzte ohne Teilgebietsbezeichnungen haben die Wahlmöglichkeit, ob sie in der haus- oder in der fachärztlichen Versorgung tätig sein wollen. (Noftz et al.: § 73 SGB V Rz. 11ff.)

„Die Hausärzte nehmen eine zentrale Rolle bei der medizinischen Versorgung der Patienten und Patientinnen ein." (BMG 2007b: 1.) Ihre Tätigkeit beinhaltet die umfassende medizinische Versorgung des Patienten unabhängig dessen Gesundheitszustands, Alters und Geschlechts. Der Hausarzt ist in der Regel die erste Person innerhalb des medizinischen Versorgungssystems, an die sich Patienten wenden. Er stellt somit die Bezugsperson in der vertragsärztlichen Versorgung dar. Vor allem für ältere Menschen trifft dies zu. In dieser Rolle übernimmt er die Koordination aller den Patienten betreffenden Behandlungen. Dazu zählt insbesondere die Steuerung von Behandlungen durch Fachärzte oder die Inanspruchnahme weiterer gesundheitsbezogener Leistungen, wie z. B. physiotherapeutische Behandlungen. Durch die Koordinationsfunktion schützt er den Patienten zudem vor vermeidbaren Belastungen, u. a. vor nicht notwendigen Behandlungen oder Untersuchungen. Anders als Fachärzte konzentrieren sich Hausärzte bei der Betreuung ihrer Patienten nicht nur auf einzelne, spezielle Gesundheitsprobleme; zu ihrem Aufgabenbereich zählt die zeitgleiche Bewältigung einer große Anzahl akuter und chronischer Krankheiten, d. h. die Behandlung multimorbider und teilweise auch langwierig kranker Menschen.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten existiert im hausärztlichen Sektor nicht bloß für einen einzelnen Krankheitsfall. Ein wichtiger Aspekt der hausärztlichen Arbeit besteht in der Kenntnis des persönlichen Umfeldes sowie in der langjährigen Begleitung des Patienten. So stehen Hausärzte auch gesunden Patienten im Rahmen von Gesundheitsberatungen zur Seite und führen prophylaktische Maßnahmen durch. Auf diese Weise wird Kontinuität in der Behandlung und Betreuung erreicht.

Ein wichtiger Bestandteil der kontinuierlichen Betreuung sind die Hausbesuche unter anderem von mobilitätseingeschränkten Patienten, denen das Aufsuchen der Praxis nicht zuzumuten bzw. nicht möglich ist. Insbesondere in den ländlichen Gebieten stellen sie einen großen Teil des Aufgabenbereiches eines Hausarztes dar. (BMG 2007b: 1., Hamm 1992: 2ff., WONCA Europe 2002: 7ff.)

Die Stellung der Hausärzte im Versorgungssystem wurde durch die Gesundheitsreform, die am 01. Januar 2004 in Kraft trat, zusätzlich gestärkt. Mit ihr wurde die hausarztzentrierte Versorgung eingeführt. Diese beinhaltet den teilweisen, freiwilligen Verzicht der Patienten, die sich für dieses Modell entscheiden, auf die gesetzlich verankerte freie Arztwahl. Sie verpflichten sich gegenüber ihrer Krankenkasse zur Konsultation eines

bestimmten Hausarztes vor der Inanspruchnahme anderer ambulant tätiger Ärzte. Die Wahl dieses Hausarztes ist für den Patienten mindestens ein Jahr lang bindend. Krankenkassen können den Beitritt zu diesem so genannten Hausarztmodell mit finanziellen Anreizen belohnen. (Kruse, Hänlein 2004: 110ff.)

Alle Ärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, werden der fachärztlichen Versorgung zugeordnet. (Noftz et al.: § 73 SGB V Rz. 15.) Sie sind auf bestimmte Fachgebiete spezialisiert. Zu ihnen gehören unter anderem Internisten mit Teilgebietsbezeichnung, Chirurgen, Augenärzte oder Hals-Nasen-Ohren-Ärzte (HNO-Ärzte).

Neben der Durchführung von Hausbesuchen sind Vertragsärzte zur Teilnahme an den kassenärztlichen Notdiensten[6] verpflichtet (Müller 2008: ohne Seitenangabe.). Damit ist jedoch nicht die Teilnahme am Rettungsdienst gemeint, sondern die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der regulären Sprechstunden. (§ 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V.) Für die Organisation des Notdienstes sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und in der Regel auch die Ärztekammern zuständig, die ihn meist zusammen ausgestalten. Die Durchführung wird nicht für das gesamte Bundesgebiet einheitlich geregelt, sondern in den Notdienstordnungen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen – sofern die entsprechende Ärztekammer ihre Befugnis zur Regelung auf sie übertragen hat – bzw. in gemeinsamen Notdienstordnungen der beiden Körperschaften. Daher unterscheidet sich die Organisation zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Generell gilt zwar, dass Hausbesuche einen zentralen Teil oder teilweise sogar die Hauptsäule des Notdienstes darstellen, zusätzlich kann er aber auch in den regulären Praxen der diensthabenden Ärzte oder in einer zentralen Notfallpraxis durchgeführt werden. (Müller 2008: ohne Seitenangabe.)

Der Beruf des Arztes ist zwar ein freier Beruf (§ 1 Abs. 2 Bundesärzteordnung.), allerdings ist er hinsichtlich der Zuordnung zur vertragsärztlichen Versorgung mit Einschränkungen verbunden. So ist die Zulassung zur Teilnahme an der Versorgung Voraussetzung für eine ambulante vertragsärztliche Tätigkeit und somit für die Eröffnung einer eigenen Praxis. In der Regel dürfen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Behandlungen nur Vertragsärzte in Anspruch nehmen. Abgesehen von Notfällen werden den Versicherten die entstehenden Kosten für Behandlungen durch nicht zugelassene Ärzte lediglich in einzelnen Ausnahmefällen erstattet. (Noftz et al.: § 99 SGB V Rz. 11.)

An welchen Standorten sich ein Arzt niederlassen darf und in welchen Regionen Ansiedlungsverbote existieren, regelt die Bedarfsplanung.

Anlass für die Einführung einer Bedarfsplanung im Jahr 1976 war die Notwendigkeit, die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrem Versorgungsauftrag zu unterstützen. Eine bestehende mangelnde ärztliche Versorgung, die meist in ländlichen Räumen existierte, sollte beseitigt bzw. sich entwickelnde Unterversorgung verhindert werden. Die Bedarfsplanung diente zuerst als Beratungsgrundlage niederlassungswilliger Ärzte. Im Laufe der

6 Die Bezeichnung wird nicht einheitlich verwendet. Im SGB V, den Vorschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Honorarberechnung finden sich daher die Synonyme „Notfalldienst", „Notdienst", „Bereitschaftsdienst" oder „Notfallbereitschaftsdienst". (Müller 2008: ohne Seitenangabe.) Im Rahmen dieser Arbeit wird der Begriff „Notdienst" verwendet.

Zeit nahm die Zahl der vertragsärztlich tätigen Mediziner allerdings in einem Umfang zu, so dass vielmehr auf Überversorgungssituationen reagiert werden musste. Somit wurde die Bedarfsplanung mit dem Ziel des Abbaus von Überversorgung modifiziert und die Möglichkeit, Zulassungssperren zu erlassen, integriert. (KBV 2002: 137., Noftz et al.: § 99 SGB V Rz. 32.)

Diese Konzentration der Planung auf die Reduzierung der Überversorgung wurde im Jahr 1992 mittels des Gesundheitsstrukturgesetzes rechtlich verankert. (KBV 2002: 137.) Ziel dieses Vorgehens war die Sicherstellung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Die steigenden Kosten im Gesundheitssektor wurden durch den Gesetzgeber auf die steigenden Arztzahlen zurückgeführt. So verordnen Vertragsärzte Leistungen, wie z. B. Untersuchungen, Vergabe von Medikamenten oder Einweisungen in Krankenhäuser. Sie sind somit im Auftrag des Patienten Nachfrager von Leistungen, die sie gleichzeitig selbst anbieten. Diese Leistungen sind mit finanziellen Ausgaben verbunden, die nicht durch den Patienten selbst sondern durch die GKV zu tragen sind. Sie können ein Vielfaches des Honorars eines Arztes umfassen. Dem gängigen Marktmodell von Angebot und Nachfrage inklusive des damit verbundenen Aushandelns eines Preises für die zur Verfügung gestellten Leistungen entspricht dieses Vorgehen nicht. Der Begrenzung der Ausgaben und damit der Sicherung des Fortbestehens der GKV dient die Steuerung der Zahl am System teilnehmender Ärzte durch die Festlegung von Obergrenzen. (Kopetsch 2005: ohne Seitenangabe., Noftz et al.: § 99 SGB V Rz. 9.)

In diesem Sinn ist „Bedarfsplanung [...] die regionale Steuerung der Leistungserbringer" (Andersen, Mühlbacher 2004: 8.). Geregelt wird sie durch den achten Titel des SGB V „Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung" in den §§ 99 bis 105 SGB V. Auf Grundlage des § 99 SGB V werden die Maßgaben für die Bedarfsplanung in der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)" festgesetzt[7]. Die aktuelle Fassung ist am 01. April 2007 in Kraft getreten.

Der Versorgungsstand und –bedarf wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in Bedarfsplänen dargestellt. Die Handlungsräume der Kassenärztlichen Vereinigungen decken sich meist mit den administrativen Räumen der Bundesländer. Lediglich im Falle von Nordrhein-Westfalen existieren zwei Kassenärztliche Vereinigungen: die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe.

Die Planungsbereiche der Bedarfspläne entsprechen den kreisfreien Städten, Landkreisen und Kreisregionen und werden entsprechend der siedlungsstrukturellen Gebietstypisierung des BBSR kategorisiert. Diese Typisierung der Planungsbereiche deckt sich mit der Zuordnung der Räume zu den Kategorien „Agglomerationsräume", „Verstädterte

7 Die Bedarfsplanung der ärztlichen Versorgung wird nach Vertragsärzten und Zahnärzten unterschieden. Die zahnärztlichen Versorgung wird mittels der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte)" geregelt. Die Versorgung mit Zahnärzten wird aufgrund der Schwerpunktsetzung dieser Arbeit allerdings nicht weiter betrachtet.

Räume" und „Ländliche Räume" inklusive der einzelnen kreisspezifischen Untergliederungen (siehe *Kapitel 2.1. Ländlicher Raum*). Abweichend von dieser Einteilung der Planungsbereiche wurden die kreisfreien Städte und die Landkreise des Ruhrgebietes in der eigenen Planungskategorie „Sonderregionen" zusammengefasst. Somit erfolgt die Bedarfsplanung für zehn Planungskategorien. (§ 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie., Potthoff, Schneider 2002: 49.)

Für die Bedarfsplanung werden allgemeine und örtliche Verhältniszahlen verwendet.

Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische allgemeine Verhältniszahlen ausgedrückt. (§ 2 Abs. 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie.) Diese werden für die 14 Arztgruppen aufgestellt, in denen nach dem 31. Dezember 1993 kontinuierlich mehr als 1.000 Vertragsärzte an der Versorgung teilgenommen haben. Dies sind Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, fachärztlich tätige Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Fachärzte für diagnostische Radiologie, Urologen sowie Hausärzte. In einem zweijährigen Turnus wird geprüft, ob aufgrund quantitativer Entwicklungen oder Änderungen fachgruppenspezifischer Regelungen Arztgruppen, die in der Bedarfsplanung vorher nicht berücksichtigt wurden, in diese einbezogen werden müssen. (vgl. § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie.)

Die arztgruppenspezifischen allgemeinen Verhältniszahlen stellen für die einzelnen Planungskategorien die Relationen zwischen Einwohnern und Ärzten in den Regionen dar. Gebildet wurden sie anhand historischer Stände in den 90er Jahren. Der genaue Stichtag kann je nach Arztgruppe differieren. Generell ist der 31. Dezember 1990 Stichtag für die Ermittlung der Relation. Abweichend wird jedoch z. B. für Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten der 31. Dezember 1995 herangezogen. (vgl. § 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie.) Insgesamt existieren aufgrund der Anzahl der Arztgruppen und der Planungskategorien 140 allgemeine Verhältniszahlen. Die Einwohner-Arzt-Relationen für die ländlichen Kreise sind in der *Tabelle 5* aufgeführt.

Um den bereits im *Kapitel 2.4.2. Einfluss der Multimorbidität auf die Nachfrage ärztlicher Leistungen* dargestellten höheren Bedarf der alternden Bevölkerung hinsichtlich ärztlicher Leistungen in der Bedarfsplanung abbilden zu können, wurde die Bedarfsplanungs-Richtlinie im Jahr 2010 durch die Einführung eines sogenannten Demografiefaktors ergänzt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2010: 1.). Mit Hilfe dieses Faktors werden die festgeschriebenen Verhältniszahlen unter Einbeziehung der Altersverteilung der Bevölkerung modifiziert. Ziel dieses Vorgehens ist die Berücksichtigung der erhöhten Inanspruchnahme bestimmter Arztgruppen durch ältere Menschen.

Einmal pro Jahr – die einzelnen KVen entscheiden, ob dies in ihrem Zuständigkeitsgebiet zum 30. Juni oder zum 31. Dezember stattfindet – wird für jede der 14 Arztgruppen und für jeden Planungsbereich geprüft, ob die durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen eines Jahres den Bundesdurchschnitt überschreiten. Ist dies der Fall, so wird der Demografiefaktor berechnet und mit diesem die allgemeine Verhältniszahl modifiziert. Andernfalls wird weiterhin die unmodifizierte arztgruppenspezifische allgemeine Verhältniszahl zur Ermittlung der Versorgungsgrade verwendet.

In die Berechnung des Demografiefaktors fließen allgemeine und regionale Altersfaktoren sowie der Leistungsbedarfsfaktor pro Arztgruppe ein. Der Leistungsbedarfsfaktor stellt das Verhältnis des Behandlungsbedarfs der Bevölkerungsgruppe, die älter als 60 Jahre ist, gegenüber dem Bedarf der unter 60-jährigen dar. Er wird jedes Jahr anhand der Abrechnungsstatistik der KBV für jede Arztgruppe ermittelt.

Arztgruppe	Ländliche Kreise in Agglomerations-räumen	Ländliche Kreise in verstädterten Räumen	Ländliche Kreise höherer Dichte in ländlichen Räumen	Ländliche Kreise geringerer Dichte in ländlichen Räumen
Anästhesisten	114.062	117.612	53.399	137.442
Augenärzte	23.195	25.778	19.639	25.196
Chirurgen	48.046	62.036	44.650	48.592
Fachärztlich tätige Internisten	34.388	44.868	23.148	31.876
Frauenärzte	13.589	14.701	10.930	13.697
HNO-Ärzte	35.403	42.129	28.859	37.794
Hautärzte	51.742	55.894	35.586	60.026
Kinderärzte	24.460	27.809	20.489	26.505
Nervenärzte	40.767	47.439	30.339	46.384
Orthopäden	30.575	34.214	20.313	31.398
Psychotherapeuten	15.692	16.615	10.338	23.106
Radiologen	67.265	156.813	60.678	136.058
Urologen	53.812	69.695	43.026	55.159
Hausärzte	1.752	1.629	1.490	1.474

Tabelle 5: Allgemeine Verhältniszahlen (Einwohner pro Arzt) in den ländlichen Kreisen

Die Altersfaktoren geben die prozentualen Anteile der Bevölkerung unter 60 Jahren bzw. der Bevölkerung über 60 Jahren an der Gesamtbevölkerung wider. Die allgemeinen Altersfaktoren beziehen sich auf den Bevölkerungsstand im gesamten Bundesgebiet zum Zeitpunkt der Festlegung der allgemeinen Verhältniszahlen – d. h. also zu Beginn der 90er Jahre. Somit wird die Bevölkerungszusammensetzung, die zum damaligen Zeitpunkt galt, als Ausgangswert genommen. Durch die Gewichtung dieser mit dem Leistungsbedarfsfaktor wird der Behandlungsbedarf zum damaligen Zeitpunkt ermittelt. Die regionalen Altersfaktoren beziehen sich auf die Bevölkerung in dem einzelnen Planungsbereich zum aktuellen Zeitpunkt der Berechnung. Auch diese Bevölkerungszusammensetzung wird mit dem Leistungsbedarfsfaktor gewichtet.

Indem die Behandlungsbedarfe der beiden Zeitpunkte ins Verhältnis gesetzt werden, wird der Demografiefaktor ermittelt. Überschreitet der aktuelle Behandlungsbedarf den ursprünglichen, so wird die allgemeine Verhältniszahl, d. h. das angestrebte Verhältnis von Patienten pro Arzt, durch die Modifizierung mit dem berechneten Demografiefaktor sinken. (vgl. § 8a Bedarfsplanungs-Richtlinie.)

Die Modifizierung der allgemeinen Verhältniszahl mittels des Demografiefaktors ist zwar eine Möglichkeit, die Alterung der Bevölkerung und deren Folgen in die Organisation der

ärztlichen Versorgung einfließen zu lassen. Eine tatsächliche Berücksichtigung des morbiditätsbezogenen Bedarfes in den einzelnen Regionen findet damit allerdings weiterhin nur rudimentär statt.

Die zweite Kennziffer, die in die Bedarfsplanung eingeht, ist die örtliche Verhältniszahl. Sie wird für die einzelnen Planungsbereiche durch die Relation zwischen Einwohnerzahl und den zum Zeitpunkt der Feststellung als Vertragsärzte tätigen Medizinern gebildet. Durch den Vergleich zwischen der allgemeinen und der örtlichen Verhältniszahl wird der regionale Versorgungsgrad ermittelt. (vgl. §§ 10 und 11 Bedarfsplanungs-Richtlinie.)

Dieser Versorgungsgrad dient der Feststellung einer Über- bzw. Unterversorgung in der Region. Überversorgung liegt vor, wenn die örtliche Verhältniszahl die allgemeine um 10 v. H. überschreitet. (vgl. § 14 Bedarfsplanungs-Richtlinie.) Dies bedeutet einen Versorgungsgrad von 110 %. In Folge dessen werden die betroffenen Planungsbereiche für Neueröffnungen von Praxen der Fachrichtung, für die der Zustand der Überversorgung vorliegt, gesperrt. Zulassungen von Ärzten sind in der Regel nur in Planungsgebieten möglich, in denen keine Überversorgung herrscht. (Klose, Rehbein, Uhlemann 2007: 11., Potthoff, Schneider 2002: 51.) Lediglich in Ausnahmen sind Abweichungen von dieser Regelung möglich. (vgl. § 24 Bedarfsplanungs-Richtlinie., Noftz et al.: § 101 SGB V Rz. 24ff., Potthoff, Schneider 2002: 53.) Allerdings besteht die Möglichkeit, dass auch in überversorgten Planungsbereichen in den Ruhestand gehende Ärzte ihre Praxis an einen Nachfolger abgeben. Dies bedeutet, dass Überversorgung nicht automatisch aufgrund altersbedingten Ausscheidens abgebaut wird. Zudem wird die Entstehung von Überversorgung nicht schon im Vorfeld verhindert, da eine Zulassungssperre erst mit Erreichen des festgesetzten Versorgungsgrades eintritt. (Klose, Rehbein, Uhlemann 2007: 12f.)

Unterversorgung liegt vor, wenn der Versorgungsgrad bei Hausärzten unter 75 % und bei Fachärzten unter 50 % liegt, die betroffenen Vertragsarztsitze nicht nur vorübergehend unbesetzt bleiben und in der Folge die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung für die Einwohner des Planungsbereiches in nicht zumutbarer Weise erschwert wird. Von einer drohenden Unterversorgung wird gesprochen, wenn bestimmte Umstände die Reduzierung der besetzten Vertragsarztstellen in dem definierten Umfang erwarten lassen. Zu diesen Umständen zählt vor allem die Altersstruktur der Vertragsärzte eines Planungsbereiches. (vgl. §§ 28 und 29 Bedarfsplanungs-Richtlinie.) Um einer Unterversorgung bzw. einer drohenden Unterversorgung entgegenzuwirken, kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen[8] Maßnahmen auf Grundlage von Regelungen im § 100 SGB V und der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) erlassen. (vgl. § 34 Bedarfsplanungs-Richtlinie.) Nähere Ausführungen zu den möglichen Maßnahmen erfolgen im *Kapitel 4. Optionen zur Sicherstellung*.

Im § 99 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird im Zuge der Aufstellung des Bedarfsplans die Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung gefordert. Die Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung erfolgt lediglich durch die Zugrundelegung der siedlungsstruktu-

8 Gemäß § 90 Abs. 1 SGB V werden für jedes Bundesland durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen gebildet, die der gemeinsamen Selbstverwaltung dienen.

rellen Kreistypen des BBSR bei der Festlegung der Planungsbereiche. Eine darüber hinausgehende Auseinandersetzung mit den Zielen und Erfordernissen erfolgt nicht. Die Beachtung der Krankenhausplanung dient der Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Diese Verzahnung ist unter anderem hinsichtlich der im *Kapitel 4.4.4.* dargestellten möglichen Beteiligung von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung im Falle von Unterversorgung von Bedeutung. (Noftz et al.: § 99 SGB V Rz. 55.)

Der Bedarfsplan muss laut § 99 Abs. 1 Satz 1 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden aufgestellt werden. Zu diesen zählt neben den für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Behörden auch die Landesplanung. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass die Bedarfsplanung sich in die anderen Planungen des Landes einfügt. Das Erreichen des Benehmens erfolgt mittels einer Anhörung. Eine Zustimmung der betroffenen Behörden ist nicht nötig. Zudem hat eine Ablehnung des Bedarfsplanes keine rechtlichen Folgen. Insoweit ist der Einfluss der Landesplanung sowie der anderen Behörden stark begrenzt. (Noftz et al.: § 99 SGB V Rz. 44.)

Die Bedarfsplanung gerät zurzeit zunehmend in die Kritik hinsichtlich der für die Ermittlung des Bedarfs zugrunde liegenden Kriterien. (Weitere Ausführungen hierzu finden sich in *Kapitel 3.2.2. Die hausärztliche Versorgung in den ländlichen Räumen.*)

2.5.3. Die akutstationäre Versorgung

Nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sind Krankenhäuser „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfsleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können".

Sie können nach mehreren Kriterien unterschieden werden. Eine Form der Klassifizierung unterteilt die akutstationäre Versorgung in Allgemeinkrankenhäuser, in denen mehrere Fachabteilungen gleichberechtigt nebeneinander existieren, und Fachkrankenhäuser, die über eine Spezialisierung hinsichtlich einer Fachrichtung, einer Behandlungsart oder eines Patientenklientels verfügen (Thomae 2006: 40f.).

Die zweite Form der Differenzierung findet bezüglich des Leistungsangebotes und des damit abgedeckten Raumes statt. Sie wird im Rahmen der Krankenhausgesetze der Bundesländer vorgenommen. Aufgrund unterschiedlicher Definitionen sowie der Anzahl von Leistungsstufen in der Einteilung der einzelnen Länder ist eine allgemeingültige Darstellung nicht möglich. (Rosenbrock, Gerlinger 2006: 155.) An dieser Stelle soll daher beispielhaft eine dreistufige Einteilung, wie sie unter anderem in Bayern vorgenommen wird (Krankenhausplan des Freistaates Bayern Teil I Allgemeine Grundsätze: ohne Seitenangabe.), dargestellt werden, in der die Versorgungsbereiche mit der zentralörtlichen Gliederung der Raumordnung korrespondieren. In diesem Fall unterscheidet die Zuordnung in Krankenhäuser der Grund-, Regel- und Maximalversorgung. Krankenhäuser der Grundversorgung dienen der Abdeckung der Versorgung des örtlichen Bedarfes und beinhalten in der Regel die Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie. Krankenhäuser

der Regelversorgung sind über dieses Leistungsangebot hinaus zur Sicherstellung der überörtlichen Versorgung zuständig. Der Versorgungsraum umfasst im Allgemeinen den Mittelbereich um Mittel- und Oberzentren. Krankenhäuser der Maximalversorgung verfügen über spezielle Einrichtungen für eine spezialisierte Diagnostik und Behandlung schwerwiegender und auch seltener Erkrankungen. Sie sind in der Regel in Oberzentren angesiedelt. Diese Einteilung bezüglich der medizinischen Leistungsfähigkeit findet im Zuge der Krankenhausplanung und der räumlichen Abstimmung der verschiedenen Krankenhaustypen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität Beachtung. (Thomae 2006: 41f.)

Drittens können Krankenhäuser bezüglich der Trägerschaft unterschieden werden. Zu den möglichen Akteuren zählen die öffentlichen Träger, wie die Bundesrepublik Deutschland, die Bundesländer, die Kommunen oder weitere Körperschaften des öffentlichen Rechts, die freigemeinnützigen Träger, z. B. religiöse, humanitäre oder soziale Vereinigungen, sowie die privaten Träger, unter anderem große Kapitalgesellschaften. (Rosenbrock, Gerlinger 2006: 156., Thomae 2006: 50.)

§ 6 Abs. 1 KHG i. V. m. § 1 Abs. 1 KHG verpflichtet die einzelnen Bundesländer, Krankenhauspläne aufzustellen zur „wirtschaftliche[n] Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen." In den Landeskrankenhausgesetzen wird dieser vom Bundesgesetzgeber vorgegebene Rahmen konkretisiert. Ziel der Planungen ist die Sicherstellung eines Versorgungsnetzes innerhalb dessen für alle Bürger die akutstationäre Versorgung in zumutbarer Entfernung zur Verfügung gestellt wird. Diese Planungen beziehen sich auf von den Ländern frei festlegbare Versorgungsgebiete, die anhand spezifischer demografischer Anforderungen gebildet werden. (Thomae 2006: 58f.)

Die Bedarfsplanung beinhaltet die Krankenhauszielplanung, die Bedarfsanalyse, die Krankenhausanalyse und die Versorgungsentscheidung. Die Krankenhauszielplanung dient der Festlegung einer Systematik zur Gliederung der Krankenhäuser.

In der Bedarfsanalyse werden sowohl der gegenwärtige als auch der zukünftige Bedarf an Krankenhausbetten ermittelt. In der Regel erfolgt die Bedarfsermittlung durch eine Berechnung der Inanspruchnahme von Krankenhausbetten[9], die folgende Faktoren beinhaltet:

- die Einwohnerzahl
- die Krankenhaushäufigkeit – bestimmt wird diese durch die Relation der Anzahl von Einweisungen in ein Krankenhaus innerhalb des Zeitraumes von einem Jahr bezogen auf 1.000 Einwohner –

9 Andere Ansätze ermitteln den Bedarf ausgehend von der Morbiditätsstruktur, der Mortalität oder dem in der Vergangenheit vorgehaltenen Angebot. In der Bedarfsanalyse hat sich die inanspruchnahmeorientierte Ermittlung des Bedarfes durchgesetzt, die in diesem Abschnitt dargestellt wird. (Kies 1998: 44f.)

- die Verweildauer
- den Auslastungsgrad der Betten

Der Bedarf wird somit nicht hinsichtlich der tatsächlich medizinischen Leistungen eines Krankenhauses dargestellt, sondern bezieht sich auf Bettenkapazitäten, die von der Bevölkerung in Anspruch genommen werden können. Auf der Bedarfsanalyse basiert die gesamte Krankenhausplanung; der ermittelte Bedarf darf nicht über- aber auch nicht unterschritten werden.

Die Krankenhausanalyse enthält die Beschreibung des Ist-Zustandes der Versorgung durch die im Land vorhandenen Krankenhäuser. Vor allem der Standort, die Bettenzahl, die Fachrichtungen, die Anzahl der beschäftigten Ärzte inklusive ihrer Relation zur vorhandenen Bettenzahl werden erfasst. Auf diese Weise wird ermittelt, welche kapazitätsbezogene Leistung das jeweilige Krankenhaus erbringen kann; eine qualitative Beurteilung der medizinischen Versorgung, die in den einzelnen Krankenhäusern erbracht wird, findet an dieser Stelle ebenfalls nicht statt. (Kies 1998: 44ff., Thomae 2006: 60ff.)

Der Krankenhausplan ist keine Planung eines Soll-Zustandes der Versorgung. Der festgestellte Bedarf muss mittels der bereits vorhandenen Krankenhäuser befriedigt werden. So wird durch die im Plan zu treffende Versorgungsentscheidung lediglich festgestellt, welche bestehenden Krankenhäuser aufgrund ihrer Leistungsfähigkeit zur Deckung des ermittelten Bedarfes an der Versorgung teilnehmen. Dies bedeutet, dass nicht alle Krankenhäuser, die in einem Versorgungsgebiet liegen, auch in dem Krankenhausplan aufgeführt werden. Ein Rechtsanspruch auf Aufnahme existiert nicht. Unterschreitet der Bettenbedarf das Angebot, so werden nur diejenigen Häuser in den Plan aufgenommen, die hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit am besten zur Aufgabenerfüllung geeignet sind. (Thomae 2006: 61f.) Dabei gilt der Grundsatz, dass Krankenhäuser in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft bei der Entscheidung öffentlichen Krankenhäusern vorgezogen werden sollen. Auf diese Weise soll deren ökonomische Sicherheit gewährleistet werden. (Thomae 2006: 120f.)

Ziel der Planung ist die Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser. Ihre Finanzierung erfolgt zum einen über den Erhalt von Pflegesätzen zur Deckung von anfallenden Kosten und zum anderen über öffentliche Investitionen. Die Aufnahme in den Krankenhausplan ist die Voraussetzung für die Inanspruchnahme der öffentlichen Investitionsförderung. Die Krankenhausplanung dient also der wirtschaftlichen Sicherung der enthaltenen Krankenhäuser und somit zur Aufrechterhaltung des Versorgungsnetzes. (Thomae 2006: 22.)

Der Krankenhausplan selbst ist allerdings keine Rechtsnorm und entfaltet somit keine rechtliche Wirkung nach außen. Er ist ein verwaltungsinternes Planwerk. Eine Verbindlichkeit der Festlegungen des Plans nach außen erfolgt erst durch die Erteilung des Feststellungsbescheides. Die zuständige Feststellungsbehörde entscheidet auf Grundlage des Krankenhausplans, besitzt allerdings noch einen Spielraum in ihrer Entscheidung. Ein Feststellungsbescheid, der vom Krankenhausplan abweicht, kann daher trotzdem rechtswirksam sein. Grund für eine abweichende Entscheidung kann u. a. eine Veränderung der Situation sein, die der Versorgungsentscheidung im Rahmen der Planaufstel-

lung zugrunde lag, da zwischen Aufstellung des Plans und dem Erlass des Feststellungsbescheids längere Zeitspannen liegen können. Letztlich ist der Feststellungsbescheid der Verwaltungsakt, der den Status des Hauses als Plankrankenhaus festsetzt. (Kies 1998: 69f., Thomae 2006: 101ff.)

Die Aufnahme in den Krankenhausplan und der Status als Plankrankenhaus haben zwei positive Folgen: Zum einen erhalten nur Plankrankenhäuser die Mittel der staatlichen Investitionsförderung. (Thomae 2006: 22.) Zum anderen schreibt das SGB V vor, welche Krankenhäuser zur Versorgung der Versicherten zugelassen sind. (Leinz 1994: 105f.) Neben Krankenhäusern, „die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind", und Krankenhäusern, „die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben", sind dies die „Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind" (§ 108 SGB V.).

Die Krankenhausversorgung der Bevölkerung zählt zur kommunalen Daseinsvorsorge. Daher weisen die Landeskrankenhausgesetze – mit Ausnahme von Bayern, Berlin und Hamburg – den Gemeinden und Gemeindenverbänden ihre Sicherstellung als Pflichtaufgabe zu. Neben der Grund- wird von Gemeinden zusätzlich auch die Regel- oder Maximalversorgung bereitgestellt. Kommunale Krankenhäuser dienen somit nicht nur dem Wohl der Einwohner der eigenen Gemeinde, sondern auch denen anderer Kommunen. Lediglich wenn andere Träger den Betrieb eines Krankenhauses übernehmen, sind die Kommunen von der Bereitstellung stationärer Versorgung befreit. Der Bedarf zur Einrichtung eines kommunalen Krankenhauses beruht allerdings nicht auf dem Krankenhausplan, da dieser keinen Soll-Zustand darstellt. Der Einrichtung eines Krankenhauses durch eine Kommune liegen das Kommunalrecht und die Pflicht, die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, zugrunde. (Thomae 2006: 117ff.)

2.6. Zwischenfazit

Die Zahl der Einwohner Deutschlands wird in den nächsten Jahren sinken. Allerdings ist die negative Bevölkerungsentwicklung nicht gleichmäßig über das gesamte Bundesgebiet verteilt: Bereits heutzutage existieren gleichzeitig Regionen mit abnehmender und Regionen mit zunehmender Einwohnerzahl. Insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern ist die Zahl rückläufig. Dieser Trend wird sich in Zukunft fortsetzen und auch zusätzlich in westdeutschen Regionen auftreten. Wegen niedriger Geburtenraten und steigender Lebenserwartung wird die Gruppe der älteren Bevölkerung in den nächsten Jahren zunehmen. Vor allem in den ländlichen Regionen Ostdeutschlands sind diese demografischen Entwicklungen besonders stark ausgeprägt.

Durch die sich ändernden Rahmenbedingungen aufgrund des demografischen Wandels müssen in Schrumpfungsregionen Anpassungen der Infrastrukturversorgung vorgenommen werden. Sinkende Nachfrage und Auslastung von Angeboten haben Schließungen oder Zusammenlegung von Angeboten an einzelnen Orten und somit eine Ausdünnung des Versorgungsnetzes zur Folge.

Um die Einrichtungen nutzen zu können, muss allerdings deren Erreichbarkeit sichergestellt werden. Und vor allem in den ländlichen Räumen, in denen öffentlicher Nahverkehr meist nicht wirtschaftlich betrieben werden kann und daher Liniennetze nicht flächendeckend aufrechterhalten werden können, ist diese Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Angeboten der Daseinsvorsorge gefährdet. Insbesondere für ältere Menschen sind diese Entwicklungen mit negativen Auswirkungen hinsichtlich der Versorgung mit lebensnotwendigen Gütern und Dienstleistungen sowie der Teilnahme am öffentlichen Leben verbunden.

Der Bedarf an medizinischer Versorgung steigt mit zunehmendem Alter, da mit diesem eine Zunahme gleichzeitig auftretender Krankheiten mit erhöhtem Behandlungsbedarf einhergeht. Dies betrifft sowohl die ambulante als auch die stationäre medizinische Versorgung. Derzeit ist Multimorbidität in den ländlichen Räumen geringer ausgeprägt als in den anderen siedlungsstrukturellen Kreisen. Da der Anteil der älteren Bevölkerung in den ländlichen Räumen laut Prognosen zunehmen wird, lässt sich jedoch schlussfolgern, dass die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in diesen Gebieten von besonderer Bedeutung sein wird; das gilt speziell in den ostdeutschen Bundesländern aufgrund der dortigen Ausprägung des gesellschaftlichen Alterungsprozesses.

Wie dargestellt wurde, werden sowohl für den ambulanten als auch für den akutstationären Sektor Versorgungsplanungen erarbeitet. Diese sind jedoch sehr verschieden.

Für die ambulante Versorgung, die sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung unterteilt, werden so genannte Bedarfsplanungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellt. Die KVen sind die Vereinigungen aller an der ambulanten Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten teilnehmenden Ärzte. Neben den Krankenkassen sind sie in ihrer Funktion als Organisationen der Leistungserbringer per Gesetz für die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten zuständig.

Primärer Zweck der Bedarfsplanung ist die zahlenmäßige Begrenzung der in einem Planungsbereich tätigen Ärzte: Im Falle einer Überversorgung erfolgt die Sperrung der betroffenen Bereiche für Neuansiedlungen. Wird in einem Planungsbereich eine drohende bzw. bestehende Unterversorgung festgestellt, so soll diesem Zustand mittels geeigneter Maßnahmen begegnet werden. Beurteilungsgrundlage für den Versorgungszustand sind die durch die Arzt-Einwohner-Relation ermittelten Versorgungsgrade in den einzelnen Planungsbereichen.

Im Rahmen der Bedarfsplanung sollen die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung beachtet werden. Die tatsächliche praktische Bedeutung dieser Anforderung ist jedoch gering und beschränkt sich lediglich auf die Zugrundelegung der siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBSR für die Festsetzung der Planungsbereiche.

Im Gegensatz zur Versorgungsplanung im ambulanten Bereich wird die Krankenhausplanung durch staatliche Planungsträger auf Landesebene erstellt. Sie dient der Identifizierung von Krankenhäusern, die aufgrund ihrer Kapazitäten in den angebotenen Fachgebieten zur Abdeckung des bestehenden Bedarfs geeignet sind. Um diese Bedarfsdeckung aufrechtzuerhalten, bekommen die geeigneten Einrichtungen staatliche Zuschüsse. In der Krankenhausplanung wird kein zukünftiger Soll-Zustand sondern lediglich die Si-

cherstellung des Status quo mit den bereits bestehenden Krankenhäusern geplant. Zwar ist der Krankenhausplan an sich ein verwaltungsinternes Planwerk, dennoch erhalten die Aussagen durch die auf Basis des Plans erteilten Feststellungsbescheide verbindliche Wirkung in Form eines Verwaltungsaktes.

Diese erarbeiteten Grundlagen hinsichtlich der demografischen Entwicklung, Anforderungen an die medizinische Versorgung sowie die Sicherstellung und Planung der medizinischen Versorgung sollen in den nächsten Kapiteln beachtet werden.

3. Entwicklungstendenzen

In diesem Kapitel werden der aktuelle Zustand und die Entwicklung der medizinischen Versorgung dargestellt. Diese Betrachtung beinhaltet die Darstellung der Entwicklung seit der Mitte der 1990er Jahre, die Beschreibung des aktuellen Versorgungszustandes sowie der daraus ableitbaren Entwicklungstendenzen für die Zukunft. Diese Ableitung erfolgt für die ambulante Versorgung anhand der nachstehenden drei Kriterien:

- Die aktuelle Versorgungssituation

  Neben guten Versorgungsgraden können bereits existierende Mängel und kritische Zustände aufgezeigt werden, für die im Falle negativer Bedingungen Verschlechterungen zu erwarten sind.

- Das Alter der Vertragsärzte

  Die Altersstruktur der Vertragsärzte kann einen Hinweis auf die zukünftige Entwicklung liefern, da sie erkenntlich macht, wie groß die Zahl der in naher Zukunft altersbedingt ausscheidenden Ärzte ist.

- Der Saldo zwischen Ab- und Zugängen in der vertragsärztlichen Versorgung

  Anhand des Saldos der letzten Jahre kann – unter der Annahme, dass der Umfang der Ab- und Zugänge für die nächsten Jahre konstant bleibt – abgeschätzt werden, wie sich die Zahl der Ärzte zukünftig entwickeln wird.

Die Kombination dieser drei Kriterien ermöglicht die Abschätzung der zukünftigen Versorgungslage.

Im ersten Schritt wird die ambulante Versorgung durch alle Vertragsärzte im gesamten Bundesgebiet betrachtet. Anschließend wird aufgezeigt, wie sich die Versorgung differenziert nach Hausärzten und Fachärzten entwickelt hat und welche Schlussfolgerungen für die Versorgungslage der nächsten Jahre daraus gezogen werden können. Auch dies erfolgt jeweils zuerst für den Gesamtraum Deutschlands. Nachfolgend werden die Aussagen hinsichtlich der Versorgungslage in den ländlichen Räumen konkretisiert. Abschließend wird die Versorgungslage im akutstationären Sektor untersucht. Abweichend zum Vorgehen in der ambulanten Versorgung stellt die Erreichbarkeit der Krankenhäuser das entscheidende Kriterium für die Beurteilung der Situation dar.

3.1. Allgemeine Entwicklungstendenzen

Am 31.12.2009 waren 429.926 Ärzte in Deutschland registriert. 325.945 von ihnen übten zu diesem Zeitpunkt ihren Beruf aus. Ohne Unterscheidung nach ambulanter oder stationärer Betätigung sowie der einzelnen Fachrichtungen bedeutet dies ein Verhältnis von 252 Einwohnern pro Arzt. Die Gesamtzahl der Ärzte nahm seit den 1990er Jahren kontinuierlich zu. So waren am 31.12.1990 lediglich 237.750 berufstätige Ärzte in Deutschland

registriert, was einer Versorgungslage von 335 Einwohnern pro Arzt entsprach. (Bundesärztekammer 2011a.)

Zu beachten ist allerdings, dass in diesen Zahlen die von den Ärzten tatsächlich erbrachte Arbeitszeit nicht berücksichtigt wird, d. h. Teilzeittätigkeiten kommen nicht zum Ausdruck. Im Jahr 2008 arbeiteten 76,6 % aller Ärzte und Ärztinnen mindestens 40 Stunden die Woche, 45,6 % sogar mehr als 45 Stunden. 23,4 % arbeiteten somit in Teilzeit. Bei den Ärztinnen lag der Anteil bei 36,9 %, 23,8 % arbeiteten 31 oder weniger Stunden und 12,9 % weniger als 21 Stunden in der Woche. (Kopetsch 2010: 136.) Bei der Betrachtung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit pro Arzt kann festgestellt werden, dass diese von 1991 bis 2007 von 38,1 auf 33,2 Stunden gesunken ist (Bundesärztekammer 2011c: 14.)

Auch für die zukünftig tätigen Ärzte ist die Beschränkung der Arbeitszeit bereits ein Thema. So ist für 60,8 % der Medizinstudenten die Möglich einer späteren Teilzeittätigkeit wichtig. Begründen lässt sich dies durch den Anspruch, die Familie mit dem zukünftigen Berufsleben vereinbaren zu können. Dies ist für 95,5 % der Medizinstudenten von Bedeutung. (Jacob, Heinz, Décieux 2010: Tabelle 3.)

Insbesondere mit der Veränderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) im Jahr 2007 wurde die Möglichkeit der Teilzeittätigkeit im ambulanten Sektor verstärkt (KBV 2006b: 73.). So ist es möglich, die Arbeitszeit auf 50 % (§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV.) bzw. im Anstellungsverhältnis sogar auf 25 % einer Vollzeitstelle (§ 23i Abs. 2 Satz 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie.) zu reduzieren. D. h. zur Ausfüllung einer Vollzeitstelle können bis zu vier Ärzte beitragen. Die Erfassung der Arztzahlen lediglich nach Personen wird dieser Entwicklung nicht gerecht. Aufgrund der Verfügbarkeit der Daten können in dieser Arbeit jedoch keine Arbeitszeitäquivalente sondern lediglich Personen berücksichtigt werden.

Die registrierten Ärzte sind in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen beschäftigt. Zum einen ist dies die ambulante Versorgung. In ihr waren Ende 2009 139.612 Ärzte tätig. Zum anderen arbeiteten 158.223 Ärzte in der stationären Versorgung. Zusätzlich waren 28.110 Ärzte auch in anderen Bereichen aktiv. Zu ihnen zählen wehrdienstleistende Ärzte, Ärzte bei Behörden und Körperschaften sowie Ärzte in der Industrie und Forschung. (Bundesärztekammer 2011a.) Von den ambulant tätigen Ärzten nahmen 137.416 am 31.12.2009 an der vertragsärztlichen Versorgung teil, 119.789 davon als Vertragsärzte in eigenverantwortlicher Tätigkeit. Die übrigen waren den Partner-Ärzten, den angestellten und den ermächtigten Ärzten zuzuordnen[1]. (KBV 2011g: Tabelle 1.0.)

Die Zahl der Vertragsärzte nahm in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zu. Diese Entwicklung wird in *Abbildung 5* aufgezeigt.

1 Partner-Ärzte arbeiten in Gemeinschaftspraxen mit zugelassenen Vertragsärzten zusammen. Angestellte Ärzte sind Mediziner, die von einem Vertragsarzt für die Arbeit in dessen Praxis angestellt werden. Von ermächtigten Ärzten wird gesprochen, wenn Medizinern, die für die Tätigkeit als Vertragsarzt nicht zugelassen sind – z. B. Krankenhausärzte –, eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gestattet wird. (KBV 2005: 111ff.)

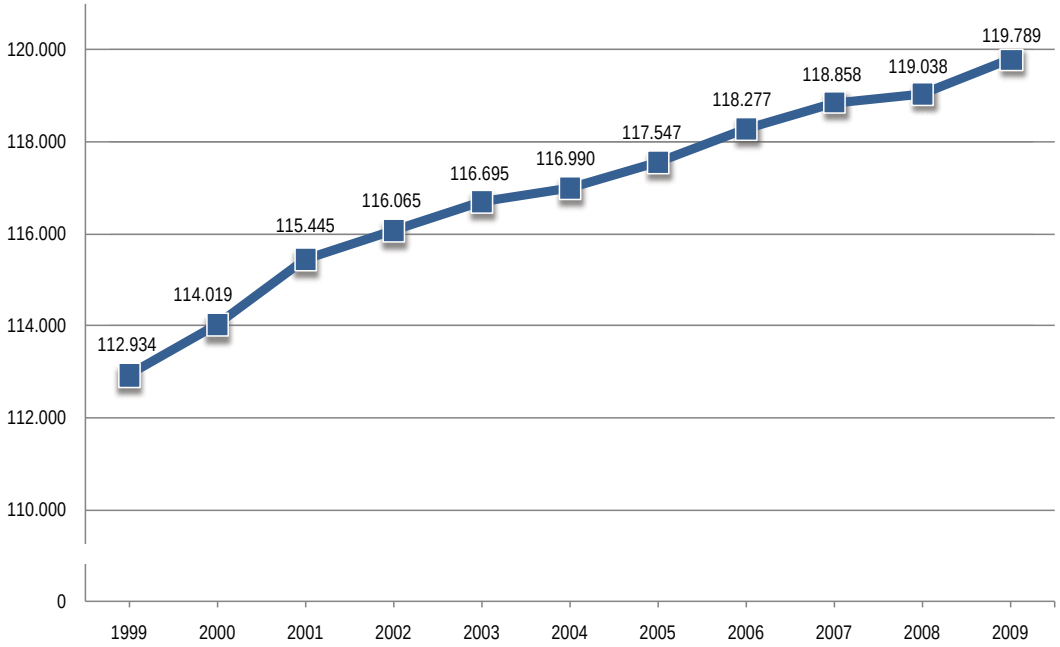


Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl der Vertragsärzte von 1999 bis 2009 im gesamten Bundesgebiet

Im Rahmen dieser Arbeit findet die weitere Untersuchung der ambulanten Versorgung hinsichtlich der Vertragsärzte statt, da sie für den Betrieb der Arztpraxen verantwortlich sind. 2009 waren in Deutschland 69.194 Einzel- und 19.528 Gemeinschaftspraxen registriert (KBV 2011b.).

Die Verteilung der Vertragsärzte über das Bundesgebiet ist allerdings nicht gleichmäßig, wie anhand der *Abbildung 6* erkennbar ist. Sie wird beeinflusst durch die Zahl der Einwohner des jeweiligen Landes – der Bedarf ist in bevölkerungsstarken Ländern größer als in bevölkerungsschwachen – sowie durch weitere Faktoren, u. a. die Attraktivität der einzelnen Regionen für ärztliche Ansiedlungen (siehe unten).

Ende 2009 bestand in den 395 Planungsbereichen Deutschlands die Möglichkeit der Niederlassung für insgesamt 2.246 Ärzte. Hinzu kommen noch Niederlassungsmöglichkeiten für 1.040 Psychotherapeuten, die ebenfalls in der ambulanten Versorgung tätig sind. (KBV 2011a: 27f.)

Diese allgemeine Zahl ermöglicht allerdings noch keine konkrete Aussage über den Bedarf an Ärzten. Erst eine differenzierte Betrachtung hinsichtlich der Situation in den einzelnen Fachgebieten liefert ausreichende Aussagen zur Beurteilung der Versorgungslage.

Um die zukünftige Entwicklung der Arztzahlen bewerten zu können, ist die Betrachtung derjenigen Ärzte, die in den nächsten Jahren altersbedingt aus der Versorgung ausscheiden werden, notwendig. Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) im Jahr 2008 besteht für Ärzte keine altersbedingte Beschränkung hinsichtlich der Ausübung

ihrer Tätigkeit. Davor endete diese gemäß § 95 Abs. 7 Satz 3 SGB V spätestens mit der Vollendung des 68. Lebensjahres. (Nähere Ausführungen zur Aufhebung der Altersbeschränkung finden sich im *Kapitel 4.3.2. Aufhebung der gesetzlichen Altersbegrenzung.*)

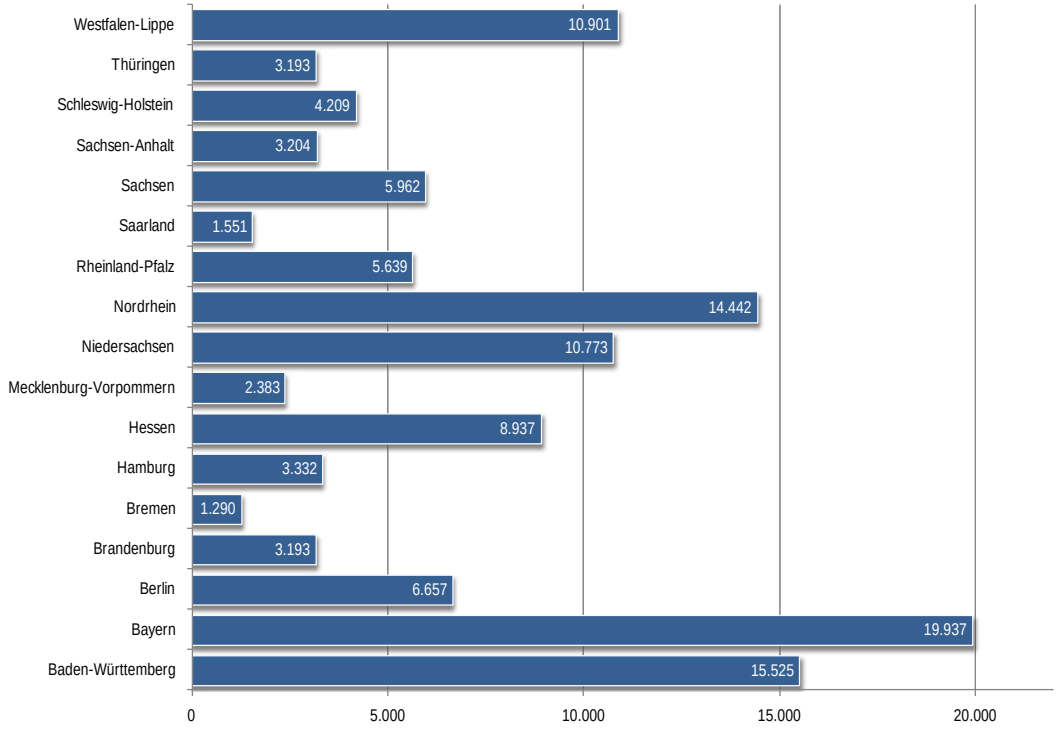


Abbildung 6: Anzahl der Vertragsärzte in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, Stand 31.12.2009

Im Jahr 2000 waren 14.372 Ärzte älter als 60 Jahre (KBV 2011a: 26.). 2009 waren bereits 23.705 Ärzte zu dieser Altersgruppe zu zählen. Ihre Zahl nahm somit innerhalb von nur neun Jahren um rund 65 % zu. Der Anteil an der gesamten Vertragsärzteschaft betrug Ende des Jahres 2009 19,6 %. (KBV 2011g: Tabelle 3.)

Zur Beibehaltung des quantitativen Status quo muss – zusätzlich zu dem Ausgleich sonstiger Abgänge – das in den nächsten Jahren stattfindende altersbedingte Ausscheiden aus der Versorgung durch die gleiche Zahl an neu zugelassenen Ärzten kompensiert werden.

Generell besteht der Trend, dass Ärzte eine Niederlassung in den alten Bundesländern bevorzugen. Erkennbar wird dies an der Entwicklung der Vertragsarztzahlen im Zeitraum von 2000 bis 2006. Im Verlauf dieser Jahre stieg die Zahl der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Mediziner in den westdeutschen Ländern einschließlich Berlin um 5,6 %, während die Zahl der Vertragsärzte in den ostdeutschen Bundesländern um 1,7 % abnahm. Im Rahmen der Werte ist zu beachten, dass die absoluten Arztzahlen in den alten Ländern wesentlich höher sind als in den neuen, der prozentuale Anteil aufgrund unterschiedlicher Berechnungsgrundlagen somit keinen abschließenden Vergleich der Entwicklung ermöglicht. Allerdings war in den westdeutschen Ländern ein deutlich positiver Saldo zwischen Zu- und Abgängen von Ärzten in der ambulanten Versorgung erkennbar,

während in den ostdeutschen Ländern die Zugänge die Abgänge nicht kompensieren konnten. (Kopetsch 2007: 53ff.)

Für die Präferenz der Niederlassung in den alten Bundesländern lassen sich mehrere Gründe finden. Zum einen ist die durchschnittliche Zahl der zu behandelnden Patienten pro Arzt dort geringer als in den neuen Ländern. Im Jahr 2008 betrug sie in den westdeutschen Ländern inklusive Berlin 3.340, während ein Arzt in den neuen Ländern im Durchschnitt im gleichen Zeitraum 4.283 Patienten betreute. Die durchschnittlichen Einnahmen pro behandelten Patient lagen in den ostdeutschen Ländern zudem deutlich unter den durchschnittlichen Einnahmen in den westdeutschen Ländern. Die Fallwerte betrugen 48,00 Euro im Osten bzw. 57,00 Euro im Westen Deutschlands. (KBV 2009: 39.)

Zu den Gesamteinnahmen einer Arztpraxis zählen auch die Einnahmen aus Behandlungen von Privatpatienten. Aufgrund der wesentlich geringeren Anzahl von Privatpatienten in den neuen Ländern fallen diese Einnahmen für die dortigen Praxen in einem geringeren Umfang an. Neben der niedrigeren Vergütung von Leistungen in den ostdeutschen Kassenärztlichen Vereinigungen trägt dies zusätzlich zum unterschiedlichen Einnahmevolumen in den ost- und westdeutschen Bundesländern bei. (Zenker 2006: 4.)

Nach dieser allgemeinen Darstellung der Versorgungslage in Deutschland soll im Folgenden die Situationen für die einzelnen Sektoren genauer untersucht werden.

3.2. Entwicklungstendenzen in der ambulanten Versorgung

3.2.1. Hausärztliche Versorgung

Aufgrund ihrer Stellung innerhalb der ambulanten Gesundheitsversorgung (siehe *Kapitel 2.5.2. Die ambulante Versorgung*) kommt der Gewährleistung der hausärztlichen Versorgung eine besondere Rolle zu.

Am 31.12.2009 waren 51.782 Hausärzte[2] in der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Bei einer Betrachtung über einen längeren Zeitraum fällt auf, dass im Vergleich zur Situation im Jahr 2001 ein Rückgang um fast 2.300 Ärzte zu verzeichnen ist. Zu diesem Zeitpunkt waren 54.090 Vertragsärzte als Hausärzte tätig. (Kopetsch 2010: 59.)

Anhand der in der Bedarfsplanung genutzten Kenngröße des Versorgungsgrades, bei dessen Ermittlung die Einwohnerzahl des jeweiligen Planungsbereiches in Relation zu den dort tätigen Ärzten gesetzt wird, kann eine erste Bewertung der Situation vorgenommen werden. Für das gesamte Bundesgebiet gilt trotz des erwähnten Rückganges der Hausarztzahlen im Laufe der letzten Jahre ein bundesweiter Versorgungsgrad von 108 % im Jahr 2010 (Klose, Rehbein 2011: 12.). Diese Gesamtbetrachtung verschleiert allerdings bestehende regionale Versorgungsunterschiede. Bereits bei einer Betrachtung

2 Zu den Hausärzten zählen die Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie.).

der Lage auf Länderebene, wie sie in *Tabelle 6* aufgeführt ist, sind diese zu erkennen. Als Bezugsgröße werden die Zuständigkeitsbereiche der einzelnen KVen herangezogen.

Kassenärztliche Vereinigung	Versorgungsgrad in %
Baden-Württemberg	110,1
Bayern	112,0
Berlin	110,5
Brandenburg	100,4
Bremen	107,1
Hamburg	109,2
Hessen	110,0
Mecklenburg-Vorpommern	101,9
Niedersachsen	102,4
Nordrhein	111,2
Rheinland-Pfalz	108,3
Saarland	110,9
Sachsen	107,6
Sachsen-Anhalt	93,0
Schleswig-Holstein	110,5
Thüringen	103,4
Westfalen-Lippe	107,3

Tabelle 6: Versorgungsgrad in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, Stand 2010

Der höchste Versorgungsgrad existierte mit 112,0 % in Bayern, während Sachsen-Anhalt mit 93,0 % den niedrigsten Versorgungsgrad aufwies und damit das einzige Bundesland mit einem Versorgungsgrad unter 100 % war. Die Betrachtung der einzelnen Planungsbereiche in den Ländern führt jedoch zu einer weiteren Differenzierung der Versorgungslage. Die Darstellung der Versorgungsgrade im hausärztlichen Bereich nach Planungsbereichen ist in *Abbildung 7* enthalten.

Die Abbildung verdeutlicht die Schwankungsbreite der hausärztlichen Versorgungsdichte innerhalb der einzelnen Bundesländer. Die Unterschiede sind in einigen Regionen zum Teil sehr stark ausgeprägt. Generell ist die Versorgungsdichte in den südlichen Bundesländern am höchsten. Viele der dortigen Planungsbereiche weisen einen Versorgungsgrad auf, der über der in der Bedarfsplanung festgelegten Einwohner-Arzt-Relation und teilweise sogar im Bereich der Überversorgung liegt. Dies ist in den Bereichen der KVen Baden-Württembergs, Hessens, Nordrheins und des Saarlands der Fall. In weiteren KV-Bereichen ist daneben auch die vereinzelte Unterschreitung der 100 % - Grenze zu beobachten. So zum Beispiel in Bayern und Westfalen. Auch in Sachsen ist eine große Anzahl gut und überversorgter Planungsbereiche zu verzeichnen.

Im Vergleich zu den südlichen Ländern stellt sich die Situation in Norddeutschland differenzierter dar. Hier sind zwar auch hohe Versorgungsgrade mit teilweise recht ausgeprägter Überversorgung zu beobachten, wie z. B. in Schleswig-Holstein, trotzdem kann

generell gesagt werden, dass die Hausarztdichte in den nördlichen Ländern als geringer einzuschätzen ist. Weite Teile Brandenburgs, Sachsen-Anhalts, Mecklenburg-Vorpommerns und Niedersachsens weisen Versorgungsgrade unter 100 % auf. Teilweise liegen sie sogar nur im Bereich zwischen 75 und 90 %. In einem Planungsbereich Sachsen-Anhalts unterschreitet der Versorgungsgrad sogar die Grenze zur Unterversorgung.

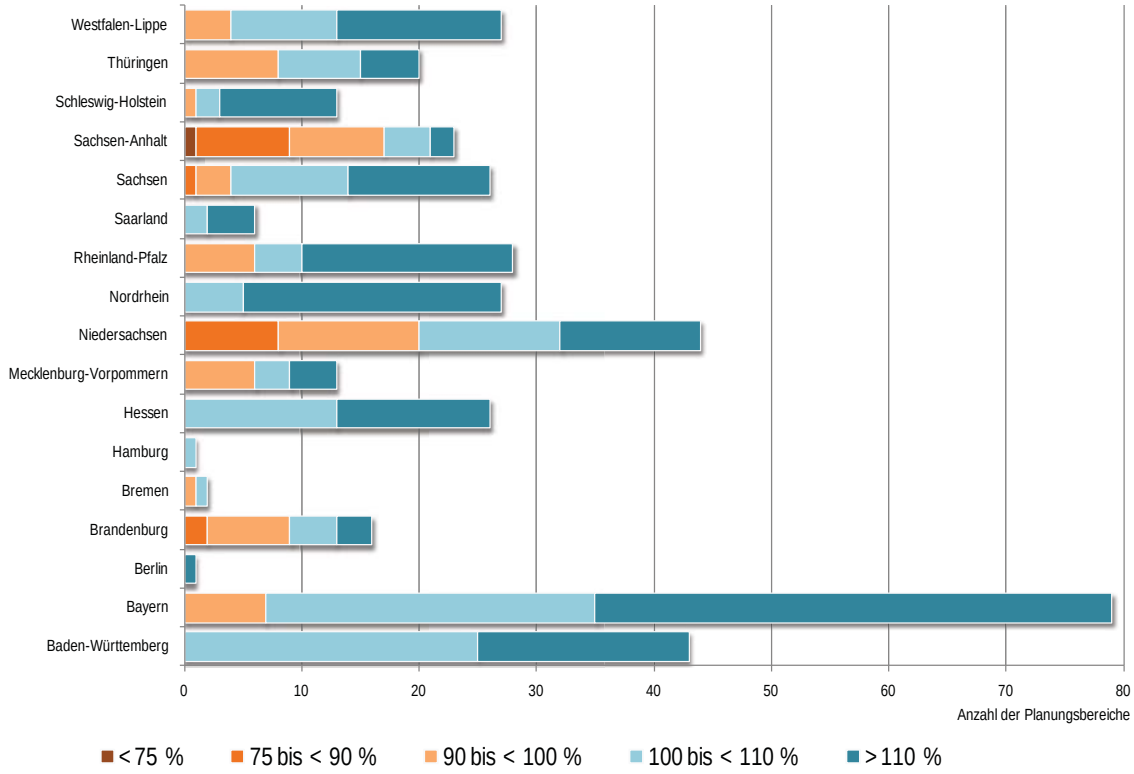


Abbildung 7: Regionale Verteilung der Hausärzte im Jahr 2010

Die Beurteilung der Bedarfsdeckung auf Grundlage der Versorgungsgrade ist allerdings nicht hinreichend aussagekräftig, da zu deren Ermittlung lediglich Einwohner-Arzt-Relationen für die jeweiligen Planungsbereiche verwendet und in Beziehung zu Werten historischer Zeitpunkte gesetzt werden. Im Zuge der Bedarfsplanung wird jedoch nicht die räumliche Verteilung der Ärzte in den Planungsbereichen betrachtet; unterschiedliche Versorgungssituationen innerhalb einer Planungsregion finden keine Beachtung. Eine gleichmäßige Verteilung der Ärzte im Planungsraum wird nicht überprüft, so dass unter Umständen an einzelnen Orten – z. B. größeren Ortschaften – mehrere niedergelassene Ärzte ihre Praxen betreiben, während in anderen Teilen des Planungsbereiches nur wenige Ärzte die Versorgung sicherstellen. Diese versorgen dann einen wesentlich größeren Einzugsbereich sowie eine größere Anzahl von Patienten.

Die betroffenen Patienten müssen teilweise weite Entfernungen zurücklegen, um einen Arzt in Anspruch nehmen zu können. Vor allem in ländlichen Räumen wird die Erreichbarkeit aufgrund eines eingeschränkten ÖPNV-Angebotes für diejenigen, die nicht über ein eigenes Auto verfügen und somit auf den Nahverkehr angewiesen sind, erschwert. Eine Verschärfung dieser Problematik kann aufgrund der im *Kapitel 2.3.2. Folgen für den Öffentlichen Personennahverkehr* beschriebenen Trends der Entwicklung des ÖPNV in ländlichen Räumen erwartet werden.

Eine geringe Arztdichte führt zudem zu weiteren Wegen für den Arzt – einerseits im Rahmen der Hausbesuche und zum anderen bei der Verrichtung von Notdiensten. Patienten müssen daher im Notfall länger auf einen Arzt warten. Ferner führt die dünne Personaldecke dazu, dass die einzelnen Ärzte mehr Notdienste leisten müssen, um die Versorgung zu gewährleisten. (BBR 2005a: 76f., Kopetsch 2007: 117.)

Vor allem in großen Planungsbereichen kann die Versorgung räumlich differieren. Trotzdem werden diese regionalen Verteilungsunterschiede in der Bedarfsplanung nicht berücksichtigt.

Die bevölkerungsseitigen Anforderungen an die ärztliche Versorgung aufgrund der Alterung der Bevölkerung finden in der Bedarfsplanung seit der Einführung des Demografiefaktors bedingt Berücksichtigung. Wie im *Kapitel 2.4.2. Einfluss der Morbidität auf die Nachfrage ärztlicher Leistungen* erläutert, steigt mit zunehmender Anzahl älterer Menschen der Anteil der multimorbiden Personen, die einen erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf haben. Eine alternde Bevölkerung hat also einen steigenden Bedarf an Ärzten. Die Nutzung historischer Einwohner-Arzt-Relationen als Beurteilungsgrundlage der adäquaten Deckung des medizinischen Bedarfs berücksichtigt die reale Nachfrage allerdings nicht. Somit besteht die Gefahr, dass die ermittelten Versorgungsgrade nach Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht dem tatsächlichen Versorgungsbedarf entsprechen. Vielmehr sollte ein morbiditätsbezogener Ansatz der Bedarfsermittlung genutzt werden.

Weiterhin ist der Grenzwert zur Feststellung einer Unterversorgung – 75 % im hausärztlichen Sektor – angesichts des steigenden Bedarfs kritisch zu hinterfragen. Selbst bei gleich bleibender Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen führt ein Absinken der Arztzahl auf dieses Niveau zu einer Mehrbelastung der Mediziner. Insbesondere vor dem Hintergrund steigender Nachfrage der alternden Bevölkerung ist die Bewältigung einer auf Ärztemangel basierenden Mehrbelastung als unrealistisch einzuschätzen und ginge zu Lasten der Versorgungsqualität. (Andersen, Mühlbacher 2004: 4f., Kopetsch 2007: 115f.)

In der Studie „Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus" der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird daher bei der Beurteilung der Situation analog zum Grenzwert für die Beurteilung einer Überversorgung eine Abweichung von über 10 % von der Vollversorgung als kritisch angesehen und daher ein Grenzwert für die Unterversorgung bei 90 % des allgemeinen Versorgungsgrades empfohlen. (Kopetsch 2010: 81f.)

Für die Abschätzung der zukünftigen Hausarztzahlen bieten die Daten über die aktuelle Altersstruktur der Mediziner eine gute Grundlage. Anhand dieser kann abgeleitet werden, wie sich die Anzahl der Ärzte aufgrund des altersbedingten Ausscheidens aus der vertragsärztlichen Versorgung entwickeln wird. Die Altersstruktur der Ärzte in der hausärztlichen Versorgung für das gesamte Bundesgebiet ist in der *Tabelle 7* aufgeführt.

	bis 34 Jahre	35 - 39 Jahre	40 - 49 Jahre	50 - 59 Jahre	60 - 65 Jahre	über 65 Jahre
absolut	248	2.353	16.133	21.174	8.930	2.944
Prozent	0,5	4,5	31,2	40,9	17,2	5,7

Tabelle 7: Altersstruktur der Hausärzte für das gesamte Bundesgebiet, Stand 31.12.2009

Festzustellen ist, dass Ende 2009 rund 64 % aller deutschen Hausärzte das 50. Lebensjahr erreicht bzw. bereits überschritten hatten. Und mehr als ein Fünftel der Ärzte, d. h. ca. 23 %, war mindestens 60 Jahre alt. Unter Berücksichtigung der ursprünglich gesetzlich festgelegten Altersgrenze von 68 Jahren werden diese Ärzte bis spätestens 2017 aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden. Um diese altersbedingten Abgänge zu kompensieren, müssten deutschlandweit somit insgesamt 11.874 Ärzte neu als Hausärzte zugelassen werden.

Auch in der Altersstruktur der Hausärzte existieren regionale Unterschiede. In der *Tabelle 8* wird für das Jahr 2009 differenziert nach Kassenärztlichen Vereinigungen der Anteil der Ärzte, die mindestens 60 Jahre alt sind, aufgeführt. Aufgrund der unterschiedlichen Anzahl der Hausärzte in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen werden diese prozentualen Angaben durch die absoluten Zahlen ergänzt, um das tatsächliche Volumen erkennbar zu machen.

Kassenärztliche Vereinigung	> 60 in %	absolut
Baden-Württemberg	24,2	1.648
Bayern	23,7	2.069
Berlin	25,0	591
Brandenburg	22,5	329
Bremen	23,5	103
Hamburg	21,7	262
Hessen	20,7	785
Mecklenburg-Vorpommern	20,9	228
Niedersachsen	23,0	1.097
Nordrhein	19,7	1.155
Rheinland-Pfalz	22,6	568
Saarland	20,9	131
Sachsen	24,8	650
Sachsen-Anhalt	24,2	343
Schleswig-Holstein	24,3	456
Thüringen	25,3	365
Westfalen-Lippe	23,0	1.094

Tabelle 8: Anzahl der Hausärzte älter als 60 Jahre zum 31.12.2009, nach Kassenärztlichen Vereinigungen getrennt

Die regionale Betrachtung der Altersstruktur lässt erkennen, dass die Verteilung der Ärzte, die das 60. Lebensjahr erreicht bzw. bereits überschritten haben, über alle Bundesländer ungefähr gleich ist. Die absoluten Zahlen verdeutlichen jedoch, dass der tatsächliche quantitative Bedarf variiert. So werden in den alten Ländern zum Ausgleich der altersbedingten Abgänge ungefähr fünfmal so viele Hausärzte benötigt wie in den neuen.

Der dritte Kennwert, der neben dem Versorgungsgrad und der Altersstruktur eine Aussage zur Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung zulässt, ist der Saldo zwischen

Abgängen und Zugängen von Vertragsärzten. In *Tabelle 9* werden die Salden für die Jahre 2005 bis 2009 aufgeführt. In dieser Aufstellung werden die Salden für die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen getrennt angegeben, um unterschiedliche regionale Entwicklungstrends deutlich zu machen.

Kassenärztliche Vereinigung	2005	2006	2007	2008	2009	gesamt
Baden-Württemberg	1	-12	-31	-19	-62	-123
Bayern	53	23	-9	-101	-69	-103
Berlin	-59	8	10	-19	-86	-146
Brandenburg	-30	11	-25	-22	-11	-77
Bremen	-12	9	-10	4	-2	-11
Hamburg	34	-4	-20	2	8	20
Hessen	56	-39	-7	-96	-26	-112
Mecklenburg-Vorpommern	-13	-22	-12	-14	-11	-72
Niedersachsen	31	-46	-36	-69	-24	-144
Nordrhein	-24	1	-12	-61	-17	-113
Rheinland-Pfalz	-1	-3	-46	-41	-33	-124
Saarland	-6	-6	-5	-8	-18	-43
Sachsen	-11	-12	-21	-27	-29	-100
Sachsen-Anhalt	-31	-19	-34	-23	-31	-138
Schleswig-Holstein	-2	27	-9	-44	-3	-31
Thüringen	-43	-25	-8	-32	-30	-138
Westfalen-Lippe	1	-1	3	-39	-38	-74
Bundesrepublik	-56	-110	-272	-609	-482	-1529

Tabelle 9: Zugänge und Abgänge in der hausärztlichen Versorgung für die Jahre 2005 bis 2009, saldiert, nach Kassenärztlichen Vereinigungen getrennt

Bundesweit ist ein deutlich negativer Saldo zu verzeichnen. Insgesamt wurden im Zeitraum der fünf Jahre 1.529 Ärzte weniger zur Versorgung zugelassen, als das System verlassen haben. Diese Entwicklung ist regional unterschiedlich stark ausgeprägt. In zehn Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Zahl der Hausärzte jeweils um über 100 Ärzte gesunken. Am stärksten ist dies in Berlin mit 146, Niedersachsen mit 144, Sachsen-Anhalt mit 138 und Thüringen mit ebenfalls 138 Ärzten ausgeprägt. Der geringste Rückgang ist in Bremen mit elf Ärzten zu verzeichnen.

Über die betrachteten Jahre sind bezüglich der Salden in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich starke Schwankungen feststellbar. So sind in einigen Ländern mitunter für einzelne Jahre positive Entwicklungen zu verzeichnen, wie z. B. in Bayern in den Jahren 2005 und 2006, in denen 53 bzw. 23 mehr Ärzte zugelassen wurden als das System verließen. Allerdings wurden diese Zugewinne durch starke Verluste in anderen Jahren wieder aufgehoben.

Lediglich in der KV Hamburg konnte eine positive Entwicklung verzeichnet werden. Zwar waren auch dort in einzelnen Jahren mehr Ab- als Zugänge zu verzeichnen. Über den ge-

samten Zeitraum beträgt der Saldo jedoch 20 Ärzte, die zusätzlich in Hamburg tätig wurden.

Auffällig ist, dass in mehreren Bundesländern trotz des sehr ausgeprägten Rückganges der Anzahl der Hausärzte die meisten Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von mindestens 100 % verzeichnen und zum Teil sogar überversorgte Planungsbereiche existieren. Dies betrifft u. a. auch die KV-Bereiche in Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein, die im Betrachtungszeitraum jeweils mehr als 100 Ärzte verloren haben.

Unter Berücksichtigung der Zu- und Abgänge und der Anforderung, in den nächsten Jahren in den einzelnen Bundesländern zwischen 20 und 25 % der Hausärzte zu ersetzte, steht zu befürchten, dass die Versorgungssituation sich zukünftig verschlechtern wird. Die tatsächlichen Auswirkungen sind jedoch auch von der individuellen Ausgangslage abhängig. So werden sie in Planungsbereichen, die zurzeit gut bzw. überversorgt sind, wesentlich geringer zu spüren sein als in Bereichen, in denen der Versorgungsgrad bereits unter 100 % liegt. Zudem wird auch die Attraktivität der einzelnen Regionen die tatsächliche Entwicklung mit beeinflussen.

3.2.2. Die hausärztliche Versorgung in den ländlichen Räumen

In der nachfolgenden Bewertung der Versorgungssituation für die ländlichen Räume soll die Annahme berücksichtigt werden, dass erst ab einem Versorgungsgrad von mindestens 90 % die hausärztliche Versorgung adäquat gewährleistet ist. Auf diese Weise kann den beschriebenen Problemen der Aussagekraft der Versorgungsgrade Rechnung getragen werden.

Daher wird die Versorgungslage in die folgenden Kategorien unterteilt:

- Versorgungsgrad 0 % bis unter 75 %
- Versorgungsgrad 75 % bis unter 90 %
- Versorgungsgrad 90 % bis unter 100 %
- Versorgungsgrad 100 % bis unter 110 %
- Versorgungsgrad über 110 %

In *Abbildung 8* ist die Ausstattung mit Hausärzten in den ländlichen Kreisen für das Jahr 2010 dargestellt.[3]

3 Aufgrund der Datenverfügbarkeit werden für Sachsen und Sachsen-Anhalt die Kreiszuschnitte vor den Kreisgebietsreformen für die Darstellung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungssituation herangezogen. Mit der Kreisgebietsreform 2007 wurden zum 01.07.2007 die 21 Landkreise Sachsen-Anhalts zu elf neuen Landkreisen zusammengefasst (Staatskanzlei des Landes Sachsen-Anhalt 2008.). In Sachsen wurde die Anzahl der Kreise und kreisfreien Städte zum 01.08.2008 von 29 auf dreizehn reduziert (Staatsministerium des Inneren Sachsen 2011.).

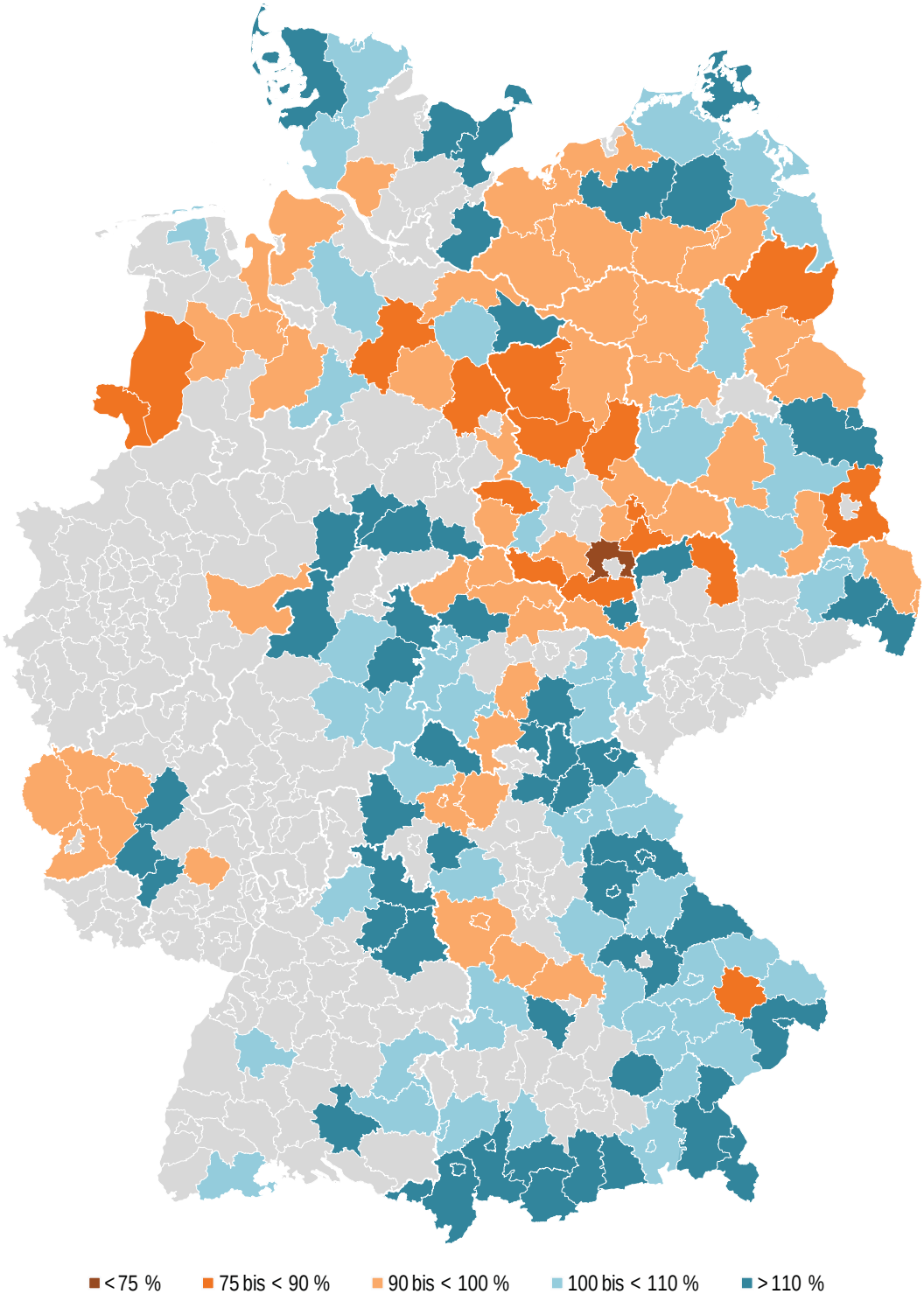


Abbildung 8: Situation der hausärztlichen Versorgung in den ländlichen Kreisen, 2010

Die Versorgungslage in den ländlichen Räumen stellt sich regional differenziert dar. In der Nordhälfte dominieren die ländlichen Kreise, in denen der Versorgungsgrad unter 100 % liegt. In einzelnen Kreisen Niedersachsens, Brandenburgs und Sachsen-Anhalts wird sogar die Marke von 90 % unterschritten. Im Saalekreis in Sachsen-Anhalt liegt der Versorgungsgrad sogar unter der 75 % - Grenze und somit im Bereich der Unterversorgung gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Allerdings verfügen einige Kreise in den nord-

deutschen Ländern auch über eine gute hausärztliche Ausstattung. So liegt der Versorgungsgrad in mehreren ländlichen Kreisen Niedersachsens und in einem Kreis und einer kreisfreien Stadt Brandenburgs sogar über 110 %. Auch wenn die Kreise mit niedrigen Versorgungsgraden überwiegen, kann somit momentan also nicht von einer komplett mangelhaften Versorgung in den ländlichen Räumen Norddeutschlands gesprochen werden.

In der südlichen Hälfte überwiegen die ländlichen Kreise, in denen die Versorgung mindestens bei 100 % liegt. Teilweise herrscht sogar Überversorgung. Dies betrifft auch ländliche Kreise in Sachsen und Thüringen. Auch in den süddeutschen Bundesländern existieren ländliche Kreise mit einer Ausstattung unter 100 %. Lediglich in einem Kreis Bayerns und in einem Kreis Sachsens werden auch die 90 % unterschritten.

In die Bewertung müssen aber auch die bereits vorhandenen Entwicklungstrends hinsichtlich der Arztzahlentwicklung sowie der Altersstruktur mit einbezogen werden. Zwar liegen keine exakten Daten für die einzelnen ländlichen Kreise vor, dennoch können aus den verfügbaren Daten und beobachtbaren Entwicklungen allgemeine Schlussfolgerungen für die Landkreise abgeleitet werden.

Die rückläufigen Hausarztzahlen in den norddeutschen Bundesländern sowie der hohe Anteil von Ärzten, die mindestens 60 Jahre alt sind, wird die Versorgungslage in Zukunft negativ beeinflussen. In Kreisen, deren Versorgungsgrad bereits aktuell unter 100 % bzw. sogar unter 90 % liegt, werden sich die Versorgungsprobleme verstärken.

Gelingt es nicht, Ärzte zur Ansiedlung in den betroffenen Regionen zu bewegen, so kann davon ausgegangen werden, dass die hausärztliche Versorgung dort nicht mehr in einem adäquaten Umfang angeboten werden kann. Aufgrund räumlicher Unterschiede, die in den Versorgungsgraden der Planungsbereiche nicht widergespiegelt werden, muss befürchtet werden, dass im schlimmsten Fall die Versorgung in einigen Teilgebieten sogar ganz zum Erliegen kommt.

Niedersachsen ist das einzige westdeutsche Bundesland mit einem hohen Anteil an Landkreisen, deren Versorgungsgrad unter 100 und sogar unter 90 % liegt. Innerhalb der nächsten acht Jahre werden rund 1.100 Hausärzte in Niedersachsen altersbedingt aus dem System ausscheiden. Diese Entwicklung wird mit Sicherheit auch Praxen in den ländlichen Kreisen betreffen. Gelingt es in diesen Fällen nicht, Nachfolger für die ausscheidenden Mediziner zu finden, so wird auch in diesen Regionen die Gewährleistung der Versorgung gefährdet sein.

Die negativen Salden zwischen Ab- und Zugängen in den Jahren 2005 bis 2009 sowie der hohe Anteil älterer Ärzte lässt auch für die Landkreise, in denen die Versorgungsgrade 100 % (zum Teil deutlich) überschreiten, einen Rückgang der Arztzahlen erwarten. Diese Entwicklung wird jedoch durch die Ausgangssituation abgemildert auftreten. Versorgungsengpässe sollten daher nicht bzw. nicht so rasch wie in den anderen Landkreisen auftreten. Aufgrund von Attraktivitätsunterschieden in den einzelnen Kreisen ist allerdings zu erwarten, dass Disparitäten in den Bundesländern verstärkt zum Ausdruck kommen werden.

Somit ist insbesondere für die ländlichen Räume in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt sowie in einzelnen Kreisen in Bayern, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen und Westfalen-Lippe ein negativer Entwicklungstrend erkennbar. Die Auswirkungen der arztseitigen Entwicklung werden durch die Bevölkerungsentwicklung noch verstärkt. Wie in *Kapitel 2.2.2. Bevölkerungsentwicklung in den ländlichen Räumen* gezeigt wurde, wird der Bedarf an hausärztlicher Versorgung durch den Anstieg des Anteils Älterer an der Gesamtbevölkerung in den ländlichen Kreisen steigen. Vor allem in den Regionen Ostdeutschlands wird dies der Fall sein. Daher ist die Sicherstellung einer ausreichenden hausärztlichen Versorgung dort von besonderer Bedeutung. Somit besteht in diesen Regionen ein dringender Handlungsbedarf, um ein entsprechendes Angebot zu gewährleisten.

Negative Aussichten hierfür zeigt das Berufsmonitoring der Universität Trier unter 12.518 Medizinstudenten (Jacob, Heinz 2010: 2.) aus dem Jahr 2010 auf. Befragt hinsichtlich ihres zukünftigen Arbeitsfeldes kommt lediglich für 38 % eine Tätigkeit als Hausarzt in eigener Praxis in Frage. (Jacob, Heinz, Décieux 2010: Tabelle 4.) Zudem ist generell das Interesse an der Arbeit in einem ländlichen Gebiet schwach ausgeprägt. Orte mit weniger als 2.000 Einwohnern wurden bereits von 54,3 % aller Studierenden für eine spätere Tätigkeit ausgeschlossen. Bei Orten mit 2.000 bis 5.000 Einwohnern betrug der Anteil immerhin noch 46 %. (Jacob, Heinz, Décieux 2010: Tabelle 12.)

3.2.3. Fachärztliche Versorgung

Neben den Hausärzten sind die Fachärzte in der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung tätig. Allerdings können die Entwicklungstendenzen in den dreizehn Facharztgruppen der vertragsärztlichen Versorgung (Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, fachärztlich tätige Internisten, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen, Urologen) nicht in dem gleichen Umfang untersucht werden, wie dies für die hausärztliche Versorgung getan wurde, da dies den Rahmen der Arbeit übersteigen würde. Der Versorgungszustand sowie die Entwicklungstendenzen werden analog zur hausärztlichen Versorgung durch den Versorgungsgrad eines Planungsbereiches, die Altersstruktur der Ärzte in den entsprechenden Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Salden zwischen Ab- und Zugängen festgestellt.

In *Tabelle 10* ist für jede Facharztgruppe dargestellt, wie viele der Planungsbereiche einer Kassenärztlichen Vereinigung jeweils überversorgt sind, d. h. in wie vielen Bereichen der Versorgungsgrad die Marke von 110 % übersteigt. Farblich hervorgehoben sind die KVen, in denen bezüglich der einzelnen Arztgruppen alle Planungsbereiche überversorgt sind.

Wie der Auflistung entnommen werden kann, herrscht in vielen Planungsbereichen hinsichtlich des fachärztlichen Angebots Überversorgung. Diese Bereiche sind für die Neuansiedlungen von entsprechenden Ärzten geschlossen. Gesondert gekennzeichnet sind zudem die Fälle, in denen alle Planungsbereiche einer KV überversorgt sind. Dies gilt v. a. für Anästhesisten, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen und Urologen. In den Arztgruppen der Chirurgen und fachärztlich tätige Internisten bestehen im ganzen Bundesgebiet keine freien Niederlassungsmöglichkeiten. Ergänzend zu dieser allgemeinen

	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Internisten	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten	Radiologen	Urologen
Baden-Württemberg	43 / 43	40 / 43	43 / 43	43 / 43	41 / 43	38 / 43	41 / 43	42 / 43	42 / 43	43 / 43	39 / 43	43 / 43	42 / 43
Bayern	79 / 79	66 / 79	79 / 79	79 / 79	75 / 79	73 / 79	73 / 79	75 / 79	78 / 79	79 / 79	75 / 79	78 / 79	78 / 79
Berlin	0 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1
Brandenburg	14 / 16	15 / 16	16 / 16	16 / 16	16 / 16	16 / 16	12 / 16	16 / 16	15 / 16	16 / 16	16 / 16	16 / 16	16 / 16
Bremen	2 / 2	1 / 2	2 / 2	2 / 2	2 / 2	2 / 2	2 / 2	2 / 2	1 / 2	2 / 2	2 / 2	2 / 2	2 / 2
Hamburg	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	0 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 1
Hessen	26 / 26	21 / 26	26 / 26	26 / 26	26 / 26	25 / 26	25 / 26	15 / 26	25 / 26	23 / 26	26 / 26	26 / 26	26 / 26
Mecklenburg-Vorpommern	13 / 13	12 / 13	13 / 13	13 / 13	13 / 13	12 / 13	13 / 13	12 / 13	13 / 13	13 / 13	13 / 13	13 / 13	13 / 13
Niedersachsen	44 / 44	33 / 44	44 / 44	44 / 44	40 / 44	42 / 44	41 / 44	39 / 44	38 / 44	42 / 44	43 / 44	44 / 44	44 / 44
Nordrhein	27 / 27	27 / 27	27 / 27	27 / 27	26 / 27	27 / 27	26 / 27	27 / 27	27 / 27	26 / 27	27 / 27	27 / 27	27 / 27
Rheinland-Pfalz	28 / 28	22 / 28	28 / 28	28 / 28	26 / 28	23 / 28	24 / 28	23 / 28	27 / 28	28 / 28	28 / 28	27 / 28	28 / 28
Saarland	6 / 6	5 / 6	6 / 6	6 / 6	6 / 6	6 / 6	6 / 6	6 / 6	6 / 6	6 / 6	6 / 6	6 / 6	6 / 6
Sachsen	25 / 26	23 / 26	26 / 26	26 / 26	24 / 26	23 / 26	23 / 26	26 / 26	25 / 26	26 / 26	21 / 26	24 / 26	26 / 26
Sachsen-Anhalt	21 / 23	20 / 23	23 / 23	23 / 23	20 / 23	21 / 23	19 / 23	21 / 23	18 / 23	23 / 23	23 / 23	23 / 23	22 / 23
Schleswig-Holstein	13 / 13	12 / 13	13 / 13	13 / 13	13 / 13	13 / 13	12 / 13	13 / 13	13 / 13	13 / 13	13 / 13	13 / 13	13 / 13
Thüringen	18 / 20	17 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	17 / 20	18 / 20	20 / 20	16 / 20	20 / 20	20 / 20	20 / 20	19 / 20
Westfalen-Lippe	27 / 27	25 / 27	27 / 27	27 / 27	27 / 27	26 / 27	27 / 27	26 / 27	27 / 27	27 / 27	27 / 27	27 / 27	27 / 27

Tabelle 10: Anzahl der überversorgten Planungsbereiche, nach Kassenärztlichen Vereinigungen getrennt, 2010

Darstellung soll nun die räumliche Verteilung der gering versorgten Gebiete untersucht werden. Da das Augenmerk dieser Arbeit auf der Situation in den ländlichen Räumen liegt, werden nur diese in der Untersuchung berücksichtigt.

Abbildung 9 vermittelt, in welchen ländlichen Kreisen die Versorgungsgrade der dreizehn Facharztgruppen im Jahr 2010 unter 90 % lagen. Für eine bessere Übersicht wird die Anzahl der betroffenen Arztgruppen pro Landkreis zusammengezählt dargestellt.

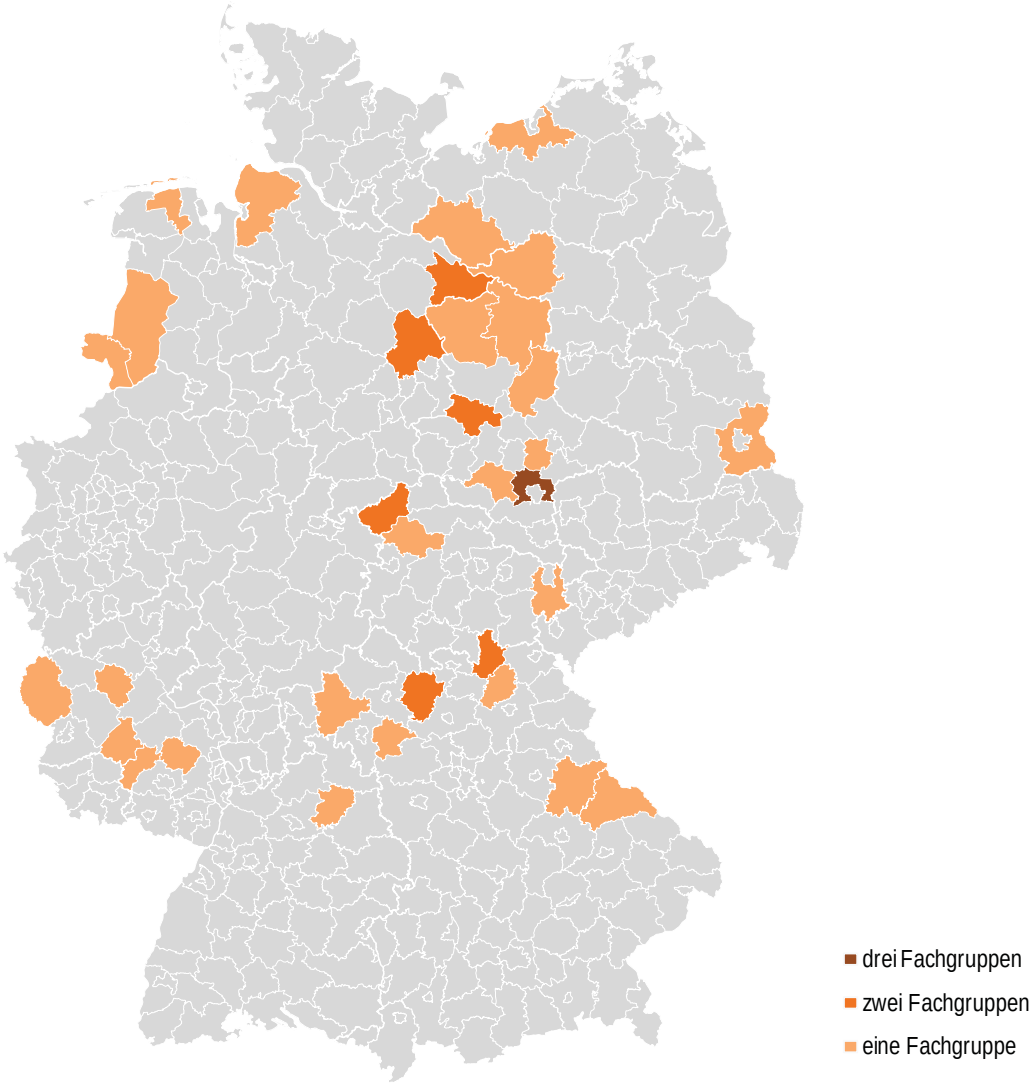


Abbildung 9: Anzahl der Facharztgruppen mit einem Versorgungsgrad unter 90 % in den ländlichen Kreisen, 2010

Der Abbildung ist zu entnehmen, dass deutschlandweit in den einzelnen Landkreisen für die unterschiedlichen Facharztgruppen mitunter geringe Versorgungsgrade auftreten. Vor allem in Sachsen-Anhalt ist die fachärztliche Ausstattung in einigen ländlichen Kreisen geringer als 90 %. Im Saalkreis sind davon drei Facharztgruppen betroffen. Im Norden Bayerns, in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen befinden sich ebenfalls Planungsbereiche, in denen die Ausstattungsgrade in Facharztgruppen unter 90 % liegen. Meist ist davon nur eine Arztgruppe betroffen, nur in einzelnen Kreisen tritt dies bei zwei Facharztgruppen auf.

Bei der Betrachtung der einzelnen Arztgruppen ist festzustellen, dass in der Gruppe der Hautärzte in den meisten, d. h. in zwölf Landkreisen, die Marke von 90 % unterschritten wird. Die Augenärzte folgen mit neun, die HNO-Ärzte mit sechs, die Anästhesisten und die Nervenärzten mit jeweils vier, die Kinderärzte mit drei und die Frauenärzten mit zwei Landkreisen. Für die Radiologen kann ein betroffener Landkreis ermittelt werden.

Zur genaueren Differenzierung wird in *Abbildung 10* die Aufstellung mit den ländlichen Kreisen, in denen der Versorgungsgrad weniger als 50 % beträgt und somit unter der gesetzlichen Unterversorgungsgrenze liegt, konkretisiert.

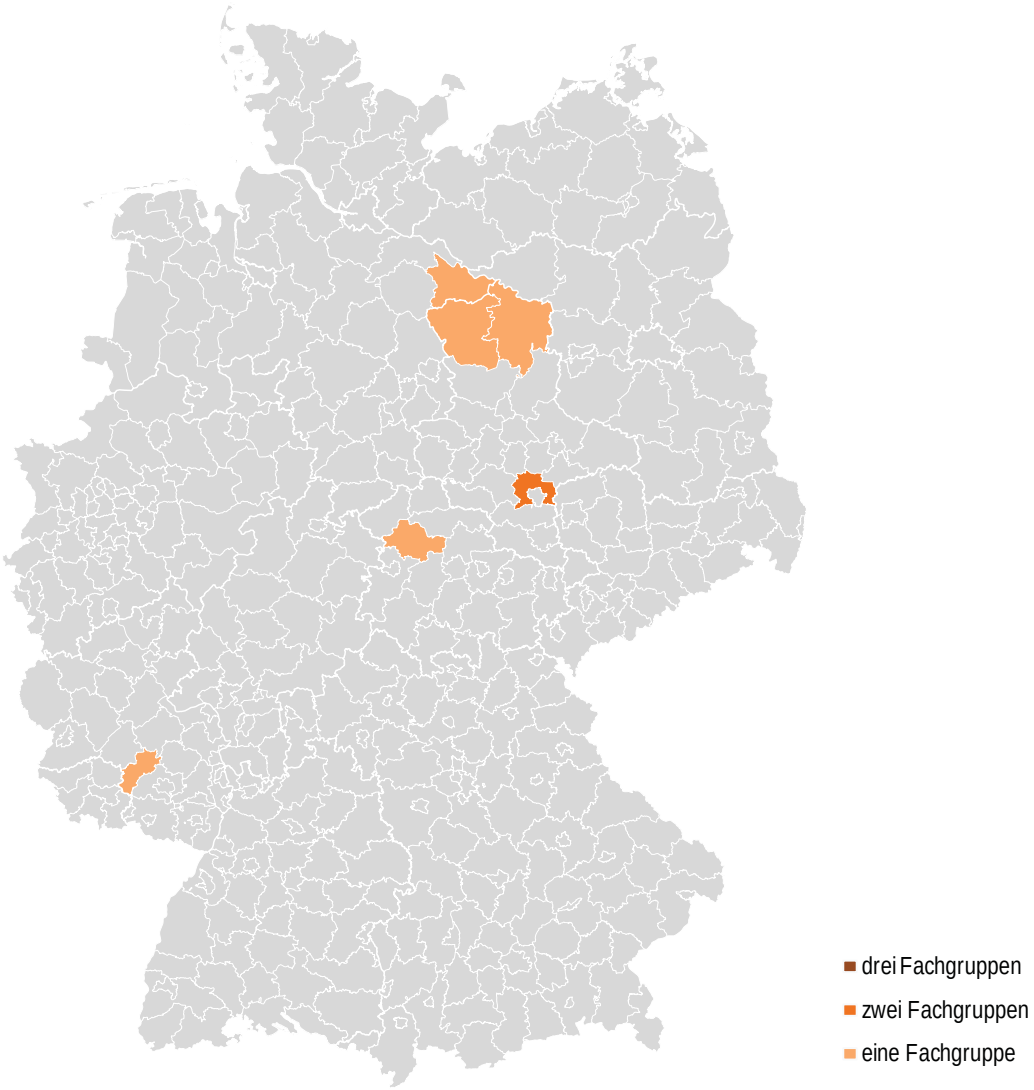


Abbildung 10: Anzahl der Facharztgruppen mit einem Versorgungsgrad unter 50 % in den ländlichen Kreisen, 2010

Wiederum ist in Sachsen-Anhalt die Zahl der betroffenen ländlichen Kreise am höchsten. Im Saalkreis kann für zwei Facharztgruppen (HNO-Ärzte und Nervenärzte) Unterversorgung festgestellt werden. Allerdings gilt für diese beiden Gruppen in der angrenzenden Stadt Halle Überversorgung. Es kann daher geschlussfolgert werden, dass die Fachärzte in Halle die Versorgung des Landkreises mit übernehmen. Welche Entfernungen die Be-

wohner des Kreises zurücklegen müssen, um diese Ärzte aufzusuchen, lässt sich jedoch durch die Kennwerte nicht feststellen. Über die Erreichbarkeit des ärztlichen Angebotes kann somit keine Aussage getroffen werden.

In zwei weiteren Kreisen Sachsen-Anhalts, d. h. in Stendal und im Altmarkkreis Salzwedel wird jeweils in der Gruppe der Anästhesisten die 50 % - Grenze unterschritten. Im Unstrut-Hainich-Kreis in Thüringen sind ebenfalls die Anästhesisten betroffen. Im nordrhein-westfälischen Landkreis Kusel liegt der Versorgungsgrad der Radiologen und im niedersächsischen Lüchow-Dannenberg der Versorgungsgrad der Hautärzte unter 50 %.

In diesen ländlichen Regionen besteht somit Handlungsbedarf, um den fachärztlichen Bedarf in der ambulanten Versorgung zu decken.

Tabelle 11 schlüsselt für die verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen geordnet nach Facharztgruppen den Anteil der Vertragsärzte auf, die älter als 60 Jahre sind. Jeweils gesondert gekennzeichnet sind die Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen der Anteil in den einzelnen Arztgruppen die Marke von 15 %, 20 % bzw. 30 % überschreitet.

	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Internisten	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten	Radiologen	Urologen
Baden-Württemberg	11,9	21,1	21,4	15,8	22,7	19,1	18,1	19,7	30,1	15,4	25,3	14,0	11,3
Bayern	12,8	20,8	18,4	16,1	21,3	18,9	13,5	16,1	15,4	11,8	26,6	10,6	16,5
Berlin	12,4	19,0	23,5	14,9	21,9	20,2	11,9	21,5	25,0	11,5	20,1	17,0	18,3
Brandenburg	10,9	14,4	13,1	13,6	17,2	6,4	14,7	18,6	14,5	10,6	12,6	12,0	10,1
Bremen	11,4	19,3	21,3	14,2	22,9	21,2	21,6	15,9	30,2	13,1	32,5	17,6	17,6
Hamburg	26,9	22,3	20,0	20,9	27,6	17,7	9,2	17,1	30,1	18,4	28,1	12,3	13,7
Hessen	9,9	21,5	19,6	15,8	18,8	14,4	18,5	19,1	22,4	12,4	25,5	11,9	14,4
Mecklenburg-Vorpommern	5,7	12,8	15,2	14,0	14,0	12,9	16,1	17,4	18,3	4,4	11,4	6,3	8,9
Niedersachsen	9,6	18,9	16,7	14,8	19,6	14,2	15,3	19,1	16,1	14,9	24,8	12,7	13,0
Nordrhein	8,9	16,6	17,6	15,2	17,5	18,5	15,4	14,4	15,3	11,8	15,3	13,9	16,6
Rheinland-Pfalz	11,6	11,8	21,7	14,1	20,5	13,0	12,8	15,7	18,7	12,8	24,8	9,6	17,6
Saarland	6,1	13,2	21,5	15,3	17,9	16,1	6,7	12,5	23,5	13,4	15,3	10,3	14,3
Sachsen	4,9	17,1	11,6	12,6	13,1	13,9	11,7	25,6	26,0	8,0	12,3	7,8	9,1
Sachsen-Anhalt	7,7	14,4	21,0	12,7	15,3	10,8	21,7	22,8	16,0	11,4	25,0	6,5	10,6
Schleswig-Holstein	13,4	18,8	25,2	17,6	19,3	16,9	15,5	21,9	26,3	10,8	26,8	9,8	12,5
Thüringen	10,7	23,8	12,4	14,9	21,1	25,2	16,3	26,6	16,9	5,9	6,8	7,5	9,6
Westfalen-Lippe	10,2	19,2	25,9	13,2	21,0	17,0	14,8	18,8	18,4	17,6	10,8	11,0	14,4

Tabelle 11: Anteil der Fachärzte älter als 60 Jahre am 31.12.2009 in Prozent, nach Kassenärztlichen Vereinigungen und Arztgruppen getrennt

Die Altersstruktur variiert abhängig von den einzelnen Facharztgruppen. Bei den Anästhesisten ist der Anteil der über 60-Jährigen am geringsten, gefolgt von den Radiologen, Orthopäden und Urologen. Hohe Anteile finden sich in den Arztgruppen der Nervenärzte – hier wird in drei KV-Gebieten sogar die 30 % - Grenze überschritten –, Frauenärzte, Kinderärzte und Chirurgen.

Vor allem in den westdeutschen Bundesländern sind in vielen Arztgruppen hohe Anteile von Ärzten, die älter als 60 Jahre sind, zu finden. In Baden-Württemberg, Bremen und Hamburg ist dies in zehn Arztgruppen der Fall, in Bayern, Berlin, Nordrhein und Schleswig-Holstein in neun Arztgruppen. Im Vergleich sind in Brandenburg lediglich in zwei, in Sachsen in drei und in Mecklenburg-Vorpommern in vier Arztgruppen ältere Ärzte tätig.

Aus der Altersstruktur folgt, dass in den nächsten Jahren auch in einigen Facharztgruppen eine große Anzahl altersbedingter Abgänge zu verzeichnen sein werden.

Eine Zusammenstellung der Salden zwischen den Ab- und Zugängen für die Jahre 2005 bis 2009 ist in der *Tabelle 12* aufgeführt.

	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzt	HNO-Ärzte	Hautärzte	Internisten	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten	Radiologen	Urologen
Baden-Württemberg	16	-10	31	38	1	7	183	33	-136	35	207	66	12
Bayern	23	18	73	32	9	23	279	53	29	83	27	41	31
Berlin	2	-9	12	-2	-1	4	117	14	1	8	179	37	-2
Brandenburg	9	2	7	10	-3	-4	95	-6	3	9	58	10	2
Bremen	-2	-4	-1	-3	0	1	23	3	-48	2	56	-1	3
Hamburg	-2	2	-2	7	-1	6	39	6	-36	10	74	7	2
Hessen	4	-8	25	5	-3	0	58	13	-46	22	66	16	-4
Mecklenburg-Vorpommern	0	1	1	8	1	-3	42	-8	-2	4	20	5	2
Niedersachsen	8	-17	28	31	12	8	204	22	-14	28	100	49	10
Nordrhein	-2	-11	6	20	9	9	183	13	30	36	130	62	13
Rheinland-Pfalz	13	-7	7	7	1	2	49	6	3	27	33	33	8
Saarland	1	-2	0	-5	-1	1	9	-1	-7	5	22	4	-1
Sachsen	26	-11	9	15	1	5	162	-10	12	16	64	20	2
Sachsen-Anhalt	14	3	7	0	-3	1	84	-9	12	11	13	18	3
Schleswig-Holstein	0	-4	8	4	5	2	74	11	-20	6	58	19	1
Thüringen	15	-5	5	6	-3	-1	50	5	8	9	26	14	2
Westfalen-Lippe	8	3	9	27	5	10	142	17	3	25	180	50	8
Bundesrepublik	133	-59	225	200	29	71	1.793	162	-208	336	1.313	450	92

Tabelle 12: Zugänge und Abgänge in der fachärztlichen Versorgung für die Jahre 2005 bis 2009, saldiert, nach Kassenärztlichen Vereinigungen und Arztgruppen getrennt

Die Facharztgruppen, in denen in den untersuchten Jahren mehr Ärzte zur Versorgung zugelassen wurden, als sie verlassen haben, überwiegen. Allerdings können bei der Betrachtung der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedliche Ausprägungen der Salden sowie vereinzelt ein Rückgang der Arztzahlen festgestellt werden. Überraschend sind die mitunter stark ausgeprägten positiven Salden in einzelnen Arztgruppen. Insbesondere die Innere Medizin ist hier auffällig. Vor dem Hintergrund der Sperrung vieler Planungsbereiche aufgrund von Überversorgung sollte die Zahl der Neuzulassungen eingeschränkt sein. Erklärbar ist dies u. a. mit der Bewilligung von regionalen Sonderbedarfen, die Neuzulassungen auch in gesperrten Planungsbereichen ermöglichen. In der Arztgruppe der Inneren Medizin sind eine Vielzahl Spezialisierungen vereint, wie z. B. die Kardiologie, die Gastroenterologie oder die Nephrologie (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie.). In der Bedarfsplanung wird jedoch lediglich die Versorgung mit allen

Internisten überprüft. Ein regionaler Mangel an Spezialisten kann daher gemäß § 24 b Satz 2 und 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Bewilligung von Sonderbedarf führen.

Einzelne Fachgebiete weisen in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen negative Entwicklungen auf – wenn auch größtenteils nicht in starker Ausprägung. Betroffen von einer überwiegend negativen Entwicklung sind die Augenärzte mit einem Rückgang von 59 und die Nervenärzte mit einem Rückgang von 208 Ärzten.

Die allgemein recht guten Ausstattungsniveaus, die auch in vielen ländlichen Kreisen im Bereich der Überversorgung liegen, lassen vermuten, dass die Versorgungslage dort sowohl aktuell als auch in den nächsten Jahren sichergestellt ist. Allerdings ist eine differenzierte Betrachtung der regionalen Auslastung der Arztgruppen notwendig. Der generell höhere Behandlungsbedarf bei älteren Personen hat eine gesteigerte Belastung bei den Ärzten zur Folge, deren Klientel sich größtenteils aus Älteren zusammensetzt. Zu diesen Fachgruppen zählen zum Beispiel Augenärzte und Orthopäden. Somit steht die statistisch festgestellte Überversorgung im Gegensatz zu einem höheren Behandlungsbedarf. Dies äußert sich unter anderem in langen Wartezeiten auf Behandlungstermine. Scheiden in den betroffenen Arztgruppen Vertragsärzte aus der Versorgung aus, so kann dies zu einer erheblichen Verschlechterung der Versorgungslage führen. (Herre 2008.)

Die Betrachtung der Altersstruktur hat gezeigt, dass in Zukunft in einzelnen Arztgruppen die Zahl der freien Arztstellen teils erheblich steigen wird. Bereits heute existieren vereinzelt Kreise, in denen für einige Fachrichtungen Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung festzustellen ist.

Problematisch ist – wie im Fall der Hausärzte – auch bei den Fachärzten die unterschiedliche Attraktivität einzelner Regionen. Anreize wie höhere Fallwerte und der größere Anteil an Privatpatienten kann zu einer Unterstützung der Ansiedlung von Fachärzten in den westdeutschen Bundesländern führen.

Auffällig ist in der Untersuchung, dass für die Gruppen der Augen- und der Nervenärzte zum einen der Anteil der über 60-jährigen Ärzte relativ hoch ist und zum anderen die Arztzahlen in den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen im Beobachtungszeitraum rückläufig waren. Für diese Fachrichtungen können somit zukünftig weitere Rückgänge erwartet werden. Insbesondere die negative Entwicklung in der Versorgung mit Augenärzten ist vor dem Hintergrund des steigenden Versorgungsbedarfes bei einer alternden Bevölkerung kritisch zu bewerten. Hier sollte verstärkt gegengesteuert werden.

3.3. Entwicklungstendenzen der akutstationären Versorgung

Im Jahr 2009 nahmen 2.084 Krankenhäuser an der stationären Versorgung teil. Insgesamt verfügten sie über 503.341 Betten. Das heißt, dass im Durchschnitt deutschlandweit pro 100.000 Einwohner 615 Krankenhausbetten zur Verfügung standen. Die Zahl der Krankenhäuser sowie der aufgestellten Betten ist seit 1991 rückläufig: 1991 wurden in 2.411 Krankenhäusern 665.565 Betten für die stationäre Versorgung von Patienten vorgehalten.

Im Kontrast zu dieser Entwicklung hat die Zahl der behandelten Patienten in diesem Zeitraum zugenommen. Wurden 1991 14.576.613 Personen stationär aufgenommen, waren es 2009 bereits 17.817.180. Allerdings nahm die Zahl der im Krankenhaus verbrachten Tage kontinuierlich ab von 14,0 im Jahr 1991 auf 8,0 im Jahr 2009. Gleichzeitig ging auch die Bettenauslastung zwischen 1991 und 2009 von 84,1 % auf 77,5 % zurück. (Statistisches Bundesamt 2011b: 10.)

Diese Zahlen zeigen, dass trotz Zunahme an behandelten Patienten die Anzahl der an der stationären Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser rückläufig ist. Konkrete Aussagen, ob sich die Versorgungssituation durch den Rückgang der Krankenhäuser im betrachteten Zeitraum verschlechtert hat, können allerdings aufgrund dieser Zahlen nicht getroffen werden. Das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung hat in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK für den Raumordnungsbericht 2005 eine Erreichbarkeitsanalyse für die an der Grundversorgung teilnehmenden Krankenhäuser erarbeitet, die Rückschlüsse auf den Versorgungsgrad der Bevölkerung zulässt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sollen an dieser Stelle dargestellt werden.

Aufgrund unterschiedlicher Definitionen für die einzelnen Versorgungsstufen in den Krankenhausplanungen der Bundesländer konnten diese als Grundlage für die bundesweite Analyse nicht verwendet werden. Daher wurde der Begriff „Krankenhaus der Grundversorgung" im Rahmen der Untersuchung folgendermaßen festgelegt: Krankenhäuser zählen zur Grundversorgung, „wenn sie über eine chirurgische oder internistische Fachabteilung (mit mehr als fünf Betten) oder eine gynäkologische Abteilung verfügen" (Klauber, Robra, Schellschmidt 2006: 207.).

Datengrundlage bildete das Krankenhausverzeichnis des WIdO mit dem Stand Ende 2002. Zu den Krankenhäusern der Grundversorgung zählten dementsprechend 1.754 Einrichtungen, die insgesamt über ca. 375.000 Betten verfügten. (Klauber, Robra, Schellschmidt 2006: 208.)

Die Krankenhäuser der Grundversorgung befanden sich zumeist in Zentralen Orten. Ca. 600 Einrichtungen waren in Oberzentren und rund 900 in Orten mit mittelzentralen Teilfunktionen angesiedelt. Die restlichen rund 250 Krankenhäuser der Grundversorgung befanden sich in Gemeinden, die nicht den Zentralen Orten zugeordnet waren. (BBR 2005b: 123.)

In einem ersten Schritt wurde die Versorgungssituation anhand der vorhandenen Bettendichte ermittelt. Sie ist in *Abbildung 11* dargestellt.

Die Bettendichte in den Krankenhäusern der Grundversorgung spiegelte allerdings nicht die Bevölkerungsdichte wider. So fanden sich sowohl in hoch verdichteten Räumen, wie z. B. dem Ruhrgebiet oder dem Münchener Ballungsraum, als auch in Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte, wie der Mecklenburger Seenplatte oder dem südlichen Bayern, hohe Bettendichten mit fünf bzw. mehr Betten pro 1.000 Einwohner. Hierbei ist zu beachten, dass in Fremdenverkehrsregionen Touristen mitversorgt werden und daher auch generell mehr Betten zur Verfügung gestellt werden müssen. (Klauber, Robra, Schellschmidt 2006: 208.)

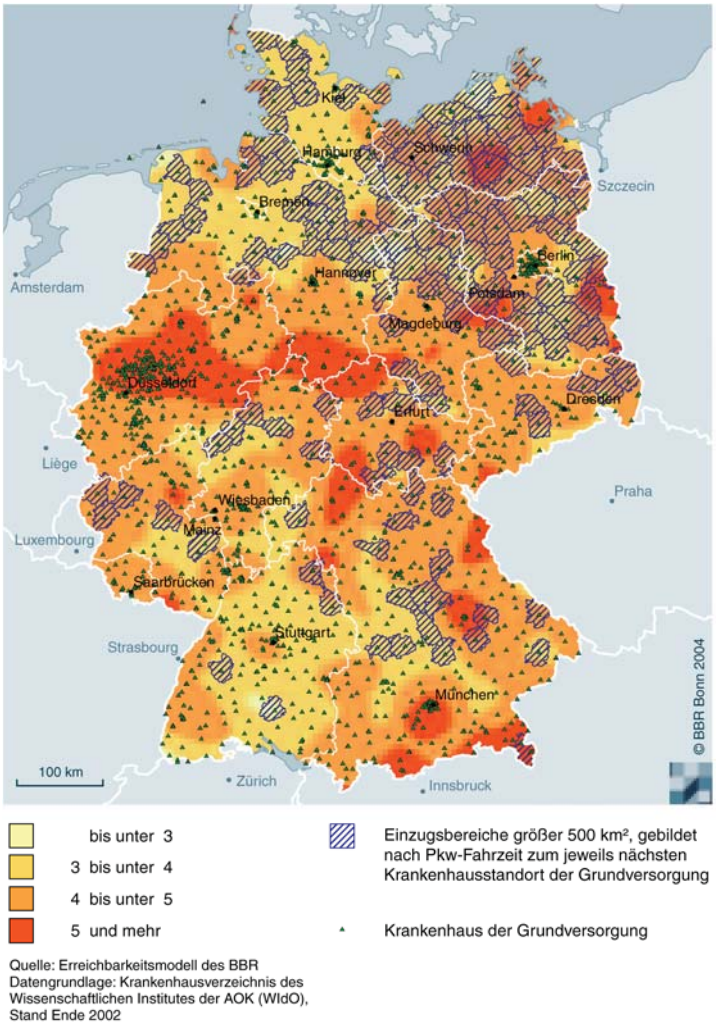


Abbildung 11: Krankenhaus-Bettendichte 2003 in Betten je 1.000 Einwohner unter Einbeziehung der erreichbaren Betten und Einwohner im Umkreis von 50 km, distanzgewichtet

Als Bewertungskriterium für die Versorgungssituation der Bevölkerung ist die Bettendichte jedoch nicht aussagekräftig genug. Daher wurde in einem zweiten Schritt untersucht, wie sich die Erreichbarkeit der Krankenhäuser darstellt. Als Kriterium wurde die Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung herangezogen. Eine wohnortnahe Versorgung wurde in diesem Zusammenhang durch eine maximale Fahrzeit von 20 Minuten definiert. Die Erreichbarkeit der Krankenhäuser der Grundversorgung ist in *Abbildung 12* dargestellt.

Die Versorgung wird in der Studie als sehr gut eingeschätzt. Ca. 75 % der Bevölkerung erreichten 2002 innerhalb von 10 und ca. 98 % innerhalb von 20 Minuten den nächstgelegenen Krankenhausstandort. Lediglich rund 2,3 % der Einwohner Deutschlands lagen außerhalb des 20-Minuten-Radius eines Krankenhauses der Grundversorgung. (Klauber, Robra, Schellschmidt 2006: 208ff.) Dies betraf vor allem Bewohner der ländlichen Räume Brandenburgs, Mecklenburg-Vorpommerns und Sachsen-Anhalts. Weiterhin – wenn auch nicht in der gleichen Intensität – waren auch ländliche Regionen in Baden-Württemberg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Bayern davon betroffen.

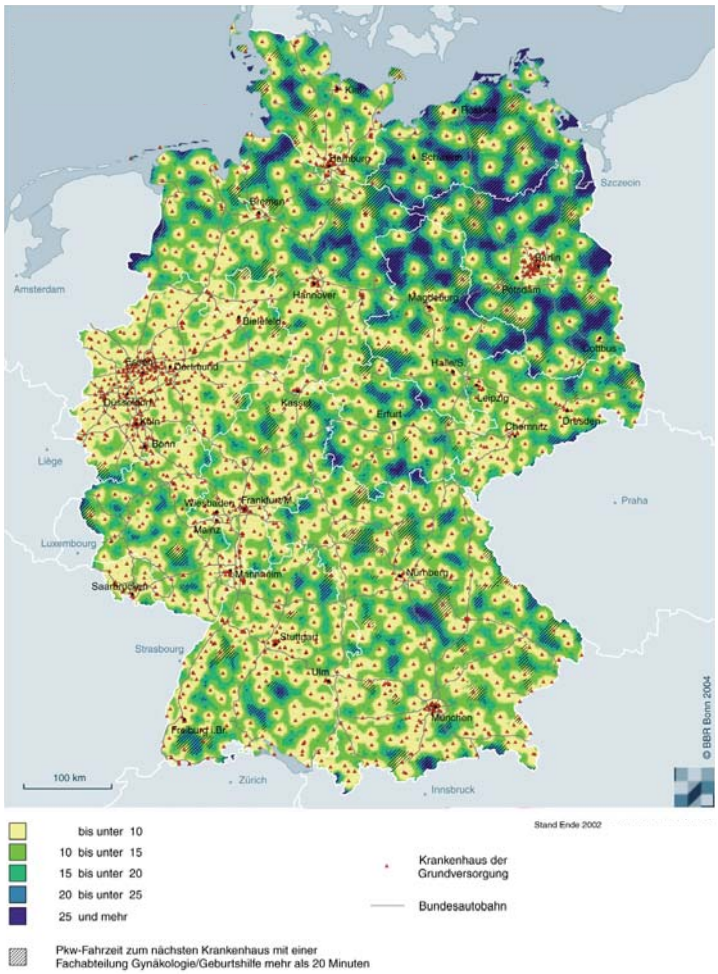


Abbildung 12: PKW-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung 2004 in Minuten

Ein besonderes Augenmerk wurde in der Erreichbarkeitsanalyse auf die Krankenhäuser gelegt, die sich in einer räumlich isolierten Lage befinden. Die Schließung eines solchen Krankenhauses oder dessen Rückzug aus der Grundversorgung würde zu einer erheblichen Verschlechterung der Versorgungssituation in dem betroffenen Gebiet führen. Die Ursache für eine solche Entwicklung kann in der Abrechnung von Krankenhausleistungen durch die DRG-Fallpauschalen liegen.[4] Durch deren Einführung wird u. a. eine zunehmende Spezialisierung einzelner Einrichtungen auf bestimmte Fachgebiete und Behandlungsformen erwartet. Dies würde zu räumlichen Konzentrationsprozessen führen und in deren Folge bedeuten, dass nicht mehr alle Leistungen der Grundversorgung an den bisherigen Standorten angeboten werden. Das entsprechende Versorgungsnetz würde somit ausgedünnt. (Klauber, Robra, Schellschmidt 2006: 211.)

4 Seit 2003 werden alle Krankenhausleistungen nach diagnosebezogenen Fallpauschalen – den so genannten Diagnosis Related Groups (DRG) – vergütet. Dazu werden alle Patienten anhand ihrer Diagnosen sowie demografischer Kriterien in unterschiedliche Fallgruppen eingeteilt. Da der Behandlungsaufwand in den einzelnen Fallgruppen unterschiedlich hoch ist, z. B. aufgrund der notwendigen Verweildauer im Krankenhaus oder dem Einsatz von therapeutischen Maßnahmen, fällt deren Vergütung dementsprechend differenziert aus. (Rosenbrock, Gerlinger 2006: 170f.)

Die Folgen des Wegfalls des nächsten Krankenhauses der Grundversorgung sind in *Abbildung 13* aufgeführt.

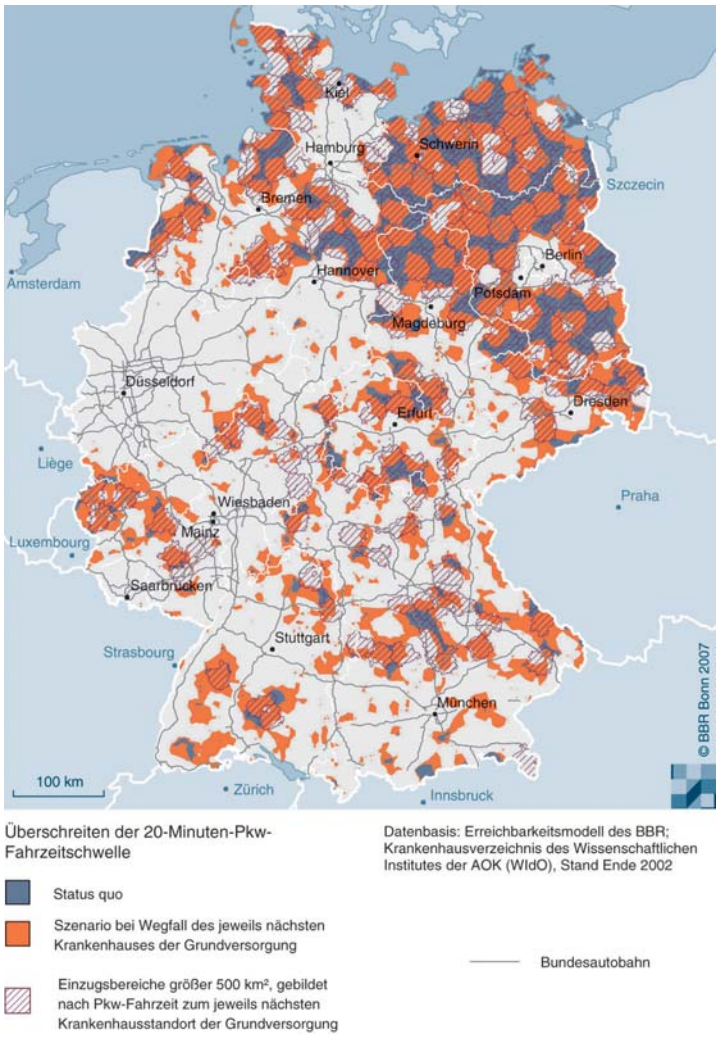


Abbildung 13: Erhöhte PKW-Fahrzeit zum Erreichen des übernächsten Krankenhauses der Grundversorgung bei Wegfall des jeweils nächsten Krankenhauses in Minuten

Das Ausweichen der Bevölkerung auf das zweitnächste Krankenhaus würde v. a. in den ländlichen Räumen zu einer Verschlechterung der Erreichbarkeit akutstationärer Versorgung führen. Insbesondere in den Regionen, in denen die Erreichbarkeit bereits eingeschränkt war (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt), würde die Schließung einzelner Krankenhausstandorte aufgrund des Überschreitens der 20-Minuten-Fahrzeitschwelle zu einer teilweise erheblichen Verschlechterung der Versorgungssituation führen. Zusätzlich würde sich die Erreichbarkeit in den ländlichen und peripheren Räumen weiterer Bundesländer, wie z. B. Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein, verschlechtern. Auch in diesen Regionen müssten die Einwohner dann Fahrzeiten von mehr als 20 Minuten in Kauf nehmen. In Notfallsituationen könnte dies mitunter stark zu Ungunsten der Behandlung der betroffenen Patienten ausfallen (BBR 2005b: 124.).

Die akutstationäre Versorgung wurde bis auf einzelne Bereiche in den Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt als sehr gut eingeschätzt. Allerdings existierten v. a. in den ländlichen Räumen Krankenhäuser in isolierten Lagen, deren Schließung zu einer Verschlechterung der Versorgungslage führen könnte. Daher muss insbesondere der Betrieb an diesen Standorten gesichert und aufrecht erhalten werden, wenn keine Beeinträchtigung der Krankenhausversorgung für die Bevölkerung dieser Regionen entstehen soll.

3.4. Zwischenfazit

Eine einheitliche Bewertung der Situation der medizinischen Versorgung für das gesamte Bundesgebiet kann nicht erfolgen. Vor allem im Bereich der ambulanten Versorgung existieren Unterschiede. Für die einzelnen Arztgruppen dieses Sektors konnten regional differenzierte Versorgungsniveaus ermittelt werden.

So existieren in der hausärztlichen Versorgung derzeit vor allem in den ländlichen Räumen Brandenburgs, Mecklenburg-Vorpommerns, Niedersachsens und Sachsen-Anhalts geringere Arztdichten als in den übrigen Bundesländern. Aufgrund des auch in diesen vier Ländern festzustellenden hohen Anteils von Hausärzten, die 60 Jahre oder älter sind, kann geschlussfolgert werden, dass sich die Versorgungslage dort im Laufe der nächsten Jahren verschlechtern wird, wenn diese Ärzte altersbedingt in Ruhestand treten und es nicht gelingt, die frei werdenden Arztsitze nachzubesetzen.

Da die Anzahl älterer Bewohner insbesondere in den ländlichen Räumen Ostdeutschlands zunehmen wird und damit ein steigender medizinischer Versorgungsbedarf einhergeht, besteht in diesen Regionen ein dringender Handlungsbedarf bezüglich der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung.

Für die fachärztliche Versorgung können keine allgemeingültigen Aussagen hinsichtlich der Versorgungslage getroffen werden. Die im Rahmen der Bedarfsplanung ermittelten Ausstattungsgrade lassen zwar für viele Arztgruppen die Schlussfolgerung zu, dass die Versorgung in einem ausreichenden Maße bzw. sogar über dieses erforderliche Maß hinaus gewährleistet ist. Diese Versorgungsgrade treffen jedoch keine Aussagen hinsichtlich der tatsächlichen Kapazitätsauslastung der Ärzte. Diese wird u. a. durch die Bewohnerstruktur einer Region und der daraus resultierenden Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen beeinflusst. Daher können in den einzelnen Regionen erhöhte Arbeitsbelastungen für die dort tätigen Ärzte aufgrund des Behandlungsbedarfs der Bevölkerung existieren, so dass trotz statistisch ermittelter Voll- bzw. Überversorgung tatsächliche Versorgungsdefizite vorhanden sind. Für einzelne Facharztgruppen konnte regional eine Versorgung unter 90 % festgestellt werden. Davon betroffen sind insbesondere ländliche Räume in Sachsen-Anhalt, aber auch in Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen.

Somit können neben der hausärztlichen auch für die fachärztliche Versorgung regionale Handlungsbedarfe festgestellt werden.

Die akutstationäre Versorgung der Bevölkerung wird fast flächendeckend als sehr gut bewertet. Zur Aufrechterhaltung dieses Zustandes sind jedoch vor allem in den ländlichen Regionen die Krankenhausstandorte zu sichern, da es sich bei diesen meist um isolierte Standorte handelt, deren Wegfall eine Verschlechterung der Versorgung nach sich ziehen würde.

4. Optionen zur Sicherstellung

4.1. Einführung

Nach der Herausarbeitung der Versorgungslage in den ländlichen Räumen sowie der dort auftretenden Probleme, werden in diesem Kapitel Maßnahmen zur Bewältigung dieser Probleme vorgestellt. Einige der Maßnahmen, die der Sicherstellung der ambulanten Versorgung dienen, sind bereits in der aktuellen Gesetzgebung geregelt und im Zuge von Gesetzesnovellierungen speziell als Reaktion auf die Entwicklung der Versorgungssituation implementiert worden. So leistete das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2003 – die so genannte Gesundheitsreform – durch die Stärkung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) einen Beitrag zur Veränderung der medizinischen Angebotserbringung (Zermin 2003: 12.).

Umfassende Modifizierungen der ärztlichen Tätigkeit wurden mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das am 01. Januar 2007 in Kraft trat, und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2008 vorgenommen. Durch diese soll der Arztberuf an die aktuellen Anforderungen angepasst sowie dessen praktische Ausübung für angehende Mediziner attraktiver werden. Zu den Neuerungen zählen unter anderem die Vereinfachung der Möglichkeiten, als Arzt in einem Anstellungsverhältnis tätig zu werden, die Option der Eröffnung einer Zweigpraxis (BMG 2008: 1ff.) oder die Aufhebung der Altersbeschränkung für die Tätigkeitsausübung im ambulanten Bereich (Art. 1 Nr. 1i GKV-OrgWG.).

Die in den Gesetzen geregelten Sicherstellungsoptionen sollen nachfolgend vorgestellt und ihre Wirksamkeit anhand einzelner Kriterien eingeschätzt werden. Ergänzt wird die Aufführung der gesetzlich verankerten durch die Darstellung von weiteren Optionen, deren Praxistauglichkeit momentan erprobt wird bzw. die zurzeit in der fachlichen Diskussion sind. Dabei wird nach finanziellen Möglichkeiten, personellen Sicherstellungsoptionen sowie arztpraxisbezogenen Optionen unterschieden. Der Fokus der Untersuchung soll auf den Optionen liegen, von denen eine direkte räumliche Auswirkung erwartet werden kann. Darüber hinausgehende Maßnahmen, die zurzeit diskutiert werden, sollen im Rahmen dieser Arbeit nicht aufgeführt werden.

Im Anschluss an die Vorstellung der Maßnahmen, die durch Akteure des Gesundheitssystems erbracht werden können, soll eine Untersuchung der Rolle der Raumplanung und ihrer Einflussmöglichkeiten erfolgen, um aufzuzeigen, welche Ansätze und Beiträge diese Profession zur Lösung der Versorgungsproblematik bieten kann.

Aufgrund der fachlichen Ausrichtung dieser Arbeit werden die einzelnen Maßnahmen nicht hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf die Qualität der medizinischen Versorgung eingeschätzt. Vielmehr soll hauptsächlich analysiert werden, welche raumbezogenen Effekte von ihnen ausgehen. Dementsprechend lauten die Fragestellungen der Bewertung:

Fragestellung Nr. 1

Welchen Beitrag kann die Maßnahme zur Sicherstellung der Versorgung leisten?

Fragestellung Nr. 2

Beinhaltet die Maßnahme eine gezielte raumbezogene Steuerung?

Die Maßnahmen sollten gezielt zur Verbesserung der Situation in den Problemräumen beitragen. Daher soll bewertet werden, ob die vorgestellten Optionen über einen direkten Raumbezug verfügen und somit eine räumlich gezielte Ansiedlung von Ärzten in Problemgebieten möglich ist.

Fragestellung Nr. 3

Welchen Beitrag kann die Maßnahme zur Verbesserung der Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung leisten?

Besonders in dünn besiedelten Regionen ist die Gewährleistung der Versorgung aufgrund mangelnder ÖPNV-Angebote durch eine Ausdünnung des Praxisnetzes gefährdet. Neben der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung durch Praxen sollte daher auch die Gewährleistung der Erreichbarkeit der Angebote Berücksichtigung finden. Die Gründung einer neuen oder die Übernahme einer bestehenden Praxis hat selbstverständlich Auswirkungen auf die Entfernung zwischen Arzt und Patienten. Mit dieser Fragestellung sollen darüber hinaus die vorgestellten Maßnahmen dahingehend bewertet werden, ob sie spezifische Ansätze enthalten, die unmittelbar auf eine Verbesserung der Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung hinwirken.

4.2. Finanzielle Sicherstellungsoptionen

4.2.1. Steuerung über die Honorare

In der aktuellen Vergütungssystematik erhalten die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen von den gesetzlichen Krankenkassen die so genannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zugewiesen. In welchem Umfang die Gesamtvergütung erfolgt, wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen festgelegt. Darüber hinaus werden von den Krankenkassen weitere Gelder zur Verfügung gestellt, mit denen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung besondere Leistungen wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen vergütet werden.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird in einem ersten Schritt in zwei getrennte Vergütungsvolumen getrennt, das hausärztliche und das fachärztliche Volumen. Darüber hinaus erfolgt eine weitere Aufteilung auf die einzelnen Arztgruppen, so dass für jede Arztgruppe eines KV-Gebietes eine separatere Vergütungsmenge zur Verfügung steht.

Die Honorierung richtet sich nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). In diesem sind alle ärztlichen Leistungen festgelegt, die abgerechnet werden können. Jeder dieser Leistungen wird ein exakter Fallwert in Euro und Cent zugewiesen. Diese Fallwerte werden jedes Jahr regional auf Grundlage von Orientierungswerten, die auf Bundesebene festgesetzt werden, berechnet.

Die Vergütung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird in die Vergütung aus dem sogenannten Regelleistungsvolumen (RLV) und in die Vergütung aus dem sogenannten qualitätsgebundene Zusatzvolumen (QZV) unterschieden. Das RLV beinhaltet insbesondere Leistungen der Basisversorgung einer Arztgruppe. Das QZV beinhaltet freie Leistungen wie z. B. die Akupunktur. Damit werden Zusatzleistungen eines Arztes honoriert, die über die Basisversorgung der Arztgruppe hinausgehen.

Zur Begrenzung der Ausgaben in der ambulanten Versorgung erhält jeder Arzt pro Quartal ein individuelles Mengenvolumen zugewiesen. Dieses wird anhand der Leistungsmenge, die im Vorjahr vom Arzt erbracht wurde berechnet. Diese Mengenbeschränkung bezieht sich sowohl auf Leistungen, die aus dem RLV vergütet werden, als auch für Leistungen des QZV.

Das Honorar eines Arztes setzt sich aus vier Positionen zusammen:

- Das Honorar für Leistungen aus dem RLV und aus dem QZV, die innerhalb der Mengenbeschränkung liegen. Für diese Fälle wird dem Arzt der komplette Fallwert berechnet.
- Das Honorar für Leistungen aus dem RLV und dem QZV, die jenseits der Mengenbeschränkung liegen. Für diese Fälle erhält der Arzt ein Honorar, das mit abgestaffelten Fallwerten berechnet wird. Je mehr Fälle über der Mengenbeschränkung abgerechnet werden, umso geringer wird der Fallwert, den der Arzt für diese zusätzlichen Leistungen gezahlt bekommt.
- Das außerhalb der Gesamtvergütung gezahlte Honorar zu festen Fallwerten.
- Das Honorar aus weiteren Leistungen, wie z.B. dem Bereitschaftsdienst. (KBV 2010b: 7ff.)

Zusätzlich besteht die Möglichkeit über Selektivverträge, d. h. individuelle Vereinbarungen zwischen den Ärzten und Krankenkassen – z. B. im Rahmen der Teilnahme am Hausarztmodell (KBV 2010b: 15.) –, oder durch die Behandlung von Privatpatienten weitere Einnahmen zu generieren. Wie in *Kapitel 3.1. Allgemeine Entwicklungstendenzen* festgestellt wurde, liegt das Honorar pro Fall in den ostdeutschen Bundesländern unter dem Fallwert der westdeutschen Bundesländer. Der Unterschied betrug im Jahr 2008 15 %. Mit der Honorarverteilung für das Jahr 2009 konnte eine Abschwächung dieser Diskrepanz erreicht werden (KBV 2010b: 4f.). Zusätzlich ist jedoch, wie ebenfalls bereits in *Kapitel 3.1.* festgestellt wurde, die Zahl der Privatpatienten in den neuen Ländern geringer als in den alten; entsprechende Einnahmen fallen diesbezüglich niedriger aus. Daraus folgt, dass die Gesamthonorare der Ärzte in den ostdeutschen KVen unter den Einnahmen ihrer Kollegen in den westdeutschen KVen liegen. Aus diesem Grund ist eine Ansiedlung in den neuen Bundesländern für viele Ärzte weniger attraktiv. (BMGS 2004: 104.) Generell

gilt für alle Regionen, in denen die Vergütung geringer ausfällt als in anderen Gebieten, dass sie im Wettbewerb um die Ansiedlung von Ärzten benachteiligt sind. Die weitere Angleichung der Einkommen gilt daher als besonders wichtig, um dem Ärztemangel entgegenzuwirken (BMGS 2004: 125f., Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer 2005: 3f.). Allerdings fordert die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer, dass dies nicht durch eine bloße Umverteilung der finanziellen Mittel der Krankenkassen zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen solle, um Honorareinbußen für bisher besser verdienende Ärzte zu vermeiden. (Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer 2005: 4.)

Die Ausführungen in *Kapitel 3.2. Entwicklungstendenzen in der ambulanten Versorgung* haben gezeigt, dass die Vertragsärzte nicht gleichmäßig über das gesamte Bundesgebiet verteilt sind. So existieren Planungsbereiche, in denen die Versorgung sehr gut gewährleistet ist bis hin zu einer deutlich ausgeprägten Überversorgung, während in anderen Planungsbereichen Unterversorgung droht bzw. bereits besteht. Dies bedeutet, dass Instrumente entwickelt werden müssen, um die räumliche Verteilung der vorhandenen bzw. durch Neuzulassungen ins Versorgungssystem eintretenden Vertragsärzte gezielter beeinflussen zu können.

Eine solche Möglichkeit bietet ein aktuell diskutierter Ansatz der Steuerung über die Arzthonorare. Diese können mit der entsprechenden Versorgungssituation verknüpft werden, um Anreize zur Ansiedlung in unterversorgten Gebieten zu geben.

Zurzeit zahlen die gesetzlichen Krankenkassen an die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütung, die anschließend von diesen an ihre Vertragsärzte verteilt wird. In einem Zwischenschritt könnten die Mittel anhand der Einwohnerzahl auf die einzelnen Planungsbereiche eines KV-Gebietes aufgeteilt werden. Damit stünden für die einzelnen Gebiete finanzielle Mittel in unterschiedlichen Höhen für die Verteilung an die in den Bereichen tätigen Ärzte zur Verfügung. In Gebieten mit hoher Arztdichte und existierender Überversorgung müsste sich folglich eine große Zahl von Vertragsärzten die verfügbaren Mittel teilen. In Planungsbereichen mit geringen Arztdichten würde die Gesamtvergütung auf weniger Ärzte aufgeteilt. Sie würden daher eine höhere Vergütung für ihre Tätigkeit erhalten als ihre Kollegen in gut versorgten bzw. überversorgten Regionen. Auf diese Weise könnte die Ansiedlung in Gebieten mit einer niedrigen Arztdichte finanziell belohnt werden, während die Ansiedlung in Regionen mit hoher Arztdichte finanziell weniger attraktiv wäre. (Klose, Uhlemann 2006a: 13ff.)

Eine Analyse der möglichen Anreize für Ärzte, sich in ländlichen Regionen niederzulassen, stellte jedoch heraus, dass die finanziellen Aufwendungen, die aufgebracht werden müssten, um gefühlte Nachteil aufgrund der Tätigkeit in einer Landarztpraxis auszugleichen, hoch ausfallen müssten. So ermittelten Günther et al. ein maximales Einkommen von 8.802,- €, das zusätzlich jeden Monat gezahlt werden müsste, um alle Nachteile auszugleichen (Günther et al. 2010: 435.). Zu den beeinflussenden Faktoren zählten dabei das „Schul- und Betreuungsangebot für die Kinder", die „berufliche Zukunft des Partners", die „berufliche Kooperation mit Kollegen", das „Angebot an Freizeitmöglichkeiten" und die „Anzahl der Bereitschaftsdienste" (Günther et al. 2010: 431.). Je höher die Einschränkungen sind, die in diesen Kategorien in Kauf genommen werden müssen,

umso höher liegt das zusätzlich benötigte Einkommen (Günther et al. 2010: 435.). Daraus wird ersichtlich, dass das Honorar für eine Niederlassungsentscheidung zwar bedeutend ist (Günther et al. 2010: 431.), jedoch auch weitere Faktoren ausschlaggebend sind.

Diese Feststellung wird auch durch das Berufsmonitoring der Medizinstudenten gestützt. 82 % der befragten Studenten gaben an, dass ihnen die Aspekte „Arbeitsplatzangebot für den Partner, Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder, ausreichendes schulisches Angebot" im Zusammenhang mit der Niederlassung in einem ländlichen Gebiet wichtig ist. Für fast die Hälfte, d. h. 47,6 %, waren diese Faktoren sogar sehr wichtig. (Jacob, Heinz, Décieux 2010: Tabelle 9.)

Rein honorarbezogene Anreizinstrumente werden somit nicht ausreichen, um die Niederlassungsbereitschaft in den ländlichen Räumen zu verstärken.

Fragestellung Nr. 1

Die Vergütung der ärztlichen Leistungen stellt einen wichtigen Handlungsansatz zur Verbesserung der Versorgungslage dar. Viele Ärzte geben geringe Honorare in den ländlichen Räumen, die bestehende Nachteile nicht ausreichend ausgleichen, als wichtigen Hinderungsgrund für eine Ansiedlung an. Eine Anhebung der Honorare könnte die Niederlassung in den ländlichen Räumen begünstigen und im Falle einer gezielten Steuerung zur Verbesserung der Situation in den Problemregionen beitragen. Die notwendige Steigerung der Vergütung würde jedoch zu einer Ausweitung der Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Fragestellung Nr. 2

Die vorstehend diskutierten finanziellen Sicherstellungsoptionen verbessern die Rahmenbedingungen für die Ansiedlung von Ärzten in den Problemregionen. Gezielte Steuerungswirkungen gehen davon allerdings nicht aus.

Fragestellung Nr. 3

Die Maßnahmen enthalten keine Ansätze, die gezielt auf die Erreichbarkeit der Arztpraxen ausgerichtet sind.

4.2.2. Sicherstellungsfonds

Um die vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten, können in unterversorgten Gebieten bzw. in Gebieten mit zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf an die Ärzte Sicherstellungszuschläge nach § 105 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V gezahlt werden. Die förderbedürftigen Räume werden von dem Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen gezielt gemäß eines spezifischen regionalen Bedarfs festgelegt. Dies begrenzt die Zahlung der Zuschläge auf bestimmte Räume eines Planungsbereiches. Somit werden statt pauschaler Förderung eines gesamten Planungsbereiches kleinräumige regionale

Diskrepanzen berücksichtigt, wodurch vermieden wird, dass auch Ärzte in den gut versorgten Regionen eines Planungsbereiches von den Sicherstellungszuschlägen profitieren. Der Landesausschuss entscheidet ebenfalls über die Gewährung und den Umfang der Zuschläge pro Arzt sowie die Zahlungsdauer.

In den Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Länder wird die Möglichkeit der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bereits genutzt. Zu den Maßnahmen, die damit finanziert werden gehören:

- die Förderung der Übernahme einer Praxis
- die Förderung der Praxisneugründung
- die Förderung der Gründung einer Zweigpraxis
- die Förderung der Übernahme einer Praxis und deren Weiterführung in Form einer Zweigpraxis
- Zahlung von Fallzuschlägen zu den Honoraren
- Zahlung eines Haltezuschlags für Hausärzte über 66 Jahre
- die Förderung der Notdienste
- die Gründung von Eigeneinrichtungen (Zenker 2006: 8ff.)

Damit die Gewährung der Sicherstellungszuschläge nicht zu Lasten der generellen Honorarzahlungen erfolgt, wurden die Kosten dafür bis zum 31.12.2009 komplett durch die Krankenkassen getragen. Seit dem 01.01.2010 sind sie jedoch nur noch zur Hälfte daran beteiligt. Die andere Hälfte muss seit diesem Zeitpunkt durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung erbracht werden. Aufgrund der bereits beschriebenen Finanzierung der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt die Zahlung der Zuschüsse somit auf Kosten der Gesamtvergütung aller Vertragsärzte einer Kassenärztlichen Vereinigung. (Noftz et al.: § 105 SGB V Rz. 13ff.)

Geringere Honorarzahlungen in den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen können den Anreiz für junge Ärzte, sich in diesen Regionen anzusiedeln, verschlechtern. (Zenker 2006: 11.) Vor dem Hintergrund der geringeren Vergütung der ärztlichen Leistungen in den ostdeutschen Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Umstand, dass vor allem in deren Zuständigkeitsgebieten Versorgungsprobleme existieren bzw. in Zukunft auftreten werden, ist dies besonders prekär. Diesem Umstand kann die Einrichtung eines Fonds, aus dem die Sicherstellungszuschläge gezahlt werden, entgegenwirken. Diese Fondslösung wird momentan in der Fachöffentlichkeit diskutiert. Konkrete Anwendungen sind bisher jedoch noch nicht erfolgt.

Das Finanzierungsmodell sieht eine Ergänzung der im Gesetz geregelten Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Regionen um so genannte Sicherstellungsabschläge in überversorgten Gebieten vor. In diesem Modell soll die Übernahme eines freiwerdenden Vertragsarztsitzes in überversorgten oder von bevorstehender Überversorgung betroffenen Planungsbereichen mit der Zahlung eines Sicherstellungsabschlages oder mit Honorarabschlägen über einen gewissen Zeitraum verbunden werden. So könnte

die Aussicht auf finanzielle Einbußen die Übernahme der Praxen verhindern und zu einer Niederlassung in einem anderen Planungsbereich führen. Falls sie keinen Hindernisgrund für die Arztsitzübernahme darstellen, zahlen die sich neu niederlassenden Ärzte die Abschläge in einen Fonds ein, der wiederum zur Finanzierung der Sicherstellungsmaßnahmen verwendet werden kann.

In diesem Modell soll also durch finanzielle Belastungen die Ansiedlung junger Ärzte in überversorgten Gebieten verhindert werden. Falls dies nicht gelingt, stehen die gewonnen Mittel für die Finanzierung von Anreizen zur Ansiedlung in unterversorgten Gebieten zur Verfügung. Eine höhere Wirksamkeit des Modells wäre gegeben, wenn Sicherstellungsfonds nicht nur in den Grenzen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen angewendet werden, sondern für das gesamte Bundesgebiet gelten, damit der finanzielle Ausgleich zwischen allen Planungsbereichen stattfindet. (Klose, Uhlemann 2006a: 14ff.)

Fragestellung Nr. 1

Durch die Sicherstellungsfonds stehen Finanzmittel zur Verfügung, die für Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation in Problemregionen genutzt werden können. Deren Finanzierung kann durch finanzielle Belastungen, die einem Arzt im Zuge der Niederlassung in überversorgten Regionen auferlegt werden, erfolgen.

Fragestellung Nr. 2

Eine gezielte Steuerung der ärztlichen Niederlassungen kann durch die einzelnen Maßnahmen erfolgen, die durch die Sicherstellungsfonds finanziert werden. Die Förderung der Übernahme und Weiterführung einer bestehenden Praxis an einem versorgungsrelevanten Standort stellt eine zielgenaue Maßnahme dar. Die Wirkung der Förderung einer Praxisneugründung sowie von Zweigpraxen und Eigeneinrichtungen ist abhängig von der Auswahl des entsprechenden Standorts (siehe *Kapitel 4.4.2. Zweigpraxis* und *Kapitel 4.4.3. Eigeneinrichtungen*). Die Zahlung eines Haltezuschlags für Hausärzte über 66 Jahre dient der Sicherung des Status quo, ist in der Wirkung jedoch abhängig von der persönlichen Einstellung des Arztes und dessen Fähigkeit zur weiteren Berufsausübung (siehe *Kapitel 4.3.2. Aufhebung der gesetzlichen Altersbegrenzung*). Eine Neuansiedlung junger Ärzte wird dadurch nicht begünstigt. Honorarbezogene Maßnahmen wurden bereits im *Kapitel 4.2.1. Steuerung über die Honorare* bewertet.

Fragestellung Nr. 3

Die Sicherstellungsfonds sind nicht gezielt auf die Erreichbarkeit der Arztpraxen ausgerichtet.

4.2.3. Ankauf von Praxen

Ein weiterer Ansatz der finanziellen Steuerung zielt auf die Verhinderung der Übernahme von Vertragsarztsitzen durch junge Ärzte in überversorgten Gebieten ab. Generell

und unabhängig vom Versorgungsgrad des entsprechenden Planungsbereiches eröffnet § 105 Abs. 3 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, Ärzten ab dem 62. Lebensjahr den Verzicht auf die Zulassung finanziell zu fördern. In Gebieten mit Überversorgung könnte auf diese Weise die Zahl der Vertragsarztsitze reduziert werden. Ärzten, die freiwillig ihre Praxis schließen, ohne sie an einen Nachfolger weiterzugeben, blieben auf diese Weise finanzielle Einbußen aus ausbleibenden Praxisverkäufen erspart. Gleichzeitig wird die Möglichkeit einer Nachbesetzung des Arztsitzes verhindert. Dies kann positive Effekte auf die Ansiedlung in unterversorgten Regionen haben, wenn jungen Ärzten die Möglichkeit einer Ansiedlung in überversorgten Bereichen genommen wird. (Klose, Uhlemann 2006a: 16., Klose, Uhlemann 2006b: 17.)

Fragestellung Nr. 1

Der Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Regionen kann dort zwar zum Abbau von Kapazitäten führen, allerdings ist offen, ob diese Maßnahme einen konkreten Beitrag zur Beseitigung von Unterversorgung leisten kann. Zudem muss die Finanzierung dieser Maßnahme beachtet werden. Die Gelder hierfür müssten der Gesamtvergütung entnommen werden und würden diese somit reduzieren.

Fragestellung Nr. 2

Durch die Einschränkung der Möglichkeit, in überversorgten Regionen eine Praxis zu übernehmen, soll die Niederlassung in andere Gebiete gelenkt werden. Dies bedeutet allerdings nicht automatisch die Ansiedlung in unterversorgten Orten. Eine gezielte Steuerung erfolgt mit dieser Maßnahme also nicht.

Fragestellung Nr. 3

Die Maßnahmen enthalten keine Ansätze, die gezielt auf die Erreichbarkeit der Arztpraxen ausgerichtet sind.

4.3. Personelle Sicherstellungsoptionen

4.3.1. Anordnung von Zulassungsbeschränkungen

Laut § 100 Abs. 2 SGB V sind zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Falle einer andauernden Unterversorgung Zulassungsbeschränkungen auszusprechen. Voraussetzung für ein solches Vorgehen ist der dauerhafte Zustand der Unterversorgung – dieser liegt bei Überschreitung einer sechsmonatigen Zeitspanne vor – sowie das Scheitern anderer Maßnahmen, die zu ihrer Bekämpfung angewendet werden können. (Noftz et al.: § 100 SGB V Rz. 24.) Eine drohende Unterversorgung ist keine Rechtfertigung für Zulassungsbeschränkungen. Sind die Voraussetzungen erfüllt, so müssen die

Landesausschüsse die Anordnung zur Zulassungsbeschränkung aussprechen. Sie verfügen in diesem Fall über keinen Ermessensspielraum.

Die Zulassung der Ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt durch die so genannten Zulassungsausschüsse. Diesen wird durch die Anordnung untersagt, in Gebieten, die außerhalb des unterversorgten Gebietes liegen, Zulassungen für neue Vertragsärzte auszusprechen. Durch die Sperrung der nicht unterversorgten Gebiete sollen Neuansiedlungen in die mangelhaft versorgten Bereiche gelenkt werden. (Noftz et al.: § 100 SGB V Rz. 36ff.)

Die tatsächliche Wirkung ist allerdings beschränkt, da die Zulassungsbeschränkungen nur im Zuständigkeitsbereich der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung gelten, d. h. auf die jeweiligen Bundesländer beschränkt sind. Somit können Ärzte, die aufgrund der Maßnahme im Wirkungsbereich einer KV nur in einzelnen Regionen des jeweiligen Bundeslandes zugelassen werden würden, auf andere Bundesländer ausweichen, in denen diese Einschränkungen nicht existieren. Fehlallokationen werden somit nicht unterbunden. (Klose, Rehbein, Uhlemann 2007: 14.) Den regionalen Disparitäten auf Bundesebene kann mit dieser Maßnahme nicht entgegengewirkt werden. (Noftz et al.: § 100 SGB V Rz. 8.)

Fragestellung Nr. 1

Zulassungsbeschränkungen sollen dauerhafte Unterversorgung beseitigen. Allerdings ist die Steuerungswirkung lediglich auf die jeweiligen KV-Bereiche beschränkt, so dass Ansiedlungen in den Zuständigkeitsgebieten anderer Kassenärztlicher Vereinigungen weiterhin möglich sind.

Fragestellung Nr. 2

Auf den Zuständigkeitsbereich der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung bezogen findet eine regional orientierte Steuerung der Ansiedlung in die unterversorgten Gebiete statt.

Fragestellung Nr. 3

Die Maßnahme enthält keine Ansätze, die konkret die Sicherstellung der räumlichen Erreichbarkeit der Arztpraxen zum Ziel haben.

4.3.2. Aufhebung der gesetzlichen Altersbegrenzung

Als Reaktion auf die fehlenden Nachfolger von altersbedingt ausscheidenden Ärzten, wurde im Jahr 2008 durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung die automatische Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit mit Abschluss des 68. Lebensjahres aufgehoben. Damit soll verhindert werden, dass sich aufgrund der ausbleibenden Nachfolger die Versorgungssituation der Versicherten verschlechtert (Noftz et al.: § 100 SGB V Rz. 27.).

Die tatsächliche Dauer der vertragsärztlichen Tätigkeit ist allerdings stark von individuellen Entscheidungen des Arztes abhängig. Das durchschnittliche Ruhestandsalter bei Hausärzten in den neuen Bundesländern ist zwischen 2002 und 2009 von 63 auf 66 Jahre gestiegen. Dies zeigt, dass Ärzte die Ausübung ihres Berufes bereits vor Erreichen der ursprünglichen gesetzlichen Grenze beenden. Der Anstieg des Ruhestandsalters ist wahrscheinlich auch auf das Fehlen eines Nachfolgers zurückzuführen. (Kopetsch 2010: 55.) Dieser ist jedoch für die Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit keine Voraussetzung. Vielmehr sind dafür sowohl eigene Zielsetzungen des Arztes als auch dessen Leistungsfähigkeit ausschlaggebend. (Herre 2008.) Somit kann bezweifelt werden, ob Vertragsärzte ihren Beruf im Falle von Unterversorgung unbegrenzt weiter ausüben werden. Zusätzlich ist vom Einzelfall abhängig, ob ihnen dies altersbedingt möglich bzw. zuzumuten ist.

Fragestellung Nr. 1

Mit der Ausweitung der Altersbeschränkung kann die Aufrechterhaltung des aktuellen Versorgungsgrades durch eine Weiterbeschäftigung der bereits vorhandenen Vertragsärzte erreicht werden. Allerdings ist die Wirksamkeit dieser Maßnahme abhängig von der Leistungsfähigkeit der Ärzte sowie deren Bereitschaft, über das 68. Lebensjahr hinaus ihren Beruf auszuüben. Im Falle einer dauerhaften Unterversorgung, bei der eine Verbesserung der Situation trotz vielfältiger Maßnahmen nicht erreicht wird, bietet die Ausweitung der Altersgrenze auch keine endgültige Lösung, sondern lediglich einen Aufschub der Verschärfung der Problematik.

Fragestellung Nr. 2

Durch diese Maßnahme wird zwar der Status quo aufrechterhalten, eine raumbezogene Steuerung neuer Niederlassungen erfolgt dadurch jedoch nicht.

Fragestellung Nr. 3

Die Maßnahme enthält keine Ansätze, mit denen die Erreichbarkeit der Arztpraxen gezielt verbessert werden soll. Allerdings kann durch die Erhaltung von Arztpraxen der Status quo der Erreichbarkeit in ländlichen Räumen aufrechterhalten werden.

4.3.3. Angestellte Ärzte

Durch das VÄndG wurde die bereits bestehende Möglichkeit, in Vertragsarztpraxen Ärzte in einem Angestelltenverhältnis zu beschäftigen, erweitert: Laut § 95 Abs. 9 SGB V kann ein Vertragsarzt Ärzte anstellen, so lange in dem entsprechenden Planungsbereich für das jeweilige Fachgebiet keine Zulassungssperre existiert. Angestellte müssen ebenso wie der anstellende Arzt im Arztregister eingetragen sein. Eine ehemals existierende zahlenmäßige Begrenzung der angestellten Ärzte wurde durch das VÄndG aufgehoben, so dass ein Vertragsarzt auch mehrere Mitarbeiter in Teilzeitverhältnissen beschäftigen kann. (AOK et al. 2006: 13., Steinbrück 2008: ohne Seitenangabe.) Zur Sicherstellung der

persönlichen Leitung der Praxis durch den Vertragsarzt ist die Zahl der angestellten Ärzte im § 14a Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte auf drei Vollzeitstellen begrenzt.

Auch in überversorgten Planungsbereichen, die für Neuzulassungen gesperrt sind, können Teilzeitkräfte angestellt werden. Allerdings muss der Leistungsumfang der betroffenen Praxis begrenzt werden; er darf den bisherigen nicht wesentlich überschreitet. Die Zahl der Anstellungen ist in diesen Planungsbereichen auf eine Vollzeit- oder zwei Halbtagsstellen beschränkt.

Bestehen in als überversorgt geltenden Planungsbereichen regionale Disparitäten, die zu Unterversorgung in einzelnen Teilräumen führen, so ist auch in diesen Teilräumen die Anzahl der angestellten Ärzte pro Praxis nicht begrenzt. Voraussetzung dafür ist die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs nach § 100 Abs. 3 i. V. m. § 101 Abs. 1 Nr. 3a SGB V in den betroffenen Teilen des Planungsbereiches durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Auf diese Weise wird den regionalen Unterschieden in der Versorgung innerhalb der Planungsbereiche Rechnung getragen. (AOK et al. 2006: 15f., Steinbrück 2008: ohne Seitenangabe.)

Der bedeutsamste Vorteil des Anstellungsverhältnisses liegt in der Möglichkeit, als Arzt in einer Praxis tätig zu werden, ohne die ökonomischen Risiken des Betriebes tragen zu müssen. Die Gründung einer eigenen oder die Übernahme einer bereits vorhandenen Praxis ist mit hohen finanziellen Investitionen und daher auch mit der Gefahr der Verschuldung verbunden. Dieses Risiko der freiberuflichen Ärzte müssen angestellte Ärzte nicht tragen.

Durch die Möglichkeit der Anstellung wird zudem die freie Gestaltung des Arbeitsumfanges für die Ärzte verbessert. Im Rahmen der Anstellung können die Arbeitszeiten flexibel strukturiert werden. Im Gegensatz zu einem freiberuflichen Arzt mit einer eigenen Praxis, dessen Alternativen auf eine volle bzw. eine halbe Stelle beschränkt sind, können angestellte Ärzte in variablen Teilzeitverhältnissen arbeiten. Eine Vollzeitstelle kann somit auf mehrere Teilzeitstellen aufgeteilt werden. Zum einen eröffnet dies älteren Medizinern die Option, den Umfang ihrer Beschäftigung mit zunehmendem Alter zu reduzieren, ohne gänzlich auf die ärztliche Tätigkeit verzichten zu müssen. Zum anderen kann auf diese Weise die Vereinbarkeit beruflicher Beschäftigung mit der Familie bzw. den Ansprüchen hinsichtlich des Umfangs der eigenen Freizeit erreicht werden. (Pelleter, Sohn, Schöffski 2005: 110ff., Schulte, Schulz 2007: 210f.)

Vor allem für junge Frauen stellt die Problematik der Kombination von Familie und Berufsausübung einen Hinderungsgrund für die Arbeit in der ambulanten Versorgung dar. Zwar sind rund zwei Drittel der Studienanfänger im Fach Medizin Frauen, die Zahl der sich tatsächlich niederlassenden Ärztinnen ist jedoch wesentlich geringer. (Kopetsch 2007: 127ff.) Die Ermöglichung von Anstellungsverhältnissen auf Teilzeitbasis kann also die Aktivierung weiterer potentieller Ärzte aufgrund verbesserter Arbeitsbedingungen und der damit einhergehenden attraktiveren Ausgestaltung der Tätigkeit in der ambulanten Versorgung bewirken.

Mit der Ausweitung der Anstellungsmöglichkeiten soll die Versorgungssituation in mangelhaft versorgten Planungsbereichen durch die Gewinnung junger Mediziner für die

Ausübung des Arztberufes verbessert werden. Vor diesem Hintergrund kritisieren die Spitzenverbände der Krankenkassen allerdings, dass die quantitative Beschränkung der Anstellungsverhältnisse in einer Praxis nur in überversorgten Planungsbereichen gilt. So ist laut Gesetz die Möglichkeit der Anstellung einer unbegrenzten Anzahl von Ärzten pro Praxis auch in Planungsbereichen gegeben, die den Versorgungsgrad von 110 % zwar noch nicht erreicht haben, aber trotzdem bereits ausreichend versorgt sind. Dies kann nach ihrer Ansicht zum Fortbestand der Fehlallokationen bei der Ansiedlung junger Ärzte führen. Ärzte, die auf diese Weise eine Tätigkeit in nicht unterversorgten Gebieten aufnehmen, fehlen in den von Unterversorgung betroffenen Regionen. (AOK et al. 2008: 13ff.)

Fragestellung Nr. 1

Als positiver Aspekt dieser Maßnahme kann die Gewinnung neuer Ärzte für unterversorgte Planungsbereiche gewertet werden, die aufgrund des Anstellungsverhältnisses keine finanziellen Investitionen und Risiken eingehen müssen und denen durch die Teilzeitbeschäftigung die Möglichkeit der Ausgestaltung des Arbeitsvolumens nach individuellen Gesichtspunkten eröffnet wird.

Zudem ist insbesondere die direkte Beachtung räumlicher Disparitäten in großen, statistisch als überversorgt geltenden Planungsbereichen hervorzuheben. Fraglich ist allerdings, ob die positiven Aspekte eines Anstellungsverhältnisses ausreichen, um regionale Standortnachteile, wie z. B. eine mangelhafte soziale und kulturelle Infrastrukturausstattung, auszugleichen.

Fragestellung Nr. 2

Die Möglichkeit, Ärzte anzustellen, ist nicht nur in den Gebieten, deren Versorgungssituation kritisch einzuschätzen ist, erlaubt. Insofern ist eine gezielte Steuerung in Richtung der Problemgebiete im Rahmen dieses Ansatzes also nicht möglich.

Fragestellung Nr. 3

Ein gezielter Beitrag zur Gewährleistung der Erreichbarkeit wird durch die Anstellung von Ärzten zwar nicht geleistet. Aber indirekt erfolgt eine Wirkung, wenn der Betrieb von Arztpraxen in ländlichen Räumen aufgrund dessen aufrechterhalten werden kann oder die Eröffnung von Zweigpraxen dadurch ermöglicht wird.

4.3.4. Die Gemeindeschwester

Einen möglichen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen können die Übertragung von ärztlichen Aufgaben auf das pflegerische Personal sowie der Einsatz von telemedizinischen Geräten leisten. Auf diese Weise sollen Verantwortung und Befugnisse an nichtärztliche Leistungserbringer abgegeben werden, um die Ärzte in ihrer Arbeit zu unterstützen und zu entlasten.

Während im deutschen Gesundheitssystem primär der Arzt für die Versorgung der Patienten zuständig ist, werden in anderen Ländern dem Pflegepersonal mitunter mehr Kompetenzen zugewiesen. Zum Beispiel existieren in Großbritannien, den USA, den Niederlanden und Schweden spezialisierte, meist auch akademisch ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger, deren Arbeitsfeld einen größeren medizinischen Tätigkeitsbereich abdeckt als in Deutschland. Mitunter übernehmen sie – abhängig von ihrer Spezialisierung – ärztliche Aufgaben, führen Untersuchungen durch, können im eingeschränkten Umfang selbständig Medikamente verschreiben oder auch eigene Praxen eröffnen und damit aktiv an der ambulanten Versorgung teilnehmen. (Schmacke 2006: 21f., van den Berg et al. 2007: 121f., Rogalski et al. 2008: 73.)

Der internationale Vergleich zeigt, dass in Deutschland hinsichtlich der Professionalisierung der Pflege viel Gestaltungsspielraum existiert. In dem im Jahr 2005 geschlossenen Koalitionsvertrag forderte die damalige Bundesregierung daher eine Überprüfung der Möglichkeiten, nichtärztliche Fachberufe weiterzuentwickeln. (Schmacke 2006: 21.)

Das Institut für Community Medicine an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald führte zwischen 2005 und 2008 das Forschungsprojekt „Community Medicine Nurse" durch (Universitätsklinikum Greifswald 2009: ohne Seitenangabe), um zu ermitteln, welche Optionen für die Einführung von so genannten Gemeindeschwestern bestehen und wie diese durch die Übernahme von ärztlichen Aufgaben zur Entlastung von Hausärzten beitragen können. In mehreren Feldversuchen wurden diesbezüglich praktische Erfahrungen gesammelt. Zudem wurde in Kooperation mit dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg ein Lehrkonzept für die entsprechende Qualifizierung von Pflegepersonal entwickelt. Neben der Ausweitung der Kompetenzen des Pflegepersonals wurden zusätzlich die Vorteile der Telemedizin in der Versorgung untersucht. (Institut für Community Medicine 2007: 1.)

Telemedizin bzw. E-Health ist ein Begriff, der eine Vielzahl von Einzelaspekten vereint. Der Ansatz, der mit E-Health verfolgt wird, beinhaltet die Einbeziehung der modernen Telekommunikations- und Informationsmöglichkeiten in die Gesundheitsversorgung. Die Ziele dieses Ansatzes sind „Effizienzsteigerungen, Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen" (Jähn, Nagel 2004: 2.) in der Versorgung. Während der Begriff E-Health generell für die Maßnahmen der digitalen Datenerfassung und Kommunikation steht (Jähn, Nagel 2004: 3.) und somit unter anderem auch Maßnahmen wie die elektronische Patientenakte, das e-Rezept, den Informationsaustausch zwischen Ärzten oder die Möglichkeit der Aus- und Fortbildung durch e-learning-Angebote umfasst, bezeichnet Telemedizin die diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, die auf IT-Technik zurückgreifen. Diese können zur Überwindung räumlicher Distanzen zwischen dem Arzt und seinen Patienten beitragen. (Jähn, Nagel 2004: 186ff.)

Das Projekt der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald hieß aufgrund der Berücksichtigung der verschiedenen enthalten Aspekte AGnES – Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthunterstützte, Systematische Intervention.

Ziel der Einführung der Gemeindeschwester war die Ausweitung des Versorgungsradius der Arztpraxen in den ländlichen Regionen durch die Übernahme von Hausbesuchen durch speziell geschultes Pflegepersonal. Damit sollte direkt auf die zurückgehenden

Arztzahlen reagiert werden. In Folge von Praxisschließungen erweitern sich automatisch die Einzugsgebiete der bestehen bleibenden Praxen. Dies hat zur Folge, dass der Arzt ein größeres Gebiet durch Hausbesuche abzudecken hat. Der Einsatz einer Gemeindeschwester soll die Zahl der notwendigen ärztlichen Hausbesuche reduzieren. Durch die Ersparnis von Fahrt- und Besuchszeiten sollen für die Ärzte Reserven entstehen, die unter anderem der Behandlung der Patienten zugute kommen können. (Rogalski et al. 2008: 71.)

Die Gemeindeschwestern übernehmen Routineaufgaben, die ansonsten von den Hausärzten erledigt werden müssten. Sie überwachen den Gesundheitszustand der besuchten Patienten und treffen in Abstimmung mit dem behandelnden Hausarzt notwendige Betreuungsentscheidungen. Zudem sind sie auch in der Gesundheitsprophylaxe tätig und beraten die Patienten z. B. hinsichtlich der Maßnahmen, die im häuslichen Umfeld getroffen werden sollten, um Unfälle – insbesondere Stürze – zu verhindern. Weiterhin überprüfen sie die Umsetzung der in diesem Rahmen erarbeiteten Vorschläge. (van den Berg et al. 2007: 125f., Rogalski et al. 2008: 72f.)

Die Gemeindeschwestern stehen im ständigen Kontakt mit dem behandelnden Hausarzt. Während der Hausbesuche wird dies durch den Einsatz von teilmobilen Videokonferenzsystemen gewährleistet. (Institut für Community Medicine 2007: 1., van den Berg et al. 2007: 125.)

Weiterhin halten die Schwestern Kontakt zu anderen Leistungserbringern der medizinischen Versorgung der Patienten sowie zu deren Angehörigen. Somit stellen sie wichtige Ansprechpartner im Versorgungssystem dar und können die Patienten in Behandlungs- und Entscheidungsprozessen unterstützen. Auf diese Weise tragen sie verstärkt zur Gesundheitsförderung bei. (Rogalski et al. 2008: 72f.)

Sie führen bei jedem Patienten ein Medikamentenmonitoring durch. Das heißt, sie überprüfen, welche Medikamente der jeweilige Hausarzt sowie weitere behandelnde Fachärzte verschrieben haben und welche frei verkäuflichen Mittel vom Patienten zusätzlich konsumiert werden. Mittels einer Kontrolle durch beteiligte Apotheker werden Neben- und Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Medikamenten ermittelt. Gegebenenfalls wird aufbauend auf dieser Überprüfung die Medikation in Absprache mit dem Haus- und den betroffenen Fachärzten aufeinander abgestimmt und verändert. (van den Berg et al. 2007: 126.)

Zusätzlich zu den primär medizinisch ausgerichteten Aufgaben übernehmen die Gemeindeschwestern eine zentrale Position in der Einführung und Nutzung von telemedizinischen Systemen. In Abstimmung mit den Hausärzten entscheiden sie, welche Patienten für die Nutzung geeignet sind, und übernehmen die dazugehörige Unterstützung. Dies beinhaltet vor allem die Schulung der Nutzer im Umgang mit den Geräten. Zu den Telecare-Geräten zählen neben elektronischen Waagen EKG-, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte. Die durch den Einsatz von Telemedizin gewonnen Messwerte werden direkt an die Hausarztpraxis gesendet. Somit besteht die Möglichkeit einer kontinuierlichen Überwachung des Gesundheitszustandes der Patienten. Abhängig von diesen Ergebnissen kann entschieden werden, ob die Notwendigkeit eines persönlichen Hausbe-

suches durch den Arzt oder der Bedarf des Aufsuchens der Praxis durch den Patienten besteht. (van den Berg et al. 2007: 124ff., Terschüren et al. 2007: 198.)

In mehreren Modellprojekten wurde die praktische Anwendbarkeit des Konzeptes der Gemeindeschwester getestet und den in der Praxis bestehenden Anforderungen angepasst. Durchgeführt wurden sie in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg sowie in Sachsen-Anhalt und Sachsen. Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung erfolgte jeweils durch die Universität Greifswald. Gefördert wurden die Modellprojekte durch die jeweiligen für Soziales und Gesundheit zuständigen Landesministerien. (van den Berg et al. 2007: 124f., Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt 2007: ohne Seitenangabe., Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie 2007: ohne Seitenangabe.)

Das Pilotprojekt wurde 2005 auf der Insel Rügen durchgeführt. Im Rahmen dieses Projektes arbeitete eine Gemeindeschwester mit einer ausgewählten Hausarztpraxis zusammen und war für die Betreuung von zwanzig Patienten zuständig. In diesem ersten Test wurde die generelle Umsetzbarkeit des Konzeptes überprüft. Ein zweiter Feldversuch mit dem Ziel, den Einsatz der telemedizinischen Gerätschaften zu testen, wurde ebenfalls in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. (van den Berg et al. 2007: 124f.)

War die Zahl der Patienten in den ersten beiden Feldversuchen noch eng begrenzt, so wurde sie im Rahmen der späteren Modellprojekte ausgeweitet. Zu den einbezogenen Patienten zählten in der Regel multimorbide Personen mit chronischen Krankheiten. Ein Großteil dieser Patienten war entweder nur eingeschränkt oder gar nicht selbständig mobil und deswegen auf Hausbesuche durch den behandelnden Arzt angewiesen. Weitere ausgesuchte Patienten waren zwar mobil, ihr Gesundheitszustand musste allerdings kontinuierlich überwacht werden. (van den Berg et al. 2007: 127f., Terschüren at al. 2007: 198.)

2009 wurde das AGnES-Konzept durch den gemeinsamen Bewertungsausschuss der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in die Regelversorgung aufgenommen. Dadurch wird der Einsatz der Gemeindeschwester über den EBM vergütet. (Universitätsklinikum Greifswald 2009: ohne Seitenangabe.) Die Höhe dieser Vergütung wird jedoch als zu gering eingeschätzt. Im Rahmen des Modellprojektes wurde ein Wert von 21,- € ermittelt, der zur kostendeckenden Beschäftigung benötigt wird. Hinzu kommen noch die Fahrtkosten für die einzelnen Hausbesuche. Laut EBM ist für den Besuch der Gemeindeschwester in Privathaushalten lediglich ein Fallwert von 17,- € festgesetzt. Für Besuche in Pflegeeinrichtungen werden lediglich 12,50 € gezahlt. In diesen Fallwerten sind die Fahrtkosten bereits enthalten.

Weiterer Kritikpunkt ist der Umfang der notwendigen Weiterbildung zur Gemeindeschwester. Das durch die Universität Greifswald mitentwickelte Curriculum sah eine Weiterbildung im Umfang von 600 Stunden vor. Die Qualifikation für die Teilnahme an der Regelversorgung umfasst jedoch lediglich 220 Stunden, d. h. sie wurde stark reduziert. Ob diese Weiterbildung für die Anforderungen an die selbständige Arbeit im Rahmen der Hausbesuche ausreicht, wird daher bezweifelt. (Ärztezeitung 2009.)

Der Einsatz der Gemeindeschwester ist auf unterversorgte Regionen beschränkt (Universitätsklinikum Greifswald 2009: ohne Seitenangabe.). Zwar kann angeführt werden, dass die Unterstützung der Hausärzte insbesondere in Gebieten, in denen Unterversorgung besteht, von Bedeutung ist. Vor diesem Hintergrund wurde das Pilotprojekt ursprünglich auch konzipiert. Allerdings führt diese Einschränkung zu einer unkalkulierbaren Anwendbarkeit. Die Feststellung einer unterversorgten Region besteht so lange, bis diese aufgrund der Entwicklung der Arztzahlen wieder aufgehoben wird. Wie lange dies dauert ist jedoch nicht vorhersehbar. Unter Berücksichtigung, dass erst eine zu finanzierende Qualifizierung des Pflegepersonals erfolgen muss, kann die Sinnhaftigkeit dieser Einschränkung für die erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes angezweifelt werden.

Fragestellung Nr. 1

Die Gemeindeschwester kann durch die Übernahme von Hausbesuchen zur Entlastung des Hausarztes beitragen. Vor dem Hintergrund, dass die Versorgungssituation in den ländlichen Räumen sich durch sinkende Arztzahlen verschlechtern wird und die Einzugsbereiche der einzelnen verbleibenden Praxen sich demzufolge vergrößern werden, ist dies von besonderer Bedeutung.

Auf diese Weise wird dem Arzt die Möglichkeit gegeben, Routineaufgaben zu delegieren und eingesparte Hausbesuchszeiten für die Betreuung der Patienten zu verwenden. Der Einsatz von telemedizinischen Geräten erleichtert die Überwachung des Gesundheitszustandes von Patienten in ländlichen Gebieten, die ansonsten die Praxis selbst aufsuchen oder durch das medizinische Personal besucht werden müssten.

Der Trend der rückläufigen Arztzahlen lässt sich durch diese Neuerungen allerdings nicht beseitigen. Da fehlende Ärzte dadurch nicht ersetzt werden können, dient der Einsatz von Gemeindeschwestern lediglich der Abmilderung der Folgen.

Fragestellung Nr. 2

Räumliche Verteilungsdifferenzen der ambulanten Versorgung werden durch die Einführung von Gemeindeschwestern nicht beseitigt, da sie den Arztpraxen zugeordnet sind.

Fragestellung Nr. 3

Hausbesuche sind ein zentraler Bestandteil der ambulanten Versorgung. Das Konzept der Gemeindeschwester konzentriert sich auf diesen Aspekt und trägt somit zur Erbringung von Versorgungsleistungen bei. In diesem Zusammenhang liefert die Gemeindeschwester einen Beitrag zur Erreichbarkeit.

4.4. Praxisbezogene Sicherstellungsoptionen

4.4.1. Medizinische Versorgungszentren

Bei Medizinischen Versorgungszentren handelt es sich nicht um ein gänzlich neues Konzept. Vielmehr wurden bereits existierende Ansätze, wie z. B. das Konzept der Polikliniken in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik, und Forderungen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung aufgegriffen und weiterentwickelt. (Amelung et al. 2006: 19.) Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Möglichkeit der Gründung der Medizinischen Versorgungszentren in den § 95 SGB V eingeführt.

MVZ stellen neben den Einzelpraxen eine weitere Form der ambulanten ärztlichen Versorgungseinrichtungen dar. Ziel dieser Versorgungszentren ist die Vernetzung verschiedener, bisher meist einzeln angebotener medizinischer Leistungen, um Arbeitsabläufe zu optimieren und somit die Patientenversorgung zu verbessern.

Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende Einrichtungen. Dies bedeutet, dass in ihnen mindestens zwei Ärzte vertreten sein sollen, die sich gemäß § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V anhand ihrer Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen unterscheiden. (Schmitz et al. 2011: 5.) Dadurch grenzen sich die MVZ von den Gemeinschaftspraxen ab, in denen auch Ärzte der gleichen Fachrichtung zusammenarbeiten.

Mit den MVZ werden folgende Ziele verfolgt:

- Nutzung fachlicher und räumlicher Synergieeffekte

  Aufgrund der Zusammenführung unterschiedlicher Arztgruppen können die Patienten eine Vielzahl an Fachärzten an einem Standort vorfinden. Durch diese räumliche Konzentration müssen sie zum Aufsuchen verschiedener Spezialisten im Zuge einer Behandlung nicht mehrere Wege auf sich nehmen. Die fachliche Zusammenarbeit der angesiedelten Ärzte ermöglicht zudem die Verbesserung der Versorgung sowie eine Abstimmung der Behandlung, so dass unter anderem nicht notwendige Doppeluntersuchungen verhindert werden können. Ein MVZ soll nicht bloß die räumliche Bündelung von ansonsten eigenständigen Praxen sein, sondern aufgrund von Überschneidungspunkten eine wirkliche Kooperation zwischen den ansässigen Ärzten generieren.

- Nutzung von Vorteilen einer gemeinsamen Organisation

  Neben dem Nutzen für die Versorgung der Patienten sollen auch die in einem Medizinischen Versorgungszentrum organisierten Ärzte von der Bündelung der Praxen profitieren. Vor allem die zentrale Leitung eines MVZ soll dazu beitragen. Diese übernimmt administrative Aufgaben, die ansonsten von den Ärzten selbst wahrgenommen werden müssten. Weiterhin wird eine Verbesserung der Organisation der Praxen durch die Zentralisierung des Einkaufs und die Nutzung eines gemeinsamen Personalpools angestrebt. Der Zusammenschluss mehrerer Ärzte eröffnet auch die Flexibilisierung und Abstimmung der Öffnungszeiten sowie die

> Möglichkeit eines Vertretungsmanagements im Falle von Urlauben oder krankheitsbedingten Ausfällen. Dies trägt aus Patientensicht zur Verbesserung der Verfügbarkeit der ambulanten Versorgung bei. (Amelung et al. 2006: 20., Schulte, Schulz 2007: 208f.)

Die Versorgungszentren sollen laut Gesetz unter ärztlicher Leitung geführt werden. Damit soll sichergestellt werden, dass in der Arbeit der Versorgungszentren immer der Versorgungsauftrag im Vordergrund steht und diese Einrichtungen nicht aus wirtschaftlichen und gewinnorientierten Gründen betrieben werden. Daher ist die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren nur bestimmten Personen gestattet. Die entsprechende gesetzliche Regelung im SGB V legt abschließend einen Kreis von möglichen Gründern fest. Dieser setzt sich aus Teilnehmern an der Gesundheitsversorgung zusammen, wie z. B. Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten, Vertragszahnärzten oder Krankenhausträgern. (Hahne 2005: 20f., Pelleter, Sohn, Schöffski 2005: 21ff.) Staatlichen Körperschaften, unter anderem den Kommunen, ist die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums somit nicht erlaubt.

Voraussetzung für die Zulassung eines MVZ ist – analog zur Zulassung eines Vertragsarztes – die Existenz offener Arztsitze in dem entsprechenden Planungsbereich der Bedarfsplanung. Die Sperrung des Planungsbereichs für eine Arztgruppe bedeutet, dass ein entsprechendes Angebot im MVZ nicht eingerichtet werden kann. Allerdings besteht die Möglichkeit der Verlagerung bestehender Praxen in das Versorgungszentrum oder die Bewerbung um einen aufgrund von Praxisaufgabe frei werdenden Vertragsarztsitz. (Pelleter, Sohn, Schöffski 2005: 30f.)

Neben Vertragsärzten können auch Ärzte in einem Angestelltenverhältnis in den Einrichtungen tätig sein. Zur Sicherung des Standards der vertragsärztlichen Versorgung sind diese angestellten Ärzte ebenfalls Mitglieder der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Anstellung muss durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden. (Pelleter, Sohn, Schöffski 2005: 51ff.) Ausgehend vom unterschiedlichen Status der Ärzte – Vertragsarzt oder Angestelltenverhältnis – sind unterschiedliche Varianten der Zusammensetzung eines Medizinischen Versorgungszentrums möglich. Dies sind:

- der Betrieb ausschließlich mit Vertragsärzten
- die Mischform mit Vertrags- und angestellten Ärzten
- der Betrieb ausschließlich mit angestellten Ärzten

Im letzten Fall wird die Versorgung des MVZ gänzlich durch angestellte Ärzte durchgeführt. Da in diesen Fällen keine Vertragsärzte in dem MVZ tätig sind, muss die Leitung in Form einer Trägerschaft, z. B. durch Vertragsärzte, erbracht werden. Diese können die ärztliche Leitung von MVZ übernehmen, ohne selbst dort zu arbeiten. So besteht auch die Möglichkeit, dass ein Vertragsarzt die Leitung mehrerer MVZ an unterschiedlichen Standorten übernehmen kann.

Eine besondere Form der Trägerschaft stellt die Leitung durch Krankenhäuser dar. Diese können sich an Medizinischen Versorgungszentren beteiligen oder sie selbst gründen. Krankenhäuser sind aufgrund ihrer finanziellen und logistischen Voraussetzungen prä-

destiniert für den Betrieb eines komplett mit angestellten Ärzten ausgestatteten MVZ. (Pelleter, Sohn, Schöffski 2005: 71ff.) Diese Versorgungszentren können auch der stationären Versorgung im jeweiligen Krankenhaus vorgelagert werden. Durch die Abstimmung der im MVZ enthaltenen Praxen auf das fachliche Angebot der Klinik können direkt Synergieeffekte entstehen und genutzt werden. (Pelleter, Sohn, Schöffski 2005: 120f.)

Die größeren der bisher gegründeten Medizinischen Versorgungszentren befinden sich überwiegend in einer Trägerschaft durch Krankenhäuser. (Amelung et al. 2006: 19.)

Zum 30.06.2010 existierten 1.567 MVZ in Deutschland (KBV 2010c: 3.). Ende des dritten Quartals 2004 waren es lediglich 17 (KBV 2007: 3.). Die neue Möglichkeit der Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung wird also zunehmend genutzt. Rund 47,3 % der MVZ befinden sich in einer vertragsärztlichen Trägerschaft, weitere 38,5 % in Trägerschaft von Krankenhäusern und der Rest in sonstigen Trägerschaften. Im Durchschnitt arbeiten 5 Ärzte in einem MVZ. (KBV 2010c: 3.) Dabei wird die Möglichkeit, angestellte Ärzte zu beschäftigen, besonders stark genutzt. Von den 7.889 Ärzten, die am 30.06.2010 in den MVZ tätigen waren, befanden sich 6.534 in einem Angestelltenverhältnis. (KBV 2010c: 3.) Insbesondere die Versorgungszentren in Trägerschaft eines Krankenhauses werden mit angestellten Ärzten betrieben. Insgesamt ist die Variante der ausschließlich mit angestellten Ärzten arbeitenden MVZ die am häufigsten auftretende, gefolgt von den Mischformen. Ausschließlich mit Vertragsärzten werden die wenigsten Medizinischen Versorgungszentren betrieben. (KBV 2010a: 6f.)

Die Gruppe der Hausärzte ist die häufigsten in den Versorgungszentren vertretene Fachrichtung. Ende des zweiten Quartals 2010 waren sie in 633 MVZ tätig. Internisten und Chirurgen sind die zweit- und dritthäufigste Arztgruppe. (KBV 2010c: 7.)

Mit dem Stand zum 30.06.2010 stellt die *Abbildung 14* die Verteilung der Medizinischen Versorgungszentren in der Bunderepublik Deutschland dar.

Die räumliche Schwerpunktsetzung des Betreibens von MVZ findet sich in städtischen Räumen. Insgesamt waren 2010 rund 56 % der Versorgungszentren in diesen lokalisiert. 2,9 % befanden sich in halbstädtischen und 41,1 % in ländlichen Räumen.[1] (KBV 2010c: 4.)

Die Einschätzung, welchen Beitrag die MVZ in der Versorgung der ländlichen von Ärztemangel gefährdeten Regionen leisten können, fällt allerdings unterschiedlich aus. Pelleter et al. stellen fest, dass MVZ in diesen Räumen „wenn auch keine Patentlösung, so doch eine alternative Versorgungsstruktur dar[stellen], mittels deren Versorgungsengpässe geschlossen oder zumindest abgemildert werden können." (Pelleter, Sohn, Schöffski 2005: 107.) Vor allem in den in *Kapitel 3.2. Entwicklungstendenzen in der ambulanten Versorgung* lokalisierten Problemräumen ist das wirtschaftliche Risiko einer Niederlassung groß. Die Option, als angestellter Arzt tätig zu werden, schaltet dieses Hindernis aus. Allerdings müssen die entsprechenden Investitionen durch den Träger des MVZ

1 Diese Räume sind im Rahmen der Statistik folgendermaßen definiert: Städtischer Raum: über 50.000 Einwohner, Einwohnerdichte über 500 EW/km²; Halbstädtischer Raum: mindestens 50.000 Einwohner, Einwohnerdichte 100 – 500 EW/km²; Ländlicher Raum: unter 50.000 Einwohner, Einwohnerdichte unter 100 EW/km²

übernommen werden, der sich erst einmal für die Gründung im ländlichen Raum entscheiden muss.

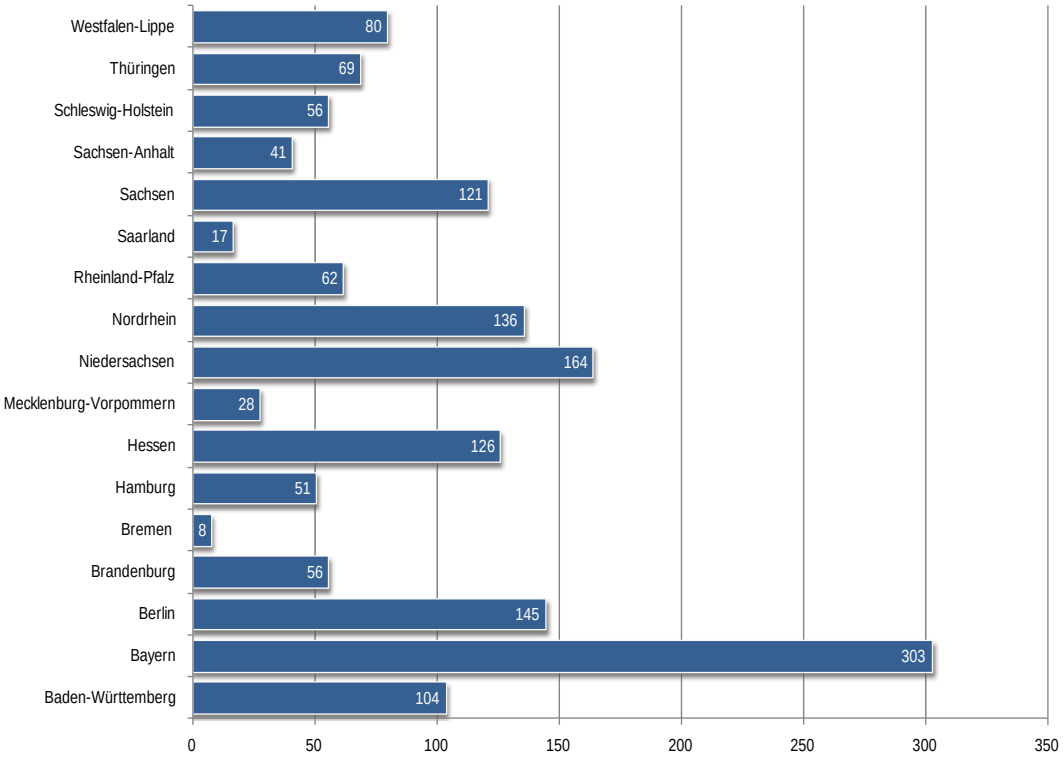


Abbildung 14: Anzahl der MVZ in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, Stand 30.06.2010

Amelung et al. kommen dagegen zu dem Schluss, dass „in sehr dünn besiedelten ländlichen Gebieten [...] man auch langfristig auf die Einzelpraxis des Allgemeinmediziners zurückgreifen [wird], wobei auch diese vernetzt sein werden." (Amelung et al. 2006: 20.) Auch Zenker zeigt auf, dass MVZ „[...] im Regelfall die ambulante hausärztliche Versorgung in der Fläche, d. h. in ländlichen Bereichen, nicht sicherstellen [werden]." (Zenker 2006: 11.).

Fragestellung Nr. 1

Medizinische Versorgungszentren sind nicht originär auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung ausgerichtet, sondern verfolgen einen fachübergreifenden Ansatz. Jedoch konnte festgestellt werden, dass auch in ländlichen Problemgebieten, die eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung an Hausärzten aufweisen, eine gleichzeitige Überversorgung an Fachärzten bestehen kann. Insofern kann an dieser Stelle keine generelle Aussage dazu getroffen werden, welchen Beitrag MVZ zur Sicherstellung der Versorgung leisten können. Vielmehr variiert der Beitrag in Abhängigkeit von der konkreten Situation sowie der Ausgestaltung der jeweiligen MVZ mit Haus- und Fachärzten.

Fragestellung Nr. 2

Eine konkrete, räumlich gezielte Steuerung der Ansiedlung erfolgt nicht. Die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren ist in allen Planungsbereichen möglich. Räumlichen Versorgungsunterschieden wird nicht Rechnung getragen.

Fragestellung Nr. 3

Eine Ansiedlung in zentral gelegenen Orten der ländlichen Räume kann den Patienten einen geeigneten Anlaufpunkt einer gebündelten ambulanten Versorgung liefern. Auf diese Weise könnte verhindert werden, dass bei der Notwendigkeit des Aufsuchens verschiedener Fachärzte mehrere Wege zu den einzelnen Praxen zurückgelegt werden müssen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Ausdünnung von Nahverkehrsnetzen und der damit verbundenen Schwierigkeit, diese Wege zurückzulegen, können die Medizinischen Versorgungszentren somit einen Beitrag zur Verbesserung der Erreichbarkeit leisten.

4.4.2. Zweigpraxis

Neben der Hauptpraxis kann ein Vertragsarzt an einem weiteren Standort eine Zweigpraxis betreiben und dort die gleichen Leistungen erbringen (Hahne 2005: 18.). Geregelt wird die Zulässigkeit von Zweigpraxen im § 24 Abs. 5 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Die Führung von Zweigpraxen wurde mit dem VÄndG hinsichtlich der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten liberalisiert. Vor der Gesetzesänderung waren Zweigpraxen lediglich zulässig, wenn sie zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung beitrugen. Diese Einschränkung der Zulässigkeit wurde aufgehoben. Sie sind nun in allen Gebieten gestattet, in denen sie die Versorgung der Versicherten verbessern. Aufgrund dieser neuen Definition der Zulässigkeit ist nun praktisch jede Zweigpraxis zulässig, da per se angenommen werden kann, dass durch sie die ortsbezogene Versorgung verbessert wird.

Durch die Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Versorgungssituation am Hauptsitz nicht beeinträchtigt werden. Generell sind Zweigpraxen in unbegrenzter Zahl möglich. Einschränkungen können jedoch in den jeweiligen Berufsordnungen der Länder festgesetzt werden. (Steinbrück 2008: ohne Seitenangabe.) So ist in Bayern die maximale Anzahl auf zwei begrenzt (§ 17 Abs. 2 Berufsordnung für die Ärzte Bayerns.).

Die Eröffnung einer Zweigpraxis ist auch über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus möglich. Dies bedeutet, dass ein Vertragsarzt nicht auf den Wirkungsbereich der KV, in der er Mitglied ist, beschränkt ist. In solchen Fällen bedarf der Arzt allerdings einer Ermächtigung der fremden KV, um in deren Gebiet tätig sein zu dürfen. Diese Ermächtigung erstreckt sich auch auf etwaige in der Hauptpraxis angestellte Ärzte, so dass auch diesen die Arbeit im zweiten KV-Gebiet erlaubt ist. Darüber hinaus ermöglicht sie dem Vertragsarzt speziell für diese Zweigpraxis weitere Ärzte anzustellen. Sind die Bedingungen für die Eröffnung einer Zweigpraxis erfüllt, so muss eine entsprechende Ermächtigung erteilt werden. (AOK et al. 2008: 34., Steinbrück 2008: ohne Seitenangabe.)

Allerdings führt der Betrieb einer Zweigpraxis in Bezug auf die Vergütung nicht zur Ausweitung der Mengenbegrenzung eines Vertragsarztes, trotzdem dadurch zusätzliche Belastungen auf ihn zukommen können – möglicherweise z. B. aufgrund der Anmietung von zusätzlichen Räumen auch in Form finanzieller Aufwendungen. (Herre 2008.)

Im Falle von bestehender bzw. drohender Unterversorgung wird die Möglichkeit der Einrichtung von Zweigpraxen vom Spitzenverband der Krankenkassen als positive Maßnahme gewertet. Eine Erweiterung auf alle für Neuzulassungen geöffneten Planungsbereiche, d. h. somit auch auf vollversorgte Bereiche, wird als kontraproduktiv im Sinne der Bekämpfung von Unterversorgung angesehen. Zudem wird durch den Spitzenverband die gezielte Koordination der ärztlichen Leistungserbringung im Falle von KV-übergreifenden Zweigpraxen angezweifelt. (AOK et al. 2008: 34.)

Fragestellung Nr. 1

Gerade für ländliche Räume kann die Möglichkeit der Eröffnung von Zweigpraxen einen Beitrag zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung leisten. Neben der Hauptpraxis können somit an einzelnen Orten in einer Region zusätzliche Leistungen einer ambulanten medizinischen Versorgung angeboten werden. Allerdings ist zu beachten, dass die Tätigkeit in Zweigpraxen nicht im gleichen Umfang wie in der Hauptpraxis erfolgen kann, sondern höchstwahrscheinlich auf gewisse Zeiten beschränkt sein wird.

Fragestellung Nr. 2

Zweigpraxen sind nicht nur in den Problemräumen, sondern überall zulässig, wo sie zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen. Eine gezielte Steuerung durch eine Beschränkung der Zulässigkeit von Zweigpraxen auf unterversorgte Gebiete erfolgt nicht. Zudem erfolgt keine problemorientierte räumliche Standortwahl anhand von spezifischen Kriterien. Dem Arzt steht frei, an welchem Standort er seine Zweigpraxis eröffnen möchte.

Fragestellung Nr. 3

Die Durchführung von Sprechstunden in Zweigpraxen verbessert die Erreichbarkeit von ambulanten medizinischen Versorgungsangeboten für die Bevölkerung. Voraussetzung dafür ist jedoch eine zielgenaue Steuerung der Ansiedlung einer Zweigpraxis. Im Vorfeld sollte daher der Standort anhand von Ansiedlungskriterien ausgewählt werden, um eine möglichst effiziente Versorgungsleistung erbringen zu können.

4.4.3. Eigeneinrichtungen

Gemäß § 105 Abs. 1 SGB V besteht für die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, über Sicherstellungszuschläge so genannte Eigeneinrichtungen zu betreiben oder sich an Einrichtungen der medizinischen Versorgung zu beteiligen. Voraussetzung für dieses Vorgehen ist das vorherige Scheitern anderer Maßnahmen zur Beseitigung von

Unterversorgung. Die Einrichtungen dienen unmittelbar der Versorgung der Versicherten. Das Vorgehen der Kassenärztlichen Vereinigung muss im Benehmen mit den betroffenen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erfolgen.

Um eine Eigeneinrichtung zu betreiben, können zum einen Ärzte angestellt werden, zum anderen können sie von freiberuflichen Ärzten genutzt werden. (Noftz et al.: § 105 SGB V Rz. 17f.)

Als erste Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands hatte die KV Thüringen diese Option aufgegriffen und in den Jahren 2005 bis 2007 die Verwendung von Sicherstellungszuschüssen für die Gründung von Eigeneinrichtungen zugelassen. Die Verwendung beinhaltete die einmalige Übernahme der notwendigen Investitionskosten bis zu einer Höhe von maximal 68.000 Euro sowie die jährliche Deckung der Differenz zwischen den Einnahmen aus der Honorarverteilung und den laufenden Kosten in einem Umfang von maximal 185.000 Euro. Diese Zuschüsse wurden je zur Hälfte von der KV Thüringen und den Krankenkassen getragen. Die Förderung konnte zwei Jahre von der Eigeneinrichtung in Anspruch genommen werden. Nach Beschluss des Landesausschusses wäre im Bedarfsfall die Verlängerung der Förderung um ein weiteres Jahr möglich gewesen. (Kassenärztliche Vereinigung Thüringen 2008b.)

Am 1. Oktober 2005 wurde die erste Eigeneinrichtung in der Gemeinde Ohrdruf im Landkreis Gotha eröffnet. (Zenker 2006: 10.) Der Standort wurde durch die Bewertung der Versorgungssituation auf der Ebene der Verwaltungsgemeinden identifiziert. Da dieses Vorgehen räumlich spezifischer ist als die reguläre Bedarfsplanung, konnte der tatsächliche Bedarf örtlich konkretisiert werden. Von den ursprünglich acht vorhandenen Arztpraxen in der Region existierten 2005 nur noch zwei, so dass der Landesausschuss der Ärzte und Kassen für dieses Gebiet eine existierende Unterversorgung festgestellt hatte. Da die regulären Sicherstellungsmaßnahmen sowie eine gezielte Werbung mit dem Ziel der Ansiedlung von Ärzten keine Resonanz fanden, wurde die Eigeneinrichtung gegründet. (Zenker 2008.)

Mindestens eine Vollzeitstelle für einen Arzt sollte so geschaffen werden. (Kassenärztliche Vereinigung Thüringen 2008b.) Die Anstellung des Arztes sowie des zur Praxis gehörenden Personals erfolgte durch die KV Thüringen. Dieses Anstellungsverhältnis war auf zwei Jahre befristet. Zielstellung war die Etablierung der Eigeneinrichtung bei den Patienten, so dass sie wirtschaftlich betrieben werden konnte. Nach Ablauf der Förderdauer sollte sie durch den angestellten Arzt übernommen werden.

Durch diese so genannte „Probezeit", in der sie die Arbeit in entsprechenden Räumen kennenlernen können, ohne gleich Investitionen für den Aufbau einer Praxis tätigen zu müssen, sollen vor allem junge Ärzte zu einer Ansiedlung in den ländlichen, unterversorgten Gebieten bewegt werden. (IKK Thüringen 2008., Kassenärztliche Vereinigung Thüringen 2008a.)

Von der betroffenen Kommune wurde Unterstützung bei der Durchführung der Maßnahme erwartet und bei der Anmietung von geeigneten Praxisräumen die Festsetzung eines vergünstigten Mietzinses angestrebt. (Kassenärztliche Vereinigung Thüringen 2008b.)

Die tatsächliche Zusammenarbeit mit der Gemeinde gestaltete sich allerdings schwierig, so dass als Standort für die Eigeneinrichtung eine alte Praxis angemietet und entsprechend hergerichtet wurde. (Zenker 2008.)

Trotz der bereitgestellten Vorleistungen dauerte die Suche nach einem anstellungswilligen Arzt mehr als ein halbes Jahr. (Zenker 2008.) Nachdem sie 1,5 Jahre als Eigeneinrichtung betrieben wurde, übernahm die angestellte Ärztin die Praxis zum 01.04.2007. Der Förderzeitraum von zwei Jahren wurde somit nicht komplett ausgeschöpft. (Kassenärztliche Vereinigung Thüringen 2007.) Im Zuge der Praxisübernahme mussten lediglich die Zuschüsse für die Vorinvestition zurückgezahlt werden. Zuschüsse für die laufenden Kosten waren nicht rückzahlungspflichtig.

Die Gründung der Eigeneinrichtung wurde von der KV Thüringen als Erfolg gewertet, da dadurch eine Arztstelle in dem unterversorgten Bereich besetzt werden konnte. (Zenker 2008) Aufgrund dessen wurde im Mai 2008 die zweite Eigeneinrichtung – diesmal in Gotha – eröffnet. (Deutsches Ärzteblatt 2011.) Abweichend von der Anforderung der gesetzlichen Vorgabe wurde für Gotha vom Landesausschuss keine drohende Unterversorgung festgestellt. Da die KV Thüringen trotzdem einen dringenden Handlungsbedarf sah, wurde diese Maßnahme dort umgesetzt und die Finanzierung von der KV übernommen. (Zenker 2008.) Im Juli 2009 ist diese Praxis ebenfalls komplett an den vorher angestellten Arzt übergeben worden.

Mit der Eröffnung einer weiteren Praxis in Gotha ebenfalls im Juli 2009 wurde das Konzept der Eigeneinrichtungen fortgeführt. Der Schwerpunkt lag diesmal jedoch auf der Anstellung von sechs Ärzten, die altersbedingt bereits aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschieden waren oder dies geplant hatten. Diese Ärzte wurden für den Betrieb der Einrichtung in Teilzeit angestellt. Damit konnten sie den Arbeitsaufwand auf jeweils zwei Tage in der Woche reduzieren. (Deutsches Ärzteblatt 2011.)

Fragestellung Nr. 1

Der Betrieb von Eigeneinrichtungen zielt primär auf die Ansiedlung junger Ärzte in unterversorgten Gebieten ab. Sie können in der „Probezeit" Erfahrungen mit den Gegebenheiten sammeln, ohne finanzielle Vorleistungen tätigen zu müssen, die bei der Gründung einer eigenen neuen oder der Übernahme einer bereits bestehenden Praxis anfallen würden. In diesem Sinne stellt die Gründung von Eigeneinrichtungen einen Teil der Überzeugungsarbeit bei der Anwerbung junger Ärzte für eine Ansiedlung in ländlichen, unterversorgten Regionen dar.

Dennoch ist diese Maßnahme eine Lösung, die lediglich in Ausnahmefällen angewendet werden soll, wenn sonstige Maßnahmen nicht greifen. Aufgrund der erforderlichen Investitionen sowie die Deckung aller laufenden Kosten im Förderzeitraum wird das Gesamtbudget einer Kassenärztlichen Vereinigung, das für die Durchführung von Sicherstellungsmaßnahmen besteht, belastet. Somit wird der finanzielle Spielraum für weitere Maßnahmen eingeschränkt.

Fragestellung Nr. 2

Die Gründung von Eigeneinrichtungen dient der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in speziell ausgesuchten Teilräumen eines Planungsbereiches. Sie dürfen nur in unterversorgten Gebieten errichtet werden, in denen die Versorgungslage mit herkömmlichen Maßnahmen nicht verbessert werden konnte. Voraussetzung für eine zielgerichtete Lenkung in tatsächlich unterversorgte Gebiete ist eine Differenzierung der in der Bedarfsplanung betrachteten Planungsbereiche im Rahmen der Bedarfsermittlung.

Fragestellung Nr. 3

Eigeneinrichtungen können zur Sicherstellung eines Versorgungsstandards in der ausgewählten Region beitragen. Konkrete Maßnahme zur Verbesserung der Erreichbarkeit ambulanter Versorgungseinrichtungen sind damit nicht verbunden.

4.4.4. Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung

Im Fall der Unterversorgung können Krankenhäuser gemäß § 116a SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Dies gilt, solange die Situation der Unterversorgung in dem betroffenen Planungsbereich existiert. Die Krankenhäuser werden auf ihren Antrag hin vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Die Zulassung beschränkt sich auf das von Unterversorgung betroffene Fachgebiet, so dass nicht alle Fachgebiete des Krankenhauses in die ambulante Versorgung integriert werden. Voraussetzung der Ermächtigung ist, dass der Versorgungsbedarf nicht mittels anderer Institutionen, d. h. durch andere Vertragsärzte oder Medizinische Versorgungszentren, gedeckt werden kann. (Noftz et al.: § 100 SGB V Rz. 31f.)

Die Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als nicht geeignet für die Beseitigung von Unterversorgung angesehen. Aufgrund der Spezialisierung von Krankenhäusern in den einzelnen Fachabteilungen kann die hausärztliche Versorgung auf diese Art nicht adäquat angeboten werden. Für diese ist die ganzheitliche Versorgung von Bedeutung, die in den Krankenhäusern aufgrund der fehlenden allgemeinmedizinischen Ausrichtung nicht angeboten wird. Zudem zeichnet sich die hausärztliche Versorgung durch die kontinuierliche Begleitung des Patienten über mehrere Jahre sowie die Einbeziehung des persönlichen und sozialen Umfelds in die Behandlung aus. Dies könne durch ein Krankenhaus nicht geleistet werden.

Weiterhin sind die Standorte der Krankenhäuser nur bedingt geeignet, um eine flächendeckende Versorgung zu sichern. Sie befinden sich in der Regel in den größeren Städten. In diesen kann die hausärztliche Versorgung jedoch meist in ausreichendem Maß angeboten bzw. sichergestellt werden. Die Abdeckung der Versorgung in ländlichen Räumen kann dadurch jedoch nicht gewährleistet werden. Für die betroffenen Patienten würde vor allem die Problematik der Erreichbarkeit der medizinischen Versorgung nicht beseitigt werden. (Kopetsch 2007: 118.)

Fragestellung Nr. 1

Krankenhäuser sollen Versorgungsengpässe durch die Übernahme von ambulanten Behandlungen ausgleichen. Sie sind allerdings aufgrund ihrer fachlichen Ausrichtung in der Fähigkeit der Leistungserbringung eingeschränkt. Die Spezialisierung auf einzelne Fachrichtungen erschwert zudem die hausärztliche Versorgung.

Fragestellung Nr. 2

Diese Maßnahme führt zu keiner gezielten räumlichen Steuerung der ambulanten Versorgung.

Fragestellung Nr. 3

Die Maßnahme enthält keine Ansätze, mit denen die Erreichbarkeit der Arztpraxen gezielt verbessert werden soll.

4.5. Raumordnerische Sicherstellungsoptionen

Bei den bisher vorgestellten Optionen für die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung handelt es sich um Maßnahmen, die durch Institutionen des Gesundheitswesens und vor allem als Handlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erbracht werden. Der Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung wurde per Gesetz den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen. (siehe *Kapitel 2.5.2. Die ambulante Versorgung*). Diesbezüglich verfügen sie über eine Monopolstellung. (Rosenbrock, Gerlinger 2006: 120.) Allerdings hat die Raumplanung gemäß § 1 Abs. 2 ROG für die Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen in allen Teilräumen Deutschlands Sorge zu tragen. Dies beinhaltet auch die Sicherstellung der Daseinsvorsorge, zu der die Gesundheitsversorgung zu zählen ist.

Vor dem Hintergrund des Spannungsfeldes aus Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlich verankertem Auftrag für die Raumordnung soll nachfolgend untersucht werden, welchen Beitrag diese zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in den ländlichen Räumen leisten kann.

4.5.1. Das Konzept der Zentralen Orte

In der Entschließung „Sicherstellung und Weiterentwicklung der öffentlichen Daseinsvorsorge vor dem Hintergrund des demographischen Wandels" hat die Ministerkonferenz der Raumordnung im Oktober 2003 Eckpunkte für die Tätigkeit der Raumordnung festgelegt, um die Versorgung der Bevölkerung mit Infrastrukturangeboten unter den sich wandelnden Rahmenbedingungen zu gewährleisten. Aufgrund der sich verändernden Anforderungen durch Rückgang, Alterung und Internationalisierung der Bevölkerung müssen Anpassungsstrategien entwickelt werden, um eine tragfähige und nachfragege-

rechte Daseinsvorsorge in allen Regionen Deutschlands zu garantieren. Dies bedeutet, dass die traditionellen Formen und Konzepte der Angebotserbringung den Gegebenheiten entsprechend weiterentwickelt werden sollen. Als Basis zukünftiger Planungen und Maßnahmen wurde durch die MKRO das Zentrale-Orte-System identifiziert, da es aufgrund der Beachtung regionaler Unterschiede das geeignetste Bewertungssystem zur Standortwahl für Einrichtungen der Daseinsvorsorge darstellt. (Zeck 2003: 734f.)

Die zentralörtliche Gliederung des Raumes ermöglicht die räumliche Organisation der Infrastrukturversorgung. (Pütz, Spangenberg 2006: 337.) Dabei wird das als Grundsatz der Raumordnung im § 2 Abs. 2 Nr. 1 ROG verankerte Aufgabe, dass die nachhaltige Daseinsvorsorge gleichermaßen in Ballungsräumen, ländlichen Räumen, strukturstarken und strukturschwachen Regionen zu sichern ist, umgesetzt. Für die soziale Infrastruktur gilt, dass entsprechende Einrichtungen gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 3 Satz 2 ROG vorrangig in den Zentralen Orten gebündelt werden sollen.

Die Einführung des Zentrale-Orte-Konzeptes als Instrument der Raumordnung in den 1960er Jahren (Zeck 2003: 725.) war eine Reaktion auf strukturelle Probleme in den ländlichen Räumen. So wurde damals zum einen die Ausstattung der in diesen Regionen befindlichen Gemeinden zentralörtlicher Bedeutung mit Infrastruktureinrichtungen als mangelhaft bewertet. Zum anderen wurde die verkehrliche Anbindung der entsprechenden Nahbereiche an die Ortschaften als unzureichend erachtet. Um negativen Bevölkerungsentwicklungen, wie z. B. Abwanderung in besser versorgte Regionen, aufgrund dieser Mängel entgegenzuwirken, sollten die entsprechenden Gemeinden bei der Erbringung der ihnen zugeordneten Funktionen unterstützt und gefördert werden. Grundlage dieser Förderung war die Festsetzung als Zentrale Orte in den raumordnerischen Programmen und Raumordnungsplänen der einzelnen Bundesländer. Das Konzept der Zentralen Orte wurde nach der Vereinigung der beiden deutschen Staaten auch in die Planungen und Programme der ostdeutschen Bundesländer überführt. (Blotevogel 2002: 10.)

Das Zentrale-Orte-System ist grundsätzlich in die in *Tabelle 13* aufgeführten drei Stufen gegliedert.

Zentrum	Funktion	Einzugsbereich	ÖPNV-Erreichbarkeit	Regelungsebene
Oberzentrum	Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des spezialisierten höheren Bedarfs	mindestens 200.000 bis 300.000 Einwohner	in maximal 90 Minuten	Landesplanung
Mittelzentrum	Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des gehobenen Bedarfs	mindestens 30.000 bis 35.000 Einwohner	in maximal 45 Minuten	Landesplanung
Unter-/ Grund-/ Kleinzentrum	Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des Grundbedarfs	mindestens 7.000 bis 10.000 Einwohner	in maximal 30 Minuten	in der Regel Regionalplanung

Tabelle 13: Systematik der Zentralen Orte

Die tatsächliche Gliederung variiert zwischen den einzelnen Bundesländern. In einigen werden zusätzliche Stufungen sowie Sonderformen von Zentralen Orten verwendet. Zu diesen sind zum Beispiel „Zentrale Orte mit Funktionsteilung" oder „Grundzentren mit

Teilfunktionen eines Mittelzentrums" zu zählen. (Blotevogel 2002: 293.) Gemäß der Zuordnung zu den einzelnen Gliederungsstufen werden den Zentralen Orten unterschiedliche Ausstattungsgrade zugeordnet.

Ursprünglich wurde mit der Einführung dieses Instrumentes das Ziel verfolgt, in den ländlichen und so genannten zurückgebliebenen Gebieten die Versorgung der Nahbereiche mit Infrastrukturangeboten sicherzustellen (Blotevogel 2002: 17.). Die Aufrechterhaltung dieser Versorgungsfunktion ist noch heute eine Zielsetzung des Zentrale-Orte-Konzeptes, in deren Rahmen die Berücksichtigung der zumutbaren Entfernung der Angebote zu den Nachfragern einen grundlegenden Aspekt darstellt. Zum einen wird dadurch den potentiellen Nutzern der Zugang zu den Gütern und Dienstleistungen erleichtert. Zum anderen stellt dies sicher, dass die erforderliche Anzahl an Nachfragern für die wirtschaftliche Erbringung des Angebotes im Einzugsbereich der entsprechenden Einrichtung vorhanden ist. (Ellger 2000: 16.)

Neben der Gewährleistung der Versorgungsfunktion dient das Zentrale-Orte-System heutzutage der räumlichen Verortung einer Vielzahl weiterer Funktionen. Zu diesen zählen Ordnungsfunktionen und Entwicklungsfunktionen, wie z. B. die Steuerung der Siedlungsstruktur, der Verkehrs- oder der gewerblichen Wirtschaftsentwicklung. Die Anwendung ist zudem nicht mehr nur auf die ländlichen Räume beschränkt; vielmehr werden in allen Regionen Deutschlands Gemeinden mit zentralörtlichen Funktionen identifiziert. Vor dem Hintergrund dieser Vielzahl von Funktionen und der flächendeckenden Verwendung wird bereits seit den 1980er Jahren die Wirksamkeit und Anwendbarkeit des Zentrale-Orte-Konzeptes als raumordnungspolitisches Instrument kritisch hinterfragt. (Blotevogel 2002: XIIIff.)

Die Darstellung der einzelnen Punkte dieser fachlichen Diskussion soll im Rahmen dieser Arbeit nicht erfolgen. Vielmehr soll die Anwendbarkeit des Zentrale-Orte-Konzeptes für die ländlichen Räume aufgezeigt werden, um zu untersuchen, welchen Beitrag dieses raumordnerische Instrument im Rahmen der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung in diesen Regionen leisten kann.

Vor allem in den dünn besiedelten, strukturschwachen Regionen besteht – insbesondere vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse – das Erfordernis, der Bevölkerung ein Mindestangebot an Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen. Für die Anwendung des Konzeptes bedeutet dies eine Konzentration auf die primäre, ursprünglich zugewiesene Funktion der Sicherstellung einer gleichmäßigen Versorgung mit Angeboten der Daseinsvorsorge. (Ellger 2000: 17f.)

In Bezug auf diesen Ansatz sind Zentrale Orte also als Versorgungsschwerpunkte zu verstehen (Blotevogel 2002: 263.), für die unter Berücksichtigung von Erreichbarkeitsaspekten stufenbezogene Ausstattungsstandards entwickelt werden sollten. In den ländlichen Räumen werden die Versorgungsfunktionen von den dort verorteten Mittel- und Grundzentren übernommen. (Ellger 2000: 16f.) Vor allem für die in ihrer Mobilität eingeschränkten Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Kinder und ältere Personen, stellen die diesen Orten zugeordneten Ausstattungsstandards die Grundlage für die Sicherstellung des wohnortnahen Mindestangebotes an Gütern und Dienstleistungen dar. (ARL/Kommunalverband Großraum Hannover 2000: 58.)

Nach dieser allgemeinen Betrachtung des Zentrale-Orte-Konzeptes und der Formulierung eines grundsätzlichen Zieles, das in den ländlichen Regionen damit verfolgt werden soll, erfolgt nun eine Konkretisierung hinsichtlich der ambulanten Gesundheitsversorgung.

Die hausärztliche Versorgung sollte vorwiegend ortsnah gewährleistet werden. Grund hierfür ist die Zuordnung der primären Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu dem Aufgabenbereich der Hausärzte. Demgegenüber sind die Einzugsbereiche für die fachärztliche Versorgung größer gefasst. In der Regel deckt der Einzugsbereich eines Facharztes mehrere Einzugsbereiche der hausärztlichen Versorgung ab. Dieser Unterschied basiert auf der Bewertung einer zumutbaren Entfernung der Ärzte aufgrund der Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme. Da Hausärzte häufiger aufgesucht werden als Fachärzte und auch die Zahl der von ihnen zu behandelnden Patienten aufgrund der Querschnittsausrichtung und ihrer Funktion im Gesundheitssystem größer ist als bei ihren fachärztlich tätigen Kollegen (siehe *Tabelle 5 Allgemeine Verhältniszahlen (Einwohner pro Arzt) in den ländlichen Kreisen*), muss ihr Einzugsgebiet kleiner zugeschnitten sein als dasjenige von Fachärzten. Bezogen auf das Zentrale-Orte-Konzept kann die Versorgung mit Hausärzten demzufolge der Stufe der Grundzentren und die Versorgung mit Fachärzten der Stufe der Mittelzentren zugeordnet werden. (WIdO 1978: 75ff., Blotevogel 2002: 247.)

Diese Zuordnung der ärztlichen Versorgung leistet einen Beitrag zur nachfrageorientierten Erreichbarkeit der Praxen. Die Abstimmung der Planungen des öffentlichen Nahverkehrs auf das zentralörtliche System ist ein direktes Ziel des Zentrale-Orte-Konzeptes. Das ÖPNV-Netz soll im Idealfall so entwickelt sein, dass für die Bewohner des Verflechtungsbereiches eines Zentralen Ortes dessen Erreichbarkeit in angemessener Zeit gewährleistet ist. Darüber hinaus sollen die Zentralen Orte untereinander verknüpft werden. (Blotevogel 2002: 201.) Diesem Ansatz folgend beträgt der Richtwert für die maximale Fahrzeit zu einem Grundzentrum aus seinem Nahbereich 30 Minuten und zu einem Mittelzentrum maximal 60 Minuten. (Blotevogel 2002: 301f.)

Wie allerdings bereits im *Kapitel 2.3.2. Folgen für den Öffentlichen Personennahverkehr* dargestellt wurde, ist in den ländlichen Räumen die Aufrechterhaltung eines flächendeckenden Linienverkehrs meist nicht möglich. Sowohl die Netzdichte als auch die Häufigkeit der Fahrten ist in diesen Regionen stark eingeschränkt. Orientierungswerte bezüglich der Taktdichte, wie z. B. eine stündliche Verbindung zwischen Grund- und Mittelzentrum oder der Ansatz, Grundzentren im Laufe des Tages mindestens sechs Mal aus dem Nahbereich anzufahren, (Blotevogel 2002: 301.) können dort nicht eingehalten werden. In diesen Gebieten müssen alternative Bedienungsformen Anwendung finden, um die Anbindung der Bevölkerung an die Versorgungszentren zu gewährleisten (siehe *Kapitel 4.5.2. Entwicklung eines bedarfsgerechten ÖPNV-Systems*).

Der Aspekt der zumutbaren Erreichbarkeit des Zentralem Ortes aus seinem Verflechtungsbereich gilt jedoch nicht nur für das Aufsuchen der Arztpraxen durch die Patienten. Da Vertragsärzte im Rahmen ihrer regulären Tätigkeit sowie im Zuge von Notdiensten zur Durchführung von Hausbesuchen verpflichtet sind, ist die zentrale Lage der Praxis in der Region auch aus ihrer Sicht von Bedeutung. Um den zeitlichen Aufwand für die Fahrten zu Hausbesuchen so gering wie möglich zu halten, gilt das Erfordernis einer bedarfsgerechten Entfernung auch für die Wohnsitze der Patienten. (Kaufmann 2008.)

Anwendung bei der Steuerung der ambulanten Versorgung fand das Zentrale-Orte-Konzept im Rahmen der Modellvorhaben der Raumordnung (MORO) „Anpassungsstrategien für ländliche/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern" vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bauen und Wohnungswesen. In der Region Mecklenburgische Seenplatte wurde eine Strategie für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung entwickelt, mittels derer auf Entwicklungen in den einzelnen Teilräumen der betroffenen Planungsbereiche reagiert werden soll. Dieser Strategie wurde das System der Zentralen Orte zugrunde gelegt, um raumstrukturellen Anforderungen Rechnung zu tragen. (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2004: 12.)

Abweichend von der regulären Vorgehensweise in der Bedarfsplanung wurde die Ermittlung der Versorgungssituation in der Region kleinräumig konkretisiert und auf Grundlage der Zentralen Orte und ihrer Nahbereiche durchgeführt. Zusätzlich wurde ein Leitbild entwickelt, demzufolge in den Orten mit zentralörtlichen Funktionen Gesundheitshäuser für die Versorgung der Nahbereiche entstehen sollen. Auf diese Weise soll die Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung gesichert werden. (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2004: 12f.)

Die Strategie sieht vor, dass in diesen Gesundheitshäusern mehrere Hausärzte zusammenarbeiten. Fachärzte und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens können dort ebenfalls angesiedelt werden, um – analog zu den Medizinischen Versorgungszentren – eine umfassende Versorgung vorzuhalten und Synergieeffekte zu nutzen. Die Praxen in den Gesundheitshäusern können in mehreren Formen betrieben werden, so zum Beispiel als eigenständige Praxen von selbständig tätigen Vertragsärzten, mit Anstellungsverhältnissen (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2004: 13f.) oder auch als Zweigpraxen (Kaufmann 2008.).

Die Offenhaltung der Nutzungsform soll den Ärzten eine flexible Ausgestaltung ermöglichen und somit als Anreiz für die Ansiedlung dienen. Die Errichtung der Gesundheitshäuser soll in enger Kooperation mit den jeweiligen Gemeinden erfolgen. So sollen diese unter anderem für eine Bereitstellung mietgünstiger Immobilien Sorge tragen.

Auch Ortschaften, die sich in den zentralörtlichen Nahbereichen befinden, wurden in die Strategie integriert. So sollen in diesen Gemeinden Räumlichkeiten vorgehalten werden, die für die Abhaltung von Sprechstunden genutzt werden können. Auf diese Weise wird das Konzept der Zweigpraxen aufgegriffen und es werden temporär verfügbare Einrichtungen in der Fläche geschaffen, um die ärztliche Versorgung zu den Bewohnern der Region zu bringen. Eine finanzielle Unterstützung der ansiedlungswilligen Ärzte durch Fördermittel dient der Ergänzung der einzelnen Maßnahmen. (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2004: 13f.)

Die Erarbeitung dieser Strategie erfolgte in Kooperation zwischen dem Regionalen Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte und den zuständigen Institutionen des Gesundheitswesens wie der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, den Krankenkassen sowie den Gesundheitsämtern der in der Region befindlichen kreisfreien Stadt Neubrandenburg und der Landkreise Mecklenburg-Strelitz, Müritz und Demmin. Das sektorale Fachwissen der Gesundheitsbranche wurde dabei durch die querschnitts-

orientierte Herangehensweise der Regionalplanung ergänzt. Dadurch konnten die Problemanalyse sowie bereits existierende Lösungsansätze mit einem räumlichen Bezug konkretisiert werden. (Kaufmann 2008.)

Aufbauend auf der Zustandsanalyse im Rahmen der Strategieentwicklung wird von dem regionalen Planungsverband in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern ein regelmäßiges Monitoring der Versorgungssituation durchgeführt, um Veränderungen frühzeitig festzustellen und durch rechtzeitige Reaktion negativen Entwicklungen entgegenwirken zu können. Analog zur vorangegangenen Problemanalyse liegt auch dem Monitoringprozess das System der Zentralen Orte zu Grunde. (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2006: 3f.) Auf diese Weise sollen kleinräumige Versorgungsengpässe mindestens ein Jahr im Voraus erkannt werden, um zur Vermeidung von Unterversorgung die in der Strategie vorgesehenen Maßnahmen situationsorientiert und vorbeugend anwenden zu können. (Kaufmann 2008.)

Weiterhin ist die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung als Ziel der Raumordnung in die von der Verbandsversammlung des Regionalen Planungsverbandes am 22. Februar 2011 beschlossene abschließende Fassung des Regionalen Raumentwicklungsprogramms Mecklenburgische Seenplatte aufgenommen worden. Neben der Übernahme des Zieles „Vorrangstandorte für Einrichtungen des Gesundheitswesens sind Zentrale Orte" (6.3.3(1) Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern.) aus dem Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern wird sogar konkret festgelegt, dass „Einrichtungen der ambulanten hausärztlichen Versorgung [...] mindestens in den Zentralen Orten vorzuhalten [sind]." (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2011: 120.)

Mit diesem Ziel wird die entwickelte Strategie für die öffentlichen Planungsträger der Region verbindlich festgeschrieben. Weiterhin ist der Grundsatz enthalten, dass mindestens in dem Oberzentrum Neubrandenburg sowie in den Mittelzentren Neustrelitz, Waren (Müritz) und Demmin ein breit gefächertes Angebot ambulant tätiger Fachärzte vorgehalten werden soll. (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2011: 120.)

Dieser Entwurf muss nun noch durch die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommerns rechtlich festgesetzt werden, um Gültigkeit zu erlangen. (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2011.)

In Brandenburg findet das Zentrale Orte System ebenfalls Anwendung bei der Steuerung der ambulanten medizinischen Versorgung. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat seit dem Jahr 2010 die zentralörtliche Gliederung des Landesentwicklungsplans Berlin-Brandenburg (LEP B-B) dem Verfahren zur Feststellung von bestehender oder drohender Unterversorgung zu Grunde gelegt. Für die Bewertung der wohnortnahen Versorgung wird dabei nicht der Planungsbereich betrachtet, sondern die Bewertung findet für die Bezugsregion des Mittelbereichs gemäß des LEP B-B statt. (KVBB 2010.)

Mittelbereiche umfassen die Mittelzentren sowie deren Verflechtungsbereiche. Um die Tragfähigkeit der Infrastrukturangebote eines Mittelbereiches zu sichern, sollen dort

mindestens 30.000 Einwohner leben. (Ministerium für Infrastruktur und Raumordnung, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung 2009: 26f.) Der LEP B-B setzt 46 Mittelbereiche für das Land Brandenburg fest (2.9 (Z) LEP B-B.). Auf diese Weise werden kleinräumige Betrachtungsräume geschaffen, die es ermöglichen regionale Disparitäten in der ambulanten medizinischen Versorgung ermitteln zu können.

Die Feststellung einer bestehenden bzw. drohenden Unterversorgung ist Voraussetzung für die Gewährung von Fördermitteln für die Ansiedlung in einer solchen Region aus den Sicherstellungsfonds (siehe *Kapitel 4.2.2. Sicherstellungsfonds*).

Fragestellung Nr. 1

Eine konkrete Sicherstellungsfunktion kann dem Zentrale-Orte-System nicht zugeschrieben werden. Es gibt vielmehr einen räumlichen Rahmen vor, an dem sich die weiteren Maßnahmen orientieren können. Aufgrund der Versorgungsfunktion Zentraler Orte kann die Anwendung der Gliederung in der Planung der ambulanten ärztlichen Versorgung einen Beitrag zur Gewährleistung eines flächendeckenden Versorgungsnetzes leisten. Vor allem die Anbindung Zentraler Orte durch den öffentlichen Nahverkehr kann die Erreichbarkeit der ambulanten Angebote, die in Orten mit zentralörtlichen Funktionen angesiedelt sind, sicherstellen. An diesen Standorten sollten Neuansiedlungen sowie die Übernahmen von schließungsgefährdeten Praxen forciert werden.

Fragestellung Nr. 2

Die Anwendung des Zentrale-Orte-Konzeptes kann die Grundlage für die Bewertung der Versorgungslage darstellen und einen Beitrag zur direkten raumbezogenen Steuerung der Versorgung leisten. Die derzeitige Bedarfsplanung ist nicht geeignet, Entwicklungen in kleinräumiger Genauigkeit zu erfassen. Die Leistungsfähigkeit der Bedarfsplanung ist in der Abbildung und Beachtung tatsächlicher Gegebenheiten und Anforderungen eingeschränkt. Vor allem die Verwendung der Planungsbereiche zählt zu den Kritikpunkten an dem derzeitigen Vorgehen.

Die Ebene der Planungsbereiche, die anhand der siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBSR gebildet wurden, lässt existierende kleinräumige Disparitäten nicht in die Planung einfließen. Die Bewertung der Versorgungslage bezieht sich auf komplette Kreise; eine differenzierte Analyse einzelner Teilräume in diesen Kreisen findet nicht statt. Die Betrachtung der Zentralen Orte inklusive ihrer Versorgungsbereiche ermöglicht eine zielgenaue Steuerung der Sicherstellungsmaßnahmen.

Fragestellung Nr. 3

Die Abstimmung des ÖPNV auf die Zentralen Orte – entweder im Rahmen des regulären Linienverkehrs oder unter Nutzung alternativer Bedienformen – kann zur Sicherstellung der Erreichbarkeit der Praxen für die Bevölkerung beitragen.

4.5.2. Entwicklung eines bedarfsgerechten ÖPNV-Systems

Neben der Entwicklung einer räumlichen Systematik für die Ansiedlung von Arztpraxen dienen vor allem Maßnahmen hinsichtlich der Gewährleistung eines flächendeckenden ÖPNV-Angebotes der Sicherstellung der Erreichbarkeit ambulanter Versorgung. Im *Kapitel 2.3.2. Folgen für den Öffentlichen Personennahverkehr* wurde die Situation des ÖPNV in den ländlichen Räumen und die wichtigsten damit in Verbindung stehenden Probleme dargestellt. Insbesondere in dünn besiedelten Regionen kann ein flächendeckender ÖPNV meist nicht wirtschaftlich betrieben werden. Trotzdem ist er gerade in diesen Gebieten aufgrund des hohen Stellenwertes im Rahmen der Mobilitätssicherung der Bevölkerung ein „wesentlicher Bestandteil der Daseinsvorsorge" (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2007: 44.). Der öffentliche Nahverkehr trägt zur Erreichbarkeit der Orte mit Versorgungsfunktionen bei und ermöglicht Personen ohne eigenen PKW die Inanspruchnahme von Gütern und Dienstleistungen, die zum Grundbedarf gehören, jedoch nicht an ihren Wohnorten angeboten werden.

Wie bereits dargestellt wurde, befinden sich in ländlichen Räumen die Versorgungsschwerpunkte in den Zentralen Orten und das Konzept der Zentralen Orte sieht die Anbindung der Nahbereiche an diese vor. Die tatsächliche Ausgestaltung des Linienverkehrs orientiert sich allerdings hauptsächlich an der Siedlungsstruktur und den damit verbundenen potentiellen Fahrgastzahlen. So werden vornehmlich größere Ortschaften in die Liniennetze aufgenommen. (Blotevogel 2002: 203ff.) In dünn besiedelten Regionen ist die Einbindung kleiner Ortschaften in das Liniennetz meist unökonomisch: Eine flächendeckende Versorgung ist nur durch zielgerichtete Stich- oder Rundfahrten sicherzustellen (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2007: 9.), die jedoch ohne vorherige Kenntnis der wirklichen Nachfrage in den einzelnen Orten erfolgen (BMBF 2005: 29f.).

Aufgrund dieser Grenzen der ÖPNV-Erbringung in den ländlichen Räumen wird die verstärkte Anwendung alternativer Beförderungsformen gefordert, die flexibel auf tatsächliche Bedarfe reagieren und somit zu einer flächendeckenden Versorgung beitragen können (Blotevogel 2002: 205., Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2007: 9.).

Eine Vielzahl von Forschungsprojekten befasste sich bereits mit der Entwicklung von Strategien zur Sicherstellung des Personennahverkehrs in den ländlichen Räumen, beispielsweise im Förderschwerpunkt „Personennahverkehr für die Region" vom Bundesministerium für Bildung und Forschung oder im Zuge der MORO „Anpassungsstrategien für ländliche/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern". In mehreren dieser Projekte wurden Ansätze zu einer flexiblen Ausgestaltung des ÖPNV in ein Gesamtkonzept mit bewährten Angebotsstrukturen integriert, um den Mobilitätsbedürfnissen der Bevölkerung trotz geänderter Rahmenbedingungen durch den demografischen Wandel gerecht werden zu können.

Die klassischen Liniennetze wurden dabei durch Zusatzangebote, die sich am tatsächlichen Bedarf orientieren, ergänzt. Zu den neuen Bedienformen zählen z. B. Sammeltaxis, Ruf- und Bürgerbusse. Die praktische Ausgestaltung der erprobten Angebote variierte je nach Projekt; der grundlegende Ansatz blieb jedoch gleich: Während das klassische

Nahverkehrsangebot auf festgelegten Hauptrouten zwischen Siedlungsschwerpunkten erfolgt, decken die Zusatzangebote den Bedarf in der Fläche. Zur Nutzung der alternativen Bedienformen geben die Fahrgäste ihren Beförderungswunsch zeitnah im Voraus bekannt. Je nach Ausgestaltung des Angebotes erfolgt die Abholung dann entweder direkt an der Haustür (BMBF 2005: 26.) oder an Haltestellen. Zum einen existieren auch für diese Angebote feste Haltstellen in den Ortschaften, die nur bei tatsächlichem Bedarf bedient werden (BMBF 2005: 30.), zum anderen wird die reguläre Route eines Zusatzangebotes durch weitere Haltepunkte ergänzt (BMBF 2005: 42f.).

Die Fahrtstrecke wird somit flexibel der existierenden Nachfrage angepasst. Kostenverursachende Leerfahrten können dadurch verhindert werden. Zudem sind die Transportleistungen aufgrund der geringen Größe der Verkehrsmittel kostengünstiger zu erbringen als der Transport mittels eines Linienbusses (Ministerium für Stadtentwicklung und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen 1993: 6f.). Klassische und bedarfsgesteuerte Angebote sollten aufeinander abgestimmt werden, um für den Fahrgast ein attraktives Mobilitätsangebot zur Verfügung zu stellen. Sie sind somit elementare Bestandteile eines Gesamtkonzeptes für die ländlichen Regionen. Die flexiblen Zusatzangebote können beispielsweise in Form von Zubringertransporten zu den Hauptlinien des ÖPNV erbracht werden; das Nahverkehrsnetz würde somit durch diese Angebote auf die ansonsten nicht versorgten Räume ausgeweitet und eine größere Anzahl an Bewohnern der Region könnte dadurch bedient werden. (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2007: 51ff.)

Die Bedarfsangebote müssen nicht zwangsläufig von den ansonsten tätigen Nahverkehrsunternehmen der Region betrieben werden. Die Durchführung kann auch durch Taxiunternehmen und Mietwagenfirmen (BMBF 2005: 25f.) sowie durch Initiativen und Vereine (VCÖ 2007: 38.) erfolgen. Dies erfordert die Abstimmung der Verkehrsunternehmen und der neuen Betreiber bei der Leistungserbringung. Welche Form der Angebotserbringung gewählt wird, d. h. die Ausgestaltung der Kombination von Mobilitätsangeboten, ist abhängig von den Rahmenbedingungen, der Nachfrage und den Anforderungen in der entsprechenden Region (VCÖ 2007: 38.).

Die bisher durchgeführten Projekte haben gezeigt, dass die Mobilität der Bevölkerung in den dünn besiedelten Räumen durch die Integration von flexiblen Bedarfsverkehren sichergestellt werden kann. Es wurde ermittelt, dass durch die alternativen Angebote für viele Personen in den ländlichen Regionen eine durchgängige Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr erstmals ermöglicht wurde. (BMBF 2005: 54.)

Allerdings ist auch die Umsetzung der neuen Mobilitätsangebote mit einigen Problemen behaftet. Diese sollen im Rahmen dieser Arbeit nicht ausführlich behandelt, sondern nur kurz genannt werden:

- Die ökonomische Tragfähigkeit ist auch bei den alternativen Angeboten an die Nachfrage gekoppelt. Geringe Nutzung, z. B. abends oder am Wochenende, führt dazu, dass die Strecken nicht bzw. nur unzureichend miteinander kombiniert werden können. (BMBF 2005: 56.)

- Flexible Bedienformen treten in Konkurrenz zu den existierenden Mobilitätsangeboten, wie z. B. dem Taxi. Daher sollten die neuen Angebote in Abstimmung mit diesen bestehenden Versorgungsformen erbracht werden.
- Die rechtlichen Rahmenbedingungen – Personenbeförderungsgesetz, Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz, Verordnungen des Bundes, der Länder und Kommunen – entsprechen nicht den neuen Betriebsformen. In den Gesetzen werden flexible Angebote nicht als gleichwertige Formen im ÖPNV-System anerkannt, da die bedarfsgesteuerten Verkehre nicht dem Linienverkehr zuzuordnen sind, in dessen Form Nahverkehrsangebote generell erfolgen. Die Genehmigung der flexiblen Formen als Teil des ÖPNV-Systems ist allerdings Voraussetzung für die Finanzierung dieser Angebote.
- Die Voraussetzungen für eine finanzielle Förderung von ÖPNV-Angeboten berücksichtigen nicht die Anforderungen an die Alternativformen. So sind Fahrzeuge mit entsprechend geringen Fahrgastkapazitäten sowie die technische Ausrüstung von Dispositionszentralen, die für das Entgegennehmen der individuellen Beförderungswünsche, deren Kombination zu einer Fahrstrecke und der entsprechenden Weiterleitung an die Fahrzeuge verantwortlich sind, nicht förderfähig.
- Die neuen Angebote müssen in der Bevölkerung publik gemacht werden. Voraussetzung für ihre Nutzung ist ihre Bekanntheit und Akzeptanz. (BMBF 2005: 62ff.)

Die Ausgestaltung des ÖPNV obliegt den entsprechenden Akteuren, d. h. Kommunen und Verkehrsunternehmen. Allerdings kann die Raumplanung darauf einwirken, um die Entwicklung der neuen, bedarfsgerechten Bedienformen des Öffentlichen Personennahverkehrs voranzutreiben und somit die Mobilität der Bevölkerung ländlicher Räume zu gewährleisten. Dies kann unter anderem durch das Anstoßen entsprechender Projekte und Entwicklungen erfolgen, deren Umsetzung aktiv unterstützt wird. Zudem kann die Raumplanung einen erheblichen Beitrag zur Kooperation der betroffenen Akteure des Verkehrssektors leisten, indem sie diese zusammenbringt und Kommunikationsprozesse zwischen ihnen moderierend begleitet.

Fragestellung Nr. 1

Die Entwicklung eines bedarfsgerechten ÖPNV-Systems ist eine flankierende Maßnahme, die zur Verbesserung der Rahmenbedingungen, unter denen die ärztliche Versorgung erbracht wird, beiträgt. Ein funktionstüchtiges Nahverkehrssystem, dass auch die Mobilität der Bevölkerung in dünn besiedelten Regionen ermöglicht, leistet durch die Sicherstellung der Erreichbarkeit von ambulanten ärztlichen Einrichtungen einen Beitrag zur medizinischen Versorgung.

Fragestellung Nr. 2

Dieser Ansatz thematisiert nicht die räumliche Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Fragestellung Nr. 3

Vor dem Hintergrund einer abnehmenden Arztdichte in einigen Regionen und der Tatsache, dass Einrichtungen der ärztlichen Versorgung nicht flächendeckend in allen Orten angeboten werden können, ist die Sicherstellung der Erreichbarkeit ambulanter Angebote von besonderer Bedeutung. Dieses Ziel kann mit dieser Maßnahme erreicht werden, da die beschriebene Weiterentwicklung des öffentlichen Nahverkehrs die flächendeckende Anbindung der Bevölkerung dünn besiedelter bzw. ländlicher Räume an Orte mit Versorgungsfunktionen, die beispielsweise ärztliche Angebote bereitstellen, ermöglicht.

4.5.3. Flankierende Maßnahmen

Durch die Planung können sowohl auf regionaler als auch auf kommunaler Ebene unterstützende Leistungen im Zuge der Anwerbung junger Ärzte erbracht werden. Zum einen können Akteure der Regionalplanung sowie der Kommunen hinsichtlich der Vermarktung tätig werden. Dies beinhaltet z. B. die Erstellung von so genannten Regionalexposés oder von Imagebroschüren über die einzelnen Gemeinden, in denen diese und ihre Potentiale vorgestellt werden. So soll aktiv Marketing für die möglichen Standorte betrieben und dem negativen Image ländlicher Räume entgegengewirkt werden. Standortvorteile, wie z. B. die Ausstattung mit Kindertagesstätten und Schulen, können auf diese Weise gezielt herausgestellt werden. (Herre 2008., Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2004: 14., Zenker 2008.)

Ferner können die regionalen und kommunalen Akteure als Ansprechpartner für die ansiedlungswilligen Ärzte zur Verfügung stehen und diese in ihrem Vorhaben unterstützen, z. B. bei der Beantragung von Fördermitteln (Kaufmann 2008.) oder der Bereitstellung geeigneter Immobilien (Herre 2008.). Der aktiven Unterstützung bei der Niederlassung wird sowohl von Seiten der Raumplanung als auch seitens der Akteure des Gesundheitswesens eine besondere Bedeutung zugeschrieben. (Herre 2008., Kaufmann 2008., Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2006: 15f., Zenker 2008.)

Fragestellung Nr. 1

Flankierende Maßnahmen können die Ansiedlung von Ärzten positiv beeinflussen. Sie stellen sogar ein sehr wichtiges Element der Anwerbung dar. So können Standortfaktoren wie die infrastrukturelle Ausstattung eines Ortes – hier v. a. Kinderbetreuungsmöglichkeiten – und die beruflichen Angebote für den Partner des Arztes eine Niederlassungsentscheidung beeinflussen. Eine alleinige Wirkung bezüglich der Sicherstellung der ambulanten Versorgung kann von ihnen allerdings nicht erbracht werden.

Fragestellung Nr. 2

Da Marketingstrategien und Umsetzungsunterstützung regions- bzw. ortsbezogen erfolgen, können sie zur direkten räumlichen Steuerung der ärztlichen Ansiedlung beitragen.

Fragestellung Nr. 3

Die begleitenden Maßnahmen enthalten keine direkten Beiträge zur Sicherstellung der Erreichbarkeit ambulanter Einrichtungen.

4.6. Zwischenfazit

Für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung sind aufgrund der gesetzlichen Zuweisung Akteure und Institutionen des Gesundheitswesens zuständig. Wie in diesem Kapitel dargestellt wurde, existieren bereits mehrere Handlungsansätze. Jedoch wurde für eine Vielzahl dieser Optionen festgestellt, dass sie nicht auf eine gezielte räumliche Steuerung ausgerichtet sind. Beispielsweise kann die Errichtung von Zweigpraxen zu einer Verbesserung der Versorgung in ländlichen Räumen führen, wenn die entsprechenden Standorte zielgenau anhand problemorientierter Kriterien ausgewählt werden.

Die alleinige Zugrundelegung von Ausstattungsgraden für die Planungsbereiche erfüllt diesen Anspruch aufgrund mangelhafter standortbezogener Analysen jedoch nicht. Als mögliche Kriterien können die Altersstruktur in den Teilräumen, die Morbidität der Bevölkerung sowie die Erreichbarkeit der nächstgelegenen ambulanten Einrichtungen dienen.

Aufgabe der Raumordnung ist die Festlegung von Zielen und Grundsätzen, um die Entwicklungsvoraussetzungen für die flächendeckende Sicherstellung der Daseinsvorsorge zu verbessern. Sie verfügt über die fachliche Verantwortlichkeit, räumliche Entwicklungen zu ermitteln, zu bewerten sowie problem- und raumbezogene Strategien für die Sicherstellung eines Mindeststandards der Daseinsvorsorge zu entwickeln. Allerdings verfügt sie über keine Handlungskompetenz, so dass sie keinen direkten Einfluss auf die Versorgungssituation ausüben kann. Die Gewährleistung der Daseinsvorsorge ist Aufgabe der jeweiligen Aufgabenträger. Dies trifft auch hinsichtlich der ambulanten medizinischen Versorgung zu.

Dennoch können raumordnerische Konzepte einen Rahmen für die Steuerung der ärztlichen Versorgung bilden. Durch die zentralörtliche Gliederung werden Orte im Raum identifiziert, die der Sicherstellung der Versorgung für die Bevölkerung in den entsprechenden Nahbereichen dienen. Bei der Feststellung der Zentralen Orte werden räumliche Anforderungen, wie z. B. eine zumutbare Entfernung der Bewohner in den Nahbereichen zu den Versorgungsangeboten im Zentrum, beachtet. Das Zentrale-Orte-Konzept stellt somit eine geeignete Grundlage für die Identifizierung von Standorten medizinischer Versorgung dar, an denen bereits existierende Angebote gesichert bzw. an denen neue Angebote angesiedelt werden sollten.

Weiterhin trägt die Gewährleistung der Erreichbarkeit der Arztpraxen zur Unterstützung der Versorgung bei. Vor allem die ältere Bevölkerung in den ländlichen Räumen ist auf Angebote des ÖPNV angewiesen, um mobil sein und Versorgungsangebote nutzen zu können. Maßnahmen zur Optimierung der ÖPNV-Versorgung, wie z. B. die Ausgestal-

tung mit flexiblen und auf den Bedarf zugeschnittenen Bedienformen, sind daher ebenfalls für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung von Bedeutung.

Daher kann festgestellt werden, dass die Raumordnung zwar über keine direkten Steuerungsmöglichkeiten für die ärztliche Versorgung verfügt, allerdings aufgrund der fachlichen Kompetenzen einen wesentlichen Beitrag zur räumlichen Versorgungssteuerung leisten kann.

5. Beispielregion – Uckermark

In diesem Kapitel sollen die bisher in dieser Arbeit getroffenen Aussagen hinsichtlich einer Beispielregion konkretisiert und die Anwendbarkeit der vorgestellten Sicherstellungsoptionen für diese bewertet werden. Im ersten Schritt soll die zu untersuchende Region anhand verschiedener demografischer Kriterien ausgewählt werden. Nach einer Vorstellung des Landkreises und der Untersuchung der relevanten Entwicklungen in diesem wird die Situation der hausärztlichen Versorgung inklusive der Entwicklung im Laufe der vergangenen Jahre dargestellt, um Probleme in der Versorgung zu identifizieren. Im Anschluss sollen die im *Kapitel 4. Optionen zur Sicherstellung* vorgestellten Strategien und Konzepte auf ihre Anwendbarkeit in der Beispielregion hin bewertet werden.

5.1. Auswahl der Beispielregion

Die Auswahl der Region erfolgt in mehreren Schritten unter Verwendung verschiedener Bewertungskriterien. Das erste Kriterium ist die Einwohnerdichte. Mit dessen Hilfe sollen die am dünnsten besiedelten Kreise Deutschlands identifiziert werden. Besonders für diese Kreise kann vermutet werden, dass Praxisschließungen für einzelne Bevölkerungsteile zu Verschlechterungen der Versorgungslage führen werden. In diesem Zusammenhang wird angenommen, dass eine wohnortnahe Versorgung aufgrund der Vergrößerung der Einzugsbereiche nicht mehr gewährleistet werden kann. Die Untersuchung der Beispielregion soll unter anderem aufzeigen, ob diese Annahme richtig ist.

Die Kreise mit der geringsten Einwohnerdichte sollen anschließend bezüglich weiterer Kriterien untersucht und die Zahl der potentiellen Untersuchungsräume daraufhin eingeschränkt werden.

Wie im *Kapitel 2.4.2. Einfluss der Multimorbidität auf die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen* dargestellt wurde, ist die Zahl der Arztbesuche abhängig von Morbidität bzw. Multimorbidität. Regionalisierte Daten zur Morbidität der Bevölkerung, die differenzierte Aussagen für die einzelnen Kreise liefern, liegen nicht vor. Da Multimorbidität mit zunehmendem Alter ansteigt, sollen als Auswahlkriterien der Anteil der Personen an der Bevölkerung, die älter als 65 Jahre sind, sowie die Entwicklung dieses Anteils in den letzten Jahren ermittelt werden. Als Grundlage dienen die Daten der Statistischen Ämter und des Bundes mit dem Stand 31.12.2009 sowie die Daten zur Raumentwicklung, die vom BBSR veröffentlicht werden. Die Entwicklung des Anteils der Bevölkerung über 65 Jahre wird aufgrund der Datenlage mit dem zeitlichen Bezug auf die Jahre 2003 bis 2008 dargestellt.

Zur Abschätzung eines zukünftigen Bedarfs an medizinischer Versorgung ist die Einbeziehung der Bevölkerungsentwicklung in den nächsten Jahren von Bedeutung. Zu diesem Zweck werden die flächendeckenden Daten der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2025 vom BBSR herangezogen. Die zu untersuchenden Kriterien sind die Entwicklung

der Gesamtbevölkerung (ausgehend vom Stand 2008) sowie die Entwicklung der Anzahl der älteren Bewohner in den Kreisen.

Im Zuge der Bewertung soll für jedes der Kriterien untersucht werden, welche der vorselektierten Kreise die Mittelwerte aller Ausprägungen überschreiten, um diejenigen zu identifizieren, in denen Probleme hinsichtlich der Bevölkerungssituation bzw. Bevölkerungsentwicklung besonders stark ausgeprägt sind.

Die Landkreise, für die bei mehreren Kriterien negative Zustände und Trends feststellbar sind, sollen in der nächsten Auswahlstufe hinsichtlich des aktuellen Versorgungsgrades mit Hausärzten untersucht werden. Damit können bereits existierende Problemräume herausgestellt werden, in denen sich bei weiterer negativer Entwicklung die Aufrechterhaltung der hausärztlichen Versorgung zunehmend schwierig gestalten wird.

Als Ergebnis dieser Untersuchungskette soll ein Kreis identifiziert werden, für den aufgrund der Kriterien ein hoher Handlungsbedarf festgestellt werden konnte. Dieser Kreis soll in diesem Kapitel intensiv bezüglich der Situation und Entwicklung der hausärztlichen Versorgung betrachtet werden.

Die Einwohnerdichte aller Kreise Deutschlands ist in *Abbildung 15* dargestellt.

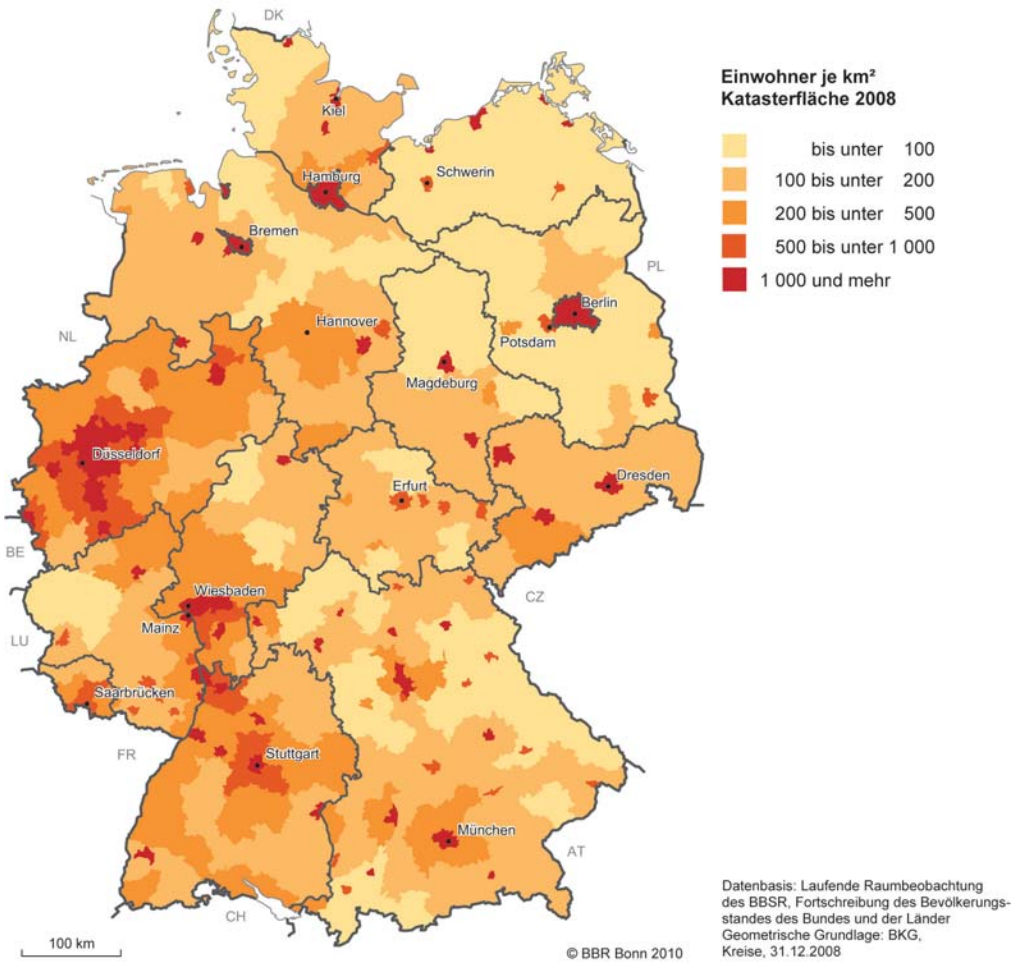
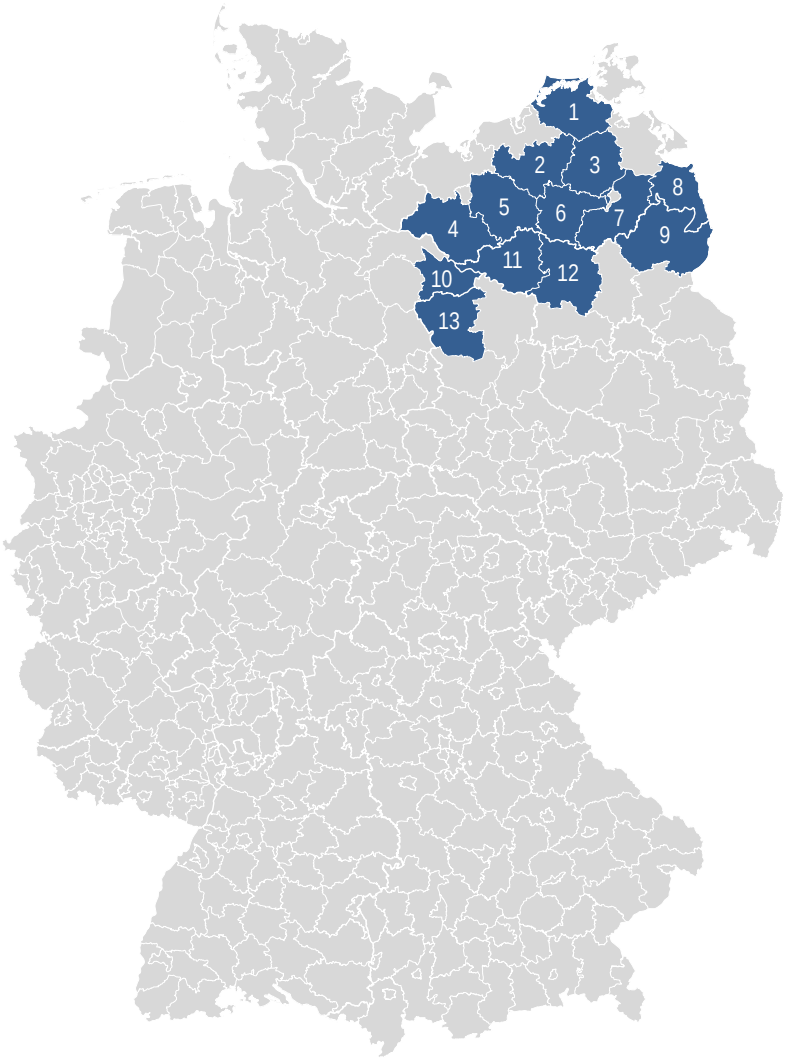


Abbildung 15: Einwohnerdichte

In 69 Kreisen liegt die Einwohnerdichte unter 100 EW/km² (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: Einwohner je km² 2009.). Um die Zahl der zu untersuchenden Kreise einzugrenzen, werden nachfolgend diejenigen weiter betrachtet, deren Einwohnerdichte unter 50 EW/km² liegt und die somit zu den am dünnsten besiedelten Räumen Deutschlands zu zählen sind. Diese Kreise sind in *Abbildung 16* verortet.



1 Nordvorpommern
2 Güstrow
3 Demmin
4 Ludwigslust
5 Parchim
6 Müritz
7 Mecklenburg-Strelitz
8 Uecker-Randow
9 Uckermark
10 Lüchow-Dannenberg
11 Prignitz
12 Ostprignitz-Ruppin
13 Altmarkkreis Salzwedel

Abbildung 16: Ausgewählte Landkreise

Im zweiten Schritt sollen diese Landkreise hinsichtlich der weiteren demografischen Kriterien untersucht werden. Die Ergebnisse der Untersuchung sind in der *Tabelle 14* aufgeführt. Überschreitungen der Mittelwerte werden jeweils farblich hervorgehoben.

	Bevölkerungs-dichte 2009 Einwohner pro km²	Einwohner 65 Jahre und älter 2009 in %	Entwicklung der Einwohner 65 Jahre und älter 2003 - 2008 in %	Entwicklung der Gesamt-bevölkerung 2009 - 2025 (Prognose) in %	Prognose 2025 Einwohner 65 Jahre und älter in %
Altmarkkreis Salzwedel	39,5	22,0	11,6	-13	31,8
Demmin	42	23,0	8,4	-23	39,2
Güstrow	48,5	22,5	13,5	-16,8	33,6
Lüchow-Dannenberg	40,7	25,9	10,0	-4,7	39,3*
Ludwigslust	49,1	20,1	13,7	-9,6	31,1
Mecklenburg-Strelitz	37,6	22,1	15,6	-15,4	40,2
Müritz	38,1	22,2	16,9	-11,7	33
Nordvorpommern	49,1	22,7	17,1	-13,2	34,9
Ostprignitz-Ruppin	41,4	22,4	17,0	-12,5	35,7
Parchim	43,4	21,9	16,7	-14,4	36,5
Prignitz	39,1	25,7	13,0	-20,4	39
Uckermark	42,9	23,7	17,1	-21,1	38,3
Uecker-Randow	45	23,3	11,4	-23,1	34,6

* Wert abweichend für das Jahr 2031 laut der Prognose des Landesbetriebs für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen

Tabelle 14: Untersuchung der ausgewählten Landkreise

Für die mecklenburgischen Kreise Demmin und Mecklenburg-Strelitz sowie die brandenburgischen Kreise Prignitz und Uckermark wurden im Zuge dieser Untersuchung für die einzelnen Kriterien die häufigsten Überschreitungen der Mittelwerte festgestellt. Die überdurchschnittlichen Ausprägungen sind für jeweils drei bzw. im Fall des Landkreises Uckermark sogar für alle vier untersuchten Aspekte aufgetreten. Nachfolgend soll für diese vier Kreise die Versorgungssituation ermittelt werden. Dies erfolgt in Form der Zuordnung zu den im *Kapitel 3.2.2. Die hausärztliche Versorgung* in den ländlichen Räumen aufgeführten Kategorien der Versorgungsgrade. Der Versorgungsgrad im Kreis Demmin lag 2010 im Bereich über 110 % und in den Kreisen Mecklenburg-Strelitz und Prignitz jeweils zwischen 100 und 110 %. Im Landkreis Uckermark war er der Kategorie zwischen 75 % und 90 % zuzuordnen. (Klose, Rehbein 2011: 15.)

Aufgrund der ausgeprägten Problemlage hinsichtlich der demografischen Entwicklung sowie des geringen Versorgungsgrades erfolgt die beispielhafte Untersuchung in diesem Kapitel für den Landkreis Uckermark im Land Brandenburg.

5.2. Rahmenbedingungen

5.2.1. Allgemeine Grundlagen

Der im Nordosten Brandenburgs gelegene Landkreis Uckermark ist mit einer Fläche von 3.050 m² Deutschlands größter Landkreis (LBV 2011a: 1.). Er liegt im äußeren Entwicklungsraum Brandenburgs und setzt sich, wie in *Abbildung 17* ersichtlich ist, aus insgesamt

34 Gemeinden zusammen, von denen 26 Gemeinden fünf Ämtern zugeordnet und acht Gemeinden amtsfrei sind. Verwaltungssitz des Landkreises ist die Stadt Prenzlau.



Abbildung 17: Administrative Gliederung des Landkreises Uckermark

Im Norden grenzt der Landkreis an das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, im Südwesten an den Landkreis Oberhavel und im Süden an den Landkreis Barnim. Die Begrenzung des Landkreises im Osten ist gleichzeitig die Staatsgrenze zu Polen.

Zusammen mit dem Landkreis Barnim bildet die Uckermark die Planungsregion Uckermark-Barnim. Ein gültiger Regionalplan für diese Planungsregion existiert nicht. Die zentralörtliche Gliederung des Landkreises erfolgt durch den Landesentwicklungsplan Berlin-Brandenburg aus dem Jahr 2009. Für den Landkreis Uckermark wurden Prenzlau, Schwedt/Oder und Templin als Mittelzentren festgesetzt (2.9 (Z) LEP B-B.). Ihnen sind gemäß der Kriterien, die im *Kapitel 4.5.1. Das Konzept der Zentralen Orte* beschrieben sind, Mittelbereiche zugeordnet, für die sie Versorgungsfunktionen, wie z. B. Wirtschafts-, Siedlungs- und Einzelhandelsfunktionen sowie Gesundheitsfunktionen, übernehmen (2.10 (G) LEP B-B.). Oberzentren wurden in der Uckermark nicht identifiziert.

Im *Kapitel 4.5.1.* wurde dargestellt, dass die ambulante ärztliche Versorgung den Stufen des Zentralen-Orte-Systems zugeordnet werden kann. Die fachärztliche Versorgung kann der Stufe der Mittelzentren und die Hausärzte können der Stufe der Grundzentren zugeordnet werden. Dieser Systematik folgend sollte einer standortgenauen Betrachtung der hausärztlichen Versorgung eine entsprechende zentralörtliche Gliederung zu-

grunde liegen, um Aussagen über die Versorgungslage treffen zu können. Im LEP B-B wird jedoch keine Zuordnung unterhalb der Mittelbereichsebene festgesetzt. Daher soll zur Untersuchung unterhalb dieser Ebene die Gliederung des Sachlichen Teilplans Zentralörtliche Gliederung, Siedlungsschwerpunkte und Ländliche Versorgungsorte des Regionalplans Uckermark-Barnim herangezogen werden. Dieser war von 1997 bis 2009 gültig und wies für den Landkreis Uckermark die Zentralen Orte aus.

Vorgaben für diesen Sachlichen Teilplan wurden durch den bis 2009 geltenden Landesentwicklungsplan Brandenburg – Zentralörtliche Gliederung (LEP I) getroffen. Zentrale Orte der oberen und mittleren Stufe waren diesem Plan zu entnehmen. Zentrale Orte unterhalb der Mittelzentren sollten durch die Regionalplanung anhand von im LEP I vorgegebenen Kriterien festgesetzt werden. (Z 2 und Z 7 LEP I.)

Ein Grundzentrum im äußeren Entwicklungsraum – zu dem die Uckermark zu zählen ist – sollte nach der im LEP I enthaltenen Systematik über mindestens 2.000 Einwohner im Siedlungskern sowie 5.000 im Nahbereich verfügen. Vereinzelt konnten Grundzentren auch Teilfunktionen von Mittelzentren übernehmen, wenn sie über die entsprechende Ausstattung an Gütern und Dienstleistungen des gehobenen Bedarfes verfügten und diese auch an den Standorten gesichert werden sollten.

Unterhalb der Grundzentren identifizierte die Zentralörtliche Gliederung des LEP I weiterhin Kleinzentren, die das Netz der Grundzentren ergänzten. In diesen sollten Angebote des Grundbedarfs, zu dem auch die hausärztliche Versorgung zu zählen ist, für die Bewohner vorgehalten werden. Da die Kleinzentren insbesondere der Sicherstellung der Erreichbarkeit dieser Angebote dienten, sollte die Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu diesen Zentren maximal 30 Minuten betragen. Im äußeren Entwicklungsraum sollten in den Kleinzentren mindestens 700 und in ihrem Nahbereich mindestens 3.000 Einwohner leben. (Regionale Planungsgemeinschaft Uckermark-Barnim 1996: 10ff.)

Im Sachlichen Teilplan Zentralörtliche Gliederung, Siedlungsschwerpunkte und Ländliche Versorgungsorte wurden zusätzlich sogenannte ländliche Versorgungsorte identifiziert. Diese dienten neben den bisher beschriebenen Zentren zur Sicherstellung der Bedarfsdeckung der Bevölkerung. Ländliche Versorgungsorte boten für die Bewohner ihres Einzugsbereiches Versorgungsfunktionen, die in den benachbarten Zentren nicht oder nicht in ausreichendem Maße angeboten wurden. Sie verfügten zum Beispiel über Schulen oder Angebote der sozialen Infrastruktur. Die Angebote sollten in diesen Orten gesichert werden, um die diesbezügliche Versorgung in den ländlichen Räumen aufrecht zu erhalten. Nur bei Bedarf sollten bestehende Angebote erweitert bzw. ausgebaut werden. In solchen Fällen war die Entwicklung jedoch mit den übergeordneten Zentren abzustimmen, um Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Weiterhin wurden durch die Regionalplanung Siedlungsschwerpunkte in die zentralörtliche Gliederung integriert. Für diese Orte stand die Sicherung der Wohn- und Gewerbefunktion im Vordergrund. Sie waren in erster Linie Selbstversorgergemeinden, die nur bedingt überörtliche Versorgungsfunktionen erfüllten. (Regionale Planungsgemeinschaft Uckermark-Barnim 1996: 23f.) In *Abbildung 18* ist die zentralörtliche Gliederung des Landkreises gemäß den Vorgaben des Landesentwicklungsplans Berlin- Brandenburg und des Sachlichen Teilplans dargestellt.

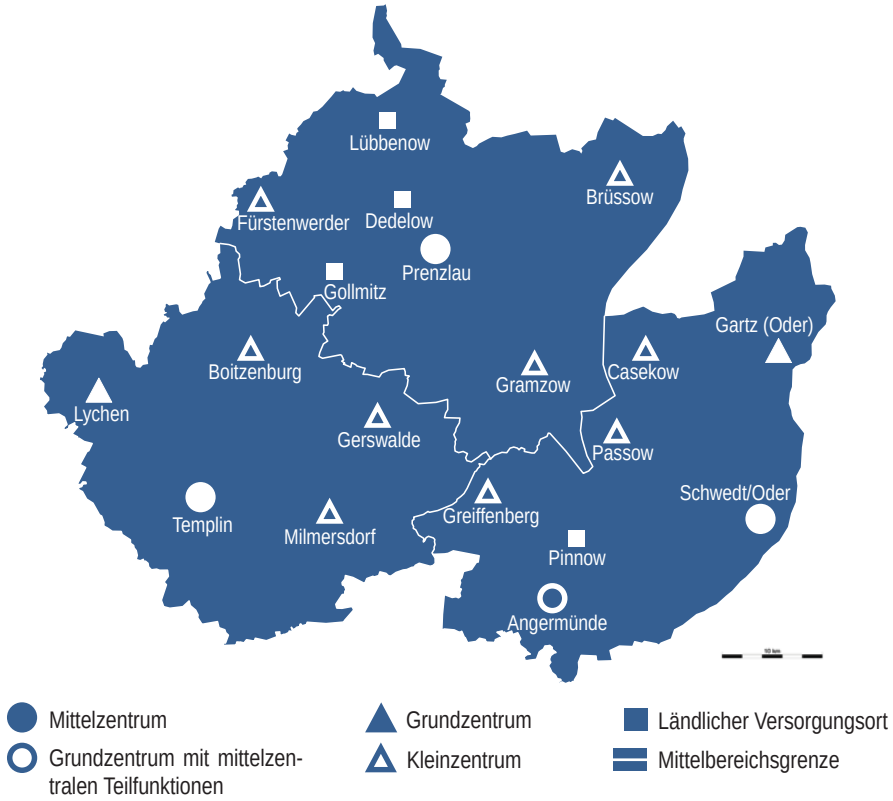


Abbildung 18: Zentralörtliche Gliederung im Landkreis Uckermark, kombinierte Darstellung gemäß LEP B-B und des Sachlichen Teilplans Zentralörtliche Gliederung, Siedlungsschwerpunkte und Ländliche Versorgungsorte

Unterhalb der Mittelzentren verfügte die Uckermark mit Angermünde über ein Grundzentrum mit Teilfunktionen eines Mittelzentrums. Die weiteren Grundzentren waren Lychen und Gartz (Oder). Ergänzt wurde das zentralörtliche Netz durch die Kleinzentren Brüssow, Fürstenwerder, Gramzow, Boitzenburg, Gerswalde, Milmersdorf, Casekow, Passow und Greiffenberg sowie die ländlichen Versorgungsorte Lübbenow, Pinnow, Dedelow und Gollmitz. Siedlungsschwerpunkte existierten im Landkreis Uckermark nicht.

Diese erweiterte Gliederung der Zentralen Orte wird der folgenden Betrachtung der hausärztlichen Versorgung zugrunde gelegt.

5.2.2. Bevölkerung

Am 31.12.2009 lebten 131.115 Menschen im Landkreis Uckermark (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2010a: 32.). Mit einer Einwohnerdichte von 42,9 EW/km² zählt er zu den am dünnsten besiedelten Kreisen Deutschlands (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011a.). In der Bevölkerungsverteilung existieren im Landkreis regionale Unterschiede. In der *Tabelle 15* sind die Bevölkerungszahlen und die Einwohnerdichten für die einzelnen Ämter und amtsfreien Gemeinden aufgelistet, um diese Unterschiede herauszustellen.

	Einwohner	Fläche in km²	Einwohner pro km²
Angermünde	14.492	323	44,9
Boitzenburger Land	3.732	216	17,3
Lychen	3.571	111	32,2
Nordwestuckermark	4.810	253	19
Prenzlau	20.173	142	142,1
Schwedt / Oder	34.586	204	169,5
Templin	16.504	377	43,8
Uckerland	3.074	166	18,5
Amt Brüssow	4.883	217	22,5
Amt Gartz (Oder)	7.063	263	26,9
Amt Gerswalde	5.020	293	17,1
Amt Gramzow	7.479	327	22,9
Amt Oder-Welse	5.728	166	34,5

Tabelle 15: Einwohnerdichte in den Ämtern und amtsfreien Gemeinden, Stand 31.12.2009

Die Städte Schwedt/Oder und Prenzlau haben die meisten Einwohner und die größten Einwohnerdichten im Landkreis. In diesen zwei Städten leben auf rund 11 % der Gesamtfläche der Uckermark rund 42 % der gesamten Bevölkerung des Kreises. Demgegenüber stehen sehr geringe Bevölkerungsdichten in anderen Gemeinden bzw. Ämtern. Die geringsten Einwohnerdichten sind im Amt Gerswalde (17,1 EW/km²), in den Gemeinden Boitzenburger Land (17,3 EW/km²), Uckerland (18,5 EW/km²) und Nordwestuckermark (19 EW/km²) zu finden. Insgesamt liegen in neun der dreizehn Verwaltungsbezirke die Einwohnerdichten unter dem Durchschnitt des Landkreises.

Seit 1990 ist die Zahl der Einwohner des Landkreises kontinuierlich zurückgegangen. So lag sie 1990 noch bei 169.255 Personen (LBV 2010b: 11.). Im Vergleich lebten 2009 somit 38.140 Menschen weniger in der Uckermark. Dies entspricht einem Rückgang von 29,1 %. Am stärksten vom Bevölkerungsrückgang sind neben den beiden bevölkerungsreichsten Städten Schwedt/Oder und Prenzlau, die unter anderem im Zuge von Suburbanisierungsprozessen Einwohner an die angrenzenden Gemeinden verloren haben, die agrarisch geprägten Gemeinden betroffen (Landgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern mbH 2005: 17.).

Das Landesamt für Bauen und Verkehr hat ausgehend vom Stand am 31.12.2008 eine Bevölkerungsvorausberechnung bis ins Jahr 2030 erarbeitet. In dieser wird ein weiterer Rückgang der Einwohnerzahl des Landkreises auf 98.197 Einwohner für 2030 prognostiziert (LBV 2010a: Anlage 3, Blatt 5.) Diese Prognose enthält auch Aussagen zur Entwicklung in den einzelnen Gemeinden bzw. Ämtern, die in *Tabelle 16* aufgeführt sind.

	Einwohner 2008	Einwohner 2030	Veränderung in %
Angermünde	14.598	10.973	-24,8
Boitzenburger Land	3.853	2.621	-32
Lychen	3.626	2.338	-35,5
Nordwestuckermark	4.922	3.673	-25,4
Prenzlau	20.285	16.259	-19,8
Schwedt / Oder	35.162	23.444	-33,3
Templin	16.645	12.997	-21,9
Uckerland	3.121	2.053	-34,2
Amt Brüssow	4.984	3.785	-24,1
Amt Gartz (Oder)	7.098	5.907	-16,8
Amt Gerswalde	5.167	3.613	-30,1
Amt Gramzow	7.604	6.005	-21
Amt Oder-Welse	5.772	4.530	-21,5

Tabelle 16: Bevölkerungsprognose für die Ämter und amtsfreien Gemeinden bis 2030

Feststellbar ist, dass in der Zukunft die Einwohnerzahl in allen Ämtern und Gemeinden zurückgehen wird. Der Hauptgrund für die rückläufige Einwohnerzahl ist der negative Wanderungssaldo. Der Landkreis ist seit 1991 von stetiger Abwanderung der Bevölkerung betroffen. Hinzu kommt eine negative natürliche Bevölkerungsentwicklung, d. h. die Anzahl der Geburten ist geringer als die Zahl der Verstorbenen und kann diese nicht ausgleichen. Zu den Personen, die abwandern, zählen vor allem junge Menschen. In der Altersklasse der 18 – 25-Jährigen sind die größten Verluste zu verzeichnen. Aber auch in den Altersklassen über 50 Jahre gilt, dass mehr Menschen den Landkreis verlassen als zuwandern. Das bedeutet, dass der Landkreis Personen jeden Alters verliert. (Regionomica 2004: 15., LBV 2010b: 2.)

Die Bevölkerungsentwicklung hat eine Veränderung der Altersstruktur der Einwohner zur Folge. In *Tabelle 17* ist die Altersstruktur der Einwohner der Uckermark im Jahr 2009 aufgeführt. Diese wird durch die Darstellung der Altersstruktur des Jahres 1995 ergänzt, um die Entwicklung in den einzelnen Altersklassen aufzuzeigen.

	0 - 17 Jahre Anteil in %	18-24 Jahre Anteil in %	25 - 44 Jahre Anteil in %	45 - 64 Jahre Anteil in %	> 65 Jahre Anteil in %
1995	22,5	8,1	32	25	12,4
2009	12,6	8	22,9	32,8	23,7

Tabelle 17: Veränderung der Altersstruktur von 1995 bis 2009, Darstellung des prozentualen Anteils der Altersklassen an der Gesamtbevölkerung des Bezugsjahres

Sehr deutlich ist zu erkennen, dass die Zahl der jüngeren Bewohner des Landkreises stark abgenommen hat, während die Zahl der Bewohner, die älter als 65 Jahre sind, im großen Umfang zugenommen hat. Die Bevölkerung der Uckermark hat also seit den 1990er Jahren einen extremen Alterungsprozess erlebt. Bedingt wurde dieser durch die Abwan-

derung der jüngeren Personen, die geringe Geburtenrate und eine generell steigende Lebenserwartung (Regionomica 2004: 16.). Die Altersstruktur wird sich laut Prognose des Landesamtes für Statistik Berlin-Brandenburg bis zum Jahr 2030 weiterhin verändern. So wird für den Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung der Uckermark bis zum Jahr 2030 ein Anstieg auf rund 44,9 % erwartet (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2010b: 147.).

Unter Berücksichtigung der derzeitigen und der für die Zukunft prognostizierten Altersstruktur und vor dem in *Kapitel 2.4.2. Einfluss der Multimorbidität auf die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen* dargestellten Hintergrund, dass ältere Personen aufgrund von Multimorbidität einen größeren Bedarf an ambulanter ärztlicher Versorgung haben, muss geschlussfolgert werden, dass deren Sicherstellung im Landkreis Uckermark von besonderer Bedeutung ist.

5.2.3. Siedlungsstruktur

Der Landkreis Uckermark ist geprägt durch eine kleinteilige Siedlungsstruktur mit vielen Klein- und Kleinstsiedlungen. Lediglich die vier Ortschaften Angermünde, Prenzlau, Schwedt/Oder und Templin verfügen über mehr als 10.000 Einwohner. (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2010a: 34f.) Diese Siedlungsstruktur spiegelt sich sowohl in der geringen Einwohnerdichte als auch in der Flächennutzung wider. 2008 wurden 62 % der Flächen landwirtschaftlich, 24 % durch die Forstwirtschaft, 4 % zu Siedlungszwecken, 3 % für den Verkehr und 2 % für sonstige Zwecke genutzt. Weitere 5 % der Flächen sind Gewässer. (LBV 2010b: 1.)

Die starke landwirtschaftliche Prägung der Region ist historisch bedingt. Die daraus resultierende kleinteilige Siedlungsstruktur hat sich im Laufe der Jahre kaum verändert. Nur vereinzelt entwickelten sich Ortschaften zu Ackerbürgerstädten und damit zu Siedlungen mit einer größeren Bevölkerungszahl. Größere gewerbliche Ansiedlungen wurden bis heute im Landkreis kaum getätigt. (Landgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern mbH 2005: 20.) Der einzige größere Standort des produzierenden Gewerbes im Landkreis Uckermark ist die Stadt Schwedt/Oder (LBV 2010b: 1.).

5.2.4. Folgen für den ÖPNV

Der straßengebundene ÖPNV wird im Landkreis Uckermark von der Uckermärkischen Verkehrsgesellschaft mbH erbracht. Das Unternehmen betreibt insgesamt 75 Buslinien zur Versorgung der Bevölkerung (Uckermärkischen Verkehrsgesellschaft mbH 2011a.).

Hauptsächlich erfolgt der Betrieb in Form des Schülerverkehrs, der zwar eine flächendeckende Versorgung gewährleistet, allerdings zu einer auf den Morgen und Nachmittag konzentrierten Versorgung führt. Ein Großteil der Linien wird durch zusätzliche Takte ergänzt oder mittels Kleinbussen bedient. Für einzelne Strecken gilt, dass für sie außerhalb des Schülerverkehrs Kleinbusse als Transportmittel eingesetzt oder sie, obwohl es sich um reguläre Linienverkehrsstrecken handelt, nur bei vorheriger telefonischer Anmeldung

des Beförderungswunsches befahren werden. Im Umfeld von Angermünde wird zusätzlich zum regulären Linienverkehr wochentags zwischen 17 und 22 Uhr und an den Wochenenden zwischen 8 und 22 Uhr ein Rufbus zur Erweiterung des klassischen Angebotes eingesetzt. Voraussetzung für die Bestellung des Rufbusses ist, dass 60 Minuten vor und nach dem Beförderungszeitraum kein reguläres Linienangebot in Anspruch genommen werden kann. Ein weiterer Rufbus fährt an den Wochenenden zwischen 8 und 20 Uhr im Raum Gartz. Beförderungswünsche müssen jeweils mindestens eine Stunde im Vorfeld angemeldet werden. (Uckermärkischen Verkehrsgesellschaft mbH 2011b: 12f.)

Aufgrund der Siedlungsstruktur, dem sowohl in den letzten Jahren stattgefundenen als auch dem prognostizierten Rückgang der Bevölkerung sowie der Veränderung der Altersstruktur ist die Versorgung des Landkreises mit ÖPNV-Angeboten gefährdet. Die kleinteilige Siedlungsstruktur ist verbunden mit der Verteilung der Bevölkerung über die Fläche und einer sehr geringen Bevölkerungsdichte. Diese Rahmenbedingung steht der wirtschaftlichen Erbringung eines öffentlichen Nahverkehrs entgegen.

Ausgehend vom rückläufigen Anteil der jüngeren Bevölkerung und somit der Schüler ist zu erwarten, dass die Form des Schülerverkehrs in Zukunft einen immer geringeren Beitrag zur Aufrechterhaltung des Linienverkehrs wird leisten können. Dem gegenüber steht jedoch der Mobilitätsbedarf der weiteren Bevölkerung, um den täglichen Betätigungen nachzugehen oder um Infrastruktureinrichtungen, wie z. B. den Arzt, aufzusuchen.

Die zweite Fortschreibung des Nahverkehrsplans für den straßengebundenen Öffentlichen Personennahverkehr des Landkreises Uckermark aus dem Jahr 2007 enthält ein Konzept, das diesen sich wandelnden Anforderungen Rechnung trägt. Auf Verkehrsachsen unterschiedlicher Kategorien sollen den Bedarfen gerechte Linienangebote vorgehalten werden. So sollen auf den Verkehrsachsen der Kategorie A mindestens fünf bis zehn, auf den Achsen der Kategorie B mindestens drei bis fünf Fahrtenpaare pro Tag angeboten werden.

Hauptverknüpfungspunkte der Buslinien in diesem Netz untereinander sowie zu schienengebundenen ÖPNV-Angeboten befinden sich in Angermünde, Prenzlau, Schwedt/Oder und Templin. Diese Verknüpfungen werden ergänzt durch regionale Verknüpfungspunkte in den Orten Boitzenburg, Brüssow, Garzt (Oder), Gramzow, Lychen und Passow. Dort sollen die Linien der Verkehrsachsen mit den weiteren Buslinien des Landkreises verbunden werden. (Landkreis Uckermark: 6ff.) Die Verkehrsachsen sind in *Abbildung 19* dargestellt.

Weiter werden im Nahverkehrsplan maximale Reisezeiten definiert. So sollen Gemeinde- und Amtssitze innerhalb von 30 Minuten und Mittelzentren innerhalb von 60 Minuten aus den dazugehörigen Gemeindeteilen erreichbar sein. In diesem Zusammenhang werden auch Mindestbedienungsstandards für die Wochentage festgelegt, d. h. wie viele Fahrten pro Tag von den einzelnen Gemeindeteilen in das nächstgelegene Zentrum angeboten werden sollen. (Landkreis Uckermark: 10f.) Diese Standards sind in *Tabelle 18* aufgeführt.

Mit diesen Festlegungen soll ein tragfähiges straßengebundenes ÖPNV-Netz entwickelt werden, das eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung des Landkreises sicherstellt. Hauptverkehrsströme werden auf den definierten Verkehrsachsen gebündelt und

durch weitere Linien in der Fläche ergänzt, die auch durch alternative Transportformen bedient werden können (Landkreis Uckermark: 8f.).

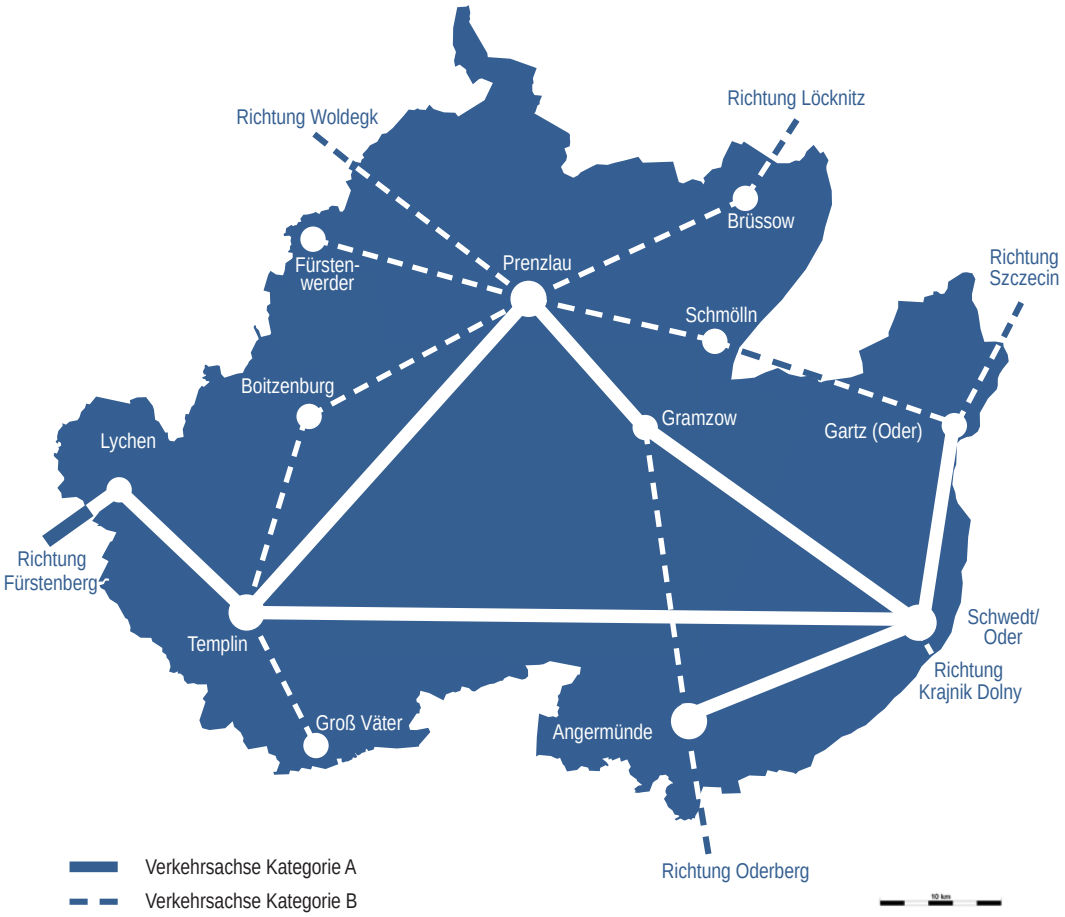


Abbildung 19: Verkehrsachsen des straßengebundenen Linienverkehrs im Landkreis Uckermark

Einwohner je Gemeindeteil	Fahrten je Tag und Richtung
100 - 500	1
500 - 1.500	1 - 3
1.500 - 5.000	3 - 5
> 5.000	5 - 10

Tabelle 18: Bedienungsstandards des straßengebundenen Linienverkehrs im Landkreis Uckermark

5.3. Entwicklungstendenzen der ambulanten Versorgung

Nachfolgend soll die Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung im Landkreis untersucht werden. Analog zur Untersuchung für den gesamtdeutschen Raum erfolgt dies durch die Ermittlung des Versorgungsgrades, der Zu- und Abgänge sowie der Altersstruktur der Ärzte. Zusätzlich soll die räumliche Verteilung der Arztpraxen dargestellt werden.

Anschließend soll ausgehend von diesen Ergebnissen eine Einschätzung hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung erfolgen.

5.3.1. Allgemeine Aussagen

Am 31.12.2010 nahmen 173 Vertragsärzte an der ambulanten Versorgung im Landkreis Uckermark teil. Von diesen waren 74 Hausärzte. Die weiteren Ärzte sind der fachärztlichen Versorgung zuzuordnen. Mit einer Anzahl von 17 Ärzten stellen die fachärztlich tätigen Internisten nach den Hausärzten die zweitgrößte Arztgruppe im Landkreis, gefolgt von den Frauenärzten mit 13 Medizinern. Die fachärztliche Versorgung findet fast ausschließlich in den Mittelzentren Prenzlau, Schwedt/Oder und Templin statt. Lediglich in Angermünde findet sich noch ein weiterer Schwerpunkt der fachärztlichen Versorgung. Hier finden sich insgesamt dreizehn Fachärzte aus verschiedenen Arztgruppen. Dies kann auf die Funktion von Angermünde als Kreisstadt bis zur Kreisgebietsreform im Jahr 1993 und den darüber hinausgehenden Status eines Grundzentrums mit Teilfunktionen eines Mittelzentrums zurückgeführt werden. Weiterhin existiert eine fachärztliche Praxis in der Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten in Schöneberg. (KVBB 2011j.)

5.3.2. Hausärztliche Versorgung

Die nachfolgende Betrachtung bezieht sich auf den Stand zum 31.12.2010. Zu diesem Zeitpunkt nahmen im Landkreis Uckermark 74 Hausärzte an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teil. Dies entsprach einem Versorgungsgrad von 83,2 %[1] für den gesamten Landkreis. (KVBB 2011j.) Die per Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegte Grenze zur Feststellung von Unterversorgung liegt bei 75 % und wird somit nicht unterschritten.

Unter Berücksichtigung des tatsächlichen Arbeitsumfanges, d. h. von Teilzeittätigkeit, waren zum Stichtag 72,25 Ärzte tätig. Zwei Ärztinnen nahmen jeweils mit 50 % und eine mit 25 % Umfang an der hausärztlichen Versorgung teil. Der Versorgungsgrad sinkt dementsprechend auf 81,2 %. (KVBB 2011j.)

Dieser Versorgungsgrad erfasst allerdings nicht die regionalen Unterschiede in der Ausstattung mit hausärztlich tätigen Medizinern. Räumlich spezifische Versorgungsprobleme lassen sich damit nicht erfassen. Zur Feststellung von drohender bzw. bestehender Unterversorgung nutzt die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg daher – wie im *Kapitel 4.5.1. Das Konzept der Zentralen Orte* dargestellt – die Mittelbereichssystematik gemäß des Landesentwicklungsplans Berlin-Brandenburg.

Sowohl für den gesamten Landkreis als auch für die einzelnen Mittelbereiche wird für die Berechnung der Versorgungsgrade die Einwohner-Arzt-Relation für die ländlichen Kreise geringerer Dichte zugrunde gelegt (BBSR 2011d.). Gemäß dieser Relation hat ein Hausarzt in der Uckermark 1.474 Einwohner zu versorgen (siehe *Tabelle 5 Allgemeine Verhält-*

1 Die in dieser Arbeit aufgeführten Versorgungsgrade werden ohne Berücksichtigung des Demografiefaktors berechnet.

niszahlen (Einwohner pro Arzt) in den ländlichen Kreisen). Die Ermittlung des Zustandes der ärztlichen Versorgung auf Basis der Mittelbereiche – aufgeführt in *Tabelle 19* – liefert ein differenziertes Bild zu der Betrachtung des gesamten Landkreises.

Mittelbereich	Einwohnerzahl	Anzahl der Hausärzte	Versorgungsgrad in %
Prenzlau	40.419	25	91,2
Schwedt/Oder	61.869	31	73,9
Templin	28.827	18	92,0

Tabelle 19: Situation der hausärztlichen Versorgung in den Mittelbereichen, Stand 31.12.2010

So sind Versorgungsunterschiede zwischen den einzelnen Mittelbereichen zu erkennen. In den Mittelbereichen Prenzlau und Templin bestehen jeweils Versorgungsgrade von mehr als 90 %. Die Versorgung ist somit als gut zu bewerten. Lediglich im Mittelbereich Schwedt/Oder wird die rechnerische Grenze zur Unterversorgung unterschritten. Der Versorgungsgrad beträgt dort 73,9 %. Während ein Hausarzt dort rund 2.000 Einwohner zu versorgen hat und das vorgegebene Einwohner-Arzt-Verhältnis somit um fast 325 Einwohner überschritten wird, sind in den beiden anderen Regionen lediglich cirka 1.600 Einwohner von einem Hausarzt zu betreuen. Um einen Versorgungsgrad von 100 % zu erreichen, müssten sich zusätzlich elf Hausärzte im Mittelbereich Schwedt/Oder niederlassen. Aufgrund der bestehenden Unterversorgung wurde vom Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen für diesen Mittelbereich der Zustand der Unterversorgung festgestellt (KVBB 2010.). Folglich können dort Sicherstellungsmaßnahmen durchgeführt werden.

Um die Entwicklung der Versorgung in den zurückliegenden Jahren nachvollziehen zu können, wird in *Tabelle 20* die Situation zum Stichtag 31.12.2001 dargestellt. Zur Vergleichbarkeit der Daten werden für die Betrachtung des Jahres 2001 ebenfalls die Gebietszuschnitte der Mittelbereiche des LEP B-B zugrunde gelegt.

Mittelbereich	Einwohnerzahl	Anzahl der Hausärzte	Versorgungsgrad in %
Prenzlau	44.225	23	76,7
Schwedt/Oder	71.895	34	69,7
Templin	32.486	28	127,0

Tabelle 20: Situation der hausärztlichen Versorgung in den Mittelbereichen, Stand 31.12.2001

Insgesamt waren 2001 85 Hausärzte im Landkreis tätig. Dies entsprach einem Versorgungsgrad von 84,3 %. Trotz einer rückläufigen Anzahl an Hausärzten war der Versorgungsgrad im Vergleichsjahr 2010 somit höher. Dieser Effekt lässt den Einfluss der beiden Faktoren Einwohner- und Arztzahlen gut erkennen. Das Einwohner-Arzt-Verhältnis wird durch die Entwicklung dieser beiden bestimmt. Daher müssen sie in die Betrachtung einbezogen werden, um die Aussagekraft des Versorgungsgrades einschätzen zu können. Im Zeitraum zwischen 2001 und 2010 ist die Einwohnerzahl im Landkreis um 17.491 Personen zurückgegangen. Dies wirkt sich selbstverständlich auf die Berechnung des Versorgungsgrades aus.

Eine differenzierte Bewertung der Entwicklung ist bei der Betrachtung der einzelnen Mittelbereichsregionen möglich. So hat sich die Versorgungslage zwischen 2001 und 2010 in den beiden Mittelbereichen Prenzlau und Schwedt/Oder rechnerisch verbessert, lediglich im Gebiet des Mittelbereichs Templin ist eine Verschlechterung eingetreten. Auch diese erste Einschätzung wird unter Berücksichtigung der tatsächlichen Einwohner- und Arztzahlen relativiert. Der Bevölkerungsrückgang ist im Mittelbereich Schwedt/Oder mit 10.026 Einwohnern am ausgeprägtesten und kompensiert den Rückgang der Arztzahlen. Obwohl im Vergleich zu 2001 im Jahr 2010 drei Ärzte weniger tätig waren, stieg der Versorgungsgrad an. In Prenzlau sind die Arztzahlen zwar gestiegen, ohne den Bevölkerungsrückgang von 3.806 Einwohnern wäre die Versorgungssituation jedoch etwas schlechter einzuschätzen. Im Mittelbereich Templin waren im Jahr 2010 zehn Ärzte weniger tätig als 2001. Damit ist dort der stärkste Rückgang der Arztzahlen festzustellen. Aufgrund des oben beschriebenen Effektes sinkt der Versorgungsgrad zwar unter die Marke von 100 %. Die abnehmende Zahl der Ärzte wird jedoch durch den Bevölkerungsrückgang von 3.659 Personen wieder relativiert.

In dünn besiedelten Regionen kann der Wegfall von Einrichtungen zu einer enormen Einschränkung der Versorgungssituation führen, wenn sich aufgrund der Entfernung zum nächstmöglichen Standort die Erreichbarkeit des Angebotes verschlechtert. Dieser Umstand kommt in der Einwohner-Arzt-Relation allerdings nicht zum Ausdruck. Weiterhin ist die Alterung der Bevölkerung in diesen Werten nicht berücksichtigt. Wie bereits festgestellt wurde, hat sich die Altersstruktur der Bevölkerung in der Uckermark in den letzten Jahren stark verändert. Die absolute Zahl der Bewohner, die älter als 65 Jahre sind, hat zugenommen. Aufgrund des Zusammenhanges zwischen Alter, Multimorbidität und der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen kann geschlussfolgert werden, dass der Behandlungsbedarf der Einwohner der Uckermark in den letzten Jahren zugenommen hat. Dies würde eine Zunahme der Inanspruchnahme der Hausärzte der Region bedeuten. Sinkt jedoch die Zahl der Ärzte, so müssen die Patienten auf die restlichen Praxen ausweichen.

Die abnehmende Zahl der Ärzte bei ansteigendem Behandlungsbedarf führt zu der Schlussfolgerung, dass die Versorgung sich tendenziell verschlechtert hat. Eine Verbesserung der Versorgungsgrade, wie für zwei der Mittelbereiche ermittelt, heißt somit also nicht automatisch, dass sich die Versorgungssituation tatsächlich gebessert hat.

Wie die Betrachtung der demografischen Entwicklung gezeigt hat, wird aufgrund der sinkenden Gesamtbevölkerung die Zahl der potentiellen Patienten in den nächsten Jahren weiter abnehmen. Gleichzeitig wird jedoch der Versorgungsbedarf aufgrund des steigenden Anteils alter Personen in der Bevölkerung weiterhin bestehen bleiben. Die Sicherstellung der Versorgung ist also in Zukunft von besonderer Bedeutung.

Die Abschätzung der zukünftigen Entwicklung des hausärztlichen Sektors soll anhand des Saldos zwischen Ab- und Zugängen in den letzten Jahren sowie anhand der Altersstruktur der Hausärzte erfolgen.

In *Tabelle 21* werden für den gesamten Landkreis die Abgänge und Zugänge sowie die entsprechenden Salden in den Jahren 2002 bis 2010 aufgelistet.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Abgänge	2	7	5	3	9	5	5	7	10
Zugänge	6	5	2	4	5	4	2	7	7
Saldo	4	-2	-3	1	-4	-1	-3	0	-3

Tabelle 21: Zugänge, Abgänge und Salden in der hausärztlichen Versorgung des gesamten Landkreises in den Jahren 2002 bis 2010

Über den gesamten Betrachtungszeitraum nahm die Anzahl um elf Hausärzte ab. Somit ist insgesamt ein negativer Trend zu verzeichnen, der allerdings nicht über alle Jahre gleich verteilt ist. Der Saldo schwankt im Verlauf der Jahre. Er ist sowohl positiv als auch negativ ausgeprägt.

Im Betrachtungszeitraum schieden im gesamten Landkreis Uckermark insgesamt 53 Ärzte aus der hausärztlichen Versorgung aus, während 42 neu hinzukamen. Trotz dieser Entwicklung ist die Zahl der übernommen Praxen durch Nachfolger recht gering. Insgesamt wurden nur 14 Praxen an Nachfolger übergeben (KVBB 2011m.). Das heißt, dass die in den Landkreis kommenden Ärzte größtenteils neue Praxen eröffneten.

Als weiteres Kriterium, das Anhaltspunkte für die Abschätzung der zukünftigen Entwicklung liefern kann, soll nachfolgend die Altersstruktur der Hausärzte untersucht und der Anteil der über 60-jährigen Mediziner an der Gesamtzahl der hausärztlich tätigen Vertragsärzte in *Tabelle 22* dargestellt werden.

Mittelbereich	Anzahl der Hausärzte	Anzahl der Hausärzte älter als 60 Jahre	Anteil in %
Prenzlau	25	2	8
Schwedt/Oder	31	5	16,1
Templin	18	5	27,8

Tabelle 22: Anteil der über 60-jährigen Ärzte bei den Hausärzten, Stand 31.12.2010

Diese Betrachtung zeigt eine unterschiedliche Problemschwere für die drei Mittelbereiche. Kritisch ist die Situation im Mittelbereich Templin. Dort müssen in den nächsten Jahren rund 28 % der momentanen Hausarztsitze altersbedingt neu besetzt werden. Im Bereich Schwedt/Oder sind es noch 16,1 %.

Hätten die Hausärzte, die am 31.12.2010 älter als 60 Jahre waren, ihre Zulassungen zu diesem Stichtag zurückgegeben und wären somit aus der Versorgung ausgeschieden, so würde der Versorgungsgrad im Mittelbereich Schwedt/Oder rund 62 % betragen. Die Unterversorgung würde sich also verstärken. Im Mittelbereich Templin würde der Versorgungsgrad auf 66,5 % zurückgehen und somit eine Unterversorgung bestehen. In Prenzlau ist der Anteil der über 60-jährigen Hausärzte zwar nicht so stark ausgeprägt wie in den beiden anderen Mittelbereichen, allerdings würde sich der Versorgungsgrad auch dort verschlechtern und 83,9 % betragen.

Diese Zahlen verdeutlichen, dass in den nächsten Jahren ein dringender Handlungsbedarf besteht, die in Ruhestand gehenden Ärzte zu ersetzen. Andernfalls werden in der hausärztlichen Versorgung teils sehr ausgeprägte Versorgungsengpässe entstehen.

Wie bereits mehrfach angeführt wurde, bildet der Versorgungsgrad die Situation nicht raumbezogen ab. Die Betrachtung auf Ebene der Mittelbereiche hat zwar bereits erhebliche räumliche Unterschiede aufgezeigt. Die genaue Situation wird damit allerdings immer noch nicht abgebildet. Daher soll nun die Versorgung in *Abbildung 20* standortgenau dargestellt werden, um zusätzlich Aussagen zur Verteilung im Landkreis und zur Erreichbarkeit treffen zu können.

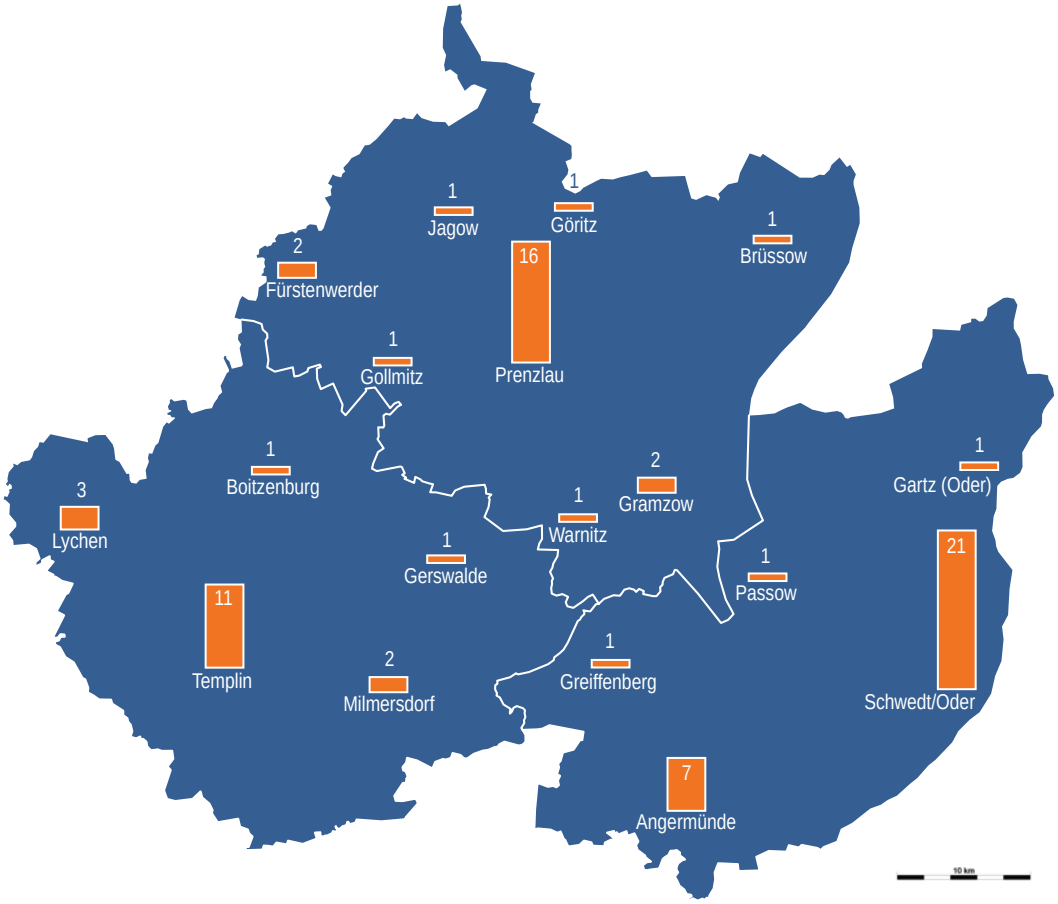


Abbildung 20: Standorte der hausärztlichen Versorgung in der Uckermark, Stand 31.12.2010

48 Ärzte praktizierten zum Stichtag in den drei Mittelzentren. Dies entspricht einem Anteil von 65 % an der gesamten hausärztlichen Versorgung. Die Verteilung der weiteren Hausärzte im Landkreis soll auf Grundlage der bis 2009 geltenden zentralörtlichen Gliederung des LEP I bewertet werden.

In fast jeder Ortschaft mit einer zentralörtlichen Funktion war mindestens eine Hausarztpraxis zu finden. Lediglich im Kleinzentrum Casekow und den drei ländlichen Versorgungsorten Dedelow, Lübbenow und Pinnow war dies nicht der Fall. In Angermünde, dem ehemaligen Grundzentrum mit Teilfunktion eines Mittelzentrums, waren sieben Ärzte tätig. In zehn Orten existierte lediglich eine Praxis, weitere drei Orte verfügten über

zwei Hausarztsitze und ein Ort sogar über drei. In drei weiteren Orten, denen aufgrund des LEP I keine zentralörtliche Funktion zugewiesen war, praktizierte jeweils ein Arzt.

Diese Verteilung trug zu einer wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung bei. Würden sie wegfallen, so müssten die betroffenen Einwohner weitere Wege zur nächsten Einrichtung zurücklegen. Die Belastung der an den Standorten verbleibenden sowie der umliegenden Ärzte würde durch die Übernahme der Patienten geschlossener Praxen steigen. Ebenso würde die Zeit für Hausbesuche aufgrund weiterer Entfernungen zunehmen und in der Folge für die Behandlung fehlen.

Zur Abschätzung der Folgen altersbedingter Praxisschließungen wird in *Abbildung 21* die Prognose für die Versorgungssituation im Jahr 2020 visualisiert. Grundlagen dieser Prognose sind die Annahmen, dass alle Ärzte, die bis zum 31.12.2020 das 65. Lebensjahr vollendet haben, ihre Zulassung bzw. Anstellung beenden und diese Ärzte nicht nachbesetzt werden.

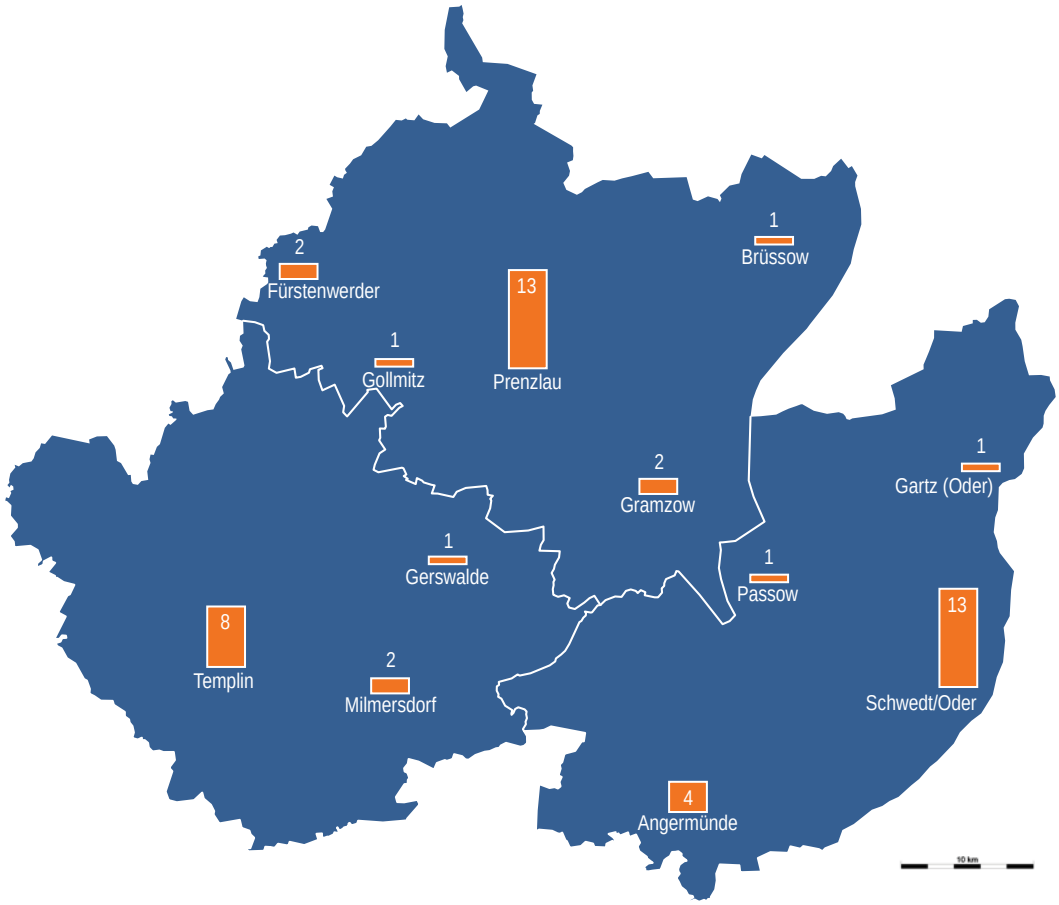


Abbildung 21: Prognose der hausärztlichen Versorgung im Jahr 2020

Erkennbar ist, dass die Versorgung in der Fläche von einem altersbedingten Rückgang der Arztzahl betroffen sein wird. An fünf Orten, die 2010 über hausärztliche Praxen verfügten, würden 2020 keine Angebote mehr bestehen. In vier dieser Orte würde jeweils der einzige Hausarzt in den Ruhestand gehen. In Lychen wären alle drei dort tätigen Ärzte betroffen. Auch in den Mittelzentren würde die Zahl der Hausärzte zurückgehen. In

Schwedt/Oder würden sogar sieben der 2010 dort tätigen 21 Ärzte bis 2020 altersbedingt aus der Versorgung ausscheiden.

Die unter Berücksichtigung der für 2020 prognostizierten Bevölkerung errechneten Versorgungsgrade der einzelnen Mittelbereiche werden in *Tabelle 23* aufgeführt.

Mittelbereich	Einwohnerzahl	Anzahl der Hausärzte	Versorgungsgrad in %
Prenzlau	35.526	19	78,8
Schwedt/Oder	51.511	19	54,4
Templin	24.499	11	66,2

Tabelle 23: Prognose der hausärztlichen Versorgung in den Mittelbereichen für das Jahr 2020 unter der Annahme des Abgangs aller Ärzte, die bis zu diesem Zeitpunkt das 65. Lebensjahr vollendet haben, und ohne Wiederbesetzung

Deutlich ist eine Verschlechterung der Versorgung in den einzelnen Mittelbereichen erkennbar, würden die in den nächsten Jahren ausscheidenden Hausärzte nicht ersetzt werden. Die Grenze zur Unterversorgung würde sowohl im Mittelbereich Schwedt als auch im Mittelbereich Templin deutlich unterschritten werden. Verstärkte würde das Versorgungsdefizit durch den wachsenden Anteil der älteren Bevölkerung im Landkreis. Während in den Bereichen Prenzlau und Templin im Jahr 2020 jeweils rund 30 % der Einwohner älter als 65 Jahre sein werden (LBV 2010c: 8., LBV 2010e: 8.), wird der Anteil in Schwedt bereits 34,6 % betragen (LBV 2010d: 8.). Ob die verbliebenen Ärzte genügen werden, um den Behandlungsbedarf dieser Bevölkerung zu decken, kann angezweifelt werden. Daher sollten Maßnahmen ergriffen werden, die dem Eintreten einer solchen Entwicklung entgegenwirken.

5.4. Optionen zur Sicherstellung

Wie bereits aufgezeigt wurde, hätte ein altersbedingter Rückgang der Arztzahlen ohne entsprechende Neuzugänge eine teils extreme Verschlechterung der Versorgungssituation in der Uckermark zur Folge. Daher soll nachfolgend bezüglich der in *Kapitel 4.* aufgeführten Sicherstellungsoptionen abgeschätzt werden, welchen Beitrag diese zur Verbesserung der Versorgung im Landkreis leisten können.

5.4.1. Finanzielle Sicherstellungsoptionen

Am 12.09.2003 wurde das „Statut über die Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg" beschlossen (KVBB 2008: 1.). Es regelt unter anderem die Verwendung von Finanzmitteln für Sicherstellungsmaßnahmen in Gebieten, für die Unterversorgung festgestellt wurde. In Schwedt/Oder wurden seitdem drei Praxisübernahmen von ausscheidenden Hausärzten und drei Praxisneugründungen gefördert. (KVBB 2011k., KVBB 2011l.) Inwieweit diese Förderungen ausschlaggebend für die Ansiedlung in Schwedt/Oder waren oder ob es sich

dabei lediglich um einen Mitnahmeeffekt handelt, kann an dieser Stelle nicht bewertet werden. Somit kann auch keine abschließende Bewertung dieser Maßnahme erfolgen.

Die Auswirkung der honorarbezogenen Optionen können an dieser Stelle aufgrund fehlender Erfahrungen oder Bezugsmöglichkeiten ebenfalls nicht bewertet werden.

5.4.2. Anordnung von Zulassungsbeschränkungen

Die Anwendung dieser Maßnahme wäre mit sehr großen Risiken für die hausärztliche Versorgung in den restlichen Gebieten der KV Brandenburg verbunden. Erkennbar sind diese Risiken bereits bei einer auf den Landkreis Uckermark beschränkten Beobachtung.

Im Mittelbereich Schwedt/Oder besteht Unterversorgung. Die anderen zwei Mittelbereiche sind noch nicht von diesem Zustand betroffen. Der Erlass von Zulassungsbeschränkungen würde zur Folge haben, dass Ärzte sich nur noch im Mittelbereich Schwedt/Oder ansiedeln könnten.

Dies würde jedoch zu Lasten der anderen Mittelbereiche geschehen. Wird Ärzten die Neuzulassung in diesen verwehrt, so können altersbedingte Praxisschließungen dort nicht kompensiert werden. In der Folge würde sich die Versorgungssituation in den gesperrten Gebieten ebenfalls verschlechtern bis hin zur möglichen Entstehung einer Unterversorgung.

Bereits diese isolierte Betrachtung der Uckermark zeigt die Grenzen der Maßnahme auf. Da die Zulassungsbeschränkungen auf das gesamte Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung bezogen sind, könnten durch deren Anwendung weiträumige, kontraproduktive Entwicklungen hervorgerufen werden. Zudem ist zu beachten, dass außerhalb Brandenburgs diese Beschränkungen nicht bestehen würden. Niederlassungswillige Ärzte könnten daher auf andere Regionen Deutschlands ausweichen.

5.4.3. Aufhebung der gesetzlichen Altersbeschränkung

Im Durchschnitt liegt das Alter, in dem brandenburgische Hausärzte ihre vertragsärztliche Tätigkeit beenden wollen, bei cirka 61 Jahren (Herre 2008.). Sie wollen also bereits wesentlich vor Erreichen der ehemaligen gesetzlichen Altersbeschränkung in den Ruhestand treten. Über das Ende des 68. Lebensjahres hinaus weiterzuarbeiten ist eine freiwillige Entscheidung. Der älteste Hausarzt im Landkreis war 2010 76 Jahre alt. Ein weiterer Arzt war 69, einer 68 und vier Ärzte waren 67 Jahre alt.

Trotz dieser Beispiele lässt sich aufgrund des gewünschten Ruhestandsalter ableiten, dass durch die Aufhebung der Altersbeschränkung im Landkreis Uckermark lediglich ein geringer Beitrag zur Stabilisierung bzw. Verbesserung der Versorgungssituation geleistet werden kann.

5.4.4. Angestellte Ärzte

Von den 74 Hausärzten, die am 31.12.2010 tätig waren, befanden sich lediglich fünf in einem Angestelltenverhältnis. Zwei dieser Ärzte waren in Teilzeit zu 50 % bzw. zu 25 % in einem MVZ tätig, die anderen als Angestellte von Vertragsärzten (KVBB 2011j.). Die Nutzung der Möglichkeit einer Anstellung ist somit noch nicht sehr ausgeprägt.

Mit einem angestellten Arzt kann der Leistungsumfang einer Praxis erweitert werden. Unter anderem kann so der Betrieb von Zweigpraxen an weiteren Orten ermöglicht werden (siehe *Kapitel 5.4.7. Zweigpraxen*).

Zu beachten ist, dass die Möglichkeit der Anstellung lediglich so lange existiert, bis der anstellende Vertragsarzt in den Ruhestand tritt. Durch das Anstellungsverhältnis kann allerdings die Praxisübergabe wesentlich erleichtert werden. So können sich der neue Arzt und die Patienten bereits in der Übergangsphase kennenlernen.

5.4.5. Gemeindeschwester

Gemeindeschwestern können dem Hausarzt Aufgaben in der häuslichen Versorgung der Patienten abnehmen. Dadurch sinkt der zeitliche Aufwand für Hausbesuche des Arztes. Im Falle von sich erweiternden Einzugsbereichen einer Praxis aufgrund der Schließung eines anderen Standortes ist dies im Landkreis von besonderer Bedeutung.

Allerdings kann eine Gemeindeschwester nicht die ärztliche Versorgung substituieren. Das heißt, der zahlenmäßige Rückgang von Hausärzten kann nicht durch den Einsatz von Gemeindeschwestern ausgeglichen werden. Sie können lediglich zur Abmilderung der Folgen beitragen.

Zudem ist der Einsatz von Gemeindeschwestern bisher nur in Regionen abrechenbar, für die vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine bestehende Unterversorgung festgestellt wurde. Dies trifft aktuell nur für den Mittelbereich Schwedt/Oder zu. In den anderen Regionen wird ihre Tätigkeit nicht vergütet und ist dort somit nicht durchführbar.

5.4.6. Medizinische Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende Einrichtungen. Dies bedeutet, dass sich neben Hausarztpraxen auch Fachärzte in dem MVZ niederlassen müssen. Die fachärztliche Versorgung findet im Landkreis allerdings fast ausschließlich in den vier größeren Ortschaften Angermünde, Prenzlau, Schwedt/Oder und Templin statt. Daher ist die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren vor allem dort wahrscheinlich. Eine wohnortnahe Versorgung mit Hausärzten in der Fläche kann damit nicht gewährleistet werden.

5.4.7. Zweigpraxen

Durch Zweigpraxen kann die Versorgung in Ortschaften, die ansonsten über keine ambulante ärztliche Einrichtung verfügen, sichergestellt werden. Zudem können im Falle von Praxisschließungen Zweigpraxen an den betroffenen Standorten einen Beitrag zur Aufrechterhaltung der wohnortnahen Versorgung leisten.

Allerdings ist der Betrieb von Zweigpraxen aufgrund von zwei Faktoren nur begrenzt möglich. Zum einen beruht dies auf dem zeitlich eingeschränkten Betrieb einer Zweigpraxis. So können dort nur zu bestimmten Terminen Sprechzeiten durchgeführt werden, z. B. nur an einzelnen Wochentagen. Eine Versorgung im gleichen Umfang wie in der Hauptpraxis findet in Zweigpraxen nicht statt. Zum anderen sind die Kapazitäten zum Betreiben von Zweigpraxen vor dem Hintergrund der bereits existierenden Belastung für die uckermärkischen Hausärzte begrenzt. Die vorgegebene Einwohner-Arzt-Relation wird in allen drei Mittelbereichen überschritten. Die Arbeitsbelastung ist daher bereits in den Hauptpraxen hoch (Herre 2008.). Dies erschwert die Eröffnung einer Zweigpraxis, da die Arbeit in dieser zu Lasten der Hauptpraxis gehen würde. Zudem wird die Tätigkeit des Vertragsarztes in einer Zweigpraxis nicht zusätzlich vergütet. Die Anstellung von zusätzlichen Ärzten, die in den Zweigpraxen arbeiten, würde Abhilfe schaffen, muss allerdings auch wirtschaftlich möglich sein.

Somit lässt sich feststellen, dass Zweigpraxen aufgrund ihres zeitlich begrenzten Angebots keinen vollständigen Ersatz für geschlossene Praxen darstellen. Sie können die Patientenzahl, die auf andere Praxen ausweichen muss, nur bedingt auffangen. Priorität sollte daher die Anwerbung eines Ersatzes für einen in den Ruhestand tretenden Arzt haben.

Ein Netz von Zweigpraxen, das zusätzlich zu den etablierten Standorten flächendeckend in kleineren Ortschaften errichtet wird und diese ergänzt, würde allerdings die wohnortnahe Versorgung der Bewohner des Landkreises aufrecht erhalten und einen Beitrag zur Erreichbarkeit leisten. Vor allem Personen, denen die Überwindung der Entfernung zur nächsten Praxis aufgrund fehlender Mobilitätsangebote nur eingeschränkt möglich ist, könnten davon profitieren.

5.4.8. Eigeneinrichtungen

Diese Maßnahme ist erst nach dem vergeblichen Einsatz anderer Ansätze möglich. Durch die konkrete Steuerung des Standortes können räumliche Versorgungslücken geschlossen werden. Daher sollte kontinuierlich die Entwicklung an den einzelnen Standorten beobachtet werden. Dies betrifft vor allem Ortschaften, in denen durch die Schließung vorhandener Praxen eine starke Verschlechterung der Versorgungssituation eintreten würde, wie z. B. Lychen.

5.4.9. Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten Versorgung

Im Landkreis Uckermark sind vier Krankenhäuser zu finden:

- das Krankenhaus Angermünde
- das Kreiskrankenhaus Prenzlau
- das Asklepios Klinikum Uckermark in Schwedt/Oder
- das Sana Krankenhaus Templin

Die Standorte der Krankenhäuser sind die drei Mittelzentren Prenzlau, Schwedt/Oder und Templin sowie der Ort Angermünde. (Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. 2011: 78ff.)

Ein Heranziehen dieser Häuser zur ambulanten Versorgung würde die Versorgung in der Fläche nicht verbessern. Die hausärztliche Versorgung würde sich vielmehr an den städtischen Standorten konzentrieren, an denen bereits die Mehrzahl der Praxen gebündelt ist. Auch wenn es durch Teilnahme von Krankenhäusern gelingen würde, den Versorgungsgrad zu verbessern, würde auf diese Weise kein Beitrag zu einer wohnortnahen Versorgung geleistet werden.

5.4.10. Das Zentrale-Orte-Konzept

Die Orientierung am Zentrale-Orte-System liefert Hinweise auf Standorte, an denen die hausärztliche Versorgung gesichert werden sollte, um unter Beachtung des Aspektes der wohnortnahen Versorgung eine zumutbare Entfernung zwischen dem Arzt und den Patienten zu gewährleisten. Ein direkter Einfluss auf das Ansiedlungsverhalten der Ärzte geht davon allerdings nicht aus.

Die kleinräumigen Gebietszuschnitte, wie die in Brandenburg definierten Mittelbereiche, ermöglichen eine differenzierte Analyse der Versorgungssituation. Maßnahmen, wie z. B. die Zahlung von Sicherstellungszuschüssen, können somit zielgerichtet angwendet werden.

5.4.11. Entwicklung eines bedarfsgerechten ÖPNV-Systems

Die Aufschlüsselung der Versorgungslage in den einzelnen Orten hat gezeigt, dass Hausärzte insbesondere in den Mittelzentren sowie in Angermünde zu finden sind. Mit den im Nahverkehrsplan definierten Verkehrsachsen wird der straßengebundene ÖPNV auf die Zentralen Orte ausgerichtet, und somit die Erreichbarkeit medizinischer Angebote in diesen gewährleistet.

Der hauptsächlich mit der Bereitstellung des Schülerverkehrs verbundene Linienverkehr ermöglicht zwar eine flächendeckenden Bedienung morgens und nachmittags, außerhalb dieser Zeiten und in den Ferien wird das ÖPNV-Angebot jedoch nur eingeschränkt

aufrechterhalten. Zukünftig muss aufgrund sinkender Schülerzahlen mit einem Rückgang des Schülerverkehrs gerechnet werden. Auf einzelnen Strecken werden bereits Klein- und Rufbusse eingesetzt, um auf die individuellen Bedürfnisse zu reagieren und das Angebot wirtschaftlich betreiben zu können. Aufgrund der zu erwartenden Entwicklung in den nächsten Jahren sollten diese alternativen Bedienformen ausgebaut werden. Nur auf diese Weise kann die Mobilität der Bewohner des Landkreises sichergestellt werden.

5.5. Zwischenfazit

Anhand der Untersuchung der Situation sowie der Entwicklungstendenzen der ambulanten medizinischen Versorgung im Landkreis Uckermark konnten die in den vorangegangenen Kapiteln getroffenen Aussagen konkretisiert werden. So wurde festgestellt, dass die Analyse der Versorgungssituation kleinräumig erfolgen sollte, um teilräumliche Unterschiede genau erfassen zu können: Bei der Betrachtung eines kompletten Planungsbereiches werden kleinräumige Disparitäten nicht berücksichtigt. Weiterhin verhindert die alleinige Zugrundelegung der Einwohner-Arzt-Relation zur Bewertung der Versorgungslage eine hinreichend konkrete Ermittlung der Entwicklung des ärztlichen Angebots. Eine sinkende Einwohnerzahl kompensiert eine gleichzeitig abnehmende Arztzahl. Die tatsächliche Ausstattung einer Region mit Ärzten kann daher zurückgehen, ohne dass sich dies in der Versorgungsanalyse niederschlägt. Durch die Alterung der Bevölkerung steigt indes der Bedarf an medizinischer Versorgung. Trotz einer ausgeglichenen Einwohner-Arzt-Relation können daher Versorgungsmängel entstehen. Zudem wird die Entwicklung der Einzugsbereiche nicht berücksichtigt, so dass sich aufgrund von Praxisschließungen die Entfernung zwischen Arzt und Patient in unzumutbarem Umfang vergrößern kann.

Auch die Bewertungen der Optionen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung konnten bezüglich der Beispielregion veranschaulicht werden. Die bereits gezogene Schlussfolgerung, dass die Maßnahmen der Akteure des Gesundheitswesens meist nicht auf die standortgenaue Steuerung der Versorgung sowie die Gewährleistung der Erreichbarkeit der Arztpraxen ausgerichtet sind, konnte somit gefestigt werden. Lediglich die Gründung von Zweigpraxen und Eigeneinrichtungen kann einer gezielten Verbesserung der Versorgung dienen. Auch wenn die Wirksamkeit von Zweigpraxen aufgrund der Konzeption solcher Praxen eingeschränkt ist, kann auf diese Weise in Teilräumen ländlicher Regionen, die ansonsten schlecht an die regulären Versorgungsangebote angebunden sind, eine Optimierung erreicht werden.

6. Fazit

Zwei Entwicklungstrends, die im Rahmen des demografischen Wandels auftreten, wirken sich auf die bedarfsgerechte Ausgestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland aus. Zum einen wird die absolute Zahl der Einwohner Deutschlands in den nächsten Jahren sinken. Daraus könnte sich theoretisch ein ebenfalls rückläufiger Bedarf an ärztlicher Versorgung herleiten lassen: Bezogen auf die Einwohnerzahl wären in Zukunft weniger Ärzte notwendig, um den gleichen Versorgungsstandard aufrecht zu erhalten. Somit wäre ein quantitativer Rückgang der Ärzte im entsprechenden Umfang vertretbar.

Der zweite Entwicklungstrend relativiert diese Feststellung allerdings. Die Bevölkerung wird nicht bloß zahlenmäßig schrumpfen. Gleichzeitig verändert sich auch die Altersstruktur. Aufgrund der natürlichen Bevölkerungsentwicklung und der steigenden Lebenserwartung wird die Zahl älterer Personen in Deutschland gemäß einer Prognose des Statistischen Bundesamtes von 16,7 Millionen im Jahr 2008 auf 22,3 Millionen im Jahr 2030 zunehmen.

Eine Folge dieser Alterung der Bevölkerung wird die Änderung der Anforderungen an die medizinische Versorgung sein. Alte Menschen nehmen ärztliche Leistungen in einem größeren Umfang in Anspruch als Personen jüngeren Alters. Sie leiden oftmals unter mehreren und schwerwiegenderen Krankheiten gleichzeitig. Aufgrund der deutlichen quantitativen Zunahme von älteren und hochbetagten Einwohnern kann sogar geschlussfolgert werden, dass in Zukunft ein steigender medizinischer Versorgungsbedarf existieren wird und somit mehr Ärzte in der ambulanten Versorgung benötigt werden.

Hausärzte nehmen in der Gesundheitsversorgung eine primäre Rolle ein. Sie sind die ersten Ansprechpartner sowohl kranker als auch gesunder Menschen bei einer Vielzahl von Gesundheitsfragen. Die herausragende Bedeutung wird durch die Schwerpunktsetzung der Gesundheitsversorgung auf die hausarztzentrierte Versorgung deutlich. Somit ist feststellbar, dass der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im Rahmen der Gewährleistung der gesamten ambulanten medizinischen Versorgung eine besondere Beachtung zuzukommen hat. Die Untersuchung der aktuellen Versorgungslage sowie die Ableitung von zukünftigen Entwicklungstrends lässt hingegen speziell für die hausärztliche Versorgung teilweise gravierende Defizite erkennen.

Generelle Aussagen für das gesamte Bundesgebiet können aber nicht getroffen werden. Die Untersuchung der Planungsbereiche, für die im Rahmen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen die Versorgungssituation ermittelt wird, hat ergeben, dass die Hausarztdichte in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich ausgeprägt ist. In den südlichen Bundesländern ist das Verhältnis von Ärzten zu Einwohnern in der Regel hoch. Viele Planungsbereiche sind sogar überversorgt. Anders stellt sich die Lage in den nördlichen Bundesländern dar. Neben gut bis sehr gut versorgten Regionen existieren in diesen Ländern auch Bereiche, in denen keine Vollversorgung herrscht. Zwar ist dies vor allem in ländlichen Kreisen der Fall, eine mangelhafte Versorgung in allen ländlichen Räumen besteht dennoch nicht.

Eine genaue Darstellung der Versorgungssituation ergibt sich erst bei einer konkreten, räumlichen Untersuchung. Nur so können tatsächliche regionale Unterschiede festgestellt werden. Durch eine auf die Ebene der Planungsbereiche bezogene Bedarfsplanung wird dieser Umstand allerdings nicht in ausreichendem Maß berücksichtigt. Daher werden von einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Zuständigkeitsgebieten Versorgungsprobleme auftreten, zusätzlich kleinräumigere Untersuchungsmethoden angewendet, um negative Entwicklungen zu identifizieren und ihnen entgegenwirken zu können. Insbesondere in ländlichen Regionen Brandenburgs, Mecklenburg-Vorpommerns, Niedersachsens und Sachsen-Anhalts sowie in einigen Landkreisen Bayerns existieren Teilräume, in denen die Versorgungsdichte in der ambulanten hausärztlichen Versorgung gering ist.

Die Analyse der Altersstruktur der Hausärzte hat ergeben, dass in den einzelnen Bundesländern rund 20 bis 25 % der heute tätigen Mediziner in den nächsten Jahren altersbedingt in den Ruhestand gehen werden. Dies betrifft auch die ländlichen Regionen, in denen die Ärztedichte bereits als gering einzuschätzen ist. Zusätzlich verlassen mehr Hausärzte die vertragsärztliche Versorgung als neu hinzukommen.

Die teilräumig bereits vorhandene geringe Arztdichte, der hohe Anteil älterer Hausärzte sowie die ausbleibenden Neuzulassungen lassen für die ländlichen Räume den Schluss zu, dass sich der Zustand der hausärztlichen Versorgung in den nächsten Jahren verschlechtern wird. Diese Entwicklung wird regional unterschiedlich stark ausgeprägt sein. In Regionen, in denen die Versorgungssituation zurzeit als gut eingeschätzt werden kann, werden die zukünftigen Entwicklungen nicht die gleichen Auswirkungen haben wie in Teilräumen, deren Versorgung heute schon über Mängel verfügt. In Letzteren werden gravierende negative Folgen für die Gesundheitsversorgung zu erwarten sein. Ein flächendeckendes, wohnortnahes Angebot wird dort nicht mehr aufrecht zu erhalten sein, so dass die Patienten weitere Wege zu einem Arzt zurücklegen müssen. Zudem werden sich die Wartezeiten verlängern, da sich durch die Vergrößerung der Einzugsbereiche der Praxen die Arbeitsbelastung der verbleibenden Ärzte erhöhen wird.

Auch hinsichtlich der Fachärzte sind keine deutschlandweit gemeinsamen Entwicklungen feststellbar. Bezogen auf die einzelnen Arztgruppen sowie die Teilräume sind unterschiedliche Versorgungslagen und etwaige daraus ableitbare Problemstellungen zu erkennen.

Per Gesetz wurde den Krankenkassen und den Leistungserbringern der medizinischen Versorgung die Zuständigkeit für die Gewährleistung der Versorgung übertragen. Daher werden die Strategien und Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung auch von diesen Akteuren erarbeitet und durchgeführt.

Allerdings konnte im Rahmen dieser Arbeit festgestellt werden, dass diese Optionen meist keine ziel- bzw. standortgenaue Steuerung der Angebote beinhalten. Eine Ausnahme stellt die Gründung von Eigeneinrichtungen und Zweigpraxen dar. Auch die Erreichbarkeit der Versorgungsangebote wird in der Vielzahl der Optionen nicht hinreichend berücksichtigt. Die einzelnen Maßnahmen haben vielmehr die Aufrechterhaltung bzw. die generelle Verbesserung der Versorgung in Problemgebieten zum Ziel. Die räumliche Wirkung ist dabei von der Definition der Problemgebiete abhängig. Beziehen diese sich

auf gesamte Planungsbereiche, so ist eine Zielgenauigkeit der Maßnahme schwer zu erreichen. Für eine konkrete Wirkung sollten die Maßnahmenbereiche kleinräumig festgelegt werden.

Zu einer raumbezogenen Bewertung der Versorgungssituation gehört die Analyse der Praxisstandorte, die Bewertung der Entfernung zwischen Arzt und Patient sowie der Möglichkeit, diese Entfernung zu überwinden. Vor allem in den ländlichen Räumen verschlechtert sich aufgrund von Tragfähigkeitsproblemen die Versorgung mit öffentlichem Nahverkehr. Liniennetze werden ausgedünnt und konzentrieren sich auf wirtschaftlich zu betreibende Hauptlinien. Dieser Aspekt sollte in der Versorgungsanalyse berücksichtigt werden, um die tatsächliche Situation der einzelnen Bewohner einer Region einschätzen zu können. So sind vor allem ältere Personen zur Aufrechterhaltung ihrer Mobilität und zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen auf den ÖPNV angewiesen.

Grundlage einer raumbezogenen Versorgungsanalyse und der darauf aufbauenden Versorgungsplanung kann das Zentrale-Orte-Konzept sein. In diesem werden Orte identifiziert, die für ihre Nahbereiche Versorgungsfunktionen übernehmen. Die Anbindung dieser Orte an die Einzugsbereiche mittels öffentlicher Nahverkehrsangebote ist ein Ziel dieses raumordnerischen Instrumentes. Aufgrund der Tragfähigkeitsprobleme des klassischen ÖPNV kann diese Anbindung durch bedarfsgerechte, flexibel gestaltbare Bedienformen, wie z. B. Rufbusse, erfolgen, um die flächendeckende Erreichbarkeit zu gewährleisten.

Die Sicherung von in Zentralen Orten angesiedelten Arztsitzen und die Lenkung von neuen Niederlassungen an diese Standorte wäre daher das Ziel einer raumbezogenen Versorgungsplanung. Dabei gilt, dass für die hausärztliche Versorgung aufgrund der stärker ausgeprägten Inanspruchnahme ein dichtmaschigeres Versorgungsnetz bestehen sollte als für die fachärztliche Versorgung. Primäre Standorte für Hausarztpraxen sind daher die Grundzentren. Fachärztliche Versorgung sollte mindestens in Mittelzentren zu finden sein. In diesem Zusammenhang muss aber berücksichtigt werden, dass die Tätigkeit des Arztes ein freier Beruf ist; die einzelnen Mediziner verfügen somit über die Wahlmöglichkeit hinsichtlich des Ortes ihrer Berufsausübung. Zwar wird im Falle von Überversorgung die Niederlassungsmöglichkeit in den entsprechenden Planungsbereichen auf die Übernahme von frei werdenden Arztsitzen beschränkt, eine strikte Vorgabe der Orte, an denen ein Arzt sich niederlassen soll, ist jedoch nicht möglich. Einer standortgenauen Versorgungssteuerung sind somit Grenzen gesetzt. Allerdings können durch die Verknüpfung einer raumbezogenen Versorgungsplanung mit den bereits existierenden Maßnahmen und Strategien der Akteure des Gesundheitswesens Anreize für eine gezielte, standortbezogene Ansiedlung geschaffen und somit eine konkrete Lenkung der Versorgung erreicht werden.

Bis auf einzelne, regionale Ausnahmen beschränkt sich die Rolle der Raumordnung zurzeit auf die Zugrundelegung der siedlungsstrukturellen Gebietstypen für die Identifizierung der einzelnen Planungsbereiche im Zuge der Bedarfsplanung. Die im SGB V geforderte Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung wird dadurch nicht hinreichend umgesetzt. Durch eine Zusammenarbeit zwischen den Institutionen des Gesundheitswesens und der Raumplanung können mittels raumorientierter Bezüge und Strategien im Rahmen der Versorgungsanalyse und Versorgungsplanung

problematische Entwicklungen örtlich konkretisiert und die Sicherstellungskonzepte optimiert werden. Die Kooperation zwischen den Akteuren der beiden Ressorts kann auf diese Weise zur Sicherstellung von Angeboten ambulanter medizinischer Versorgung in den ländlichen Räumen und somit zu einer Aufrechterhaltung gleichwertiger Lebensverhältnisse in allen Teilräumen Deutschlands beitragen.

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) (Hrsg.): Grundriss der Landes- und Regionalplanung, Hannover 1999.

Akademie für Raumforschung und Landesplanung und Kommunalverband Großraum Hannover (Hrsg.): Zentrale Orte in der Raumordnung – Konzept von gestern oder Instrument mit Zukunft? Dokumentation eines Kolloquiums am 2.12.1999 in Hannover, Materialien zur regionalen Entwicklung vom Kommunalverband Großraum Hannover Heft 7, Hannover 2000.

Amelung, Volker Eric; Meyer-Lutterloh, Klaus; Schmid, Elmar; Seiler, Rainer; Weatherly, John E.: Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, Von der Idee zur Umsetzung, Berlin 2006.

Andersen, Hanfried H.; Mühlbacher, Axel: Bedarfsplanung und demographische Entwicklung, Zum Einfluss der Bevölkerungsstruktur auf die hausärztliche Versorgung, Berlin 2004.

Back, Hans-Jürgen (Hrsg.): Räumliche Konsequenzen des demographischen Wandels Teil 7: Konsequenzen aus der demographischen Entwicklung für Regionen in Nordwestdeutschland, Hannover 2006.

Baron, Sandra: Dörfer in Brandenburg und ihre Zukunftsperspektiven, Göttingen 2000.

Beivers, Andreas; Spangenberg, Martin: Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung, in BBR (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung Heft 1/2.2008 Infrastruktur und Daseinsvorsorge in der Fläche, Bonn 2008, S. 91-99.

Bergmann, E.; Kamtsiuris, P.: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Das Gesundheitswesen - Schwerpunktheft zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Stuttgart 1999, unter http://www.thieme.de/fz/gesu/pdf/s138-s144.pdf, Zugriff am 30.12.07.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Wegweiser Demographischer Wandel 2020, Analysen und Handlungskonzepte für Städte und Gemeinden, Gütersloh 2006.

Blotevogel, Hans H. (Hrsg.): Fortentwicklung des Zentrale-Orte-Konzepts, Forschungs- und Sitzungsberichte / ARL, Bd. 217, Hannover 2002.

Bracher, Tilman; Trapp, Jan Hendrik: Netzgebundene Infrastrukturen unter Veränderungsdruck – Sektoranalyse ÖPNV, Berlin 2003.

Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (Hrsg.) (2000): Raumordnungsbericht 2000, Bonn 2000, unter www.bbr.bund.de/cln_005/nn_22548/DE/ForschenBeraten/Raumordnung/RaumentwicklungDeutschland/Raumordnungsberichte/ROB2000/01__Veroeffentlichungen.html, Zugriff am 14.12.07.

BBR (Hrsg.) (2005a): Anpassungsstrategien für ländliche/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern, Werkstatt Praxis Heft 38, Bonn 2005.

BBR (Hrsg.) (2005b): Raumordnungsbericht 2005, Bonn 2005.

BBR (Hrsg.) (2006): INKAR 2005, Bonn 2006.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.): Personennahverkehr für die Region, Innovationen für nachhaltige Mobilität, Berlin 2005.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.): Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland", Abschlussbericht, Hamburg 2004.

Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (BMRBS) (Hrsg.): Raumordnungspolitischer Handlungsrahmen: Beschluss der Ministerkonferenz für Raumordnung in Düsseldorf am 8. März 1995, Bonn 1995.

Deutsche Bank Research (Hrsg.): Demographische Entwicklung verschont öffentliche Infrastruktur nicht, in Aktuelle Themen Demografie Spezial Nr. 294, Frankfurt am Main 2004, unter www.dbresearch.com, Zugriff am 08.01.08.

Eglitis, Andri: Grundversorgung mit Gütern und Dienstleistungen in ländlichen Räumen der neuen Bundesländer: Persistenz und Wandel der dezentralen Versorgungsstrukturen seit der deutschen Einheit, Kieler Geographische Schriften Band 100, Kiel 1999.

Eichmann, Volker; Berschin, Felix; Bracher, Tilman; Winter, Matthias: Umweltfreundlicher, attraktiver und leistungsfähiger ÖPNV – ein Handbuch, Berlin 2006.

Ellger, Christof: Dienstleistungen im ländlichen Raum – Versorgung aus der Sicht der Nutzer, räumliche Verflechtungsmuster und zentrale Orte untersucht im südlichen Landkreis Dahme-Spreewald, METAR – Manuskripte zur empirischen, theoretischen und angewandten Regionalforschung Bd. 38, Berlin 2000.

Gans, Paul; Schmitz-Veltin, Ansgar: Bevölkerungsentwicklung in ländlichen Gemeinden, in Birg, Herwig (Hrsg.): Auswirkungen der demographischen Alterung und der Bevölkerungsschrumpfung auf Wirtschaft, Staat, Gesellschaft, Münster 2005, S.111-130.

Günther, Oliver H.; Kürstein, Beate; Riedel-Heller, Steffi; König, Hans-Helmut: Analyse von Anreizen für die Niederlassung von Ärzten, in Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Reihen-Hrsg.) und Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.): Report Versorgungsforschung (Band 2), Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten, Köln 2010, S. 419-436.

Gürtler, Martin: Demographischer Wandel – Herausforderungen für die Kommunen, Auswirkungen auf Infrastruktur und Kommunalfinanzen, Trier 2004.

Hahne, Karin: Medizinische Versorgungszentren und Integrierte Versorgung, Rechtsgrundlagen, Landsberg/Lech 2005.

Hamm, Hans: Allgemeinmedizin, Stuttgart 1992.

Institut für Community Medicine (Hrsg.): Pressemitteilung Modellprojekt AGnES, 2007.

Jähn, Karl; Nagel, Eckhard: e-Health, Heidelberg 2004.

Jörg, Michael: Das neue Kassenarztrecht: Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, Rechte und Pflichten des Vertragsarztes, Vergütung und Wirtschaftlichkeitsprüfung, Organisation, Verfahren und Rechtsmittel; eine praxisgerechte Einführung unter Berücksichtigung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, München 1993.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) (2002): Die vertragsärztliche Versorgung im Überblick, Köln 2002.

KBV (Hrsg.) (2005): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2005, Berlin 2005.

KBV (Hrsg.) (2006a): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2006, Berlin 2006.

KBV (Hrsg.) (2008): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2008, Berlin 2008.

KBV (Hrsg.) (2009): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2009, Berlin 2009.

KBV (Hrsg.) (2010b): Honorarreform. Rückblick und Ausblick. Serviceteil mit allen Regelungen und Neuerungen zur Honorarverteilung zum 1. Juli 2010, Berlin 2010.

Kersten, Jens: Mindestgewährleistung im Infrastrukturrecht, in BBR(Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung Heft 1/2.2008 Infrastruktur und Daseinsvorsorge in der Fläche, Bonn 2008, S. 1-15.

Kies, Friedrich: Der Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses, Frankfurt am Main 1998.

Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhausreport 2005, Schwerpunkt: Wege zur Integration, Stuttgart 2006.

Klose, Joachim; Rehbein, Isabel: Ärzteatlas 2011, Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin 2011.

Klose, Joachim; Rehbein, Isabel; Uhlemann, Thomas: Ärzteatlas, Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Bonn 2007.

Klose, Joachim; Uhlemann, Thomas (2006a): Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung, Abbau und Vermeidung von Über- und Unterversorgung, in G+G Wissenschaft 6. Jahrgang 3/2006, S. 7-17.

Klose, Joachim; Uhlemann, Thomas (2006b): Ärzte besser verteilen – das geht!, in Gesundheit und Gesellschaft 9. Jahrgang 2/2006, S. 16-17.

Knorr, Andreas: Gemeinwohl und Daseinsvorsorge in der Infrastruktur, in Hartwig, Karl-Hans; Knorr, Andreas (Hrsg.): Neuere Entwicklungen in der Infrastruktur, Göttingen 2005, S. 31-53.

Kopetsch, Thomas (2007): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus, Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, Berlin 2007.

Kopetsch, Thomas (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus, Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, Berlin 2010.

Kruse, Jürgen; Hänlein, Andreas: Das neue Krankenversicherungsrecht, Baden-Baden 2004.

Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg (Hrsg.): Bevölkerungsentwicklung und Flächen der kreisfreien Städte, Landkreise und Gemeinden im Land Brandenburg 2001, Potsdam 2002.

Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (Hrsg.): Die Ergebnisse der regionalen Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen bis zum 01.01.2031, Hannover 2011.

Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. (Hrsg.): Brandenburger Krankenhäuser. Patientenversorgung auf höchstem Niveau, Potsdam 2011.

Landgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern mbH (Hrsg.): Integriertes Ländliches Entwicklungskonzept für den Landkreis Uckermark, Leezen 2005.

Landkreis Uckermark (Hrsg.): 2. Fortschreibung Nahverkehrsplan für den straßengebundenen Öffentlichen Personennahverkehr des Landkreises Uckermark, Teil II: Entwicklung des ÖPNV-Systems und Finanzierungskonzept, Stand Mai 2007, unter http://landkreis.uckermark.de/media/custom/553_2928_1.PDF?1183687900?La=1&object=med|553.2928.1, Zugriff am 18.06.2011.

Leinz, Christoph: Die stationäre Krankenversorgung in den neuen Bundesländern, Konstanz 1994.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.): Altern und Gesundheit in Baden-Württemberg Teil 2, Stuttgart 2006.

Ministerium für Infrastruktur und Raumordnung Brandenburg, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin (Hrsg.): Landesentwicklungsplan Berlin-Brandenburg, LEP B-B, Potsdam 2009.

Ministerium für Stadtentwicklung und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Neue Wege zur Mobilität, Der Bürgerbus in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, 1993.

Muschwitz, Christian; Schuler, Dieter; Monheim, Heiner: Forschungsexpertise Infrastrukturanpassung bei Bevölkerungsrückgängen. Abschlussbericht an das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Trier 2002.

Noftz, Wolfgang et al: Sozialgesetzbuch V (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung; Kommentar, Loseblatt-Ausgabe.

Pelleter, Jörg; Sohn, Stefan; Schöffski, Oliver: Medizinische Versorgungszentren, Grundlagen, Chancen und Risiken einer neuen Versorgungsform, Schriften zur Gesundheitsökonomie Nr. 7, Burgdorf 2005.

Potthoff, Peter; Schneider, Markus: Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung. Endbericht 2002. unveröffentlicht, München, Augsburg 2002.

Pütz, Thomas; Spangenberg, Martin: Zukünftige Sicherung der Daseinsvorsorge – Wie viele Zentrale Orte sind erforderlich?, in BBR (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung 6./7.2006 Gleichwertige regionale Lebensverhältnisse?, Bonn 2006, S. 337-344.

Regionale Planungsgemeinschaft Uckermark-Barnim (Hrsg.): Regionalplan Uckermark-Barnim, Sachlicher Teilplan „Zentralörtliche Gliederung, Siedlungsschwerpunkte und Ländliche Versorgungsorte", 1996.

Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (Hrsg.) (2004): Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte, 2004, unter www.region-seenplatte.de/downloads/848_Hausaerztliche-Versorgung.pdf, Zugriff am 16.03.2008.

Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (Hrsg.) (2006): Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte - Monitoring 2006, 2006, unter www.region-seenplatte.de/downloads/1111_Monitoring_2006.pdf, Zugriff am 16.03.2008.

Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (Hrsg.) (2007): MORO Ergebnisdokumentation Handlungsfeld Öffentlicher Personennahverkehr, 2007, unter www.region-seenplatte.de/downloads/1355_OEPNV.pdf, Zugriff am 18.03.2008.

Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (Hrsg.) (2011): Regionales Raumentwicklungsprogramm Mecklenburgische Seenplatte, Entwurf, Neubrandenburg 2011, unter http://www.region-mecklenburgische-seenplatte.de/media/Wir-ueber-uns/Regionaler-Planungsverband/EntwurfRREP/RREP%20Mecklenburgische%20Seenplatte%20Entwurf_Stand%20Februar%202011.pdf, Zugriff am 07.06.2011.

Regionomica (Hrsg.): Abschlussbericht Wirtschaftsrahmenplan Uckermark, 2004.

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Multimorbidität in Deutschland, Stand – Entwicklung – Folgen, Berlin 2003.

Rogalski, Hagen; Dreier, Adina; Hoffmann, Wolfgang; Oppermann, Roman F.: Die Tele-Gesundheitsschwester, in Die Schwester Der Pfleger 47. Jahrgang 01/2008, S. 70-73.

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas: Gesundheitspolitik, Eine systematische Einführung, Bern 2006.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Sondergutachten 1996, Baden-Baden 1996.

Schad, Helmut: Hat der öffentliche Verkehr noch eine Bedeutung? in Prognos Trendletter 2/2001, S. 11, unter www.prognos.com/tr/p_tr_01_2.pdf, Zugriff am 11.01.08.

Schmacke, Norbert: Ärztemangel: Viele Fragen werden noch nicht diskutiert, in G+G Wissenschaft 6. Jahrgang 03/2006, S. 18-25.

Schulte, Hendrik; Schulz, Carsten: Medizinische Versorgungszentren, Verbesserung der ambulanten Patientenversorgung versus Selektion und Exklusion von Patientengruppen, Beiträge zum Gesundheitsmanagement Band 15, Baden-Baden 2007.

Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.): Bevölkerungsentwicklung der kreisfreien Städte und Landkreise in Mecklenburg-Vorpommern bis 2030, Schwerin 2009.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007): Demografischer Wandel in Deutschland - Heft 1 - Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung - Ausgabe 2007, Wiesbaden 2007, unter https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021430, Zugriff am 23.12.07.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2009, unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf, Zugriff am 03.06.11.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011a): Demografischer Wandel in Deutschland – Heft 1 – Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern – Ausgabe 2011, Wiesbaden 2011, unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004,property=file.pdf, Zugriff am 03.06.11.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011b): Fachserie 12 Reihe 6.1.1., Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2009, Wiesbaden 2011, unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611097004,property=file.pdf, Zugriff am 03.06.2011.

Terschüren, Claudia; Fendrich, Konstanze; van den Berg, Neeltje; Hoffmann, Wolfgang: Implementing telemonitoring in the daily routine of an GP practice in a rural setting in northern Germany, in Journal of Telemedicine and Telecare Volume 13 Number 4/2007, S. 197-201.

Thomae, Heike: Krankenhausplanungsrecht, Köln 2006.

van den Berg, Neeltje; Meinke, Claudia; Heymann, Romy; Dreier, Adina; Terschüren, Claudia; Hoffmann, Wolfgang: Community Medicine Nurse – Arztunterstützung in ländlichen Regionen, in Pflege und Gesellschaft 12. Jahrgang Heft 2/2007, S. 118-134.

VCÖ (Hrsg.): Mobilität und Verkehr im demografischen Wandel, in der VCÖ-Schriftenreihe „Mobilität mit Zukunft", Ausgabe 1/2007, Wien 2007.

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) (Hrsg.): Kassenärztliche Bedarfsplanung – Analyse der regionalen Verteilung von Ärzten und Zahnärzten – Ziele und Methoden der Planung – Planungsmodell Helibronn, Schriftenreihe des WIdO Band 1, Bonn, 1978.

Zeck, Hildegard: Zentrale Orte als räumliches Konzept für Anpassungsstrategien, in BBR (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung 12/2003 Demographischer Wandel und Infrastruktur im ländlichen Raum - von europäischen Erfahrungen lernen?, Bonn 2003, S. 725-736.

Zermin, Helmut: Das GKV-Modernisierungsgesetz 2004, Münster 2003, unter www.continentale.de/cipp/continentale/lib/all/lob/return_download,ticket,guest/bid,366/no_mime_type,0/~/gkv_modernisierungsgesetz_2004.pdf, Zugriff am29.02.2008.

Internetquellen

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2010a): Statistischer Bericht A I 3 – j / 09, Bevölkerung der kreisfreien Städte und Landkreise im Land Brandenburg 2009, Potsdam 2010, unter http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Stat_Berichte/2010/SB_A1-3_j01-09_BB.pdf, Zugriff am 25.06.2011.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.) (2010b): Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg, 2009 – 2030, Potsdam 2010, unter http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/Publikationen/Stat_Berichte/2010/SB_A1-8_j02-09_BB.pdf, Zugriff am 25.06.2011.

AOK-Bundesverband, Verband der Angestellten Krankenkassen e. V., AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., IKK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, See-Krankenkasse, Knappschaft, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen: Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz VÄndG)" vom 30. August 2006, unter www.aok-bv.de/imperia/

md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/politik/v_ndg_spik_181006.pdf, Zugriff am 15.02.2008.

Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer: Maßnahmen und Vorschläge gegen drohenden Ärztemangel in den neuen Bundesländern, 2005, unter www.kv-ost.de/daten/Ma%C3%9Fnahmen%C3%84rztemangel_6-2005.pdf, Zugriff am 01.03.2008.

Ärztezeitung: Bei Vergütung und Fortbildung hat Agnes noch Nachholbedarf, 02.11.2009, unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/573462/verguetung-fortbildung-agnes-noch-nachholbedarf.html, Zugriff am 18.06.2011.

BBSR (2011a): Bevölkerung, künftige Dynamik – Raumordnungsprognose 2025, unter http://www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_85554/SharedDocs/GlossarEntry/B/Kuenftige__Bevoelkerungsdynamik.html. Zugriff am 10.06.2011.

BBSR (2011b): Laufende Raumbeobachtung – Bevölkerungsentwicklung, unter http://www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_23680/SharedDocs/GlossarEntry/B/Bevoelkerungsentwicklung__LRB.html, Zugriff am 10.06.2011.

BBSR (2011c): Laufende Raumbeobachtung – Einwohnerdichte, unter http://www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_85588/SharedDocs/GlossarEntry/E/Einwohnerdichte__LRB.html, Zugriff am 10.06.2011.

BBSR (2011d): Laufende Raumbeobachtung – Raumabgrenzungen: Siedlungsstrukturelle Kreistypen. unter http://www.bbsr.bund.de/nn_103086/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Werkzeuge/Raumabgrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Kreistypen/kreistypen.html, Zugriff am 10.06.11.

BBSR (2011e): Raumbeobachtung.de, unter http://78.46.82.146/raumbeobachtung/, Zugriff am 10.06.2011.

BBSR (2011f): Zentrale Orte, unter http://www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_22518/BBSR/DE/Raumentwicklung/RaumentwicklungDeutschland/InfrastrukturDaseinsvorsorge/Fachbeitraege/ZentraleOrte/ZentraleOrte.html, Zugriff am 10.06.2011.

Bundesärztekammer (2011a): Tabelle 1: Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen seit 1960, unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Tab01.pdf, Zugriff am 11.06.2011.

Bundesärztekammer (2011b): Abbildung 1: Struktur der Ärzteschaft 2009 (Zahlen in Tausend), unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Abb01.pdf, Zugriff am 11.06.2011.

Bundesärztekammer (2011c): Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist, unter http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Analyse-Kopetsch.pdf, Zugriff am 18.06.2011.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung: „BÄK und KBV warnen vor zunehmenden Ärztemangel", in Deutsches Ärzteblatt vom 09.10.2007, unter http://aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?p=krankenh%E4usern&src=suche&id=30083, Zugriff am 13.04.2008.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007a): Ambulante Versorgung, unter www.die-gesundheitsreform.de/glossar/pdf/glossar_ambulante_versorgung.pdf, Zugriff am 14.10.2007.

BMG (2007b): Hausarztsystem, unter www.die-gesundheitsreform.de/glossar/pdf/glossar_hausarztsystem.pdf, Zugriff am 14.10.2007.

BMG (2008): Informationen zum Vertragsarztänderungsgesetz, unter www.die-gesundheitsreform.de/gesetze_meilensteine/gesetze/pdf/vaendg_ueberblick.pdf, Zugriff am 29.02.2008.

BMG (2011): Versorgungsgesetz, Bessere ärztliche Versorgung, unter http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/ambulante-versorgung/versorgungsgesetz.html, Zugriff am 03.07.2011.

Deutsches Ärzteblatt: Hausärztemangel - Weil der Nachwuchs fehlt: Der Ruhestand muss warten, unter http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=&id=65787&p=, Zugriff am 18.06.2011.

Gatzweiler, Hans-Peter: Strategien zur Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung, Vortrag im Forum 3: „Medizinische Versorgung" der Tagung zur Zukunft ländlicher Räume am 24. Mai 2007 in Magdeburg, unter www.bmelv.de/nn_1124222/DE/08-LaendlicheRaeume/LaendlicheEntwicklung/Zukunft-LaendlicheRaeume/Magdeburg-Gatzweiler.html__nnn=true, Zugriff am 23.09.2007.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Pressemitteilung Nr. 23/ 2010: Versorgungsbedarf älterer Menschen wird umfassender berücksichtigt, http://www.g-ba.de/downloads/34-215-346/23-2010-07-15-Demographiefaktor%20Bdpl.pdf, Zugriff am 14.06.2011.

IKK Thüringen: Unterversorgung in ländlichen Regionen, unter www.ikk.de/ikk/generator/ikk-thueringen/aktiv-und-gesund/aktuelles/60596,r=325,i=l.html, Zugriff am 15.02.2008.

Jacob, Rüdiger; Heinz, Andreas: Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010, Pressegespräch Berlin 20.09.2010, unter http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=1c6551714ebbb6e00fb6d06a08c4678c&DocId=003762291&Page=1, Zugriff am 13.06.2011.

Jacob, Rüdiger; Heinz, Andreas; Décieux, Jean Philippe: Berufsmonitoring Medizinstudenten, Bundesweite Befragung von Medizinstudenten, Trier 2010, unter http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=533a7102742a183cf133d8b9d817a041&DocId=003762290&Page=1, Zugriff am 13.06.2011.

KBV (2006b): Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - Synoptische Darstellung des SGB V, des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV), Stand 14.12.2006, unter http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=533a7102742a183cf133d8b9d817a041&DocId=003753173&Page=1, Zugriff am 18.06.2011.

KBV (2007): Von der Idee zur bundesweiten Umsetzung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Berlin 2007, unter http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=deeofd9a4d1a38915c448945014b1221&DocId=00375533o&Page=1, Zugriff am 10.02.2008.

KBV (2010a): Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Berlin 2010, unter http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=d576ac6b65d5ee89c6fe2c8a7c7c456e&DocId=003762833&Page=1, Zugriff am 07.06.2011.

KBV (2010c): Medizinische Versorgungszentren aktuell. 2. Quartal 2010, Berlin 2010, unter http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=d576ac6b65d5ee89c6fe2c8a7c7c456e&DocId=003762832&Page=1, Zugriff am 07.06.2011.

KBV (2011a): Grunddaten. I Ärzte, Stand 31.12.2009, unter http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=0963f9598b5e19a1c40c68d5e14b3e6c&DocId=003762101&Page=1, Zugriff am 11.06.2011.

KBV (2011b): Praxen/ MVZ, unter http://www.kbv.de/24853.html, Zugriff am 11.06.2011.

KBV (2011c): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt, Stand 31.12.2005, unter http://daris.kbv.de/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=df79f5c52ae0c174a872626581d2eed9&DocId=003750498&Page=1, Zugriff am 11.06.2011.

KBV (2011d): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt, Stand 31.12.2006, unter http://daris.kbv.de/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=df79f5c52ae0c174a872626581d2eed9&DocId=003753462&Page=1, Zugriff am 11.06.2011.

KBV (2011e): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt, Stand 31.12.2007, unter http://daris.kbv.de/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=df79f5c52ae0c174a872626581d2eed9&DocId=003756406&Page=1, Zugriff am 11.06.2011.

KBV (2011f): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt, Stand 31.12.2008, unter http://daris.kbv.de/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=df79f5c52ae0c174a872626581d2eed9&DocId=003759191&Page=1, Zugriff am 11.06.2011.

KBV (2011g): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt, Stand 31.12.2009, unter http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=dfb1e6bf0a6cf690531a83252a625826&DocId=003761461&Page=1, Zugriff am 11.06.2011.

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) (2008): Statut über die Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg, unter www.kvbb.de/content/kvbb/kvbb000431/Sicherstellungsstatut.pdf, Zugriff am 06.04.2008.

KVBB (2010): Landesausschuss beschließt Förderregionen für 2011, Mittelbereiche erstmals Basis, unter http://www.kvbb.de/dyn/epctrl/con/kvbb001780/cat/kvbb000307/mod/kvbb000334/pri/kvbb, Zugriff am 30.04.2011.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2007): Pressemitteilung Modell Eigeneinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen erfolgreich, Angestellte Ärztin übernimmt Arztpraxis in Ohrdruf zum 01.04.2007, Weimar 2007, unter www.kv-thueringen.de/site/pub/presseinfos/PM-Eigeneinricht_maerz07.pdf, Zugriff am 15.02.2008.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2008a): Eigeneinrichtung der KV Thüringen, unter www.kv-thueringen.de/cgi-bin/mark.pl?q=eigeneinrichtung&page=/arz/kassenaerztliche_versorgung/eigeneinrichtung.html, Zugriff am 15.02.2008.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (2008b): Verwendung der Sicherstellungszuschläge, unter www.kv-thueringen.de/site/arz/kassenaerztliche_versorgung/Beschluss_LA_050713.pdf, Zugriff am 15.02.2008.

Kopetsch, Thomas (2005): Bedarfsplanung: Geregelt wird nur die Verteilung. In Deutsches Ärzteblatt Online, 06.05.2005, unter www.aerzteblatt.de/aufsaetze/0505, Zugriff am 12.11.2006.

Landesamt für Bauen und Verkehr (LBV) (Hrsg.) (2010a): Bevölkerungsvorausschätzung 2009 bis 2030, Ämter und amtsfreie Gemeinden des Landes Brandenburg, 2010, unter http://www.lbv.brandenburg.de/dateien/stadt_wohnen/rb_bevoelkerungsvorausschaetzung_2009_bis__2030.pdf, Zugriff am 25.06.2011.

LBV (Hrsg.) (2010b): Kreisprofil Uckermark 2010, Fortschreibung „Brandenburg regional 2006", 2010, unter http://www.lbv.brandenburg.de/dateien/stadt_wohnen/rb_2010_12073_Uckermark.pdf, Zugriff am 25.06.2011.

LBV (Hrsg.) (2010c): Mittelbereichsprofil Prenzlau 2010, 2010, unter http://www.lbv.brandenburg.de/dateien/stadt_wohnen/rB_mbpr_Prenzlau.pdf, Zugriff am 25.06.2011.

LBV (Hrsg.) (2010d): Mittelbereichsprofil Schwedt/Oder 2010, 2010, unter http://www.lbv.brandenburg.de/dateien/stadt_wohnen/rB_mbpr_Schwedt.pdf, Zugriff am 25.06.2011.

LBV (Hrsg.) (2010e): Mittelbereichsprofil Templin 2010, 2010, unter http://www.lbv.brandenburg.de/dateien/stadt_wohnen/rB_mbpr_Templin.pdf, Zugriff am 25.06.2011.

Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt: Pressemitteilung Nr.: 122/07 Sachsen-Anhalt startet Modellprojekt: Mobile Praxisassistentinnen entlasten Hausarzt in ländlichen Regionen, Magdeburg 2007, unter www.asp.sachsen-anhalt.de/presseapp/data/ms/2007/122_2007.htm, Zugriff am 14.02.2008.

Müller, Gero: Aufbau und Betrieb einer Anlaufpraxis, unter www.agnofawl.de/g5/hauptteil_g5.html , Zugriff am 13.03.2008.

Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte: Regionales Raumentwicklungsprogramm Mecklenburgische Seenplatte endgültig beschlossen, unter http://www.region-mecklenburgische-seenplatte.de/de/wir-ueber-uns/regionaler-planungsverband/aufgaben-und-projekte/regionales-raumentwicklungsprogramm/#Beschluss, Zugriff am 23.06.2011.

Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie: Pressemitteilung Mit Spritze und Laptop unterwegs: die „Moderne Gemeindeschwester", 2007, unter http://wo5app1.saxony.de/app/WebObjects/mspublic.woa/3/wo/Wp036E3hLGksC4ZVcvKHK0/2.42.23.3.1.40.0.1?compId=23963, Zugriff am 14.02.2008.

Schmitz, U.; Dieck, J.; Crespin, St.; Riedel, R. (Hrsg.): Die Abrechnung medizinischer Leistungen in Medizinischen Versorgungszentren und anderen Formen kooperativer Berufsausübung unter Berücksichtigung der EBM-Reformen, Köln, unter http://www.rfh-koeln.de/forschung-projekte/institut-fuer-medizin-oekonomie/publikationen/index_ger.html, Zugriff am 20.06.2011.

Staatskanzlei des Landes Sachsen-Anhalt: Details der Kreisgebietsreform, unter www.sachsen-anhalt.de/LPSA/index.php?id=25334, Zugriff am 03.02.2008.

Staatsministerium des Inneren Sachsen: Verwaltungsreform Sachsen, unter http://www.smi.sachsen.de/verwaltungsreform.html, Zugriff am 18.06.2011.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Regionalatlas, unter http://ims.destatis.de/indikatoren/Default.aspx, Zugriff am 09.06.2011.

Statistisches Bundesamt (2011c): Bevölkerungsstand. unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsstand.psml, Zugriff am 03.06.11.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Ergebnis des Mikrozensus 2009 (Jahresdurchschnitt), Bonn 2010, unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Wissenschaftsforum/MethodenVerfahren/Standards/MZ2009__bevi.psml, Zugriff am 03.06.2011.

Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: 5. Regionalisierte Bevölkerungsprognose 2008 bis 2025, unter http://www.statistik.sachsen-anhalt.de/bevoelkerung/prognose/index.html, Zugriff am 25.06.2011.

Steinbrück, Ralph: Jetzt endgültig: Liberalisierung des Vertragsarztrechts – Neue Kooperationsmöglichkeiten für Ärzte nach dem VÄndG ab 01.01.2007 (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gemäß Kabinettsbeschluss der Bundesregierung vom 24.05.2006), unter www.journalmed.de/newsview.php?id=13280, Zugriff am 15.02.2008.

Uckermärkische Verkehrsgesellschaft mbH (2011a): Regional- und Stadtfahrpläne, unter http://www.uvg-online.com/wDeutsch/aktuell/liniennetz.php?navanchor=1010036, Zugriff am 27.06.2011.

Uckermärkische Verkehrsgesellschaft mbH (2011b): Fahrplanbuch, unter http://www.uvg-online.com/wDeutsch/download/pdf/komplett.pdf, Zugriff am 27.06.2011.

Universitätsklinikum Greifswald: Bewertungsausschuss bestätigt AGnES-Konzept, unter http://www.medizin.uni-greifswald.de/fileadmin/user_upload/presse/2009/medieninformation_09_200309.pdf, Zugriff am 21.06.2011.

WONCA Europe (Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin): Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/ Hausarztmedizin, 2002, unter www.sgam.ch/pdf/eurodef.pdf, Zugriff 14.10.07.

Zenker, Matthias (2006): Die Situation der ambulanten medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern, 2006, unter www.kv-ost.de/SituationAmbVersorg-nL2005_version1.pdf, Zugriff am 15.02.2008.

Interviews

Herre, Ralf, Pressesprecher und Leiter der Abteilung Kommunikation der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg: Gespräch am 18.03.2008.

Kaufmann, Christoph, Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte: Telefoninterview vom 14.03.2008.

Zenker, Matthias (2008), Assessor jur., Referent für Grundsatzfragen, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen: Telefoninterview am 07.03.2008.

Daten

KVBB (2011a): Ärzte, Stand 31.12.2000, unveröffentlicht.

KVBB (2011a): Ärzte, Stand 31.12.2001, unveröffentlicht.

KVBB (2011b): Ärzte, Stand 31.12.2002, unveröffentlicht.

KVBB (2011c): Ärzte, Stand 31.12.2003, unveröffentlicht.

KVBB (2011d): Ärzte, Stand 31.12.2004, unveröffentlicht.

KVBB (2011e): Ärzte, Stand 31.12.2005, unveröffentlicht.

KVBB (2011f): Ärzte, Stand 31.12.2006, unveröffentlicht.

KVBB (2011g): Ärzte, Stand 31.12.2007, unveröffentlicht.

KVBB (2011h): Ärzte, Stand 31.12.2008, unveröffentlicht.

KVBB (2011i): Ärzte, Stand 31.12.2009, unveröffentlicht.

KVBB (2011j): Ärzte, Stand 31.12.2010, unveröffentlicht.

KVBB (2011k): Übersicht zur Auszahlung von Investitionskostenzuschüssen nach Beschluss bis 31.12.2008, unveröffentlicht.

KVBB (2011l): Übersicht zur Auszahlung von Investitionskostenzuschüssen nach Beschluss ab 01.01.2009, unveröffentlicht.

KVBB (2011m): Zu- und Abgänge, unveröffentlicht.

Rechtsvorschriften

Bundesmantelvertrag-Ärzte

Krankenhausfinanzierungsgesetz

Landesentwicklungsplan Berlin-Brandenburg

Landesentwicklungsplan Brandenburg – Zentralörtliche Gliederung (LEP I)

Landesraumentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern

Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Raumordnungsgesetz

Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung

Richtlinie über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Siedlungsstrukturelle Kreistypen, Quelle: BBSR 2011d. 7

Abbildung 2: Aktuelle Bevölkerungsentwicklung, Quelle: BBSR 2011b. 12

Abbildung 3: Trend der Bevölkerungsentwicklung bis 2025, Quelle: BBSR 2011a. 14

Abbildung 4: Anteil der multimorbiden Personen an der Gesamtbevölkerung nach Alter in Prozent, eigene Darstellung, Quelle: Robert Koch-Institut 2003: 38. 17

Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl der Vertragsärzt von 1999 bis 2009 im gesamten Bundesgebiet, eigene Darstellung, Quelle: KBV 2008: 14f., KBV 2011g: Tabelle 1.0., KBV 2011h: Tabelle 1.0. 37

Abbildung 6: Anzahl der Vertragsärzte in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, Stand 31.12.2009, eigene Darstellung, Quelle: KBV 2011h: Tabelle 4. 38

Abbildung 7: Regionale Verteilung der Hausärzte im Jahr 2010, Quelle: Klose, Rehbein 2011: 13. 41

Abbildung 8: Situation der hausärztlichen Versorgung in den ländlichen Kreisen 2010, eigene Darstellung, Grundlage: Verwaltungskarte Deutschland: Bundesländer, Regierungsbezirke, Kreise, Stand 31.12.2007, Quelle: Klose, Rehbein 2011: 15. 46

Abbildung 9: Anzahl der Facharztgruppen mit einem Versorgungsgrad unter 90 % in den ländlichen Kreisen, 2010, eigene Darstellung, Grundlage: Verwaltungskarte Deutschland: Bundesländer, Regierungsbezirke, Kreise, Stand 31.12.2007, Quelle: Klose, Rehbein 2011: 22ff. 50

Abbildung 10: Anzahl der Facharztgruppen mit einem Versorgungsgrad unter 50 % in den ländlichen Kreisen, 2010, eigene Darstellung, Grundlage: Verwaltungskarte Deutschland: Bundesländer, Regierungsbezirke, Kreise, Stand 31.12.2007, Quelle: Klose, Rehbein 2011: 22ff. 51

Abbildung 11: Krankenhaus-Bettendichte 2003 in Betten je 1.000 Einwohner unter Einbeziehung der erreichbaren Betten und Einwohner im Umkreis von 50 km, distanzgewichtet, Quelle: BBR 2005b: 123. 56

Abbildung 12: PKW-Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung 2004 in Minuten, modifizierte Darstellung, Quelle: BBR 2005b: 122. 57

Abbildung 13: Erhöhte PKW-Fahrzeit zum Erreichen des übernächsten Krankenhauses der Grundversorgung bei Wegfall des jeweils nächsten Krankenhauses in Minuten, Quelle: Beivers, Spangenberg 2008: 92. 58

Abbildung 14: Anzahl der MVZ in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, Stand 30.06.2010, modifizierte Darstellung, Quelle: KBV 2010c: 6. 80

Abbildung 15: Einwohnerdichte, Quelle: BBSR 2011c. 100

Abbildung 16: Ausgewählte Landkreise, eigene Darstellung, Grundlage: Verwaltungskarte Deutschland: Bundesländer, Regierungsbezirke, Kreise, Stand 31.12.2007. 101

Abbildung 17: Administrative Gliederung des Landkreises Uckermark, eigene Darstellung, Grundlage: Regionale Planungsgemeinschaft Uckermark-Barnim 1996: Karte: Nahbereiche und Versorgungsbereiche, Quelle: LBV 2010b: 1. 103

Abbildung 18: Zentralörtliche Gliederung im Landkreis Uckermark, kombinierte Darstellung gemäß LEP B-B und des Sachlichen Teilplans Zentralörtliche Gliederung, Siedlungsschwerpunkte und Ländliche Versorgungsorte, eigene Darstellung, Grundlage: Regionale Planungsgemeinschaft Uckermark-Barnim 1996: Karte: Nahbereiche und Versorgungsbereiche, Quelle: 2.9 (Z) LEP B-B., Regionale Planungsgemeinschaft Uckermark-Barnim 1996: 5ff. 105

Abbildung 19: Verkehrsachsen des straßengebundenen Linienverkehrs im Landkreis Uckermark, modifizierte Darstellung, Grundlage: Regionale Planungsgemeinschaft Uckermark-Barnim 1996: Karte: Nahbereiche und Versorgungsbereiche, Quelle: Landkreis Uckermark 2007: 7. 110

Abbildung 20: Standorte der hausärztlichen Versorgung in der Uckermark, Stand 31.12.2010, eigene Darstellung, Grundlage: Regionale Planungsgemeinschaft Uckermark-Barnim 1996: Karte: Nahbereiche und Versorgungsbereiche, Quelle: KVBB 2011j. 115

Abbildung 21: Prognose der hausärztlichen Versorgung im Jahr 2020, eigene Darstellung, eigene Berechnung auf Grundlage der arztbezogenen Daten zum Stichtag 31.12.2010, Grundlage: Regionale Planungsgemeinschaft Uckermark-Barnim 1996: Karte: Nahbereiche und Versorgungsbereiche, Quelle: KVBB 2011j. 116

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kreistypen, eigene Darstellung, Quelle: BBSR 2011d. 6

Tabelle 2: Altersstruktur in den ländlichen Kreisen, eigene Darstellung, Quelle: BBR 2006., Statistisches Bundesamt 2010: Bevölkerung in Privathaushalten am Ort der Hauptwohnung nach Merkmalen der Demographischen Standards - Siedlungsstruktureller Kreistyp der BBSR. 13

Tabelle 3: Kontakte zu einem Allgemeinarzt je Einwohner differenziert nach Kreistyp, eigene Darstellung, Quelle: Potthoff, Schneider 2002 (Anhang 3): 17. 19

Tabelle 4: Multimorbidität nach Kreistyp, eigene Darstellung, Quelle: Potthoff, Schneider 2002 (Anhang 4): 19. 20

Tabelle 5: Allgemeine Verhältniszahlen (Einwohner pro Arzt) in den ländlichen Kreisen, eigene Darstellung, Quelle: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie): Einwohner/Arztrelation (Allgemeine Verhältniszahlen) für die nach dem 3. Abschnitt, § 6 definierten Raumgliederungen. 26

Tabelle 6: Versorgungsgrad in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, Stand 2010, eigene Darstellung, Quelle: Klose, Rehbein 2011: 12. 40

Tabelle 7: Altersstruktur der Hausärzte für das gesamte Bundesgebiet, Stand 31.12.2009, eigene Darstellung, Quelle: Klose, Rehbein 2011: 17f. 42

Tabelle 8: Anzahl der Hausärzte älter als 60 Jahre zum 31.12.2009, nach Kassenärztlichen Vereinigungen getrennt, eigene Darstellung, eigene Berechnung, Quelle: Klose, Rehbein 2011: 17f. 43

Tabelle 9: Zugänge und Abgänge in der hausärztlichen Versorgung für die Jahre 200bis 2009, saldiert, nach Kassenärztlichen Vereinigungen getrennt, eigene Darstellung, eigene Berechnung, Quelle: KBV 2011c: Tabelle 4., KBV 2011d: Tabelle 4., KBV 2011e: Tabelle 4., KBV 2011f: Tabelle 4., KBV 2011g: Tabelle 4., Klose, Rehbein, Uhlemann 2007: 26. .. 44

Tabelle 10: Anzahl der überversorgten Planungsbereiche, nach Kassenärztlichen Vereinigungen getrennt, 2010, eigene Darstellung, Quelle: Klose, Rehbein 2011: 20ff. 49

Tabelle 11: Anteil der Fachärzte älter als 60 Jahre am 31.12.2009 in Prozent, nach Kassenärztlichen Vereinigungen und Arztgruppen getrennt, eigene Darstellung, Quelle: Klose, Rehbein 2011: 24ff. 52

Tabelle 12: Zugänge und Abgänge in der fachärztlichen Versorgung für die Jahre 2005 bis 2009, saldiert, nach Kassenärztlichen Vereinigungen und Arztgruppen getrennt , eigene Darstellung, eigene Berechnung, Quelle: KBV 2006a: 21., KBV 2011a: 16. 53

Tabelle 13: Systematik der Zentralen Orte, eigene Darstellung, Quelle: BBSR 2011f. ... 87

Tabelle 14: Untersuchung der ausgewählten Landkreise, eigene Darstellung, Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2010b: 117ff., BBSR 2011e.: Entwicklung Einwohner 65 Jahre und älter., BBSR 2011e: Prognose Bevölkerung., Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen 2011: 123., Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern 2009: 60ff., Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: 65-Jährige und Ältere in % der Gesamtbevölkerung 2009., Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt 2011: Altmarkkreis Salzwedel Anteil ausgewählter Altersgruppen an Bevölkerung insgesamt. 102

Tabelle 15: Einwohnerdichte in den Ämtern und amtsfreien Gemeinden, Stand 30.12.2009, eigene Darstellung, eigene Berechnung, Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2010a: 34f. 106

Tabelle 16: Bevölkerungsprognose für die Ämter und amtsfreien Gemeinden bis 2030, Quelle: LBV 2010a: Anlage 4, Blatt 5. 107

Tabelle 17: Veränderung der Altersstruktur von 1995 bis 2009, Darstellung des prozentualen Anteils der Altersklassen an der Gesamtbevölkerung des Bezugsjahres, eigene Darstellung, Quellen: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: Bevölkerung 0 - 17 Jahre 1995., Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: Bevölkerung 0 - 17 Jahre 2009., Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: Bevölkerung 18 - 24 Jahre 1995., Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: Bevölkerung 18 - 24 Jahre 2009., Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: Bevölkerung 25 - 44 Jahre 1995., Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: Bevölkerung 25 - 44 Jahre 2009., Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: Bevölkerung 45 - 65 Jahre 1995., Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: Bevölkerung 45 - 65 Jahre 2009., Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: Bevölkerung 65 Jahre und älter 1995., Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: Bevölkerung 65 Jahre und älter 2009. 107

Tabelle 18: Bedienungsstandards des straßengebundenen Linienverkehrs im Landkreis Uckermark, modifizierte Darstellung, Quelle: Landkreis Uckermark 2007: 10. 110

Tabelle 19: Situation der hausärztlichen Versorgung in den Mittelbereichen, Stand 31.12.2010, eigene Darstellung, eigene Berechnung, Quellen: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2010a: 34f., KVBB 2011j. 112

Tabelle 20: Situation der hausärztlichen Versorgung in den Mittelbereichen, Stand 31.12.2001, eigene Darstellung, eigene Berechnung, Quellen: KVBB 2011a., LBV 2010c: 5., LBV 2010d: 5., LBV 2010e: 5., Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Land Brandenburg 2002: 52ff. 112

Tabelle 21: Zugänge, Abgänge und Salden in der hausärztlichen Versorgung des gesamten Landkreises in den Jahren 2002 bis 2010, eigene Darstellung, eigene Berechnung, Quellen: KVBB 2011a, KVBB 2011b., KVBB 2011c., KVBB 2011d., KVBB 2011e., KVBB 2011f., KVBB 2011g., KVBB 2011h., KVBB 2011i., KVBB 2011j. 114

Tabelle 22: Anteil der über 60-jährigen Ärzte bei den Hausärzten, Stand 31.12.2010, eigene Darstellung, eigene Berechnung, Quelle: KVBB 2011j. 114

Tabelle 23: Prognose der hausärztlichen Versorgung in den Mittelbereichen für das Jahr 2020 unter der Annahme des Abgangs aller Ärzte, die bis zu diesem Zeitpunkt das 65. Lebensjahr vollendet haben, und ohne Wiederbesetzung, eigene Darstellung, eigene Berechnung auf Grundlage der arztbezogenen Daten zum Stichtag 31.12.2010, Quellen: KVBB 2011j., LBV 2010c: 5., LBV 2010d: 5., LBV 2010e: 5. 117

Abkürzungen

ARL	Akademie für Raumforschung und Landesplanung
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
BBR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
Bedarfsplanungs-Richtlinie	Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMRBS	Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau
DRG	Diagnosis Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GG	Grundgesetz
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

LBV	Landesamt für Bauen und Verkehr
LEP I	Landesentwicklungsplan Brandenburg – Zentralörtliche Gliederung
LEP B-B	Landesentwicklungsplan Berlin-Brandenburg
MKRO	Ministerkonferenz für Raumordnung
MORO	Modellvorhaben der Raumordnung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
QZV	qualitätsgebundenes Zusatzvolumen
RLV	Regelleistungsvolumen
ROG	Raumordnungsgesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Weitere Publikationen aus dem Institut für Stadt- und Regionalplanung

Arbeitshefte



Nr. 75

Michael König

Regionalstadt Frankfurt

Ein Konzept nach 100 Jahren Stadt-Umland-Diskurs in Berlin, Hannover und Frankfurt am Main

Die Suburbanisierung führt in Großstadtregionen zu erheblichen Stadt-Umland-Problemen, die erforderliche regionale Koordination scheitert aber meist an politischen Widerständen. Diese Arbeit untersucht die Probleme, Konfl ikte und Lösungen, mit dem Ergebnis, dass Großstadtregionen in einer Gebietskörperschaft existent werden müssen. Drei solcher Vereinigungsprojekte (Berlin 1920, Frankfurt 1971, Hannover 2001) werden vorgestellt und der politische Wille der Landesregierung als entscheidender Faktor identifi ziert. Aus den Fallbeispielen wird ein Entwurf für eine vereinte Stadtregion Frankfurt abgeleitet. Denn nur durch innere Befriedung und staatliche Unterstützung kann die Region ihre Energien auf den internationalen Metropolenwettbewerb konzentrieren.

2009, 224 S., ISBN 978-3-7983-2114-4 **12,90 €**



Nr. 74

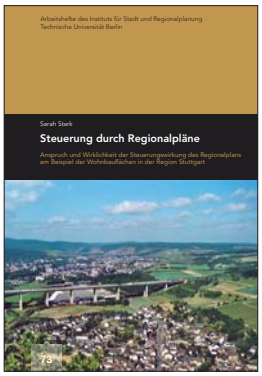
Mathias Güthling

Innerstädtische Brachflächen

Untersuchungen zur Umgestaltung von innerstädtischen Bahnflächen am Beispiel des Reichsbahnausbesserungswerkes Potsdam

Obwohl flächenhafte Bahnliegenschaften weit verbreitet als Potenziale der Stadtentwicklung gelten, haben zahlreiche Kommunen Schwierigkeiten bei der Umstrukturierung ehemaliger Ausbesserungswerke. Diese sind aufgrund ihrer früheren Nutzung und der zugehörigen Bebauungsstruktur gegenüber anderen entbehrlichen Bahnflächen von besonderer Charakteristik. Die vorliegende Arbeit untersucht, ob die brach gefallenen Flächen der Ausbesserungswerke für die betroffenen Städte doch eher Risiken und Belastungen als Chancen und Potenziale darstellen. Sind sie lediglich eine von vielen Flächenreserven oder kann dieser Typus von Bahnbrache einschließlich der prägenden Bebauung als wichtiger Baustein für die Stadtentwicklung fungieren?

2009, 221 S., ISBN 978-3-7983-2107-6 **19,90 €**



Nr. 73

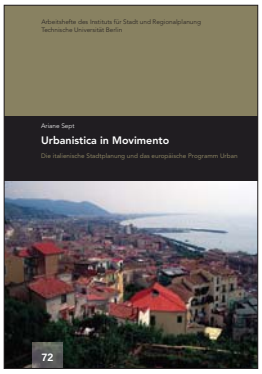
Sarah Stark

Steuerung durch Regionalpläne

Anspruch und Wirklichkeit der Steuerungswirkung des Regionalplans am Beispiel der Wohnbauflächen in der Region Stuttgart

Das Ziel der Bundesregierung bis 2020 täglich nicht mehr als 30 Hektar Freifläche für Wohn- und Verkehrszwecke in Anspruch zu nehmen, soll durch die Landes- und Regionalplanung umgesetzt werden. Diese Arbeit geht der Frage nach, ob die Regionalplanung mit ihren Instrumenten dies leisten kann. Konkret werden die Instrumente zur Wohnflächensteuerung des Regionalplans 1998 der Region Stuttgart analysiert. Statistische Daten zur Wohnbauflächen- und Bevölkerungsentwicklung werden ausgewertet und durch ergänzende qualitative Interviews mit regionalen Experten interpretiert und bewertet. Im Ergebnis empfiehlt sich die Entwicklung flächensteuernder Instrumenten mit absoluten Grenzwerten, soll das Ziel der Bundesregierung erreichen werden.

2009, 190 S., ISBN 978-3-7983-2106-9 **12,90 €**



Nr. 72

Ariane Sept

Urbanistica in Movimento

Die italientische Stadtplanung und das europäische Programm Urban

Anhand der europäischen Gemeinschaftsinitiative Urban untersucht die vorliegende Arbeit einerseits die zunehmende Bedeutung europäischer Integration für die Stadtplanung und andererseits den Wandel italienischer Stadtplanung seit Beginn der 1990er Jahre. Dabei geht es weniger darum, Problemlagen in italienischen Städten auszumachen und entsprechende Handlungsansätze vorzuschlagen, als vielmehr Prozesse der Stadtpolitik, Stadtplanung und Stadtentwicklung aus dem Blickwinkel einer externen Beobachterin abzubilden.

2008, 153 S., ISBN 978-3-7983-2087-1 **15,90 €**

Das vollständige Programm finden sie unter www.isr.tu-berlin.de

Sonderpublikationen



Sylvia Butenschön (Hrsg.)

Garten – Kultur – Geschichte

Gartenhistorisches Forschungskolloquium 2010

Der Tagungsband des Gartenhistorischen Forschungskolloquiums 2010 gibt einen aktuellen Einblick in das von WissenschaftlerInnen verschiedener Disziplinen aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtete Forschungsfeld der Gartengeschichte. So behandeln die 20 Textbeiträge Aspekte der Gartenkultur aus einem Zeitraum von über 400 Jahren und einem Betrachtungsgebiet von ganz Europa - von den Wasserkünsten in Renaissancegärten über das Stadtgrün des 19. Jahrhunderts bis zu Hausgärten des frühen 20. Jahrhunderts und Fragen des denkmalpflegerischen Umgangs mit Freiflächen der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts.

2011, 134 S., ISBN 978-3-7983-2340-7 **14,90 €**



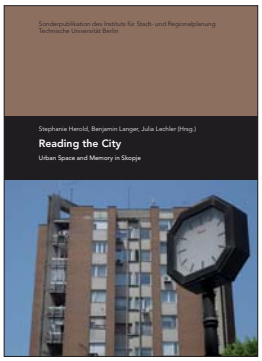
Ursula Flecken, Laura Calbet i Elias (Hg.)

Der öffentliche Raum

Sichten, Reflexionen, Beispiele

Der öffentliche Raum ist zugleich konstituierendes Element und Gedächtnis der Stadt. Er ist in höchstem Maße komplex und unterliegt ständigen Veränderungen. In der Entwicklung der Städte muss er deshalb immer wieder neu verhandelt werden. Raumwissenschaften und Stadtplanung haben als integrale Disziplinen den Anspruch, unterschiedlichste Perspektiven zum öffentlichen Raum zusammen zu führen. Dieser Sammelband bietet ein vielschichtiges Bild der Funktionen, Aufgaben und Bedeutungen des öffentlichen Raumes. Er versteht sich als Beitrag, der die aktuelle Debatte bereichern und voranbringen soll.

2011, 250 S., ISBN 978-3-7983-2318-6 **19,90 €**



Stephanie Herold, Benjamin Langer, Julia Lechler (Hrsg.)

Reading the City

Urban Space and Memory in Skopje

The workshop “Reading the city” took place in Skopje in May 2009 and followed the hypothesis that every historical, political, and social development and trend is mirrored in the city’s built environment. Cities, accordingly, consist of a multitude of layers of narratives and thus become an image of individual and collective memory. Investigating different sites of the city under this focus, the publication shows, how history is mirrored in the urban space of Skopje today, how it is perceived and constructed, and which historical periods influence the city’s current planning discourse.

2010, 153 S., ISBN 978-3-7983-2129-8 **13,90 €**



Adrian Atkinson, Meriem Chabou, Daniel Karsch (Eds.)

Stratégies pour un Développement Durable Local

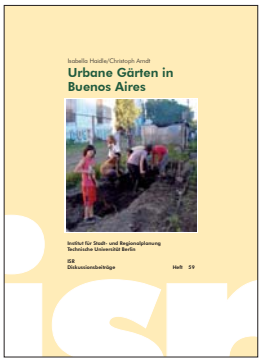
Renouvellement Urbain et Processus de Transformations Informelles

This document contains the output of a conference and action planning workshop that took place in Algiers over five days in early May 2007. The theme of the event was urban renewal with a focus on sustainable development. 62 participants attended the event from 13 countries in the framework of the URDN, sponsored and sup-ported by the École Polytechnique d’Architecture et d’Urbanisme of Algiers. Academics, professionals and government officials from architecture, planning and including the private development sector presented papers and discussed both the technical and institutional is-sues as to how planning systems and the redevelopment process can be more effective in addressing sustainability issues ranging from the supply of resources, through urban design to concern with appropriate responses to climatic and geographical considerations.

2008, 223 S., ISBN 978-3-7983-2086-4 **13,90 €**

Das vollständige Programm finden sie unter www.isr.tu-berlin.de

Diskussionsbeiträge



Nr. 59

Isabella Haidle, Christoph Arndt

Urbane Gärten in Buenos Aires

Im Zuge der Modernisierung und Industrialisierung im letzten Jahrhundert geriet die Praxis des innerstädtischen Gemüseanbaus jedoch weitgehend aus dem Blickfeld der Stadtplanung. In der Realität verschwand sie niemals ganz, sondern bestand informell weiter. Erst die Krisen der Moderne bzw. das Ende des fordistischen Entwicklungsmodells haben weltweit zu einer intensiveren theoretischen Beschäftigung mit kleinteiligen, vor Ort organisierten, informellen Praxen geführt. Die Interaktion der GärtnerInnen mit der Stadtentwicklung und Stadtplanung rückt seit einigen Jahren ins Zentrum des Interesses. Die AutorInnen versuchen zwischen der Planung und den Ideen der GärtnerInnen zu vermitteln, indem sie mögliche Potenziale und Defizite der einzelnen Projekte aufzeigen und Unterstützungsmöglichkeiten formulieren.

2007, 204 S., ISBN 978-3-7983-2053-6 **15,90 €**



Nr. 58

Guido Spars (Hrsg.)

Wohnungsmarktentwicklung Deutschland

Trends, Segmente, Instrumente

Die Wohnungsmarktentwicklung in Deutschland ist zunehmend von Ausdifferenzierungsprozessen auf der Nachfrage- und der Angebotsseite geprägt. Die Teilmärkte entwickeln sich höchst unterschiedlich. Die Parallelität von Schrumpfung und Wachstum einzelner Segmente z.B. aufgrund ▷ regionaler Bevölkerungsgewinne und -verluste, ▷ der Überalterung der Gesellschaft, ▷ der Vereinzelung und Heterogenisierung von Nachfragern, ▷ des wachsenden Interesses internationaler Kapitalanleger stellen neue Anforderungen an die Stadt- und Wohnungspolitik, an die Wohnungsunternehmen und Investoren und ebenso an die wissenschaftliche Begleitung dieser Prozesse.

Mit Beiträgen von Thomas Hafner, Nancy Häusel, Tobias Just, Frank Jost, Anke Bergner, Christian Strauß, u.a.

2006, 313 S., ISBN 3 7983 2016 0 **13,90 €**



Nr. 57

Ulrike Lange/Florian Hutterer

Hafen und Stadt im Austausch

Ein strategisches Entwicklungskonzept für eine Hafenbereich in Hamburg

In den zentral gelegenen Hafenbereichen von Hamburg hat in den letzten Jahren ein Umwandlungsprozess eingesetzt, der noch immer andauert. Allgemein zurückgehende Investitionstätigkeit und die unsichere wirtschaftliche Entwicklung, sowie räumliche Besonderheiten des Ortes lassen Zweifel aufkommen, ob die viel praktizierte Masterplanung für eine Entwicklung der Hafenbereiche am südlichen Elbufer geeignet ist. Die vorliegende Arbeit schlägt daher eine Strategie der Nadelstiche vor. Für die Umstrukturierung dieses Hafenbereichs soll eine Herangehensweise angewendet werden, die sich die sukzessiven Wachstumsprozesse einer Stadt zu eigen macht. Durch Projekte als Initialzündungen und ausgewählte räumliche Vorgaben soll unter Einbeziehung wichtiger Akteure ein Prozess in Gang gebracht und geleitet werden, der flexibel auf wirtschaftliche, soziale und räumlich-strukturelle Veränderungen reagieren kann.

2006, 129 S., ISBN 978-3-7983-2016-1 **15,90 €**



Nr. 56

Anja Besecke, Robert Hänsch, Michael Pinetzki (Hrsg.)

Das Flächensparbuch

Diskussion zu Flächenverbrauch und lokalem Bodenbewusstsein

Brauchen wir ein „Flächensparbuch“, wenn in Deutschland die Wirtschafts- und Bevölkerungsentwicklung stagniert oder sogar rückläufig ist? Ja, denn trotz Stagnation der Wirtschafts- und Bevölkerungsentwicklung wächst die Inanspruchnahme von Flächen für Siedlungs- und Verkehrszwecke. Dies läuft dem Ziel zu einem schonenden und sparsamen Umgang mit der Ressource Boden und damit dem Leitbild einer nachhaltigen Siedlungsentwicklung entgegen. Das Gut „Fläche“ ist vielseitigen Nutzungsansprüchen ausgesetzt und dessen Inanspruchnahme ist aufgrund divergierender Interessen häufig ein Streitthema. Dieser Sammelband soll die aktuelle Diskussion aufzeigen, die auf dem Weg zu einer Reduktion der Flächenneuinanspruchnahme von den verschiedenen Akteuren geprägt wird. Dabei reicht der Blick von der Bundespolitik bis zur kommunalen Ebene und von der wissenschaftlichen Theorie bis zur planerischen Praxis.

2005, 207 S., ISBN 3 7983 1994 4 **15,90 €**

Das vollständige Programm finden sie unter www.isr.tu-berlin.de

Online-Veröffentlichungen - Graue Reihe



Nr. 36

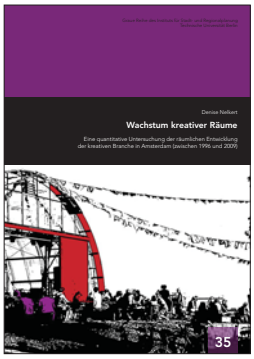
Anne Volkmann

Quartierseffekte in der Stadtforschung und in der sozialen Stadtpolitik

Die Rolle des Raumes bei der Reproduktion sozialer Ungleichheit

Mithilfe einer Analyse von zwölf empirischen Studien zur Quartierseffekteforschung wird der Frage nachgegangen, inwiefern ein Zusammenhang zwischen dem Wohnort und einer Verstärkung der sozialen Benachteiligung besteht. Die Analyse umfasst drei Wirkungsbereiche: die physische, die soziale und die symbolischen Dimension des Quartiers. Zentrales Ergebnis ist die Feststellung, dass sich in den untersuchten Studien keine eindeutigen negativen Effekte des Quartiers auf die Bewohner/innen nachweisen lassen. Das Ergebnis hat Auswirkungen auf die politischen Handlungsansätze in diesem Themenfeld.

2012, 102 S., ISBN 978-3-7983-2366-7 **kostenloser download unter www.isr.tu-berlin.de**



Nr. 35

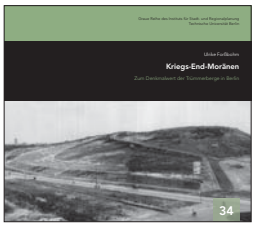
Denise Nelkert

Wachstum kreativer Räume

Eine quantitative Untersuchung der räumlichen Entwicklung der kreativen Branche in Amsterdam (zwischen 1996 und 2009)

Die Untersuchung bietet erstmals einen quantitativ fundierten Überblick über die räumlichen Veränderungen der kreativen Branche. Durch die Darstellung der zeitlichen und räumlichen Entwicklung konnten einige Vermutungen zu den Standortveränderungen sowie zur Mobilität der Branche bestätigt oder relativiert werden. Zu dem gelang es erstmals das Wachstum kreativer Räume zielgruppenorientiert zu beschreiben. Mit den Forschungsergebnissen können stadtplanerische Maßnahmen auf die Standortdynamik der kreativen Branche abgestimmt und die Entwicklungssynergien für Region und Wirtschaft genutzt werden.

2011, 291 S., ISBN 978-3-7983-2365-0 **kostenloser download unter www.isr.tu-berlin.de**



Nr. 34

Ulrike Forßbohm

Kriegs-End-Moränen

Zum Denkmalwert der Trümmerberge in Berlin

Mai 1945, in Berlin liegen 75 Millionen Kubikmeter Trümmerschutt, die beseitigt werden müssen. Vieles wird für den Wiederaufbau eingeplant, aber fast ein Viertel ist nicht verwertbar. Dank Reinhold Lingner wird ein Großteil zu Trümmerbergen aufgeschüttet, die heute zur natürlichen Topographie der Stadt zu gehören scheinen. Was wissen wir überhaupt noch über diese Trümmer? Wie sind sie dorthin gekommen, was wurde unternommen, damit daraus Grün- bzw. Erholungsflächen wurden? Und besitzen sie als Symbole einer Zeit des Vergessens und des Neuanfangs einen denkmalpflegerischen Wert? In der vorliegenden Arbeit wird das Freiraumkonzept, das zur Anlegung der Trümmerberge in Berlin führte, vorgestellt und beantwortet, in wie weit die einzelnen Planungen für die Anlagen umgesetzt wurden, heute noch sichtbar sind und welche grünplanerische Bedeutung ihnen beigemessen wird.

2011, 97 S., ISBN 978-3-7983-2343-8 **kostenloser download unter www.isr.tu-berlin.de**



Nr. 33

Julia Kroll

Mehrfachförderkulisse Stadtzentrum – Ein Puzzle für die Zentrenentwicklung

Das Zusammenwirken von Städtebauförderprogrammen in städtischen Zentren am Beispiel des „Aktiven Stadtzentrums Turmstraße“ in Berlin Moabit

Zentren sind das Rückgrat der Innenstädte und Quartiere, haben aber zunehmend mit Funktions- und Bedeutungsverlusten zu kämpfen. Ein wichtiges Instrument zu ihrer Stabilisierung und Stärkung stellt die Städtebauförderung dar, insbesondere mit dem Programm Aktive Stadt- und Ortsteilzentren. Als wesentliche Erfolgsfaktoren für die Zentrenentwicklung werden in der vorliegenden Diplomarbeit eine sachlich und räumlich integrierte Vorgehensweise und die Überwindung möglicher Beschränkungen des Zentrenprogramms identifiziert. Es wird untersucht, welche Potenziale dafür Mehrfachförderkulissen bieten. Es werden Handlungsansätze zur Optimierung des Zusammenwirkens der Programme in diesen Räumen entwickelt.

2011, 238 S., ISBN 978-3-7983-2342-1 **kostenloser download unter www.isr.tu-berlin.de**

Das vollständige Programm finden sie unter www.isr.tu-berlin.de

Jahrbuch Stadterneuerung



2011

Stadterneuerung und Festivalisierung

Seit zwei Jahrzehnten wird das Thema der Festivalisierung der Stadtplanung und der Stadterneuerung kontrovers diskutiert. Kleine und große Festivals und diverse Veranstaltungen unterschiedlichen Formats sind weiter en vogue, und derartige Events werden gezielt als strategisches Instrument der Stadtpolitik eingesetzt. Auch in den letzten Jahren spielen sie als Internationale Bauausstellungen, Gartenschauen und ähnliche Ereignisse für Stadtumbau und Stadterneuerung eine besondere Rolle. Anlass genug, dieses Thema – inzwischen durchgängig Gegenstand von Stadtforschung und Planungstheorie – in diesem Jahrbuch Stadterneuerung schwerpunktmäßig aufzunehmen und in den einzelnen Beiträgen aus verschiedenen Perspektiven kritisch zu refl ektieren. Daneben werden auch in diesem Jahrbuch neben dem Schwerpunktthema Lehre und Forschung theoretische und historische Aspekte der Stadterneuerung sowie auch Praxen im In- und Ausland in den Beiträgen thematisiert.

2011, 378 S., ISBN 978-3-7983-2339-1 **20,90 €**



2010

Infrastrukturen und Stadtumbau

Das Jahrbuch Stadterneuerung 2010 beinhaltet in diesem Jahr den Schwerpunkt „Soziale und technische Infrastruktur im Wandel“. Die Rahmenbedingungen, der Stellenwert und der Zusammenhang von Infrastruktur und Stadterneuerung haben sich in den letzten Jahren gravierend verändert. Schrumpfende Städte, Rückbau, kommunale Haushaltsprobleme und der Niedergang sowie die Schließung von Einrichtungen, die in früheren Stadterneuerungsphasen mit öffentlichen Mittel gefördert wurden, machen eine Neubewertung und eine differenzierte Bestandsaufnahme erforderlich, um neue Herausforderungen zu refl ektieren. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels sind „bewährte“ Strukturen für Bemessung, Bau, Betrieb und Nutzung von Infrastrukturen im Kontext des Stadtumbaus in Frage gestellt. Neben diesem Schwerpunktthema werden Lehre und Forschung, theoretische und historische Aspekte der Stadterneuerung sowie auch neue Praxen im In- und Ausland in den Beiträgen thematisiert.

2010, 376 S., ISBN 978-3-7983-2230-1 **20,90 €**



2009

Megacities und Stadterneuerung

Das Jahrbuch Stadterneuerung 2009 widmet sich dem Schwerpunkt Stadterneuerung und Stadtumbau in den rasch wachsenden Metropolen des Südens. Die wachsende Wohnungsnot, Elendsviertelentwicklung, Verkehrschaos, Umweltprobleme und Klimaschutz erfordern ein Umdenken und machen prekäre globale Abhängigkeiten auch für die „Erste Welt“ deutlich.
Die Beiträge in diesem Band beziehen sich neben theoretischen und historischen Aspekten der Stadterneuerung vor allem auf Einordnungen, Fallstudien und Handlungsansätze von Mega-Städten vor dem Hintergrund sehr unterschiedlicher Problemlagen und Akteurskonstellationen. Bisherige Muster und „bewährte“ Konzepte der Stadterneuerung und des Stadtumbaus werden durch die epochale Krise in Frage gestellt, und es gilt stärker denn je nach innovativen Konzepten der Bestandsentwicklungspolitik zu suchen, mit denen auf die weltweiten komplexen Herausforderungen reagiert werden kann. „Yes, we can?“

2009, 343 S., ISBN 978-3-7983-2134-2 **18,90 €**



2008

Aufwertung im Stadtumbau

Stadtumbau wird häufi g verkürzt mit Rückbau und Wohnungsabrissen gleichgesetzt. Dabei kann ein bedarfsgerechter Umbau im Bestand durchaus mit einer Aufwertung einhergehen, die im Stadtumbau eine völlig andere Richtung als etwa in der behutsamen Stadterneuerung einschlagen. Insbesondere in Neubaugebieten, die durch rückbaubedingte Aufl ockerung gekennzeichnet sind, stellt sich die Frage, ob Aufwertung mehr bedeuten kann als die Herstellung besonders pfl egeleichter und vielgestaltiger Freifl ächen. Schon der Versuch, in den von Abwanderung betroffenen Quartieren den sozialen Zusammenhalt zu bewahren, stellt große Anforderungen an das Repertoire des Stadtumbaus. Häufi g wird durch künstlerische Interventionen versucht, auf die grundlegenden Veränderungen im städtischen Zusammenleben hinzuweisen und zum Nachdenken anzuregen. Vor diesem Hintergrund wendet sich der Schwerpunkt dieses Bands an verschiedenen Stellen auch der Frage zu, welche Beiträge Kunst im Stadtumbau leisten kann.

2008, 462 S., ISBN 978-3-7983-2090-1 **21,90 €**

Das vollständige Programm finden sie unter www.isr.tu-berlin.de

Portrait des Instituts für Stadt- und Regionalplanung

Menschen beanspruchen in sehr unterschiedlicher Art und Weise ihren Lebensraum. Die damit verbundenen Auseinandersetzungen um verschiedene Nutzungsansprüche an den Boden, die Natur, Gebäude, Anlagen oder Finanzmittel schaffen Anlass und Arbeitsfelder für die Stadt- und Regionalplanung. Das Institut für Stadt- und Regionalplanung (ISR) an der Technischen Universität Berlin ist mit Forschung und Lehre in diesem Spannungsfeld tätig.

Institut

Das 1974 gegründete Institut setzt sich heute aus sieben Fachgebieten zusammen: Bestandsentwicklung und Erneuerung von Siedlungseinheiten, Bau- und Planungsrecht, Denkmalpflege, Orts-, Regional- und Landesplanung, Planungstheorie, Städtebau- und Siedlungswesen sowie Stadt- und Regionalökonomie. Gemeinsam mit weiteren Fachgebieten der Fakultät VI Planen Bauen Umwelt verantwortet das Institut die Studiengänge Stadt- und Regionalplanung, Urban Design, Real Estate Management und Urban Management.

Mit dem Informations- und Projektzentrum hat das ISR eine zentrale Koordinierungseinrichtung, in der die Publikationsstelle und eine kleine Bibliothek, u.a. mit studentischen Abschlussarbeiten angesiedelt sind. Der Kartographieverbund im Institut pflegt einen großen Bestand an digitalen und analogen Karten, die der gesamten Fakultät zur Verfügung stehen.

Studium

Stadt- und Regionalplanung an der Technischen Universität Berlin ist ein interdisziplinärer und prozessorientierter Bachelor- und Masterstudiengang. Die Studierenden lernen, bezogen auf Planungsräume unterschiedlicher Größe (vom Einzelgrundstück bis zu länderübergreifenden Geltungsbereichen), planerische, städtebauliche, gestalterische, (kultur-)historische, rechtliche, soziale, wirtschaftliche und ökologische Zusammenhänge zu erfassen, in einem Abwägungsprozess zu bewerten und vor dem Hintergrund neuer Anforderungen Nutzungs- und Gestaltungskonzepte zu entwickeln.

Traditionell profiliert sich das Bachelor-Studium der Stadt-und Regionalplanung an der TU Berlin durch eine besondere Betonung des Projektstudiums. Im zweijährigen konsekutiven Masterstudiengang können die Studierenden ihr Wissen in fünf Schwerpunkten vertiefen: Städtebau und Wohnungswesen, Bestandsentwicklung und Erneuerung von Siedlungseinheiten, örtliche und regionale Gesamtplanung, Raumplanung im internationalen Kontext oder Stadt- und Regionalforschung.

Internationale Kooperationen, unter anderem mit China, Italien, Polen, Rumänien und dem Iran, werden für interdisziplinäre Studien- und Forschungsprojekte genutzt.

Forschung

Das Institut für Stadt- und Regionalplanung zeichnet sich durch eine breite Forschungstätigkeit der Fachgebiete aus. Ein bedeutender Anteil der Forschung ist fremdfinanziert (sog. Drittmittel). Auftraggeber der Drittmittelprojekte sind die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), die Europäische Kommission, Ministerien und deren Forschungsabteilungen, Bundesländer, Kommunen, Stiftungen und Verbände sowie in Einzelfällen Unternehmen. Eine weitere wichtige Forschungsleistung des Instituts sind Dissertationen und Habilitationen.

Die Ergebnisse der Forschungsprojekte fließen sowohl methodisch als auch inhaltlich in die Lehre ein. Eine profilgestaltende Beziehung zwischen Forschungsaktivitäten und Studium ist durch den eigenen Studienschwerpunkt „Stadt- und Regionalforschung“ im Master vorgesehen.

Sowohl über Forschungs- als auch über Studienprojekte bestehen enge Kooperationen und institutionelle Verbindungen mit Kommunen und Regionen wie auch mit anderen universitären oder außeruniversitären wissenschaftlichen Einrichtungen.

Weitere Informationen über das ISR finden Sie auf der Homepage des Instituts unter: **http://www.isr.tu-berlin.de/** und in dem regelmäßig erscheinenden „ereignIS.Reich“, das Sie kostenlos per Mail oder Post beziehen können.