

Ministerium für Umwelt, Gesundheit
und Verbraucherschutz
des Landes Brandenburg

Künftige Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in Brandenburg

Grundlagen, Handlungsfelder und Maßnahmen

Stand: 20.01.2011

Inhalt

1	Zusammenfassung.....	3
2	Hintergrund.....	3
3	Rahmenbedingungen der Versorgung.....	4
3.1	Zuständigkeiten.....	4
3.1.1	Ambulante medizinische Versorgung.....	4
3.1.2	Stationäre medizinische Versorgung.....	5
3.1.3	Bevölkerungsmedizinische Aufgaben - Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	5
3.1.4	Ärztliche Weiterbildung.....	6
3.2	Abnehmende und alternde Bevölkerung.....	6
3.3	Entwicklung des medizinischen Versorgungsbedarfs.....	6
3.4	Gesundheit und soziale Lage, Gesundheitszielprozesse.....	7
3.5	Entwicklung in der medizinischen Versorgung.....	10
3.5.1	Ambulante medizinische Versorgung.....	10
3.5.2	Stationäre Versorgung.....	15
3.5.3	Öffentlicher Gesundheitsdienst.....	15
3.5.4	Sonstige Bereiche.....	16
3.6	Bedingungen für die ärztliche Nachwuchsgewinnung.....	17
3.6.1	Aus- und Weiterbildung.....	17
3.6.2	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.....	17
3.6.3	Honorarentwicklung.....	17
4	Handlungsfelder und Maßnahmen.....	18
4.1	Auf Bundesebene.....	18
4.2	Auf Landesebene.....	20
4.2.1	Handlungsfeld Fachkräfte für die gesundheitliche Versorgung.....	20
4.2.2	Handlungsfeld ärztliche Nachwuchsgewinnung.....	21
4.2.3	Handlungsfeld Telemedizin.....	24
4.2.4	Handlungsfeld integrierte und fachübergreifende Versorgungskonzepte.....	25
4.2.5	Handlungsfeld Arztentlastende Fachkräfte.....	26
4.2.6	Handlungsfeld Bedarfsplanung.....	26
4.2.7	Handlungsfeld Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung.....	27
4.2.8	Handlungsfeld attraktive Arbeits- und Lebensbedingungen.....	28
4.3	Leistungen der Kommunen.....	29

1 Zusammenfassung

Das vorliegende Papier zeigt für die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, aber auch für die Kommunen und die Landesregierung Wege auf, wie die flächendeckende medizinische Versorgung des Landes auch künftig gesichert werden kann. Damit wird nicht nur ein gesundheitspolitisches Ziel verfolgt - Gesundheitsversorgung ist in Brandenburg auch ein wesentlicher Standortfaktor.

Regelmäßige Gespräche auf Spitzenebene, angeregt durch die Ministerin für Gesundheit, zeigen Einigkeit zwischen den wichtigen Akteuren im Brandenburger Gesundheitswesen - Es bedarf weiterhin der Anstrengungen und des Engagements Aller, um die Maßnahmen zu entwickeln und die Schritte einzuleiten, die zu einer Sicherung der gesundheitlichen Versorgung morgen und übermorgen in unserem Land beitragen. Die demografische Entwicklung und die Morbiditätsentwicklung einerseits sowie die begrenzten finanziellen Ressourcen andererseits stellen uns vor besondere Herausforderungen. Aber: Die medizinischen Möglichkeiten, die technische Entwicklung und der Zwang, Antworten auf drängende Versorgungsfragen zu finden, eröffnen auch Chancen.

Acht Handlungsfelder werden aufgezeigt, Umsetzungsempfehlungen und konkrete bereits eingeleitete Maßnahmen werden beschrieben:

- **Fachkräfte für die gesundheitliche Versorgung**
- **Ärztliche Nachwuchsgewinnung**
- **Telemedizin**
- **Arztentlastende Fachkräfte**
- **Integrierte und fachübergreifende Versorgungskonzepte**
- **Bedarfsplanung**
- **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung**
- **Attraktive Arbeits- und Lebensbedingungen**

Die Landesregierung unterstützt die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Leistungserbringer, Leistungsträger, Körperschaften und Verbände in der Umsetzung der Maßnahmen.

Die Landesregierung bringt die Partner im Gesundheitswesen zusammen und fördert systematisch den Erfahrungsaustausch. Die bei allen Beteiligten zur Verfügung stehenden Informations- und Kommunikationswege müssen genutzt werden, um die guten Chancen und günstigen Rahmenbedingungen für eine ärztliche Tätigkeit in Brandenburg darzustellen. Die Umsetzung wird nur erfolgreich sein, wenn alle Beteiligten gemeinsame Ziele verfolgen.

2 Hintergrund

Auf Initiative der Ministerin für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz finden regelmäßig Gespräche auf Spitzenebene mit allen Akteuren statt. Wichtige Beteiligte aus Brandenburg sind:

- Krankenkassen
 - AOK Berlin-Brandenburg
 - Verband der Ersatzkassen e.V. Landesvertretung Brandenburg
 - Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin
 - BKK-Landesverband Mitte
 - Barmer GEK Landesgeschäftsstelle Berlin/Brandenburg

- DAK Vertragsgebiet Berlin/Brandenburg
- Techniker Krankenkasse Landesvertretung Berlin/Brandenburg
- Brandenburgische Betriebskrankenkasse
- Knappschaft-Bahn-See Regionaldirektion Cottbus
- KKH-Allianz Regionalzentrum
- Kassenärztliche Vereinigung
- Hausärzteverband
- Landeskrankenhausgesellschaft
- Landesärztekammer
- Städte- und Gemeindebund
- Landkreistag
- Bundesagentur für Arbeit
- Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung e.V.

Außerdem steht die Ministerin für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz in dieser Frage im fachlichen Austausch insbesondere mit dem Minister für Infrastruktur und Landwirtschaft und mit der Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur, dem Minister für Wirtschaft und Europaangelegenheiten und dem Minister für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg sowie mit der Charité Universitätsmedizin Berlin.

Das MUGV befasst sich im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder seit Jahren kontinuierlich und intensiv besonders mit der medizinischen Grundversorgung. Das MUGV arbeitet in diesem Zusammenhang an Konzepten, um Medizinstudentinnen und Medizinstudenten frühzeitig an die so genannte Primärversorgung heranzuführen und sie für diese Weiterbildung zu interessieren, weiterhin an Konzepten zur Aufwertung des Hausarztberufes, an der Reduzierung von Belastungen und der Einbeziehung anderer Berufsgruppen in die Versorgung. Außerdem arbeitet das MUGV im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz an Konzepten zur Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung. Die Ergebnisse dieser Arbeit fließen ebenfalls ein.

3 Rahmenbedingungen der Versorgung

3.1 Zuständigkeiten

3.1.1 Ambulante medizinische Versorgung

Gemäß § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Auch die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) gehört dazu.

Nach § 105 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Lassen sich Versorgungslücken nicht beheben, können die KVen bzw. die Krankenkassen durch Eigeneinrichtungen die Versorgung der Versicherten sicherstellen. Auf dieser rechtlichen Grundlage können z. B.

Sicherstellungspraxen und dezentrale, interdisziplinäre Praxen mit verschiedenen Fachrichtungen vorgehalten werden. Das Gesundheitsministerium ist Oberste Gesundheitsbehörde des Landes Brandenburg und Rechtsaufsichtsbehörde über die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften.

3.1.2 Stationäre medizinische Versorgung

Die Sicherstellung der stationären Versorgung im Rahmen der Krankenhausplanung und Investitionsprogramme wird von den Ländern wahrgenommen (§ 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG sowie Krankenhausgesetze der Länder). Die Versorgung erfolgt durch Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V). Die Entscheidung hierüber trifft das Land. Ziel der Zulassung ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung (§ 1 KHG). Die zwischen dem Krankenhausträger und den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbarten Pflegesätze sind von den Landesbehörden zu genehmigen (§ 18 Abs. 5 KHG). Für die bedarfsgerechte Versorgung mit stationären Leistungen hat das Land einen Krankenhausplan aufzustellen. Ziel der Krankenhausplanung ist die Sicherstellung des von stationären Einrichtungen zu erbringenden medizinisch notwendigen Bedarfs unter Beachtung der Grundsätze der bürgernahen und wirtschaftlichen Versorgung. Die stationäre Versorgung ist im engen Kontext mit der gesamten Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu sehen.

Im Gegensatz dazu haben die Länder keine Planungshoheit im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. Sie wirken gemäß § 19 Abs.1 SGB IX lediglich gemeinsam mit den Rehabilitationsträgern und der Bundesregierung daraufhin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Im Land Brandenburg gibt es dafür gemeinsam mit dem Land Berlin und den gesetzlichen Kostenträgern den Reha-Koordinierungskreis, der ein- bis zweimal jährlich tagt.

3.1.3 Bevölkerungsmedizinische Aufgaben - Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst nimmt bevölkerungsmedizinische Aufgaben in den Bereichen Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung und Schaffung gesunder Lebensbedingungen wahr (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz- BbgGDG von 2008). Im Mittelpunkt stehen Aufgaben der Gefahrenabwehr (Infektionsschutz, Hygiene, Umweltbezogener Gesundheitsschutz), der Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Kinderärztlicher Dienst, zahnärztlicher Dienst), der Betreuung von psychisch Kranken und abhängigkeitskranken Menschen sowie Vermittlung und Koordinierung von gesundheitlichen Leistungen und Angeboten. Die Gesundheitsberichterstattung ist das Planungswerkzeug auf der kommunalen und auf der Landesebene. Die Aufgabenwahrnehmung ist grundsätzlich subsidiär zur ambulanten und stationären Versorgung. Die Leistungen umfassen auch aufsuchende Hilfen für Menschen, die im Einzelfall auf Grund ihrer besonderen Problemlagen nicht vom Versorgungssystem (ambulant / stationär) erreicht werden. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist kommunal und erfüllt die Aufgaben in einem Gesundheitsamt. Die Gesundheitsämter sind multiprofessionell besetzte Einrichtungen, die insbesondere durch fachliche Beratung und Aufklärung auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitschancen für alle hinwirken. Der Öffentliche Gesundheitsdienst stärkt die gesundheitliche Eigenverantwortung und wirkt auf die Vermeidung von Gesundheitsrisiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen hin.

3.1.4 Ärztliche Weiterbildung

Für die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses ist nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. §§ 35 ff. des Heilberufegesetzes die Landesärztekammer zuständig. Danach regelt die Landesärztekammer die ärztliche Weiterbildung durch eine Weiterbildungsordnung, führt Prüfungen für Weiterbildungsgebiete, -schwerpunkte und -zusatzbezeichnungen durch, erteilt entsprechende Anerkennungen, ermächtigt weiterbildungsbefugte Ärztinnen und Ärzte und lässt geeignete Einrichtungen bzw. Abteilungen als Weiterbildungsstätte zu.

3.2 Abnehmende und alternde Bevölkerung

Bis zum Jahr 2030 wird mit einem Bevölkerungsrückgang in Brandenburg von derzeit 2,58 Mio. auf 2,194 Mio. Menschen gerechnet. Dabei wird die Bevölkerung im Umland von Berlin, dem „engeren Verflechtungsraum“, leicht zunehmen und in den Berlin fernen Landesteilen, dem „äußeren Entwicklungsraum“, stark abnehmen. Die Bevölkerungsproportionen verschieben sich immer stärker zugunsten des engeren Verflechtungsraumes (und in diesem gibt es eine Verschiebung von Nord-Ost nach Süd-West). Zusätzlich wird die Bevölkerungsentwicklung durch die Abwanderung junger Menschen, insbesondere junger Frauen, beeinflusst. Die angenommenen Wanderungsverluste gegenüber den alten Bundesländern betreffen auch weiterhin überproportional jüngere Frauen.

Im Berlin fernen Raum wird der Bevölkerungsrückgang anhalten und sich ab 2019 weiter verschärfen, wenn die nur noch dünn besetzten Nachwende-Jahrgänge ins fortpflanzungsfähige Alter kommen. Die Entwicklung wird durch Wanderungsverluste verstärkt. Die Bevölkerungsdichte nimmt von derzeit 61 auf 46 Einwohner je km² im Jahr 2030 ab – also ein Verhältnis, wie es in etwa im dünn besiedelten Landkreis Uckermark bereits jetzt besteht. Zu den bisher 28 Ämtern und Gemeinden mit einer Bevölkerungsdichte unter 25 EW/km² kommen bis 2030 weitere 27 hinzu. Die Bevölkerung wird in den Städten Brandenburg a. d. Havel, Cottbus, und Frankfurt/Oder um durchschnittlich 22 % bis 2030 abnehmen. Unter den Städten in Brandenburg wird nur für Potsdam ein Bevölkerungsanstieg prognostiziert.

2020 wird jeder vierte Brandenburger zu den Senioren gerechnet, also über 65 Jahre alt sein, bei, so hoffen wir, weiter steigender Lebenserwartung. Im Jahr 2030 werden in Brandenburg ca. 845.000 über 65-Jährige leben, von denen wiederum die Hälfte bereits über 75 Jahre alt ist. Aufgrund des Bevölkerungsaufbaus wird die Gruppe der Hochaltrigen überproportional zunehmen, verglichen mit der Gruppe der jüngeren Alten. Wenn man sich den gegenwärtigen Bevölkerungsaufbau vergegenwärtigt, wird diese Aussage verständlich: Zwischen 1940 und 1950 gab es einen massiven Geburteneinbruch in Deutschland.

Im Berlin fernen Raum werden 2030 über 40% der Einwohner im Rentenalter sein, im Berlin nahen Raum sind es etwa 33% (alle Angaben: Amt für Statistik Berlin und Brandenburg, 2010. Bevölkerungsprognose).

3.3 Entwicklung des medizinischen Versorgungsbedarfs

Die Lebenserwartung ist ein Indikator für den Gesundheitszustand in einer Gesellschaft. Das heißt, hier spiegeln sich in einer einzigen Kennziffer verschiedene Einflussfaktoren auf die Gesundheit, wozu genetische Dispositionen, individuelle und kollektive Verhaltensweisen, regionale Ernährungs-

gewohnheiten, soziale Lage und die Leistungsfähigkeit des medizinischen Versorgungssystems gehören.

Für die Entwicklung in den vergangenen Jahren lässt sich für Brandenburg eine erfreuliche Bilanz ziehen. Die Lebenserwartung der Brandenburger Bürger und Bürgerinnen ist stetig gestiegen. Zu Beginn der 1990er-Jahre zeigte sich ein Ost-West-Unterschied in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt zu Ungunsten der neuen Bundesländer. Der Gewinn an Lebenserwartung ist in den neuen Bundesländern inzwischen insgesamt größer als in den alten Bundesländern. Die verbleibenden Ost-West-Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt sind erheblich geschrumpft. Die Sterblichkeitsverhältnisse von Ost- und Westdeutschland haben sich bisher für Frauen stärker angeglichen als für Männer. Die Sterblichkeit unter 65 Jahren (so genannte vorzeitige Sterblichkeit) ist für die Frauen, anders als für Männer, in den neuen Bundesländern inzwischen niedriger als in den alten Bundesländern. Der Sterblichkeitsabstand der 15- bis 64-jährigen Männer aus den neuen Bundesländern zu den Gleichaltrigen aus den alten Bundesländern hat sich seit Jahren nicht verringert.

Die demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen sowie die weitere Morbiditätsentwicklung werden gleichwohl zu erhöhten Anforderungen an die medizinische Versorgung führen. Erfahrungsgemäß sind die über 65-jährigen bzw. die über 80-jährigen Personen die Patientengruppen mit den höchsten Kontaktzahlen in der hausärztlichen und bestimmten Bereichen der fachärztlichen Versorgung (bspw. Augenheilkunde, Urologie). Hinzu kommt, dass insbesondere der hausärztliche Betreuungsbedarf von chronisch Kranken auch von deren persönlichen Umfeld abhängt. Sich vermindernde Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der unmittelbaren sozialen Umgebung werden die Erwartungen an die Grundversorgung erhöhen.

Dieser Entwicklung kann eine stärkere Betonung der präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen entgegengehalten werden, die zu einer Zunahme der gesunden Lebensjahre im Vergleich zur jetzigen Situation führen wird. Vielfach wird davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand der einzelnen Altersjahrgänge entsprechend der steigenden Lebenserwartung verbessert, sich die Morbidität also ins höhere Lebensalter verschiebt. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung resultiert dann vor allem aus einer stärkeren Besetzung der höheren Altersklassen. Insbesondere bei den für die hausärztliche Versorgung besonders relevanten chronischen Erkrankungen ist von einer höheren Krankheitslast auszugehen.

Der Bedarf an Hausärzten, aber auch bestimmter Fachärzte, wie beispielsweise Urologen oder Augenärzten wird steigen, während der Bedarf an Kinderärzten und Frauenärzten zurückgehen wird. Daneben gibt es aber auch Arztgruppen, auf die die demografische Entwicklung kaum Einfluss hat.

Die insgesamt abnehmende Bevölkerung und die gleichzeitige Zunahme bei den Alten und insbesondere Hochaltrigen werden zu einem erhöhten Bedarf und Nachfrage nach gesundheitlichen und medizinischen Leistungen führen. Allerdings ist das erhöhte Ausmaß des Bedarfs nicht einfach zu schätzen, denn mehrere Entwicklungen können dämpfend wirken: verbesserter allgemeiner Gesundheitszustand, Verringerung riskanter Verhaltensmuster (Tabak, Alkohol), Erfolge einer zielorientierten Gesundheitspolitik (vgl. Kap. 3.4 Gesundheitsziele).

3.4 Gesundheit und soziale Lage, Gesundheitszielprozesse

Ost- und Westdeutschland unterschieden sich direkt nach der Wiedervereinigung in der Mortalität (Sterblichkeit) und damit verbunden der durchschnittlichen Lebenserwartung, in der Morbidität (häufige chronische Krankheiten), in zahlreichen Gesundheitsrisiken und in der Qualität der gesundheitli-

chen Versorgung. Gesundheit existiert nicht unabhängig von sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Diese haben sich seit 1989 grundlegend verändert. Nach 20 Jahren gemeinsamer Entwicklung haben sich die Unterschiede in den meisten Bereichen deutlich verringert oder sogar angeglichen. Nur selten erfolgte die Angleichung auf einem schlechteren Niveau als dem Ausgangsniveau in den neuen Bundesländern, etwa beim Auftreten von Allergien und dem Anteil der Raucherinnen. Neben diesem positiven Fazit zeigen die Analysen allerdings nach wie vor starke regionale Unterschiede in der Verteilung von Gesundheitschancen in Deutschland. Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten ergeben sich oftmals aus einer ungleichen Verteilung von Bildung, Arbeitslosigkeit, Einkommen und Privatvermögen in den Regionen, Städten oder Gemeinden. Durch die Gesundheitsberichterstattung des Landes werden die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Lage und Geschlecht systematisch und kontinuierlich dargestellt.

Ein politisches Steuerungsinstrument für flexible, zeitnahe und zielgruppenspezifische Lösungen im Gesundheitswesen ist die Initiierung von Gesundheitszielprozessen. Mit Hilfe dieser Prozesse können Probleme in der Prävention, Früherkennung und gesundheitlichen Versorgung

- auf Grundlage der Gesundheitsberichterstattung erkannt,
- Ziele zur Behebung dieser Defizite verbindlich vereinbart und
- Mängel durch gemeinsames Handeln außerhalb staatlicher Regelungen und Eingriffe behoben werden.

Zieleprozesse eignen sich für komplexe Problemlagen im Gesundheitsbereich und sind dann nachhaltig erfolgreich, wenn

- die Mitgliedschaft freiwillig ist,
- jede vereinbarte Maßnahme von den Mitgliedern in eigener Zuständigkeit und Verantwortung durchgeführt wird und
- wesentliche Impulse von politischer Seite aufgegriffen und einer grundsätzlichen Lösung mit den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen zugeführt werden.

Im Land Brandenburg gibt es mehrere Gesundheitszieleprozesse, die vom Gesundheitsministerium angestoßen wurden und in denen die Gesundheitsministerin den Vorsitz inne hat.

Bündnis Gesund Aufwachsen: Hier haben sich fast 70 Institutionen und Verbände seit 2003/2004 im Land zusammengeschlossen. Dieses Bündnis zeichnet sich gegenüber den Zieleprozessen in anderen Ländern und auf Bundesebene durch folgende Merkmale aus:

1. Ausschließlich datengestützte Defizitanalysen und Zieleentwicklungen;
2. nicht nur in „traditionellen“ Feldern wie Bewegung und Ernährung tätig, sondern auch in den Handlungsfeldern „Frühe Hilfen“, „Pädiatrische Versorgung“, „Mundgesundheit“ und „Seelische Gesundheit“;
3. nicht auf Prävention beschränkt, sondern die gesamte übersektorale und interdisziplinäre Angebots- und Versorgungskette (Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation) umfassend;
4. politische Anbindung des Bündnisses über den „Potsdamer Kindergesundheitsgipfel“, der u.a. von der Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, den Krankenkassen, der Landeskrankengesellschaft, dem Landkreistag und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte getragen wird.

Qualitätskonferenz Onkologie (QKO): Träger eines Gesundheitszieleprozesses auf den Gebieten der Krebsprävention und -früherkennung, der medizinischen Behandlung und Nachsorge ist der freiwillige Zusammenschluss aller Institutionen und Einrichtungsträger zur Qualitätskonferenz Onko-

logie (QKO) seit dem Jahr 2000. Auf Grundlage der flächendeckenden klinischen Krebsregistrierungen wurde mit Hilfe der QKO in den Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten im Land

- ein lückenloses, übersektorales Nachsorgemanagement entwickelt,
- die einheitliche und zeitnahe Umsetzung der Behandlungsstandards nach den evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinien der ärztlichen Fachgesellschaften erreicht und
- regelmäßige Kampagnen zur Teilnahme an Darmkrebs-Früherkennungsprogrammen vereinbart.

Safe Region - Sicheres Brandenburg: Im Bereich der Verhütung von Verletzungen durch Unfälle und Gewalt engagiert sich das Land Brandenburg durch die Mitgliedschaft im internationalen Netzwerk Safe Communities der WHO. Brandenburg wurde Ende des Jahres 2009 von der Weltgesundheitsorganisation als erste Region in Deutschland als Safe Region zertifiziert. Die Prinzipien der Safe Communities decken sich weitgehend mit Gesundheitszieleprozessen. Gemeinsames Ziel ist es, Bürgerinnen und Bürger durch eine zielgerichtete Prävention wirksam vor Unfällen, Gewalt und Selbstverletzungen zu schützen. Verletzungen sollen dort vermieden werden, wo sie am häufigsten entstehen, also im Straßenverkehr, zu Hause, in Kindertagesstätten und Schulen, bei Sport und Freizeit und am Arbeitsplatz. Die Belange von Menschen mit erhöhten Verletzungsrisiken wie Kinder, Jugendliche, ältere Menschen oder Behinderte werden dabei besonders berücksichtigt.

Bündnis Gesund älter werden: Auf Initiative und unter der Moderation des Gesundheitsministeriums soll in Analogie zum Bündnis Gesund Aufwachsen ein weiterer, altersbezogener Gesundheitszieleprozess im Land Brandenburg entstehen. Im „Bündnis Gesund älter werden“ sollen insbesondere die Präventionspotenziale vermehrt genutzt werden, um die Lebensqualität bis ins hohe Alter zu erhalten. Auch bei diesem Gesundheitszieleprozess wird es darum gehen, wichtige Akteure zur Gesundheit im Alter an einen Tisch zu bringen, um nach einer datengestützten Problemanalyse gemeinsam Ziele zu entwickeln, die die einzelnen Akteure dann in ihren Verantwortungsbereichen koordiniert umsetzen.

3.5 Entwicklung in der medizinischen Versorgung

Die Zahl der berufstätigen tätigen Ärztinnen und Ärzte je Einwohner hat sich in den letzten Jahren sowohl im Land Brandenburg als auch im gesamten Bundesgebiet erhöht. Nach der Ärztestatistik der Ärztekammer Brandenburg kamen im Jahr 2000 359 Einwohner auf einen berufstätigen Arzt. Im Jahr 2008 betrug dieses Verhältnis 305 Einwohner je Arzt. Im Bundesdurchschnitt verbesserte sich das Verhältnis im selben Zeitraum von 279 Einwohnern je Arzt auf 257 Einwohner je Arzt (alle Angaben: Ärztestatistik der Bundesärztekammer, gbe-bund.de). In Brandenburg gibt es mit 305 Einwohnern je Arzt weniger Ärzte als im Bundesdurchschnitt, wobei hier die in weiten Teilen ländliche Struktur des Landes eine Rolle spielt.

3.5.1 Ambulante medizinische Versorgung

Die Zahl der Ärzte in der ambulanten medizinischen Versorgung lag nach Angaben der Landesärztekammer Brandenburg im Jahr 2000 bei 3.320 und hat sich bis 2009 auf 3.508 erhöht (www.laekb.de Zugriff: 6.9.2010). Entsprechende Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg enthalten die Vertragsärzte einschließlich der zur ambulanten Versorgung ermächtigten Ärzte in Krankenhäusern. Diese Daten weichen etwas von den Daten der LÄK ab, zeigen aber denselben Trend: Nach Angaben der KV Brandenburg waren im Jahr 2000 3.534 Ärzte ambulant tätig. Für 2009 werden 3.699 Ärzte genannt (Mitteilung der KV Brandenburg an das MUGV, 1.9.2010). Zu der genannten Zahl der Vertragsärzte kommen aktuell noch 219 Psychologische Psychotherapeuten (www.kvbb.de Zugriff: 6.9.2010).

Zur Entwicklung der ambulant tätigen Ärzte nennt die KV Brandenburg folgende Zahlen: Im Jahr 2000 waren insgesamt 3.171 zugelassene und angestellte Ärzte im fachärztlichen und hausärztlichen Versorgungsbereich vertragsärztlich tätig. Im Jahr 2009 waren dies 3.355 Ärzte. Diese Arzanzahl von 3.355 entspricht jedoch aufgrund der gesetzlichen Flexibilisierungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG, seit 2007 in Kraft) lediglich einen Arztbestand im Jahr 2009 von 3.254 Vollzeitstellen. Der tatsächliche, versorgungsrelevante Zuwachs fällt seit 2000 für den fachärztlichen und hausärztlichen Versorgungsbereich mit 83 Ärzten deutlich geringer aus. Mit dem VÄndG ist die Option der halben, dreiviertel und sogar Viertelzulassung gegeben. So teilen sich häufig in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) drei, manchmal vier Ärzte eine Zulassung. Darin enthalten sind auch Ärzte, die im Jobsharing tätig sind, oder generell nur eine halbe Zulassung im ambulanten Bereich besitzen (KV Brandenburg, Mitteilung vom 15.01.2011).

Die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt auf der Basis der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (der Ärzte und Krankenkassen) erlassenen „Richtlinien über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“. Die räumliche Grundlage für die Ermittlung des Versorgungsstandes bildet nach dieser Richtlinie der Planungsbereich, der zumeist deckungsgleich mit der kreisfreien Stadt oder dem Landkreis ist. Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg hat sich nachhaltig für eine Weiterentwicklung der Betrachtungsgrundlagen eingesetzt, die inzwischen auch rechtlich möglich ist. Der gemeinsame Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Brandenburg hat auf seiner Sitzung am 24. November die ambulante Versorgungssituation in Brandenburg erstmals auf der Grundlage der von der Gemeinsamen Landesplanungsabteilung Berlin-Brandenburg definierten 46 Mittelbereiche untersucht.

Eine ambulante medizinische Tätigkeit kann gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie Ärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses in allen Planungsbereichen aufgenommen werden, in denen der Versorgungsgrad für die entsprechende Arztgruppe 110 Prozent noch nicht erreicht hat oder die Nachbesetzung einer bestehenden Praxis erfolgen soll. Entsprechend § 103 SGB V kann der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in einzelnen Planungsbereichen Überversorgung feststellen und gegebenenfalls Zulassungsbeschränkungen anordnen. Eine ambulante medizinische Tätigkeit kann aber auch bei Überversorgung im jeweiligen Planungsbereich im Rahmen der sogenannten Jobsharing-Tätigkeit mit einem bereits an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Arzt erfolgen.

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

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg enthält Regelungen zur Unterversorgung. Danach besteht eine Unterversorgung, bei einem Versorgungsgrad unter 75 % für Haus-, Kinder- und Frauenärzte bzw. unter 50 % für die anderen Arztgruppen. Eine drohende Gefährdung der Versorgung ist dann anzunehmen, wenn insbesondere auf Grund der Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte in absehbarer Zeit eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der rechnerisch zur Unterschreitung der 75 %- bzw. der 50 %-Marke führen würde.

Bestehende (bU) oder drohende Unterversorgung (dU) wurde vom Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für folgende Mittelbereiche festgestellt (aktueller Stand: 24.11.2010):

Hausärzte	Frauenheilkunde	Kinderheilkunde	Augenheilkunde	Dermatologie
<ul style="list-style-type: none"> • Guben (dU) • Pritzwalk-Wittstock/Dosse (dU) • Schwedt/Oder (bU) • Spremberg (dU) • Lauchhammer-Schwarzheide (dU) • Kyritz (dU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lauchhammer-Schwarzheide (dU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Spremberg (dU) • Eisenhüttenstadt (dU) • Pritzwalk-Wittstock/Dosse (dU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kyritz (bU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perleberg-Wittenberge (bU)

Hausärztliche Versorgung

In einer Veröffentlichung der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (August 2010) heißt es zu den lokalen bzw. regionalen Unterschieden: „Die hausärztliche Versorgungssituation in den neuen Bundesländern ist allerdings nicht homogen, sondern stellt sich loko-regional sehr unterschiedlich dar, wie anhand der Abbildung 4.5 deutlich wird. Dort sind die fehlenden Ärzte in den einzelnen Planungsbereichen abgetragen; Basis war der Versorgungsgrad von 100 %. Es wird deutlich, dass in Sachsen-Anhalt genauso viele Hausärzte fehlen wie in allen anderen neuen Bundesländern zusammen. Weiter fällt auf, dass es Planungsbereiche gibt, die noch relativ gut versorgt sind, bei gleichzeitiger Existenz von Planungsbereichen, die bereits jetzt unter einem extremen Ärztemangel zu leiden haben.“ (Abb. unten).

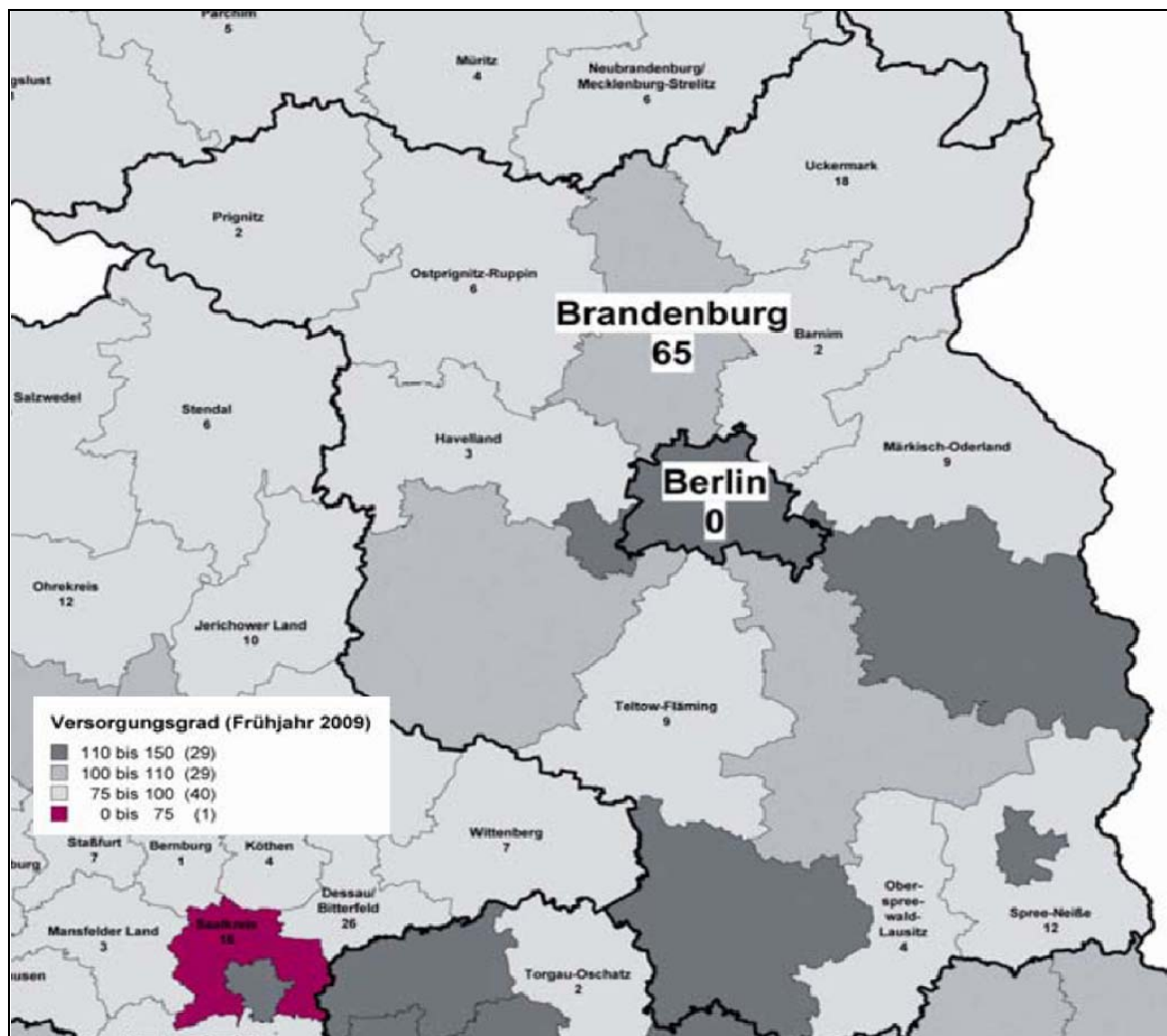


Abbildung 1: Fehlende Hausärzte in den neuen Bundesländern (Kartenausschnitt Brandenburg, aus: Kopetsch, T. (2010). Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung (5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage), Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, S. 56, Abb. 4.5).

Neuzulassungen für Hausärztinnen und Hausärzte sind nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg in den einzelnen Planungsbereichen bis zum Versorgungsgrad 110 % in folgenden Größenordnungen möglich:

Planungsbereich	Anzahl der Zulassungsmöglichkeiten bis zum Versorgungsgrad 110 %	Explizite Zulassungsförderung
Potsdam	für Neuzulassung gesperrt	
Brandenburg a.d.H./Potsdam-Mittelmark	27,5	
Cottbus	für Neuzulassung gesperrt	
Frankfurt (Oder)/Oder-Spree	für Neuzulassung gesperrt	
Barnim	17	
Dahme-Spreewald	13	
Elbe-Elster	für Neuzulassung gesperrt	
Havelland	21	
Märkisch-Oderland	19	
Oberhavel	5	
Oberspreewald-Lausitz	32	X
Ostprignitz-Ruppin	22	X
Prignitz	8	X
Spree-Neiße	26	X
Teltow-Fläming	30	
Uckermark	31	X
Insgesamt	251,5	

(Quelle: KV Brandenburg, Stand Januar 2011)

In den gekennzeichneten fünf Mittelbereichen werden nach der Entscheidung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen per 24.11.2010 die Zulassungen für Hausärzte explizit gefördert.

Kinderärztliche Versorgung

Die ambulante kinderärztliche Versorgung im Land ist derzeit gesichert. Kassenarztsitze sind aber punktuell in einzelnen ländlichen Regionen unbesetzt. In dichtbesiedelten Räumen (insbesondere in kreisfreien Städten) ist eine, teilweise deutliche, Überversorgung festzustellen. Gravierend wird sich die demografische Entwicklung auf die pädiatrische Versorgungsdichte in der Zukunft auswirken. Bereits heute leben in weiten Teilen des Landes nur bis zu 30 Einwohner pro qkm, davon (rechnerisch) etwa 2 Kinder und 3 Jugendliche. Bis 2025 werden etwa 40 % der Gesamtfläche Brandenburgs vergleichbar dünn besiedelt sein. Das bedeutet für die zukünftige Entwicklung in der pädiatrischen Versorgung eine verstärkte Betonung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ebenso wie flankierender Maßnahmen im Bereich Mobilität und Erreichbarkeit.

Altersentwicklung bei den Vertragsärztinnen und Ärzten

In der öffentlichen Diskussion wird überwiegend von einer zunehmenden Alterung der Ärzte gesprochen (Pressemitteilung LÄK, 06.01.2010). Tatsächlich zeigen Daten der Kassenärztlichen Vereinigung ein differenzierteres Bild: Der Anteil der über 60-jährigen Hausärzte in Brandenburg hatte zwischen 2000 und 2005 von 22 % auf 31 % zugenommen. Aber im jüngsten Zeitraum, zwischen 2005

und 2009, ist dieser Anteil wieder auf 23 % gesunken (Mitteilung der KV Brandenburg, 1.9.2010). Ein Anstieg der Zahl nicht berufstätiger Ärzte gibt keinen Aufschluss über die Anzahl aktuell tätiger Ärzte.

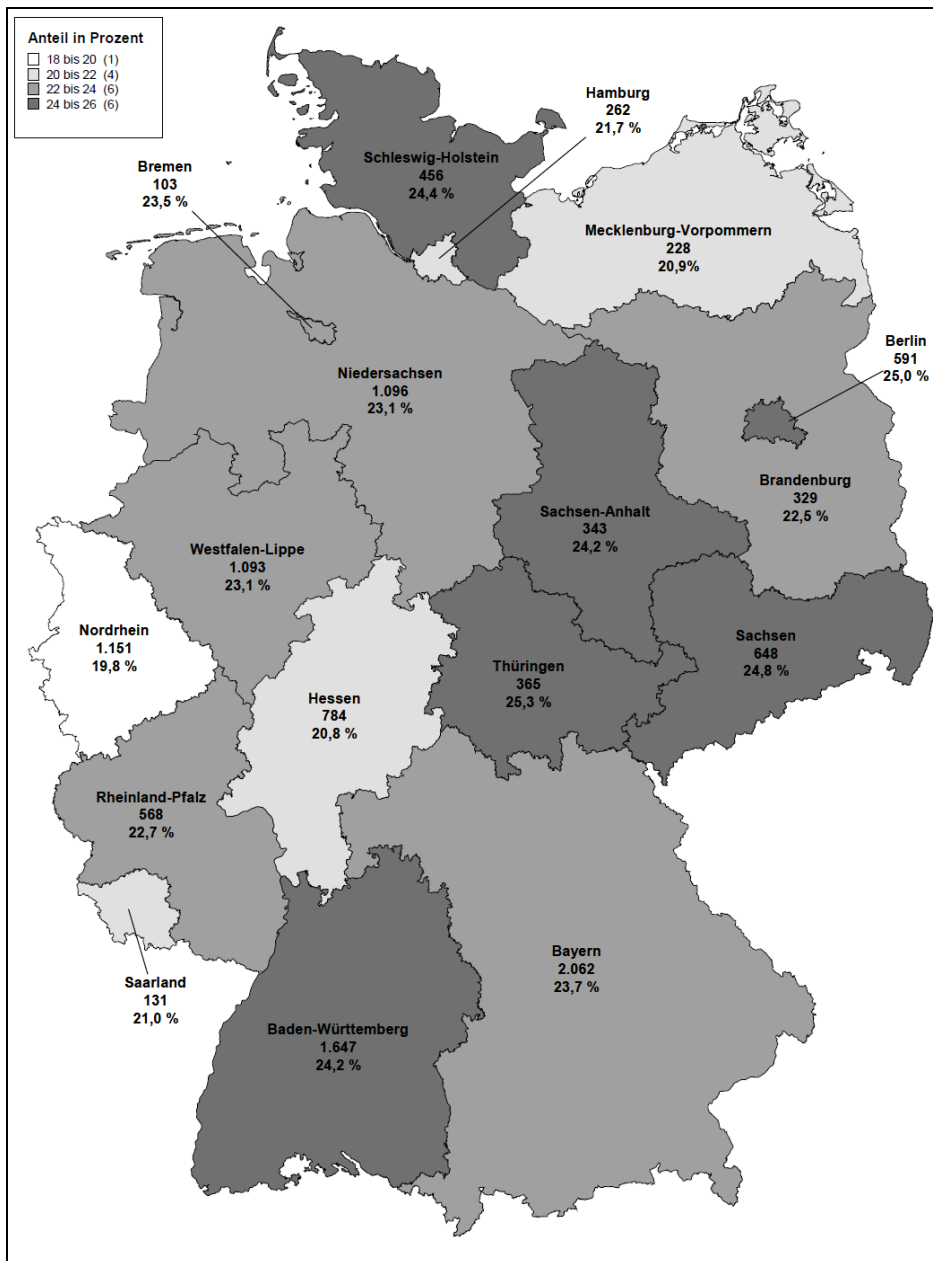


Abbildung 2: Anzahl und Anteil der Hausärzte (im Sinne der Bedarfsplanung) 60 Jahre und älter, Stand: 31. 12. 2009 (aus: Kopetsch, T. (2010). Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung (5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage), Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin. S. 58, Abb. 4.6)

Im Bundesvergleich liegt der Anteil älterer Hausärzte (60 Jahre und älter, vgl. Abbildung 2) im Land Brandenburg damit im Mittelfeld. Unter dem Gesichtspunkt, dass die älteren Ärzte in den kommenden Jahren aus dem aktiven Berufsleben ausscheiden werden, zeichnet sich ab, dass Brandenburg mit den Bundesländern im Westen konkurrieren wird, die teilweise einen noch größeren Ersatzbe-

darf¹ haben werden. Die alten Bundesländer haben eine höhere Arztdichte als Brandenburg und so wird auch eine stärkere Dynamik für Nachbesetzungen entwickelt. Diese unterschiedlich starke Dynamik ist jedoch sicher nicht gleichzusetzen mit unterschiedlich großen Versorgungsbedarfen.

Das Durchschnittsalter der brandenburgischen Vertragsärzte (alle Arztgruppen, einschließlich der Hausärzte) beträgt knapp 52 Jahre, knapp 24 % von ihnen sind 60 Jahre und älter, bei den Fachärzten sind es 15 % (www.kvbb.de Zugriff: 6.9.2010).

Parallel zum wachsenden Durchschnittsalter der Vertragsärzte hat sich aber auch das durchschnittliche Ruhestandsalter erhöht, wodurch das Versorgungspotential gewachsen ist. Nach Angaben der Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Kopetzsch 2010, S. 55) betrug das durchschnittliche Abgangsalter 2002 63 Jahre in Ostdeutschland. Im Jahr 2009 gingen die Ärzte im Schnitt drei Jahre später in den Ruhestand.

Die Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung wird nicht nur durch die Anzahl der Ärzte bestimmt, sondern auch durch die Erreichbarkeit der Praxen für die Patienten und Patientinnen. Gerade für ältere und hochaltrige Menschen aber auch für Familien mit Kindern bzw. Jugendlichen in ländlichen Räumen sind flexible Möglichkeiten des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) zu schaffen. Konventioneller Linienverkehr ist nicht mehr ausreichend. Lokale alternative Angebote sind für Gebiete mit wenigen Fahrgästen bzw. in Zeiten, in denen kein umfangreiches Angebot vorliegt, zu entwickeln. Das ÖPNV-Angebot ist Teil der Daseinsvorsorge im Land Brandenburg (ÖPNV-Gesetz). Hier sind die Kommunen in besonderer Verantwortung (vgl. auch Kap. 4.3 unten).

3.5.2 Stationäre Versorgung

Zwischen 2000 und 2010 ist die Zahl der im stationären Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte nach Angaben der Landesärztekammer im Land Brandenburg stark gewachsen – 2001 wurden 3.507 Ärztinnen und Ärzte gezählt, 2010 waren es 4.436. Dieser Anstieg ist aber maßgeblich durch statistische Effekte wie der Zunahme der ärztlichen Teilzeitkräfte, der Abschaffung des Arztes im Praktikum (AIP) und durch Arbeitszeitverkürzungen in Folge des neuen Arbeitszeitrechts zu erklären.

Nach Angaben der Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V. waren in den Krankenhäusern im Herbst 2010 ca. 160 Arztstellen nicht besetzt. Betroffen sind im Wesentlichen Standorte im äußeren Entwicklungsraum. Dort ist die Gewinnung von Fachkräften auch besonders schwierig und die Krankenhäuser versuchen auf verschiedenen Wegen attraktive Arbeits- und Lebensbedingungen zu bieten.

Der Statistische Bericht „Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Land Brandenburg 2008“ weist für die 27 erfassten Einrichtungen des Landes Brandenburg für das Jahr 2008 353 Ärzte aus, was 331 Vollkräften entspricht (Jahr 2000: 305 Vollkräfte).

3.5.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Ärzte und medizinisches Personal im Öffentlichen Gesundheitsdienst arbeiten nicht in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung, leisten aber wesentliche Beiträge in der Früher-

¹ Hier wird von Ersatzbedarf gesprochen und gemeint ist die Nachbesetzung einer Arztpraxis. Die Nachbesetzung liegt zunächst im Regelfall im Interesse des niedergelassenen Arztes. Die privatrechtliche Verwertung einer Praxis entspricht aber nicht immer der Deckung eines Versorgungsbedarfes.

kennung von Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Insbesondere im Kindes- und Jugendalter führt der Öffentliche Gesundheitsdienst ärztliche Untersuchungen bei 3-Jährigen, Einschulungsuntersuchungen, Schulabgangsuntersuchungen in den 10. Klassen im Kontext des Arbeitsschutzes, jährliche zahnärztliche Untersuchungen und gruppenprophylaktische Maßnahmen sowie Maßnahmen zum Einladungs- und Rückmeldewesen für die von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen durch. In diesem Bereich sind vor allem Kinder- und Jugendärzte sowie Zahnärzte tätig.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst berät in medizinischen Fragestellungen, betreut und berät psychisch Kranke und abhängigkeitskranke Menschen. Außerdem führen die Gesundheitsämter Impfsprechstunden und Beratungen in umweltmedizinischen Fragen durch.

Um dieses Aufgabenspektrum kompetent wahrnehmen zu können, sind die Gesundheitsämter multiprofessionell besetzt. Die medizinischen Bereiche werden durch beispielsweise Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachärzte für Pädiatrie, sowie Fachzahnärzte, Fachärzte für Psychiatrie, einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie geleitet. Zudem sind auch Psychologen, Sozialarbeiter oder medizinisches Assistenzpersonal am Gesundheitsamt tätig.

Zur personellen Ausstattung der kommunalen Gesundheitsämter wurde im September 2010 eine Erhebung bei den Gesundheitsämtern durchgeführt, die Aufschluss über die vorhandenen Vollzeitstellen für Ärzte sowie weiteres Personal geben sollte und insbesondere die Entwicklung der Planstellen in den zurückliegenden zehn Jahren aufzeigen sollte. 17 von 18 Landkreisen und kreisfreien Städten wirkten bei der Erhebung mit. Die folgenden Ergebnisse weichen daher geringfügig von einem Landesergebnis ab.

Im Jahr 2000 waren nach Angaben der Gesundheitsämter alle vorhandenen Planstellen entsprechend besetzt. Es gab insgesamt 157,9 ärztliche Vollzeitstellen. Demnach wurde das ärztliche Fachpersonal zwischen 2000 und 2010 um 17,5 % verringert. Insbesondere bei den Kinderärztinnen und Kinderärzten fällt der Rückgang mit ca. 50 % besonders hoch aus. (Zwischen 2000 und 2009 sind die Geburtenzahlen in Brandenburg nahezu unverändert geblieben.) Im genannten Zeitraum ist das nichtärztliche Personal der Gesundheitsämter um 21 % zurückgegangen. Das Gesundheitsministerium wird, unter Berücksichtigung der Belange der kommunalen Selbstverwaltung, darauf hinwirken, dass einem weiteren Stellenabbau begegnet wird.

Die meisten Ärztinnen und Ärzte sind zwischen 40 und 59 Jahren alt. Nur wenige Ärzte sind derzeit älter als 60 Jahre, aber auch nur wenige jünger als 40 Jahre.

3.5.4 Sonstige Bereiche

Die Entwicklung der Arztzahlen in Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen stellt sich nach den Angaben der Ärztekammer Brandenburg wie folgt dar (www.laekb.de, Zugriff 3.9.2010):

- 228 Ärzte waren im Jahr 2001 im Bereich der Behörden/Körperschaften tätig (hier gibt es Überschneidungen mit den o.g. Zahlen zu Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst). Im Jahr 2009 waren es 232 Ärzte. In sonstigen Bereichen (z. B. Arbeitsmedizin, in der Pharmazie oder im Gesundheitsmanagement u. a. m.) erhöhte sich im selben Zeitraum die Anzahl der Ärzte von 299 auf 399 (Ärztekammer Brandenburg).
- Die Anzahl der Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit erhöhte sich von 1.311 im Jahr 1999 auf 3.116 in 2009. Die meisten Ärzte dieser Gruppe (über 90 %) sind im Ruhestand.

3.6 Bedingungen für die ärztliche Nachwuchsgewinnung

3.6.1 Aus- und Weiterbildung

Die Bundesvereinigung der Medizinstudierenden identifiziert als Haupthindernis für die Nachwuchsgewinnung die Arbeitsbedingungen. Weiter werden Organisationsmängel in der Weiterbildung genannt, in der Weiterbildungsassistenten sich vielerorts die einzelnen Abschnitte mühsam selbst zusammensuchen müssen. Zudem wird frühzeitiger und gezielter Kontakt mit der hausärztlichen Medizin empfohlen (Gesundheit und Gesellschaft G+G, Juni 2010).

3.6.2 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Der Anteil junger Frauen, die Medizin studieren und als Ärztin arbeiten wollen, wächst. Junge Ärztinnen (und natürlich alle jungen Familien) brauchen familienfreundliche Arbeitsbedingungen. Im ambulanten niedergelassenen Bereich sind die mit einer Selbstständigkeit verbundenen Risiken für viele, insbesondere Absolventinnen, häufig zu hoch. Zudem stellt oftmals die Einzelpraxis nicht mehr die gewünschte Form der Berufsausübung dar, sondern Medizinische Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxen sind die Organisations- und Arbeitsmodelle der Zukunft.

Des Weiteren werden als Hemmschwellen für die Aufnahme der ärztlichen Berufsausübung eine hohe Arbeitsbelastung durch Regelarbeitszeit, Überstunden und Dienstbereitschaften genannt, Zeit- und Kostendruck durch eine zunehmende Ökonomisierung des Arztberufs. Ein Gutachten im Auftrag des BMGS aus dem Jahr 2004² hat auch speziell die Situation für den Wiedereinstieg in eine kurative ärztliche Tätigkeit nach Inanspruchnahme der Elternzeit analysiert. Es sind hauptsächlich Frauen, die aus familiären Gründen ihre berufliche Tätigkeit unterbrechen. Zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte und 75 % der Studierenden waren davon überzeugt, dass sich die Rückkehr aus der Elternzeit, die ein Großteil aller Ärztinnen und Ärzte unter 35 Jahre planen, schwierig gestaltet.

Die Einzelpraxis ist nicht mehr die selbstverständliche Normalform der Berufsausübung. Medizinische Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxen sind ergänzend die Modelle der Zukunft.

Aber auch das Angebot des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist für junge Familien attraktiv. Eine ärztliche Tätigkeit im Gesundheitsamt ist gut mit Familie und Beruf vereinbar, da hier in der Regel keine Bereitschaftsdienste anfallen.

3.6.3 Honorarentwicklung

Ein Problem für die Aufnahme einer Tätigkeit in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Brandenburg stellte bis 2009 die ungleiche Vergütung der ärztlichen Tätigkeit zwischen den alten und den neuen Ländern bzw. zwischen den verschiedenen Facharztgruppen und Hausärzten dar.

Bei der letzten Gesundheitsreform hat sich die Landesregierung Brandenburg besonders dafür eingesetzt, dass der ambulanten medizinischen Versorgung in Brandenburg mehr Geld zur Verfügung

² Ramboll Management: „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“, Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Hamburg, November 2004

gestellt wird. Mit dem 1. Januar 2009 ist ein neues Vergütungssystem eingeführt worden, das zu einer gerechteren Honorierung der Ärztinnen und Ärzte in den neuen Ländern führt. Die Einigung des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2007 zur Anhebung der Ärzte-Honorare um ca. 2,7 Milliarden Euro bzw. 10 % bis 2009 brachten einen wichtigen Schritt in Richtung einer Ost-West-Angleichung.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird Brandenburg neben Sachsen im Vergleich der Bundesländer 2011 den größten Zuwachs in der Honorarentwicklung erfahren (vgl. Tabelle unten). Bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird gegenüber 2010 ein Zuwachs von 34 Mio. Euro erwartet, umgerechnet 4,4 Prozent (Kassenärztliche Bundesvereinigung, <http://www.kbv.de/37883.html>, Zugriff: 17.1.2011). Das heißt, mit den zusätzlichen Finanzmitteln können mehr Leistungen zu den im EBM vereinbarten Preisen vergütet werden. Die aktuell günstige Entwicklung eröffnet ein Steuerungspotential: Zusätzliche Finanzmittel könnten verstärkt und zielgerichtet in Regionen mit Versorgungsproblemen gegeben werden, um die der dort tätigen Ärzte zu unterstützen und weitere Anreize für Neuzulassungen zu geben.

Das MUGV geht davon aus, dass auch die finanziellen Anreize dazu beitragen, dass sich mehr junge Ärztinnen und Ärzte in Brandenburg niederlassen.

Solange es in Deutschland neben einer gesetzlichen Krankenversicherung ein privates Vollversicherungssystem gibt, bleiben die westlichen Bundesländer ökonomisch auch deshalb attraktiver, weil dort die Zahl der Privatversicherten deutlich höher ist.

Entscheidend für die künftige Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Brandenburg ist die Beibehaltung einer angemessenen und gerechten ärztlichen Vergütung. Dies ist ohne die Beibehaltung der solidarischen Finanzierung der GKV in den Neuen Ländern in ernster Gefahr.

Die Gewinnung von qualifiziertem ärztlichen Nachwuchs wurde in den letzten Jahren auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst schwieriger, weil sich die Unterschiede in der Vergütung von angestellten Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst (TVöD bzw. TV-L) und angestellten Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern (TV-Ärzte) vergrößert haben. Die 83. Gesundheitsministerkonferenz hat sich 2010 für eine Einbeziehung der Beschäftigten der Gesundheitsämter in den Tarifvertrag TV-Ärzte bzw. für Sonderregelungen eingesetzt. Dieses Anliegen ist an die Tariftgemeinschaft deutscher Länder und an die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände herangetragen worden.

4 Handlungsfelder und Maßnahmen

4.1 Auf Bundesebene

Viele Rahmenbedingungen für die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Grundversorgung bedürfen vor allem oder zuerst Initiativen auf Bundesebene. Das MUGV hat sich wiederholt und mit Nachdruck für vielfältige gesetzliche Änderungen zur Förderung und Flexibilisierung der ärztlichen und insbesondere hausärztlichen Tätigkeit auf Bundesebene eingesetzt. Die Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes und die erhöhte Vergütung der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten in der Allgemeinmedizin sind einige Beispiele für wirkungsvolle Initiativen, die auf Bundesebene umgesetzt wurden.

Es ist jedoch zu befürchten, dass die Länder ihren Verfassungsauftrag für eine allgemeine Daseinsvorsorge, zu dem auch die Gewährleistung einer allen Bürgern zur Verfügung stehenden umfassenden medizinischen Versorgung gehört, nicht mehr ausführen können. Durch den Konzentrationsprozess der Krankenkassen und die Tendenz zu Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wird die Wahrnehmung dieser Aufgabe durch die Länder zunehmend erschwert. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat sich deshalb, zuletzt am 25.10.2010, einstimmig zur Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung und zur künftigen Ausgestaltung der Bedarfsplanung und -steuerung zur Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Grundversorgung positioniert und erwartet vom Bund eine zeitnahe gesetzgeberische Umsetzung in folgenden Feldern:

Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung

Um den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen, muss die Bedarfsplanung künftig die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren, auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d. h. flexibel und kleinräumig gestaltet werden und sektorenübergreifende (Rahmen-)Planung ermöglichen.

Der Bundesgesetzgeber wird deshalb aufgefordert, bei den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen folgende Aspekte zu berücksichtigen und die Länder in die Entwicklung entsprechender gesetzgeberischer Maßnahmen frühzeitig mit einzubeziehen:

- Die Länder werden an den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung (§ 92 Abs. 1 Ziff. 9 SGB V) und zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren zwingend mit beteiligt. Dabei erhalten die Länder bei den in ihrer Zuständigkeit liegenden Punkten ein Mitberatungsrecht. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.
- Die Länder werden ermächtigt, ihre Beteiligungsrechte im Landesausschuss nach § 90 SGB V nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen.
- Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist künftig erforderlich. Die für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien werden durch ein sektorenübergreifendes Gremium ergänzt. Die rechtliche Ausgestaltung wird im SGB V und das Nähere durch Landesrecht geregelt.
- Alle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen sind unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit für die Kassen dem Land vorzulegen. Der Aufsichtsbehörde des Landes ist mit Blick auf Gesichtspunkte der Bedarfsplanung ein Beanstandungsrecht einzuräumen. Darüber hinaus steht ihr ein Initiativrecht auf Landesebene zu.
- Die Kassen werden gesetzlich verpflichtet, für jede Kassenart einen Bevollmächtigten zu bestimmen, der mit Abschlussbefugnis für gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen und Verträge auf Landesebene verantwortlich ist. Die Bevollmächtigten bilden eine Landesarbeitsgemeinschaft, die der Länderaufsicht unterliegt. Eine verbindliche Konfliktregelung zwischen den Bevollmächtigten ist notwendig, um eine Entscheidungsfähigkeit der Landesarbeitsgemeinschaften zu gewährleisten.

Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Grundversorgung

Das Bundesministerium für Gesundheit und die Kultusministerkonferenz werden gebeten, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, um Medizinstudentinnen und Medizinstudenten frühzeitiger an die hausärztliche Versorgung heranzuführen, indem

- die allgemeinmedizinischen Lehrstühle an den medizinischen Hochschulen flächendeckend und bevorzugt ausgebaut werden,
- die Approbationsordnung so reformiert wird, dass hausärztliches Wissen im Vergleich zu fachärztlichem Spezialwissen noch stärker betont wird,
- ein Abschnitt des Praktischen Jahres verpflichtend im hausärztlichen Bereich absolviert wird.

Ferner sind die Bedingungen für die hausärztliche Berufstätigkeit attraktiver zu gestalten, indem

- geprüft wird, ob aus der ärztlichen Gesamtvergütung jeweils ein Anteil zur Förderung der Sicherstellung reserviert werden kann, mit dem verschiedene positive Anreize, wie z.B. Stipendien oder Investitionszuschüsse, gesetzt werden können,
- der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung zeitnah verabschiedet und die Gemeinsame Selbstverwaltung ihrer Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die zeitnahe Verabschiedung von entsprechenden Richtlinien gerecht wird und die bestehenden rechtlichen Möglichkeiten u.a. für eine flexiblere und demographische Einflüsse berücksichtigende Bedarfsplanung, für eine insgesamt kleinräumigere Bedarfsplanung sowie zur Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung in ansonsten ausreichend versorgten Gebieten umsetzt.

Allein durch den Aufbau einer verstärkten hausärztlichen Versorgung lassen sich jedoch insbesondere die zu erwartenden Anforderungen an eine flächendeckende Grundversorgung nicht abdecken. Deshalb muss die Entlastung maßgeblich durch andere Berufsgruppen in der Grundversorgung ermöglicht und verbessert werden, indem die Delegation von Leistungen und Aufgabenübertragung an nichtärztliche Gesundheitsberufe stärker vorangetrieben und die Rahmenbedingungen dafür weiter verbessert werden und insbesondere dafür Sorge getragen wird, dass dazu die Instrumente des am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes weiterentwickelt werden bzw. der Fortgang des Verfahrens beschleunigt wird und die notwendigen rechtlichen Anpassungen in den Berufsgesetzen für die Gesundheitsfachberufe vorgenommen werden. (Siehe auch Kap. 4.2.5)

4.2 Auf Landesebene

4.2.1 Handlungsfeld Fachkräfte für die gesundheitliche Versorgung

Seit Oktober 2006 läuft eine Informations- und Imagekampagne zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten, insbesondere von Hausärzten. Die Finanzierung der Kampagne „**Einfach verwirklichen - Perspektiven entdecken**“, www.arzt-in-brandenburg.de, erfolgte seinerzeit durch das Gesundheitsministerium. Angelegt ist es jedoch als konzertierte Aktion aller Beteiligten im Lande. Alle Partner arbeiten vernetzt, um in Brandenburg einen besonderen Service für Ärzte zu bieten. Die Beteiligten sind die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, die brandenburgische Landesärztekammer, die kommunalen Spitzenverbände Brandenburgs, die Landeskrankenhausgesellschaft, der Bundesverband der Medizinischen Versorgungszentren, der Hausärzterverband Berlin-Brandenburg sowie die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen im Land Brandenburg.

Auf der Internetseite www.arzt-in-brandenburg.de gibt es einen Gesamtüberblick über alle Möglichkeiten und Service-Angebote im Land Brandenburg für Hausärzte und jene, die es werden wollen, inklusive einer Übersicht über alle Partner. Für die schnelle und persönliche Begleitung wird der Besucher direkt zu den zuständigen Ansprechpartnern vermittelt. Die Kampagne wird derzeit aktualisiert und weiterentwickelt. Sie soll künftig, auch unter Einbeziehung weiterer Arztgruppen, noch

besser informieren, aufklären und werben – mit Blick auf die Chancen, die unser Land jungen Medizinerinnen und Medizinerinnen, Pflegekräften und allen anderen Berufen im Gesundheitswesen bietet.

4.2.2 Handlungsfeld ärztliche Nachwuchsgewinnung

Ansprache von Studierenden

Brandenburg besitzt keine eigene medizinische Fakultät. Über die Verwaltungsvereinbarung zur zweiten Programmphase des Hochschulpaktes 2020 erhält das Land Berlin aufgrund seiner – auch mit Blick auf Brandenburger Bedarfe – überproportional vorgehaltenen Studienplätze in der Mediziner- und Pflegeausbildung 10 Mio. € zusätzlich zulasten der Programmpauschale für die neuen Länder. Im Rahmen von Gesprächen zwischen dem MUGV und der Charité werden Möglichkeiten einer verstärkten Kooperation zwischen den brandenburgischen Krankenhäusern und der Charité erörtert, um Medizinstudierenden der Charité bereits während ihrer Ausbildung hinreichende Gelegenheiten zu eröffnen, das Land Brandenburg und die hiesigen Beschäftigungsmöglichkeiten und - Rahmenbedingungen kennenzulernen.

Akademische Lehrkrankenhäuser der Charité Berlin im Land Brandenburg (Stand Juni 2010 nach Auskunft der Charité vom 8.9.2010)

Krankenhaus	Fächer
Carl-Thiem-Klinikum Cottbus (CTK)	Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie, Augenheilkunde, Gynäkologie, HNO, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Psychiatrie, Radiologie, Urologie, Dermatologie
Evangelisches Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow (EKLT)	Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesiologie, Gynäkologie, Pädiatrie
Klinikum „Ernst v. Bergmann“ Potsdam (EvB)	Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Psychiatrie, Radiologie, Urologie
Klinikum Frankfurt/Oder (KFO)	Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Innere Medizin
Oberhavel-Kliniken GmbH Krankenhaus Hennigsdorf (OHKH)	Anästhesiologie, Chirurgie, HNO, Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie
Asklepios Fachklinikum Brandenburg (AFB)	Neurologie, Psychiatrie
Asklepios Fachklinikum Teupitz (AFT)	Neurologie, Psychiatrie
Ruppiner Kliniken GmbH (RuKL)	Chirurgie, Anästhesiologie, Gynäkologie, HNO, Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Radiologie, Urologie
Städtisches Klinikum Brandenburg	Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medi-

(SKB)	zin, Orthopädie, Pädiatrie
Werner-Forßmann Krankenhaus Eberswalde (WFKE)	Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, HNO, MKG-Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrie, Radiologie, Urologie
St. Josefs Krankenhaus Potsdam	Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesiologie, Gynäkologie, Neurologie, Radiologie

Die Universitätsmedizin Charité Berlin lädt Vertreter der Lehrkrankenhäuser zu Beginn eines jeden Semesters ein, damit sich die Brandenburger Häuser den Berliner Studierenden vorstellen können. Dieses Angebot wird rege genutzt. Die Brandenburger Krankenhäuser erhalten so auch die Möglichkeit, Studenten während des Praktischen Jahres, das vielfach als „Sprungbrett-Phase in den Job“ gilt, an sich zu binden. Darüber hinaus findet ein konstruktiver Austausch über gemeinsame Projekte der Charité mit den Brandenburger Kliniken in der Ausbildung von Studierenden sowie der berufsbegleitenden Aus-, Fort-, und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten statt.

Ganz praktisch bietet beispielsweise das Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus Studierenden der Charité Berlin regelmäßige Werbeveranstaltungen im Praktischen Jahr (PJ) und Informationswochenenden inklusive Bustransfer an, außerdem wird Studierenden im Praktischen Jahr freie Unterkunft und Verpflegung sowie 400 € Aufwandsentschädigung monatlich geboten. Das städtische Klinikum Brandenburg bietet eine Fahrkostenübernahme und Aufwandsentschädigung für Medizinstudenten im Praktischen Jahr an sowie Stipendien für Medizinstudenten, Mentoring-Programme, Unterstützung bei der Wohnungssuche, Sonderkonditionen für Versicherungen u.v.m.

Viele Brandenburger Krankenhäuser bieten Aufwandspauschalen sowie Kost und Logis frei für Studenten im Praktischen Jahr.

Auch die Vertreter der Landesregierung nutzen die persönlichen Kontakte im Rahmen von Informationsveranstaltungen in der Charité, um Studenten der Medizin persönlich anzusprechen und für die medizinische Versorgung im Land Brandenburg zur begeistern. Im Oktober dieses Jahres sprach der Brandenburger Gesundheitsstaatssekretär zu Studierenden des 6. Studienjahres der Charité, um das Interesse für die elf akademischen Lehrkrankenhäuser der Charité in Brandenburg zu wecken.

Zudem hat die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg zur frühzeitigen Bindung von Medizinstudentinnen und -studenten und zur praxisnahen Heranführung von Medizinstudenten an den Arztberuf ein Maßnahmenpaket vorbereitet, das Studierende gezielt während bestimmter Ausbildungsabschnitte anspricht: mit Mentoring-Programmen, mit der Förderung von Famulaturen, Blockpraktika und Praxistagen, mit Praxistouren und PJ-Tagen sowie mit kostenfreier Teilnahme an Fortbildungsprogrammen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. Im Oktober 2010 wurde das Angebot den Studierenden des ersten klinischen Semesters an der Charité vorgestellt.

Stipendienmodelle von Krankenhäusern und Kommunen

Der kommunale Krankenhausträger GLG, zu dem die Krankenhäuser in Angermünde, Prenzlau und Eberswalde gehören, lobt jährlich fünf Stipendien für Medizinstudenten aus der Region aus. Mit jeweils bis zu 500 Euro monatlich wird das Studium während der Regelstudienzeit von sechs Jahren

unterstützt. Und auch anschließend können bis zu 36 Monate lang Ausbildungsförderungen gezahlt werden. Als Gegenleistung werden die Studenten verpflichtet, während des Studiums Leistungsnachweise zu erbringen und nach erfolgreichem Abschluss des Studiums mindestens drei Jahre lang in einem Krankenhaus der GLG zu arbeiten. Das Städtische Klinikum Brandenburg vergibt Stipendien von 500 Euro monatlich an Studierenden der Medizin. Wer nach seinem Studium mindestens drei Jahre als Arzt im Klinikum arbeitet, muss das Stipendium nicht zurückzahlen.

Der Landkreis Elbe-Elster vergibt an bis zu 5 Medizinstudierende pro Jahr für maximal 4 Jahre eine monatliche Unterstützung von 500 Euro. Die Leistungen müssen nicht zurückgezahlt werden, wenn die Studierenden nach ihrer Ausbildung mindestens 4 Jahre als Arzt im Landkreis praktizieren.

Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Das seit 1999 laufende bundesweite Programm „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“ von GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Privaten Krankenversicherung und im Benehmen mit der Bundesärztekammer wird in diesem Jahr spürbar aufgestockt, besonders im ambulanten Bereich. Nachteile gegenüber dem stationären Bereich soll es nicht mehr geben.

Bislang erhielten Ärzte in Weiterbildung in ambulanten Weiterbildungsstätten (Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren) 2.040 Euro brutto. Seit 2010 sind es 3.500 Euro. In unterversorgten Regionen soll noch zusätzlich etwas aufgestockt werden, die Vertragspartner stehen hierzu in konkreten Verhandlungen.

Im Krankenhaus waren es bislang 1.020 Euro in der Inneren Medizin, in allen anderen Weiterbildungsstationen 1.750 Euro. Die Vereinbarung sieht vor, dass die Weiterbildungsstätten die Summe auf die jeweilige Tarifvertragsentsprechende Vergütung aufstocken. In Brandenburg wurde bereits eine Koordinierungsstelle unter Beteiligung der Landesärztekammer, der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg mit Sitz bei der KVBB eingerichtet, welche ihre Tätigkeit Ende Oktober 2010 aufgenommen hat.

Weiterbildungsnetze hausärztliche Versorgung

Erfahrungsgemäß erfordert es große Anstrengungen, die mindestens 5 Jahre dauernde Weiterbildungszeit zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu organisieren. Such- und Wartezeiten zwischen den verschiedenen Weiterbildungsstationen und die damit oft verbundenen finanziellen und örtlichen Unsicherheiten sind vielerorts ein großes Problem. Deshalb hat die Landesärztekammer in Brandenburg gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft das Weiterbildungsnetzwerk hausärztliche Versorgung ins Leben gerufen. Hier können Ärzten die verschiedenen Stationen aus einer Hand angeboten werden. Außerdem werden sie nach Wunsch während ihrer gesamten Weiterbildungszeit von ärztlichen Mentoren unterstützt und begleitet.

In die verschiedenen Weiterbildungsstationen in der praktischen Weiterbildungsphase könnten die Gesundheitsämter insbesondere für die Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Pädiatrie sowie Psychiatrie bei Vorliegen einer entsprechenden Weiterbildungsbefugnis einbezogen werden.

Interdisziplinärer Ansatz: Fachkräftesicherung in Brandenburg

Unabhängig vom spezifischen System, innerhalb dessen die medizinische Versorgung und die Nachwuchsgewinnung erfolgt, bedarf es ergänzend auch eines interdisziplinären Zugangs. Im Ergebnis der Empfehlungen der Fachkräftestudie Berlin-Brandenburg 2010 ist die künftige Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum das Leitprojekt des MUGV zur strategischen Ausrichtung des Maßnahmenplans Fachkräftesicherung in Brandenburg.

Qualifizierung für zugewanderter Ärztinnen und Ärzte

Das Brandenburger Qualifizierungsprojekt für zugewanderte Ärztinnen und Ärzte in Zusammenarbeit mit der Otto-Bennecke-Stiftung konnte sich als Modell für ein künftiges bundesweites Qualifizierungsangebot für Einwanderer mit Hochschulabschluss aufstellen. Die Lehrgangskosten wurden vom Land übernommen, zudem wurden EU-Mittel eingesetzt (Landesprogramm „Qualifizierung und Arbeit für Brandenburg“)

Hervorragender Zugang für österreichische Mediziner zum Brandenburger Arbeitsmarkt

Seit Juni 2008 hat Brandenburg mit der Österreichischen Ärztekammer eine enge Zusammenarbeit bei der Ausbildung und Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten vereinbart. Dazu gehört eine aktive Informations- und Vermittlungstätigkeit für Absolventen eines Medizinstudiums. Unterstützt wird der Vertrag auch ausdrücklich von der Landesärztekammer und der Landeskrankengesellschaft in Brandenburg.

4.2.3 Handlungsfeld Telemedizin

Das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz ist gemeinsam mit Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landeskrankengesellschaft, der Landesärztekammer, dem Verband der Medizinischen Versorgungszentren, dem Verband der privaten Kliniken und Pflegeeinrichtungen und der Industrie- und Handelskammer Potsdam im Gespräch, wie telemedizinische Anwendungen zur künftigen Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum besser eingesetzt und Hindernisse beseitigt werden können. Hierbei erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit der Telemedinitiative Brandenburg. Projekte werden gemeinsam mit der TSB Medici umgesetzt, die vom Ministerium für Wirtschaft und Europaangelegenheiten gefördert wird und im „Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“ die Zuständigkeit für die Weiterentwicklung der Telemedizin auch für das Land Brandenburg hat.

Die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung durch telemedizinische Verfahren und die stärkere Vernetzung der fachärztlichen Kompetenz zwischen den Krankenhäusern mittels Telemedizin ist ein interessantes Standortargument für Brandenburg. Beispielhaft sei hier das FONTANE-Projekt genannt, das im strukturschwachen ländlichen Raum in Nordbrandenburg mittels Telemedizin an der Verbesserung der Betreuungsqualität für Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen arbeitet. Das Projekt konnte sich im Wettbewerb des Bundesministeriums für Bildung und Forschung "Gesundheitsregionen der Zukunft" gegen mehr als 80 weitere Projekte als Sieger durchsetzen.

In Anlehnung und in Kooperation mit dem Fontaneprojekt will das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz mit Partnern aus dem Land und der Charité im Jahr 2011 ein landesweites telemedizinisches Netzwerk für Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz realisieren. Ebenfalls in Zusammenarbeit mit der Charité und mit wesentlicher Unterstützung durch eine kurzfristig zu schaffende telemedizinische Infrastruktur, soll im Jahr 2011 ein Schlaganfallnetzwerk zur besseren Versorgung von akuten Schlaganfallpatienten seine Arbeit aufnehmen.

4.2.4 Handlungsfeld integrierte und fachübergreifende Versorgungskonzepte

Medizinische Versorgungszentren

Im Einigungsvertrag vom August 1990 war lediglich ein Bestandsschutz für die im Beitrittsgebiet bestehenden staatlichen Gesundheitseinrichtungen (Polikliniken, Ambulatorien) festgelegt. Die Landesregierung Brandenburg hat sich für ihren Fortbestand mit großem Nachdruck eingesetzt und ihren Erhalt unter dem Begriff Gesundheitszentren auf der Grundlage des § 311 SGB V auch mit Modellförderung unterstützt. Diese Versorgungsform wurde dann unter dem Begriff Medizinische Versorgungszentren mit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz zur vertragsärztlichen Versorgung bundesweit zugelassen. Erst seitdem können auch neue Versorgungszentren entstehen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 sowie den Reformen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 bestehen heute mehr Möglichkeiten der Kooperation in der vertragsärztlichen Versorgung denn je. Die integrierte Versorgung auch über Sektorengrenzen hinweg wurde gestärkt. Durch die Kooperation und Integration aller an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten wird die Kontinuität der Behandlung gewahrt und knappe Ressourcen nicht an den Schnittstellen verschenkt. Formen der Zusammenarbeit in der gesundheitlichen Versorgung werden im Sinne der Wirtschaftlichkeit und Qualität immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Für Ärztinnen und Ärzte kann eine Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum unter den Gesichtspunkten planbare Arbeitszeiten, Entlastung von Verwaltungstätigkeit und fachlicher Austausch eine sehr interessante Alternative zur Niederlassung sein. In Brandenburg können Medizinerinnen und Mediziner im zeitlichen Vergleich mit anderen Flächenländern auf die größte Erfahrung bauen.

Integrierte Versorgung

Seit September 2009 arbeiten die KV Brandenburg und die AOK Nord-Ost gemeinsam mit der Barmer in einer - bislang bundesweit einmaligen - Partnerschaft zur Sicherung der medizinischen Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen ihres Bundeslandes in der Initiative „IGIB - Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ zusammen. Sie haben sich unter anderem dem Abbau der Grenzen zwischen ambulant und stationär, neuen, integrierten Versorgungskonzepten, einer effizienteren Arznei- und Heilmittelversorgung sowie Konzepten für die Versorgung chronisch Kranker verschrieben.

In diesem Rahmen hat die KV Brandenburg das Modell eines „fachübergreifenden ärztlichen Kooperationszentrums“ (FÄKZ) zur Optimierung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen entwickelt. Das FÄKZ soll einerseits die ambulante Versorgung mit der stationären Grundversorgung verzahnen und es andererseits ermöglichen, dass Ärzte vor allem der grundversorgenden Fachrichtungen flexibel Sprechstunden in Filialnetzen anbieten können. Fallmanager, Heil- und Hilfsmittelerbringer sowie Pflegedienste sollen hinreichend einbezogen werden. Zudem könnten regional organisierte Hol- und Bringdienste die Strukturen verbessern.

Ein weiteres Beispiel ist das seit Januar 2008 existierende prosper-Netz in der Lausitz mit über 260 Haus- und Fachärzten sowie dem Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus und dem Krankenhaus Spremberg. Über 24.000 Versicherte der Knappschaft und der DAK haben sich bei prosper Lausitz eingeschrieben.

4.2.5 Handlungsfeld Arztentlastende Fachkräfte

In Brandenburg wurde ein Modellprojekt nach dem sog. AGnES – Konzept (entwickelt durch das Institut für Community Medicine der Universität Greifswald) durchgeführt. AGnES steht für arztentlastende, gemeindenahe, E-Healthgestützte, systemische Intervention. Die Arztentlastung wurde durch die Delegation ärztlicher Leistungen auf entsprechend qualifizierte nichtärztliche Fachkräfte des Praxisteam erreicht. Die AGnES-Fachkraft führt die delegierten ärztlichen Leistungen in der Häuslichkeit der Patientinnen und Patienten durch. Die Akzeptanz des AGnES-Konzeptes war bei den am Modellprojekt teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten sowie Patientinnen und Patienten sehr hoch.

Die Erfahrungen aus den Modellprojekten sind in die inzwischen geschaffenen bundesgesetzlichen Regelungen eingeflossen. Seitdem die im Modellprojekt „Gemeindeschwester“ als arztentlastende Struktur erwiesenen nichtärztlichen Praxisassistentinnen regelhaft tätig sein können, also seit Mitte 2009, haben bereits 21 nicht-ärztliche Praxisassistentinnen in 19 Hausarztpraxen und 5 Landkreisen des Landes Brandenburgs das Curriculum bei der Landesärztekammer absolviert. Die für die Tätigkeit notwendige Weiterbildung bei der Landesärztekammer Brandenburg erfährt regen Zuspruch. Der erste Weiterbildungslehrgang wird von 31 Teilnehmerinnen besucht, die die Weiterbildung im Verlauf dieses Jahres erfolgreich abschließen werden. Obwohl Brandenburger Hausärztinnen und -ärzte von dieser neuen Versorgungsform durchaus Gebrauch machen, hat sich aber schon in der Anfangsphase der praktizierten Regelversorgung gezeigt, dass noch nicht alles zufriedenstellend geregelt ist.

Das MUGV hat gemeinsam mit den Selbstverwaltungspartnern im Land reagiert und Anfang April vereinbart, die Daten des regelhaften Einsatzes der nichtärztlichen Praxisassistentinnen zu analysieren. Auf dieser Basis soll der bundeseinheitlich geregelte Einsatz der Praxisassistentinnen der spezifischen Versorgungssituation in Brandenburg angepasst werden. Parallel hat sich die Ministerin für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz im März 2010 an den Bundesminister für Gesundheit gewandt mit der nachdrücklichen Bitte, den Bewertungsausschuss aufzufordern, die ihm unmittelbar nach seinem Beschluss über die Vergütung der Praxisassistentin auferlegte Evaluation jetzt zügig einzuleiten. Der Bundesgesundheitsminister hat im April 2010 in einer Antwort auf eine parlamentarische Anfrage erklärt, diese Überprüfung voranzubringen.

Unter dem Titel Agnes II haben AOK Nord-Ost bzw. Barmer und KV Brandenburg ein weiteres Modellprojekt in diesem Feld mit dem Schwerpunkt auf Case- und Schnittstellenmanagement aufgelegt. Eine Begrenzung auf unterversorgte Regionen gibt es bei diesem Modell nicht. Das Fortbildungscurriculum für die Zusatzqualifikation im Casemanagement wird derzeit bei der KV in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und der Landesärztekammer erarbeitet.

4.2.6 Handlungsfeld Bedarfsplanung

Um den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen, muss die Bedarfsplanung künftig die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren, auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d. h. flexibel und kleinräumig gestaltet werden und sektorenübergreifende (Rahmen-)Planung ermöglichen. Hierfür sind Maßnahmen auf Bundesebene erforderlich (vgl. 4.1). Die konstruktive Zusammenarbeit aller Partner in Brandenburg zeigt aber auch, welche Handlungsspielräume die bestehenden rechtlichen Grundlagen bereits eröffnen und wie diese auf Landesebene ausgefüllt werden können. Auf Initiative der KVBB findet seit dem 24.11.2010 die Mittelbereichsstruktur gemäß dem Zentrale-Orte-System des Landesentwick-

lungsplans Berlin-Brandenburg Anwendung. Für Hausärzte, Kinderärzte, Frauenärzte und Augenärzte wird damit im Rahmen der jährlichen Überprüfung von drohender oder bestehender Unterversorgung durch den Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (gemäß § 100 Abs. 3 SGB V) mit der neuen Regionalgliederung gearbeitet und durch die Finanzierung von Investitionskostenzuschüssen wird ein Beitrag zur finanziellen Sicherheit für neue Ärztinnen und Ärzte geleistet

4.2.7 Handlungsfeld Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Sicherstellungsstatut der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und der Krankenkassen

Die Kassenärztliche Vereinigung als Körperschaft des öffentlichen Rechts hat den Sicherstellungsauftrag in der ambulanten medizinischen Versorgung. Sie hat mit ihrem Sicherstellungsstatut eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um neue Ärzte für Brandenburg zu gewinnen. Ausgewählte Handlungsfelder sind:

- der Sicherstellungszuschuss von 50.000 Euro für die Übernahme einer frei werdenden Arztpraxis,
- der Sicherstellungszuschuss von 40.000 Euro bei Neugründungen,
- der Sicherstellungszuschuss von 15.000 Euro für die Gründung einer Zweigpraxis sowie
- Umsatzgarantien für bis zu 8 Quartale.

Die Kassenärztliche Vereinigung bietet außerdem:

- internetbasiertes Informationsangebote für Interessierte (Praxisabgabebörse)
- Qualifizierte Niederlassungsberatung, betriebswirtschaftliche und rechtliche Grundlagenvermittlung für die Praxisführung.

Die Krankenkassen sind durch gesetzliche Rahmenbedingungen an der Finanzierung beteiligt. Die Entscheidung darüber, in welchem Fall eine finanzielle Förderung zu erfolgen hat, obliegt dem Landesausschuss gemäß SGB V. Auch während vorübergehender bundesrechtlich veränderter Grundlagen in diesem Feld hatten sich Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung in Brandenburg darauf verständigt, diese Zuschüsse freiwillig gemeinsam zu tragen.

Investive Förderung von Ärzten mit EU-Mitteln

Die Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten in Regionen mit deutlichen Versorgungsproblemen kann in Brandenburg sowohl im Rahmen der Förderung zur Verbesserung der Grundversorgung auf dem Lande als auch in kleineren Städten auch mit EU-Mitteln unterstützt werden.

Aus dem Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung ländlicher Räume (ELER) wurden drei Arzt Häuser mit insgesamt voraussichtlich 6 Ärzten und einem Physiotherapeuten mit insgesamt 945.361,30 € unterstützt.

Aus der Gemeinschaftsinitiative URBAN II (Förderperiode 2000-2006) wurden in Luckenwalde (einzige URBAN-Programmstadt in Brandenburg) in den letzten 5 Jahren insgesamt 6 Arztpraxen mit insgesamt 9.443,96 EUR unterstützt:

Zudem liegen drei Anträge für den Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) - Förderrichtlinie „Nachhaltige Stadtentwicklung“ Teil KMU vor, die voraussichtlich nach abschließender zuwendungsrechtlicher Prüfung positiv beschieden werden.

Zu Fördermöglichkeiten aus dem Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung ländlicher Räume (ELER) und der Richtlinie für die integrierte ländliche Entwicklung (ILE) fand im Februar 2009 eine gemeinsame Informationsveranstaltung von MLUV und MASGF mit den Sozialdezernenten und LEADER-Regionalmanagern der mit Versorgungsproblemen betroffenen Landkreise/Regionen und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg statt. Über die Fördermöglichkeiten des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) - Förderrichtlinie "Nachhaltige Stadtentwicklung" hinzuweisen ist grundsätzlich Aufgabe der am Programm beteiligten Städte. Darüber hinaus wurde die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen der Vorbereitung der Bewilligungsverfahren einbezogen. Zudem berichtet das MUGV im Rahmen von Spitzengesprächen zur künftigen medizinischen Versorgung im ländlichen Raum allen Beteiligten im Lande über Fördermöglichkeiten aus den Strukturfonds.

4.2.8 Handlungsfeld attraktive Arbeits- und Lebensbedingungen

Ausschlaggebend für die Wahl des Lebens- und Arbeitsortes von Hochschulabsolventen sind vielfältige Faktoren wie zum Beispiel die Infrastruktur (insbesondere Schulen, Kindergärten, Arbeitsmöglichkeiten für die Partnerin/den Partner), Arbeitsbedingungen und z.T. auch Bezahlung. Entscheidend für die Erfolgsaussichten aller Bemühungen, Medizinerinnen und Mediziner – unabhängig von ihrem Studienort – von den Vorzügen einer Berufstätigkeit in Brandenburg zu überzeugen, ist daher eine möglichst attraktive Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren in Brandenburg bieten attraktive Arbeitsbedingungen für Medizinerinnen und Mediziner. Geboten werden insbesondere:

Strukturierte Weiterbildungskonzepte mit Mentorenunterstützung

- Möglichkeit der Durchführung und Betreuung von Promotionsarbeiten
- attraktive und flexible Arbeitszeitmodelle, Teilzeit, volle Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, variable Arbeitszeiten
- Unterstützung bei der Wohnungssuche und teilweise kostenfreie Bereitstellung von Wohnraum, Beteiligung an/Übernahme der Umzugskosten, Gewährung von Darlehen zur Einrichtung usw.,
- finanzielle und organisatorische Unterstützung in der Fort- und Weiterbildung
- Ausländischen Ärzten ist man bei der Integration behilflich (Hilfe bei Behördengängen, Anbieten von Sprachkursen, usw.)
- Kombination im stationären und ambulanten Bereich zu arbeiten, was einige Ärzte durchaus schätzen
- Stadtoffene Kindertagesstätte, in der Plätze für Kinder von Mitarbeitenden des Krankenhauses vorrangig vergeben werden. Die Betreuungszeiten sind flexibel und berücksichtigen den beruflichen Einsatz der Eltern oder eigene Betriebskita zum Teil mit 24-Stunden Betreuung

- leistungsgerechte Vergütung, außertarifliche Bezahlung in vielen Disziplinen, Bezahlung von Überstunden nach Betriebsvereinbarung, freiwillige Altersversorgung über eine Unterstützungskasse neben der ZVK, monatliche Fahrkostenzuschüsse
- Übernahme von Fortbildungskosten für Fachkundenachweise, Kongressen usw., strukturierte Personalentwicklungsmaßnahmen, Traineeprogramm für Ärzte, Einführung strukturierter Mitarbeitergespräche und Zielvereinbarungen, Förderung von Führungskräftenachwuchs.

(Quelle: Umfrage des MUGV bzw. der Landeskrankenhausgesellschaft vom 26.03.2010)

4.3 Leistungen der Kommunen

Die Kommunen haben einen erheblichen Einfluss darauf, wie die Bürger - einschließlich der potentiellen, künftigen medizinischen Fachkräfte - die Lebensqualität am Wohnort einschätzen. Denn vielfach ausschlaggebend für die Wahl des Lebens- und Arbeitsortes von Hochschulabsolventen sind Faktoren wie zum Beispiel die vorherige Kenntnis/Heimatverbundenheit, die Infrastruktur (insbesondere Schulen, Kindergärten, Arbeitsmöglichkeiten für die Partnerin/den Partner), Arbeitsbedingungen und z.T. auch Bezahlung. Entscheidend für die Erfolgsaussichten aller Bemühungen, Medizinerinnen und Mediziner – unabhängig von ihrem Studienort – von den Vorzügen einer Berufstätigkeit in Brandenburg zu überzeugen, ist daher eine möglichst attraktive Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Kommunen unterstützen Ärzte und ihre Familien bei der Ansiedlung und Bereitstellung von Praxisräumen, auch in Zweigstellen und Unterkünften für Weiterbildungsassistenten und Praktikanten. Hier gibt es einerseits einen Wettbewerb zwischen Kommunen um Fachkräfte. Andererseits ist ein arbeitsteiliges und abgestimmtes Vorgehen zwischen Nachbargemeinden bzw. Mittelzentren und Umland nötig, damit eine regionale Ansiedlungsförderung „aus einer Hand“ erfolgreich sein kann.

Es gibt in Brandenburg bereits kommunale Stipendien für Medizinstudierende (vgl. 4.2.2). Der Landkreis Elbe-Elster will pro Jahr fünf Medizinstudierende finanziell mit monatlich 500 Euro unterstützen. Wenn die Stipendiaten nach erfolgreicher Approbation für mindestens vier Jahre im Landkreis ärztlich tätig werden, müssen sie das Geld nicht zurück zahlen.

Als Leistungen der Kommunen ist hier auch ein abgestimmtes Angebot von regelmäßigen und/oder speziellen Shuttle-Diensten zur Kompensation eines ausgedünnten traditionellen Nahverkehrs zu nennen. Der Deutsche Städte- und Gemeindebund hat hier „Landarzttaxi“ (zum Transport zu und von der Praxis) genannt. Außerdem werden Praxisfilialen in kleinen Gemeinden, die an bestimmten Tagen besetzt sind und mobile Dienste wie beispielsweise eine rollende Zahnarztpraxis als Anknüpfungspunkte auch kommunaler Initiativen genannt.

Sowohl der Deutsche Landkreistag als auch der Deutsche Städte- und Gemeindebund haben die Notwendigkeit betont, dass - wie in Brandenburg - Politik, KV, Krankenkassen, Ärztekammer, Landkreise und Gemeinden gemeinsam Ideen entwickeln müssen, um einer drohenden Verschlechterung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum wirksam begegnen zu können.

(Deutscher Landkreistag September und Oktober 2010, Medizinische Versorgung im ländlichen Raum; Deutscher Städte- und Gemeindebund April 2010, Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum)