

## Ensuring a functioning health care system in regions with declining and ageing populations

Host Country Paper

### Demographische Entwicklung in Brandenburg als ein Beispiel für Entwicklungen, die typisch sind für die neuen Bundesländer in Deutschland

Bis zum Jahr 2030 wird mit einem Bevölkerungsrückgang im Bundesland Brandenburg von derzeit 2,58 Mio. auf 2,194 Mio. Menschen gerechnet. Dabei wird die Bevölkerung im Ballungsgebiet um Berlin leicht zunehmen und in den Berlin-fernen, ländlichen Regionen stark abnehmen.

Zusätzlich wird die Bevölkerungsentwicklung durch die Abwanderung junger Menschen, insbesondere junger Frauen, beeinflusst. Der Wanderungsverlust von Frauen zwischen 18 und 30 Jahren allein aus den ländlichen Regionen Brandenburgs zwischen 1993 und 2006 betrug 55.400 junge Frauen. Die angenommenen Wanderungsverluste gegenüber den alten Bundesländern betreffen auch weiterhin überproportional jüngere Frauen und werden bis 2030 insgesamt rund 63000 Personen umfasst haben. Das entspricht etwa der aktuellen Einwohnerzahl der Stadt Frankfurt an der Oder.

In den ländlichen Regionen wird der Bevölkerungsrückgang anhalten und sich ab 2019 weiter verschärfen, wenn die nur noch dünn besetzten Jahrgänge nach der Wiedervereinigung ins fortpflanzungsfähige Alter kommen (nach der deutschen Wiedervereinigung im Jahr 1990 gab es in den neuen Bundesländern einen enormen Rückgang der Geburtenzahlen). Die Entwicklung wird durch Wanderungsverluste verstärkt.

Die Bevölkerungsdichte wird von derzeit 61 auf 46 Einwohner je km<sup>2</sup> im Jahr 2030 abnehmen – 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/Km<sup>2</sup> kommen bis 2030 weitere 27 hinzu. Die Bevölkerung wird in den Städten Brandenburg/Havel, Cottbus, und Frankfurt/Oder um durchschnittlich 22 % bis 2030 abnehmen. Unter den Städten im Land Brandenburg wird nur für Potsdam ein Bevölkerungsanstieg prognostiziert.

Schon 2020 wird jeder vierte Brandenburger zu den Senioren gerechnet, also über 65 Jahre alt sein – bei ständig steigender Lebenserwartung. Wie insgesamt in Deutschland steigt auch in Brandenburg die Lebenserwartung an. Heute geborene Jungen werden im Schnitt 75,4, Mädchen 81,5 Jahre alt, das sind 6,3 bzw. 4,6 Jahre mehr als zu Beginn der 90er Jahre. Gleichzeitig ist die Restlebenserwartung der 65-jährigen vor allem dank einer verbesserten medizinischen Versorgung um ca. 3 Jahre angestiegen. Dieser Trend wird weiter zunehmen. Auch für ältere Menschen steigt die Lebenserwartung weiter an. Allerdings gibt es hier schichtspezifische Unterschiede. Im Jahr 2030 werden in Brandenburg ca. 786.000 über 65-Jährige leben, von denen wiederum die Hälfte bereits über 75 Jahre alt sind. In den ländlichen Regionen Brandenburgs wird im Jahr 2030 jeder 4. von 10 Einwohnern im Rentenalter sein.

(Datenquelle: Landesamt für Bauen und Verkehr, Raumbewertung (LBV): „Bevölkerungsprognose des Landes Brandenburg 2007 bis 2030“ und „Bevölkerungsvorausschätzung 2007 bis 2030“)

## Veränderte Versorgungsbedarfe

Die demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen sowie die weitere Morbiditätsentwicklung werden zu erhöhten Anforderungen an die medizinische Versorgung insgesamt, vor allem in der Primärversorgung 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. 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 Primärversorgung erhöhen. Ähnliche Steigerungsraten werden bei der Pflegebedürftigkeit erwartet.

Dieser Entwicklung kann eine stärkere Betonung der präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen entgegeng gehalten 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 vor allem in besser ausgebildeten Schichten relativ lange stabil hält, die chronische Morbidität sich also ins höhere Lebensalter verschiebt. Die wachsende chronisch Kranker bzw. Multimorbider resultiert dann vor allem aus einer stärkeren Besetzung der höheren Altersklassen. Das geht einher mit einer höheren Beanspruchung der hausärztlichen Versorgung.

Untersuchungen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheits-Sachverständigenrat) weisen in den neuen Bundesländern eine überdurchschnittliche Erkrankungsrate auf, insbesondere bei chronischen Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Herzinfarkt. Zusammen mit einer niedrigeren Arztdichte führt dies zu einer gegenüber den alten Bundesländern um ca. 27 Prozent höheren Zahl von Behandlungsfällen je Vertragsarzt.

Die Anforderungen an die ambulante medizinische Versorgung sind in den neuen Bundesländern Ländern höher als in den alten, das Vergütungsniveau für die Fachkräfte hingegen aktuell noch deutlich niedriger. Diese Diskrepanzen machen die Nachbesetzung von frei werden Arztpraxen immer schwieriger. Durch die Altersstruktur der Vertragsärzte spitzt sich dieses Problem aktuell zu. In den neuen Bundesländern waren 2006 30,4 % der Hausärzte 60 Jahre und älter (alte Bundesländer: 16,5 %). Das Durchschnittsalter der Hausärzte bei Rückgabe der Zulassung schwankt in den neuen Bundesländern gegenwärtig zwischen 61,90 (Brandenburg) und 64,25 Jahren (Thüringen). Vor diesem Hintergrund sind sowohl kurzfristige Maßnahmen, als auch langfristige Konzeptionen erforderlich, um problematische Engpässe in der medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern zu vermeiden.

Anzeichen für solche wie die hier skizzierten Entwicklungen zeigen sich auch in manchen ländlichen Regionen der „alten“ Bundesrepublik. In den neuen Bundesländern geschieht diese Entwicklung jedoch mit ungleich größerer Dynamik. Bestimmte ungünstige sozio-demographische Konstellationen sind deutlich früher zu erwarten oder sind bereits eingetreten.

## Strategien zur künftigen Sicherstellung der Versorgung in den ländlichen Regionen

Das gegliederte Versicherungs- und Versorgungssystem Deutschlands erschwert das Entstehen neuer kooperativer Versorgungsformen, wie sie in ländlichen Regionen immer stärker benötigt werden. Im deutschen Einigungsvertrag wurde ausdrücklich festgelegt, dass die ärztliche Einzelpraxis die Regelversorgung darstellen soll. Für die in der DDR vorherrschenden kooperativen Versorgungsformen (Polikliniken, Ambulatorien) war lediglich ein Bestandsschutz kodifiziert. Die Landesregierung in Brandenburg hat sich für ihren Fortbestand nachdrücklich eingesetzt und ihren Erhalt unter dem Begriff „Gesundheitszentren“ unterstützt. Diese Versorgungsform wurde dann unter dem Begriff „Medizinische Versorgungszentren“ mit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz in ganz Deutschland zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Erst seitdem können auch neue Versorgungszentren entstehen. Mit den Gesundheitsreformgesetzen von 2007 bestehen heute mehr Möglichkeiten der Kooperation in der vertragsärztlichen Versorgung. Die integrierte Versorgung auch über Sektorengrenzen hinweg (ambulante und stationäre Versorgung, pflegerische und medizinische Versorgung) wurde gestärkt.

In Brandenburg wurde eine Reihe von konkreten Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärztemangels entwickelt:

- Seit einigen Jahren bereits können Ärzte in Brandenburg für die Übernahme einer frei werdenden Arztpraxis in unterversorgten Regionen Sicherstellungszuschüsse (inzwischen bis zu 50.000 Euro) und Umsatzgarantien erhalten. Die Vergütung für Ärztinnen und Ärzte in den neuen Bundesländern war jedoch in den zurückliegenden 18 Jahren deutlich geringer als in den alten Bundesländern. In Folge der Gesundheitsreform ist jetzt, zum 1. Januar 2009, in Deutschland ein neues Vergütungssystem eingeführt worden, das zu einer gerechteren Bezahlung der Ärztinnen und Ärzte in den neuen Bundesländern führt. Außerdem werden ab dem Jahr 2010 Zuschläge für unterversorgte Gebiete möglich.
- Seit Oktober 2006 läuft eine Informations- und Imagekampagne zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten, insbesondere von Hausärzten ([www.hausarzt-in-brandenburg.de](http://www.hausarzt-in-brandenburg.de)).
- In den Jahren 2008 und 2009 wurde ein Qualifizierungsprojekt für eingewanderte Ärztinnen und Ärzte durchgeführt, das als ein Modell für ein künftiges bundesweites Qualifizierungsangebot für Einwanderer mit Hochschulabschluss gelten kann. Angesichts des steigenden Fachkräftebedarfs kann auf gut ausgebildete Einwanderer nicht verzichtet werden. Das Modellprojekt soll eingewanderten Ärztinnen und Ärzten beim Einstieg in den Brandenburger Arbeitsmarkt helfen und einen Beitrag zur Sicherung der ärztlichen Versorgung im Land leisten.
- Außerdem engagieren sich zunehmend Krankenhäuser im Lande, die gezielt auf medizinischen Nachwuchs zugehen und eigene Stipendienprogramme für Studierende der Medizin anbieten, überdies noch oft verbunden mit der Zusage gezielter Förderung während der anschließenden Weiterbildungszeit.

- Die Implementierung von „Gemeindeschwestern“ in die ambulante medizinische Regelversorgung ist eine Möglichkeit, die in einigen Regionen Brandenburgs drohende beziehungsweise bereits bestehende Lücke in der ambulanten hausärztlichen Versorgung abzufedern. In Brandenburg wurde daher 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 wird 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. In Gebieten mit drohender oder bereits bestehender hausärztlicher Unterversorgung kann das AGnES-Konzept dazu beitragen, der einzelnen Hausärztin/dem einzelnen Hausarzt die Versorgung eines größeren Patientenstammes und/oder einer größeren Region zu ermöglichen. Die Akzeptanz des AGnES-Konzeptes war und ist bei den am Modellprojekt teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten sowie Patientinnen und Patienten sehr hoch.
- Eine Umfrage unter Medizinerinnen und Medizinern im Auftrag einer großen deutschen Krankenkasse ergab besonderen Verbesserungsbedarf in der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland: die Medizinerinnen und Mediziner berichteten von der anstrengende Suche nach Weiterbildungsstellen. In Brandenburg gibt es seit 2006 Weiterbildungsnetzwerke, in denen im Rahmen von 5-Jahres-Verträgen Weiterbildung „aus einer Hand“ geboten wird.
- Das Gesundheitsministerium in Brandenburg prüft derzeit gemeinsam mit den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landeskrankenhausesellschaft, den kommunalen Spitzenverbänden, der Landesärztekammer, dem Verband der Medizinischen Versorgungszentren und dem Hausärzteeverband, wie telemedizinische Anwendungen zur künftigen Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum beitragen können.

Hinzu kommen bundesweite Projekte:

- Im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer wird an Konzepten gearbeitet, um beispielsweise Medizinstudentinnen und Medizinstudenten frühzeitig an die so genannte Primärversorgung heranzuführen und sie für diese Weiterbildung zu interessieren. Der Beruf des Hausarztes in Deutschland muss aufgewertet werden, die Belastungen reduziert und auch andere Berufsgruppen in die Versorgung mit einbezogen werden.
- Seit 1999 existiert ein bundesweites Programm zur »Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin«, an dem sich die Krankenkassen, die Krankenhäuser und die Vertragsärzte und -ärztinnen beteiligen. Die Einrichtung von Weiterbildungsstellen sowohl in Krankenhäusern als auch in der ambulanten Versorgung wird finanziell gefördert. Die Inanspruchnahme dieses Förderprogramms ist in Brandenburg deutlich über dem Bundesdurchschnitt, sie liegt um die 90 %.

## Fragen im Kontext der Peer Review

Welche Versorgungsformen sind geeignet um die medizinische und pflegerische Versorgung in ländlichen Regionen aufrecht zu erhalten, in denen die Bevölkerung immer weniger und immer älter wird?

Wie können kooperative Versorgungsformen entwickelt und gestärkt werden?

Welchen Beitrag können telemedizinische Anwendungen leisten?

Welche Strategien werden benötigt, um Fachkräfte in der Region zu halten und neue zu gewinnen?

Welche Anreize können Entwicklungsdynamik auslösen, welche Strategien werden benötigt, um ein „Akteursvakuum“ zu beseitigen?