

Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern

Wissenschaftliche Untersuchung über die Zukunft
der flächendeckenden medizinischen Versorgung
im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin
in Mecklenburg-Vorpommern

ERGEBNIS
BERICHT

Vorbemerkung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben sich die Verfasser dazu entschieden, im vorliegenden Bericht durchgängig die grammatikalisch männliche Form (Patienten, Ärzte,...) zu benutzen. Sie bezieht sich gleichermaßen auf beide Geschlechter.

Autoren

Dr. Monika Sander
Dr. Martin Albrecht
Prof. Dr. Thomas Kersting
Dr. Richard Ochmann
Dr. Stefan Loos

Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern

Wissenschaftliche Untersuchung über die Zukunft
der flächendeckenden medizinischen Versorgung
im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin
in Mecklenburg-Vorpommern

Ergebnisbericht

im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung
und Soziales in Mecklenburg-Vorpommern

Berlin, 19. März 2015

Inhalt

1.	Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen	9
2.	Einleitung	17
2.1	Hintergrund, Zielsetzung und Fragestellungen	17
2.2	Methodische Vorgehensweise	17
2.3	Struktur des Berichts	18
3.	Aktuelle Gesetzgebung	20
3.1	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz	20
3.2	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	20
3.3	Versorgungsstrukturgesetz	21
3.4	Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie	21
3.5	Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes	23
3.6	Fazit zur gesetzlichen Entwicklung	24
4.	Angebots- und Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendmedizin in MV	25
4.1	Vertragsärztliche Versorgung	25
4.1.1	Anzahl der Vertragsärzte	25
4.1.2	Leistungsgeschehen	35
4.1.3	Fazit ambulante Versorgungssituation	36
4.2	Krankenhausversorgung	38
4.2.1	Standorte der Krankenhäuser in MV	38
4.2.2	Betten, Fälle und Auslastungsquoten nach Fachabteilung	38
4.2.3	Detaillierte Analyse der Krankenhausfälle im Jahr 2013	42
4.2.4	Fazit Krankenhausversorgung	51
4.3	Weitere Leistungsanbieter	52
5.	Gegenwärtiger und zukünftiger Versorgungsbedarf	56
5.1	Demografische Entwicklung	56
5.2	Morbiditätsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen	58
6.	Anreize für Ärzte – Förderung der Berufstätigkeit in ländlichen Regionen	60
6.1	Herausforderungen für die Sicherung des ärztlichen Nachwuchses	60
6.2	Einsatz von (finanziellen) Fördermaßnahmen	61
6.3	Bewertung der Fördermaßnahmen	64
6.4	Fazit Anreize für Ärzte	65
7.	Alternative und innovative Versorgungsansätze	66
7.1	Ambulanter Sektor	66
7.1.1	Neue Praxisformen	66
7.1.2	Rolle der Kommunen und Landkreise	69
7.1.3	Zusammenwirken von Allgemeinmedizin und Pädiatrie	70
7.2	Stationärer Sektor	72

7.2.1	Qualität in der stationären pädiatrischen Versorgung	73
7.2.2	Mindestgröße einer Abteilung	76
7.2.3	Zentralisierung pädiatrischer Leistungen	77
7.2.4	Alternative Betriebsmodelle	78
7.2.5	Stationäre Notfallversorgung	80
7.3	Ambulant-stationäre Vernetzung	82
7.3.1	Beteiligung von Krankenhäusern an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	83
7.3.2	Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten	84
7.3.3	Lokale Gesundheitszentren (LGZ)	84
7.3.4	Fazit zur ambulant-stationären Vernetzung	85
7.4	Mobile ambulante Versorgungsmodelle	85
7.5	Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen	87
7.6	Telemedizin	89
7.7	Fazit: Innovative Versorgungsansätze	91
8.	Anhang	94
A1	Liste der befragten Experten	95
Literaturverzeichnis		96
Abbildungen		5
Tabellen		6
Abkürzungsverzeichnis		7

Abbildungen

Abbildung 1:	Versorgungs- und Dringlichkeitsstufen der kinderärztlichen Versorgung (beispielhaft)	16
Abbildung 2:	Standorte der Kinder- und Jugendmediziner in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (darunter auch als Hausarzt tätige), 2014	28
Abbildung 3:	Standorte der Kinderarztsitze der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Vergleich zur Verteilung der Kinder unter 15 Jahren	29
Abbildung 4:	Anzahl der Kinderärzte (nach Planungsgewichten) in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren	30
Abbildung 5:	Maximale Anzahl Kinderärzte in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren gemäß Bedarfsplanung (Versorgungsgrad 110 %)	33
Abbildung 6:	Versorgungsgrad (aktuelle Kinderärztedichte im Verhältnis zur geplanten Kinderärztedichte), 2014	34
Abbildung 7:	Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern mit Fachabteilung Pädiatrie, 2014	38
Abbildung 8:	Bettendichte in der Fachabteilung Kinderheilkunde je 100.000 Kinder (0-<18 Jahre) nach Bundesland, 2013	40
Abbildung 9:	Verteilung der Krankenhausfälle in der Altersgruppe 0-18 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern nach Altersgruppen, 2013	42
Abbildung 10:	Verteilung der Krankenhausfälle in der Altersgruppe 0-18 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern nach Fachabteilung, 2013	44
Abbildung 11:	Verteilung der Krankenhausfälle von Patienten im Alter von 0 bis 18 Jahren in den Fachabteilungen auf die Altersgruppen (in %), 2013	45
Abbildung 12:	Verteilung der Krankenhausfälle der Altersgruppen auf die Fachabteilungen (in %), 2013	46
Abbildung 13:	Verteilung der Krankenhausfälle in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen nach Aufnahmearbeit, 2013	47
Abbildung 14:	Anteil der „Notfälle“ an allen Fällen in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen nach Fachabteilung, 2013	48
Abbildung 15:	Verteilung der Krankenhausfälle in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen nach Verweildauer, 2013	50

Abbildung 16:	Durchschnittliche Verweildauer in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen nach Diagnosegruppen, 2013	51
Abbildung 17:	Standorte der Kinderärzte, Gesundheitsämter und Krankenhäuser mit Pädiatrie im Vergleich zur Verteilung der Kinder unter 15 Jahren	53
Abbildung 18:	Anzahl Kinder unter 15 Jahren nach Kreisen (in 2013)	56
Abbildung 19:	Veränderung der Anzahl Kinder unter 15 Jahren nach Kreisen, 2030 ggü. 2013	57

Tabellen

Tabelle 1:	Planungsbereiche in der vertragskinderärztlichen Versorgung	25
Tabelle 2:	Kinder- und Jugendmediziner der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nach Kreisen (2014)	27
Tabelle 3:	Ambulante Leistungen der Kinder- und Jugendmediziner nach Planungsbereichen (2013)	36
Tabelle 4:	Betten, Fälle und Auslastungsquoten nach Fachrichtung in Mecklenburg-Vorpommern, 2008 und 2013	41
Tabelle 5:	Verteilung der Krankenhausfälle in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen nach Hauptdiagnosen, 2013	49
Tabelle 6:	Liste der befragten Experten	95

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ASV	ambulante spezialärztliche Versorgung
AGnES	Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte Systemische Intervention
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BÄK	Bundesärztekammer
BPL	Bedarfsplanungs-Richtlinie
BVKJ	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
CMI	Case-Mix-Index
DAKJ	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGINA	Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups [diagnosebezogene Fallgruppen]
EACH	European Association für Children in Hospital
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKind	Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
i.d.R.	in der Regel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus

Abkürzung	Erläuterung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LGZ	Lokales Gesundheitszentrum
LVGAFS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern
MOPRA	Mobile Praxisassistentinnen
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
s.o.	siehe oben
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
SVR-G	Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
u.a.	unter anderem
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VerAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
vgl.	vergleiche
VSG	Versorgungsstärkungsgesetz
VStG	Versorgungsstrukturgesetz
VZÄ	Vollzeitäquivalente
z.B.	zum Beispiel

1. Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Es gibt bislang keine wissenschaftlich fundierten Grundlagen um festzustellen, ob die gegenwärtigen kinder- und jugendmedizinischen Behandlungskapazitäten in Mecklenburg-Vorpommern ausreichen, den tatsächlichen Versorgungsbedarf zu decken. Es fehlen Studien zur **tatsächlichen Bedarfsermittlung**.¹ In der öffentlichen Diskussion wird vielfach Bezug auf statistische Kennziffern zu den stationären und ambulanten Versorgungskapazitäten genommen. Im Rahmen der ärztlichen Bedarfsplanung werden auch sog. Versorgungsgrade ermittelt und für diese Schwellenwerte festgelegt, auf denen die Definition von Über- und Unterversorgung in einer Region basiert. Der Versorgungsbedarf wird bei diesen Kennziffern jedoch **nur rudimentär** – überwiegend anhand der Bevölkerungszahlen – abgebildet, so dass sich allein auf Basis der Kennziffern nicht ohne Weiteres Aussagen darüber treffen lassen, ob ein patientennaher, gleicher Zugang zur (kinder-) ärztlichen Versorgung flächendeckend erreicht wird.

Unter diesen grundsätzlichen Vorbehalten zeigen die üblichen statistischen Kennziffern überdurchschnittlich große kinderärztliche Versorgungskapazitäten in Mecklenburg-Vorpommern:

- ♦ Mit 164 Kinderärzten (119 in vollzulassungs- bzw. vollzeitäquivalenter Zählung) in der **ambulanten vertragsärztlichen Versorgung** erreicht Mecklenburg-Vorpommern nach der aktuellen Bedarfsplanung einen Versorgungsgrad von rd. 200 % – und ist damit nach den Maßstäben der aktuellen Bedarfsplanung nominell deutlich überversorgt. Die Kinderarztdichte liegt im Durchschnitt des Bundeslandes bei 55 Kinderärzten je 100 Tsd. Einwohnern unter 18 Jahren – deutschlandweit beträgt die durchschnittliche Kinderarztdichte lediglich 43,3.
- ♦ Im bundesweiten Vergleich hat Mecklenburg-Vorpommern mit 232 Betten je 100 Tsd. Einwohnern unter 18 Jahren in 16 **Krankenhäusern** die zweithöchste Bettendichte in der Kinderheilkunde. Auch die Krankenhaushäufigkeit in den Altersgruppen unter 20 Jahren, speziell in der Altersgruppe der 1- bis unter 5-Jährigen, lag deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

Hinsichtlich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zeigt sich die o. a. unzureichende Bedarfsorientierung der verwendeten Kennziffern konkret insbesondere anhand der folgenden Aspekte:

- ♦ Nach der **Bedarfsplanung** basieren die Soll-Vorgaben zur Kinderarztdichte (Verhältniszahlen) auf Arzt- und Einwohnerzahlen zum Zeitpunkt 31.12.1990 (ohne die neuen Bundesländer). Sie lassen

¹ Hierauf verweist auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten (SVR 2014, S. 370).

sich also allein historisch, aber nicht im Hinblick auf einen gemessenen Versorgungsbedarf begründen.²

- ◆ Kinderärzte werden – anders als Hausärzte – nicht kleinräumig und damit wohnortnah auf Ebene von Mittelbereichen, sondern auf Ebene von 13 Kreisregionen geplant. Damit wird unterstellt, dass Patienten im Kindesalter aus dem Umland teilweise in Städten mit höherer Kinderarztdichte mitzuversorgen sind. Tatsächlich praktizieren in den großen Städten Mecklenburg-Vorpommerns nicht nur absolut, sondern auch relativ je Einwohner deutlich mehr Kinderärzte als in den ländlichen Gegenden.

Um festzustellen, inwiefern gegenwärtig trotz statistisch überdurchschnittlich großer Angebotskapazitäten (sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich) Lücken im Zugang zur kinderärztlichen Versorgung und dadurch bedingte Versorgungsdefizite bestehen, sind weitergehende Untersuchungen erforderlich wie beispielsweise Analysen zur Erreichbarkeit oder zum ambulanten Potential in der stationären (Notfall-)Versorgung.

Mit Blick auf die **zukünftigen Herausforderungen** zeichnen sich jedoch bereits heute potentielle Defizite im Zugang zur kinderärztlichen Versorgung ab, die gegensteuernde Maßnahmen erfordern.

- ◆ **Demographie:** Nachdem bereits in den vergangenen Jahren die Anzahl jüngerer Menschen in Mecklenburg-Vorpommern stark rückläufig war, wird bis zum Jahr 2030 eine weitere Abnahme um 10 % erwartet. Die ländlichen Regionen haben hierbei einen deutlich stärkeren Rückgang zu erwarten. Vor diesem Hintergrund erscheint es zunächst nachvollziehbar, dass die aktuelle Bedarfsplanung nur noch 59 bis maximal 65 Kinderärzte und damit deutlich weniger als die gegenwärtigen 119 (jeweils in Bedarfsplanungsgewichten) vorsieht. Allerdings wird es bei geringerer Gesamtzahl entsprechend schwieriger, flächendeckend einen patientennahen Zugang zu niedergelassenen Pädiatern zu organisieren, zumal in dünner besiedelten Gebieten Kinderarztpraxen kaum noch wirtschaftlich betreibbar sein werden. Dies betrifft in ganz ähnlicher Weise auch die Krankenhäuser. Die gegenwärtig hohe Bettendichte und Fallhäufigkeit basiert in Mecklenburg-Vorpommern größtenteils auf dem Angebot kleinerer Abteilungen für Kinderheilkunde und Geburtshilfe in Krankenhäusern im ländlichen Raum (Mecklenburg-Vorpommern hat mit 97 % den bundesweit höchsten Anteil an Krankenhäusern im ländli-

² So konstatiert auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten: „Bei den bisherigen Bedarfsplanungen im Sinne von Versorgungsgraden handelt es sich um arbiträre Größen, die in einem letztlich unbestimmten Zusammenhang mit dem realen klinischen Bedarf stehen.“ (SVR 2014, S. 370)

chen Raum).³ Die Erfahrungen jüngerer Zeit zeigen, dass der wirtschaftliche Druck auf Krankenhäuser im ländlichen Raum häufig bereits zu Abteilungsschließungen führt und dass hiervon meistens die geburtshilflichen und die pädiatrischen Abteilungen betroffen sind. Neben fehlender Wirtschaftlichkeit ist es für kleinere Abteilungen zudem schwieriger, Mindestanforderungen an die Strukturqualität sowie den Facharztstandard zu gewährleisten.

- ♦ **Morbidität:** Dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind, ist vielfach nachgewiesen, bleibt aber in der gegenwärtigen Bedarfsplanung bislang unberücksichtigt. Stattdessen zeigt sich, dass sich Angebotskapazitäten eher in sozial besser gestellten Regionen konzentrieren. Mecklenburg-Vorpommern ist allerdings das Bundesland in Deutschland mit der höchsten Arbeitslosenquote (2014: 11,2 %)⁴ sowie dem geringsten Pro-Kopf-Einkommen und damit in hohem Maß von sozialen Risikofaktoren betroffen. Darüber hinaus verschiebt sich das Krankheitsspektrum auch bei Kindern und Jugendlichen von den akuten zu den chronischen sowie von den somatischen zu den psychischen Erkrankungen. Daher werden verstärkt interdisziplinäre Versorgungsformen und die ortsnahe Koordination und Zusammenarbeit verschiedener Akteure für erforderlich gehalten. Beides dürfte desto schwieriger zu realisieren sein, je stärker die Reduzierung pädiatrischer Angebotskapazitäten künftig ausfallen wird.
- ♦ **Ärztlicher Nachwuchs:** Die (Nach-)Besetzung von Praxissitzen, aber auch von Arztstellen in Krankenhäusern stößt zunehmend auf Probleme. Hierfür gibt es mehrere Gründe, von denen einige wesentliche auch und in besonderem Maß die kinderärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern betreffen. Hierzu zählt der hohe Anteil älterer Kinderärzte nahe dem Ruhestandsalter (mehr als ein Fünftel aller freiberuflich tätigen Pädiater in MV sind älter als 60 Jahre), vor allem aber der überwiegend ländliche Charakter des Bundeslandes. Junge Mediziner/-innen bevorzugen größere Städte gegenüber ländlichen Regionen, nicht nur, weil es dort mehr Möglichkeiten für ärztliche Tätigkeiten mit festen Arbeitszeiten ohne freiberufliches Risiko gibt, sondern auch aus Gründen der besseren Infrastruktur und der

³ Die Zahl basiert auf einer Studie in der als „ländlicher Raum“ die beiden siedlungsstrukturellen Kreistypen „ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen“ sowie „dünn besiedelte ländliche Kreise“ aus der amtlichen Raumordnung zugrunde gelegt wurden. In Mecklenburg-Vorpommern zählt damit nur die kreisfreie Stadt Rostock nicht zum ländlichen Raum (vgl. BDO & Deutsches Krankenhausinstitut 2014).

⁴ Auch in anderen ostdeutschen Bundesländern ist die Arbeitslosenquote vergleichsweise hoch. Beispielsweise betrug sie in Sachsen-Anhalt im Jahr 2014 gemäß der Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit 10,7 %.

allgemeinen Lebensqualität. Den tendenziell kleineren ländlichen Krankenhäuser fällt es zudem im Hinblick auf begrenzte Weiterbildungsmöglichkeiten schwerer, für medizinischen Nachwuchs attraktiv zu sein.

Es existiert eine Vielzahl von **Lösungsansätzen**, die dazu beitragen können, die Sicherstellung der kinderärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern trotz der Herausforderungen durch die Veränderungen bei Demographie, Morbidität und ärztlichem Nachwuchs auch künftig zu gewährleisten. Allerdings ist keiner dieser Lösungsansätze „kostenlos“ und allein ausreichend, so dass unterschiedliche Ansätze simultan verfolgt werden sollten.

Die Lösungsansätze lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen: Maßnahmen gegen entstehende Angebotslücken in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung und die Optimierung von Angebotsstrukturen bei knapper werdenden Ressourcen.

→ **Maßnahmen gegen entstehende Angebotslücken** in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung

- ◆ **Finanzielle Förderung** niedergelassener Pädiater in ländlichen Regionen bzw. bei (drohender) Unterversorgung / zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf. Es gibt bereits ein breites Spektrum von Fördermöglichkeiten (Strukturfonds, Preiszuschläge), das durch das geplante Versorgungsstärkungsgesetz nochmals erweitert werden soll. Bislang liegt der Förderschwerpunkt jedoch auf der hausärztlichen Versorgung. Zukünftig sollte die kinderärztliche Versorgung hierbei gleichrangig behandelt werden. Für die Bedarfsplanung wäre es empfehlenswert, wenn in Mecklenburg-Vorpommern eine Definition kinderärztlich (drohend) unterversorgter Regionen gewählt würde, die sich von den nur sehr begrenzt aussagekräftigen Versorgungsgraden löst. Dadurch können die Entscheidungen über den Einsatz von Fördermitteln erleichtert werden. Aktuelle Erhebungen weisen jedoch darauf hin, dass finanzielle Fördermittel allein nicht ausreichen bzw. in einem weitaus größeren Rahmen notwendig wären, um tatsächlich die Niederlassungsbereitschaft in strukturschwächeren ländlichen Gebieten zu erhöhen.
 - ◆ **Alternative Praxisformen** im ambulanten Bereich (z. B. MVZ, auch in kommunaler Trägerschaft, Eigeneinrichtungen der KVen wie z. B. Filialpraxen) könnten den Wünschen der neuen Ärztegeneration nach flexibleren Arbeitszeitmodellen, Teilzeitmöglichkeiten sowie einer stärkeren Teamarbeit Rechnung tragen. Dadurch dass sich Ärzte zudem nicht „lebenslang“ – wie quasi im Falle einer Einzelpraxis – an eine bestimmte Region binden, haben diese Praxisformen das Potential, ärztlichen Nachwuchs – zumindest für einen bestimmten Zeitraum – auch für eine Tätigkeit in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu gewinnen.
-

- ♦ **Allgemeinmediziner** könnten weitere Teile der pädiatrischen Versorgung übernehmen. Einer Auswertung von Barmer GEK-Routinedaten zufolge gibt es in Mecklenburg-Vorpommern jedoch bereits im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlich viele Kinder im Alter 0 bis 5 Jahre, die noch nie von einem Kinderarzt betreut wurden. Daher sollten die Allgemeinmediziner hierfür entsprechend weitergebildet werden und/oder zeitnahe Möglichkeiten zur Rücksprache mit einem Pädiater haben (z. B. telemedizinische Konsile). Allerdings sind es gegenwärtig primär die Hausärzte, für die ein sich abzeichnender „Landarztmangel“ sowie Nachwuchsprobleme diskutiert werden. Daher ist zu bezweifeln, dass hausärztlich tätige Erwachsenenmediziner über ausreichend freie Kapazitäten verfügen, um gerade in ländlichen Regionen substantielle Anteile der pädiatrischen Versorgung zu übernehmen.
 - ♦ Bei abnehmender Ärztedichte können insbesondere in dünner besiedelten, ländlichen Regionen mit größeren Entfernungen niedergelassene Ärzte durch die **Delegation** ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe (bis hin zur Substitution) entlastet werden, so dass sich ihr Versorgungsangebot auf ein größeres Einzugsgebiet erstrecken kann. Im Vordergrund stehen hierbei vor allem Leistungen im Rahmen von Hausbesuchen bei den Patienten. Bislang konzentrieren sich entsprechende Entlastungsmodelle (Gemeindeschwestern, nichtärztliche Praxisassistenten) auf den hausärztlichen Bereich, sie stellen aber gerade auch für den kinderärztlichen Bereich einen geeigneten Ansatz dar, Angebotslücken der pädiatrischen Versorgung in ländlichen Gegenden zu verringern („Kindergemeindeschwestern“).
 - ♦ Durch den **öffentlichen Gesundheitsdienst**, speziell den Kinder- und Jugendärztliche Dienst der Gesundheitsämter, können in Gebieten ohne niedergelassenen Pädiater verstärkt zumindest planbare Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsvorsorge (U-Untersuchungen, Diagnose von Entwicklungs-/Verhaltensstörungen) übernommen werden. Da diese Teile der Versorgung typischerweise zu festen Terminen z. B. in Kindertagesstätten oder an Schulen durchführbar sind, müssen entsprechende Angebotsstrukturen nicht in der Fläche vorgehalten werden. Allerdings können hiermit eben auch nur beschränkte Teile entstehender Versorgungslücken geschlossen werden, denn die „akute“ Inanspruchnahme kinderärztlicher Versorgungsleistungen ist vergleichsweise hoch. Zudem wird seit Jahren über eine Unterfinanzierung, Personalabbau bzw. Personalmangel im öffentlichen Gesundheitsdienst geklagt. Zu prüfen wäre entsprechend, inwiefern Personalaufstockungen beim Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter erforderlich
-

wären, um Teile der entstehenden Angebotslücken in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu schließen.

- ♦ **Krankenhäuser** könnten verstärkt die ambulante vertragsärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ländlichen Regionen übernehmen. Das geplante Versorgungsstärkungsgesetz sieht diesbezüglich vor, dass Krankenhäuser bei (drohender) Unterversorgung auf Antrag zukünftig verpflichtend für die ambulante Versorgung geöffnet werden können. Allerdings stehen in den ländlichen Regionen viele Krankenhäuser vor ähnlichen Problemen wie die niedergelassenen Ärzte: fehlende Wirtschaftlichkeit bei sinkenden Einwohnerzahlen und ausbleibender medizinischer Nachwuchs bzw. Personalmangel. Ohne zusätzliche flankierende Maßnahmen (z. B. Sicherstellungszuschläge, Weiterbildungs-Kooperationen mit größeren Kliniken in Zentren) ist davon auszugehen, dass eine verstärkte Öffnung ländlicher Krankenhäuser für die ambulante Versorgung nur einen sehr begrenzten Beitrag leisten kann, entstehende Versorgungslücken zu schließen.

→ **Optimierung von Angebotsstrukturen** bei knapper werdenden Ressourcen

- ♦ Durch **Zentralisierung** ärztlicher Angebotskapazitäten (sowohl ambulante als auch stationäre) lässt sich die Wirtschaftlichkeit von Versorgungseinrichtungen (Praxen, kinderärztliche Krankenhausabteilungen) steigern, wenn hierdurch Einzugsgebiete und damit Fallzahlen vergrößert werden. Im Hinblick auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung müsste eine stärkere Zentralisierung dann aber mit mobilitätserhöhenden Maßnahmen einhergehen, und zwar sowohl angebots- als auch nachfrageseitig. Angebotsseitig hat sich bereits in Modellprojekten gezeigt, dass eine erhöhte Mobilität von niedergelassenen Ärzten kaum rentabel zu erreichen ist, so dass für den mobilen Einsatz primär nichtärztliche Gesundheitsberufe im Rahmen der Delegation/Substitution in Frage kommen. Nachfrageseitig eignen sich gezielte Transportangebote für immobile Patienten (Ältere, aber auch Familien mit kleinen Kindern) wie z. B. Patienten-/Rufbusse oder Familientaxis, um auch bei stärker zentralisierten Versorgungsangeboten die Sicherstellung zu gewährleisten. Eine stärkere Zentralisierung spezialisierter pädiatrischer Leistungen im Krankenhausbereich verschärft jedoch tendenziell die Personalprobleme in ländlichen Regionen, denn Krankenhausabteilungen, deren Angebot sich nur noch auf Grund- und Notfallversorgung beschränkt, dürften wegen fehlender Wirtschaftlichkeit und Nachwuchsproblemen ohne zusätzliche flankierende Maßnahmen (s. o.) langfristig kaum überleben.
- ♦ Im Hinblick auf die überwiegend akute Inanspruchnahme der kinderärztlichen Versorgung, die sich auch in einem hohen Anteil der

als Notfälle dokumentierten Krankenhausaufnahmen spiegelt, kann durch ein ausdifferenziertes und umfassendes **Zuweisungssystem** (mit Triagefunktion und zentraler Ressourcenverwaltung) ein optimierter Einsatz der knapper werdenden kinderärztlichen Ressourcen erreicht werden. Von zentraler Bedeutung wäre hierfür, ein kohärentes System aus Dringlichkeitseinstufungen einerseits und dem gesamten Spektrum von Versorgungsangeboten außerhalb der Sprechstundenzeiten sowie Transportmöglichkeiten zu entwickeln. Im Zuge dessen ist zu prüfen, inwiefern ggf. Lücken bei den Versorgungsangeboten bestehen und wie diese geschlossen werden können (z. B. Besuche durch Kindergemeindefachkräften außerhalb der Sprechstundenzeiten; Verfügbarkeit von Rettungshubschraubern). Das Ziel eines optimalen Ressourceneinsatzes spricht dafür, ein solches Zuweisungssystem auf möglichst zentraler Ebene anzusiedeln, so dass in jedem Fall auch eine hochspezialisierte pädiatrische Notfallmedizin als Option in die Zuweisungsentscheidung einbezogen werden kann. Die Funktionsfähigkeit eines solchen Systems setzt jedoch voraus, dass eine Inanspruchnahme außerhalb des Zuweisungssystems minimiert wird, damit diese nicht in größerem Ausmaß Ressourcen ohne Dringlichkeitseinstufung inadäquat bindet. Für die Patienten (bzw. deren Familien) sollte daher ein unmittelbarer und niedrighschwelliger Zugang zum Zuweisungssystem gewährleistet sein (z. B. durch eine zentrale telefonische Notfall-Hotline ohne Warteschleifen).

- ◆ Um zu vermeiden, dass in peripheren Regionen sowohl pädiatrische Praxen als auch pädiatrische Fachabteilungen an Krankenhäusern aus wirtschaftlichen Gründen oder aufgrund fehlenden Nachwuchses aufgegeben werden, während in den Zentren Niedergelassene und Kliniken um eine tendenziell schrumpfende Anzahl pädiatrischer Fälle konkurrieren, sollten Ansätze einer **sektorenübergreifenden Planung** gestärkt werden. Zu diesem Zweck wurde ein gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V eingerichtet, das zwar lediglich Empfehlungen geben kann und keine planerischen Entscheidungsbefugnisse hat, dessen Mitglieder (bzw. deren Organisationen) aber in die jeweils sektoralen Planungsprozesse einbezogen sind. Zusätzlich könnten regionale Gesundheitskonferenzen etabliert werden, wie sie bereits in anderen Bundesländern existieren, um sektorenübergreifend die Versorgungssituationen vor Ort zu betrachten und hierauf aufbauend Planungsempfehlungen zu geben.

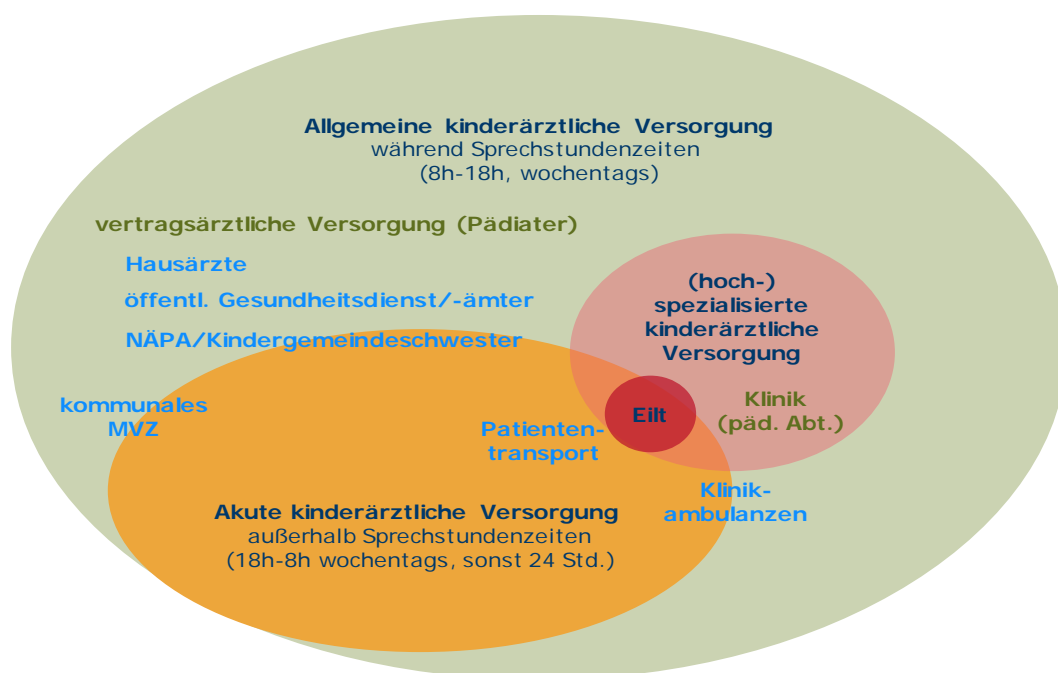
Ziel der Entwicklung eines Konzepts für die zukünftige flächendeckende Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung ist es, die unterschiedlichen Lösungsansätze in optimaler Weise zu kombinieren und ggf. auf Basis vertiefender Analysen zu ermitteln, wo und unter welchen Voraussetzungen sie den größtmöglichen Sicherstellungsbeitrag leisten können.

Eine Grundlage hierfür bildet die Strukturierung nach Dringlichkeits- und Versorgungsstufen, also Unterscheidungen des Versorgungsbedarfs nach

- ♦ allgemein vs. spezialisiert und
- ♦ innerhalb/außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten.

Die unterschiedlichen Lösungsansätze lassen sich den einzelnen Stufen zuordnen und so im Zusammenhang betrachten (vgl. beispielhaft Abbildung 1).

Abbildung 1: Versorgungs- und Dringlichkeitsstufen der kinderärztlichen Versorgung (beispielhaft)



Quelle: IGES

2. Einleitung

2.1 Hintergrund, Zielsetzung und Fragestellungen

Die Bevölkerungsentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern (MV) stellt die Sicherung einer flächendeckenden und fachgerechten medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Land vor große Herausforderungen. Während in Mecklenburg-Vorpommern zum Jahresende 2013 insgesamt rd. 12,5 % weniger Menschen lebten als im Jahr 1995, hat sich in demselben Zeitraum die Anzahl der jüngeren Menschen bis 20 Jahre um fast 47 % verringert. Nach der jüngsten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter wird sich ihre Anzahl bis zum Jahr 2030 um weitere rd. 12 % und damit stärker als im Bundesdurchschnitt verringern. Dieser Rückgang wird zudem innerhalb des Landes sehr ungleich auf die Regionen verteilt sein und dort auf unterschiedliche sozioökonomische Rahmenbedingungen treffen. Allerdings müssen auch aktuelle Tendenzen der Zu- bzw. Abwanderung berücksichtigt werden. Eine Nettozuwanderung, wie sie im Jahr 2013 in Mecklenburg-Vorpommern erstmals seit längerem wieder zu verzeichnen war, kann den Bevölkerungsrückgang zumindest abmildern.

Vor diesem Hintergrund hat das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (MAGS) das IGES Institut mit einer Untersuchung zur „Zukunft der flächendeckenden medizinischen Versorgung im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern“ beauftragt. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen die wissenschaftliche Grundlage liefern, um ein Konzept für die zukünftige Gestaltung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern zu entwickeln.

Ausgangspunkt der Untersuchung bildet eine Analyse der gegenwärtigen regionalen Versorgungssituation sowie eine Analyse des gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungsbedarfs in der Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern. Auf dieser Grundlage sollen mögliche Gestaltungsoptionen identifiziert werden. Hierbei liegt ein Schwerpunkt auf der Frage, welche Gestaltungsmöglichkeiten die gegenwärtigen rechtlichen Rahmenbedingungen eröffnen, wobei insbesondere die jüngeren Gesetzesreformen (z. B. Versorgungsstrukturgesetz) berücksichtigt werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den bisherigen Erfahrungen in Mecklenburg-Vorpommern, aber auch in anderen Bundesländern, die mit innovativen bzw. alternativen Ansätzen zur Sicherstellung der Versorgung bereits gemacht wurden.

2.2 Methodische Vorgehensweise

Methodisch stützt sich die vorliegende Untersuchung zum einen auf die Auswertung von Daten zur ambulanten und stationären Versorgungssituation. Zum anderen wurde zur Bearbeitung der Fragestellungen eine Literaturanalyse durchgeführt. Diese umfasste neben wissenschaftlicher Literatur auch einschlägige Rechtsgrundlagen und Stellungnahmen von Verbänden. Zusätzlich wurden sieben

telefonische semi-strukturierte ca. 45-60-minütige Expertengespräche geführt.⁵ Die Experten vertraten die folgenden Organisationen:

- ◆ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
- ◆ Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKind)
- ◆ Universitätsmedizin Greifswald
- ◆ Krankenhaus Demmin
- ◆ Sozialpädiatrische Zentren (Greifswald und Schwerin)
- ◆ Netzwerk Familienhebammen

Die Expertengespräche hatten in erster Linie das Ziel, den (möglichen) Nutzen von innovativen Versorgungsansätzen einzuschätzen und zu bewerten.

2.3 Struktur des Berichts

Der vorliegende Bericht gliedert sich in sieben Hauptkapitel; neben der Einleitung sind dies folgende:

- ◆ Kapitel 3 gibt als Hintergrundinformation einen kurzen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Einfluss auf das Versorgungsgeschehen, vor allem im ländlichen Raum, haben.
- ◆ In Kapitel 4 wird die aktuelle ambulante und stationäre Versorgungssituation im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in Mecklenburg-Vorpommern dargestellt.
- ◆ Gegenstand des fünften Kapitels sind die gegenwärtige demografische Situation in Bezug auf die Kinder und Jugendlichen in MV sowie eine Einschätzung relevanter Entwicklungen hinsichtlich des zukünftigen Versorgungsbedarfs.
- ◆ Kapitel 6 beschreibt zusammenfassend die wesentlichen Faktoren, welche die Niederlassungsentscheidung von Ärzten beeinflussen. Des Weiteren werden finanzielle Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommerns kurz dargestellt und bewertet.
- ◆ Das siebte Kapitel beschäftigt sich ausführlich mit innovativen Versorgungsansätzen. Dabei werden zum einen innovative Versorgungsmodelle im ambulanten und stationären Bereich bzw. zur Vernetzung dieser Bereiche diskutiert und zum anderen telemedizinische Ansätze sowie Möglichkeiten einer Übertragung

⁵ Eine Liste der Experten findet sich im Anhang.

ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Leistungserbringer erörtert. Dabei werden auch bisherige Best-Practice-Ansätze einbezogen.

3. Aktuelle Gesetzgebung

Das vorliegende Kapitel gibt einen kurzen Überblick über die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen bzw. Veränderungen in den letzten Jahren, die Einfluss auf das Versorgungsgeschehen, insbesondere im ländlichen Raum, haben. Auf die einzelnen Aspekte wird dann jeweils detaillierter in den Kapiteln 6 und 7 eingegangen.

3.1 Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), welches im Jahr 2007 in Kraft getreten ist, modifizierte die rechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen Vertragsärzte in Deutschland tätig sein dürfen. Das Gesetz hatte zum Ziel, die vertragsärztliche Berufsausübung wettbewerbsfähiger und effizienter zu machen und damit Versorgungsengpässe in der ambulanten Versorgung – insbesondere in den neuen Bundesländern – zu vermeiden (Bundestagsdrucksache 16/2474). Das Gesetz enthielt insbesondere die folgenden Änderungen:

- ◆ Erleichterung der Anstellungsmöglichkeiten von Ärzten in Vertragsarztpraxen,
- ◆ Ermöglichung der Teilzeitarbeit von Vertragsärzten durch Erteilung von Teilzulassungen,
- ◆ Ermöglichung einer gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung (allerdings nicht mehr als 13 Stunden pro Woche),
- ◆ Erleichterung der Führung einer Zweigpraxis („Nebenbetriebsstätte“),
- ◆ Möglichkeit der Gründung einer überregionalen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)⁶,
- ◆ Ermöglichung der Berufsausübung in unterversorgten Gebieten über die reguläre Altersgrenze von 68 Jahren hinaus.

3.2 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Im Jahr 2005 wurde in den neuen Bundesländern modellhaft die „Gemeindegemeinschaft“ eingeführt. Damit sollte ermittelt werden, ob „entsprechend qualifizierte nichtärztliche Heilberufe die hausärztlich tätigen Vertragsärzte bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, insbesondere in ärztlich unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten oder Teilen von

⁶ Eine überregionale BAG ermöglicht eine gemeinsame Tätigkeit von Vertragsärzten über mehrere Vertragsstandorte hinweg mit dem Ziel einer gemeinsamen überörtlichen Berufsausübung. Jeder Arzt der BAG kann an mehreren Standorten tätig sein.

Gebieten, unterstützen können“ (Bundestagsdrucksache 16/7439). Zwar war die Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Heilberufe durch die bestehenden berufs- und sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften prinzipiell geregelt, allerdings war an dem „Gemeinschwester-Konzept“ neu, dass die delegierten Leistungen überwiegend nicht in der Arztpraxis, sondern bei Hausbesuchen in der Häuslichkeit des Patienten durchgeführt werden. Damit ist „der Arzt nicht selbst orts- und zeitnah anleitend, mitwirkend, beaufsichtigend oder nachträglich kontrollierend tätig“ (Bundestagsdrucksache 16/7439). Da dieser Situation kein ausreichender rechtlicher Rahmen zugrunde lag, wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Delegation von Hilfsleistungen an qualifizierte nichtärztliche Praxismitarbeiterinnen in Abwesenheit des Arztes ab dem 1.1.2009 gestattet (Bundestagsdrucksache 16/7439).

3.3 Versorgungsstrukturgesetz

Ziel des Versorgungsstrukturgesetzes (VStG), welches am 1.1.2012 in Kraft trat, ist es, auch zukünftig allen Menschen eine „hochwertige, bedarfsgerechte, wohnortnahe medizinische Versorgung“ zu gewährleisten (Bundestagsdrucksache 17/6906, S. 1f.). Das Gesetz hatte daher zum Ziel, das System der vertragsärztlichen Vergütung zu flexibilisieren und zu regionalisieren, die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern und durch eine Stärkung wettbewerblicher Instrumente die Qualität und Effizienz der Versorgung zu erhöhen (Bundestagsdrucksache 17/6906, S. 2). Die Neuregelungen umfassten u. a.:

- ◆ Aufhebung der Residenzpflicht (am Vertragsarztsitz muss lediglich die Sprechstunde durchgeführt werden – unabhängig vom Wohnort des Vertragsarztes),
- ◆ Schaffung der Möglichkeit für die KVen, einen Strukturfonds zu bilden, um Maßnahmen gegen Ärztemangel zu finanzieren,
- ◆ Förderung von Praxisnetzen,
- ◆ Schaffung der Möglichkeit für die KV und für die Kommunen (allerdings nur mit Genehmigung der KV), Praxen zu betreiben,
- ◆ Erweiterung der Handlungsspielräume auf regionaler Ebene,
- ◆ Vergütungszuschläge für förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer sowie
- ◆ Verbesserungen der Möglichkeiten, eine Praxisvertretung oder einen Entlastungsassistenten zu beschäftigen.

3.4 Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie

Maßgeblich für die Entwicklung der Angebotskapazitäten im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich ist die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (Gemeinsamer Bundesausschuss 2014). Sie legt fest,

wie viele Ärzte/Psychotherapeuten in einem bestimmten räumlichen Bereich tätig sein sollen. Gemäß dem Auftrag des Versorgungsstrukturgesetzes hat der G-BA die Bedarfsplanungsrichtlinie neu gefasst. Ziel des Gesetzes war es, durch eine veränderte Verteilung von Arztsitzen speziell in den dünn besiedelten ländlichen Regionen eine angemessene und flächendeckende Versorgung in der Zukunft zu sichern. Die Richtlinie enthält seit Beginn des Jahres 2013 folgende wesentliche Neuerungen:

- ◆ Differenzierung der Planungsräume nach Versorgungsebenen (je spezialisierter die Arztgruppe, desto größer der Planungsraum),
- ◆ neue Verhältniszahlen (teilweise bundeseinheitlich je Arztgruppe; differenziert je nach regionaler Mitversorgung für allgemeine fachärztliche Versorgung),
- ◆ generelle Anwendung eines Demografiefaktors zur Modifikation der Verhältniszahlen (Mehr-/Minderbedarf der älteren Bevölkerung ab 65 Jahre),
- ◆ Möglichkeit zur Abweichung von den Vorgaben der Richtlinie aufgrund regionaler Besonderheiten.

In der BPL-Richtlinie werden die Arztzahlen für jede Fachgruppe, differenziert nach Planungsregionen, vorgegeben. Für die Hausärzte ist dabei die kleinräumige Ebene der Mittelbereiche relevant; zum Bezugszeitpunkt der BPL-Richtlinie (31.12.2010) gab es in Mecklenburg-Vorpommern 22 Mittelbereiche.⁷ Die Bedarfsplanung der Kinderärzte als Teil der allgemeinen fachärztlichen Versorgung erfolgt hingegen auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte; die BPL-Richtlinie bezieht sich in diesem Fall auf den Gebietsstand vom 31.12.2009, also vor der Kreisgebietsreform in Mecklenburg-Vorpommern. Zu diesem Zeitpunkt gab es in Mecklenburg-Vorpommern noch 13 Kreise.⁸ Auf der großräumigen Ebene der sogenannten Raumordnungsregionen werden die Kinder- und Jugendpsychiater geplant.⁹ Die gesonderte fachärztliche Versorgung (z. B. Humangenetiker, Neurochirurgen) werden schließlich landesweit geplant.

⁷ Das sind die Mittelbereiche Grevesmühlen, Wismar, Schwerin, Hagenow, Ludwigslust, Parchim, Rostock/Bad Doberan, Ribnitz-Damgarten, Güstrow, Teterow, Bergen, Stralsund, Grimmen, Greifswald, Wolgast, Anklam, Ueckermünde, Pasewalk, Demmin, Neubrandenburg, Waren und Neustrelitz.

⁸ Damit ergeben sich folgende Planungsbereiche: Rostock, Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg, Greifswald/Ostvorpommern, Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz, Stralsund/Nordvorpommern, Bad Doberan, Demmin, Güstrow, Ludwigslust, Müritzt, Parchim, Rügen und Uecker-Randow.

⁹ Bei den Raumordnungsregionen handelt es sich um Einheiten, die sich räumlich oberhalb der Kreisebene und unterhalb der Landesebene befinden. Bestimmt werden die Raumordnungsregionen vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Zum Gebietsstand 31.12.2009 existierten in Mecklenburg-Vorpommern die vier Raumordnungsregionen Mecklenburgische Seenplatte, Mittleres Mecklenburg/Rostock, Vorpommern und Westmecklenburg.

Die Verhältniszahlen bzw. sich daraus ergebenden Soll-Zahlen der Kinderärzte unterscheiden sich je nach Regionstyp. Hierdurch soll die Mitversorgung von (pendelnden) Patienten aus dem Umland durch Ärzte in großen Städten berücksichtigt werden. Entsprechend ordnet die BPL-Richtlinie einem Kinderarzt in einer Großstadt deutlich weniger (örtliche) Einwohner unter 18 Jahren zu (2.405) als in der Umgebung einer Großstadt (4.372). Hingegen ist bei den Hausärzten regionsunabhängig eine einheitliche Verhältniszahl vorgesehen (1.671 Einwohner je Arzt).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen von diesen Vorgaben in einzelnen Regionen abweichen, soweit regionale Besonderheiten in Bezug auf sozioökonomische, infrastrukturelle oder morbiditätsbezogene Faktoren dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern. Dabei können Abweichungen entweder durch einen abweichenden Zuschnitt der Planungsregionen, durch eine Anpassung der Verhältniszahlen oder durch eine veränderte Abgrenzung der beplanten Arztgruppen vorgenommen werden.

3.5 Entwurf des Versorgungstärkungsgesetzes

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV (VSG) sollen die mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingeleiteten Maßnahmen weiterentwickelt und um neue Instrumente ergänzt werden. Das Gesetz soll dazu beitragen, auch in Zukunft eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen sowie die Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zu flexibilisieren und zu verbessern. Der Gesetzesentwurf sieht u. a. die folgenden Maßnahmen vor:

- ◆ Förderung der Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (durch die Möglichkeit der Gründung von arztgruppengleichen MVZ; Errichtung von MVZ durch Kommunen ohne Zustimmungserfordernis der KV),
 - ◆ Verbesserung der Anreize zur Niederlassung in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten,
 - ◆ Weiterentwicklung der Regelungen zur Teilnahme von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an der ambulanten Versorgung,
 - ◆ Weiterentwicklung der Regelungen zur Förderung von Praxisnetzen,
 - ◆ Förderung innovativer Versorgungsformen (u. a. durch Errichtung eines Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen),
 - ◆ Maßnahmen für den Ausbau der Regelversorgung und die leistungsgerechte Vergütung des Einsatzes von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen.
-

3.6 Fazit zur gesetzlichen Entwicklung

Der Gesetzgeber hat beginnend mit der Liberalisierung durch das VÄndG, der Reform der Bedarfsplanung sowie der Einführung von Fördermöglichkeiten in schlechter versorgten Gebieten durch das VStG („Landärztegesetz“) die zunehmend wahrgenommenen Probleme einer ungleichen regionalen Versorgung aufgegriffen. Mit dem Entwurf des VSG zeigt er, dass er weitergehende Bemühungen diesbezüglich für erforderlich hält. Die neuen Möglichkeiten werden allerdings bislang teilweise nur zurückhaltend genutzt (z. B. regionale Abweichungsmöglichkeit bei der Bedarfsplanung, Zuschläge für förderungswürdige Leistungserbringer in (drohend) unterversorgten Gebieten, vgl. hierzu auch Kapitel 6). Darüber hinaus wird vielfach bezweifelt, ob die bisherigen Fördermöglichkeiten ausreichen, den vielfach erwarteten Ärztemangel in ländlichen bzw. strukturschwachen Gebieten zu verhindern – es werden teilweise massivere Interventionen gefordert¹⁰ (vgl. dazu auch Kapitel 6).

¹⁰ So forderte beispielsweise der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) in seinem jüngsten Gutachten einen Vergütungszuschlag von 50 % für alle ärztlichen Grundleistungen der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung, wenn es sich um einen Arztsitz in einer von Unterversorgung bedrohten Region handelt („Landarztzuschlag“).

4. Angebots- und Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendmedizin in MV

Die Angebots- und Versorgungssituation bei der Kinder- und Jugendmedizin Mecklenburg-Vorpommerns wird zunächst für den ambulanten vertragsärztlichen Sektor (Kapitel 4.1) und anschließend für den Krankensektor (Kapitel 4.2) dargestellt. Schließlich wird kurz auf weitere Leistungserbringer (z. B. Sozialpädiatrische Zentren, Familienhebammen) eingegangen (Kapitel 4.3).

4.1 Vertragsärztliche Versorgung

Die regionale Planung der vertragsärztlichen Versorgung der KV Mecklenburg-Vorpommern im Fachgebiet Kinderheilkunde basiert auf den Kreisen nach altem Gebietsstand (Tabelle 1).

Tabelle 1: Planungsbereiche in der vertragskinderärztlichen Versorgung

Planungsbereiche (Altkreise bzw. zusammengefasste Altkreise)	Planungsebene
Rostock Stadt	Kreisfreie Stadt
Bad Doberan	Landkreis
Demmin	Landkreis
Güstrow	Landkreis
Ludwigslust	Landkreis
Müritz	Landkreis
Parchim	Landkreis
Rügen	Landkreis
Uecker-Randow	Landkreis
Greifswald / Ostvorpommern	Kreisregion
Neubrandenburg / Mecklenburg-Strelitz	Kreisregion
Stralsund / Nordvorpommern	Kreisregion
Schwerin / Wismar / Nordwestmecklenburg	Kreisregion

Quelle: KV Mecklenburg-Vorpommern

4.1.1 Anzahl der Vertragsärzte

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es derzeit 164 niedergelassene Kinder- und Jugendmediziner.¹¹ Von ihnen ist die überwiegende Mehrheit (126) sowohl als Kinderarzt als auch als Hausarzt tätig, während 38 rein kinderärztlich tätig sind.¹²

¹¹ Zählung nach Personen; inklusive ermächtigter und in MVZs angestellter Ärzte; Stand Oktober 2014; Quelle: Daten der KV Mecklenburg-Vorpommern.

¹² Die Darstellung der Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendmedizin beschränkt sich an dieser Stelle auf die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Darüber hinaus werden Kinder und Jugendliche, insbesondere in ländlichen Regionen Mecklenburg-

Mit dieser überwiegend zweigleisigen Ausrichtung ihrer Tätigkeit erreichen die niedergelassenen Pädiater in Anbetracht rückläufiger Kinderzahlen im Bundesland eine höhere Auslastung ihrer fachärztlichen Praxen und sichern damit deren Wirtschaftlichkeit (MAGS 2013). Dabei behandeln Kinderärzte allerdings gemäß ihrer Zulassungs- und Fachgebietsgrenzen dennoch weitestgehend Kinder und Jugendliche. Regelmäßige Behandlungen von Erwachsenen durch Kinderärzte hingegen finden nicht in nennenswertem Umfang statt (gemäß Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern machen diese weniger als fünf Prozent des Leistungsumfangs aus).¹³

Im Verhältnis zu den Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sind die Kinderärzte nicht gleichmäßig regional verteilt (Tabelle 2): In den Regionen mit den größeren Städten Rostock, Schwerin und Greifswald befinden sich überproportional viele Kinderärzte, in den anderen Regionen ist der Anteil an den Kinderärzten, die insgesamt im Land praktizieren, hingegen geringer als der Anteil der dort lebenden Kinder und Jugendlichen. So entfällt etwa ein Drittel (33,5 %) aller niedergelassenen Kinderärzte (zusammen 55 Personen) auf Rostock und Schwerin, während dort lediglich rd. 17 % der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre leben. In den meisten Landkreisen Mecklenburg-Vorpommerns hingegen haben sich jeweils weniger als 20 Kinderärzte niedergelassen, die wenigsten (12) in Nordwestmecklenburg.

Bei einem Großteil der ambulant tätigen Pädiater des Landkreises Vorpommern-Greifswald handelt es sich um ermächtigte Ärzte der Universitätsmedizin Greifswald (gut 40 %). Im Stadtkreis Rostock sind knapp 20 % der ambulant tätigen Kinderärzte ermächtigt. Solche Kinderärzte wurden aus Sicherstellungsgründen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für einzelne, spezifische Leistungen bzw. Krankheitsbilder unter Berücksichtigung der Spezialisierung des jeweiligen Arztes ermächtigt. Ihr Versorgungsauftrag ist i. d. R. zeitlich, räumlich und dem Umfang nach beschränkt. Im Rahmen solcher Ermächtigungen kommt es daher in der Regel in Krankenhäusern nur zur Behandlung von Kindern mit schweren, spezifischen Krankheiten. Eine allgemeine kinder- und jugendmedizinische Versorgung kann jedoch, abgesehen von Notfällen, von den ermächtigten Ärzten nicht umfänglich erbracht werden (gemäß Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern).

Der Anteil der auch als Hausarzt tätigen Pädiater ist vor allem in den Landkreisen verhältnismäßig groß: Dort besteht offensichtlich für die niedergelassenen Kin-

Vorpommerns, u. a. auch von Fachärzten für Allgemeinmedizin sowie den ebenfalls an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden sogenannten Praktischen Ärzten, von denen es gemäß Auskunft der KV Mecklenburg-Vorpommern zurzeit noch ca. 30 Ärzte gibt, behandelt. Dieses Zusammenwirken von Allgemeinmedizin und Pädiatrie wird in dieser Studie in Kapitel 7.1.3 behandelt.

¹³ Bei den folgenden Ausführungen wird davon ausgegangen, dass hausärztliche Tätigkeiten der Kinder- und Jugendmediziner keine Relevanz für die arztgruppenspezifische Bedarfsplanung haben.

der Ärzte aufgrund einer geringeren Auslastung die Notwendigkeit, die fachärztliche Praxis auch für den Hausarztbetrieb zu öffnen, um insgesamt eine wirtschaftliche Führung des Praxisbetriebs zu gewährleisten. Von den zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigten Kinder- und Jugendmedizinern im Landkreis Vorpommern-Greifswald abgesehen (sie sind im Rahmen der Ermächtigung ambulant nur als Kinderarzt tätig), ist in allen Landkreisen die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Pädiater auch als Hausarzt tätig (zwischen 80 und 95 %). Im Stadtkreis Schwerin hingegen sind es nur 57 %; im Stadtkreis Rostock allerdings wiederum mehr (84 %).

Tabelle 2: Kinder- und Jugendmediziner der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nach Kreisen (2014)

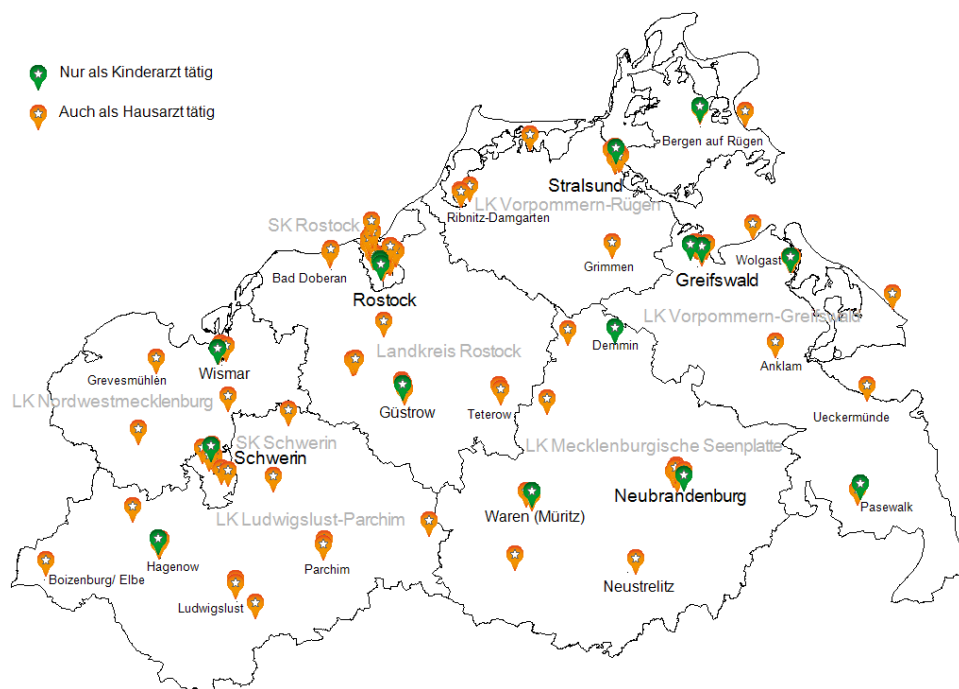
Kreis (nach neuem Gebietsstand)	Anzahl Kinderärzte (Personen)			Anteil	
	insg.	auch als Hausarzt tätig	er- mächtigt	an Kinder- ärzten insg.	Kinder bis 18 Jahre
SK Rostock	32	27	5	19,5%	11,5%
SK Schwerin	23	13	9	14,0%	5,7%
LK Mecklenburgische Seenplatte	19	15	2	11,6%	16,4%
LK Rostock	15	14	0	9,1%	14,1%
LK Vorpommern-Rügen	17	15	2	10,4%	13,6%
LK Nordwestmecklenburg	12	11	3	7,3%	10,4%
LK Vorpommern-Greifswald	32	18	13	19,5%	14,6%
LK Ludwigslust-Parchim	14	13	1	8,5%	13,8%
Mecklenburg-Vorpommern	164	126	35		

Quelle: IGES auf Basis der Arztsuche der KV Mecklenburg-Vorpommern sowie Arztzahlen gem. Bedarfsplan der KV Mecklenburg-Vorpommern

Während die kartografische, standortbezogene Betrachtung auf den ersten Blick eine relativ breite Streuung der Kinderarztsitze über das Land nahe legt, zeigen sich aber auch einige entlegene Regionen, in denen sich in näherer Umgebung kein Kinderarzt niedergelassen hat (Abbildung 2). So gibt es in einem größeren Gebiet der Landkreise Rostock und Vorpommern-Rügen, zwischen Rostock, Stralsund und Güstrow, einen „weißen Fleck“ ohne einen niedergelassenen Pädiater. Ähnlich sieht es südlich von Güstrow, Richtung Schwerin und Parchim im Landkreis Ludwigslust-Parchim sowie in den Landkreisen Vorpommern-Greifswald und der Mecklenburgischen Seenplatte zwischen Greifswald, Neubrandenburg, Anklam und Demmin aus. In diesen Regionen müssen Patienten teils recht weite Strecken zum nächsten niedergelassenen Kinderarzt zurücklegen. In der Region

zwischen Greifswald, Neubrandenburg, Anklam und Demmin können dies bis zu etwa 70 km sein.

Abbildung 2: Standorte der Kinder- und Jugendmediziner in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (darunter auch als Hausarzt tätige), 2014

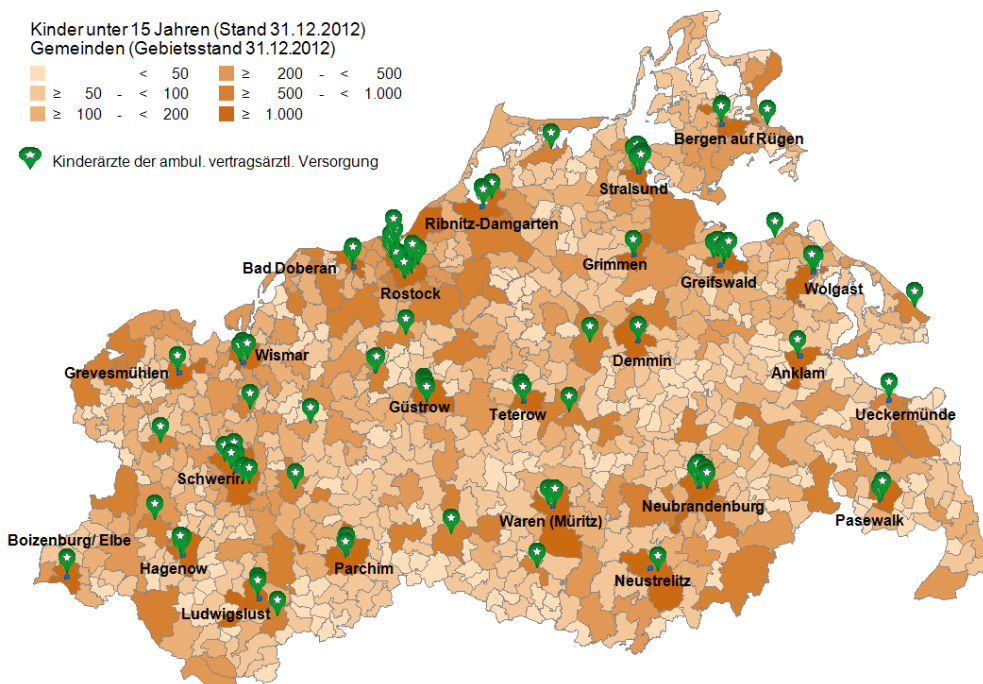


Quelle: IGES auf Basis der Arztsuche der KV Mecklenburg-Vorpommern

Im Wesentlichen befinden sich die Pädiater schwerpunktmäßig auch in den Regionen mit den meisten Kindern und Jugendlichen (Abbildung 3; hier bezogen auf die Altersgruppen bis unter 15 Jahre).¹⁴ Diejenigen Regionen, in denen sich nur wenige Pädiater befinden, sind in der Regel eher dünn bevölkert. Allerdings zeigen sich auch einige Gemeinden mit 500 bis 1.000 Kindern ohne einen Kinderarzt, in deren Nachbargemeinden ebenfalls kein Kinderarzt praktiziert (z. B. im äußersten Südosten und äußersten Nordwesten des Landes). Um beurteilen zu können, ob in diesen Regionen tatsächlich ein Verteilungsproblem bezüglich der niedergelassenen Pädiater vorliegt, bedarf es allerdings einer weitergehenden Erreichbarkeitsanalyse, die über den Rahmen der vorliegenden Untersuchung hinaus ginge.

¹⁴ An dieser Stelle wird für eine kleinräumige Bevölkerungsbetrachtung auf die Anzahl der Kinder unter 15 Jahren Bezug genommen, da statistische Daten zur Anzahl Kinder unter 18 Jahren auf Ebene der Gemeinden nicht vorliegen.

Abbildung 3: Standorte der Kinderarztsitze der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Vergleich zur Verteilung der Kinder unter 15 Jahren



Quelle: IGES auf Basis der Arztsuche der KV Mecklenburg-Vorpommern und Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern.

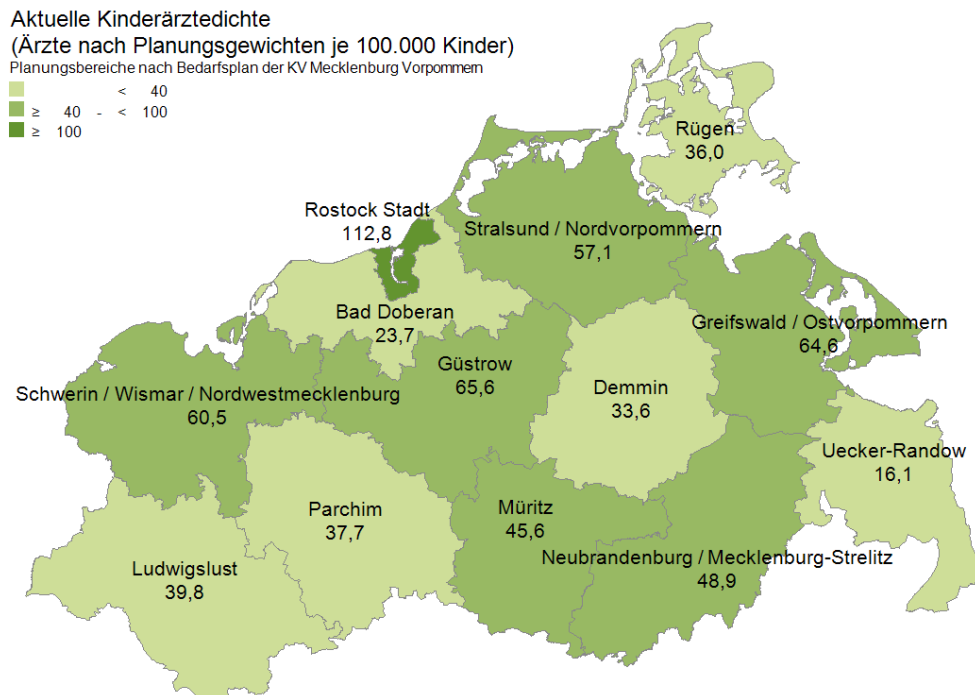
Anmerkung: Standorte der Kinderarztsitze 2014, Anzahl der Kinder unter 15 Jahren zum Stichtag 31.12.2012

Die 164 Kinderärzte in Mecklenburg-Vorpommern sind nicht alle in Vollzeit als Kinderarzt tätig. Dies wird im Rahmen der Bedarfsplanung durch sog. Planungsgewichte approximiert.¹⁵ In der Bedarfsplanung ergeben sich für Mecklenburg-Vorpommern insgesamt nach Planungsgewichten zurzeit 119 Kinderärzte (Gesamtzahl inklusive angestellter und ermächtigter Ärzte).

¹⁵ In der Bedarfsplanung ist die Zahl nach Planungsgewichten in der Regel kleiner als die tatsächliche Zahl der Ärzte nach Personen, denn die Bedarfsplanung berücksichtigt Unterschiede im Tätigkeitsumfang der Ärzte, die sich aufgrund von Teilzulassungen bzw. Teilzeitigkeit ergeben. Die hier zugrundeliegenden Daten wurden von der KV MV zur Verfügung gestellt und beziehen sich auf eine taggenaue Berechnung gemäß den tatsächlichen Quartalsarbeitszeiten.

Regional variiert die Kinderärztedichte (Anzahl der Kinderärzte auf Basis der Planungsgewichte je 100.000 Kinder unter 18 Jahren) über die einzelnen Planungsbereiche in Mecklenburg-Vorpommern recht deutlich (Abbildung 4).¹⁶

Abbildung 4: Anzahl der Kinderärzte (nach Planungsgewichten) in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren



Quelle: IGES auf Basis der Arztzahlen und Arztsuche der KV Mecklenburg-Vorpommern sowie Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern.

Anmerkung: Anzahl der Kinderärzte 2014, Anzahl der Kinder unter 18 Jahren zum Stichtag 31.12.2010

Das Spektrum der aktuellen Kinderärztedichte liegt zwischen etwa 16 Ärzten je 100.000 Kinder im Planungsbereich Uecker-Randow und 113 Ärzten je 100.000 Kinder im Planungsbereich Rostock. Im Mittel des Bundeslandes liegt sie zurzeit bei ca. 55.

Hinsichtlich der höheren Kinderärztedichten in den großen Städten ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die dort praktizierenden Kinderärzte Patienten aus dem angrenzenden Umland der Städte mitversorgen. Zwischen städtischen Zentren und zentrumsnahe Umland bestehen i. d. R. vielfache Verflechtungen und Pendlerströme, die teilweise auch die Nutzung der medizinischen Infrastruktur

¹⁶ Planungsbereiche gemäß G-BA-Bedarfsplanungsrichtlinie sind im Fall von Mecklenburg-Vorpommern die 13 alten Kreise zum Stand vor der Kreisgebietsreform 2011.

betreffen. Insbesondere für spezialisierte Fachärzte ist es auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine notwendige Voraussetzung, dass Praxen an gut erreichbaren, zentralen Orten für einen größeren Einzugsbereich von Patienten betrieben werden können. Dagegen gilt die kinderärztliche Versorgung als hausarztähnlich. Während jedoch für die hausärztliche Versorgung eine kleinräumige und damit wohnortnahe Planung sowie gleichmäßige Verteilung der Arztstühle vorgesehen ist, werden bei Kinderärzten als Teil der allgemeinen fachärztlichen Versorgung Mitversorgungsbeziehungen zwischen Zentren und Umland zugrunde gelegt. Somit werden höhere Kinderärztedichten in Städten gegenüber umliegenden Landkreisen als bedarfsgerecht eingestuft. Dies betrifft beispielsweise die niedrigere Ärztedichte des zentrumsnahen Planungsbereiches Bad Doberan.

Darüber hinaus ist eine Konzentration von fachärztlichen Leistungen an Oberzentren zielführend, da Fachärzte mit einer Subspezialisierung aufgrund der Spezifika der von ihnen betreuten Erkrankungen oft eine relativ geringe Patientenzahl aufweisen. So handelt es sich z. B. bei einem Teil der Kinderärzte in Rostock und Schwerin um Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit einer Subspezialisierung (z. B. Kardiologie oder Endokrinologie), die auf Patienten aus einem größeren Einzugsgebiet angewiesen sind (Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern).

Die aktuelle Bedarfsplanung für die Kinderärzte in Mecklenburg-Vorpommern, die auf Basis der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie erstellt wurde (siehe auch Kapitel 3.4), ergibt deutliche Abweichungen der Soll- von den aktuellen Ist-Zahlen. Primär resultieren die Abweichungen aus einer stark reduzierten Gesamtzahl an Kinderärzten für das Bundesland: Mit Stand drittes Quartal 2014 sind für Mecklenburg-Vorpommern insgesamt 59 Kinderärzte (Zählung nach Planungsgewichten) vorgesehen.¹⁷ Hieraus ergibt sich ein Versorgungsgrad von etwa 200 % (tatsächliche Ärztezahl nach Planungsgewichten von 119 zu geplanter Zahl von 59). Der bundesweite Versorgungsgrad bei den Kinderärzten liegt mit derzeit etwa 148 % deutlich darunter, Mecklenburg-Vorpommern hat im Vergleich aller Bundesländer den höchsten Versorgungsgrad bei den Kinderärzten.

Die Grenze zur Überversorgung ist gemäß § 101 Abs. 1 Satz 3 SGB V bei einem Versorgungsgrad von 110 % anzunehmen. Hieraus ergibt sich für Mecklenburg-Vorpommern eine maximale Planzahl in Höhe von 65 Kinderärzten.¹⁸ Das sind 54 Ärzte (Zählung nach Planungsgewichten) weniger als aktuell praktizieren.

¹⁷ Vgl. Arztzahlen gem. Bedarfsplan der KV Mecklenburg-Vorpommern (Stand 3. Quartal 2014), zur Verfügung gestellt vom Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales in Mecklenburg-Vorpommern. Die Arztzahlen beziehen sich auf eine taggenaue Berechnung gemäß den tatsächlichen Quartalsarbeitszeiten. Dabei stand nur ein Auszug der Zahlen aus den Planungsblättern zur Verfügung; insbesondere waren keine Zahlen zu Arztstühlen oberhalb der Sperrgrenze verfügbar.

¹⁸ Diese aus der allgemeinen Verhältniszahl abgeleitete 110 %-Planzahl kann von den im Bedarfsplan der KVMV unter Berücksichtigung von Niederlassungsmöglichkeiten und Stühlen oberhalb der Sperrgrenze ermittelten maximal möglichen Planzahl abweichen.

Knapp die Hälfte der Kinderärzte Mecklenburg-Vorpommerns ist gemessen an diesen Maßstäben nicht „bedarfsnotwendig“.

Allerdings kann aus diesen statistischen Kennziffern – worauf bereits die vorigen Ausführungen hinweisen – nicht ohne Weiteres auf eine flächendeckende Sicherstellung und einen patientennahen, gleichen Zugang zur kinderärztlichen Versorgung geschlossen werden:

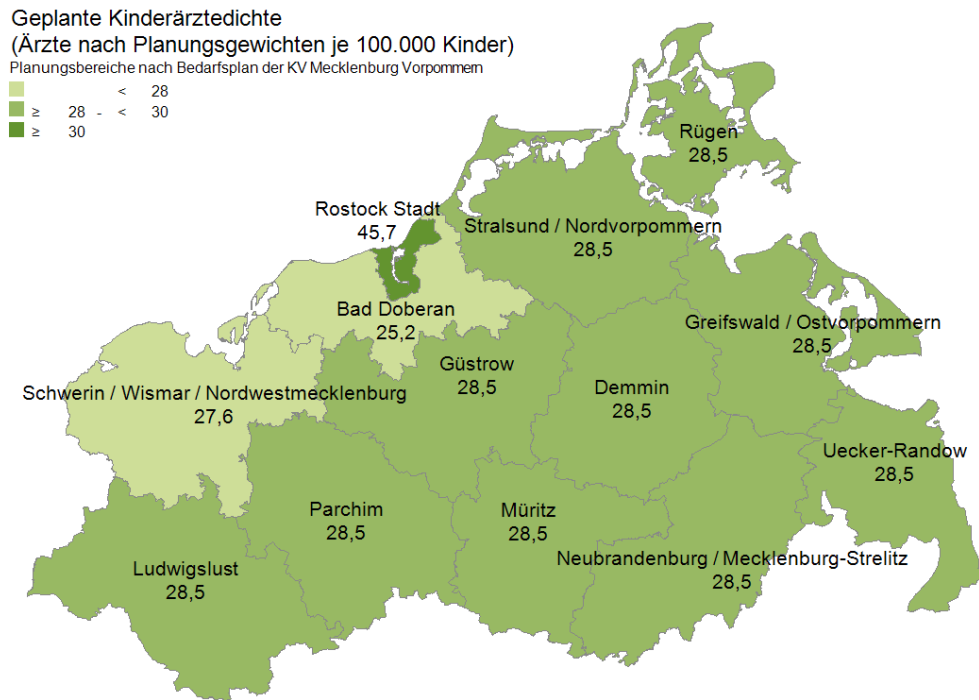
- ◆ Tatsächlich praktizieren in den großen Städten Mecklenburg-Vorpommerns nicht nur absolut, sondern auch relativ je Einwohner deutlich mehr Kinderärzte als in den ländlichen Gegenden.
- ◆ Die Aussagekraft des Versorgungsgrades bei Kinderärzten wird auch dadurch eingeschränkt, dass die Soll-Vorgaben der Bedarfsplanung (Verhältniszahlen) auf Arzt- und Einwohnerzahlen zum Zeitpunkt 31.12.1990 (ohne die neuen Bundesländer) basieren. Sie lassen sich also allein historisch, aber nicht im Hinblick auf einen gemessenen Versorgungsbedarf begründen.

Um zu ermitteln, inwiefern gegenwärtig trotz eines – nach den gegenwärtigen Maßstäben der Bedarfsplanung festgestellten – hohen Versorgungsgrades Lücken im Zugang zur kinderärztlichen Versorgung und dadurch bedingte Versorgungsdefizite bestehen, sind weitergehende Untersuchungen erforderlich wie beispielsweise Analysen zur Erreichbarkeit oder zum ambulanten Potential in der stationären (Notfall-)Versorgung.

Nach der aktuellen Bedarfsplanung soll sich die Kinderärztedichte zwischen den Planungsbereichen des Landes deutlich weniger stark unterscheiden, als dies gegenwärtig der Fall ist (Abbildung 5). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Kinderärzte – anders als Hausärzte – nicht kleinräumig und damit wohnortnah auf Ebene der 22 Mittelbereiche, sondern auf Ebene der Kreise bzw. kreisfreien Städte geplant werden. Immerhin bezieht sich die Planung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern nicht auf die aktuell nur acht Kreise bzw. kreisfreien Städte, sondern auf 13 Planungsbereiche gemäß dem Stand vor der Kreisgebietsreform des Jahres 2011.

Zwar wird gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie der bedarfsgerechte Versorgungsgrad für Kinderärzte (als Teil der allgemeinen fachärztlichen Versorgung) nach Regionstypen unterschiedlich festgelegt, so dass für große Städte wegen der unterstellten Umlandversorgung weiterhin höhere Ärztedichten vorgesehen sind. Da die Landkreise Mecklenburg-Vorpommerns aber überwiegend demselben Regionstyp zugeordnet werden, ergibt sich für sie dieselbe Verhältniszahl (geplante Anzahl an Einwohnern unter 18 Jahren je Kinderarzt). In den meisten Landkreisen liegt die 110 %-Planzahl bei 28,5 Ärzten je 100.000 Kinder. Lediglich für den Planungsbereich Rostock ergibt sich eine höhere Planzahl; für den Planungsbereich Schwerin, Wismar und Nordwestmecklenburg sowie den Planungsbereich Bad Doberan eine etwas niedrigere.

Abbildung 5: Maximale Anzahl Kinderärzte in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren **gemäß Bedarfsplanung** (Versorgungsgrad 110 %)

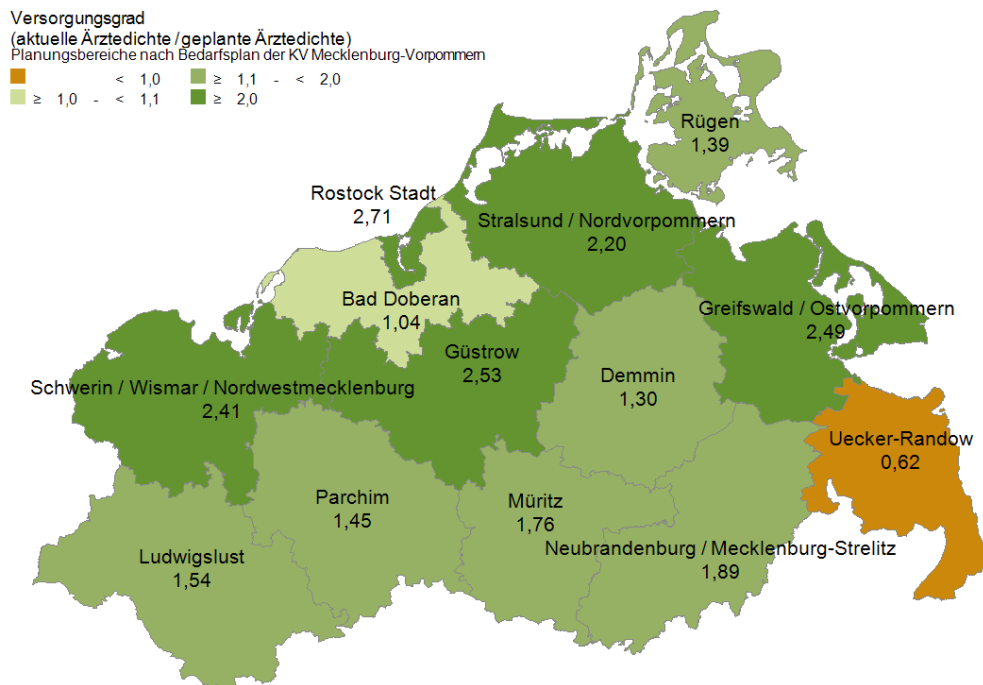


Quelle: IGES auf Basis der Arztzahlen und Arztsuche der KV Mecklenburg-Vorpommern sowie Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern.

Anmerkung: Anzahl Kinderärzte 2014, Anzahl Kinder unter 18 Jahren zum Stichtag 31.12.2010

In der Darstellung über die Planungsbereiche schwankt der nach den Maßstäben der Bedarfsplanung festgestellte Versorgungsgrad in einem recht großen Spektrum zwischen 270 % im Planungsbereich Rostock und 62 % im Planungsbereich Uecker-Randow (Abbildung 6). Uecker-Randow ist der einzige Planungsbereich in Mecklenburg-Vorpommern, der einen Versorgungsgrad unterhalb der Sollgröße von 100 % aufweist. Dort befindet sich eine relativ geringe Zahl von Kinderärzten, nämlich ein MVZ mit drei Kinderärztinnen in Pasewalk und ein weiteres MVZ mit einer Kinderärztin in Ueckermünde. Darüber hinaus gibt es noch eine niedergelassene Kinderärztin in einer Einzelpraxis in Pasewalk. Diese fünf Ärztinnen gehen in der Bedarfsplanung insgesamt mit einem Planungsgewicht von nur etwa 1,5 ein, während die 100 %-Planzahl für den Planungsbereich 2,4 Kinderärzte vorsieht. Allerdings ist gemäß § 29 der Bedarfsplanungs-Richtlinie auch in diesem Fall noch keine Unterversorgung anzunehmen, weil der Versorgungsgrad die Grenze von 50 % nicht unterschreitet.

Abbildung 6: Versorgungsgrad (aktuelle Kinderärztedichte im Verhältnis zur geplanten Kinderärztedichte), 2014



Quelle: IGES auf Basis der Arztzahlen und Arztsuche der KV Mecklenburg-Vorpommern sowie Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern.

Der Planungsbereich Bad Doberan erreicht mit der – aufgrund der unterstellten Mitversorgung durch das angrenzende Rostock – geringsten Planzahl an Kinderärzten als einziger Planungsbereich des Landes einen Versorgungsgrad, der ziemlich genau der Vorgabe von 100 % entspricht. Mit Ausnahme von Uecker-Randow sowie Bad Doberan sind alle anderen Planungsbereiche mit Kinderärzten nach den Maßstäben der aktuellen Bedarfsplanung überversorgt.

Aus den o. a. Gründen sind die nach den Normen der Bedarfsplanung festgestellten hohen Versorgungsgrade in der Kinder- und Jugendmedizin Mecklenburg-Vorpommerns allerdings nur von begrenzter Aussagekraft. Die Versorgungsgrade sind nachweislich kein bedarfsorientiertes Maß der Versorgungssituation, denn die ihnen zugrunde liegenden Verhältniszahlen beruhen auf historischen Arztzahlen vom Beginn der 1990er Jahre. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wurden mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz Möglichkeiten eröffnet, auf regionaler Ebene von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen, um die bedarfsbeeinflussenden Faktoren wie Demographie, Morbidität, Erreichbarkeit und Infrastruktur in ihren konkreten Erscheinungsformen vor Ort in der Planung berücksichtigen zu können. Hiervon wurde bislang nur begrenzt Gebrauch gemacht. Gemessen an maßgeblich bedarfsbeeinflussenden Faktoren lässt sich daher auch zeigen, dass die aktuelle Bedarfsplanung der Kinderärzte insgesamt zu keiner

stärkeren Bedarfsorientierung der regionalen Arztsitzverteilung führt (Albrecht et al. 2014a; SVR 2014: Kap. 6).

4.1.2 Leistungsgeschehen

Auch beim ambulanten Leistungsgeschehen der niedergelassenen Kinder- und Jugendmediziner zeigen sich Unterschiede zwischen den Planungsbereichen Mecklenburg-Vorpommerns (Tabelle 3). Die absolute Fallzahl der Kinderärzte war im Jahr 2013 in den Planungsbereichen Rügen und Uecker-Randow am niedrigsten; die höchsten Zahlen erreichten hier die dichter besiedelten Planungsbereichen Rostock sowie Schwerin / Wismar / Nordwestmecklenburg.

Bei einer Durchschnittsbetrachtung (Fallzahl je Kinderarzt in der Zählung nach Planungsgewichten) relativieren sich diese Unterschiede erheblich. Rügen und mit deutlichen Abstand Uecker-Randow bleiben jedoch die Planungsbereiche mit der geringsten Leistungsdichte. Betrachtet man darüber hinaus die abgerechneten EBM-Punkte der Pädiater (Euro-Wert der Punkte je Fall), lagen Rügen und Uecker-Randow allerdings über dem Landesdurchschnitt; Uecker-Randow weist sogar landesweit den höchsten Wert auf. Dies deutet darauf hin, dass die niedergelassenen Kinderärzte in der Region Uecker-Randow unter den relativ wenigen Fällen, die sie pro Jahr behandeln, im Vergleich zu den anderen Regionen tendenziell schwerere Fälle haben. Die geringen Fallzahlen in Uecker-Randow spiegeln die zuvor dargestellten begrenzten Angebotskapazitäten in dieser Region wider (wenige Kinderärztinnen mit einem nur begrenzten Tätigkeitsumfang).¹⁹

¹⁹ Die ausgewiesenen Fallzahlen und EBM-Punkte beziehen sich hier auf das Abrechnungsjahr 2013, während die weiter oben dargestellten Ärztezahlen auf das 3. Quartal 2014 abstellen. Dadurch ergeben sich leichte Abweichungen. In Fall von Uecker-Randow bezieht sich das Leistungsgeschehen auf eine leicht höhere Ärzteplanzahl (in Höhe von 2,1).

Tabelle 3: Ambulante Leistungen der Kinder- und Jugendmediziner nach Planungsbereichen (2013)

Planungsbereich (nach altem Gebietsstand)	Fallzahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendmediziner im Jahr 2013		EBM-Punkte in Euro
	absolut	je Arzt (nach Plangewicht) ¹⁾	je Fall
Greifswald / Ostvorpommern	54.644	4.140	53,5
Neubrandenburg / Mecklenburg-Strelitz	34.230	3.803	68,4
Rostock	99.290	3.677	57,7
Schwerin / Wismar / Nordwestmecklenburg	77.091	3.679	57,1
Stralsund / Nordvorpommern	47.909	3.992	49,0
Bad Doberan	13.324	3.331	56,9
Demmin	14.472	3.618	58,4
Güstrow	31.835	3.351	54,3
Ludwigslust	24.785	3.479	55,6
Müritz	16.645	4.161	57,0
Parchim	23.241	4.444	55,7
Rügen	9.456	3.152	59,7
Uecker-Randow	4.136	1.949	69,3
Gesamt Mecklenburg-Vorpommern	451.058	3.724	56,6

Quelle: IGES auf Basis Arztdaten und Arztsuche der KV Mecklenburg-Vorpommern

Anmerkungen: Diese Arztzahlen enthalten keine ermächtigten Kinderärzte.

4.1.3 Fazit ambulante Versorgungssituation

Nach den Maßstäben der aktuellen Bedarfsplanung ist Mecklenburg-Vorpommern mit einem Versorgungsgrad von etwa 200 % bei den Kinder- und Jugendmedizinerinnen rein rechnerisch deutlich überversorgt. Das gilt auch für die meisten Kreise des Landes. Viele der Kinderärzte sind auch als Hausärzte tätig, um eine wirtschaftliche Auslastung ihrer Praxis zu erreichen, und leisten damit einen Beitrag zur Sicherstellung einer wohnortnahen Patientenversorgung. Dennoch zeigen sich in der regionalen Perspektive einige Regionen mit „weißen Flecken“ der ambulanten kinderärztlichen Versorgung. Dies betrifft insbesondere die weniger dicht besiedelten Gebiete. Inwiefern in diesen peripheren Regionen eine Unterversorgung bei Kinderärzten besteht, lässt sich allein aus diesen Daten nicht ableiten. Prinzipiell besteht die Möglichkeit der Mitversorgung durch die nächstgelegenen Zentren mit höherer Kinderarztdichte, dies setzt aber gute

Verkehrsverbindungen voraus, wovon im Land MV nicht ohne Weiteres und generell ausgegangen werden kann.

Allerdings haben Auswertungen von Krankenkassendaten ergeben, dass es in Mecklenburg-Vorpommern auffällig viele Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren gibt, die noch nie von einem Kinderarzt betreut wurden (Barmer GEK 2012). Im Landeschnitt sind das etwa 16 %, in einigen Kreisen sogar deutlich mehr (44 % im Landkreis Mecklenburg-Strelitz und 42 % im Landkreis Rügen), während es bundesweit nur 8 % sind. Hier hat Mecklenburg-Vorpommern im Bundeslandvergleich den höchsten Anteil. Dabei ist auch berücksichtigen, dass nach Auskunft der KV Mecklenburg-Vorpommern eine Vielzahl der Kinder von pädiatrisch weitergebildeten Fachärzten für Allgemeinmedizin bzw. Praktischen Ärzten mit pädiatrischer Weiterbildung behandelt wird.

Insgesamt ergibt sich für Mecklenburg-Vorpommern somit ein Nebeneinander von – gemäß den Maßstäben der aktuellen Bedarfsplanung festzustellender – Überversorgung mit ambulant praktizierenden Kinderärzten einerseits und Hinweisen auf Versorgungsengpässe in einigen ländlichen Regionen des Landes andererseits. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die „Bedarfsplanung“ den Bedarf an Kinderärzten primär auf Basis historischer Arzt-Einwohner-Verhältnisse definiert.

Bezieht man darüber hinaus die aktuelle Altersverteilung der niedergelassenen Pädiater ein, zeichnet sich insbesondere in den Planungsbereichen Güstrow, Müritz und Neubrandenburg / Mecklenburg-Strelitz, in denen die Kinderärzte im Mittel deutlich älter sind als im Landesdurchschnitt, bereits heute ein altersbedingtes Nachbesetzungsproblem ab.

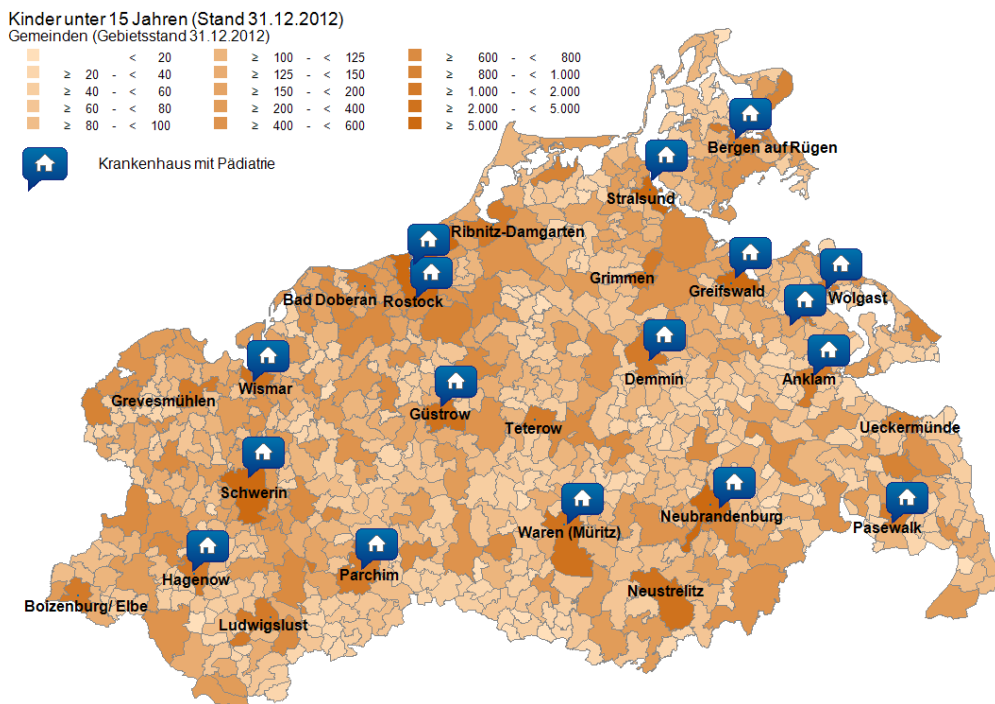
Bislang hat die KVMV im Rahmen der Bedarfsplanung bei den Kinderärzten von der Möglichkeit der regionalen Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie in begründeten Fällen keinen Gebrauch gemacht. Vielmehr finden alle Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie hinsichtlich Abgrenzung der Planungsbereiche und Arztgruppen sowie Höhe der Verhältniszahl unverändert Anwendung. Die KVMV hätte hier zukünftig die Möglichkeit, ähnlich wie sie es bei den Hausärzten bereits umsetzt, den Zuschnitt von Planungsbereichen und/oder Verhältniszahlen zu modifizieren, um bestehende oder sich abzeichnende Engpässe der kinderärztlichen Versorgung insbesondere in weniger dicht besiedelten Gebieten entgegen zu wirken. Dies setzt eine vertiefende Analyse der Versorgungssituation unter Berücksichtigung aller bedarfsrelevanten Faktoren (Morbidität, Erreichbarkeit, Infrastruktur, bestehendes Versorgungsangebot hinsichtlich Sprechstundenzeiten und evtl. Einschränkungen im angebotenen Leistungsspektrum) voraus.

4.2 Krankenhausversorgung

4.2.1 Standorte der Krankenhäuser in MV

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es derzeit²⁰ insgesamt 37 Krankenhäuser (exklusive Betriebsstätten). Davon haben 17 Krankenhäuser eine Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe und 16 Krankenhäuser eine Fachabteilung für Kinderheilkunde. Eine Fachabteilung Kinderchirurgie wiesen sechs²¹, eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie fünf Krankenhäuser auf. Abbildung 7 zeigt die Krankenhäuser in MV mit einer Fachabteilung Pädiatrie.

Abbildung 7: Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern mit Fachabteilung Pädiatrie, 2014



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Landesministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales

4.2.2 Betten, Fälle und Auslastungsquoten nach Fachabteilung

Auf die 17 Krankenhäuser mit einer Fachabteilung Gynäkologie und Geburtshilfe entfielen im Jahr 2013 insgesamt 525 Betten (vgl. dazu auch Tabelle 4). Im Durchschnitt hatte ein Krankenhaus damit 31 Betten in der Fachabteilung Gynäkologie

²⁰ Stand: Januar 2014 gemäß dem Krankenhausplan von Mecklenburg-Vorpommern.

²¹ Diese Betrachtung umfasst auch Belegbetten in der Kinderchirurgie.

und Geburtshilfe, die kleinste Fachabteilung hatte elf Betten (Asklepiosklinik Parchim), die größte 99 Betten (Klinikum Südstadt Rostock).

Die 16 Krankenhäuser mit insgesamt 461 Betten in der Fachabteilung Kinderheilkunde hatten durchschnittlich 28 Betten je Fachabteilung mit einem Minimum von sieben Betten (Klinikum Karlsburg) und einem Maximum von 90 Betten (Universität Greifswald).

Insgesamt 171 Betten der Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie verteilten sich auf fünf Krankenhäuser; die kleinste Fachabteilung hatte 20 Betten, die größte 45.

In der Fachabteilung Kinderchirurgie lag die Bettenanzahl bei durchschnittlich 13 Betten je Fachabteilung. Die kleinste Einheit besaß zwei Betten, die größte 27.

Die Bettenanzahl ist in den genannten Fachrichtungen – mit Ausnahme der Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie – seit dem Jahr 2008 rückläufig. Den stärksten Rückgang hatte die Fachrichtung Kinderchirurgie zu verzeichnen (-32,5 %), gefolgt von Gynäkologie / Geburtshilfe (-23,8 %).

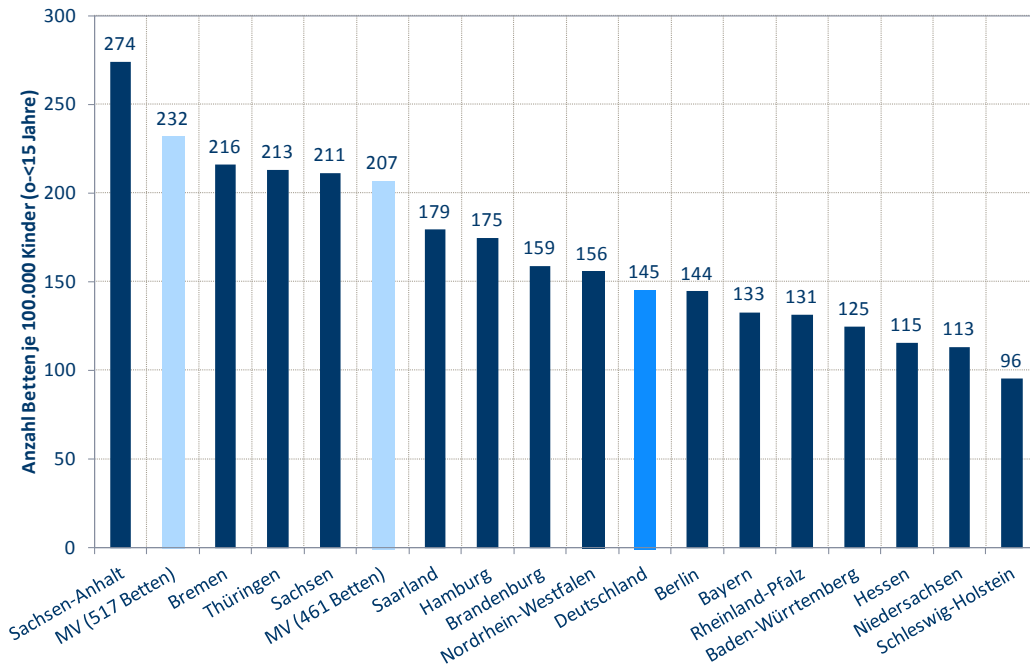
Die Anzahl der Fälle sank im Zeitraum zwischen 2008 und 2013 sowohl in der Gynäkologie / Geburtshilfe (-4,7 %) als auch in der Kinderheilkunde (-2,3 %). Die Auslastung ist im entsprechenden Zeitraum in der Gynäkologie / Geburtshilfe auf dem gleichen Niveau geblieben (71,3 %); in der Kinderheilkunde leicht angestiegen von 63,4 % auf 64,9 %. In beiden Fachrichtungen ist die durchschnittliche Verweildauer um 0,9 Tage (Gynäkologie / Geburtshilfe) bzw. 0,7 Tage (Kinderheilkunde) gesunken.

In der Kinderchirurgie ist die Anzahl der Fälle leicht angestiegen (+2,2 %), in der Kinder- und Jugendpsychiatrie etwas deutlicher um +9,8 %. Die Auslastung in der Kinderchirurgie ist – v. a. aufgrund des starken Rückgangs der Anzahl der Betten – von 58,2 % (2008) auf 70,3 % (2013) angestiegen. Des Weiteren sank in der Kinderchirurgie die durchschnittliche Verweildauer von 4,1 auf 3,3 Tage, wodurch der Anstieg des Auslastungsgrades gedämpft wurde.

Im bundesweiten Vergleich hat Mecklenburg-Vorpommern mit 232 Betten je 100.000 Kindern (0 bis <18-Jährige)²² die zweithöchste Bettendichte in der Kinderheilkunde (Abbildung 8).

²² Da die Bevölkerungsdaten nur für die Altersgruppe der 0 bis *unter* 18-Jährigen vorliegen, kann hier nur diese Altersgruppe dargestellt werden. Die Fallzahlen beziehen hingegen auch die 18-Jährigen ein.

Abbildung 8: Bettendichte in der Fachabteilung Kinderheilkunde je 100.000 Kinder (0-<18 Jahre) nach Bundesland, 2013



Quelle: Statistisches Bundesamt 2014

Anmerkung: Für Mecklenburg-Vorpommern wurde zum einen mit der beim Statistischen Bundesamt ausgewiesenen Bettenanzahl von 517, zum anderen mit der in Tabelle 4 auf Basis der MAGS-Daten ausgewiesenen Planbetten gemäß Feststellungsbescheid von 461 gerechnet. Die wesentliche Aussage einer im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlichen Bettenanzahl ergibt sich bei beiden Datengrundlagen.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mit einem Bettennutzungsgrad von 65,4 % in der Kinderheilkunde ist die durchschnittliche Bettenauslastung in Mecklenburg-Vorpommern in diesem Bereich leicht unterdurchschnittlich (64,9 %). In der Kinderchirurgie ist der Bettennutzungsgrad mit 70,3 % in Mecklenburg-Vorpommern dagegen überdurchschnittlich hoch (Bundesdurchschnitt: 59,7 %).

Tabelle 4: Betten, Fälle und Auslastungsquoten nach Fachrichtung in Mecklenburg-Vorpommern, 2008 und 2013

Fachrichtung	Anzahl Betten 2008	Anzahl Betten 2013	Veränderung der Betten 2008 auf 2013 in %	Anzahl Fälle 2008	Anzahl Fälle 2013	Veränderung der Fälle 2008 auf 2013 in %	Auslastung 2008	Auslastung 2013	Durchschnittl. Verweildauer 2008 (in Tagen)	Durchschnittliche Verweildauer 2013 (in Tagen)
Gynäkologie / Geburtshilfe	689	525	-23,8%	37.947	36.173	-4,7%	71,3%	71,3%	4,7	3,8
Kinderchirurgie	114	77	-32,5%	5.943	6.076	+2,2%	58,2%	70,3%	4,1	3,3
Kinderheilkunde	562	461	-18,0%	25.977	25.370	-2,3%	63,4%	64,9%	5,0	4,3
Kinder- und Jugendpsychiatrie	162	171	+5,6%	1.496	1.642	+9,8%	95,4%	95,9%	37,8	36,4

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales

Anmerkung: Die Anzahl der Fälle in der Gynäkologie / Geburtshilfe bezieht sich hauptsächlich auf die Gynäkologie-Fälle. Die Aussagekraft für die Geburtshilfe ist daher eingeschränkt; eine getrennte Darstellung der Gynäkologie und der Geburtshilfe ist jedoch nicht möglich.

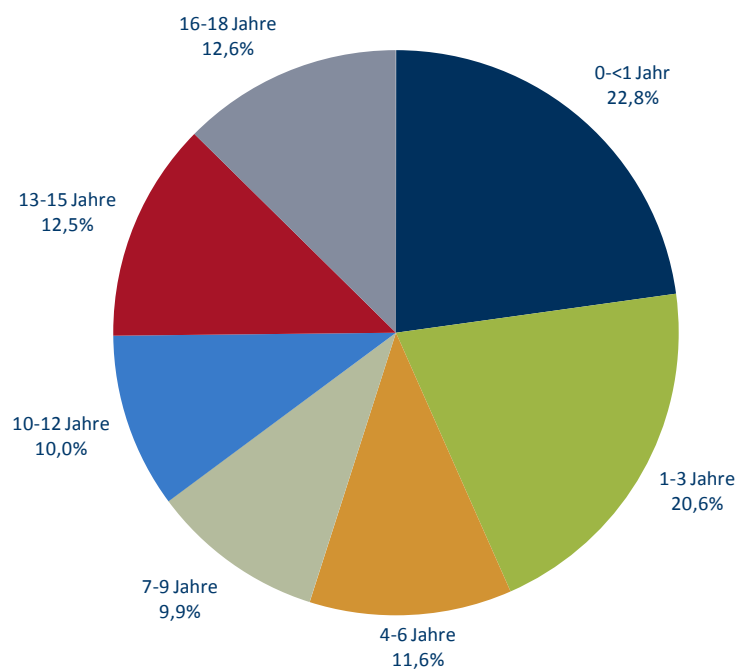
4.2.3 Detaillierte Analyse der Krankenhausfälle im Jahr 2013

Fälle nach Altersgruppen

Im Jahr 2013 gab es auf Basis der Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG, die vom MASG für die vorliegende Untersuchung zur Verfügung gestellt wurden, insgesamt 38.584 stationäre Behandlungsfälle²³ von Kindern und Jugendlichen (im Alter von 0-18 Jahren) in Mecklenburg-Vorpommern.

Rund 22,8 % (n = 8.795) der Krankenhausfälle betraf Kinder unter einem Jahr (Abbildung 9). Rund ein Fünftel aller Patienten war zwischen einem und drei Jahren alt. Die restlichen Behandlungsfälle verteilen sich relativ gleichmäßig auf die anderen Altersgruppen. Das durchschnittliche Alter über alle Behandlungsfälle betrug 6,7 Jahre.

Abbildung 9: Verteilung der Krankenhausfälle in der Altersgruppe 0-18 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern nach Altersgruppen, 2013



Quelle: IGES auf Basis der Daten des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (§ 21 KHEntgG-Daten).

²³ Definiert als die Anzahl entlassener vollstationärer Patienten im Jahr 2013. Darin nicht enthalten sind die sog. „gesunden Neugeborenen“ (Diagnose Z38*), da mit der vorliegenden Datenbasis nur ein geringer Anteil der gesunden Neugeborenen abgedeckt wird. Im Folgenden werden daher alle Auswertungen ohne die „gesunden Neugeborenen“ durchgeführt.

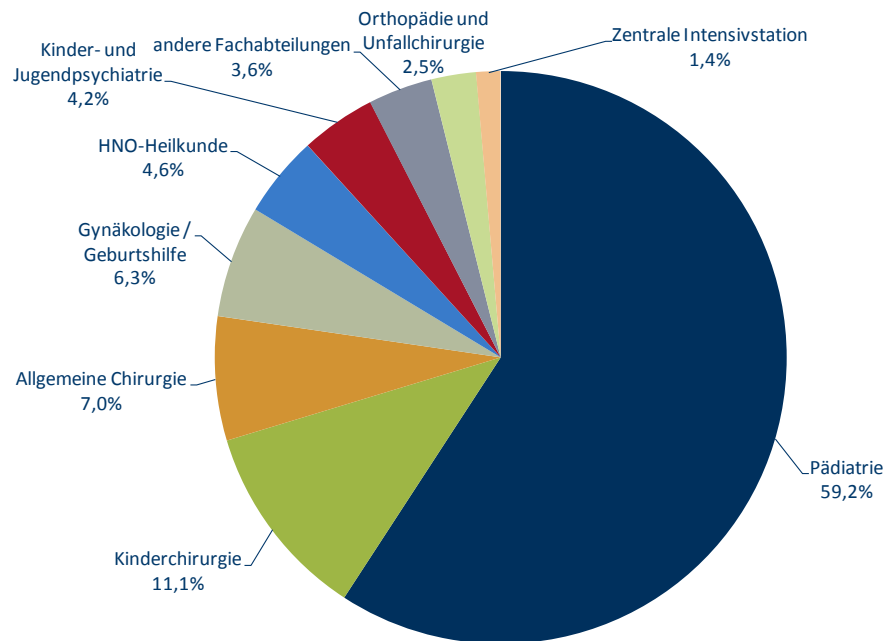
In Mecklenburg-Vorpommern lag die Anzahl der Krankenhausfälle je 100.000 Einwohner im Jahr 2010 in allen Altersgruppen unter 20 Jahren deutlich über dem Bundesdurchschnitt, mit der größten Differenz in der Altersgruppe der 1- bis unter 5-Jährigen. Das MAGS verweist darauf, dass die überdurchschnittliche Fallhäufigkeit nicht unbedingt auf ein höheres Gesundheitsrisiko hinweise, sondern auch Folge „unterschiedlicher Behandlungsstrategien“ sein könne. Möglicherweise sei sie auch ein Hinweis darauf, dass „insbesondere in den ländlich geprägten Regionen die ambulante kinderärztliche Versorgung bereits Lücken“ aufweise (MAGS 2013, S. 23).

Fälle nach Fachabteilung

Knapp 60 % (59,2 %) der Krankenhausfälle von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2013 wurde in einer Fachabteilung der Pädiatrie behandelt (Abbildung 10).²⁴ Knapp ein Fünftel (19,1 %) der Fälle wurde in einer nicht-kinderspezifischen Fachabteilung behandelt; insbesondere waren hier die Fachabteilungen „Allgemeine Chirurgie“ (7,0 %) und HNO-Heilkunde (4,6 %) vertreten. Allerdings lassen die Daten keinen Rückschluss darauf zu, ob diese Fachabteilungen einen pädiatrischen Schwerpunkt hatten. Des Weiteren wird nicht ausgeschlossen, dass ein Teil der Fälle in den Daten einer nicht-pädiatrischen Fachabteilung zugeordnet werden, obwohl sie während ihres Krankenhausaufenthalts tatsächlich in einer pädiatrischen Abteilung untergebracht und gepflegt wurden.

²⁴ Die Krankenhausfälle, die im Rahmen desselben Aufenthalts in mehreren Fachabteilungen behandelt wurden, sind im hier verwendeten Datensatz stets der Fachabteilung zugeordnet, für die die höchste Verweildauer dokumentiert wurde.

Abbildung 10: Verteilung der Krankenhausfälle in der Altersgruppe 0-18 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern nach Fachabteilung, 2013

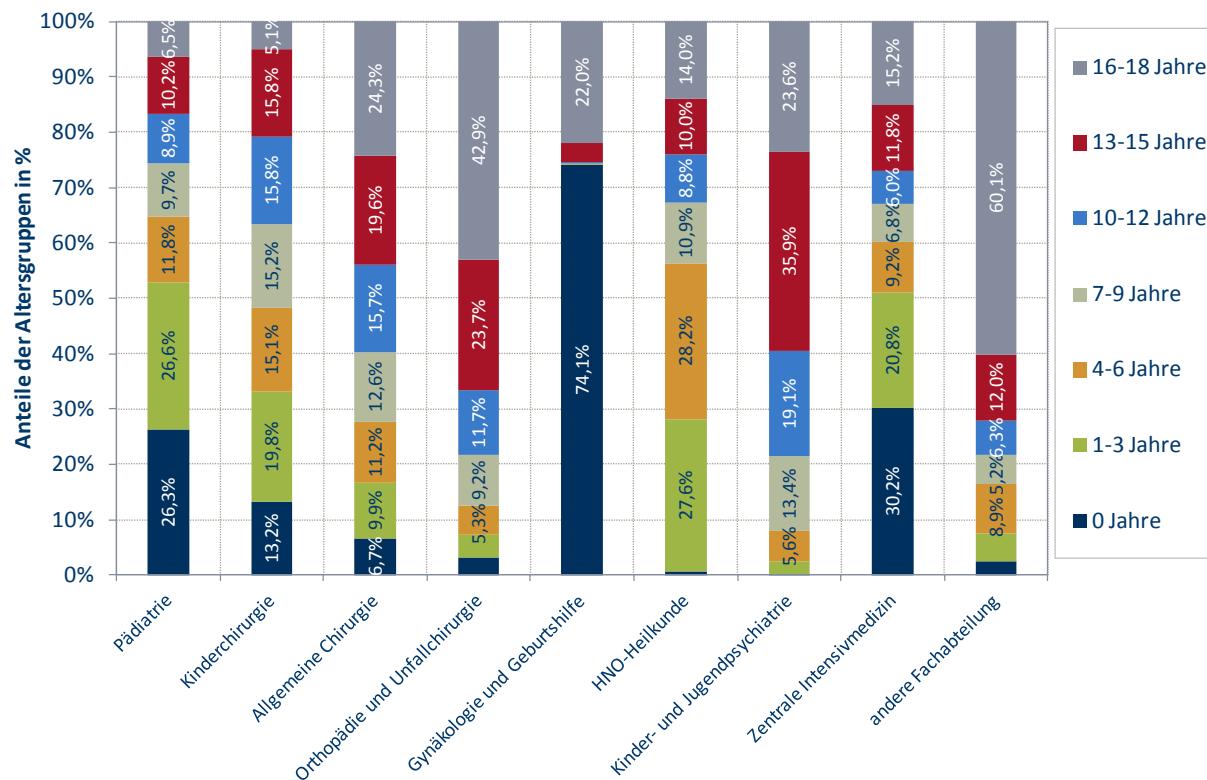


Quelle: IGES auf Basis der Daten des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (§ 21 KHEntg-Daten).

Anmerkung: Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der Fälle in der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschätzt wird, da nur die Fälle nach § 17b KHG, nicht jedoch nach § 17d KHG enthalten sind.

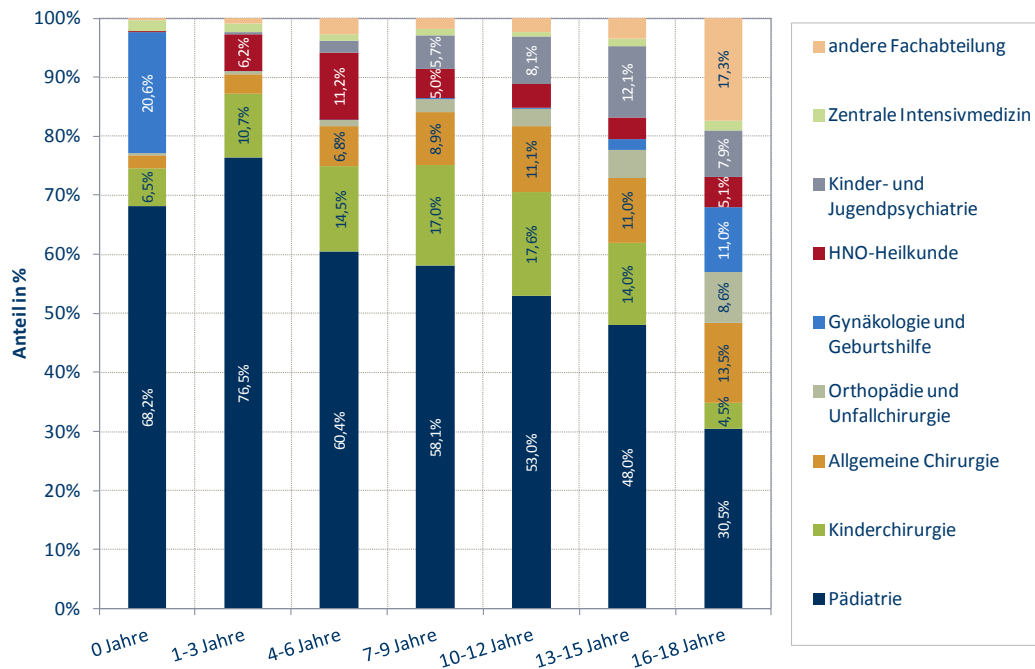
Die Altersverteilung der Krankenhausfälle in den einzelnen Fachabteilungen gestaltet sich sehr unterschiedlich (Abbildung 11). In der Pädiatrie betrug 2013 der Anteil der Fälle von Patienten im Alter von 0-3 Jahren mehr als 50 %. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Krankenhausfälle, die nicht in einer kinder-spezifischen Abteilung behandelt werden (Abbildung 12).

Abbildung 11: Verteilung der Krankenhausfälle von Patienten im Alter von 0 bis 18 Jahren in den Fachabteilungen auf die Altersgruppen (in %), 2013



Quelle: IGES auf Basis der Daten des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (§ 21 KHEntgG-Daten).

Abbildung 12: Verteilung der Krankenhausfälle der Altersgruppen auf die Fachabteilungen (in %), 2013



Quelle: IGES auf Basis der Daten des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (§ 21 KHEntG-Daten).

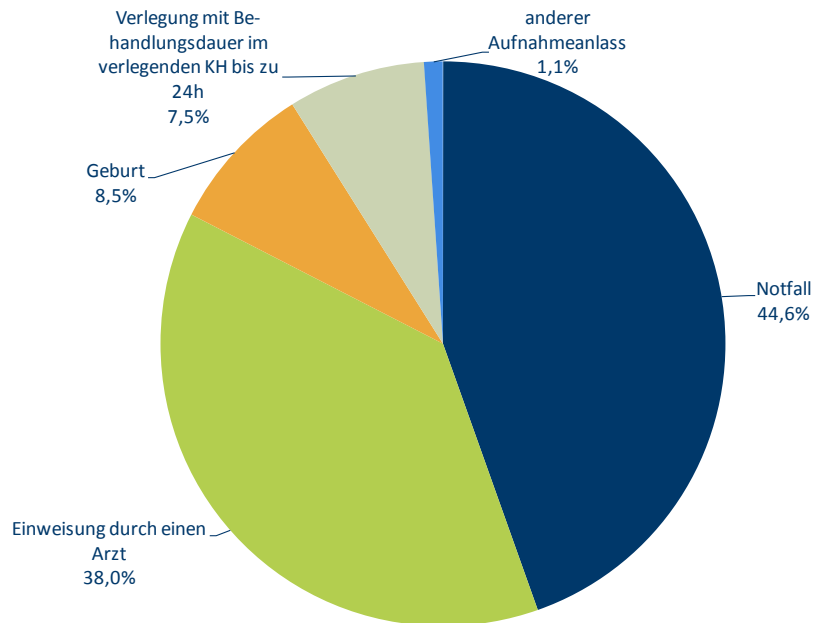
Fälle nach Aufnahmegrund

Rund 44,6 % der Behandlungsfälle in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen wurden als „Notfall“²⁵ in ein Krankenhaus aufgenommen, rund 38 % wurden durch einen Arzt eingewiesen (Abbildung 13).²⁶ Rund ein Drittel aller „Notfälle“ entfiel dabei auf die Altersgruppe der 0 bis 2-Jährigen.

²⁵ Als „Notfall“ werden in der vorliegenden Datenbasis alle Fälle dokumentiert, die ohne ärztliche Einweisung in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Damit weist ein „Notfall“ als Aufnahmegrund nicht zwangsläufig auf die medizinische Dringlichkeit hin.

²⁶ Eine Analyse nach den Wochen- und Tageszeiten der Aufnahme ist anhand der zur Verfügung gestellten Daten nicht möglich. Dies sollte jedoch näher analysiert werden, insbesondere im Zusammenhang mit der Feststellung, dass Mecklenburg-Vorpommern im bundesweiten Vergleich eine überdurchschnittlich hohe Fallzahl aufweist.

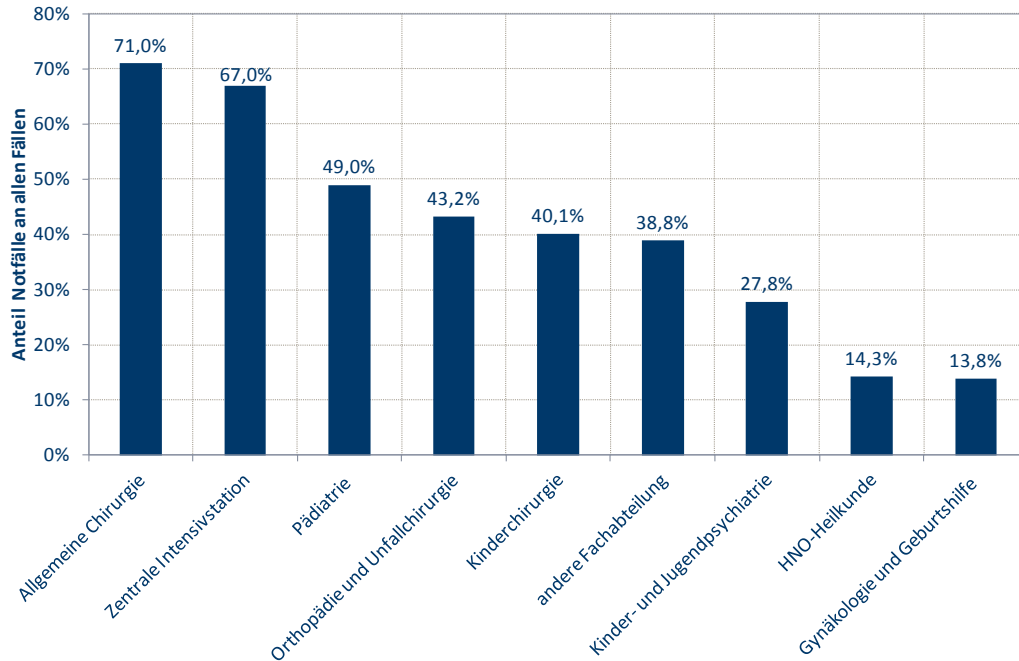
Abbildung 13: Verteilung der Krankenhausfälle in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen nach Aufnahmeanlass, 2013



Quelle: IGES auf Basis der Daten des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (§ 21 KHEntgG-Daten).

Mehr als zwei Drittel aller Fälle in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen in den Abteilungen Allgemeine Chirurgie und Zentrale Intensivstation waren „Notfälle“ (Abbildung 14). In der Pädiatrie war rd. jeder zweite Fall ein „Notfall“.

Abbildung 14: Anteil der „Notfälle“ an allen Fällen in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen nach Fachabteilung, 2013



Quelle: IGES auf Basis der Daten des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (§ 21 KHEntgG-Daten).

Fälle nach Diagnosen

Rund 17,2 % aller Krankenhausfälle der 0-18-Jährigen waren Diagnosen aus dem Bereich J00-J99 („Krankheiten des Atmungssystems“) zuzuordnen (Tabelle 5). An zweiter und dritter Stelle folgten mit 16,2 % „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ sowie mit 11,0 % „Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“. Die Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt unterscheiden sich beträchtlich nach den Altersgruppen. Bei den 0-5-Jährigen waren vor allen die Diagnosen Pneumonie, Bronchitis und Darminfektionen an den ersten Stellen, während bei den über 10-Jährigen Gehirnerschütterung, akuter Rausch, Bauch- und Beckenschmerzen sowie Blinddarmentzündungen die wesentlichen Hauptdiagnosen darstellten.

Tabelle 5: Verteilung der Krankenhausfälle in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen nach Hauptdiagnosen, 2013

ICD 10	Beschreibung	Anzahl	Anteil
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	6.646	17,2%
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	6.259	16,2%
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	4.225	11,0%
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	3.998	10,4%
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	2.833	7,3%
R00-R99	Symptome und abnorme klinische Befunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	2.755	7,1%
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	2.548	6,6%
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	1.538	4,0%
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1.123	2,9%
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	1.093	2,8%
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	852	2,2%
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	807	2,1%
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	771	2,0%
C00-D48	Neubildungen	732	1,9%
Z00-Z99 - ohne Z38	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	643	1,7%
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	439	1,1%
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	438	1,1%
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	402	1,0%
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	266	0,7%
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	216	0,6%

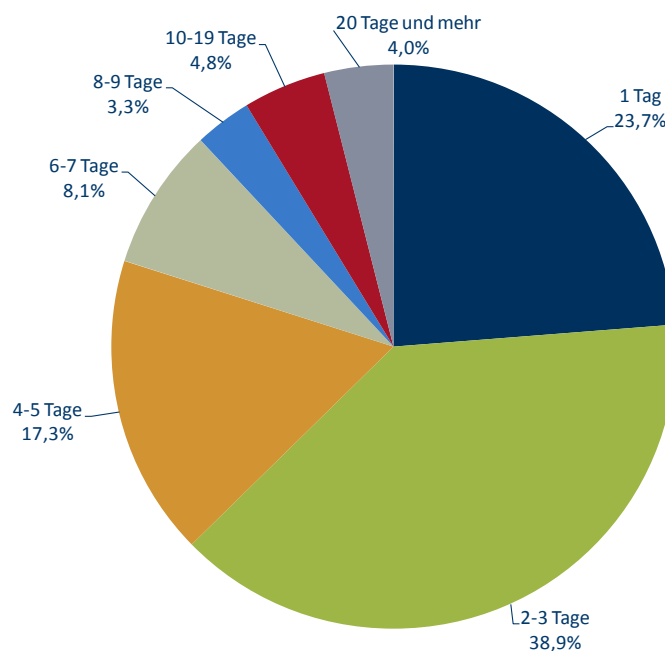
Quelle: IGES auf Basis der Daten des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (§ 21 KHEntgG-Daten).

Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer betrug für alle Krankenhausfälle in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen 5,2 Tage (Abbildung 15). Auffällig ist, dass knapp jeder vierte Krankenhausfall ($n = 9.162$) in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen eine Verweildauer von nur einem Tag hatte. Von diesen Fällen entfielen rd. 20,2 % auf die Altersgruppe der 0-<1-Jährigen und knapp die Hälfte auf die Altersgruppe der 0-5-Jährigen. In den Expertengesprächen wurde darauf hingewiesen, dass man in einem Flächenstaat wie Mecklenburg-Vorpommern mit vergleichsweise langen Anfahrtszeiten insbesondere im Fall von kleineren Kindern eher dazu neigt, diese im Zweifel stationär aufzunehmen. Des Weiteren wurde als Erklärung angefügt, dass Kinder sich oftmals sehr schnell regenerieren, beispielsweise nach der Gabe einer Infusion.

Rund 25,2 % aller Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag waren Diagnosen aus dem Bereich „Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen“ zuzuordnen. Hierbei war insbesondere die Diagnose S06.0 "Gehirnerschütterung" häufig vertreten. An zweiter Stelle folgten mit rd. 10,8 % „Krankheiten des Atmungssystems“, hierbei insbesondere die Diagnose „Hyperplasie der Gaumenmandeln“ (J35.2). An dritter Stelle lagen Diagnosen aus dem Bereich „Symptome und abnorme klinische Befunde, a.n.k.“ (v. a. Bauch- und Beckenschmerzen, Synkope und Kollaps) mit rd. 9,5 %.

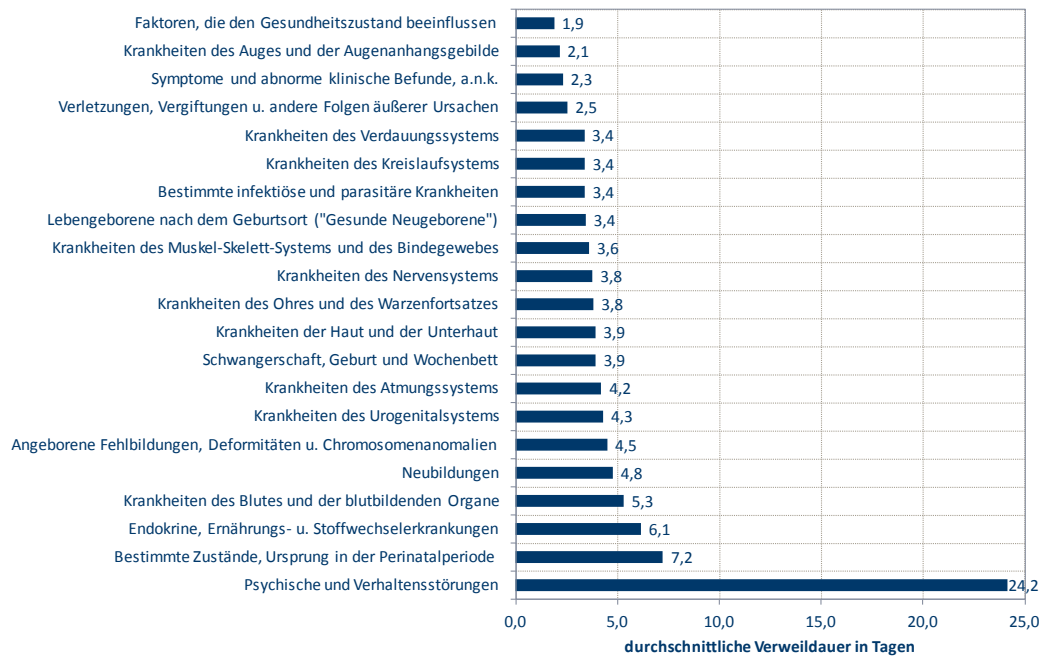
Abbildung 15: Verteilung der Krankenhausfälle in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen nach Verweildauer, 2013



Quelle: IGES auf Basis der Daten des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (§ 21 KHEntgG-Daten).

Am höchsten war die durchschnittliche Verweildauer für Diagnosen aus der Gruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen mit rd. 24,2 Tagen (Abbildung 16).

Abbildung 16: Durchschnittliche Verweildauer in der Altersgruppe der 0-18-Jährigen nach Diagnosegruppen, 2013



Quelle: IGES auf Basis der Daten des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (§ 21 KHEntgG-Daten).

4.2.4 Fazit Krankenhausversorgung

Die Kapazitäten des stationären Sektors in den für Patienten im Kindes- und Jugendalter relevanten Fachgebieten sind in Mecklenburg-Vorpommern im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlich hoch. Auch die Experten konstatierten mehrheitlich eine ausreichende Versorgungskapazität in diesem Leistungssektor. Dies liege jedoch v. a. daran, dass momentan noch viele kleine Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin „am Leben gehalten werden“. Zukünftig drohten daher auch im stationären Sektor „weiße Flecken“, wenn diese Stationen aus betriebswirtschaftlichen Gründen geschlossen würden (vgl. dazu auch Kapitel 7.2.2). Zusätzlich gibt es personelle Herausforderungen, da sich auch im Krankenhaussektor immer weniger Ärzte finden, die zum einen bereit sind, in strukturschwächeren Regionen (vgl. hierzu auch Kapitel 6) oder in kleineren Fachabteilungen zu arbeiten, da hier die Dienstbelastung gemäß den befragten Experten höher sei. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit für neue Betriebsmodelle im stationären Sektor bzw. eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors für eine optimale Bündelung der Kapazitäten.

Des Weiteren liegt die Fallhäufigkeit in Mecklenburg-Vorpommern in allen Altersgruppen der 0 bis 15-Jährigen über dem bundesweiten Durchschnitt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass – trotz der nach den Maßstäben der Bedarfsplanung festgestellten deutlichen Überversorgung (vgl. Kapitel 4.1) – im ambulanten Bereich regionale Versorgungsdefizite bestehen und ggf. Krankenhausfälle durch eine größere ambulante Versorgungsdichte verhindert werden könnten. Hierzu bedarf es allerdings noch vertiefender Analysen.

4.3 Weitere Leistungsanbieter

In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen spielen noch weitere Leistungserbringer eine Rolle, wie der Kinder- und Jugendärztliche Dienst der Gesundheitsämter, die Sozialpädiatrischen Zentren und die Familienhebammen, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird.

Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

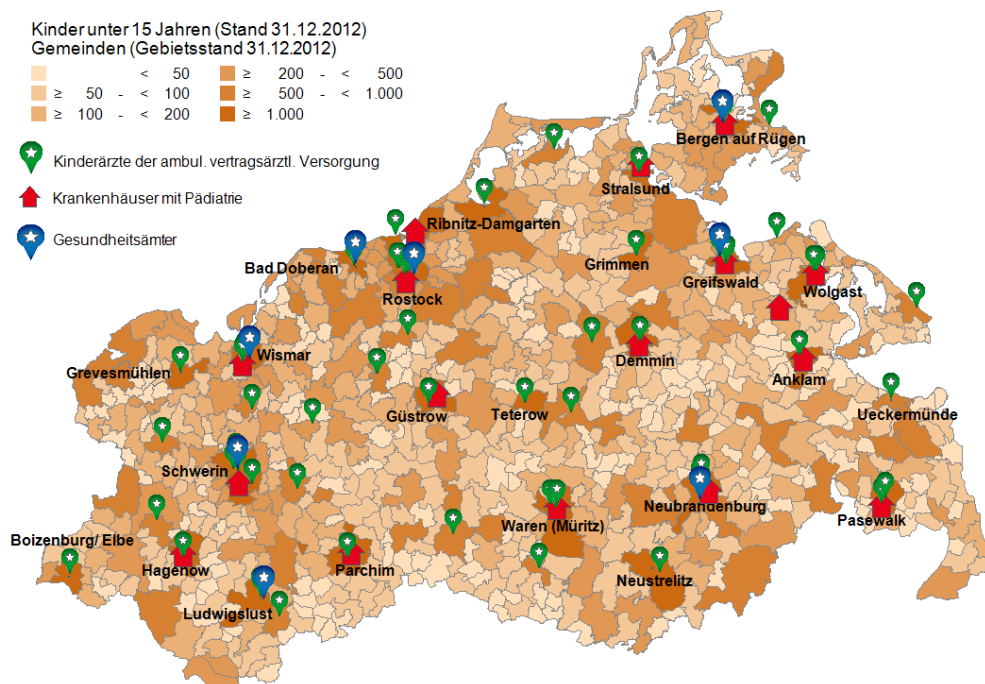
Zu den Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes gehört u. a. die Durchführung der Schuluntersuchungen (Einschulungsuntersuchung, Untersuchung in der 4. und 8. Klasse). Das Ziel dieser Untersuchungen ist die frühzeitige Erkennung von Krankheiten und Fehlentwicklungen. Des Weiteren werden Beratungen durchgeführt – beispielsweise über Förder-, Hilfe- und Therapiemaßnahmen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche oder zu Impfungen – und Kinder- und Jugendärztliche Gutachten und Zeugnisse ausgestellt (z. B. Schul- und Sportbefreiungen, familienunterstützende Maßnahmen, Anträge auf heilpädagogische Frühförderung). Des Weiteren koordiniert der Kinder- und Jugendärztliche Dienst den Einsatz von Familienhebammen.

Im Jahr 2013 waren insgesamt 76 Personen (67,5 in Vollzeitäquivalenten) im Jugendärztlichen Dienst der Gesundheitsämter tätig, davon 29 Ärzte²⁷ (25,2 in Vollzeitäquivalenten). Die Standorte des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter ergänzen das ambulante Versorgungsangebot (Abbildung 17).

Generell sollte der Kinder- und Jugendmedizinische Dienst vor allem in den Gegenden, in denen es keine niedergelassenen Kinderärzte (mehr) gibt, stärker in die ambulante Leistungserbringung eingebunden werden. Ansätze für eine stärkere Einbindung sind beispielsweise Impfsprechstunden und Vorsorgeuntersuchungen. Eine weitere Möglichkeit wäre eine stärkere Zusammenarbeit zwischen dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst und Schulen, beispielsweise auch in Form einer jährlichen Vorsorgeuntersuchung an Schulen (und evtl. Kindertagesstätten), um Entwicklungsstörungen oder andere Auffälligkeiten frühzeitig aufzudecken. Dazu müsste untersucht werden, welche kinderärztlichen Kapazitäten der Kinder- und Jugendärztliche Dienst momentan aufweist und welche Kapazitäten für einen Ausbau der Tätigkeiten notwendig wären und ob dafür Möglichkeiten der Refinanzierung bestehen.

²⁷ Hierbei handelt es sich nicht ausschließlich um Pädiater.

Abbildung 17: Standorte der Kinderärzte, Gesundheitsämter und Krankenhäuser mit Pädiatrie im Vergleich zur Verteilung der Kinder unter 15 Jahren



Quelle: IGES auf Basis der Arztsuche der KV Mecklenburg-Vorpommern, Landeskrankhausplan und Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern.

Anmerkungen: Standorte der Kinderarztsitze der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung 2014; alle Gesundheitsämter bieten ihre Leistungen auch in Außen- und Nebenstellen an; Anzahl Kinder unter 15 Jahren zum Stichtag 31.12.2012

Sozialpädiatrische Zentren

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es zwei Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), in Schwerin und Greifswald. SPZ sind ambulante interdisziplinäre Einrichtungen, die Hilfe und Unterstützung für Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen mit Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen sowie Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohten Kindern anbieten.²⁸ SPZ sind Einrichtungen der gehobenen Versorgungsstufe; die Behandlung muss von einem niedergelassenen Arzt (Hausarzt oder Kinderarzt) verordnet werden. Oftmals geht die Initiative für eine SPZ-Behandlung jedoch nicht von einem Kinder- oder Hausarzt aus, sondern von den Schulen oder Kindergärten.

²⁸ Gesetzliche Grundlage für die SPZ sind § 119 SGB V sowie § 4 Frühförderungsverordnung gemäß § 30 SGB IX. In dem Geltungsbereich von § 119 SGB V bedarf ein SPZ der Zulassung durch den örtlichen Zulassungsausschuss. Ein SPZ steht unter ärztlicher Leitung und umfasst Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen (u. a. Kinderärzte, Logopäden, Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten).

Als Herausforderung für die sozialpädiatrische Versorgung wurde in den Expertengesprächen betont, dass das SPZ auf eine „funktionierende Überweisungsstruktur“ angewiesen sei. Wenn das Netz der niedergelassenen Pädiater löchrig wird, dann könnten Entwicklungsverzögerungen zu spät erkannt werden und Überweisungen an das SPZ würden dann ggf. verzögert stattfinden. Um dies zu verhindern, könnten die SPZ, beispielsweise in Regionen, in denen keine niedergelassenen Pädiater (mehr) vorhanden sind, in regelmäßigen Abständen eine Sprechstunde bei Allgemeinmedizinerinnen und in Gemeindezentren abhalten beispielsweise für eine Diagnosestellung. Hierzu müssten allerdings abrechnungstechnische Hürden abgebaut werden.

Des Weiteren ist Experten zufolge für eine weitere Verbesserung bzw. den Erhalt des in den SPZ erreichten Behandlungserfolgs, die Schaffung von Strukturen für den Übergang der Jugendlichen in die Erwachsenenmedizin erforderlich. Dies beinhaltet zum einen die Schaffung der erforderlichen Strukturen für die „Transition“ als auch die Strukturen, in denen die betroffenen Jugendlichen ankommen können (d. h. beispielsweise Sozialmedizinische Zentren für Erwachsene).

Familienhebammen

Seit dem Jahr 2008 sind in Mecklenburg-Vorpommern Familienhebammen im Einsatz.²⁹ Im Jahr 2014 waren 52 Familienhebammen und sechs Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen³⁰ in Mecklenburg-Vorpommern tätig. In Mecklenburg-Vorpommern werden die Familienhebammen auf Vermittlung durch die örtlichen Gesundheitsämter³¹ – mit Ausnahme von Sonderregelungen – nach der achten Lebenswoche des Kindes tätig. Im Jahr 2012 wurden 388 Familien betreut. Als Hauptgründe für eine Betreuung wurden folgende Faktoren angegeben:

- ◆ geringer sozioökonomischer Status

²⁹ Auf die originäre Hebammenarbeit wird in diesem Bericht nicht näher eingegangen. Die Hebammenhilfe umfasst die Betreuung in der Vorsorge, die Geburt, die Nachsorge, sämtliche Fragen zum Stillen sowie die Begleitung in der Phase der Rückbildung und erbringt damit einen wesentlichen Beitrag für alle Leistungen rund um die Geburt. Eine Untersuchung über die Versorgungssituation mit Hebammenhilfe in MV liegt nicht vor. In einer Kleinen Anfrage an die Landesregierung wurde die Situation der Hebammenversorgung in Mecklenburg-Vorpommern als „angespannt“ bezeichnet (Landtags-Drucksache 6/2309). Gemäß einem Gutachten des IGES Instituts aus dem Jahr 2010 legten freiberuflich tätige Hebammen in 60 % der Kreise in Deutschland durchschnittlich zwischen acht und zwölf Kilometer zurück, um die von ihnen betreuten Frauen zu erreichen. In einigen Kreisen, insbesondere auch in Mecklenburg Vorpommern, waren es dagegen 16 km und mehr (Albrecht et al. 2012).

³⁰ Dies sind Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen mit einer Zusatzqualifikation, die in den Familien die gleichen Aufgaben wie Familienhebammen übernehmen. Im Folgenden wird nur von Familienhebammen gesprochen; dies schließt immer die Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen ein.

³¹ Die Gesundheitsämter sind daher als „Clearing-Stelle“ tätig und geben ihre Zustimmung, ob bei einer Familie ein Bedarf an einer Familienhebamme besteht.

- ◆ geringer Bildungsstand
- ◆ finanzielle Notlage
- ◆ Hemmschwelle beim Zugang zu gesundheitlicher Versorgung
- ◆ unzureichende Wohnsituation
- ◆ Integrationsdefizite

Problemlagen in den betreuten Familien waren insbesondere psychosoziale Umstände, psychische Auffälligkeiten, fehlendes soziales Netz, Störung der Eltern-Kind-Beziehung sowie Suchtverhalten.

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt Familienhebammen. Falls für bestimmte Fälle bei Bedarf keine Familienhebammen zur Verfügung stehen, gibt es alternative – auch niedrigschwellige – Hilfssysteme (Familienzentren, Beratungsstellen, Projekte im Bereich des ehrenamtlichen Engagements), die die betroffenen Familien unterstützen können.

Damit die Familienhebammen ihre Lotsenfunktion erfüllen können, müssen sie ausreichend Kenntnis über andere gesundheitsbezogene und soziale Angebote für Kinder/Familien in der Region verfügen (u. a. Vermittlung an Kinderärzte, Kinder- und Jugendhilfe, Frühförderstellen, Schulen, Jugendämter, Wohnungsämter, Krabbelgruppen, Schuldnerberatungen). Die Familienhebammen agieren im Kontext der Frühen Hilfen und sind daher in die regionale Netzwerkarbeit eingebunden. Allerdings gilt es gemäß den befragten Experten auch, die Netzwerkarbeit für die Familienhebammen zu erleichtern und die Rahmenbedingungen so anzupassen, dass freiberufliche Hebammen stärker als bisher an bestehenden Netzwerkaktivitäten teilnehmen können. Des Weiteren ist die Niedrigschwelligkeit des Angebots der Familienhebammen beizubehalten; das Vertrauensverhältnis zwischen den Familien und den Hebammen dürfe gemäß den befragten Experten nicht durch die Nähe zur Kinder- und Jugendhilfe gefährdet werden.

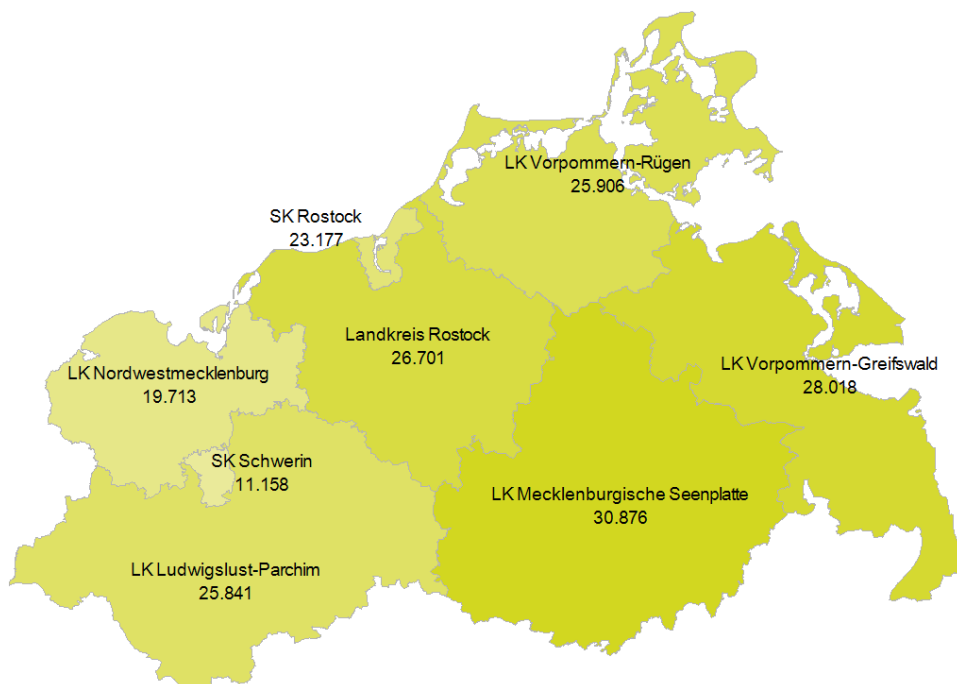
5. Gegenwärtiger und zukünftiger Versorgungsbedarf

Zur Einschätzung des gegenwärtigen und zukünftigen Versorgungsbedarfs wird zunächst die demografische Entwicklung betrachtet, wobei der Schwerpunkt hierbei auf der regionalen Verteilung der Kinder liegt (Kapitel 5.1). Anschließend werden kurz wesentliche Einflussfaktoren der Morbiditätsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen dargestellt (Kapitel 5.2).

5.1 Demografische Entwicklung

Aktuell leben in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt etwa 190.000 Kinder im Alter von unter 15 Jahren. Knapp 20 % von diesen sind in den beiden Stadtkreisen Schwerin und Rostock wohnhaft (Abbildung 18).³² Die meisten Kinder leben aktuell im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (knapp 31.000 Kinder).

Abbildung 18: Anzahl Kinder unter 15 Jahren nach Kreisen (in 2013)



Quelle: IGES auf Basis Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern.

Die demografische Entwicklung wird insgesamt zu einem kräftigen Rückgang der Kinderzahl führen. Im Jahr 2030 werden voraussichtlich nur noch etwa 170.000

³² Hier wurde die neue Kreisstruktur zum Gebietsstand nach der Kreisgebietsreform 2011 gewählt, da auf dieser Ebene aktuelle Bevölkerungsprognosen vorliegen, die im Weiteren verwendet werden.

Kinder unter 15 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern leben; das wären 10 % weniger als zurzeit. Regional werden die Kinder dann erwartungsgemäß noch stärker in den Zentren des Landes konzentriert sein (Abbildung 19).

Abbildung 19: Veränderung der Anzahl Kinder unter 15 Jahren nach Kreisen, 2030 ggü. 2013



Quelle: IGES auf Basis Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern.

Anmerkung: Bei der Entwicklung des Landkreises Vorpommern-Greifswald ist die besondere Situation der Hansestadt Greifswald als Universitätsstandort mit einem Bevölkerungszuwachs zu berücksichtigen.

In den meisten Landkreisen wird die Anzahl der Kinder teilweise erheblich zurückgehen, nicht so hingegen in den beiden Stadtkreisen. So ist in den Landkreisen Rostock und Vorpommern-Rügen mit Rückgängen der Kinderzahl von über 20 % zu rechnen. Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte wird es im Jahr 2030 sogar rd. 30 % weniger Kinder geben als noch im Jahr 2014. Dort werden dann voraussichtlich nur noch 21.000 Kinder leben. Hingegen zeigt sich in den Stadtkreisen ein anderes Bild. Für den Stadtkreis Schwerin wird ein moderater Rückgang um knapp 5 % über den gesamten Zeitraum bis zum Jahr 2030 gerechnet. Im Stadtkreis Rostock wird es in den kommenden 15 Jahren sogar zu einem Anstieg der Kinderzahl um insgesamt rd. 30 % kommen. Damit werden dann etwa 30.000 Kinder in der größten Stadt des Landes leben. Das sind etwa so viele wie heute im gesamten Landkreis Mecklenburgische Seenplatte wohnhaft sind. Im Landkreis Vorpommern-Greifswald zeigt sich ein Kompositionseffekt. Hier setzt sich eine moderate Gesamtentwicklung zusammen aus einer Bevölkerungszu-

nahme in Greifswald und einer -abnahme in den ländlichen Regionen dieses Landkreises. Da die Bevölkerungsprognosen des Statistischen Landesamtes bis zum Jahr 2030 nur auf Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise vorliegen, können diese Entwicklungen hier jedoch nicht differenzierter betrachtet werden.

5.2 Morbiditätsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen

Die allgemeine gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert. Als Gründe für diese Entwicklung werden vor allem die allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen sowie der Ausbau der medizinischen Versorgung angeführt (z. B. Schlack et al. 2008). Dies führte zu einer Senkung der Säuglingssterblichkeit sowie zu einem Rückgang der Mortalität von Kindern und Jugendlichen im Alter von 1 bis 15 Jahren. Dafür sind jedoch andere Krankheiten und Entwicklungsstörungen in den Vordergrund getreten (Schlack et al. 2008), und es kam zu einer Verschiebung des Krankheitspektrums von den akuten zu den chronischen sowie von den somatischen zu den psychischen Erkrankungen.

Diese Krankheitsverschiebung – oftmals auch unter dem Begriff der „neuen Morbidität“ diskutiert – zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen in der Form „neuer Kinderkrankheiten“, insbesondere einer Zunahme der chronischen Erkrankungen (z. B. allergische Erkrankungen, obstruktive Bronchitis) sowie einer Zunahme von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen (z. B. motorische Schwächen, verzögerte Sprachentwicklung, Hyperaktivität, Depressionen, Aggressivität, Angststörungen) (Schlack et al. 2008). So hat sich beispielsweise die Häufigkeit von Bronchial-Asthma bei Kindern in den letzten 25 Jahren verdreifacht (Kvaerner et al. 2000). Als Gründe für diese Entwicklung werden Lebensstil- und Umweltfaktoren diskutiert, wie ein Wandel der Ernährungsgewohnheiten, verminderte Exposition gegenüber Krankheitserregern in der frühen Kindheit sowie der vermehrte Einsatz von Antibiotika (Schlack et al. 2008).

Des Weiteren ist bei Kindern und Jugendlichen ein starker Anstieg von Adipositas – ein bedeutsamer Risikofaktor für die Entstehung einer Vielzahl von chronischen Erkrankungen (u. a. Diabetes, Herz- und Kreislauferkrankungen) – zu verzeichnen: Gemäß der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie) hatte mehr als jedes sechste Kind in Deutschland im Alter von 3 bis 17 Jahren Übergewicht (Kurth et al. 2007); dies bedeutet eine Zunahme um 50 % im Vergleich zum Zeitraum 1985-1999. Dabei besteht für Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status ein deutlich erhöhtes Risiko für Übergewicht. In Mecklenburg-Vorpommern stagniert der Anteil übergewichtiger Kinder seit Jahren auf hohem Niveau – trotz zahlreicher sportlicher Freizeitangebote und Projekte zum Thema Ernährung und Bewegung (MAGS 2013).

In der KiGGS-Studie wurden psychische und Verhaltensauffälligkeiten anhand eines Fragebogens erfragt: Demnach zeigten rund 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren Hinweise auf emotionale bzw. Verhaltensauffäl-

ligkeiten (Schlack et al. 2008). Auch bei den psychischen Auffälligkeiten war das Risiko für Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status nahezu um das Dreifache erhöht. Personale, familiäre und soziale Ressourcen waren bei Kindern und Jugendlichen aus einer niedrigen sozialen Schicht geringer, dagegen waren für diese Kinder und Jugendliche Tendenzen zu gesundheitlichem Risikoverhalten (Tabak-, Alkohol- oder hoher Medienkonsum) stärker ausgeprägt (Schlack et al. 2008).

In Mecklenburg-Vorpommern zeigte sich anhand der Schuleingangsuntersuchungen, dass sich der Anteil der Kinder mit Sprachstörungen, die sich bereits vor der Einschulung in Behandlung befanden, seit dem Schuljahr 2002/2003 nahezu verdoppelt hat, während der Anteil der Kinder mit Seh- bzw. Hörstörungen im gleichen Zeitraum in etwa konstant blieb (MAGS 2013).

Des Weiteren gehen Experten davon aus, dass sich bei den chronischen Erkrankungen die Schwere der psychosozialen Folgezustände zunehmen wird. Daraus ergeben sich erhöhte psychosoziale Probleme mit nachfolgenden psychosomatischen emotionalen aber auch sozialen Anpassungsstörungen.

Aufgrund der Verschiebungen innerhalb des Krankheitsspektrums und sich verstärkender sozialer Probleme ist von einem erhöhten quantitativen Betreuungsverhältnis auszugehen. Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen erscheint daher grundsätzlich als alleiniger Faktor für eine Bedarfsbestimmung unzureichend.³³ Des Weiteren konstatierten Experten einen Rückgang der Kompetenz der Eltern in der Einschätzung der Gesundheitssituation der Kinder. Dies führe u. a. zu häufigeren Kontakten mit der Notaufnahme.

Vor dem Hintergrund der Verschiebungen im Krankheitsspektrum werden interdisziplinäre Versorgungsformen und die ortsnahe Koordination und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren für die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen wichtiger (DAKJ 2013) – angesichts des demographischen Wandels vor allem in ländlichen Regionen aber auch zunehmend schwieriger zu realisieren.

³³ Dies zeigt sich beispielsweise auch in der Hebammenhilfe: Der Rückgang der Geburten spricht rein quantitativ gesehen für eine Verringerung des Bedarfs an Hebammenleistungen; allerdings „attestieren Experten einen Anstieg des Beratungs- bzw. Unterstützungsbedarfs der Schwangeren bzw. Wöchnerinnen. Als Gründe hierfür wurden neben einem zunehmenden Mangel an familiärer Unterstützung der Verlust der ‘Intuition’ der Frauen sowie eine größere Unsicherheit und Verunsicherung der Frau im Vergleich zu früher angeführt“ (Albrecht et al. 2012, S. 28f.).

6. Anreize für Ärzte – Förderung der Berufstätigkeit in ländlichen Regionen

6.1 Herausforderungen für die Sicherung des ärztlichen Nachwuchses

Die flächendeckende Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung stellt in Mecklenburg-Vorpommern zunehmend eine Herausforderung dar (KVMV 2012). In der Vergangenheit konnten bereits einige Hausarztpraxen bei Ausscheiden des Inhabers nicht mehr nachbesetzt werden. Auch im fachärztlichen Bereich bestehen teilweise Nachwuchsprobleme; so konnten insbesondere in der Pädiatrie, der Nervenheilkunde und vereinzelt in der Augenheilkunde Praxen nicht mehr nachbesetzt werden (KVMV 2013). Der steigende Altersdurchschnitt der Vertragsärzte verschärft die Nachbesetzungsprobleme. So war beispielsweise im Jahr 2013 etwas mehr als ein Fünftel aller freiberuflich tätigen Pädiater in Mecklenburg-Vorpommern älter als 60 Jahren (KVMV 2013).

Als einer der Gründe für die Nachbesetzungsprobleme im haus- aber auch fachärztlichen Bereich gelten eine veränderte Berufseinstellung junger Mediziner sowie die Bevorzugung einer ärztlichen Tätigkeit in urbanen Räumen (z. B. KVMV 2013). Die Lebensräume großer und mittelgroßer Städte werden als attraktiver empfunden, während ländliche Regionen als nachteilig wahrgenommen werden³⁴ (vgl. z. B. Gibis et al. 2012, Hartmannbund 2012). Zusätzlich befinden sich die ostdeutschen Bundesländer sowie das Saarland im Bundesländer-Ranking der Medizinstudierenden in der Schlussgruppe (Jacob 2014).³⁵ Im Zeitverlauf ist die Abneigung gegenüber einer beruflichen Tätigkeit in Landgemeinden (bis 5.000 Einwohner) leicht zurückgegangen: Während im Jahr 2010 45,3 % der Studierenden nicht in Landgemeinden arbeiten wollten, betrug der entsprechende Anteil im Jahr 2014 nur noch rd. 39 % (Jacob 2014).

Generell bestimmen insbesondere die folgenden Faktoren die Ortspräferenzen für den Ärztenachwuchs (SVR 2014: S. 349):

- ◆ Infrastruktur
- ◆ familienfreundliches Umfeld
- ◆ Arbeitsmöglichkeiten für den Partner
- ◆ Freizeitmöglichkeiten in der Umgebung

³⁴ Nur 9 % aller befragten Medizinstudierenden konnten sich eine Niederlassung auf dem Land vorstellen (Hartmannbund 2012).

³⁵ Nur für rd. 24 % der Studierenden kommt Mecklenburg-Vorpommern als Arbeitsort in Frage. Auf den ersten drei Plätzen liegen Hamburg (63 %), Baden-Württemberg (59 %) und Bayern (57 %). Noch hinter Mecklenburg-Vorpommern liegen Sachsen, Thüringen, Brandenburg, Saarland und Sachsen-Anhalt (Jacob 2014).

In einer Befragung des Hartmannbundes aus dem Jahr 2012 wurde als *Voraussetzung, auf dem Land oder in einer Kleinstadt ärztlich tätig zu werden*, an erster Stelle eine Unterstützung bei der Kinderbetreuung genannt (63 % aller Befragten; Hartmannbund 2012). Des Weiteren waren die unentgeltliche Bereitstellung von Praxisräumlichkeiten sowie ein Arbeitsplatz für den Ehe-/Lebenspartner wichtige Voraussetzungen (59 % bzw. 51 %). Prämienzahlungen durch die KVen oder Krankenkassen wurden von 47 % genannt (Hartmannbund 2012). Eine geringere Rolle spielten dagegen eine angemessene / bessere Vergütung (16 %), eine gute „Work-Life-Balance“ (13 %) sowie die Aufhebung der Residenzpflicht (4 %).³⁶ Trotz einer finanziellen Unterstützung während des Studiums könnten sich mehr als die Hälfte der Studierenden keine Verpflichtung für eine Tätigkeit in unterversorgten ländlichen Gebieten vorstellen (Hartmannbund 2012).

Insgesamt stellen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, bessere Arbeitsbedingungen sowie alternative Arbeitszeitmodelle wesentliche Faktoren für die *generelle Sicherung des ärztlichen Nachwuchses* dar (z. B. Hartmannbund 2012). Der aktuellsten bundesweiten Befragung von Medizinstudenten aus dem Jahr 2014 zufolge erwarten rd. 95 % der Studierenden eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf und rd. 85 % geregelte bzw. flexible Arbeitszeiten (Jacob 2014).

Auch eine Umfrage unter Ärzten unter 40 Jahren (u. a. in Mecklenburg-Vorpommern), die noch keine Gebietsbezeichnung hatten, zeigt die Relevanz von familiären Rahmenbedingungen für die Niederlassungsentscheidung (Roick et al. 2012). Insgesamt wurde den finanziellen Bedingungen eher geringere Bedeutung beigemessen – für männliche Ärzte und Ärzte ohne Kinder bleiben diese jedoch bedeutsam, ebenso wie weiteren beruflichen Kooperationsmöglichkeiten, generellen Arbeitsbedingungen sowie der Lebensqualität im Umfeld (Roick et al. 2012).

Eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf und ein reduziertes Arbeitsvolumen haben besonders unter den Jüngeren der praktizierenden Ärzte einen hohen Stellenwert. Dabei liegt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Ärztinnen deutlich unter derjenigen von Ärzten. Dies führt dazu, dass – bisherigen Beobachtungen und Schätzungen zufolge – „zwei ausscheidende Hausärzte ‚traditionellen Typs‘ zukünftig durch ungefähr drei junge Hausärzte ersetzt werden müssen“ (SVR 2014, S. 387).

6.2 Einsatz von (finanziellen) Fördermaßnahmen

Im Folgenden werden insbesondere der Einsatz und die Auswirkungen von finanziellen Fördermaßnahmen (z. B. Sicherstellungszuschläge, Investitionskostenzu-

³⁶ Die Aufhebung der Residenzpflicht scheint damit – zumindest noch – kein wesentlicher Anreiz für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land zu sein. Auch wenn sich der Anteil der Allgemeinmediziner, die sich in Kommunen mit weniger als 5.000 Einwohnern niedergelassen haben, in den neuen Bundesländern innerhalb von zwei Jahren verdreifacht hat (2010/11: rd. 5,7 %, 2012/2013: rd. 17,8 %), liegen Großstädte noch immer vorne (Höhl 2014). Auch ist unklar, inwieweit der gestiegene Anteil mit der Aufhebung der Residenzpflicht begründet werden kann.

schüsse) beschrieben. Auf alternative ambulante Betriebsformen (z. B. Zweigpraxen, Filialpraxen) und Kooperationsmodelle wird im nächsten Kapitel eingegangen, auch wenn diese teilweise durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen oder die Kommunen gefördert werden.

In Regionen, in denen eine Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung³⁷ oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde, können die Kassenärztlichen Vereinigungen spezifische Fördermaßnahmen ergreifen:

- ◆ Gewährung von Sicherstellungszuschlägen (§ 105 Abs. 1 SGB V)
- ◆ Einrichtung eines Strukturfonds (§ 105 Abs. 1a SGB V)
- ◆ Vereinbarung von Zuschlägen für besonders förderungswürdige Leistungen³⁸ oder Leistungserbringer (Ärzte und Psychotherapeuten) (§ 87a Abs. 2 SGB V)³⁹
- ◆ Nichtanwendung der Abstaffelungsregelung (§ 87b Abs. 3 SGB V)
- ◆ Hilfeleistungen durch nichtärztliche Praxisassistenten
- ◆ Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Mit einem Sicherstellungszuschlag gemäß § 105 Abs. 1 SGB V sollen Anreize für Ärzte geschaffen werden, in schlechter versorgten Regionen weiterhin die Sicherstellung der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Bislang wurden im Jahr 2013 im hausärztlichen Bereich in vier KV-Bezirken (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Thüringen) Sicherstellungszuschläge gezahlt (SVR 2014, S. 367). Diese wurden in unterschiedlichen Formen gewährt, wie beispielsweise Einmalzahlungen bei Gründung oder Übernahme einer Praxis, pauschale Zahlungen pro Quartal oder Zuschläge pro Fall (SVR 2014, S. 367). In Mecklenburg-Vorpommern wurden fallzahlabhängige Sicherstellungszuschläge gezahlt (KVMV 2013, S. 7).

Investitionskostenzuschüsse waren in acht KV-Bezirken für insg. 85 Planungsgebiete vorgesehen, wurden jedoch nicht immer abgerufen. Im Jahr 2013 wurden für Investitionskostenzuschüsse insg. 1,5 Millionen Euro an 51 Ärzte gezahlt, was einem durchschnittlichen Betrag von rd. 29.000 Euro je Arzt entspricht (SVR 2014, S. 367). Auch in Mecklenburg-Vorpommern gibt es – in Ausnahmefällen – die Möglichkeit zur Gewährung eines Investitionskostenzuschusses in Höhe von bis zu 50.000 Euro für Ärzte, die eine Neuzulassung oder eine Praxisübernahme in von Unterversorgung bedrohten Gebieten anstreben. Bis Jahresende 2012

³⁷ Die Kriterien zur Berechnung einer „drohenden Unterversorgung“ unterscheiden sich teilweise deutlich zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (SVR 2014).

³⁸ Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.10.2012 weisen die Kriterien für die Förderung einzelner Leistungen primär einen Indikationsbezug auf, unabhängig vom Kriterium der (drohenden) Unterversorgung bzw. eines zusätzlichen regionalen Versorgungsbedarfs (Albrecht et al. 2014b, S. 14).

³⁹ Für eine Evaluation dieser Zuschläge siehe auch Albrecht et al. 2014b.

konnten in MV insgesamt 47 hausärztliche Zulassungen und fünf fachärztliche Zulassungen (Augenheilkunde, Dermatologie, Nervenheilkunde) gemeinsam von den Krankenkassen und der KV mit Investitionskostenzuschüssen gefördert werden (KVMV 2013).

Umsatzgarantien bzw. Mindestumsätze für Hausärzte wurden von vier KVen gewährt. Des Weiteren beteiligten sich sechs KVen (u. a. auch Mecklenburg-Vorpommern⁴⁰) durch die Finanzierung von Lehrstühlen, Stiftungsprofessuren oder eine finanzielle Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses an der Förderung der Allgemeinmedizin.

Zuschläge für förderungswürdige Leistungen oder förderungswürdige Leistungserbringer wurden insg. in 13 KV-Regionen vereinbart; allerdings nicht in Mecklenburg-Vorpommern.⁴¹

Des Weiteren wurde in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2012 ein Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V eingerichtet. Aus diesem Strukturfonds können in von Unterversorgung bedrohten Regionen bzw. in Regionen mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf⁴² verschiedene Leistungen finanziert werden (vgl. LVGAFS Niedersachsen 2014, KVMV 2013):

- ◆ Übernahme von Kinderbetreuungskosten in Höhe von max. 250 Euro im Monat für einen Zeitraum von 12 Monaten;
- ◆ Übernahme von privaten Umzugskosten in Höhe von 2.500 bis 10.000 Euro für Ärzte, die im Ausland oder einem anderen Bundesland gearbeitet haben;
- ◆ Bezuschussung der Beschäftigung von Ärzten in Höhe von 20.000 Euro (bei Vollzeittätigkeit), Gehaltskostenzuschuss in Höhe von 2.000 pro Monat für einen Zeitraum von 12 Monaten für die Anstellung eines Arztes bei einem abgabewilligen, über 60 Jahre alten Vertragsarzt;
- ◆ Förderung von Zweigpraxen.

Auch der Einsatz arztentlastender Praxisassistentinnen ist – aufgrund von Sonderverträgen zwischen den Krankenkassen und der KVMV – mittlerweile in allen Regionen des Landes MV möglich – nicht nur in von Unterversorgung bedrohten;

⁴⁰ In MV wurde an der Universität Rostock ein Lehrstuhl für Allgemeinmedizin eingerichtet.

⁴¹ Eine Übersicht über die einzelnen geförderten Leistungen und Leistungserbringer findet sich in Albrecht et al. 2014b.

⁴² In MV wurde für die hausärztliche Versorgung eine drohende Unterversorgung festgestellt. Darüber hinaus wurde für die Fachgebiete Augenheilkunde, Nervenheilkunde und Dermatologie ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt (KVMV 2013, S. 7).

insgesamt haben mehr als 90 Arztpraxen eine Praxisassistentin eingestellt (KVMV 2013, S. 7).⁴³

Im Bereich der Kinderheilkunde fördert Mecklenburg-Vorpommern bislang – wie auch andere KVen – die Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin mit 1.750 Euro monatlich für einen Zeitraum von 12 Monaten. Weitere finanzielle Fördermaßnahmen wurden speziell im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin bislang nicht ergriffen.

In anderen Bundesländern wurden finanzielle Fördermaßnahmen an Kinderärzte gewährt, wenn bei dieser Arztgruppe eine bestehende oder drohende Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf ausgewiesen wurden. So hat beispielsweise die KV Brandenburg Sicherstellungszuschläge an Kinderärzte bezahlt. In anderen KVen wurden Investitionszuschüsse und Gründungszuschüsse an Kinderärzte bezahlt. Im Rahmen der Vereinbarungen von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen werden in Berlin speziell pädiatrische Leistungen gefördert. Die KV Sachsen fördert in diesem Rahmen die Hörgeräteversorgung von Kindern, die KV Brandenburg Anästhesien von Kleinkindern (Albrecht et al. 2014b, S. 85ff.).

6.3 Bewertung der Fördermaßnahmen

Nach Einschätzung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen spielen die oben dargestellten Förderungen zahlenmäßig bislang nur eine untergeordnete Rolle. Die bisherigen Sicherstellungszuschläge würden zu selten genutzt und wären von der Größenordnung her kaum relevant. Des Weiteren kritisiert der Sachverständigenrat, dass sie bislang eher dazu dienen, bereits niedergelassene Ärzte zu stärken, als Neuniederlassungen zu fördern (SVR 2014). Gemäß den Empfehlungen des Sachverständigenrates müssten deutlich stärkere Anreize geschaffen werden, um die ärztliche Tätigkeit und Niederlassungen in von Unterversorgung bedrohten Regionen zu fördern. Es wird davon ausgegangen, dass mit „deutlich ausgestalteten finanziellen Anreizen eine signifikante Leistungswirkung erzielt werden kann“ (SVR 2014, S. 373).⁴⁴

In den Expertengesprächen wurde grundsätzlich gefordert, dass die Förderungsmöglichkeiten, die für die Tätigkeit in der Allgemeinmedizin bestehen, auch auf die Kinder- und Jugendmedizin ausgeweitet werden. Dass dies prinzipiell möglich ist, zeigen die Beispiele von anderen Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicher-

⁴³ Auf den Einsatz von Praxisassistentinnen wird auch in Kapitel 7.5 eingegangen. Der Entwurf des VSG sieht bundesweit den Einsatz von Praxisassistentinnen unabhängig vom Versorgungsgrad vor.

⁴⁴ Der Sachverständigenrat schlägt hierzu einen Vergütungszuschlag von 50 % auf alle ärztlichen Grundleistungen für alle Arztsitze in einer von Unterversorgung bedrohten Region vor, um somit positive Anreize für eine Tätigkeit in unterversorgten Regionen zu schaffen und zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung beizutragen (SVR 2014, S. 373f.).

stellungszuschläge und Investitionskostenzuschüsse auch im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin gewähren.

Allerdings urteilt der Sachverständigenrat, dass finanzielle Anreize alleine nicht ausreichen, um „die Nachteile von Vereinzelung, reduzierten Infrastrukturangeboten und hohem Arbeitsaufkommen auszugleichen“ (SVR 2014, S. 561). Darauf deuten auch die in Kapitel 6.1 beschriebenen Ergebnisse von Umfragen unter Medizinstudierenden hin: Finanzielle Rahmenbedingungen spielen für eine Niederlassungsentscheidung im Gegensatz zu familiären Rahmenbedingungen und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine geringere Rolle. Auch in den Expertengesprächen wurde darauf hingewiesen, dass finanzielle Anreize alleine nicht ausreichen, sondern dass es größerer struktureller Veränderungen im ambulanten Versorgungssetting bedarf.

6.4 Fazit Anreize für Ärzte

Die mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingesetzten – in erster Linie finanziellen – Fördermöglichkeiten zur Sicherstellung der Versorgung in schlechter versorgten Gebieten wurden bislang nur zurückhaltend eingesetzt. Allerdings ist zu bezweifeln, dass die bisherigen Fördermöglichkeiten ausreichen, um den ärztlichen Nachwuchs in ländlichen bzw. strukturschwachen Regionen sicherzustellen. Des Weiteren sollten die Kinder- und Jugendmediziner prinzipiell die gleichen Fördermöglichkeiten wie den Allgemeinmediziner zur Verfügung gestellt werden, da die Kinder- und Jugendmediziner quasi die „Hausärzte der Kinder und Jugendlichen“ sind.

Um den Wünschen der Ärzte nach Teilzeitarbeit, flexibleren Arbeitszeitmodellen und Teamarbeit entgegenzukommen, sind allerdings auch neue Praxisformen jenseits der Einzelpraxis erforderlich. Wenn die Ärzte nicht durch eine Einzelpraxis quasi „lebenslang“ an einen Ort gebunden werden, ist zudem davon auszugehen, dass sich mehr Ärzte finden lassen, die bereit sind, zumindest einen Teil ihrer Berufskarriere in einer ländlichen bzw. strukturschwachen Region zu verbringen.

7. Alternative und innovative Versorgungsansätze

Die in Kapitel 4.1 beschriebenen Herausforderungen, eine adäquate Verteilung der Ärzte zwischen städtischen und ländlichen Regionen zu erzielen, eine ausreichende Anzahl von Ärzten für eine Tätigkeit auf dem Land zu gewinnen bzw. eine bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen sicherzustellen, kann nicht alleine durch finanzielle Maßnahmen (wie z. B. Sicherstellungszuschläge, vgl. Kapitel 6) gewährleistet werden. Zusätzlich werden auch strukturelle Veränderungen in der Organisation der kinderärztlichen Versorgung und neue bzw. „innovative“ Versorgungsansätze für erforderlich gehalten.

7.1 Ambulanter Sektor

7.1.1 Neue Praxisformen

Im ambulanten Sektor sollen neuere Ansätze bzw. Strukturen in erster Linie dazu dienen, den Wünschen der Ärzte nach geregelteren Arbeitszeiten, Teilzeitarbeitsmöglichkeiten sowie einer stärkeren Teamarbeit (vgl. dazu Kapitel 6.1) weitergehend zu entsprechen. Eine Umfrage des BVKJ unter Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt aus dem Jahr 2011 zeigte beispielsweise, dass nur 7 % der Befragten die berufliche Zukunft in einer Einzelpraxis sehen (63 %: Gemeinschaftspraxis, 25 %: MVZ) (DAKJ 2013). Auch wirtschaftliche Bedenken spielen bei der Niederlassungsentscheidung eine Rolle: Bei einer Befragung des Hartmannbundes nannten rund drei Viertel der Befragten, die sich in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ anstatt in einer Einzelpraxis niederlassen möchten, das finanzielle Risiko als Grund hierfür (Hartmannbund 2012).

Die Zahl der angestellten Ärzte im ambulanten Bereich hat sich bundesweit in den letzten zehn Jahren mehr als vervierfacht; ihr Anteil bezogen auf alle ambulant tätigen Ärzte lag im Jahr 2013 bei rd. 6,5 % (Bundesärztekammer 2014). In Mecklenburg-Vorpommern lag die Zahl der angestellten Ärzte im Jahr 2013 bei rd. 11,7 % für hausärztlich tätige Ärzte und bei rd. 15,6 % bei Pädiatern.⁴⁵

Des Weiteren hat sich die Zahl der teilzeitbeschäftigten Ärzte in den vergangenen zehn Jahren um rd. 74,2 % erhöht (Bundesärztekammer 2014). Generell zeigt sich in den letzten Jahren in der vertragsärztlichen Versorgung ein Trend zu mehr Kooperationen (gid 2014). Rechnet man die Ärzte, die in Einzelpraxen angestellt tätig sind, hinzu, dann arbeitet inzwischen rund die Hälfte der Ärzte in der ambulanten ärztlichen Versorgung in einer „kooperativen Berufsausübung“. Des Weiteren sind Einzelpraxen in ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns mit nur wenigen Kindern nur noch eingeschränkt betriebswirtschaftlich rentabel zu führen (vgl. Kapitel 4.1.1). Auch dies erfordert – neben finanziellen Anreizen

⁴⁵ Eigene Berechnungen auf der Grundlage des Qualitätsberichts für die KVMV aus dem Jahr 2013.

(vgl. Kapitel 6.2) – neue Versorgungsmodelle. Mit kooperativen Praxisformen – wie beispielsweise MVZ, BAG – lassen sich Betriebskosten reduzieren, beispielsweise durch die Nutzung gemeinsamer Gerätschaften, Räumlichkeiten oder Personal (wie z. B. Sprechstundenhilfen). Des Weiteren können sich Synergien ergeben, die Patienten Wegzeiten und Überweisungsvorgänge ersparen.

7.1.1.1 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 wurde die Errichtung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht.⁴⁶ Die Zahl der MVZs ist seit dem Jahr 2004 kontinuierlich angestiegen: von 70 MVZ-Gründungen im Jahr 2004 auf 2.006 im Jahr 2013 (KBV 2013a). In Mecklenburg-Vorpommern gibt es derzeit 46 zugelassene MVZs, davon wurde die Hälfte von Krankenhäusern betrieben. Fast 90 % der Ärzte in MVZs arbeiten in einem Angestelltenverhältnis; die durchschnittliche Größe beträgt rd. 6,4 Ärzte pro MVZ (KBV 2013b).

Eine Herausforderung für MVZs stellen wirtschaftliche Benachteiligungen bei der Honorierung erbrachter Leistungen im EBM und bei den Plausibilitätsprüfungen dar. Dies macht es derzeit sehr schwierig, ein MVZ wirtschaftlich zu führen. Des Weiteren ist die Wiederbesetzung von Angestelltenstellen stark bürokratisiert (gid 2014). Des Weiteren gibt es teilweise Widerstand von den KVen gegen die Gründung eines MVZ.

In den Expertengesprächen wurden die MVZ als wichtiges Zukunftsmodell in der ambulanten Versorgung hervorgehoben. Ein MVZ kommt den Wünschen der neuen Ärztegeneration nach Teilzeittätigkeit, geregelten Arbeitszeiten und Teamarbeit entgegen. MVZ stellen auch eine Möglichkeit der ambulant-stationären Vernetzung dar (vgl. dazu auch Kapitel 7.1.3). Eine weitere Förderung der MVZ wird daher von den befragten Experten gefordert.

Der Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes sieht eine Förderung der MVZ vor, insbesondere eine Erweiterung der Regelungen für die Zulassung und den Betrieb. Demnach sollen zukünftig auch arztgruppengleiche MVZ zulässig sein, und den Kommunen wird die Gründung von MVZ erleichtert, indem eine Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung für Kommunen nicht mehr erforderlich sein soll. Zudem wird den Kommunen auch die Gründung eines MVZ in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform des Eigenbetriebs oder des Regiebetriebs erlaubt. Dies baut wesentliche Hürden bei der Gründung eines MVZ für die Kommunen ab, da diese in der Praxis bislang Schwierigkeiten hatten, bei einer Gründung eines MVZ in der privatrechtlichen Gesellschaftsform der GmbH die Anforderungen an die beizubringende Bürgschaftserklärung zu erfüllen.

⁴⁶ Gemäß § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind MVZs „fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister [...] eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind“. Damit wurde das Zusammenwirken von Medizinern berufs- und haftungsrechtlich zugelassen und eine fachgruppenübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen erlaubt. Im Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes ist vorgesehen, dass MVZ auch fachgruppengleich gebildet werden können.

7.1.1.2 Berufsausübungsgemeinschaften

Die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), früher auch als Gemeinschaftspraxis bezeichnet, ist ein Zusammenschluss von mind. zwei niedergelassenen Vertragsärzten (gleicher oder unterschiedlicher Fachgruppen) in einer wirtschaftlichen und organisatorischen Einheit. Sie bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Eine BAG zeichnet sich aus durch

- ◆ gemeinsame Patientenbehandlung
- ◆ Außenankündigung der Gesellschaft (Praxisschild)
- ◆ Abrechnung und Dokumentation der erbrachten Leistungen durch die Gemeinschaft
- ◆ Haftung der Gemeinschaft im Außenverhältnis
- ◆ Beteiligung aller Ärzte an unternehmerischen Risiken und Chancen
- ◆ gemeinsames Personal
- ◆ gemeinsame Räume und Praxiseinrichtung

Eine BAG kann dabei sowohl örtlich an einem Vertragsarztsitz als auch überörtlich umgesetzt werden. Im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und dem vermehrten Wunsch nach Teilzeitarbeit, insbesondere beim pädiatrischen Nachwuchs (vgl. Kapitel 6), bietet insbesondere auch die Möglichkeit einer sog. „Jobsharing-Partnerschaft“ eine mögliche geeignete Kooperationsform. Allerdings werden diese Jobsharing-Partnerschaften derzeit im Honorarverteilungsmaßstab benachteiligt (fehlende Möglichkeit zum gegenseitigen Ausgleich bei Fallzahlschwankungen). Für eine Förderung der Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigungen im Rahmen dieser Partnerschaften wird daher von den befragten Experten ein Abbau dieser Benachteiligungen gefordert.

7.1.1.3 Zweigpraxen

Die Möglichkeit der Errichtung von Zweigpraxen wurde im Jahr 2007 mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eingeführt, um die Versorgung in Gebieten mit (drohender) Unterversorgung sicherzustellen. Sie bedarf der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung und darf nur erteilt werden, wenn die Zweigpraxis für die Sicherstellung der Versorgung notwendig ist. Eine Zweigpraxis oder Nebenbetriebsstätte kann von einem Vertragsarzt an bis zu zwei Standorten außerhalb seines Praxissitzes betrieben werden. Dafür kann ein Vertragsarzt auch Ärzte anstellen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde die Möglichkeit eröffnet, die Gründung von Zweigpraxen mit Mitteln aus dem Strukturfonds zu fördern.

Die Zweigpraxen können für Kinderärzte – insbesondere in ländlichen Gegenden mit einer geringen Kinderanzahl – durch eine Ausdehnung des Einzugsgebietes eine Möglichkeit darstellen, eine (aus betriebswirtschaftlicher Sicht) ausreichende Patientenzahl zu erreichen. Der Aufbau von Zweigpraxen sollte daher nach

Ansicht der befragten Experten in diesen Regionen, insbesondere im Hinblick auf die anfänglichen Investitionskosten, gefördert werden. Auch eine Förderung durch die unentgeltliche Bereitstellung von Praxisräumlichkeiten (z. B. durch die Kommunen, vgl. Kapitel 7.1.2) ist denkbar.

7.1.1.4 Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Filialpraxen sind rechtlich Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen⁴⁷ gemäß § 105 Abs. 1 SGB V (SVR 2014, S. 565). Diese dienen dazu, in unterversorgten Gebieten versorgungsrelevante Praxen zu ersetzen, die weggefallen sind, da sie nicht wiederbesetzt werden konnten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt entwickelte im Rahmen eines vom BMBF ausgeschriebenen Wettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft“ ein Konzept für die Errichtung von Filialpraxen an fünf Standorten. Aufgrund der hohen Akzeptanz der Filialpraxen wurden weitere Filialpraxen eröffnet (u. a. im augenärztlichen Bereich) und das Projekt „Filialpraxis“ wurde inzwischen in das Sicherstellungsportfolio der KV Sachsen-Anhalt eingegliedert (SVR 2014, S. 565).

Ein weiteres Beispiel für Eigeneinrichtungen von Kassenärztlichen Vereinigungen sind die sog. „**RegioMed Praxen**“. Diese Eigeneinrichtungen der KV Brandenburg stellen ein Modul im Maßnahmenpaket „RegioMed Programm“ dar, welches zur Sicherstellung der ambulanten wohnortnahen Versorgung – insbesondere in den ländlichen Regionen – von der KV Brandenburg initiiert wurde (KVBB 2014).

Eigeneinrichtungen der KVen sind derzeit insgesamt – vor allem im fachärztlichen Bereich – noch sehr selten. Da auch mit den Eigeneinrichtungen der KVen den Wünschen des ärztlichen Nachwuchses nach einem Angestelltenverhältnis, flexiblen Arbeitszeitmodellen und einer Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie Rechnung getragen werden kann, stellen diese eine Möglichkeit für die KVen dar, ihrem Sicherstellungsauftrag in ländlichen und strukturschwachen Regionen nachzukommen und sollten daher verstärkt eingesetzt werden.

7.1.2 Rolle der Kommunen und Landkreise

Gemäß § 105 Abs. 5 SGB V können Kommunen seit dem 1.1.2012 mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen in begründeten Fällen⁴⁸ eigene Einrichtungen zur medizinischen Versorgung von Versicherten leisten. Bislang gibt es allerdings noch keinen Fall, in denen Kommunen eine Eigeneinrichtung betreiben (SVR 2014).

Allerdings beteiligen sich Kommunen und Landkreise bereits heute in unterschiedlicher Form an einer Sicherstellung der Versorgung. Beispielsweise zahlt die

⁴⁷ Eigeneinrichtungen der Kommunen gibt es bislang noch nicht (SVR 2014).

⁴⁸ Dies liegt insbesondere dann vor, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann (§ 105 Abs. 5 Satz 2 SGB V).

Gemeinde Kranenburg am Rhein (Nordrhein-Westfalen) 25.000 Euro für eine Niederlassung (Woratschka 2014), in Brandenburg gibt es kommunale Stipendien für Medizinstudierende und der Landkreis Elbe-Elster in Brandenburg finanziert jährlich fünf Medizinstudierende mit monatlich 500 Euro. Das Stipendium muss nicht zurückbezahlt werden, wenn nach erfolgreicher Approbation eine mindestens vierjährige Arzttätigkeit im Landkreis erfolgt (MUGV 2012).

Auch bei der Bereitstellung von Praxis- und / oder Wohnräumlichkeiten (z. B. günstiger Wohnraum, günstige Praxismieten, Stellplatzbefreiungen) sind zahlreiche Kommunen schon aktiv (Landsberg 2010).

Kommunen können des Weiteren durch einen Ausbau des kommunalen Nahverkehrs zu einer besseren Erreichbarkeit der Versorgungssysteme beitragen. Der Deutsche Städte- und Gemeindebund hat dazu beispielsweise sog. „Landarzttaxi“ (für den Transport zu und von einer Praxis) vorgeschlagen (Landsberg 2010).

Zusätzlich können Kommunen auch durch eine attraktive Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen einen Beitrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen leisten. Hierzu zählen beispielsweise Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, um Ärzten mit Kindern bei der Vereinbarung von Beruf und Familie zu unterstützen (Landsberg 2010).

Insgesamt gibt es zahlreiche Ansätze für die Kommunen, sich aktiv an der Gestaltung der medizinischen Versorgungsinfrastruktur zu beteiligen, die diese auch verstärkt – in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landkreisen und den Krankenkasse – einsetzen sollten. Allerdings liegt der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung nach wie vor bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kommunen können jedoch vor allem im Hinblick auf die Rahmenbedingungen, die über gesundheitspolitische Maßnahmen hinausgehen und die allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen in ihrer Region betreffen, einen Beitrag für die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen leisten.

7.1.3 Zusammenwirken von Allgemeinmedizin und Pädiatrie

Eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch Allgemeinmediziner wird im ambulanten Sektor in vielen Fällen schon praktiziert. Wie bereits erwähnt, finden sich in Mecklenburg-Vorpommern unter den Barmer GEK-Versicherten mit rd. 16 % im bundesweiten Vergleich überdurchschnittliche viele Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren, die noch nie von einem Kinderarzt betreut wurden (Bundesdurchschnitt: 8 %) (Barmer GEK 2012).⁴⁹ In den Expertengesprächen wurde

⁴⁹ Dies kann sowohl angebotsseitig als auch nachfrageseitig begründet sein. Hierzu bedarf es weiterer Analysen. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nur unter der Annahme möglich ist, dass Ergebnisse auf Basis der Barmer GEK-Population innerhalb der einzelnen Altersgruppen auf die deutsche Bevölkerung übertragbar sind. Diese Annahme dürfte gemäß dem Barmer GEK Report für viele der berichteten Ergebnisse zumindest annähernd korrekt sein, könne jedoch im Einzelfall kritisch hinterfragt werden (Barmer GEK 2012, S. 39).

grundsätzlich die Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch Allgemeinmediziner für die Basisversorgung nicht als problematisch eingestuft.⁵⁰ Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat in einem Positionspapier aus dem Jahr 2009 sogar ausdrücklich die gemeinsame Basisversorgung durch Hausärzte und Pädiater als das bevorzugte Modell bezeichnet (DEGAM 2009). Als Vorteil eines solchen „gemischten System“ wird der ganzheitliche Ansatz einer kontinuierlichen Betreuung der Eltern und der Kinder durch den gleichen Arzt gesehen, welches die Entwicklung eines „langfristigen Arzt-Patienten-Eltern-Verhältnisses“ fördere. Damit könne auch eine Unterbrechung der primärärztlichen Versorgung beim Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin zur Erwachsenenmedizin („Transition“) vermieden werden (DEGAM 2009).

Sobald jedoch Auffälligkeiten vorlägen, müsse gemäß den befragten Experten auf alle Fälle ein Pädiater hinzugezogen werden. Auch die spezialärztliche Versorgung (z. B. Herzfehler, endokrinologische Erkrankungen, Kleinwuchs, Mukoviszidose) gehörten auf alle Fälle in die Hände eines Kinder- und Jugendmediziners.

Die Durchführung von Kinder-Früherkennungsuntersuchungen („U-Untersuchungen“ U3-U9) durch Allgemeinmediziner wird kontrovers diskutiert. Während die DEGAM eine Durchführung dieser Untersuchungen auch ohne pädiatrische Spezialisierung durch die Allgemeinmediziner für möglich hält (DEGAM 2009)⁵¹, beurteilten die befragten Experten dies teilweise kritisch – v. a. da Allgemeinmediziner keine entwicklungsneurologische Ausbildung besäßen.

Um allgemeinmedizinische Praxen weitergehend für eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu befähigen, wurde in den Expertengesprächen vor allem vorgeschlagen, den kinder- und jugendmedizinischen Anteil in der Fort- und Weiterbildung zu erhöhen. Hierbei sei v. a. wichtig zu lernen, die „Grenzen des eigenen Handelns“ zu erkennen und damit eine rechtzeitige fachärztliche Überweisung zu veranlassen (DEGAM 2009). Als wünschenswert wurde hierbei genannt, dass Allgemeinmediziner einen Teil der Weiterbildung in Kinder- und Jugendarztpraxen verbringen (DEGAM 2009).⁵² Auch wurde in den Expertengesprächen vorgeschlagen, dass Allgemeinmediziner, die Kinder behandeln, spezielle Fortbildungen im pädiatrischen Bereich verpflichtend nachweisen müssen.

Des Weiteren wurde als Modell vorgeschlagen, dass – in Gegenden, in denen es keinen niedergelassenen Pädiater gibt – ein Kinder- und Jugendmediziner in re-

⁵⁰ Als Begründung wurde zumeist angeführt, dass Allgemeinmediziner zumindest einen kleinen pädiatrischen Ausbildungsanteil haben. Die Behandlung von Kindern durch andere Fachärzte (wie z. B. Kardiologen, Internisten, Neurologen) wurde jedoch abgelehnt, da diese nicht dafür ausgebildet seien.

⁵¹ Es wurde angeführt, die Vorsorgeuntersuchungen auch in anderen europäischen Ländern (Frankreich, Großbritannien, Dänemark) von Hausärzten durchgeführten werden und eine Überlegenheit der Erbringung dieser Leistungen durch Pädiater nicht belegt sei (DEGAM 2009).

⁵² Hier mangelt es allerdings an pädiatrischen Weiterbildungsstellen für angehende Allgemeinmediziner (DEGAM 2009).

regelmäßigen Abständen eine Sprechstunde in einer allgemeinmedizinischen Praxis abhalten könne. In diesen Sprechstunden könnten dann beispielsweise planbare Leistungen (z. B. U-Untersuchungen, Impfungen) durchgeführt werden, aber auch besondere Fälle, bei denen der Allgemeinmediziner mit einem Pädiater Rücksprache halten möchte, könnten in diesen Sprechstunden vorgestellt werden. Dieses Modell einer regelmäßigen gemeinsamen Sprechstunde in einer hausärztlichen Praxis wird auch von der DEGAM favorisiert (DEGAM 2009).

Des Weiteren wurde die Zusammenarbeit von Allgemeinmedizinern und Pädiatern im Rahmen eines MVZ oder in Praxisverbänden / Berufsausübungsgemeinschaften als Ansatz für ein intensiveres Zusammenwirken genannt.

7.2 Stationärer Sektor

Bundesweit stehen Krankenhäuser unter einem starken wirtschaftlichen Druck (z. B. Augurzky et al. 2014). So schrieben gemäß dem aktuellen Krankenhaus-Barometer rd. 42 % aller Krankenhäuser im Jahr 2013 Verluste (Blum et al. 2014). Besonders betroffen sind dabei kleine, wenig spezialisierte Häuser (Augurzky et al. 2014). Der Anteil der Geburtsabteilungen, die einen Verlust aufwiesen, war mit rd. 58 % noch größer, vor allem in dünnbesiedelten ländlichen Kreisen (rd. 75 %) (Blum et al. 2014). Dies ist u. a. auch auf die vergleichsweise hohen Vorhaltekosten im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie in der Pädiatrie zurückzuführen (z. B. Augurzky et al. 2014). So müssen beispielsweise unterschiedliche Unterbringungsmöglichkeiten für die verschiedenen Altersgruppen (Säuglinge bis hin zu Jugendlichen) sowie für Begleitpersonen vorgehalten werden. Des Weiteren gibt es im Bereich der Pädiatrie im Vergleich zur Erwachsenenmedizin weniger planbare Leistungen bzw. Krankenhausfälle, was zu stark schwankenden Auslastungszahlen über das Jahr führt. Da zukünftig in diesen Bereichen – vor allem in der Geburtshilfe – von einem systematischen Rückgang der Patientenzahlen auszugehen ist⁵³, dürfte sich die finanzielle Situation weiter verschärfen.

Krankenhäuser sind darüber hinaus – nicht zuletzt als Folge der EU-Arbeitszeitrichtlinie – ebenfalls mit (Nach-)Besetzungsproblemen beim (ärztlichen) Fachpersonal konfrontiert (vgl. dazu beispielsweise Blum et al. 2013). Hinzu kommt – wie auch im ambulanten Bereich – der vermehrte Wunsch der Ärzte nach Teilzeitbeschäftigungen (z. B. Augurzky et al. 2014).

In einem Flächenstaat wie Mecklenburg-Vorpommern steht den befragten Experten zufolge die stationäre Versorgung grundsätzlich vor der Herausforderung, „nah am Patienten“ zu sein und trotzdem eine „gute Qualität“ zu gewährleis-

⁵³ So ging beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern im Zeitraum von 2008 bis 2013 die Anzahl der Krankenhausfälle in der Fachabteilung Gynäkologie und Geburtshilfe um rd. 5 % zurück. Im gleichen Zeitraum stieg die Anzahl der Fälle in der Pädiatrie nur leicht um rd. 2 % (vgl. dazu Kapitel 4.2.2).

ten.⁵⁴ In Mecklenburg-Vorpommern gibt es derzeit viele eher kleine Abteilungen, die nicht nur vor betriebswirtschaftlichen Problemen stehen, sondern auch vor der Herausforderung eine ausreichende Strukturqualität aufrechtzuerhalten. Bevor daher in den Kapitel 7.2.3 und 7.2.4 mögliche Lösungsansätze in Form einer stärkeren Zentralisierung bzw. alternativer Betriebsmodelle diskutiert werden, geht Kapitel 7.2.1 kurz darauf ein, welche Strukturqualitätskriterien erfüllt werden sollten und Kapitel 7.2.2 ab welcher Mindestfallzahl i. d. R. betriebswirtschaftliche Probleme zu erwarten sind.

7.2.1 Qualität in der stationären pädiatrischen Versorgung

Generell werden drei Qualitätsdimensionen unterschieden, nämlich die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität. Für eine Bewertung der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung sollte prinzipiell die Ergebnisqualität herangezogen werden (z. B. DAKJ 2013).⁵⁵ Da es bisher jedoch an verlässlichen und evidenzbasierten Kriterien der Ergebnisqualität mangelt, liegt der Fokus i. d. R. auf der Strukturqualität.

Zur Beurteilung der Strukturqualität werden insbesondere folgende Faktoren betrachtet:

- ◆ Erfüllung personeller und fachlicher Anforderungen,
- ◆ Erfüllung von Anforderungen an Organisation sowie räumliche Einrichtungen und technische Ausstattung (Infrastruktur) sowie
- ◆ Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Als Mindeststandard bezüglich der Strukturqualität im Bereich der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen gilt das Anforderungsprofil für die Zertifizierung „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“. Dieser Mindeststandard wurde von den Fachgesellschaften konsentiert und wird mittlerweile auch in einigen Landeskrankenhausplänen für die pädiatrischen Fachabteilungen zu Grunde gelegt.⁵⁶ Konkret gelten folgende Kriterien für die Erfüllung des Mindeststandards (vgl. dazu GKind 2013):

⁵⁴ Die Diskussionen über Mindestmengen, Zentrenbildung etc. verdeutlichen, dass zwischen beiden Zielen – Wohnortnähe und hohe Behandlungsqualität – zumindest teilweise ein Spannungsverhältnis gesehen wird.

⁵⁵ Aufgrund der geringen Anzahl der Todesfälle – außerhalb der Neonatologie – kann die Mortalität nur bedingt als Kriterium herangezogen werden. Vorgeschlagen werden beispielsweise die Wiederaufnahmequote, notwendige Nachbehandlungsaktivitäten oder die Elternzufriedenheit (DAKJ 2013).

⁵⁶ In nahezu allen Expertengesprächen wurde bei der Frage nach Mindeststandards in der stationären pädiatrischen Versorgung auf dieses Gütesiegel verwiesen.

- ◆ *Ärztliches Personal*
 - Beschäftigung eines fachlich leitenden Arztes und mind. zwei weiterer Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
 - Anwesenheit von mindestens einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin während der Kernarbeitszeit von Montag bis Freitag
 - täglicher Visitedienst durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
 - Vorhalten eines eigenständigen und bei Bedarf spätestens innerhalb einer halben Stunde vor Ort verfügbaren fachärztlichen Rufdienstes
 - 24-stündiger Präsenzdienst eines Arztes, der sich in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendmediziner befindet – mindestens in der Form eines Bereitschaftsdienstes im Haus
- ◆ *Pflegedienst*
 - Dem Pflegedienst muss eine leitende Pflegekraft und den Stationen eine Stationsleitung vorstehen. Pflegedienst-, Abteilungs- und Stationsleitungen müssen durch Kinderkrankenpflegekräfte besetzt sein.⁵⁷
 - Die Leitungskräfte müssen eine Zusatzqualifikation analog der „Weiterbildung von Krankenpflegepersonen für die pflegerische Leitung eines Bereiches im Krankenhaus und anderen pflegerischen Versorgungsbereichen“ besitzen.
 - Jede Station muss mit einem 24-stündigen kinderkrankenpflegerischen Schichtdienst besetzt werden.
 - Zusätzlich muss ein 24-stündiger kinderkrankenpflegerischer Schichtdienst vorgehalten werden, der jederzeit für die Notaufnahme abrufbar ist.
- ◆ *Andere Professionen*
 - In Anlehnung an die European Association für Children in Hospital (EACH-Charta) soll die Versorgung in Krankenhäusern durch Personal erfolgen, welches den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen entspricht. Das vorzuhaltende Behandlungsteam soll daher neben dem Ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst aus Mitarbeitern des sozialpädiatrischen Dienstes / pädiatrischen Sozialdienstes, des psychologischen Dienstes, des pädagogischen Dienstes und des funktionstherapeutischen Dienstes bestehen.

⁵⁷ Allerdings kann die Anforderung, dass die Pflegedienstleitung eine Kinderkranken-schwester ist nur auf reine Kinderkliniken zutreffen.

- ◆ *Anforderungen an Organisation und Infrastruktur*
 - Die Kinderklinik bzw. Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin muss an der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen teilnehmen.
 - Eine pädiatrisch ausgerichtete bildgebende Diagnostik (technische Ausstattung) und eine pädiatrisch ausgerichtete Labormedizin bzw. ein klinisch-chemisches Labor muss jederzeit für die Versorgung vor Ort dienstbereit sein.
 - Nachfolgende Einrichtungen müssen jederzeit (24 Stunden) für die Versorgung mindestens in Form einer Kooperation (z. B. Konsil, Verlegung) dienstbereit sein: stationäre Einrichtung für Kinderchirurgie, stationäre Einrichtung für Kinderintensivmedizin, Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2, stationäre Einrichtung mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, Zentrum für Kinderhämatologie und -onkologie, stationäre Einrichtung mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie, stationäre Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für HNO, Facharzt für Kinderradiologie, Facharzt für Kinderorthopädie.
- ◆ *Fort- und Weiterbildung*
 - Die Klinik bzw. Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin bietet die Möglichkeit zur Weiterbildung zum Arzt für Kinder- und Jugendmedizin für mind. zwei Jahre an.
- ◆ *Mitaufnahme einer Begleitperson*
 - Eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin muss die Möglichkeit zur Mitaufnahme einer Begleitperson in unmittelbarer Nähe zum Kind gewährleisten.
- ◆ *Ausstattung und Sicherheit*
 - In einer Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin muss eine entsprechende altersgerechte räumliche Ausstattung vorliegen und die Patientensicherheit nach aktuellen Vorgaben gewährleisten (z. B. Beschäftigungs- und Spielräume, gesonderte Räume für die Aufnahme und Untersuchung von Kindern und Jugendlichen, Spielplatz, Beschaffenheit der Geländer und der Beschläge für Fenster, Sicherung von Glasflächen, System zum Erschweren des Weglaufens).
- ◆ *Teilnahme an Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität*
 - Verfahren zur Qualitätssicherung (z. B. Fehlermanagementsystem, Ereignisprotokolle, externe Überprüfungen) werden angewendet.

Während diese Mindestanforderungen für die pädiatrische Grundversorgung gelten, gibt es spezielle Anforderung bzw. G-BA Richtlinien für die Erbringung von Leistungen im Bereich der Neonatologie und der Kinderhämatologie bzw. -onkologie. Auch für weitere Spezialleistungen (wie z. B. Kindergastroenterologie, Kin-

derkardiologie) sollten nach Meinung von Experten verbindliche Mindestanforderungen an die Strukturqualität festgelegt werden.

7.2.2 Mindestgröße einer Abteilung

Die Bettenanzahl wird i. d. R. nicht mehr als Maßstab für die Mindestgröße einer Abteilung herangezogen (auch wenn die reale Stationsgröße ein wesentliches Element der Beurteilung eines wirtschaftlichen Betriebes darstellt). Dies wird mit der Abrechnung über das DRG-System begründet, welches die Anzahl der Fälle und den Case-Mix-Index (CMI) zu den relevanten Faktoren für die Ermittlung einer Mindestgröße macht.⁵⁸ Als Minimum für die Fallzahl einer pädiatrischen Abteilung wurden in den Expertengesprächen verschiedene Untergrenzen zwischen 1.000 und 2.000 Fällen pro Jahr genannt. In dem Thesenpapier der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ) wird die Untergrenze mit 30 Betten und 2.000 Fällen pro Jahr angegeben, ab der „Probleme vorprogrammiert“ seien (DAKJ 2013, S. 10). Diese bestehen vor allem darin, ein ausgeglichenes Kosten-Erlös-Verhältnis zu erreichen sowie die notwendigen Kompetenzen zur Erfüllung der Strukturqualitätskriterien (vgl. Kapitel 7.2.2) vorzuhalten.

In kleinen Abteilungen ist es schwieriger, den Facharztstandard einzuhalten. Für eine Berechnung der erforderlichen Personalausstattung im ärztlichen Dienst wird i.d.R. die erforderliche Anzahl an Arbeitsminuten durch die Formel Fallzahl x Fallwert geschätzt. Die Fallzahl bezieht sich dabei auf die Anzahl der vollstationären Fälle je Abteilung und Jahr, der Fallwert auf die durchschnittliche Betreuungsdauer je Fall (368 Minuten für die Kinder- und Jugendmedizin). Für eine Vollkraft beträgt die Regeljahresarbeitszeit bei 250 Arbeitstagen 120.000 Minuten pro Jahr. Legt man nun eine durchschnittliche Ausfallquote durch Krankheit und Urlaub von rd. 15 % zugrunde, dann ergibt sich für 1.500 Fälle eine minimale Ausstattung von 5,4 Vollkräften (DAKJ 2013, S. 11). Zur Gewährleistung eines Facharztstandards ist allerdings zusätzlich einzurechnen, dass für Ärzte in Weiterbildung sichergestellt werden muss, auf einen entsprechend qualifizierten Facharzt zurückgreifen zu können.

Eine beispielhafte Analyse sächsischer Kinder- und Jugendabteilungen in Bezug auf den Zusammenhang zwischen der Einhaltung des Facharztstandards und der Fallzahl zeigte, dass bei allen Kliniken mit mehr als 2.000 Fällen pro Jahr der Facharztstandard nachgewiesen werden konnte; in Abteilungen unter 2.000 Fällen wurde der Facharztstandard hingegen nicht immer eingehalten, und in Abteilungen zwischen 1.000 und 1.500 Fällen war die Anzahl der Abteilungen, die den Facharztstandard nicht einhielten, größer als die Anzahl derer, die ihn einhielten (DAKJ 2013, S. 11f.).

⁵⁸ Die Bettenzahl hat jedoch in einigen Bundesländern Relevanz für die Vergabe der pauschalen Fördermittel und kann daher unmittelbare betriebswirtschaftliche Auswirkungen haben. Auch gibt es eine vergleichsweise hohe Korrelation zwischen der Anzahl der Betten und der Anzahl der Fälle. Diese betrug in MV im Jahr 2013 rd. 0,87

Des Weiteren kann die Mindestfallzahl berechnet werden, die benötigt wird, um die personellen, apparativen und sachlichen Kosten pro Jahr zu refinanzieren. Der durchschnittliche Erlös pro Fall berechnet sich anhand der folgenden Formel: Landesbasisfallwert x CMI. In Mecklenburg-Vorpommern betrug der Landesbasisfallwert im Jahr 2013 rd. 3.020 €. Bei der Annahme eines durchschnittlichen CMI von rd. 0,6 in pädiatrischen Abteilung (Andler et al. 2011) ergibt sich ein Erlös von rd. 1.812 Euro pro Fall. Geht man von jährlichen Gesamtkosten einer kinder- und jugendmedizinischen Abteilung in Höhe von rd. drei Mio. Euro aus (DAKJ 2013, S. 14), ergibt sich damit eine rechnerische Mindestfallzahl von 1.656 Fällen, um in der Modellberechnung ein ausgeglichenes Kosten-Erlös-Verhältnis zu erreichen.

In den Expertengesprächen wurde allerdings darauf verwiesen, dass es auch auf die Rahmenbedingungen in der jeweiligen Abteilung ankomme. Die reine Anzahl der Fälle oder Betten muss gemäß den befragten Experten auch immer im Zusammenhang mit anderen Faktoren betrachtet werden, wie z. B. mit der Frage, ob es eine geburtshilfliche Station gibt, ob Kooperationen mit ambulanten Zentren aufgebaut wurden und welche Leistungen erbracht werden.

Eine Mindestfallzahl bietet also einen begründbaren Ansatzpunkt, um die wirtschaftliche Tragfähigkeit einer pädiatrischen Fachabteilung sowie die Einhaltung des Facharztstandards sicherzustellen. Darüber hinaus sind aber weitere spezifische Rahmenbedingungen einer Abteilung relevant. Insbesondere kleine Abteilungen stoßen auf Schwierigkeiten, Fachärzte zu rekrutieren und eine Weiterbildungsgenehmigung zu erhalten.

Mit Blick auf den bestehenden und grundsätzlich politisch gewollten Wettbewerb zwischen Krankenhäusern sollte die Frage einer „zu geringen“ Abteilungsgröße und damit die Frage der Wirtschaftlichkeit einer Abteilung daher primär dem Träger überlassen bleiben, solange die qualitativen Anforderungen an die Personal- und Raumausstattung gewährleistet werden können – auch wenn diese Abteilung prinzipiell nicht wirtschaftlich tragfähig ist und der Träger diese quersubventionieren muss. Zusätzlich ist dabei auch zu berücksichtigen, dass ein Krankenhaus-träger seinen Versorgungsauftrag nicht selektiv, d. h. für einzelne Abteilungen, ausschließlich aus betriebswirtschaftlichen Gründen zurückgeben kann.

Für Fälle, in denen für die Sicherstellung der Versorgung notwendige Leistungseinheiten aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend vorgehalten werden können, gibt es die Möglichkeit, betroffenen Krankenhäusern Sicherstellungszuschläge nach KHG/KHEntgG zu zahlen. Hier sollte auch die Möglichkeit, Sicherstellungszuschläge nur für einzelne Abteilungen zu gewähren, geprüft werden.

7.2.3 Zentralisierung pädiatrischer Leistungen

Die pädiatrische Grund- bzw. Basisversorgung muss flächendeckend vorhanden sein. Eine solche Grund- bzw. Basisversorgung deckt den Experten zufolge rd. 90 % aller Fälle ab, d. h. nur rd. 10 % aller kinder- und jugendmedizinischer Fälle bedarf einer spezialisierten Behandlung. Die Erreichbarkeit einer pädiatrischen

Grundversorgung sollte innerhalb von 40 km bzw. 40 Minuten gewährleistet sein (siehe beispielsweise auch GKind 2009).⁵⁹ Unter Einhaltung dieser 40 km- bzw. 40 Minuten-Grenze ist nach Meinung der Experten in der pädiatrischen Grund- bzw. Basisversorgung eine stärkere Konzentration möglich und grundsätzlich auch wünschenswert. Im Gegensatz dazu sollten für eine pädiatrische Abteilung, die zur Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Sicherstellung erforderlich, aber unter Einhaltung der vorgegebenen Qualitätskriterien nicht betriebswirtschaftlich tragfähig ist, alternative Strukturen – auch im Hinblick auf eine ambulanzstationäre Vernetzung (vgl. dazu Kapitel 7.3) – etabliert werden. Alternativ können Sicherstellungszuschläge gezahlt werden (s. o.).

In den pädiatrischen Subspezialisierungen (z. B. Kinderonkologie, Neonatologie, Kindergastroenterologie, Kinderkardiologie, Kinderneurologie, Kinderrheumatologie) wurde in den Expertengesprächen eine stärkere Zentralisierung befürwortet. Oftmals thematisiert wurde dabei die Neonatologie: Hier führe die derzeitige G-BA Richtlinie dazu, dass es momentan mehr Level 1- als Level 2-Zentren gebe; hierfür müssten die Bedingungen unbedingt angepasst werden, es müsse weniger Level 1-Zentren als Level 2-Zentren geben. Kritisiert wurde in diesem Zusammenhang auch, dass in Mecklenburg-Vorpommern vier Perinatalzentren des Levels 1 vorgehalten werden. Hier sei zu prüfen, ob tatsächlich die vorgegebenen Qualitätskriterien in allen Zentren eingehalten werden können. In Bezug auf die Anzahl an Frühgeborenen in Mecklenburg-Vorpommern und auch in Bezug auf die Erreichbarkeit der Zentren werden zwei, maximal drei Zentren als ausreichend angesehen.

Des Weiteren gibt es Subdisziplinen, die so speziell sind, dass es nur wenige Zentren in Deutschland gibt, die diese Leistungen erbringen, wie beispielsweise Kinderhand- oder Kinderherzchirurgie. Da diese Leistungen i. d. R. eher chronische Krankheiten betreffen und keinen sofortigen Handlungsbedarf benötigen, sind in diesen Subdisziplinen auch längere Anfahrtswege grundsätzlich vertretbar.

Eine stärkere Zentralisierung der Subspezialisierungen setzt jedoch voraus, dass eine flächendeckende pädiatrische Grund- bzw. Basisversorgung vorhanden ist, die eine adäquate Zuweisung von Fällen, die einen Spezialisten brauchen, vornehme.

7.2.4 Alternative Betriebsmodelle

Krankenhäuser stehen – insbesondere im ländlichen Raum – vor der Herausforderung ärztliches (und auch nichtärztliches) Fachpersonal zu rekrutieren.⁶⁰ Dies

⁵⁹ Teilweise wurde von den Experten auch eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 km oder 40 Minuten gefordert.

⁶⁰ Nach einer DKI-Umfrage berichteten beispielsweise 43,5 % der Krankenhäuser in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und 22,7 % der Krankenhäuser in dünn besiedelten ländlichen Kreisen von Problemen bei der Stellenbesetzung mit Ärzten für die Geburtshilfe – in Städten waren es dagegen lediglich rd. 18 % der Krankenhäuser (Blum et al. 2014, S. 91).

betrifft auch Probleme bei der Nachwuchsrekrutierung für die Facharztausbildung, da kleinere Krankenhäuser oftmals keine volle Weiterbildungsbefugnis besitzen. Als ein grundsätzlicher Lösungsansatz kommen verschiedene Kooperationsformen zwischen den Krankenhäusern – i. d. R. zwischen einem größeren und einem kleineren Haus – in Betracht.⁶¹ Dazu gibt es ein relativ breites Spektrum möglicher Kooperationsformen, z. B. Kooperationsmodelle mit Personalgestaltung⁶², mit Außenstelle⁶³ oder Kooperationen oder Verbünde im Bereich der Weiterbildung.

Möglicher Vorteil von Kooperationen ist, dass das größere Krankenhaus i. d. R. leichter Personal rekrutieren kann, da beispielsweise Rotationsmöglichkeiten zwischen dem großen und dem kleinen Krankenhaus angeboten werden können. Auch bei den Kooperationen oder Verbänden im Rahmen der Weiterbildung können durch Rotationsmöglichkeiten von Assistenzärzten – beispielsweise zwischen einem Krankenhaus der Maximalversorgung und einem Krankenhaus der Grundversorgung – attraktivere Weiterbildungsstellen geschaffen werden. Insbesondere für Assistenzärzte können, beispielsweise durch die Möglichkeit der Übernahme von tendenziell mehr Verantwortung in einem kleineren Krankenhaus, positive Anreize für die Arbeit in einem kleineren Krankenhaus bestehen. Auch wenn es insgesamt bei ungünstigen Standorten des kleineren Krankenhauses trotz Kooperation eine Herausforderung bleiben kann, Personal zu rekrutieren, bieten die verschiedenen Kooperationsformen Möglichkeiten, durch Rotationsmöglichkeiten attraktivere Stellen zu schaffen. Beispielsweise kann es auch eine Möglichkeit sein, dass das ärztliche Personal nur tageweise in dem kleineren Krankenhaus praktiziert.

Allerdings gehen mit den verschiedenen Kooperationsformen auch unterschiedliche Herausforderungen einher. So könne es den befragten Experten zufolge beispielsweise bei einem Kooperationsmodell mit Außenstelle problematisch sein, dass sich in diesem Modell verschiedene Dienstherren „unter einem Dach“ befinden. Auch ändere eine solche Kooperationsform per se nichts an einem evtl. ungünstigen Kosten-Erlösverhältnis für die Außenstelle; diese müsse ggf. von dem größeren Krankenhaus quersubventioniert werden.⁶⁵ Bei einem Kooperati-

⁶¹ Dieses Kapitel bezieht sich ausschließlich auf alternative Betriebsmodelle im stationären Sektor. Modelle einer ambulant-stationären Vernetzung – die in den Expertengesprächen häufiger genannt wurden als Lösungsansatz – werden in Kapitel 7.3 diskutiert.

⁶² Bei einem Kooperationsmodell mit Personalgestaltung stellt ein (i. d. R. größeres) Krankenhaus einem anderen (i. d. R. kleinerem) Krankenhaus für eine Abteilung das Personal zur Verfügung; die Abteilung gehört weiterhin zum kleineren Krankenhaus.

⁶³ Bei einem Kooperationsmodell mit Außenstelle wird eine Abteilung an einem (i. d. R. kleineren) Krankenhaus komplett von einem (i. d. R. größeren) Krankenhaus betrieben. Das heißt, Personal und Betten gehören zu dem „Betreiber-Krankenhaus“.

⁶⁴ Ein Beispiel für ein Kooperationsmodell mit Außenstelle ist die Universitätsmedizin Greifswald, die die pädiatrische Abteilung in Anklam in Form einer Außenstelle betreibt.

⁶⁵ Evtl. ist das größere Krankenhaus wirtschaftlich gesehen besser zu einer Quersubventionierung in der Lage als ein kleineres. In der Literatur wird teilweise auch die Quersubven-

onsmodell mit Personalgestellung wurden die mit einem solchen Modell verbundenen Regelungen zur Arbeitnehmerüberlassung von den Experten als eher komplex eingestuft.

Zusätzlich wurde von den befragten Experten eine tlw. „Umwandlung“ pädiatrischer Kliniken bzw. Abteilungen in pädiatrische Tageskliniken vorgeschlagen. Dies erleichtere die Einhaltung von Strukturqualitätskriterien, wenn nicht für 24h ein Facharztstandard vorgehalten werden müsse. Des Weiteren sei für viele Behandlungsfälle eine Aufnahme über Nacht nicht medizinisch notwendig, beispielsweise für die Betreuung chronisch kranker Kinder. Allerdings mangelt es Experten zufolge derzeit an einer Definition und Abgrenzung von Tageskliniken zu anderen Krankenhausbehandlungen sowie einer Unterscheidung von Tageskliniken für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche und damit insgesamt an einer Definition für pädiatrische Tageskliniken. Allerdings muss bei einer Umwandlung einer pädiatrischen Station in eine Tagesklinik die Notfallversorgung während der Nacht dann in einer anderen Form sichergestellt werden (vgl. hierzu auch Kapitel 7.2.5).

Generell bieten Kooperationsmodelle im stationären Sektor einen möglichen Lösungsansatz, der aber, wie beschrieben, auch mit verschiedenen Herausforderungen einhergeht. Daher sind differenzierte Lösungen erforderlich, die im Einzelfall anhand der konkreten lokalen Gegebenheiten geprüft und beurteilt werden müssen.

Zusätzlich sollten auch sektorenübergreifende Ansätze (Kapitel 7.3) sowie der Einsatz weiterer alternativer und innovativer Versorgungsformen, wie beispielsweise Telemedizin (Kapitel 7.6) oder eine stärkere Delegation (Kapitel 7.5) berücksichtigt bzw. ggf. auch mit möglichen Kooperationsformen kombiniert werden.

7.2.5 Stationäre Notfallversorgung

Kindernotfälle stellen eine besondere Herausforderung dar, weil sie zum einen vergleichsweise kleines Segment bei den schweren Notfällen darstellen und zum anderen häufig durch Krankheiten bedingt sind, die in der Erwachsenenmedizin nicht vorkommen (Riessen et al. 2014).

Bei Vorhandensein einer pädiatrischen Abteilung gehört es zu den vorgegebenen Strukturqualitätskriterien, dass sich die Abteilung an der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt (vgl. Kapitel 7.2.1). Von verschiedenen Seiten wird die Aufrechterhaltung von eigenständigen Notaufnahmen an Kinderkliniken bzw. in Kliniken mit einer kinder- und jugendmedizinischen Abteilung befürwortet (DGKJ 2013, Riessen et al. 2014).

tionierung einer Abteilung durch eine andere Abteilung als alternatives Betriebsmodell aufgeführt (z. B. DAKJ 2013).

Ist das nächstgelegene Krankenhaus jedoch ohne Kinderabteilung bzw. werden die Wege zum nächsten Kinderkrankenhaus vor allem in den ländlichen Regionen länger, dann müssen auch zentrale Notaufnahmen ohne Pädiatrie in die Lage versetzt werden, die Notfall-Erstversorgung von Kindern und Jugendlichen zu übernehmen und im Sinne einer Triage die ggf. notwendige Weiterverlegung in ein Krankenhaus mit Pädiatrie – je nach Schweregrad mit Hubschrauber, Krankenwagen, Krankentransport oder PKV / Taxi – zu veranlassen.⁶⁶ Dies kann nur geschehen, wenn die Mitarbeiter der Notfallstation im Hinblick auf Kindernotfälle weitergebildet sind.

Die Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) fordert die Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin. Dies wird jedoch von anderen Fachgesellschaften (DGKJ, DIVI) abgelehnt. Letzere sprechen sich für ein Weiterbildungsmodul „Innerklinische Notfallmedizin“ aus. Dieses Modul sollte auch einen kinder- und jugendmedizinischen Teil beinhalten, der die Ärzte dazu befähigen sollte, einen kinder- und jugendmedizinischen Notfall zu erkennen und diesen nach einer Erstversorgung einer geeigneten Facharztbehandlung zuzuführen.

Auch sind in der Notfallmedizin weitere – zusätzliche – Ansätze denkbar. Beispielsweise könnte ein niedergelassener Kinderarzt – wenn vor Ort ansässig – konsiliarisch bei Kindernotfällen hinzugezogen werden. Auch telemedizinische Ansätze kommen hierbei in Frage, so könnte beispielsweise der diensthabende Arzt bei unklaren Fällen per Telemedizin mit einem Pädiater Rücksprache halten.

Bei der von Krankenhäusern oftmals vorgehaltenen Rettungsstelle / Ersten Hilfe handelt es sich i. d. R. immer um eine Einheit, die zugleich für die stationäre Notaufnahme und die ambulante Notfallversorgung genutzt wird. Insoweit nehmen Krankenhäuser hierbei dem Grunde nach eine auf sie delegierte Verpflichtung der KVen wahr. Die Krankenhäuser sind zur Aufnahmebereitschaft (24h am Tag, 365 Tage im Jahr) im Fachgebiet Pädiatrie verpflichtet, insoweit sie hierzu einen Versorgungsauftrag haben. Da die ambulante Notfallversorgung in den Sicherstellungsauftrag der KVen fällt, ist an dieser Stelle die im Folgenden weiter ausgeführte Kooperation von niedergelassenen Ärzten mit Krankenhäusern erforderlich, zumal die ambulante ärztliche Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten zunehmend durch Notaufnahmen in Krankenhäusern stattfindet und niedergelassene Ärzte gerade in Regionen mit geringer Arztdichte Entlastungen bei den Bereitschaftsdiensten wünschen. Die Bundesregierung plant daher im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes, die KVen zur Kooperation mit den Krankenhäusern bei der Organisation der ambulanten Notfallversorgung zu verpflichten, um vorhandene Doppelstrukturen abzubauen. Gleichzeitig sollen mit der Neuregelung bereits bestehende Kooperationen der KVen mit Krankenhäusern, wie z. B. die Einrichtung von Notfallpraxen in den Räumen der Krankenhäu-

⁶⁶ Beispiele aus Ländern, in denen die Distanzen zum nächsten Krankenhaus sehr weit sind, wie bspw. Australien, zeigen, dass dort Rettungsdienstpersonal spezielle und anspruchsvolle Schulungen für eine adäquate Erstversorgung erhalten.

ser oder die unmittelbare Einbeziehung der Krankenhausambulanzen in den Notdienst, gestärkt werden.

Auch in Mecklenburg-Vorpommern sind bereits an vielen Orten die Notfallpraxen an den Krankenhäusern eingerichtet (z. B. Schwerin, Wismar, Bergen). Als Vorteil wird gesehen, dass in den Notfallpraxen eine umfangreichere Geräteausstattung vorgehalten werden kann als der Arzt sie bei den Hausbesuchen dabei haben kann. Eine Herausforderung stellt allerdings die Vergütung der Behandlungskosten der Krankenhäuser durch die KVen dar, die aus Sicht der Krankenhäuser derzeit nicht kostendeckend sei (Koslik 2013).

Perspektivisch ist in Bezug auf die Notfallversorgung in Mecklenburg-Vorpommern eine Zusammenlegung der unterschiedlichen Notfallsysteme – Feuerwehr (112), Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Bereitschaftsdienste der Krankenhäuser – zu prüfen. Denkbar wäre beispielsweise eine zentrale Notrufnummer, die zu einer zentralen Leitstelle mit ausgebildeten Fachkräften führt. In dieser zentralen Leitstelle müssten sämtliche Informationen über das landesweite Angebot an Behandlungskapazitäten vorliegen, die zum Zeitpunkt des Notrufs verfügbar sind. Zum anderen müsste diese Fachkraft in der Lage sein im Sinne einer Triage die Dringlichkeit des Falles zu beurteilen und Entscheidungen zu treffen wer die Versorgung übernehmen kann und wie die zu versorgende Person zu transportieren ist (z. B. Entscheidung über Einsatz eines Krankenwagens, eines Krankentransportes, eines Taxis).

Die Zusammenführung der derzeit bestehenden unterschiedlichen Notfallsysteme erfordert den Willen und die Bereitschaft der Selbstverwaltung, diesen Schritt zu gehen. Da die Notfallversorgung bereits heute zum Aufgabenspektrum der Krankenhäuser bzw. der KV zählt, ist hierfür auch keine gesonderte Finanzierung erforderlich. Der Gesetzgeber sollte hierzu einen Rahmen vorgeben und die Umsetzung überwachen.

7.3 Ambulant-stationäre Vernetzung

Ein wesentlicher Effizienzproblem im deutschen Gesundheitswesen wird allgemein in der „Sektoralisierung“ der Versorgung gesehen, die zu vielfältigen Schnittstellen entlang der Behandlungslinie eines Patienten führe, durch die z. T. eine starke Fragmentierung des Behandlungsprozesses entstehe. Insbesondere die starke Trennung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung führt nach verbreiteter Ansicht zu einer suboptimalen Arbeitsteilung, zu Informationslücken sowie fehlender Kommunikation und Koordination zwischen den beiden Versorgungssektoren. Die Sektoralisierung manifestiert sich auch in Form unterschiedlicher Finanzierungs- und Vergütungssysteme, die eine systemoptimale Organisation von Behandlungsprozessen hemmen. Dadurch entstehen Anreize zu Leistungsverschiebungen zwischen den Sektoren, damit das jeweils eigene sektorale Budget nicht belastet wird. Diese Konzentration auf einzelne Teilbereiche begünstigt Allokationsverzerrungen.

Des Weiteren ist – aus den zuvor genannten Gründen – davon auszugehen, dass eine Sicherstellung des vorhandenen Versorgungsniveaus im ambulanten Bereich in den ländlichen Regionen zukünftig nicht mehr ohne Weiteres gewährleistet werden kann. Daher kann es in den von Versorgungsengpässen bedrohten Regionen „nur mit einer konsequenten Bündelung aller Kräfte gelingen, eine tragbare Versorgungssituation zu erreichen“ (SVR 2014, S. 448). Für diese Bündelung wird eine sektorenübergreifende Planung der Versorgungsstrukturen gefordert (vgl. auch SVR 2014).

7.3.1 Beteiligung von Krankenhäusern an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

Bereits heute gibt es zahlreiche Möglichkeiten für Krankenhäuser, sich an der ambulanten Versorgung zu beteiligen. Hierzu zählen u. a.:

- ◆ ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 116ff. SGB V),
- ◆ ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte bei Unterversorgung (§ 116a SGB V)⁶⁷,
- ◆ ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)⁶⁸,
- ◆ Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V),
- ◆ Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V),
- ◆ Spezialambulanzen im Bereich Pädiatrie (§ 120 Abs. 1a SGB V),
- ◆ strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137 f. SGB V),
- ◆ integrierte Versorgung (§ 140a ff. SGB V).

In den Expertengesprächen wurde auch über diese Möglichkeiten hinaus eine verstärkte Rolle der Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung gefordert, insofern diese nicht oder nur unzureichend durch niedergelassene Pädiater sichergestellt werden kann. So sollten Krankenhäuser (und evtl. auch Rehabilitations-Kliniken) zudem die Möglichkeit erhalten, einen eigenen Kassensitz zu erhalten, um die ambulante Grundversorgung sicherstellen zu können, v. a. in den Gegenden, in denen es keine niedergelassenen Kinderärzte (mehr) gibt. Auch durch das

⁶⁷ Bislang gibt es keine ambulante Behandlung durch Krankenhäuser gemäß § 116a SGB V (SVR 2014, S. 368). Der Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes sieht nun eine Umwandlung der „Kann-Regelung“ in eine „Muss-Regelung“ vor.

⁶⁸ Die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) „umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern“ (§ 116b, Abs. 1 Satz 1 SGB V). Gemäß § 116b SGB V fallen darunter auch einige Erkrankungen in der Kinder- und Jugendmedizin wie komplexen Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie, der Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden, Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen oder die Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen.

Betreiben eines MVZ durch ein Krankenhaus können ggf. ambulante Versorgungslücken geschlossen werden.⁶⁹ Eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors durch ein MVZ eröffnet den Experten zufolge zudem die Möglichkeit, verschiedene Gestaltungsoptionen in Bezug auf die Anstellungsmöglichkeiten anzubieten (beispielsweise eine Verteilung der Arbeitszeit jeweils hälftig auf die Klinik und auf das MVZ bzw. die am Krankenhaus ansässige Praxis).

Bei der Frage, ob Krankenhäuser tatsächlich ambulante Versorgungslücken schließen können, muss auch berücksichtigt werden, ob es in diesen Gegenden überhaupt Krankenhäuser mit einer pädiatrischen Abteilung gibt, da derzeit in MV in den überwiegenden Fällen Praxen und Krankenhäusern am selben Ort sind (vgl. dazu Abbildung 17).⁷⁰

7.3.2 Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten

Auch weitere Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen (Kinder-)Ärzten wurde von den Experten befürwortet. Als Beispiel wurde die (Teilzeit-)Tätigkeit von Niedergelassenen in einer Klinik angeführt. Dies führe zu einem besseren gegenseitigen Verständnis und einer besseren Zusammenarbeit. Besonders interessant sei diese Zusammenarbeit, wenn es sich um einen niedergelassenen Spezialisten handele. Allerdings sei diese Kooperationsform den Experten zufolge durch die aktuellen gesetzlichen Regelungen derzeit nur in einem beschränkten zeitlichen Umfang möglich.

Eine weitere Kooperationsmöglichkeit besteht darin, dass im Krankenhaus angestellte Kinderärzte regelmäßig eine Sprechstunde bei Allgemeinmedizinerinnen anbieten.

7.3.3 Lokale Gesundheitszentren (LGZ)

Ein Modell einer sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur ist der Aufbau eines sog. „Lokalen Gesundheitszentrums“ (LGZ). Gemäß einem Vorschlag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bietet das „LGZ der Zukunft [...] an einem zentralen Ort ambulante und stationäre Versorgung unter einem Dach oder auf einem Campus“ (SVR 2014, S. 448f.). Während der vom SVR skizzierte Prototyp insbesondere auf die Versorgung der ländlichen Bevölkerung ausgerichtet ist, ist auch eine Ausrichtung auf die kinder- und jugendmedizinische Versorgung im Sinne eines „Kindergesundheitszentrums“ denkbar.

⁶⁹ Derzeit werden schon 50 % (n = 23) der MVZ in Mecklenburg-Vorpommern durch Krankenhäuser betrieben und damit mehr als im bundesweiten Durchschnitt mit rd. 37,8 % (KBV 2013b).

⁷⁰ Dies könnte sich jedoch zukünftig ändern, wenn Einzelpraxen in bestimmten Gegenden nicht mehr nachbesetzt werden können. Dies sollte detaillierter untersucht werden.

Die innovativen Versorgungsansätze, die eine interdisziplinäre und/oder sektorenübergreifende Bündelung von Versorgungsangeboten vorsehen, um Versorgungslücken zu schließen, gehen i. d. R. mit einer räumlichen Konzentration der Versorgungskapazitäten (Zentren) einher. Daher sind diese neuen Versorgungsformen grundsätzlich mit ergänzenden und teilweise innovativen Ansätzen zur Erhöhung der Patientenmobilität zu kombinieren. In Frage kommen hierfür Verbesserungen der Verkehrsinfrastruktur, z. B. in Form erweiterter Angebote des ÖPNV, Schaffung barrierefreier Zugänge (Bahnhöfe), aber auch durch spezifische Fahrdienste (vgl. SVR 2014, S. 449).

Durch den kollegialen Rahmen in einem LGZ und erweiterte Möglichkeiten auf – auch zeitlich begrenzte – Tätigkeiten in einem Angestelltenverhältnis, ist davon auszugehen, dass ein LGZ die Attraktivität einer Tätigkeit im ländlichen Raum erhöhen kann (SVR 2014).

Prinzipiell werden lokale Gesundheitszentren auch als ein geeigneter Ansatz zur Sicherung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum gesehen. Allerdings ist dabei eine Verknüpfung mit flankierenden mobilitätserhöhenden Maßnahmen (z. B. Ausbau des öffentlichen Nahverkehrs, Einrichtung von Rufbussen oder das Ausgeben von Transportgutscheinen – vgl. dazu auch Kapitel 7.4) unerlässlich.

7.3.4 Fazit zur ambulant-stationären Vernetzung

Für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor existiert nach den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Vielzahl von Optionen. Eine sektorenübergreifende Planung ist allerdings nur durch gemeinsame Gremien und eine gemeinsame Sicherstellungs-/Versorgungsverantwortung für die beiden Sektoren möglich (siehe dazu auch SVR 2014, S. 451). Möglichkeiten hierzu stellen die Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V oder auch regionale Gesundheitskonferenzen dar. Allerdings können durch diese Gremien bislang lediglich Empfehlungen gegeben werden, sie verfügen dagegen nicht über planerische Entscheidungsbefugnisse.

7.4 Mobile ambulante Versorgungsmodelle

Mobile ambulante Versorgungsangebote werden immer wieder als ein alternativer innovativer Ansatz diskutiert, um die Erreichbarkeit medizinischer Versorgungsangebote für die Patienten zu verbessern.

Zu den mobilen ambulanten Angeboten werden teilweise auch sog. **Patientenbusse** gezählt. In Niedersachsen und Schleswig-Holstein beispielsweise existieren sog. Anrufbusse, die auf telefonische Anforderung eingesetzt werden. Ein Pilotprojekt der KV in Brandenburg, bei dem der Patientenbus einmal wöchentlich mit einem festen Fahrplan eingesetzt wurde, musste aufgrund zu geringer Nutzerzahlen wieder eingestellt werden (SVR 2014).

Mit **mobilen Arztpraxen** gibt es in Deutschland nur wenige Erfahrungen und bisher lediglich im Rahmen modellhafter Erprobungen, da prinzipiell in Deutschland ein generelles Verbot einer nichtansässigen ärztlichen Berufsausübung besteht (SVR 2014, S. 577). Beispiele für solche Modellprojekte sind die „Rollende Arztpraxis“ im Landkreis Wolfenbüttel in Niedersachsen und eine mobile Zahnarztpraxis in Brandenburg.⁷¹ Bei der „Rollenden Arztpraxis“ in Wolfenbüttel fuhren von August 2013 bis Ende 2014 von der KV Niedersachsen angestellte Hausärzte mit einem VW-Bus in sieben Gemeinden ohne niedergelassenen Hausarzt zur Behandlung von Patienten. Warteräume wurden von den Gemeinden zur Verfügung gestellt. Die Finanzierung erfolgte über einen Strukturvertrag nach § 73a SGB V zwischen der KV Niedersachsen und den beteiligten Krankenkassen. Das Modellprojekt wurde nach Projektende im Dezember 2014 nicht weitergeführt. Insgesamt nutzten – vor allem im Verhältnis zu den langen Fahrzeiten der Ärzte – zu wenige Patienten die „Rollende Arztpraxis“, um das Projekt kostendeckend zu betreiben. Trotzdem gilt das Projekt als Erfolgsbeispiel in Bezug auf die Kooperation zwischen den Beteiligten Projektpartnern (u. a. Landkreis Wolfenbüttel, KV Niedersachsen, AOK Niedersachsen, Braunschweiger Informatik- und Technologie-Zentrum) (Raedlein 2014). Auch nahmen genau die Patienten die Leistungen der „Rollenden Arztpraxis“ in Anspruch, die als Zielgruppe angedacht waren – nämlich überwiegend ältere und wenig mobile Patienten, die oftmals an chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Herzinsuffizienz oder Diabetes litten.⁷²

Beispiele für mobile ambulante Angebote im Bereich der Kinderheilkunde gibt es derzeit nur im Sonderbereich der Palliativmedizin. Im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) für Kinder und Jugendliche bildet das „Team Möwenherz“ der Universitätsmedizin Rostock ein mobiles SAPV-Team, welches medizinische, pflegerische und psychosoziale Unterstützung anbietet, damit schwerstkranke Kinder zu Hause versorgt werden können. In den Expertengesprächen wurden des Weiteren mobile Angebote im Bereich der Vorsorgeuntersuchungen an Orten, in denen es keine niedergelassenen Kinderärzte mehr gibt, als Möglichkeit genannt. Generelle „mobile Kinderarztpraxen“ wurden von den Experten jedoch als problematisch bzw. wenig sinnvoll eingestuft, da ein großer Teil der Behandlungsfälle bei Kindern nicht fest planbar sei.

Ein weiterer Ansatz für ein „angebotsseitiges“ mobiles Angebot ist der Einsatz von sog. „Kindergemeindeschwestern“, die Hausbesuche durchführen (vgl. dazu auch Kapitel 7.5).

Grundsätzlich ist – aufgrund der nur sehr begrenzt planbaren Leistungen im Bereich der Kinderheilkunde – die Förderung bzw. Aufrechterhaltung der Patien-

⁷¹ Weitere Beispiele für mobile Dienste durch Ärzte umfassen ein mobiles Mammographie-Screening „Mammobil“, Methadonbusse, eine mobile Stroke-Unit im Saarland sowie ein Modellprojekt in Mecklenburg-Vorpommern, in dem demenziell erkrankte Personen und ihre Angehörigen durch ein mobiles Team beraten werden.

⁷² <http://www.rollende-arztpraxis.de/Startseite/> (Abruf am 8.2.2015).

tenmobilität durch das öffentliche Nahverkehrssystem sehr wichtig. In den Expertengesprächen wurde auch darauf hingewiesen, dass beispielsweise Medizinische Versorgungszentren an verkehrstechnisch gut erreichbaren Orten aufgebaut werden sollten oder zusätzliche Transportmöglichkeiten für die Patienten geschaffen werden (z. B. Rufbusse o. ä.). Auch das Ausgeben von Transportgutscheinen durch die Krankenkassen (beispielsweise für Taxis) stellt eine weitere Möglichkeit dar, die Patientenmobilität zu erhöhen.

7.5 Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen

Eine Übernahme gewisser Aufgaben der medizinischen Versorgung durch medizinische Fachangestellte oder Pflegekräfte in der Klinik oder in der Arztpraxis ist inzwischen zunehmend verbreitet (wie z. B. Blut abnehmen oder Verbände wechseln).⁷³ Regionale Versorgungsengpässe und der Ärztemangel auf dem Land haben die Diskussion um eine Aufgabenverteilung zwischen den (ärztlichen und nichtärztlichen) Berufsgruppen intensiviert. Um die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung – insbesondere in ärztlich unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten – sicherzustellen, wurde im Jahr 2005 in den neuen Bundesländern modellhaft die sog. „Gemeindeschwester“ – oder auch AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte Systemische Intervention)⁷⁴ – eingeführt.⁷⁵ An dem „Gemeindeschwester-Konzept“ war neu, dass die delegierten Leistungen überwiegend nicht in der Arztpraxis, sondern bei Hausbesuchen in der Häuslichkeit des Patienten durchgeführt werden und „der Arzt nicht selbst orts- und zeitnah anleitend, mitwirkend, beaufsichtigend oder nachträglich kontrollierend tätig“ ist (Bundestagsdrucksache 16/7439). Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde daher die Delegation von Hilfsleistungen an qualifizierte nichtärztliche Praxismitarbeiterinnen in Abwesenheit des Arztes ab dem 1.1.2009 gestattet, und das „Gemeindeschwester-Konzept“ ging in die Regelversorgung über. Seitdem können speziell qualifizierte Arzthelferinnen Hausbesuche machen und dort beispielsweise Puls und Blutdruck messen, Blut abnehmen oder die Arzneimittel-einnahme kontrollieren. Eine Abrechnungsmöglichkeit wurde über zwei neue Gebührenordnungspositionen geschaffen – dies ist allerdings nur in Regionen mit einer Unterversorgung bzw. einem zusätzlichen lo-

⁷³ Auch im Rahmen einer ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) übernehmen Pflegekräfte die Behandlungspflege, die neben der Wundversorgung die Gabe von Medikamenten und Injektionen sowie die Blutdruck- und Blutzuckermessung beinhaltet.

⁷⁴ Dieses Konzept wurde im Jahr 2004 vom Institut für Community Medicine an der Universität Greifswald entwickelt. In den Zeitraum 2005-2008 wurde es im Rahmen von Modellprojekten in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg erprobt.

⁷⁵ In den letzten Jahren wurde eine Reihe von weiteren Modellprojekten erprobt, wie beispielsweise VerAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) oder MOPRA (Mobile Praxisassistentinnen).

kalem Versorgungsbedarf möglich (Meinke & Berlin 2011). Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz soll nun die Vergütungsmöglichkeiten erweitert werden.

Die Evaluation des AGnES-Projektes zeigte eine hohe Akzeptanz des Konzeptes bei den beteiligten Ärzten, Praxismitarbeitern und Patienten. Rund 90 % der an AGnES Modellprojekten teilnehmenden Hausärzte berichteten von einer wahrnehmbaren Entlastung durch die Praxisassistenten. Außerdem befanden 92 % der Hausärzte, dass die Qualität der Versorgung seit der Delegation von Hausbesuchen an AGnES-Assistenten vergleichbar mit der üblichen hausärztlichen Betreuung sei (van den Berg et al. 2009).

Generell wird die Übertragung bestimmter Leistungen an nichtärztliches Personal von der deutschen Bevölkerung mehrheitlich befürwortet: rd. 75 % beurteilt dies als einen sehr guten bis guten Ansatz; nur 8 % lehnen dies ab. In ostdeutschen Bundesländern sind die Menschen dem Konzept gegenüber noch etwas aufgeschlossener als in westdeutschen Bundesländern (Techniker Krankenkasse 2014).⁷⁶

In den Expertengesprächen wurde die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal auch für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin grundsätzlich befürwortet, eine „Kindergemeindeschwester“ (Kinder-AGnES) wäre ein durchaus sinnvoller Ansatz. Auch eine Studie der Universitätsmedizin Greifswald aus dem Jahr 2011 schlussfolgert, dass das AGnES-Konzept für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen um den Bereich der Kinderheilkunde erweitert werden sollte, und zwar in enger Kooperation mit den Kinderarztpraxen und den pädiatrischen Krankenhausabteilungen (Meinke & Berlin 2011). Als mögliche Delegationsleistungen werden vorgeschlagen (Meinke & Berlin 2011, S. 133):

- ◆ Ausführung ärztlich delegierter Hilfeleistungen, auch in der Häuslichkeit der Patienten;
- ◆ Ermittlung physischer, psychischer und sozialer Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen;
- ◆ Einschätzung des sozialen Umfeldes der Kinder und Jugendlichen;
- ◆ Überwachung von Vitalparametern;
- ◆ Bestimmung von Laborparametern;
- ◆ Förderung der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen;
- ◆ Case-Management.

⁷⁶ Erweiterte Rollen für Pflegekräfte in der Patientenversorgung („advanced nurse practice“) sind in vielen Ländern weit verbreitet (u. a. den USA, Kanada, Australien, Niederlanden). Die Berufsrollen und Titel sind dabei vielfältig (z. B. Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Nurse Midwife, Nurse Anesthetist, Advanced Nurse Practitioner, Higher Level Practitioner). Gemeinsam ist diesen Ansätzen dass akademisch weitergebildete Pflegekräfte (auf Master- oder PhD-Niveau) mehr Verantwortung und Autonomie im Versorgungsprozess erhalten (SVR 2007).

Bei einer evtl. Schließung von pädiatrischen Abteilungen könnten auch die ehemals dort angestellten Kinderkrankenschwestern als Fachkräftereservoir für die Kindergemeindeschwestern herangezogen werden.

7.6 Telemedizin

Unter Telemedizin versteht man die Bereitstellung und / oder Anwendung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Überwindung von räumlichen Entfernungen (SVR 2014, S. 580). Dies umfasst ein weit gefächertes Spektrum von Anwendungen, wie beispielsweise Applikationen auf Smartphones (z. B. zur Erinnerung an die tägliche Medikamenteneinnahme), die Übertragung von diagnostischen Bildern zur Beurteilung / Diagnosestellung an einen entfernt stationierten Arzt („Telekonsultation“ bzw. „Telekonsil“) oder die Übertragung von physiologischen Daten (z. B. Blutdruck, Blutzuckerwerte) von Patienten zu Gesundheitsdienstleistern („Telemonitoring“). Auch im Bereich der Pflege („Home-Care“) kommen telemedizinische Anwendungen zum Einsatz.

Derzeit gibt es in Deutschland sehr viele – eher kleinere – Einzelprojekte und Initiativen, in denen telemedizinische Anwendungen erprobt bzw. eingesetzt werden. Im Bereich des Telemonitorings fokussieren die Ansätze hauptsächlich auf chronisch Kranken (z. B. Diabetiker, Asthmatiker). Telekonsultationen kommen v. a. in der Radiologie zum Einsatz. Dieses Einsatzfeld gilt als Vorreiter, und mittlerweile sind für dieses Anwendungsfeld datenschutzrechtliche Aspekte, fachliche Anforderungen und die Einordnung der Software als Medizinprodukt definiert (SVR 2014, S. 580). Des Weiteren wird Telekonsultationen häufig bei Schlaganfällen eingesetzt, indem Experten aus neurologischen Kliniken über Bild und Video konsiliarisch hinzugezogen werden. Insgesamt richten sich die bestehenden Ansätze mehrheitlich auf einzelne Indikationen und / oder Patientengruppen. Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin werden telemedizinische Anwendungen bislang kaum eingesetzt (Meinke & Berlin 2011, S. 134).

Telemonitorische Anwendungen für chronisch Kranke sind auch bei Kindern und Jugendlichen prinzipiell anwendbar. So zeigte eine Studie beispielsweise, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes Typ 1 die regelmäßige elektronische Übertragung von Glukosemesswerten und von Informationen über Insulindosen, Mahlzeiten und körperlicher Betätigung an ein Diabeteszentrum mit nachfolgender telefonischer Rücksprache durch einen Diabetologen und ggf. entsprechender Therapieanpassung zu einer Reduktion des HbA1c-Wertes um ca. 0,4 % sowie einem deutlichen Rückgang der Hypoglykämie-Rate führte (Liesenfeld et al. 2000). Auch in den Expertengesprächen wurde der Einsatz telemedizinischer Anwendungen bei Kindern mit Diabetes hervorgehoben. Darüber hinaus wurde die telemedizinische Überwachung von Kindern mit einem bestehenden Risiko für einen plötzlichen Kindstod erprobt (Wiater & Paramanathan 2006).

Mit Hilfe von Telekonsultationen bzw. Telekonsilen in der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung ist eine Vernetzung von Krankenhäusern und / oder Kin-

derarztpraxen denkbar, um bei bestimmten Fragestellungen lokal nicht verfügbare ärztliche Spezialisten zu konsultieren.

Ein Beispiel in der ambulanten Kinderheilkunde ist das telemedizinische Konsiliararztsystem „PädExpert“, welches von dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) entwickelt wurde. Allgemeinpädiatrisch tätige Ärzte können damit Pädiater, die eine Schwerpunktausbildung besitzen (z. B. Kinderhämatologie, Kinderrheumatologie, Kinderpneumologie, Kindergastroenterologie), beispielsweise bei unklaren Befunden oder seltenen Erkrankungen zur weiteren Behandlung hinzuziehen. Vor allem in ländlichen Regionen, in denen oftmals keine Pädiater mit einer Schwerpunktausbildung niedergelassen sind, kann so mit Hilfe von „PädExpert®“ die Behandlung in vielen Fällen weiterhin vor Ort ausgeführt werden (BVKJ 2014). Dieses Pilotprojekt in Bayern wurde im November 2014 in der Kategorie „Zukunft Telemedizin“ mit dem Bayrischen Gesundheitspreis ausgezeichnet. Nach dem Ende der Pilotphase im Jahr 2014 ist ein bundesweiter Einsatz vorgesehen.

In der stationären Kinder- und Jugendmedizin startete im August 2014 ein sechsmonatiges Modellprojekt an der Universitätsmedizin Greifswald und dem Aneos Klinikum in Anklam. Kinder und Jugendliche, die zwischen 18 Uhr abends und 8 Uhr morgens in die Notaufnahme in Anklam kommen, können von dem diensthabenden Arzt per bidirektionaler Videokonferenz einem Kinderarzt der Universitätsmedizin Greifswald vorgestellt werden. Dieser entscheidet über die Dringlichkeit und die weiteren Schritte; bei sofortigem Handlungsbedarf kann der Patient mit PKW / Taxi oder ggf. dem Rettungswagen an das Universitätsklinikum verlegt werden. Das Projekt wird wissenschaftlich evaluiert und die verschiedenen Abläufe werden auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft. Wesentliche Fragen sind dabei insbesondere die Häufigkeit und die Art der Fälle / Diagnosen, bei denen eine Videokonferenz einberufen wird, welche Daten erfasst und welche Entscheidungen getroffen werden. Auch der Einfluss der telemedizinischen Situation auf die medizinische Entscheidung über Diagnostik und Therapie soll evaluiert werden. Wichtige Faktoren für den Erfolg des telemedizinischen Projektes sind auch die Akzeptanz bei Patienten bzw. bei deren Eltern sowie unter der Ärzteschaft. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation des Modellprojektes lagen zur Zeit der vorliegenden Untersuchung noch nicht vor.

In den Expertengesprächen wurde der Einsatz von Telekonsultationen in der Pädiatrie zur Diagnosestellung teilweise abgelehnt, da eine Ferndiagnose nur in sehr wenigen Krankheitsfällen funktioniere. In der Regel müsse der Kinderarzt „am Kind sein“, um eine richtige Diagnose stellen zu können. Um Rücksprache mit spezialisierten Kinderärzten zu halten, wurde der verstärkte Einsatz von Telekonsultationen jedoch befürwortet. Auch wurde der Ansatz, dass eine erfahrene Kinderkrankenschwester in Abwesenheit eines Kinderarztes für die Beurteilung der Dringlichkeit eines Falles und einer notwendigen Verlegung einen Kinderarzt telemedizinisch konsultiert, von einigen Experten als Möglichkeit gesehen.

7.7 Fazit: Innovative Versorgungsansätze

Ambulanter Sektor

Neue Praxisformen im ambulanten Bereich (wie z. B. MVZ, BAG, Eigeneinrichtungen der KVen) tragen den Wünschen der neuen Ärztegeneration nach flexibleren Arbeitszeitmodellen, Teilzeitmöglichkeiten sowie einer stärkeren Teamarbeit Rechnung. Durch die Möglichkeit eines Angestelltenverhältnisses bindet sich ein Arzt zudem nicht „lebenslang“ – wie quasi im Falle einer Einzelpraxis – an eine bestimmte Region. Damit haben diese Praxisformen das Potenzial, ärztlichen Nachwuchs – zumindest für einen bestimmten Zeitraum – auch für eine Tätigkeit in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu gewinnen.

Auch Kommunen können gemäß der aktuellen Gesetzeslage Eigeneinrichtungen – mit all den im vorherigen Abschnitt beschriebenen Vorteilen – betreiben. Allerdings liegt der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung bei der KV; daher sollten Kommunen vor allem im Hinblick auf die allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen aktiv werden, um die generelle Attraktivität der Kommune bzw. Region zu steigern. Des Weiteren gewinnt die Mobilisierung von Patienten bei einer zunehmenden Zentralisierung der medizinischen Versorgung an Bedeutung; auch hier sollten sich die Kommunen im Sinne eines Erhalts bzw. Ausbaus des öffentlichen Nahverkehrs oder erweiterter Angebote (wie beispielsweise Rufbusse) einbringen.

Eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch Allgemeinmediziner kann die Entwicklung eines langfristigen Verhältnisses zwischen dem Arzt, den Eltern und den Kindern fördern und so auch Unterbrechungen der primärärztlichen Versorgung beim Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin zur Erwachsenenmedizin verhindern. Damit Allgemeinmediziner besser dazu befähigt werden, ist eine Ausweitung der Pädiatrie-Anteile in der Fort- und Weiterbildung notwendig. Des Weiteren sollten – dort, wo es möglich ist – Potentiale einer engeren Verzahnung zwischen Allgemeinmedizinern und Pädiatern genutzt werden, um mehr pädiatrische Expertise in die Behandlung durch den Allgemeinmediziner einfließen zu lassen. Mögliche Kooperationsformen wären beispielsweise regelmäßige Sprechstunden durch einen Pädiater in der Praxis eines Allgemeinmediziners sowie telemedizinische Konsultationen, bei denen die Allgemeinmediziner mit einem (räumlich entfernten) Pädiater Rücksprache halten können.

Stationärer Sektor

Im Bereich der stationären Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen gilt das Anforderungsprofil für die Zertifizierung „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ als Mindeststandard bezüglich der Strukturqualität. Kleine pädiatrische Abteilungen – gemessen an der Fallzahl – stehen grundsätzlich vor der Herausforderung, die Mindeststrukturqualitätsanforderungen, insbesondere den Facharztstandard, einzuhalten und gleichzeitig wirtschaftlich tragfähig zu sein. Solange die Strukturqualitätskriterien jedoch eingehalten werden, sollte die Entscheidung, auch eine kleine pädiatrische Abteilung „am Leben zu halten“ (evtl. durch Quersubventio-

nierungen anderer Abteilungen) mit Blick auf den grundsätzlich politisch gewollten Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern primär dem Krankenhausträger überlassen werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass es für Krankenhausträger nicht möglich ist, einen Versorgungsauftrag selektiv für einzelne Abteilungen ausschließlich aus betriebswirtschaftlichen Gründen zurückzugeben. Ist ein Krankenhaus bzw. eine pädiatrische Abteilung zur Sicherstellung der Versorgung notwendig, dann sollte die Möglichkeit der Gewährung von Sicherstellungszuschlägen, evtl. auch nur selektiv für einzelne Abteilungen, geprüft werden.

Die pädiatrische Grund- bzw. Basisversorgung sollte möglichst flächendeckend vorgehalten werden. In den Subdisziplinen ist dagegen eine stärkere Zentralisierung anzustreben mit einem funktionierenden Zuweisungssystem. Allerdings gilt zu berücksichtigen, dass eine zunehmende Beschränkung ländlicher Krankenhäuser auf Grund- und Basisversorgung deren Nachwuchsprobleme tendenziell verschärft, weil infolgedessen auch die Weiterbildungsmöglichkeiten beschränkt werden. Krankenhäuser im ländlichen Raum können bei der Weiterbildung ggf. mit größeren Kliniken kooperieren, um einem solchen Attraktivitätsverlust entgegen zu wirken.

Alternative Betriebsmodelle (Außenstellen, Personalgestellung) können die grundsätzlichen Probleme von kleinen Abteilungen in ländlichen Regionen nur begrenzt lösen, da solche Konstellationen per se nichts an einem evtl. ungünstigen Kosten-Erlösverhältnis ändern. Des Weiteren kann es bei ungünstigen Standorten der Außenstelle trotz Kooperation schwierig bleiben, Personal für die kleinen Abteilungen zu gewinnen.

Für die zukünftige Entwicklung ist davon auszugehen, dass gerade Krankenhäuser im ländlichen Raum immer stärker unter Druck geraten, die geburtshilflichen und pädiatrischen Abteilungen angesichts der sich abzeichnenden Fallzahlrückgänge aufzugeben. Die Sicherstellung der Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche muss dann an den betroffenen Standorten durch nicht-pädiatrische Fachärzte erbracht werden. Die behandelnden Erwachsenenmediziner müssen dann durch Fort- und Weiterbildung in die Lage versetzt werden, eine adäquate Erstversorgung speziell auch von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten und im Rahmen einer Triage ggf. notwendige Verlegungen in Einrichtungen mit spezialisierten Pädiatern zu veranlassen. Hierfür müssen auch die erforderlichen Transportkapazitäten (u. U. Rettungshubschrauber) zur Verfügung stehen.

Ambulant-stationäre Vernetzung

Um ambulante Versorgungslücken zu schließen, stellt – bei Vorhandensein eines Krankenhauses – die Öffnung des Krankenhauses (auch durch die Gründung eines MVZ am Krankenhaus) eine Möglichkeit dar, diese Lücke zu schließen. Da insbesondere die Krankenhäuser in ländlichen Regionen, die hierfür in Frage kommen, bei schrumpfender Bevölkerung unter starkem wirtschaftlichen Druck stehen, dürfte eine Lückenschließung nur gelingen, wenn die Übernahme ambulanter ärztlicher Versorgung zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses beiträgt.

Um zu vermeiden, dass in peripheren Regionen sowohl pädiatrische Praxen als auch pädiatrische Fachabteilungen an Krankenhäusern aus wirtschaftlichen Gründen oder aufgrund fehlenden Nachwuchses aufgegeben werden, während in den Zentren Niedergelassene und Kliniken um eine tendenziell schrumpfende Anzahl pädiatrischer Fälle konkurrieren, sollten Ansätze einer sektorenübergreifenden Planung gestärkt werden. Es liegt nahe, hierfür die durch das Versorgungsstrukturgesetz eingeführte Möglichkeit eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V oder die Institution regionaler Gesundheitskonferenzen zu nutzen (vgl. dazu Kapitel 7.3.4).

Mobile Angebote

Mobile Kinderarztpraxen stellen keinen vielversprechenden Lösungsansatz dar, um ambulante Versorgungslücken zu schließen, da die meisten Behandlungsbedarfe bei Kindern und Jugendlichen nicht planbar sind. Gefördert werden sollte dagegen die Mobilisierung bzw. Transportmöglichkeiten von Patienten – beispielsweise durch Rufbusse –, um zu den jeweiligen Versorgungsangeboten zu gelangen.

Delegation / Arbeitsteilung

Die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal sollte auch auf den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin im Sinne einer „Kindergemeinschaftschwester“ ausgeweitet werden.

Telemedizin

Telekonsultation bieten eine geeignete Möglichkeit zur Vernetzung von Krankenhäusern und / oder (Kinder-)Ärzten, um bei bestimmten Fragestellungen lokal nicht verfügbare Spezialisten zu konsultieren bzw. Rücksprache zu halten. Für eine zuverlässige Diagnosestellung können sie den Arzt „am Kind“ nach Ansicht von Experten nur in wenigen Fällen ersetzen; für eine endgültige Bewertung sind jedoch auch die Ergebnisse des Modellprojektes in Greifswald und Anklam abzuwarten.

8. Anhang

A1 Liste der befragten Experten

A1 Liste der befragten Experten

Tabelle 6: Liste der befragten Experten

Name	Organisation
Stephanie Albrecht	Landesfachstelle Familienhebammen
Dr. Karl-Josef Eßer	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Prof. Dr. Holger Lode / Dr. Thorsten Wygold	Universitätsmedizin Greifswald
Dr. Peter Müller	Sozialpädiatrisches Zentrum Greifswald
Dr. Ralph Richter	Krankenhaus Demmin
Jochen Scheel	GKind
Thomas Wagner	Sozialpädiatrisches Zentrum Schwerin

Quelle: IGES

Anmerkung: Alphabetische Reihenfolge; ein Experte beantwortete den Leitfaden schriftlich

Literaturverzeichnis

- Albrecht M, Etgeton S & Ochmann R (2014a): Faktencheck Gesundheit – Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung.
https://aerztedichte.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcad/Dokumente/FCG_Aerztedichte_Studie.pdf [Abruf am: 21. November 2014].
- Albrecht M, Loos S, Sander M, Schliwen A & Wolfschütz A (2012): Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe: Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES Institut.
<http://www.hebammengesetz.de/igesgutachten.pdf> [Abruf am: 03. November 2014].
- Albrecht M, Schliwen A & Loos S (2014b): Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V. Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V). Abschlussbericht. Berlin: IGES Institut.
http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/News/BPtk/2014/20140819/20140819_IGES-Bericht_Evaluation_GKV-Versorgungsstrukturgesetz.pdf [Abruf am: 20. November 2014].
- Andler W, Selche-Nordenheim J, Lübbers W, Wewers H & Schuster T (2011): Aktuelle Situation der stationären Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland: 5. bundesweite Umfrage. Vergleich und Entwicklung 1993 bis 2009. Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus.
<http://bakuk.de/media/aktivitaeten/fuenfte-bundesweite-umfrage/aktuelle-situation-kinder-jugendmedizin.pdf> [Abruf am: 05. November 2014].
- Augurzky B & Dodt C (2014): Empfehlungen zur Krankenhausplanung 2.0. Pressekonferenz Verband der Ersatzkassen. 21. Oktober 2014.
http://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2014/pk_krankenhausplanung/jcr_content/par/download_6/file.res/04_Vortrag_Krankenhausplanung_202.0_PK.pdf [Abruf am: 4. November 2014].
- Augurzky B, Kreienberg R & Mennicken R (2014): Zukunft der Gynäkologie und Geburtshilfe. Heidelberg: medhochzwei Verlag. ISBN: 978-3-862-16188-1.
- BARMER GEK (2012): BARMER GEK Arztreport 2012. Schwerpunkt: Kindergesundheit. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 12. St. Augustin: Asgard-Verlag. ISBN: 978-3-537-44112-6.
- BDO & Deutsches Krankenhausinstitut (2014): Ländliche Krankenhausversorgung heute und 2020.
https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/laendliche_krankenhaeuser.pdf [Abruf am: 12. Dezember 2014].
-

- Blum K, Löffert S & Offermanns M (2013): Krankenhaus Barometer: Umfrage 2013. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
http://www.dkgev.de/media/file/16291.Umfrage_2013.pdf [Abruf am: 26. November 2014].
- Blum K, Löffert S, Offermanns M & Steffen P (2014): Krankenhaus Barometer: Umfrage 2014. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2014.pdf [Abruf am: 15. Januar 2015].
- Bundesärztekammer (2014): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013. Ärzteschaft in der Generationenfalle. Zuletzt aktualisiert: 07. Mai 2014.
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002> [Abruf am: 20. November 2014].
- Bundestagsdrucksache 16/2474. Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG). 30. August 2006. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. ISSN: 0722-8333.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/024/1602474.pdf> [Abruf am: 6. November 2014].
- Bundestagsdrucksache 16/7493. Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss): Sammelübersicht 327 zu Petitionen. 12. Dezember 2007. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. ISSN: 0722-8333.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/074/1607493.pdf> [Abruf am: 07. November 2014].
- Bundestagsdrucksache 17/6906. Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). 05. September 2011. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. ISSN: 0722-8333.
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/069/1706906.pdf> [Abruf am: 07. November 2014].
- BVKJ [Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte] (2014): PädExpert: Kinder- und Jugendärzte wollen mit Telemedizin die medizinische Versorgung im ländlichen Raum verbessern. 22. September 2014.
<http://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/paedexpert-kinder-und-jugendaerzte-wollen-mit-telemedizin-die-medizinische-versorgung-im-laendlich/> [Abruf am: 21. November 2014].
- DAKJ [Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin] (2013): Thesen zur Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Institutionelle Ressourcen. DAKJ.
http://dakj.de/media/mitteilungen/Begruendungsdokumente_Thesen/Institutionelle_Ressourcen_Begruendungsdokument_2013.pdf [Abruf am: 19. November 2014].
-

- DEGAM (2009): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) Sektion Versorgungsaufgaben.
http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM-Positionspapier%20zur%20Versorgung%20von%20Kindern-060709.pdf [Abruf am: 24. Oktober 2014].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. Zuletzt geändert: 17. Juli 2014.
http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/richtlinien/richtl_bedarfsplanung.pdf [Abruf am: 11. November 2014].
- Gibis B, Heinz A, Jacob R & Müller C-H (2012): The Career Expectations of Medical Students: Findings of a Nationwide Survey in Germany. Deutsches Ärzteblatt International 109(18), 327-332. DOI: 10.3238.
<https://www.aerzteblatt.de/pdf/DI/109/18/m327.pdf> [Abruf am: 20. Oktober 2014].
- gid (2014): Zur Lage der MVZ. Gesundheitspolitischer Informationsdienst: gid; Analysen, Berichte, Kommentare 19. Jahrgang (Nr. 31 / Nr. 32), 25-30. ISSN: 1433-3260.
- GKinD [Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.] (2013): Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Mindestanforderungen). Checkliste zur Abfrage der Qualitätskriterien für die dritte bundesweite Bewertungsrunde. http://www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/fileadmin/Dateien/Checkliste_3te_Bewertungsrunde_AfK_2013_20130331.doc [Abruf am: 18. November 2014].
- GKinD [Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.] (2009): Stellungnahme. Gesundheitsversorgung von Kindern: Defiziten entgegenwirken, um Qualität zu entwickeln. http://www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/fileadmin/Dateien/PM_GKinD_Darmstadt_20090507_II.pdf [Abruf am: 18. November 2014].
- Hartmannbund (2012): Der Arztberuf von morgen – Erwartungen und Perspektiven einer Generation: Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes „Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?“ [Vortrag]. Pressekonferenz des Hartmannbundes. 07. Mai 2012. Berlin.
http://www.hartmannbund.de/uploads/2012_Umfrage-Medizinstudierende.pdf [Abruf am: 21. Oktober 2014].
-

- Höhl R (2014): Praxisgründung: Die Einzelpraxis ist noch nicht tot. Ärzte Zeitung 22. Januar 2014.
http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxisfuehrung/article/853564/praxisgruendung-einzelpraxis-noch-nicht-tot.html?sh=63&h=1864202389
[Abruf am: 30. Oktober 2014].
- Jacob R (2014): Berufsmonitoring Medizinstudenten. 2. Welle 2014 Ergebnisse einer bundesweiten Befragung [Vortrag]. Pressekonferenz. Kassenärztliche Bundesvereinigung. 01. September 2014. Berlin.
http://www.kbv.de/media/sp/01_09_2014_KBV_Ergebnisse_der_Medizinstudentenbefragung.pdf [Abruf am: 10. November 2014].
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2013a): Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. 31. Dezember 2013.
http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf [Abruf am: 14. November 2014].
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2013b): Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2013. 31. Dezember 2013
http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf [Abruf am: 14. November 2014].
- Koslik K (2013): Notfallpraxis statt Hausbesuch? Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst soll umgestellt werden. Schweriner Volkszeitung. 7. Januar 2013.
<http://www.svz.de/mv-uebersicht/notfallpraxis-statt-hausbesuch-id3941091.html> [Abruf am: 14. November 2014].
- Kurth B-M & Schaffrath Rosario A (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 50, 736-743. DOI: 10.1007/s00103-007-0234-5.
- Kvaerner KJ, Nafstad P & Jaakkola JJK (2000): Upper Respiratory Morbidity in Preschool Children: A Cross-sectional Study. Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery 126, 1201-1206. ISSN: 0886-4470.
http://www.researchgate.net/profile/Jouni_Jaakkola/publication/12293783_Upper_respiratory_morbidity_in_preschool_children_a_cross-sectional_study/links/0fcfd50cde6bd33ed7000000 [Abruf am: 13. November 2014].
- KVBB [Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg] (2014): KV RegioMed.
<http://www.kvbb.de/praxis/service/kv-regiomed/> [Abruf am: 28. Oktober 2014].
-

- KVMV [Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg Vorpommern] (2013): Bedarfsplan für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin: KVMV.
http://www.kvmv.info/aerzte/25/10/Bedarfsplanung_und_freien_Praxen/Bedarfsplan_KVMV_12112013.pdf [Abruf am: 28. Oktober 2014].
- KVMV [Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern] (2012): Qualität und Sicherstellung in der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin: KVMV.
http://www.kbv.de/media/sp/KVMV_QB2012.pdf [Abruf am: 17. November 2014].
- Landsberg G (2010): Positionspapier „Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum“. Berlin: Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB).
http://www.dstgb.de/dstgb/Home/Kommunalreport/Archiv%202010/%C3%84rztliche%20Versorgung%20im%20%C3%A4ndlichen%20Raum%20gef%C3%A4hrdet%20-%20Reformans%C3%A4tze%20notwendig/positionspapier_aerztliche_versorgung_1105.pdf [Abruf am: 19. November 2014].
- Landtagsdrucksache 6/2309: Situation und Zukunft der Hebammenversorgung in Mecklenburg-Vorpommern. KLEINE ANFRAGE der Abgeordneten Silke Gajek, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und ANTWORT der Landesregierung. 19. November 2013. <http://www.dokumentation.landtag-mv.de/Parldok/dokument/33840/situation-und-zukunft-der-hebammenversorgung-in-mecklenburg-vorpommern.pdf> [Abruf am 28. Oktober 2014].
- Liesenfeld B, Renner R, Neese M & Hepp KD (2000): Telemedical Care reduces hypoglycemias and improves glycemic control in children and adolescents with type-1-diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics* 2(4), 561-567.
- LVGAFS Niedersachsen [Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen] Maßnahmen zur Ärztlichen Nachwuchsgewinnung in Deutschland. http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Massnahmen_web.pdf [Abruf am: 28. November 2014].
- MAGS [Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern] (2013): Kinder- und Jugendgesundheitsbericht Mecklenburg-Vorpommern. http://service.mvnet.de/_php/download.php?datei_id=79644 [Abruf am: 17. November 2014].
- Meinke C & Berlin C (2011): Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Grundbedürfnissicherung der Bevölkerung in Vorpommern unter besonderer Berücksichtigung der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung im Landkreis Ostvorpommern Greifswald: Universitätsmedizin Greifswald.
http://www2.medizin.uni-greifswald.de/icm/fileadmin/user_upload/vcm/dokumente/ICM_Bericht_Ausw_demogr_Wandel_FES_Sept2011.pdf [Abruf am: 14. November 2014].
-

- MUGV [Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg] (2012): Künftige Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in Brandenburg: Grundlagen, Handlungsfelder und Maßnahmen. Version 2012 - Aktualisierung der Zahlen zu Bevölkerung, Anzahl Ärzte etc.: Land Brandenburg. http://www.mlul.brandenburg.de/media_fast/4055/versorgung_laendlr_aum.pdf [Abruf am: 1. Dezember 2014].
- Raedlein T (2014): Ausgerollt? Zu wenig Patienten nutzen mobile Arztpraxis. WolfenbüttelHeute.de [Online-Zeitung]. 8. August 2014. <http://wolfenbuettelheute.de/ausgerollt-zu-wenig-patienten-nutzen-mobile-arztpraxis/#> [Abruf am: 18. November 2014].
- Riessen R, Seekamp A, Gries A, Dodt C, Kumle B & Busch H-J (2014): Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). <http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Notfallmedizin/Reform%20der%20medizinischen%20Notfallversorgung%20in%20Deutschland%2020141017.pdf> [Abruf am: 20. November 2014].
- Roick C, Heider D, Günther OH, Kürstein B, Riedel-Heller SG & König HH (2012): Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. Gesundheitswesen 2012 74(1), 12-20. DOI: 10.1055/s-0030-1268448.
- Schlack R, Kurth B-M & Hölling H (2008): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Umweltmedizin in Forschung und Praxis 13(4), 245-260.
- Statistisches Bundesamt (2014): Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611137004.pdf?__blob=publicationFile [Abruf am: 19. November 2014].
- SVR [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf [Abruf am: 20. Oktober 2014].
- SVR [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2007): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [Abruf am 28. Oktober 2014].
-

- Techniker Krankenkasse (2014): Meinungspuls 2014: So sieht Deutschland sein Gesundheitssystem.
http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/660150/Datei/130119/TK_Meinungspuls_So_sieht_Deutschland_sein_Gesundheitssystem_Oktober_2014.pdf [Abruf am: 21. November 2014].
- Van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C, Dreier A, Rogalski H, Karopka T, Oppermann R & Hoffmann W (2009): AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter. Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. Deutsches Ärzteblatt 106(1-2), 3-9. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0003.
- Wiater A & Paramanathan J (2006): Telemedizin in der Pädiatrie. In: Gerber A & Lauterbach KW: Gesundheitsökonomie und Pädiatrie. Stuttgart: Schattauer, S. 133-140. ISBN: 3-7945-2449-7.
- Woratschka R (2014): Ärzte in Deutschland: Die Kommunen sind gefragt. Der Tagesspiegel 01.12.2014. <http://www.tagesspiegel.de/meinung/aerztmangel-in-deutschland-die-kommunen-sind-gefragt/11054982.html> [Abruf am: 1. Dezember 2014].
-

Beauftragt vom

**Mecklenburg
Vorpommern**



Ministerium für Arbeit,
Gleichstellung und Soziales

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

10117 Berlin

www.iges.com