



Erarbeitung von konzeptionellen Vorschlägen für eine zukunftssichere integrierende medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland

 **dsn**
ANALYSEN & STRATEGIEN
KOOPERATIONSMANAGEMENT

Gefördert vom:

Ministerium für Arbeit,
Soziales und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein



Auftraggeber:

Kreis Nordfriesland
– Der Landrat –
Gesundheitsamt
Damm 8 • 25813 Husum

Gefördert vom:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein

Autoren:

dsn
Analysen & Strategien |
Kooperationsmanagement
Holstenstr.13-15 • 24103 Kiel
www.dsn-online.de

Gestaltung des Titelblattes:

dsn
Analysen & Strategien |
Kooperationsmanagement

Foto Titelblatt:

Dr. Antje Petersen

Druck:

Schmidt & Klaunig

April 2010

Endbericht
Erarbeitung von konzeptionellen
Vorschlägen für eine zukunftssichere
integrierende medizinische Versorgung
im Kreis Nordfriesland

an den:
Kreis Nordfriesland, Gesundheitsamt

Gefördert vom:
Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein

Gesamtredaktion:
dsn, Kiel

Husum, Februar 2010

Inhaltsverzeichnis

	Seite
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	5
TABELLENVERZEICHNIS	7
VORWORT DES LANDRATES.....	7
DER DANK GILT DEN MITWIRKENDEN	10
VORWORT DES PROJEKTBEIRATS	12
VORWORT DER PROJEKTSTEUERUNGSGRUPPE	13
1. ZIELE UND PROZESS	15
2. TRENDS DER GESUNDHEITSVERSORGUNG.....	19
2.1 Demographische Entwicklung.....	19
2.2 Technologie.....	21
3. AUSGANGSSITUATION IN NORDFRIESLAND	24
3.1 Raumstruktur.....	24
3.2 Zukünftige demographische Entwicklung	25
3.2.1 Bevölkerungsgröße.....	25
3.2.2 Bevölkerungsstruktur	26
3.3 Gesundheitsinfrastruktur.....	33
3.3.1 Stationäre Versorgung.....	34
3.3.2 Ambulante Versorgung.....	38
3.3.3 Pflegeversorgung.....	58
3.3.4 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	62
4. INITIATIVEN UND POSITIONEN ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG NORDFRIESLAND	66
4.1 Gesundheitsregion NORD	66
4.2 Region schafft Zukunft	67
4.3 AktivRegionen Nordfriesland	68
4.4 Politische Positionen der Parteien in Nordfriesland.....	69
4.5 Koalitionsvertrag CDU / FDP 2009 in Schleswig-Holstein.....	70
5. DER WEG VON DEN PROBLEMEN ZU DEN KONZEPTIONELLEN VORSCHLÄGEN	72
5.1 Der Identifikationsprozess in der Steuerungsgruppe.....	72
5.2 Die Ämterbefragung.....	76

6.	DIE KONZEPTIONELLEN VORSCHLÄGE	79
6.1	Handlungsfeld 1: Zukunftssichere Versorgung mit ärztlichem und pflegerischem Personal	81
6.1.1	Konzeptioneller Vorschlag 1: Schaffung und Weiterentwicklung von Transparenz im Bereich niedrig- und höherschwelliger Angebote für Demenzkranke.....	81
6.1.2	Konzeptioneller Vorschlag 2: Weiterbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten für Pflegeberufe im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland	84
6.1.3	Konzeptioneller Vorschlag 3: Ausbildungsmodell „Alles aus einer Hand“ für Allgemeinärzte.....	87
6.1.4	Konzeptioneller Vorschlag 4: Einsatz von Telemedizin in der Psychiatrie.....	91
6.1.5	Konzeptioneller Vorschlag 5: Akzeptanzerhöhung des Modellprojekts HELVER (arztHELferinnen in der ambulanten VERsorgung)	95
6.1.6	Konzeptioneller Vorschlag 6: Förderung der Anwendung gemeinsamer Behandlungspfade zwischen den Leistungsanbietern in Nordfriesland.....	99
6.1.7	Konzeptioneller Vorschlag 7: Aufbau (virtueller) ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen.....	101
6.2	Handlungsfeld 2: Entlastende Unterstützungsfunktionen für die Leistungserbringer (Kommunikation, Bürokratie, Finanzierung)	103
6.2.1	Konzeptioneller Vorschlag 8: Fachgremium für die Geriatrie/ Gerontopsychiatrie in Nordfriesland	103
6.2.2	Konzeptioneller Vorschlag 9: Reduktion des administrativen Aufwandes im Bereich krankenkassenbezogener Informationen und die Bündelung der Nachfrage von Arztpraxen.....	107
6.2.3	Konzeptioneller Vorschlag 10: Finanzielle Anreizsysteme zur Unterstützung der Niederlassungsbereitschaft von Ärzten.....	110
	SEKUNDÄRRECHERCHE	114
	ANHANG	

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2008 und 2060.....	20
Abbildung 2: Technologische Anwendungsfelder von E-Health in zunehmender Komplexität.....	22
Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung in ausgewählten Kreisen in Schleswig-Holstein (Index 2006 = 100).....	25
Abbildung 4: Bevölkerungspyramide für den Kreis Nordfriesland für die Jahre 2006 und 2025	26
Abbildung 5: Entwicklung der Bevölkerungsstruktur im Kreis Nordfriesland von 2006 bis 2025 nach drei Altersklassen	27
Abbildung 6: Veränderung der Bevölkerungsstruktur im Kreis Nordfriesland nach sieben Altersklassen.....	28
Abbildung 7: Entwicklung des Anteil der über 50-Jährigen und der unter 50 -Jährigen an der Gesamtbevölkerung Nordfrieslands von 2006 bis 2025.....	28
Abbildung 8: Standorte der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung im Kreis Nordfriesland.....	33
Abbildung 9: Stationäre Krankenhausfälle je 10.000 Einwohner in Schleswig-Holstein	37
Abbildung 10: Entwicklung der Zahl der niedergelassenen Ärzte im Kreis Nordfriesland von 1999 bis 2009.....	38
Abbildung 11: Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte in Deutschland und Nordfriesland.....	39
Abbildung 12: Prozentualer Anteil der niedergelassenen Ärzte in Nordfriesland und in Deutschland in Alterskategorien (in 3-Jahres-Schritten)	40
Abbildung 13: Zahl der Hausärzte in Nordfriesland 1999 bis 2009	41
Abbildung 14: Einwohner je Arzt in den Ämtern Nordfrieslands 2009	43
Abbildung 15: Hausärzte in Nordfriesland mit einem Entfernungsbereich von max. 5 Kilometern im Radius	44
Abbildung 16: Entwicklung des Durchschnittsalters der Hausärzte im Kreis Nordfriesland von 1999 bis 2009.....	45
Abbildung 17: Altersverteilung der Hausärzte in Nordfriesland in den Jahren 2000, 2004 und 2009 – Anteile der Ärzte nach Altersklassen in Prozent.....	46
Abbildung 18: Anteil in Prozent der Altersklassen der niedergelassenen Hausärzte in Bund, Schleswig-Holstein und Nordfriesland im Jahr 2008	47
Abbildung 19: Entwicklung der Hausarztzahlen in Nordfriesland von 2010 bis 2020 unter der Annahme fehlender Nachbesetzungen	48
Abbildung 20: Regionale Verteilung der Hausärzte in Nordfriesland im Jahr 2009 nach Altersgrenzen	51
Abbildung 21: Entwicklung der Zahl der Fachärzte im Kreis Nordfriesland von 1999 bis 2009.....	53

Abbildung 22: Entwicklung des Durchschnittsalters der Fachärzte im Kreis Nordfriesland von 1999 bis 2009.....	55
Abbildung 23: Altersverteilung der Fachärzte im Kreis Nordfriesland 2000, 2004 und 2009	55
Abbildung 24: Entwicklung der Facharztzahlen in Nordfriesland von 2010 bis 2020 unter der Annahme fehlender Nachbesetzungen	56
Abbildung 25: Der Weg von den Problemen zu den konzeptionellen Vorschlägen.....	73
Abbildung 26: Möglicher Ausbildungsplan für Allgemeinärzte in Nordfriesland.....	88
Abbildung 27: Distanzen zwischen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Patienten, dargestellt durch Kreise mit einem Radius von fünf bzw. zehn Kilometern	92
Abbildung 28 Die Ausbildung eines „HELVER´s“	96
Abbildung 29: Mögliche Arbeitsbereiche eines Gremiums für Geriatrie/ Gerontopsychiatrie.....	104

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Erkrankungszahlen ausgewählter Krankheiten in Schleswig-Holstein für die Jahre 2000, 2020 und 2050	29
Tabelle 2: Klinikum Nordfriesland – Veränderungen innerhalb der diagnosebezogenen Fallgruppen 2008 zu 2025	31
Tabelle 3: Veränderungen der Fallzahlen und Multimorbidität im Klinikum Nordfriesland nach Altersgruppen 2008 zu 2025	32
Tabelle 4: Übersicht der Krankenhäuser in Nordfriesland	35
Tabelle 5: Versorgungsgrade an Hausarztstellen in Nordfriesland, Schleswig-Holstein und dem Bundesgebiet 2008 im Vergleich	42
Tabelle 6: Berechnungen der Hausarztzahlen unter Annahme fehlender Nachbesetzung auf Basis der Jahre 2004 und 2009 im Vergleich	49
Tabelle 7: Versorgungsgrade an Facharztstellen in Nordfriesland, Schleswig-Holstein und dem Bundesgebiet 2008	54
Tabelle 8: Anzahl und Anteil Fachärzte über 62 und 65 Jahre im Jahr 2015.....	57
Tabelle 9: Stationäre Pflegeeinrichtungen im Kreis Nordfriesland – Status 03.06.2009.....	60
Tabelle 10: Übersicht Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Nordfriesland 2006	63
Tabelle 11: Vergleich der Zahlen aus dem Vorsorge- und Rehabilitationsbereich in Deutschland, Schleswig-Holstein und Nordfriesland 2008	64
Tabelle 12: Einordnung und Bewertung der konzeptionellen Vorschläge in Bezug auf die identifizierten zentralen Probleme.....	113

Vorwort des Landrates

Der demographische Wandel gehört seit einigen Jahren zu den meistdiskutierten zukünftigen Entwicklungen. Die Menschen in Deutschland werden im Durchschnitt älter werden, ihre Anzahl wird sinken. Natürlich betrifft dies auch den Kreis Nordfriesland, doch aus Studien wissen wir, dass unsere Region weniger stark betroffen sein wird als viele andere. Gleichwohl tun auch wir gut daran, uns auf den Wandel einzustellen. In einigen Themengebieten haben wir in Nordfriesland bereits vor Jahren damit begonnen; als eine von bundesweit vier Modellregionen entwickeln wir mit Unterstützung der Bundesregierung Lösungsansätze, von denen später auch andere Regionen profitieren werden.

Dieser Bericht befasst sich mit der Frage, wie wir die medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland flächendeckend und in guter Qualität sicherstellen können. Zwar besteht zurzeit noch kein Grund zur Klage: Das Kreisgebiet erfreut sich einer ausreichenden Anzahl an Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, und auch an Altenpflegerinnen und Altenpflegern und anderem medizinischem Personal herrscht kein Mangel. Doch zeichnen sich Veränderungen ab: Wie der Rest der Bevölkerung altern auch die Angehörigen dieser Berufsgruppen und gehen in Rente. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Nordfriesland sind im Durchschnitt 54 Jahre alt.

Das Hauptproblem besteht darin, dass der Nachwuchs fehlt: Es wachsen nicht genügend junge Ärztinnen, Ärzte und andere Menschen nach, die Helferberufe ergreifen. Doch zielgruppenorientierte Angebote, die bessere Vernetzung der Leistungsanbieter oder der Einsatz moderner Kommunikationstechnologien bieten auch in Zeiten des demographischen Wandels erhebliche Potenziale für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen eine ganze Reihe Erfolg versprechender Wege auf, die wir in Nordfriesland nun beschreiten werden, um die Lebensqualität unserer heimatlichen Region zu sichern.

So, wie die Umsetzung der gefundenen Ideen nur in einer Gemeinschaftsleistung vieler Partner gelingen kann, wären auch diese Ergebnisse ohne die Zusammenarbeit zahlreicher Organisationen und Einzelpersonen, von denen viele sich ehrenamtlich engagiert haben, nicht möglich gewesen.

Ich danke dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein für die Unterstützung des Projektes und allen, die in der Steuerungsgruppe und im Projektbeirat mitgearbeitet haben, sowie der Kieler Agentur dsn. Ich hoffe, dass dieser Bericht dem jetzt folgenden Umsetzungsprozess den Schwung verleiht, den er verdient. Denn Arthur Schopenhauer hat auch heute noch recht: Gesundheit ist nicht alles – aber ohne sie ist alles nichts.

Dieter Harrsen

Landrat

Der Dank gilt den Mitwirkenden

„Dezentral statt zentral“ ist eine der Forderungen in der gesundheitspolitischen Diskussion (s. Beske u. a., 2009). Auf der regionalen Ebene sollen die Probleme gelöst werden, die hier gelöst werden können. Wenn Nordfriesland sich diesem Grundsatz verpflichtet fühlt und ihn verfolgen will, bedarf es einer großen Anstrengung in Nordfriesland, um unter den herrschenden Bedingungen auch künftig die Gesundheitsversorgung – insbesondere für die Menschen im ländlichen Raum Nordfrieslands – sicherzustellen.

Die Zusammenarbeit der Leistungsanbieter in Nordfriesland ist ein Potenzial für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der regionalen Gesundheitsversorgung durch gemeinsame und abgestimmte Prozesse und Leistungsangebote von frei gewählten Partnern. Bedingungen wie

- das Risiko der steigenden Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit durch das hohe Alter,
- die Probleme der Finanzierung der medizinischen und pflegerischen Leistungen durch eine älter werdende Gesellschaft,
- das Problem der stark wachsenden Zahl frei werdender und nicht nach zu besetzender Arztsitze in den kommenden Jahren,
- die Chancen durch den medizinischen Fortschritt gesund sehr alt zu werden oder
- die Akzeptanzprobleme auf Seiten von Leistungsanbietern und Patienten hinsichtlich der Durchdringung des Gesundheitswesens durch die Informationstechnologie

machen keine einfachen Lösungen möglich und erfordern die intensive Kooperation und Kommunikation aller Beteiligten.

Aber die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern steckt im Gesundheitswesen noch in den Kinderschuhen. Vorbehalte und Misstrauen verschwinden am besten in gemeinsamen Aktionen mit klaren Zielen, die allen Partnern Vorteile bringen müssen. Um zu verlieren, benötigt man keine Zusammenarbeit.

Mit welchen Projekten kann man die Zusammenarbeit üben? Mit welchen Projekten kann man die Leistungsfähigkeit der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen in Nordfriesland verbessern? Und welche konkreten Schritte kann man in Nordfriesland gehen, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den nächsten Jahren Stück für Stück zu verbessern?

Mit diesen Fragen hat sich eine Gruppe von Personen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik in Nordfriesland beschäftigt. Aufgabe war es, konzeptionelle Vorschläge für eine integrierende Versorgung in Nordfriesland zu entwickeln. Dahinter stand und steht die Überzeugung der Projektpartner, dass durch die Integration verschiedener Leistungsanbieter in eine Problemlösung bessere Ergebnisse für Nordfriesland erzielt werden können. Die Ergebnisse sind in diesem Dokument beschrieben. Die gemeinsame Beschäftigung dieser Personen unter Leitung des Gesundheitsamtes Nordfriesland kann Vorbild dafür sein, was künftig ein wichtiger Erfolgsfaktor für eine starke regionale Gesundheitsversorgung sein wird: Klare Kommunikation und Eigennutz stiftende Kooperationen.

Am Ende der Diskussionen standen zehn konzeptionelle Vorschläge, die einen Beitrag zu einer höheren Leistungsfähigkeit und einer sicheren Versor-

gung leisten können. Die entwickelten Vorschläge auf die sich verständigt wurde, sind nur ein Ausschnitt der Möglichkeiten, die Gesundheitsversorgung in Nordfriesland gemeinsam zu verbessern. Die Vorschläge widmen sich einem Teil der dringendsten Probleme, sind schnell umsetzbar, erfordern keine hohen Investitionen und lassen konkrete Ergebnisse erwarten.

Für jeden der Vorschläge sind Paten bestimmt worden. Sie sind jetzt in der Verantwortung, dass die Umsetzung beginnt und verfolgt wird. Die Paten dürfen aber nicht alleine gelassen werden. Sie müssen und werden um Unterstützung bitten. Und alle Personen und Organisationen, denen eine gute und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Nordfriesland wichtig ist, sollten diese Vorhaben fördern. Inwieweit die Vorschläge realisiert werden, liegt in der Hand der Paten und Partner. Sie müssen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung prüfen und entscheiden, ob die Projekte bis zur Zielerreichung weiterverfolgt werden. Der Kreis Nordfriesland sollte diesen Prozess weiter begleiten und fördern, da eine fortschreitende Kooperation der Partner zum Wohle der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im ureigensten Interesse der Kommunen und des Kreises im Bereich der Daseinsvorsorge sein muss.

Der Kreis Nordfriesland hat dsn Analysen & Strategien | Kooperationsmanagement, Kiel, im Herbst 2008 mit der Begleitung des Prozesses „Erarbeitung von konzeptionellen Vorschlägen für eine zukunftssichere integrierende medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland“ beauftragt. Der jetzt vorliegende Endbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen: Er beschreibt zuerst die Ausgangssituation und stellt dann die entwickelten konzeptionellen Vorschläge vor. dsn möchte sich an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die bereit waren, den Prozess dieses Projektes aktiv zu begleiten. Ein besonderer Dank gilt den Mitgliedern der Steuerungsgruppe und des Projektbeirats, die das Projekt immer konstruktiv begleitet haben.

Die Projektleitung zur Erarbeitung der Studie lag bei Diplom-Geograph Daniel Klose und Diplom-Kaufmann/Diplom-Handelslehrer Ralf Duckert. Die Entwicklung des Endberichtes wurde durch Anja Scheller, Natascha Mohr und Sven Gieseler unterstützt.

dsn
Analysen & Strategien | Kooperationsmanagement
Kiel, im Februar 2010

Vorwort des Projektbeirats

Eine große Herausforderung, vor der wir in Nordfriesland stehen, ist die zunehmende Zahl der über 60-jährigen Mitbürgerinnen und Mitbürger. Diese Entwicklung macht auch vor den Ärzten nicht halt: Schon heute liegt das Durchschnittsalter der nordfriesischen Ärzte bei fast 54 Jahren und die Zahl der über 57-Jährigen ist deutlich höher als im Bundesdurchschnitt.

Hinzu kommt der aktuelle Umbruch im Gesundheitssystem, der nicht nur bei Ärztinnen und Ärzten, sondern auch bei vielen Bürgerinnen und Bürgern zu starken Verunsicherungen führt.

Die besondere räumliche Situation des Flächenkreises Nordfriesland mit seinen Inseln und Halligen macht die Betrachtung nicht einfacher. Die medizinische Versorgung in den Mittelpunktorten ist zurzeit noch als gut zu bezeichnen, allerdings lässt jetzt schon die Dichte der Haus- und Fachärzte im ländlichen Raum zu wünschen übrig.

Die mit dem Alter sinkende Mobilität und der Anstieg altersbedingter Krankheiten machen deutlich, dass für uns als Kommunalpolitikerinnen und Kommunalpolitiker eine wohnortnahe medizinische Versorgung unserer Bürgerinnen und Bürger und eine flächendeckend erreichbare Hilfe im ambulanten Pflegebereich hohe Priorität haben muss.

In dem Projekt „Integrierende medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland“ sehen wir als Beirat die große Chance, auch über die Phase der Erarbeitung hinaus die wertvolle Kommunikation, die in Gang gesetzt wurde, weiterzuführen. Die Akteure der Steuerungsgruppe haben eine Vielzahl von wichtigen und umsetzbaren Projekten, wie z. B. die Schaffung (virtueller) ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen oder die Schaffung eines Ausbildungsmodells „Alles aus einer Hand“, erarbeitet, die – so unsere große Hoffnung – nicht „in der Schublade“ landen, sondern mit vereinten Kräften angegangen und realisiert werden können. Der konkrete Einsatz von Projektpaten ist ein aus unserer Sicht sehr effizienter Weg dahin.

Wir möchten uns zum einen bei den Mitgliedern der Steuerungsgruppe für ihren Einsatz, ihre Ideen und das damit verbundene Ausblenden von Konkurrenzdenken, Misstrauen und Vorbehalten bedanken. Nur so war das vorliegende Ergebnis möglich: Ein Ergebnis, das den Optimismus fördert, dass sich auch zukünftig alle Protagonisten für eine flächendeckende medizinische Versorgung in Nordfriesland einsetzen.

Unser Dank gilt ebenfalls den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Firma dsn, stellvertretend Herrn Duckert und Herrn Klose, für ihre zielgerichtete Moderation und ihre stets kundige und durchdachte Unterstützung in allen Bereichen des Projekts.

Husum, im Februar 2010

Annegret Brauckmann, Grüne, Vertreter Gesundheitsausschuss

Johanna Christiansen, SSW, Vertreter Gesundheitsausschuss

Dieter Harrsen, Kreis Nordfriesland, Landrat

Rolf Hohenstein, Die Linke, Vertreter Gesundheitsausschuss

Britta Lenz, CDU, Vorsitzende Gesundheitsausschuss

Dr. Thomas Maurer, FDP, Vertreter Gesundheitsausschuss

Marion Sellier, SPD, Vertreter Gesundheitsausschuss

Dr. med. Eberhard Wenzel, WG Nordfriesland, Vertreter Gesundheitsausschuss

– Mitglieder des Beirats des Projektes „Erarbeitung von konzeptionellen Vorschlägen für eine zukunftssichere integrierende medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland“ –

Vorwort der Projektsteuerungsgruppe

In Nordfriesland ist die Gesundheitsversorgung bereits heute mit kritischen Herausforderungen und Problemen konfrontiert, welche sich in den nächsten Jahren absehbar verschärfen werden. Stichworte sind die zukünftige demographische Entwicklung mit gleichzeitigem Rückgang wie Alterung der Bevölkerung, der medizinisch-technologische Fortschritt sowie die Finanzierungs-krise im Gesundheitssystem. Hinzu kommt, dass Nordfriesland als ländlicher Flächenkreis beim Anwerben hoch qualifizierter Berufsgruppen in Konkurrenz zu den vermeintlich attraktiveren Städten treten muss.

Schlaglichtartig ist damit die Ausgangssituation umrissen, aus der heraus Vorschläge für eine zukunftssichere integrierende medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland zu erarbeiten waren.

Es ist gelungen, für die Steuerungsgruppe des Projektes Repräsentanten aus unterschiedlichsten Bereichen der Nordfriesischen Gesundheitsversorgung (Leistungsanbieter) und auch Leistungsempfänger zu gewinnen, die in einem dynamischen Prozess unterschiedliche Sicht- und Herangehensweisen an die zentralen Probleme der Gesundheitsversorgung zusammen führten.

Die Gesundheitsakteure, die sich alle dem Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt stellen, haben erkannt, dass es an der Zeit ist, in Nordfriesland gemeinsam die Rahmenbedingungen für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu ändern, sofern dies lokal durch gemeinsame Anstrengungen möglich ist.

Das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist hoch komplex und unterliegt einem komplizierten Regelwerk juristischer und ökonomischer Reglementierungen. Konflikte zwischen fachlichen Zielen, Versorgungszielen und wirtschaftlichen Zielen behindern die Arbeit der Akteure, die sich selbst vorgenommen haben, über bestehende Systemgrenzen hinweg zu denken und zu planen. Selbst für die ausgewiesenen Experten, die in der Projektsteuerungsgruppe ihr Spezialwissen miteinander teilten, stellt sich das System als hoch kompliziert und in Detailbereichen undurchschaubar dar. Die Regelungsdichte lässt wenig Raum für Kreativität, die Bewegungsspielräume sind eng. Oft stand die Sichtweise der Akteure im Gegensatz zu der an zentraler Stelle durch Gesetzgebung politisch Handelnden. Es war in diesem Zusammenhang wichtig, sich jenseits einer lähmenden Opferperspektive eine aktive Rolle zuzubilligen. Dabei wurde aber auch deutlich, dass die Politik durch das Engagement an der Basis nicht aus ihrer Grundverantwortung entlassen werden kann und darf. Gute Gesundheitspolitik ist fraglos kostspielig!

Als zwei zentrale Probleme zogen sich die Unterfinanzierung des Systems sowie die starren Sektorengrenzen durch die Arbeit der Steuerungsgruppe.

Aus der Einschätzung der Problemfelder der bestehenden Gesundheitsversorgung und aus der Fokussierung von Handlungsfeldern für eine Zukunftssicherung der gesundheitlichen Versorgung hat die Projektsteuerungsgruppe zehn konzeptionelle Vorschläge entwickelt. Diese Vorschläge erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jeder einzelne konzeptionelle Vorschlag gehört nun auf den Prüfstand. Die Projektsteuerungsgruppe regt an, dass die konzeptionellen Vorschläge in Projekten vorangetrieben und ins System der Gesundheitsversorgung in Nordfriesland implementiert werden. Sie ist sich darüber bewusst, dass ihre konzeptionellen Vorschläge nur in einem ausreichend refinanzierten System eine positive Wirkung entfalten können. Projektarbeit kann die Chance bieten, dass Politik und Akteure sich Freiräume und finan-

zielle Ressourcen erschließen. Projekte können trotz allen guten Willens und aller Zusammenarbeit der Einzelakteure keine nachhaltige Gesundheitsversorgung ersetzen. Deshalb danken wir auch den Mitwirkenden des Projektbeirates für deren Engagement, denn wir halten es für wichtig, dass die Politiker an der Basis die lokalen Probleme kennen und Lösungsansätze in die gesetzgebende Landes- und Bundespolitik transportieren. Gemeinsam mit der Politik und den Kostenträgern sind Modellprojekte auf den Weg zu bringen, die Sektorengrenzen überwinden, Ressourcen fachlich zielführend bündeln und die Zukunftssicherheit der Gesundheitsversorgung in Nordfriesland verbessern.

Für die beteiligten Akteure war es ein Gewinn, einerseits Verständnis für die Sorgen des jeweils anderen zu entwickeln, andererseits Hintergrundwissen, Einschätzungen und Erfahrungen zu teilen. Die Zusammenarbeit erfolgte auf einem hohen fachlichen Niveau in einer vertrauensvollen Atmosphäre. Die Mitglieder der Projektsteuerungsgruppe sind sich ihrer Verantwortung für die Zukunftsgestaltung der Gesundheitsversorgung in Nordfriesland bewusst. Sie teilen nicht in allen Einzelheiten die in diesem Bericht enthaltenen Aussagen, Einschätzungen und Empfehlungen, jedes Mitglied der Steuerungsgruppe trägt jedoch den Bericht als Ganzes und spricht sich für die Umsetzung der entwickelten Vorschläge aus.

Unser herzlicher Dank gilt der Firma dsn, insbesondere Herrn Duckert und Herrn Klose, für ihre freundliche und kompetente Moderation, ihre fundierte logistische Unterstützung, ihre akribischen Hintergrundrecherchen und die Unterstützung bei der Ausarbeitung der konzeptionellen Vorschläge.

Abschließend ziehen die Mitglieder der Steuerungsgruppe das Fazit, dass sie auch in Zukunft in Verantwortungsbewusstsein für die regionale Gesundheitsversorgung verlässlich miteinander kooperieren wollen, um die Umsetzung der konzeptionellen Vorschläge weiterhin zu begleiten, aber auch, um Impulse für neue künftige Initiativen und Projekte zu geben und um der Politik über die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Nordfriesland zu berichten.

Husum, Februar 2010

Jekaterina Diz, Pflegedienstleiterin vom Marienstift Tönning

Dr. med. Kai von Hielmcrone, Chefarzt der Inneren Medizin in der Klinik Niebüll

Horst Kiehl, Facharzt für Allgemeinmedizin, als Vertreter der niedergelassenen Ärzte

Dr. med. Christoph Mai, Chefarzt und ärztlicher Geschäftsführer der Fachkliniken Nordfriesland

Frank Millack für die Kreisarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände

Dr. med. Antje Petersen, Leiterin des Gesundheitsamtes Nordfriesland

Frank Pietrowski, Geschäftsführer des Klinikums Nordfriesland

Dr. med. Nils-Lennart Saß, Chefarzt der Inneren Medizin in der Klinik Husum

Sebastian Schildger vom Rettungsdienst Nordfriesland

Björn Steffensen, Facharzt für Allgemeinmedizin, als Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Nordfriesland

Doris Wegner vom Verein für Betreuung und Selbstbestimmung, als Patientenvertreterin

– Mitglieder der Steuerungsgruppe des Projektes „Erarbeitung von konzeptionellen Vorschlägen für eine zukunftssichere integrierende medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland“ –

1. Ziele und Prozess

Ziele des Projektes

Ziele des Projektes waren:

- Entwicklung eines hochwertigen strategischen und umsetzungsorientierten Konzeptes zur zukunftssicheren integrierenden Versorgung im Kreis Nordfriesland mit der:
 - Schaffung einer wissenschaftlich fundierten Datenbasis bezüglich der Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Gesundheitsversorgung des Kreises Nordfriesland in den ausgewählten Handlungsfeldern
 - Analyse der Daten zur Identifikation der zentralen Problembereiche der künftigen Gesundheitsversorgung des Kreises Nordfriesland
 - Priorisierung der zu entwickelnden Lösungsvorschläge
 - Erarbeitung konzeptioneller Lösungsvorschläge bezüglich der identifizierten zentralen Problembereiche der künftigen Gesundheitsversorgung des Kreises Nordfriesland
- Erreichung einer hohen Akzeptanz der erarbeiteten Lösungsvorschläge bezüglich der identifizierten zentralen Problembereiche der künftigen Gesundheitsversorgung des Kreises Nordfriesland

Die zeitlichen Meilensteine 2008

Das Projekt „Erarbeitung von konzeptionellen Vorschlägen für eine zukunftssichere integrierende medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland“ war bestimmt durch folgende Meilensteine:

- Ausschreibung „Projektmanagement“ (Juni 2008)
- Präsentation der Angebote „Projektmanagement“ (Juli 2008)
- Entscheidung „Projektmanagement“ – Auftragnehmer dsn Projekte und Studien für Wirtschaft und Gesellschaft, Kiel (Juli 2008)
- Vertragsschluss „Projektmanagement“ an dsn (Oktober 2008)
- Auftaktsitzung Auftraggeber - „Projektmanagement“ (November 2008)

Im Jahr 2008 fanden somit in erster Linie vorbereitende strukturelle Aktivitäten statt. Inhaltliche Ergebnisse wurden noch nicht erzielt.

Die inhaltlichen Ergebnisse wurden im Jahr 2009 insbesondere in den Sitzungen der Projektsteuerungsgruppe sowie des Projektbeirats erzielt.

Sitzungen der Projektsteuerungsgruppe

- Erste Sitzung am 21. Januar 2009
- Zweite Sitzung am 18. März 2009
- Dritte Sitzung am 13. Mai 2009
- Vierte Sitzung am 8. Juni 2009
- Fünfte Sitzung am 16. September 2009
- Sechste Sitzung am 4. November 2009

Sitzungen des Projektbeirats

- Erste Sitzung am 11. Februar 2009
- Zweite Sitzung am 7. April 2009

- Dritte Sitzung am 16. Juni 2009
- Vierte Sitzung am 7. Oktober 2009

Gemeinsame Sitzung von Projektsteuerungsgruppe und Projektbeirat

- 2. Dezember 2009

Projektstruktur

Das Projekt hatte vier Strukturelemente:

- Projektleitung: Dr. Antje Petersen, Leiterin Gesundheitsamt Nordfriesland
- Projektmanagement: Ralf Duckert, dsn - Analysen & Strategien | Kooperationsmanagement, Kiel

sowie:

- den Projektbeirat
- die Projektsteuerungsgruppe

Mitglieder der Steuerungsgruppe

Mitglieder der Steuerungsgruppe waren:

- Jekaterina Diz, Marienstift Tönning
- Horst Kiehl, niedergelassener Arzt
(Vertreter: Dr. Klaus Korth, niedergelassener Arzt)
- Dr. Christoph Mai, Chefarzt und Ärztlicher Geschäftsführer der Fachkliniken Nordfriesland gGmbH
- Frank Millack, Kreisarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände
- Dr. Antje Petersen, Kreis Nordfriesland, Leitung Gesundheitsamt
- Frank Pietrowski, Klinikum Nordfriesland, Geschäftsführer
(Vertreter: Klaus Blümling)
- Dr. Nils Lennart Saß, Klinik Husum, Chefarzt Innere Medizin
- Dr. Björn Steffensen, Kassenärztliche Vereinigung
- Dr. Kai von Hielmcrone, Klinik Niebüll Chefarzt der inneren Abteilung
- Dr. Doris Wegner, Verein für Betreuung Patientenvertreter
(Vertreter: Herr Fischer)
- Christian Wehr, Rettungsdienst Nordfriesland
(Vertreter: Sebastian Schildger)

Aufgaben der Steuerungsgruppe

Aufgaben der Steuerungsgruppe waren:

- Controlling der Sach-, Zeit- und Kostenziele des Projektes
- Bewertung des Status des Gesamtprojektes
- Beratung und Entscheidung der operativen Aktivitäten
- Festlegung von Aufgabenprioritäten und Schwerpunktthemen
- Sichtung und Bewertung konzeptioneller Vorschläge

Sitzungen der Steuerungsgruppe

Die Sitzungen hatten den Charakter von Workshops. Insgesamt gab es sechs Sitzungen der Steuerungsgruppe sowie eine gemeinsame Sitzung mit dem Projektbeirat.

Die Sitzungen galten im Wesentlichen:

- dem Abgleich des Status,
- der Erarbeitung und Diskussion von übergeordneten Handlungsfeldern
- der Priorisierung und Diskussion der konkreten Problemfelder
- der Erarbeitung der konzeptionellen Vorschläge aus den Problemfeldern heraus
- der Diskussion der konzeptionellen Vorschlägen

Mitglieder des Projektbeirates

Mitglieder des Projektbeirates waren:

- Annegret Brauckmann, Grüne, Vertreter Gesundheitsausschuss
- Johanna Christiansen, SSW, Vertreter Gesundheitsausschuss
- Dieter Harrsen, Kreis Nordfriesland, Landrat
(Vertreterin: Stephanie Ladwig, Amtsleiterin, Amt für Recht und Sicherheit)
- Hartmut Jensen, ab 5/2009 Rolf Hohenstein, Die Linke, Vertreter Gesundheitsausschuss
- Britta Lenz, CDU, Vorsitzende Gesundheitsausschuss
- Dr. Thomas Maurer, FDP, Vertreter Gesundheitsausschuss
- Marion Sellier, SPD, Vertreter Gesundheitsausschuss
- Martin Tretbar-Endres, Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (beratendes Mitglied)
(Vertreterin: Randy Lehmann, Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein)
- Dr. med. Eberhard Wenzel, WG Nordfriesland, Vertreter Gesundheitsausschuss

Aufgaben des Projektbeirates

Aufgaben des Projektbeirates waren:

- Nachvollziehen der Prozesse, Inhalte und Ergebnisse des Projektes
- Bewertung des Status des Gesamtprojektes
- Unterstützung des Projektes in der Region
- Hinweise an die anderen Projektbeteiligten zur Unterstützung der Zielerreichung
- Synchronisation mit anderen kreisbezogenen und überregionalen Entwicklungen

Sitzungen des Projektbeirats

Insgesamt gab es vier Sitzungen des Projektbeirats sowie eine gemeinsame Sitzung mit der Projektsteuerungsgruppe.

Die Sitzungen galten im Wesentlichen:

- dem Abgleich des Status,
- der Diskussion von vorgestellten Handlungsfeldern
- der Diskussion von vorgestellten Problemfeldern
- der Diskussion von vorgestellten konzeptionellen Vorschlägen.

Integration von Stakeholdern

Die Integration von Stakeholdern während des gesamten Prozesses wurde durch verschiedene Aktivitäten sichergestellt:

- Am 1. Oktober 2008 berichteten Dr. Antje Petersen, Leiterin des Gesundheitsamtes Nordfriesland, und Dieter Harrsen, Landrat des Kreises Nordfriesland als Auftraggeber des Projektes „Erarbeitung von konzeptionellen Vorschlägen für eine zukunftssichere integrierende medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland“ über den Status der Auftragsvergabe des Projektmanagements des Projektes an dsn – Analysen & Strategien | Kooperationsmanagement, Kiel, und den Status des Projektes.
- Am 26. November 2008 berichtete Ralf Duckert, dsn – Analysen & Strategien | Kooperationsmanagement, Kiel, als Auftragnehmer für das Management des Projektes „Erarbeitung von konzeptionellen Vorschlägen für eine zukunftssichere integrierende medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland“ über die Konzeption und den Status des Projektes.
- In den Sitzungen des Gesundheitsausschuss des Kreises Nordfriesland berichtete Frau Dr. Petersen, Leiterin des Gesundheitsamtes Nordfriesland regelmäßig über den Status des Projekts.
- Im Zeitraum von Mai bis Juni 2009 wurde durch das Gesundheitsamt des Kreises Nordfriesland eine schriftliche Befragung zu den konkreten Problemen und Lösungsansätzen im Bereich der Gesundheitsversorgung bei den Ämtern des Kreises Nordfriesland durchgeführt.
- Der vorliegende Endbericht mit den konzeptionellen Vorschlägen wird im Frühjahr 2010 im Rahmen einer Veranstaltung den Gesundheitsakteuren im Kreis vorgestellt werden.

2. Trends der Gesundheitsversorgung

Die regionale Gesundheitsversorgung ist Teil eines komplexen Systems allgemeiner medizinischer, gesellschaftlicher und technologischer Entwicklungen. Eine Vielzahl dieser Entwicklungen werden auch die Gesundheitsversorgung des Kreises Nordfriesland beeinflussen. Dabei sind drei Entwicklungslinien von besonderer Bedeutung: Die demographische Entwicklung, erwartete Entwicklungen im Gesundheitssystem sowie technologische Neuerungen. Im folgenden Kapitel werden Grundzüge und zentrale Zusammenhänge dieser Entwicklungslinien beschrieben, die für das weitere Verständnis der darauf folgenden Kapiteln der Studie von Bedeutung sind.

2.1 Demographische Entwicklung

Bevölkerungsrückgang Die zukünftige demographische Entwicklung ist gekennzeichnet durch Rückgang und gleichzeitiger Alterung der Bevölkerung. Diese Entwicklung ist inzwischen unter dem Begriff "Demographischer Wandel" Gegenstand der öffentlichen Diskussion. So berechnet z. B. das Statistische Bundesamt in seiner aktuellen 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland einen Bevölkerungsrückgang von 15 bis 21 % bis zum Jahr 2060 (je nach getroffenen Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Wanderungssaldo) gegenüber dem Jahr 2008 (vgl. Destatis, 18.11.2009) .

Alterung der Bevölkerung Gleichzeitig altert die Bevölkerung. Ein Indikator hierfür ist die Entwicklung des mittleren (mediane) Alters der Bevölkerung. Im Jahr 2008 stehen die 43-Jährigen genau in der Mitte der Altersverteilung der Gesellschaft. Bis zum Jahr 2045 wird das mittlere Alter auf 52 Jahre ansteigen. Ab dem Jahr 2045 wird den Annahmen des Statistischen Bundesamtes zu Folge die Hälfte der Einwohner in Deutschland älter als 52 Jahre sein (vgl. Destatis, 18.11.2009).

Hierfür sind zwei Entwicklungen ursächlich verantwortlich: Zum einen nimmt aufgrund einer konstant niedrigen Geburtenrate von bundesweit rund 1,38 Kinder pro Frau im gebärfähigen Alter die Zahl an jungen Menschen ab. Bis zum Jahr 2060 wird die Gesamtzahl der unter 20-Jährigen um zwischen 29 % und 35 % gegenüber dem Jahr 2008 abnehmen. Gleichzeitig steigt aufgrund steigender Lebenserwartung und dem Älterwerden geburtenstarker Jahrgänge die Zahl der älteren Menschen deutlich an. Den Berechnungen des statistischen Bundesamtes zufolge wird die Zahl der über 65-Jährigen je nach Annahme von knapp 16,8 Millionen im Jahr 2008 auf 21,9 bis 22,9 Millionen im Jahr 2060 ansteigen. Dabei wird insbesondere die Zahl der Hochbetagten ab einem Alter von 80 Jahren besonders stark zunehmen. Ihre Zahl wird sich von 4,1 Millionen im Jahr 2008 auf bis zu 9,2 Millionen bis zum Jahr 2060 mehr als verdoppeln (vgl. Destatis, 18.11.2009).

Die demographische Entwicklung für Deutschland ist in der folgenden Abbildung in Form von Alterspyramiden exemplarisch dargestellt (der Ausdruck „mittlere Bevölkerung“ in der Abbildung bezieht sich auf die Annahme des Statistischen Bundesamtes einer annähernd konstanten Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern je Frau im gebärfähigen Alter und bildet; Untergrenze und Obergrenze der „mittleren Bevölkerung“ beziehen sich auf jeweils unterschiedliche Annahmen zum Wanderungssaldo und zur Lebenserwartung und bilden den Korridor der zukünftigen Entwicklung).

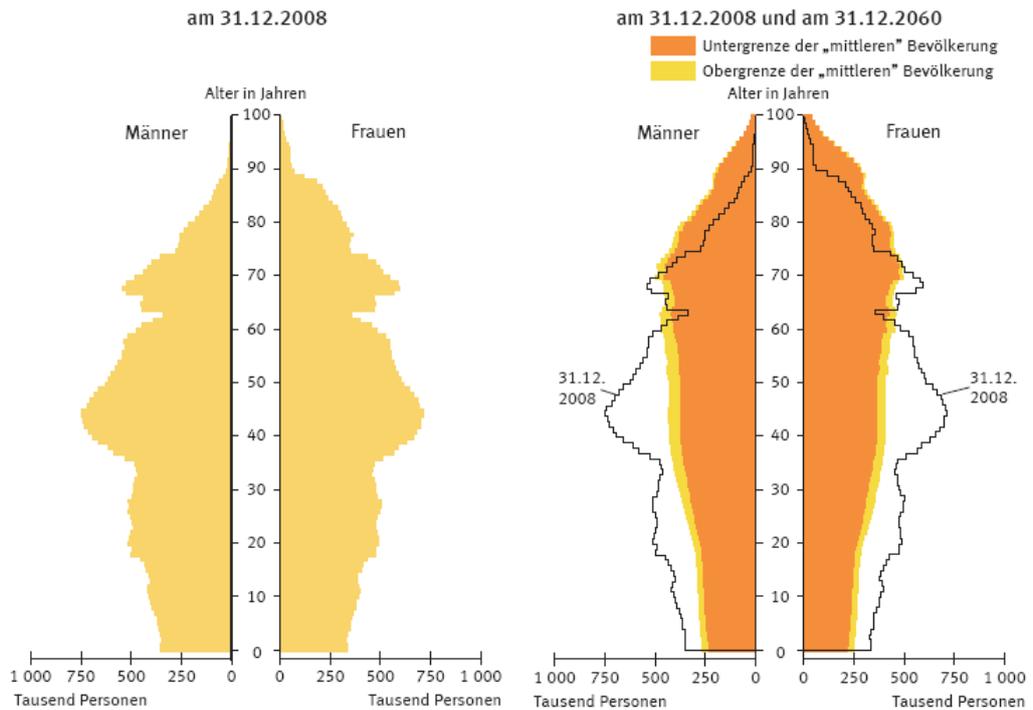


Abbildung 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2008 und 2060

Quelle: Destatis, 18.11.2009, S. 15

Auswirkungen auf den Pflegebereich

Diese demographische Entwicklung wird Auswirkungen auf verschiedenste Bereiche der Gesundheitsversorgung haben. Die steigende Zahl älterer Menschen, insbesondere der Hochbetagten, wird zu wachsenden Herausforderungen im Bereich der Pflege führen. Nach Berechnungen des Instituts für Gesundheitssystemforschung wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 mit gut 4,4 Millionen gegenüber noch 2 Millionen im Jahr 2000 mehr als verdoppeln (vgl. igsf Stiftung 2007, S. 69). Das Institut schätzt weiterhin, dass im Jahr 2050 das Personal in der Pflegeversicherung rund 1,27 Millionen betragen wird. Zum Vergleich: Im Jahr 2000 waren es noch knapp 509.000 Angestellte in der Pflegeversicherung (vgl. ebenda, S. 77).

Diese Zahlen verdeutlichen den wachsenden Bedarf an Pflegekräften. Gleichzeitig wird im Zuge des demographischen Wandels die Zahl junger Menschen abnehmen und auch die Personen im erwerbsfähigen Alter werden einerseits weniger, andererseits ebenfalls älter. Dies bedeutet, dass rein quantitativ betrachtet zukünftig weniger Menschen zur Verfügung stehen werden, die in den Pflegeberuf einsteigen können. Denn gleichzeitig werden die verschiedensten Berufsbilder um die sinkende Zahl an Personen im erwerbsfähigen Alter oder Ausbildungsalter konkurrieren.

Auswirkungen auf die ambulante und stationäre Versorgung

Der demographische Wandel wird auch Auswirkungen auf die ambulante und stationäre medizinische Versorgung haben. Aufgrund der älter werdenden Bevölkerung ist mit einer Zunahme der Fallzahlen in der ambulanten und stationären Versorgung zu rechnen, denn die Alterung überwiegt diesbezüglich den Effekt der abnehmenden Bevölkerungszahl. So steigt mit zunehmendem Alter die Zahl der Fälle und der Diagnosen pro Fall deutlich an. Das bedeutet für die versorgenden Ärzte/innen, dass sie in Zukunft zwar nicht mehr Patienten/innen, aber deutlich mehr Fälle und Diagnosen pro PatientIn zu behandeln haben. Insbesondere in den altersspezifischen Erkrankungen werden die Fallzahlen zunehmen. Trotz zukünftig sinkender Bevölkerungszahlen wird der Versorgungsbedarf in der medizinischen Versorgung aufgrund des demographischen Wandels ansteigen.

2.2 Technologie

Technologischer Fortschritt in der medizinischen Versorgung

Die technologische Entwicklung der letzten Jahrzehnte hat in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung zu einem stetigen medizinischen Fortschritt geführt. An dieser Stelle die Bandbreite und Reichweite technologischer Innovationen in der Medizin zu diskutieren wäre allerdings im Rahmen dieser Studie nicht zu leisten und auch nicht zielführend. Vielmehr soll hier der Aspekt des Einflusses und der Möglichkeiten der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien für die regionale ambulante und stationäre Versorgung skizziert werden.

Insbesondere in den letzten Jahren haben moderne IuK-Technologien Einzug in die Gesundheitsversorgung gehalten. Diese ermöglichen neue Perspektiven für die ärztliche Versorgung im Allgemeinen und für den ländlichen Raum im Besonderen, da sie vor allem Potenziale zur Überwindung räumlicher Distanzen beinhalten. Diese neue Verbindung von IuK-Technologien und Gesundheit wird international und national mit den Begriffen E-Health bzw. E-Care (für den speziellen Bereich der Pflege und Betreuung) beschrieben. Eine verbesserte Gesundheitsversorgung durch den Einsatz von E-Health Technologien kann das selbst bestimmte Wohnen fördern und zu einer Steigerung der Lebensqualität im ländlichen Raum beitragen.

IuK-Technologien finden in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssektors Anwendung. Die Beispiele reichen vom papierlosen Austausch von Informationen und Daten bis hin zu hochkomplexen intelligenten Systemen, die es pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, den häuslichen Alltag weitestgehend selbstständig zu bewältigen.

Anwendungsbereiche der E-Health Technologien

Die folgende Abbildung 2 bildet eine systematisierte Einordnung der E-Health Technologien in den Anwendungsbereichen

- Informationssysteme in der Patienten- und Gesundheitsversorgung
- Monitoring-Technologien
- Assisted Living Technologies

ab.

In diesen Anwendungsbereichen ist eine Tendenz der Zunahme der Komplexität der Technologien und deren Anwendung zu beobachten, wie in Abbildung 2 schemenhaft skizziert. Die Darstellung ist dabei durchaus generalisiert und im Einzelfall können z. B. Informationssysteme zwischen den Leistungserbringern komplexer sein als bestimmte Monitoring-Technologien. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Darstellung sich rein auf die Komplexität der technischen Systeme bezieht. Möglicherweise damit verbundene Abstimmungsprozesse zwischen den Anwendern oder rechtliche Fragestellungen sind hierin nicht einbezogen.

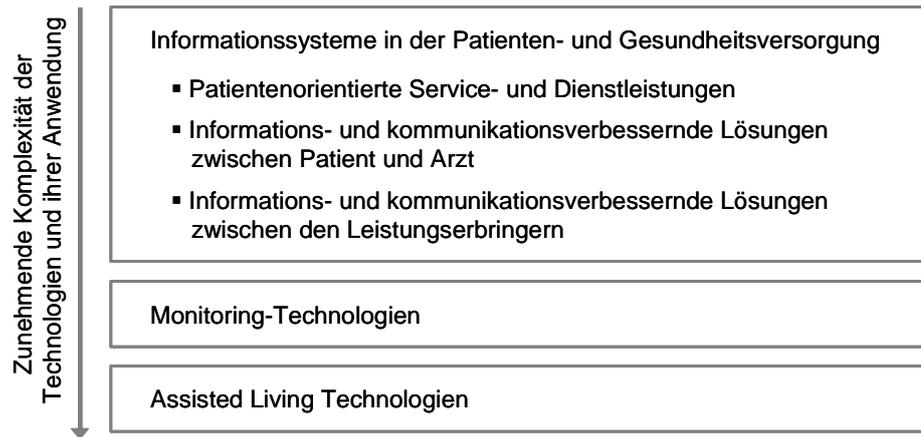


Abbildung 2: Technologische Anwendungsfelder von E-Health in zunehmender Komplexität

Quelle: dsn, eigene Erstellung

Informationssysteme in der Patienten- und Gesundheitsversorgung

Moderne IuK-Technologien, wie das Internet oder elektronische Netzwerke, ermöglichen insbesondere kommunikations- und informationsbezogene Innovationen in der Gesundheitsversorgung. Elektronische Vernetzung und schnelle Datenübertragung zwischen den interagierenden Akteuren im Gesundheitsbereich (Patienten/innen, Ärzte/innen, Krankenkassen und sonstige Verwaltungen) sowie die Entwicklung und Implementierung benutzerfreundlicher Softwareoberflächen fördern einen kooperativen Austausch von Gesundheitsdaten und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren.

E-Health Informationssysteme in der Patienten/innen- und Gesundheitsversorgung bieten die Möglichkeit, das Gesundheitswesen für den/die Patienten/in transparenter zu gestalten. Fachinformationen zu Einrichtungen, Krankheiten, Medikamenten, Therapieformen etc. können für den/die BürgerIn zielgerichtet mit Hilfe elektronischer Medien aufbereitet werden. Beispiele für technologische Anwendungen im Bereich der patientenorientierten Service- und Dienstleistungen sind vor allem anerkannte Gesundheitsportale im Internet für BürgerInnen und Patienten/innen, so genannte Teleportale oder auch Health Portals. Diese Informationsportale sollen den/die BürgerIn bei der Informationsfindung unterstützen, aber in keinsten Weise ärztliche Leistungen ersetzen oder gar zur Selbsttherapie anregen.

Die neuen IuK-Technologien bieten verbesserte Möglichkeiten einer digitalen Vernetzung zwischen den Gesundheitsakteuren (z. B. Kliniken, Fach- und Hausärzte, Apothekern). Durch technologische Vernetzung kann im engen Zusammenwirken mit Kooperationspartnern und ambulanten Ärzten die Patientenbetreuung qualitativ noch gesteigert und effizienter gestaltet werden. Im Idealfall kann auf diese Weise eine "integrierte Patientenversorgung" umgesetzt werden, bei der die stationäre und ambulante Versorgung der Patienten/innen unter einem Dach zusammengefasst und verzahnt ist. Eventuelle Doppeluntersuchungen oder Informationsverluste beim Wechsel zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt bzw. niedergelassener Ärztin können auf diese Weise vermieden werden.

Monitoring-Technologien

Die neuen IuK-Technologien ermöglichen neben dem Austausch von Behandlungs- oder administrativen Daten die Echtzeit-Kontrolle von Vitaldaten (Blutdruck, Blutzuckerwert etc.) eines/r Patienten/in über räumliche Distanzen hinweg. Bei diesem sogenannten Telemonitoring werden die Vitaldaten des/r Patienten/in in regelmäßigen Abständen gemessen und via Telekommunikation an den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin oder an ein Klinikum

übermittelt – während der/die PatientIn sich in seiner/ihrer Wohnung befindet. Die Datenübermittlung kann entweder synchron, also in Echtzeit, oder auch asynchron, also zeitverzögert zu bestimmten Zeitpunkten erfolgen. Die Messung der Vitaldaten kann nach einer entsprechenden Schulung vom Patienten/von der Patientin selbst oder aber durch eine Pflegekraft übernommen werden. Dies richtet sich je nach Art der Erkrankung sowie Zustand des Patienten. Durch die Vitaldatenüberwachung können insbesondere stationäre Aufenthalte in Kliniken zur Überwachung von Risikopatienten/innen deutlich verkürzt und Kosten reduziert werden. Gleichzeitig kann durch eine schnellere Rückverlegung nach Hause in das vertraute Umfeld die Lebensqualität des/der Patienten/in im Gegensatz zum Klinikaufenthalt gesteigert werden. Insgesamt kann das Telemonitoring einen großen Beitrag dazu leisten, dass Menschen so lange wie möglich selbst bestimmt in ihren eigenen vier Wänden leben können.

Ambient Assisted Living Technologien

In einem aktuellen technologischen Trend werden hoch intelligente Systeme aus dem Bereich der Mikroelektronik und der Mikrosystemtechnik in Verbindung mit jeweils spezifischen Anwendungssystemen integriert. Teil dieser Smart System Integration sind die Ambient Assisted Living Technologien (AAL) oder auch die häuslichen Assistenzsysteme. Im Bereich der Assisted Living Technologien werden speziell Gebäude- und Wohnungseinheiten mit technischen Extras ausgestattet, die das Leben eingeschränkter Menschen erleichtern bzw. mehr Komfort und Sicherheit in den eigenen vier Wänden im Alter fördern. Zudem wird erhofft, individuell zugeschnittenen Bedürfnissen pflegebedürftiger Bewohner (z. B. Menschen mit Alzheimer, Menschen mit Mobilitätsbehinderung etc.) gerecht zu werden und diesen alltagsunterstützende Wohnungen und Dienstleistungsangebote bereit zu stellen. Die Wohneinheiten werden mit unterstützenden (z. B. elektronischer Schlüssel, automatische Licht- und Wärmeregulierung, Erinnerungseinheiten etc.) vorbeugenden (Raumüberwachung, Erkennungssysteme etc.) und überwachenden (Fallsensoren, kontinuierliche Vitalmessungen, Stuhl- und Bettsensoren, Alarmsysteme etc.) Systemen ausgestattet. Derzeit sind Ambient Assisted Living Technologien als Gesamtintegriertes System in ausgestatteten Wohnungen, sogenannten „Smart Homes“ vereinzelt in Deutschland implementiert. An der Entwicklung und das Vernetzen einzelner Systeme und Teilsysteme wird in verschiedenen Einrichtungen in Deutschland geforscht.

AAL Technologien haben das Potenzial einen entscheidenden Beitrag zu leisten, dass in einer alternden Gesellschaft die Menschen so lang wie möglich selbst bestimmt in ihren eigenen vier Wänden leben können. Dies ist insbesondere für den ländlich geprägten Raum von hoher Bedeutung, um der Maxime „ambulant vor stationär“ auch zukünftig gerecht werden zu können. Welche Bedeutung den AAL-Technologien zugesprochen wird, zeigt die Tatsache, dass das Bundesministerium für Bildung und Forschung bereits im Jahr 2004 die Initiative „Ambient Assisted Living – Assistenzsysteme im Dienste des älteren Menschen“ innerhalb des Rahmenprogramms „Mikrosysteme“ ins Leben gerufen hat.

3. Ausgangssituation in Nordfriesland

3.1 Raumstruktur

Geringste Einwohnerdichte aller Kreise in Schleswig-Holstein

Die Raumstruktur ist für die Gesundheitsversorgung im Kreis Nordfriesland ein wesentlicher Faktor. Der Kreis Nordfriesland ist ein ländlich geprägter Landkreis und als solcher der Raumkategorie ländlicher Raum zuzuordnen. Auf den gut 2.048 km² Kreisgebiet leben rund 166.270 Menschen (vgl. Statistikamt Nord 2009). Damit ist der Kreis Nordfriesland der Kreis mit dem drittgrößten Flächengebiet in Schleswig-Holstein, weist mit seinen gut 81 Einwohnern pro km² allerdings auch die geringste Einwohnerdichte aller Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein auf.

Kleinteilige Gemeindestruktur

Der Kreis Nordfriesland ist durch eine für den Norden Schleswig-Holstein nicht untypische kleinteilige Gemeindestruktur gekennzeichnet. Insgesamt 133 Gemeinden verteilen sich über das Kreisgebiet, von denen 99 weniger als 1.000 Einwohner aufweisen. Größte Gemeinde ist die Kreisstadt Husum mit 22.212 Einwohnern.

In der verkehrlichen Erschließung des Kreises gewährleisten die Bundesstraßen 5, 199, 200 und 201 auf insgesamt 163 km den Anschluss des Kreises an die Bundesautobahnen A7 Flensburg - Hamburg sowie Bundesautobahn A23 Heide - Hamburg. Der überwiegende Teil des 3.726 km umfassenden Straßennetzes sind Gemeinde-, Kreis- und Landesstraßen. Der Öffentliche Personen-Nahverkehr (ÖPNV) wird vom Schülerverkehr dominiert. Mehr als die Hälfte der statistisch gezählten Fahrgäste sowie rund 80% der geleisteten Kilometer entfielen im Jahr 2007 auf Schülerinnen und Schüler (vgl. Kreis Nordfriesland 28.04.2009, S. 11).

Handlungsbedarf in der ambulanten Versorgungsstruktur

Allein dieser Überblick über die Rahmendaten zur räumlichen Struktur Nordfrieslands verdeutlicht, dass es in einem solch großen Gebiet mit kleinteiliger Gemeindestruktur eine optimierte Struktur der ambulanten Versorgung bedarf. Ansonsten wären für Teile der Bevölkerung größere Distanzen zur ambulanten Versorgung zu überwinden. Und dies wäre insbesondere vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung mit einem steigenden Anteil älterer und meist immobiler Bevölkerungsteile eine zunehmende Herausforderung.

Inseln und Halligen – Eine Herausforderung in der Gesundheitsversorgung

Eine Besonderheit in der Raumstruktur des Kreises Nordfriesland stellen die Inseln und Halligen dar. Hier leben rund 36.000 Menschen, davon ca. 21.200 auf Sylt, ca. 8.600 auf Föhr sowie 2.300 auf Amrum. Bis auf die Insel Sylt, die über den Hindenburgdamm per Zugverbindung mit dem Festland verbunden ist, sind die Inseln ausschließlich mit Fährverkehren erreichbar.

Die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Gesundheitsversorgung stellt insbesondere auf den Inseln und Halligen eine zukünftige Herausforderung dar und unterscheidet den Kreis Nordfriesland in diesem Punkt vom Großteil der übrigen Kreise im Bundesgebiet.

Grenze zu Dänemark – Eine administrative Barriere

Der Kreis Nordfriesland ist zusammen mit dem Kreis Schleswig-Flensburg der nördlichste Landkreis Deutschlands und grenzt im Norden an Dänemark an. Dies bedeutet, dass im Norden ein natürliches Hinterland fehlt, das Teile der Gesundheitsversorgung übernehmen könnte. Im Gegensatz zu Staatsgrenzen stellen Kreis- oder Bundeslandgrenzen keine administrative Barriere für die Gesundheitsversorgung dar.

Tourismussektor

Erwähnt werden muss an dieser Stelle auch die besondere Bedeutung des Tourismussektors für den Kreis Nordfriesland. Vor allem in den Sommermo-

naten sind die nordfriesischen Inseln und Strände beliebte Urlaubsziele. Im Jahr 2008 wurden 1.229.420 Gästeankünfte mit insgesamt 7.521.003 Übernachtungen gezählt (vgl. Statistikamt Nord 2009). Die Tourismusintensität lag damit bei gut 45.000 Übernachtungen pro 1.000 Einwohner. Damit ist der Kreis Nordfriesland nicht nur der bedeutendste Tourismusstandort in Schleswig-Holstein, sondern, gemessen an der Tourismusintensität, einer der bedeutendsten in ganz Deutschland.

Für die Gesundheitsversorgung im Kreis bedeutet dies, dass die Versorgung stets auch die deutliche Zunahme an Gästen in der Haupturlaubszeit zu gewährleisten und zu berücksichtigen hat.

3.2 Zukünftige demographische Entwicklung

Die Entwicklung in der regionalen Gesundheitsversorgung ist in engem Zusammenhang mit der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung zu betrachten. Dies betrifft zum einen die Entwicklung der Bevölkerungszahlen insgesamt als auch die Entwicklung der Zusammensetzung der Bevölkerung nach Altersklassen und der Bevölkerungsstruktur.

Verringerung der Bevölkerunggröße

3.2.1 Bevölkerungsgröße

Die Bevölkerungszahl wird sich nach der letzten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistikamtes Nord im Kreis Nordfriesland ausgehend von 166.892 Einwohner im Jahr 2006 auf 161.584 im Jahr 2025 verringern. Dies entspricht einem Rückgang um gut 3,2 %. Die folgende Abbildung 3 verdeutlicht, dass dieser Bevölkerungsrückgang im Vergleich zu den anderen nördlichen Kreisen in Schleswig-Holstein relativ betrachtet noch am geringsten ausfällt. Die Kreise Dithmarschen, Steinburg und Schleswig-Flensburg verlieren bis zum Jahr 2025 mehr als 6 % ihrer Gesamtbevölkerung, der Kreis Rendsburg-Eckernförde 4,3 %. Schleswig-Holstein insgesamt wird im selben Zeitraum gut 2,5 % seiner Bevölkerung und damit weniger als Nordfriesland einbüßen. Hier profitiert Schleswig-Holstein insgesamt von einer positiven Bevölkerungsentwicklung in den bevölkerungsstarken Hamburger Umlandkreisen Pinneberg, Stormarn und Segeberg sowie in den kreisfreien Städten Kiel und Flensburg.

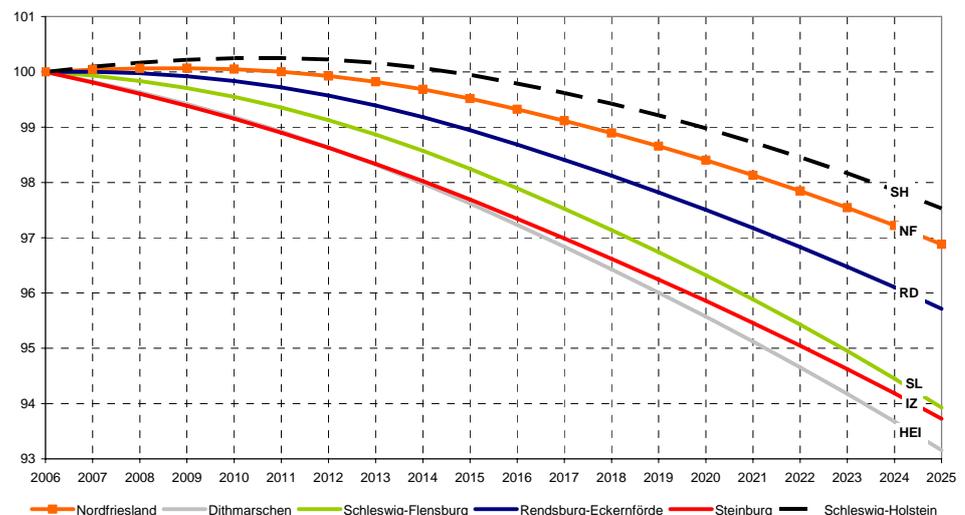


Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung in ausgewählten Kreisen in Schleswig-Holstein (Index 2006 = 100)

Quelle: Statistikamt Nord 2007, dsn, eigene Darstellung

3.2.2 Bevölkerungsstruktur

Alterung der Gesamtbevölkerung

Wenngleich der Rückgang der Gesamtbevölkerung im Kreis Nordfriesland bis zum Jahr 2025 also relativ gering ausfallen wird, werden sich im gleichen Zeitraum deutliche Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur abzeichnen. Diese Veränderungen werden durch zwei Entwicklungen charakterisiert: Während die Zahl der Kinder und Jugendlichen kontinuierlich zurückgehen wird, steigt gleichzeitig die Zahl der Älteren deutlich an. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Nordfriesland wird dementsprechend von 43,3 Jahren im Jahr 2008 auf 48,1 im Jahre 2025 ansteigen.

Die folgenden Bevölkerungspyramiden (vgl. Abbildung 4) veranschaulichen die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur im Kreis Nordfriesland im Jahr 2025 gegenüber dem Jahr 2006 (dem Basisjahr der Bevölkerungsvorausrechnungen).

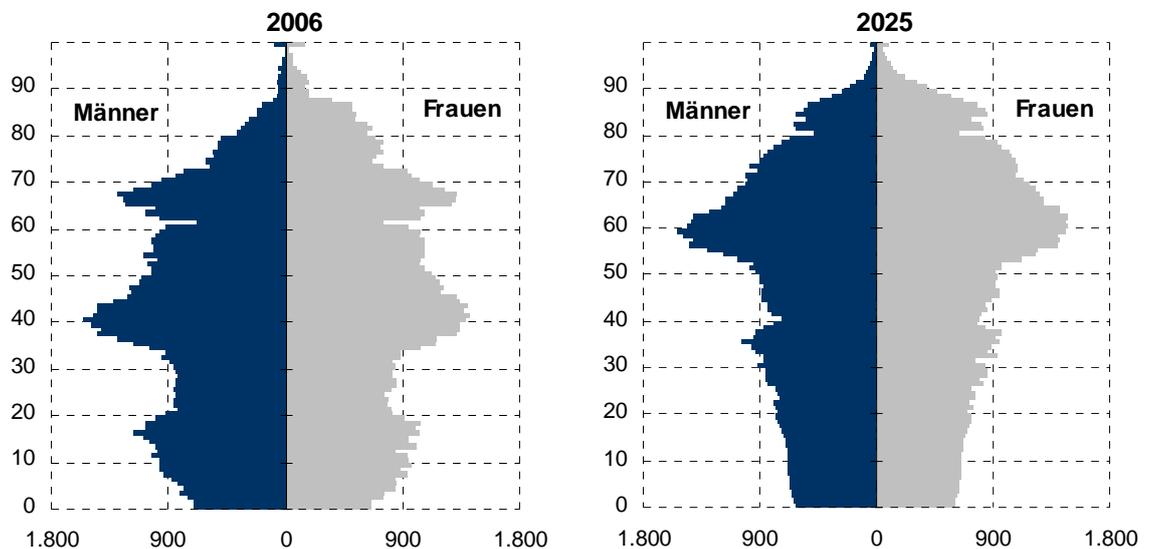


Abbildung 4: Bevölkerungspyramide für den Kreis Nordfriesland für die Jahre 2006 und 2025

Quelle: Statistikamt Nord, 2008; dsn, eigene Darstellung

Den Bevölkerungspyramiden ist zu entnehmen, dass im Jahr 2006 ein hoher Anteil der Bevölkerung in einem Alter um die 40 Jahre war. Dieser Anteil der geburtenstarken Jahrgänge wird bis zum Jahr 2025 in das Alter um die 60 Jahre hineinwachsen, so dass im Jahr 2025 ein hoher Anteil der Bevölkerung um die 60 Jahre oder älter sein wird. Gleichzeitig kommen aufgrund der seit Jahrzehnten konstant niedrigen Geburtenziffer immer geringer besetzte neue Jahrgänge hinzu. Wie sich diese Entwicklung in Zahlen ausdrückt, ist in der Abbildung 5 festgehalten.

Der Abbildung 5 ist zu entnehmen, dass der Anteil der Personen unter 20 Jahren von 21,6 % im Jahr 2007 auf 16,7 % im Jahr 2025 sinken wird, während im gleichen Zeitraum der Anteil der Personen von 65 Jahren oder älter von 21,4 % auf 28,0 % ansteigen wird. Der Altenquotient, also das Verhältnis der über 65-Jährigen zu den Personen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 65 Jahre, wird sich von 36,8 im Jahr 2006 auf 50,6 im Jahr 2025 erhöhen. Dies bedeutet für das Jahr 2025, dass rein statistisch auf zwei Personen im erwerbsfähigen Alter eine Person über 65 Jahre kommt.

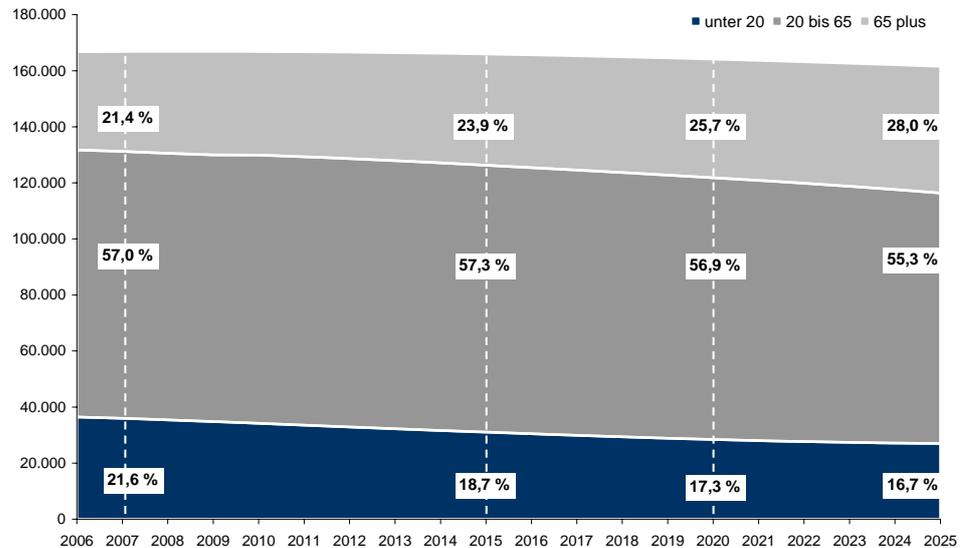


Abbildung 5: Entwicklung der Bevölkerungsstruktur im Kreis Nordfriesland von 2006 bis 2025 nach drei Altersklassen

Quelle: Statistikamt Nord 2007, dsn, eigene Darstellung

Leichter Rückgang der erwerbsfähigen Personen

Der Anteil der Personen im Alter von 20 bis 65 Jahren – also der Personen im erwerbsfähigen Alter – bleibt in diesem Zeitraum nahezu konstant und verringert sich lediglich um 1,7 Prozentpunkte auf 55,3 %. Da die Gesamtbevölkerung allerdings insgesamt leicht abnimmt, wird sich die Gruppe der Personen im erwerbsfähigen Alter von 95.234 Personen im Jahr 2006 auf 89.345 im Jahr 2025 reduzieren.

Zunahme der über 80-Jährigen

Eine differenzierte Betrachtung verdeutlicht Entwicklungen innerhalb der Altersgruppen. Abbildung 6 zeigt, dass innerhalb der Gruppe der Senioren/innen insbesondere die Zahl der Hochbetagten, also der Seniorinnen und Senioren über 80 Jahre, deutlich zulegen wird. Ihr Anteil wird sich von 5,2 % im Jahr 2007 auf 9,0 % im Jahr 2025 erhöhen. In absoluten Zahlen ausgedrückt: Lebten im Jahr 2007 noch gut 8.650 Personen im Alter über 80 Jahren im Kreis Nordfriesland, werden es im Jahr 2025 gut 14.600 sein. Dies entspricht einem Zuwachs von 5.950 Personen bzw. 69,2 %.

Ältere erwerbsfähige Bevölkerung

In Abbildung 5 wurde verdeutlicht, dass die Gruppe der Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren, also die Personen im erwerbsfähigen Alter, in ihrer Anzahl bis 2025 leicht um gut 6.000 Personen abnehmen wird. Abbildung 6 zeigt, dass es innerhalb dieser Gruppe zu deutlichen Alterungseffekten kommen wird. Der Anteil der Personen im Alter zwischen 50 bis 64 Jahren wird von 18,3 % im Jahr 2007 auf 23,8 % im Jahr 2025 deutlich zunehmen. Im gleichen Zeitraum wird sich der Anteil der 35- bis 49-Jährigen von 23,4 % auf 16,3 % verringern. Der Anteil der 20- bis 34-Jährigen bleibt im Vergleich dieser beiden Zeitpunkte konstant bei 15,2 %. Diese Entwicklungen zeigen, dass die Personen im erwerbsfähigen Alter deutlich altern werden.

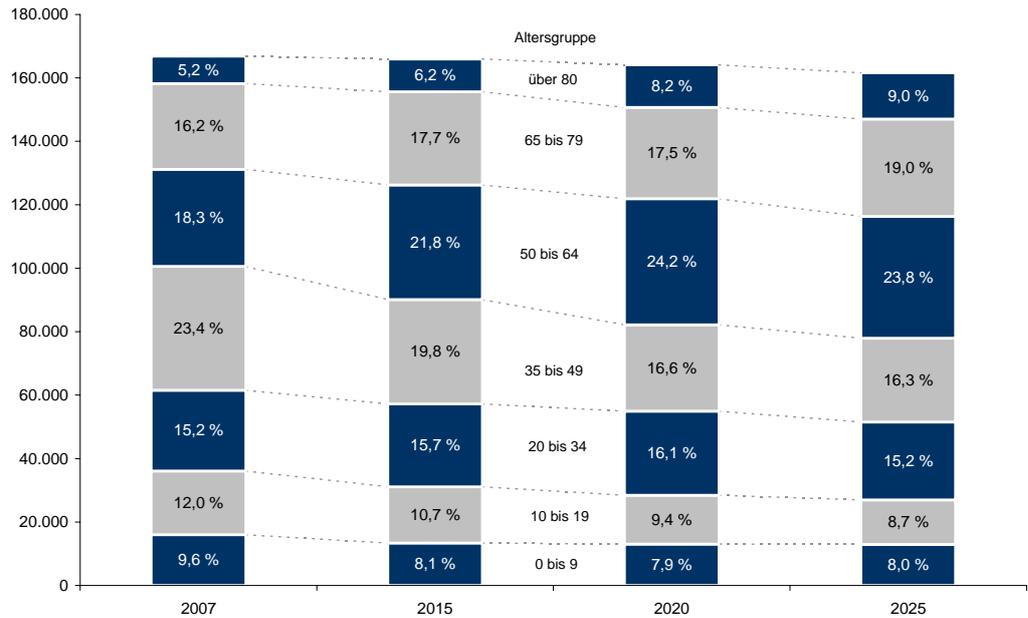


Abbildung 6: Veränderung der Bevölkerungsstruktur im Kreis Nordfriesland nach sieben Altersklassen

Quelle: Statistikamt Nord 2007; dsn, eigene Darstellung

Ein weiterer Kurvenverlauf, der die demographischen Veränderungen sehr deutlich widerspiegelt, ist in der folgenden Abbildung 7 wider gegeben. Die Abbildung zeigt die Entwicklung des Anteils der über sowie der unter 50-Jährigen an der Gesamtbevölkerung im Kreis Nordfriesland für den Zeitraum von 2006 bis 2025. Der Vorausberechnung zu Folge werden ab dem Jahr 2020 zum ersten Mal die über 50-Jährigen die Menschen unter 50 Jahren im Kreis Nordfriesland überwiegen.

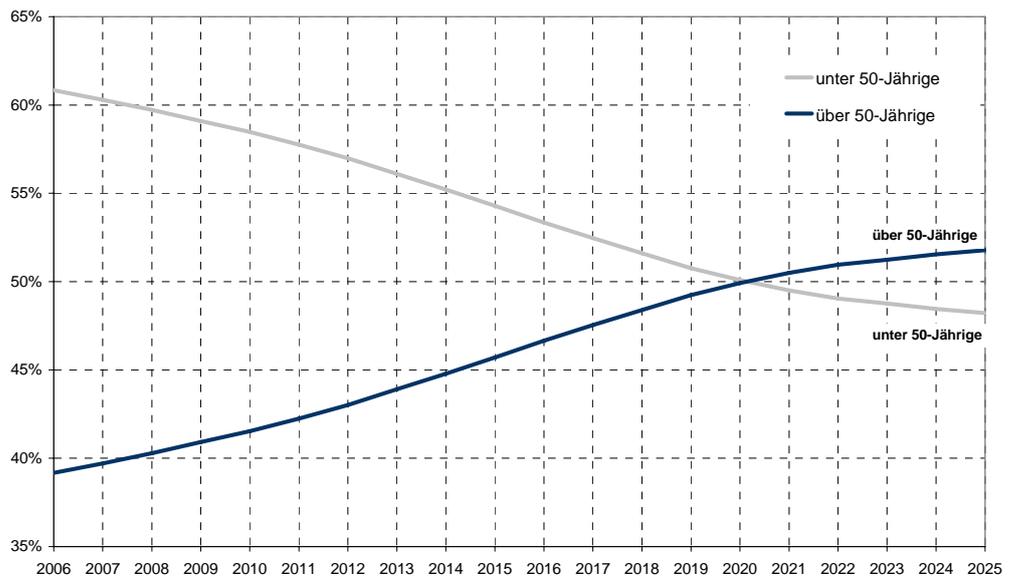


Abbildung 7: Entwicklung des Anteil der über 50-Jährigen und der unter 50 - Jährigen an der Gesamtbevölkerung Nordfrieslands von 2006 bis 2025

Quelle: Statistikamt Nord 2007; dsn, eigene Darstellung

Anstieg der altersbedingten Krankheiten

Mit dem Anstieg der Zahl der älteren Menschen ist auch mit einem Anstieg der Zahl altersbedingter Krankheiten zu rechnen, wie folgende Tabelle 1 zeigt. Die in der Tabelle dargestellten Berechnungen wurden vom Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung durchgeführt und beziehen sich auf Schleswig-Holstein insgesamt. Einzelberechnungen für den Kreis Nordfriesland liegen nicht vor. Verglichen werden in der Tabelle 1 die Zeitpunkte der Jahre 2000, 2020 und 2050. Die Berechnungen ergeben sich in der Hauptsache durch den Abgleich altersspezifischer Erkrankungsrate, also der Zahl der Erkrankungsfälle in einer Altersgruppe, mit der demographischen Entwicklung (vgl. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung 2007, S. 35).

Krankheiten	2000	2020	2050
Herzinfarkt			
Jährliche Neuerkrankungen	9.771	14.246 (+ 45,8 %)	19.167 (+ 96,2 %)
Jährliche Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner	350,3	507,8 (+ 45,0 %)	809,4 (+ 131,1 %)
Schlaganfall			
Jährliche Neuerkrankungen	5.727	8.269 (+ 44,4 %)	10.580 (+ 84,8 %)
Jährliche Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner	205,3	294,7 (+ 43,6 %)	446,8 (+ 117,6 %)
Krebserkrankungen			
Jährliche Neuerkrankungen	17.078	23.223 (+ 36,0 %)	25.064 (+ 46,8 %)
Jährliche Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner	612,2	827,7 (+ 35,2 %)	1.058,4 (+ 72,9 %)
Diabetes mellitus			
An Diabetes erkrankte Personen	132.612	168.121 (+ 26,8 %)	170.913 (+ 28,9 %)
Erkrankte Personen pro 100.000 Einwohner	4.753,5	5.992,3 (+ 26,1 %)	7.217,3 (+ 51,8 %)
Demenz			
An Demenz erkrankte Personen	30.985	48.929 (+ 57,9 %)	76.010 (+ 145,3 %)
Erkrankte Personen pro 100.000 Einwohner	1.110,7	1.744,0 (+ 57,0 %)	3.209,8 (+ 189,0 %)
Ambulant erworbene Pneumonie			
Jährliche Neuerkrankungen	37.806	55.911 (+ 47,9 %)	100.853 (+ 166,8 %)
Jährliche Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner	1.355,2	1.992,8 (+ 47,1 %)	4.258,8 (+ 214,3 %)

Die Werte in Klammern geben die prozentuale Veränderung gegenüber dem Jahr 2000 an.

Tabelle 1: Erkrankungszahlen ausgewählter Krankheiten in Schleswig-Holstein für die Jahre 2000, 2020 und 2050

Quelle: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung 2007, S. 107 ff.

Erhöhte Anforderungen an ambulanter und stationärer Pflege

Die Krankheiten mit den höchsten zukünftigen Zuwachsraten im Jahr 2050 gegenüber dem Jahr 2000 sind in Schleswig-Holstein demnach die ambulant erworbene Pneumonie (Lungenentzündung), mit einer Steigerung von knapp 167 % an jährlichen Neuerkrankungen, die Demenz mit gut 145 %, die Herzinfarkte mit gut 96 % sowie die Schlaganfälle mit knapp 85 % Zuwachsraten. Insbesondere aus dem zu erwartenden Anstieg Demenzkranker erwachsen besondere Herausforderungen an die ambulante und stationäre pflegerische Versorgung.

Das Klinikum Nordfriesland hat den Einfluss der demographischen Entwicklung auf die Fallzahlen innerhalb ihres Klinikums nach Hauptdiagnosen (MDC = Major Diagnostic Categories) errechnet (vgl. Tabelle 2). Berechnungsgrundlage hierfür sind die Fallzahlen nach Hauptdiagnosen aus dem Jahr 2008. Diese wurden vom Klinikum auf Basis der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnung für den Kreis Nordfriesland auf das Jahr 2025 hochgerechnet.

Mehr Krankheitsfälle im Jahr 2025

Im Gesamtergebnis ergeben diese Berechnungen einen Anstieg der Fallzahlen um 3.280 auf 22.960 Fälle im Jahr 2025. Dies entspricht einem Zuwachs von 16,7 % im Vergleich zum Jahr 2008 (vgl. Tabelle 2). Dieser Zuwachs beruht allein auf der sich zukünftig verändernden Bevölkerungsstruktur mit einer deutlichen Zunahme älterer Menschen. (An dieser Stelle sei nochmals der Hinweis gebracht, dass gesellschaftliche, gesundheitspolitische oder medizinische Entwicklungen, die ebenfalls auf die Veränderung der Fallzahlen einwirken können, in diese Berechnungen nicht einfließen).

Mehr altersbedingte Krankheiten

Für nahezu alle Hauptdiagnosegruppen wird eine Zunahme der Fallzahlen vorausberechnet. Ein Rückgang der Fallzahlen wird bei der Zahl der Schwangerschaftsfälle erwartet, resultierend aus der zukünftig sinkenden Zahl an jungen Frauen. Die Diagnosen mit den höchsten absoluten Zuwächsen werden MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (Herz und Gefäß), MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane sowie MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe sein. Dies sind auch die Diagnosen mit den absolut gesehen meisten Fallzahlen, sowohl in 2008 als auch in 2025. Die höchsten relativen Zunahmen der Fallzahlen werden in den Diagnosegruppen MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen mit 43,3 %, MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit 30,3 % sowie MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges mit 28,1 % erwartet. Diese Diagnosegruppen werden insbesondere aufgrund des zunehmenden Alters der Bevölkerung ansteigen, zählen allerdings zu den Diagnosegruppen mit geringeren absoluten Fallzahlen.

MDC-Text	2008		2025		Veränderung 2008 zu 2025	
	Fallzahl	Anteil	Fallzahl	Anteil	absolut	relativ
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (Herz und Gefäß)	4.962	25,2%	6.236	27,2%	1.274	25,7%
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	3.011	15,3%	3.416	14,9%	405	13,5%
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	2.329	11,8%	2.715	11,8%	386	16,6%
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	1.629	8,3%	1.958	8,5%	329	20,2%
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	1.393	7,1%	1.701	7,4%	308	22,1%
MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1.317	6,7%	1.165	5,1%	-152	-11,5%
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	857	4,4%	989	4,3%	132	15,4%
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	721	3,7%	843	3,7%	122	16,9%
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	684	3,5%	670	2,9%	-14	-2,0%
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	603	3,1%	742	3,2%	139	23,1%
MDC 10 Endokrine, Ernährungs und Stoffwechselkrankheiten	442	2,2%	540	2,4%	98	22,2%
MDC 03 Krankheiten u. Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	386	2,0%	409	1,8%	23	6,0%
MDC 21b Verletzungen, Vergiftungen und tox. Wirkungen von Drogen und Medikam.	273	1,4%	285	1,2%	12	4,4%
MDC 18b Infektiöse und parasitäre Krankheiten	262	1,3%	328	1,4%	66	25,2%
MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	228	1,2%	297	1,3%	69	30,3%
MDC 20 Alkohol und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	197	1,0%	184	0,8%	-13	-6,6%
MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	97	0,5%	139	0,6%	42	43,3%
MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	91	0,5%	100	0,4%	9	9,9%
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	81	0,4%	99	0,4%	18	22,2%
MDC 23 Faktoren, die d. Gesundheitszust. beeinfl., u. a. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	70	0,4%	87	0,4%	17	24,3%
MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	32	0,2%	41	0,2%	9	28,1%
MDC 21a Polytrauma	7	0,0%	8	0,0%	1	14,3%
MDC 22 Verbrennungen	7	0,0%	7	0,0%	0	0,0%
MDC 18a HIV	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
Summe (gerundet)	19.680	100%	22.960	100%	3.280	16,7%

Tabelle 2: Klinikum Nordfriesland – Veränderungen innerhalb der diagnosebezogenen Fallgruppen 2008 zu 2025

Quelle: Klinikum Nordfriesland, 2009

In einer weiteren Berechnung des Klinikum Nordfriesland werden die stationären Fallzahlen sowie die Diagnosen nach unterschiedlichen Altersgruppen berechnet (vgl. Tabelle 3). Wie bereits in Tabelle 2 gezeigt ergibt sich ein berechneter Anstieg der Fallzahlen von 16,7 % auf insgesamt rund 22.960 Fälle im Jahr 2025.

Altersgruppen	Diagnosen pro Fall (HD+ND)	2008		2025		Veränderung 2008 zu 2025		
		Stationäre Fälle	Diagnosen gesamt	Stationäre Fälle	Diagnosen gesamt	Stationäre Fälle	Diagnosen gesamt	Stationäre Fälle / Diagnosen
0-5	1,56	67	105	56	87	-11	-18	-16,2%
6-9	1,83	94	172	68	124	-26	-48	-28,0%
10-15	2,13	345	735	240	511	-105	-224	-30,5%
16-19	2,56	505	1.293	359	919	-146	-374	-28,9%
20-34	3,54	2.226	7.880	2.115	7.487	-111	-393	-5,0%
35-49	3,36	2.797	9.398	1.885	6.334	-912	-3.064	-32,6%
50-64	4,39	3.529	15.492	4.475	19.645	946	4.153	26,8%
65-79	5,95	6.504	38.699	7.486	44.542	982	5.843	15,1%
über 79	7,23	3.613	26.122	6.272	45.347	2.659	19.225	73,6%
Summe		19.680	99.896	22.956	124.996	3.276	25.100	

Tabelle 3: Veränderungen der Fallzahlen und Multimorbidität im Klinikum Nordfriesland nach Altersgruppen 2008 zu 2025

Quelle: Klinikum Nordfriesland, 2009

Starker Anstieg der Multimorbidität

Während die Gesamtzahl der Fälle in den vier Kliniken des Klinikum Nordfrieslands um 16,7 % zunehmen wird, steigt die Zahl der Haupt- und Nebendiagnosen als Index für die Zunahme der Multimorbidität um 25,1 % an. Ursächlich hierfür ist der starke Anstieg der Fallzahlen in den Altersgruppen ab 50 Jahren aufgrund der demographischen Entwicklung sowie die gleichzeitig hohe Zahl an Diagnosen in diesen Altersgruppen. Bei den unter 50-Jährigen sind hingegen Rückgänge in den Fallzahlen und damit einhergehend Rückgänge in den Diagnosen, ebenfalls auf Basis der demographischen Entwicklung, berechnet.

Die Tabellen 2 und 3 verdeutlichen, dass der demographische Wandel deutliche Auswirkungen auf die stationäre Versorgung haben wird, sowohl in den Fallzahlen als auch in den Diagnosegruppen – und zwar insbesondere in den Diagnosegruppen der sogenannten Alterskrankheiten.

3.3 Gesundheitsinfrastruktur

Im folgenden Kapitel wird ein Überblick über die Gesundheitsinfrastruktur im Kreis Nordfriesland anhand der derzeit aktuell zur Verfügung stehenden amtlichen statistischen Daten gegeben. Schwerpunkte der Betrachtungen sind

- die stationäre Versorgung,
- die ambulante Versorgung mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten,
- die Versorgung im Bereich der ambulanten und stationären Pflege und
- die Versorgung im Bereich Vorsorge und Rehabilitation.

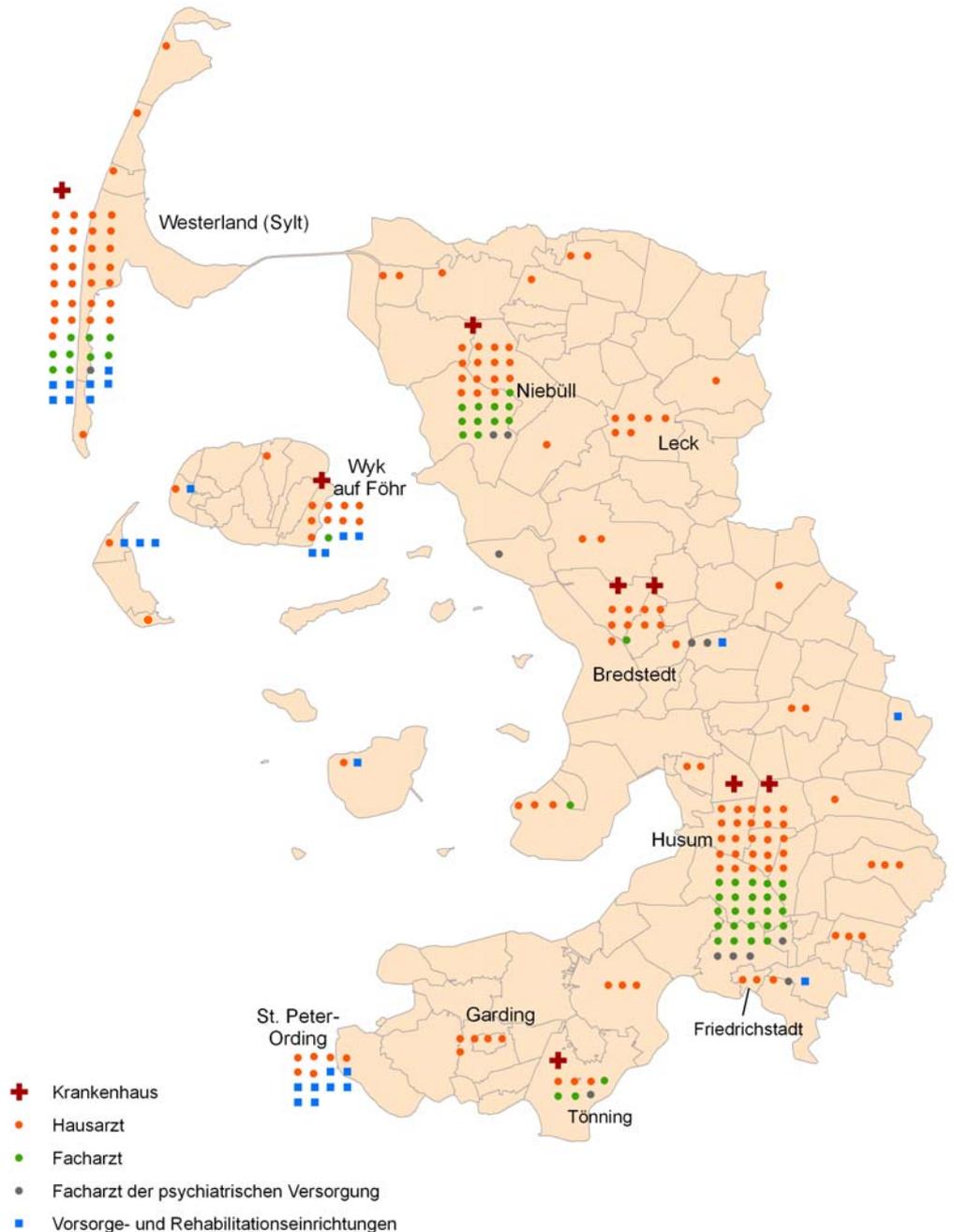


Abbildung 8: Standorte der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung im Kreis Nordfriesland

Kartengrundlage: DTK50, LVerMA S-H

Datenquelle: Kreis Nordfriesland 2009b; dsn, eigene Darstellung

Räumliche Verteilung der...	Die Karte in Abbildung 8 gibt einen Überblick über die räumliche Verteilung medizinischer Einrichtungen der stationären Versorgung sowie der Haus- und Fachärzte im Kreis Nordfriesland für das Jahr 2009. Abgebildet werden zum einen Krankenhäuser bzw. Kliniken sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Jedes Symbol der Karte gibt den Standort einer Einrichtung wieder. Zum anderen werden Hausärzte, Fachärzte sowie die Fachärzte der psychiatrischen Versorgung (Fachärzte der Psychiatrie, Psychosomatischen Medizin, Psychotherapie, Neurologie und Nervenheilkunde) in der Karte regional verortet. Jedes Punktsymbol bildet einen vor Ort praktizierenden Arzt ab.
...Hausärzte	Die regionale Verteilung verdeutlicht eine Konzentration der Hausärzte im Kreisgebiet in den Städten Husum, Niebüll, Bredstedt, Wyk auf Föhr, Friedrichstadt, Garding, Tönning sowie in der Gemeinde Sylt. Von den insgesamt 154 Hausärzten verteilen sich mit 97 gut zwei Drittel der Hausärzte auf die benannten Städte und die Gemeinde Sylt. Das übrige Drittel der Hausärzte sind über das Kreisgebiet verteilt.
...Fachärzte	Bei den Fachärzten inklusive der Fachärzte der psychiatrischen Betreuung ist eine eindeutige Konzentration auf die Städte (Husum, Niebüll, Bredstedt, Wyk auf Föhr, Tönning und Friedrichstadt) sowie die Gemeinde Sylt festzustellen. Dabei sind 53 der insgesamt 64 tätigen Fachärzte allein in den beiden Städten Husum und Niebüll sowie in der Gemeinde Sylt ansässig. Diese drei Standorte bilden die regionalen Schwerpunkte in der fachärztlichen ambulanten Versorgung im Kreis.
...Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind vorwiegend auf den Inseln Sylt, Föhr und Amrum sowie in St. Peter-Ording angesiedelt. Insgesamt 24 der 27 Einrichtungen sind hier vorzufinden. Hier bilden die natürlichen Gegebenheiten mit der Nähe zur Nordsee einen Standortvorteil für den Betrieb von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.
...Krankenhäuser und Kliniken	Die acht Standorte von Klinik und Krankenhäusern verteilen sich über das Kreisgebiet auf Bredstedt, Breklum, Husum, Niebüll, Gemeinde Sylt, Tönning und Wyk auf Föhr. Darunter das Klinikum Nordfriesland mit insgesamt vier Krankenhäusern an vier Standorten in Husum, Niebüll, Tönning und Wyk auf Föhr, die Fachkliniken Nordfriesland mit zwei Standorten in Bredstedt und Breklum, die Asklepios Klinik in Westerland auf Sylt sowie die Klinik Dr. Winkler in Husum. Weitere Details zu den Kliniken und Krankenhäusern der stationären Versorgung sind dem folgenden Kapitel zu entnehmen.

3.3.1 Stationäre Versorgung

Die stationäre medizinische Versorgung ist ein wichtiges Standbein der regionalen Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger. Im Kreis Nordfriesland wird die stationäre Versorgung von vier Einrichtungen an insgesamt acht Standorten gewährleistet. Im folgenden wird ein Blick auf die derzeitige Situation der stationären Versorgung auf Basis verfügbarer statistischer Daten gegeben, beginnend mit einer Kurzbeschreibung der einzelnen Kliniken.

Klinikum Nordfriesland gGmbH

Die Klinikum Nordfriesland gGmbH mit seinen insgesamt vier Kliniken an den Standorten Husum, Niebüll, Tönning und Föhr-Amrum ist das größte Klinikum im Kreis Nordfriesland (vgl. Tabelle 4). Das Klinikum ist als gGmbH in öffentlicher Trägerschaft in privatrechtlicher Gesellschaftsform. Die Kliniken an den drei Festlandstandorten Husum, Niebüll, Tönning sind Kliniken der Regelversorgung, die Inselklinik Föhr-Amrum bietet eine eingeschränkte Regelversorgung.

Fachkliniken Nordfriesland gGmbH

Ein weiterer Anbieter der stationären Versorgung sind die Fachkliniken Nordfriesland gGmbH mit den beiden Standorten in Bredstedt und Breklum. Die Fachkliniken Nordfriesland bieten im stationären Bereich eine Versorgung in den Bereichen Allgemeinpsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Umweltmedizin. Sie sind als gGmbH in freigemeinnütziger Trägerschaft in privatrechtlicher Gesellschaftsform und gingen im Jahr 2008 durch die Fusion des Fachkrankenhauses Nordfriesland und der Fachklinik Breklum hervor. In der Versorgungsstufe sind beide Standorte als Fachkrankenhaus eingestuft.

Asklepios Klinik und Klinik Dr. Winkler

Neben den beiden öffentlichen Kliniken stellen zwei Kliniken in privater Trägerschaft die stationäre Versorgung im Kreis sicher. Zum einen ist dies die Asklepios Kliniken GmbH mit einem Krankenhaus der Regelversorgung auf der Insel Sylt. Zum anderen die Privatklinik Dr. Winkler in Husum. Die Klinik Dr. Winkler ist ein chirurgisches Belegkrankenhaus und im aktuellen Krankenhausplan des Landes als Fachkrankenhaus eingestuft (vgl. MSGF, 20.10.2009).

Die Standorte der einzelnen Häuser der stationären Versorgung in Nordfriesland sind der Karte in Abbildung 8 zu entnehmen. Die grundlegenden Kennzahlen der Krankenhäuser und Kliniken über die Bettenzahl, die Zahl der Arztstellen, die Anzahl der PflegerInnen sowie die aktuellen Fallzahlen pro Jahr sind in der folgenden Tabelle 4 wiedergegeben und den jeweiligen Qualitätsberichten der einzelnen Häuser mit Stand 31.12.2008 entnommen.

Einrichtung, Ort	Arztstellen			PflegerInnen (Stellen) ¹	Fallzahlen pro Jahr	
	Betten	insgesamt	darunter Fachärzte		Ambulant	Stationär
Klinikum Nordfriesland - Klinik Husum	228	57	39	138 (132)	16.500	11.363
Klinikum Nordfriesland - Klinik Niebüll	114	27	18	70 (69)	13.000	5.644
Klinikum Nordfriesland - Klinik Tönning	47	7	4	22 (22)	9.500	2.295
Klinikum Nordfriesland - Inselklinik Föhr-Amrum	23	8	4	17 (16)	2.500	1.499
Fachkliniken Nordfriesland – Bredstedt, Breklum, Riddorf	160 ²	19 ²	12 ²	73,1 (67,5)	10.144	2.715
Asklepios Kliniken GmbH Sylt	122	41,9	20	94,1 (88,8)	11.119	4.705
Privatklinik Dr. Winkler Husum	25	4 ³	4 ³	13,1 (10,8)	0	937
Summe	719	163,9	101	427,3 (406,1)	62.763	29.158

¹ in Klammern: davon mit mind. 3-jähriger Ausbildung

² inkl. 30 Betten sowie Ärzte und Fachärzte in den Tageskliniken in Husum und Niebüll

³ inkl. Belegärzte; Quelle: Klinik Dr. Winkler, 30.09.2009

Tabelle 4: Übersicht der Krankenhäuser in Nordfriesland

Quelle: Klinikum Nordfriesland (Husum, Niebüll, Tönning und Föhr-Amrum), 30.09.2009, KLV Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH & Co. KG, 30.09.2009, Fachkliniken Nordfriesland gGmbH, 30.09.2009, Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt, 30.09.2009; dsn, eigene Erstellung

Bettenzahl

Der Standort Husum des Klinikum Nordfrieslands verfügt mit 228 Betten über die größte Anzahl an aufgestellten Betten im Kreis. Im Klinikum Nordfriesland mit seinem Standort in Niebüll, in der Asklepios Klinik auf Sylt sowie im Fachkliniken Nordfriesland sind jeweils mehr als 100 Betten aufgestellt. Kleinere Krankenhäuser gemäß der Bettenzahl sind das Klinikum Nordfriesland – Standort Tönning mit 47, die chirurgische Fachklinik Dr. Winkler mit 25 sowie das Klinikum Nordfriesland – Standort Föhr/Amrum mit 23 Betten.

Insgesamt sind über alle Häuser gerechnet 719 Betten nach Angaben aus den Qualitätsberichten 2008 mit Stichtag 31.12.2008 in der stationären Versorgung im Kreis Nordfriesland aufgestellt. In Relation zur Einwohnerzahl ergibt sich eine durchschnittliche Bettenzahl von 43,2 Betten pro 10.000 Einwohner im Kreis. Für Schleswig-Holstein insgesamt liegt der Vergleichswert bei 55,1 Betten pro 10.000 Einwohner (vgl. Statistikamt Nord 2009e). Nordfriesland liegt damit unter dem Landesdurchschnitt Schleswig-Holsteins, dessen höherer Wert insbesondere durch große Krankenhäuser mit teilweise überregionalem Versorgungsauftrag in den kreisfreien Städten zu erklären ist. Im Vergleich zu den nordfriesischen Nachbarkreisen zeigt sich, dass auf Basis der Angaben in den Qualitätsberichten der einzelnen Häuser der Kreis Schleswig-Flensburg mit rund 36,5 eine geringere Bettenzahl pro 10.000 Einwohner aufweist, während im Kreis Dithmarschen mit 56,1 Betten je 10.000 Einwohner eine in Relation höhere Bettenzahl festgestellt werden kann.

Im Vergleich der durchschnittlichen Bettenzahl in Schleswig-Holstein von 55,1 je 10.000 Einwohner mit der durchschnittlichen Bettenzahl auf Bundesebene von 61,3 (vgl. Destatis, 12.10.2009) für das Vergleichsjahr 2008 verfügt Schleswig-Holstein über eine niedrigere Bettenzahl. Gegenüber den anderen Bundesländern weist Schleswig-Holstein einen der niedrigsten Werte an Betten je 10.000 Einwohner auf (vgl. Destatis, 13.10.2009). Hierzu sei an dieser Stelle bereits angefügt, dass Schleswig-Holstein auch eines der Bundesländer mit den im Vergleich geringsten Fallzahlen in Deutschland ist.

Arztstellen

Der Standort Husum des Klinikum Nordfriesland weist neben der größten Bettenzahl auch die größte Zahl an Ärzten der einzelnen Häuser mit insgesamt 57 Arztstellen (darunter 39 Facharztstellen) auf. Darauf folgen die Asklepios Klinik auf Sylt mit 41,9 (darunter 20 Facharztstellen) sowie das Klinikum Nordfriesland mit Standort Niebüll mit 27 Arztstellen (darunter 18 Facharztstellen). Aus statistischer Sicht ist zu den Zahlen anzumerken, dass Belegärzte bei den stationären Arztlagen aufgrund der Datenlage und Vergleichbarkeit der Daten nicht berücksichtigt sind.

Insgesamt sind in den sieben Standorten in Vollkräften errechnet 163,9 Arztstellen besetzt, darunter 101 Stellen durch Fachärzte. Die 163,9 Arztstellen entsprechen 9,9 Arztstellen je 10.000 Einwohner für den Kreis Nordfriesland. In Schleswig-Holstein ergeben sich durchschnittlich 15,4 Arztstellen je 10.000 Einwohner (vgl. Statistikamt Nord 2008), so dass es im Kreis Nordfriesland in Bezug zur Einwohnerzahl weniger Arztstellen in der stationären Versorgung gibt. Wie bereits im Fall der Bettenzahl ergibt sich der höhere Durchschnittswert für Schleswig-Holstein aufgrund der Krankenhäuser mit überregionalem Versorgungsauftrag in den kreisfreien Städten.

In Vollkräften gerechnet waren in Deutschland im Jahr 2007 die Krankenhäuser mit insgesamt 126.000 Arztstellen bzw. mit 15,1 Arztstellen pro 10.000 Einwohner besetzt. Damit nimmt Schleswig-Holstein im Gegensatz zur Anzahl der Betten bei der stationären ärztlichen Betreuung einen leicht überdurchschnittlichen Wert im Vergleich zum Bundesgebiet ein (vgl. Destatis, 13.10.2009).

Stationäre Krankenpfleger

Die Klinik mit der höchsten Zahl an Krankenpflegerinnen- bzw. Krankenpflegerstellen ist das Klinikum Nordfriesland mit dem Standort Husum mit statistischen 138 Pflegerinnen- bzw. Pflegerstellen (Vollkraft), gefolgt von der Asklepios Klinik Sylt mit 94,1 Stellen. Insgesamt sind im Kreis Nordfriesland 427,3 Stellen in der stationären Krankenpflege in den acht Standorten eingesetzt, von denen 406,1 Stellen von Pflegerinnen bzw. Pflegern mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung besetzt sind. In Relation zur Einwohnerzahl ergibt sich bei den Krankenpflegern im Kreis Nordfriesland die Situation von 25,7 Stellen je 10.000 Einwohner gegenüber 42,2 Stellen je 10.000 in Schleswig-Holstein (vgl. Statistikamt Nord 2008).

Der Bundesschnitt liegt mit 393.186 Stellen bei 47,9 Pflegerinnen- bzw. Pflegerstellen je 10.000 Einwohner und somit wiederum über dem Durchschnittswert Schleswig-Holsteins (vgl. DKG, 18.08.2009).

Fallzahlen

Im Klinikum Nordfriesland am Standort Husum wird die höchste Anzahl an Fällen pro Jahr versorgt, sowohl ambulant (16.500 Fälle) als auch stationär (11.363 Fälle). Es folgen das Klinikum Nordfriesland am Standort Niebüll mit 13.000 ambulanten und 5.644 stationären Fällen sowie die Asklepios Klinik mit 4.705 stationären und 11.119 ambulanten Fällen. Diese drei Kliniken sind den Fallzahlen nach auch die größten im Kreis.

Insgesamt wurden an den acht Klinikstandorten in Nordfriesland im Jahr 2008 genau 91.921 Fälle versorgt, davon 62.763 ambulant und 29.158 stationär (vgl. Tabelle 4). Damit ergeben sich je 10.000 Einwohner rund 3.775 ambulante und etwa 1.754 stationäre Fälle in Nordfriesland für das Jahr 2008 (siehe Abbildung 9). Bei den stationären Fällen liegt der Kreis Nordfriesland damit leicht unterhalb des Durchschnittswertes Schleswig-Holsteins von 1.971 Fällen. Die höchsten Fallzahlen je Einwohner sind wiederum in den kreisfreien Städten bei Krankenhäusern der überregionalen Schwerpunkt- und der Zentralversorgung vorzufinden.

Der Bundesdurchschnitt liegt mit 17.159.579 Fällen bei 2.129,7 je 10.000 Einwohner und damit über dem Landesschnitt Schleswig-Holsteins von 1.971 Fällen (vgl. Destatis, 12.10.2009).

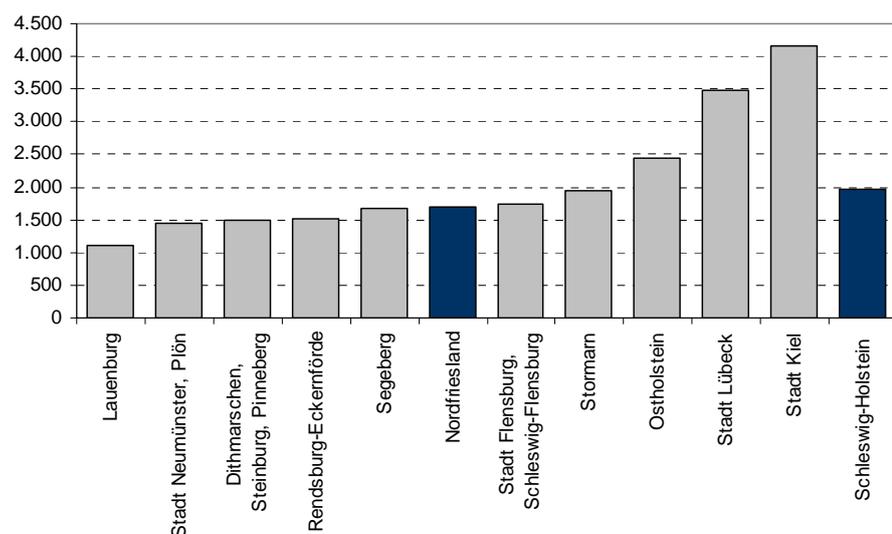


Abbildung 9: Stationäre Krankenhausfälle je 10.000 Einwohner in Schleswig-Holstein

Quelle: Statistikamt Nord 2009d; dsn, eigene Darstellung

In Abbildung 9 sind für einzelne Kreise Schleswig-Holsteins die Zahlen der stationären Fälle für das Jahr 2008 angegeben. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden vom Statistischen Landesamt die Einzelwerte einiger Kreise zusammengefasst und können daher nicht als Einzelwerte angezeigt werden. Die Aussagekraft der Tabelle ist somit eingeschränkt. Sie zeigt aber, dass der Kreis Nordfriesland bei den Fallzahlen einen vergleichbar hohen Wert zu den meisten Flächenkreisen aufweist. Die Werte für die Nachbarkreise Dithmarschen und Schleswig-Flensburg sind der Abbildung 9 als Einzelwerte aufgrund der Datenschutzbestimmungen nicht zu entnehmen. Auf Basis der Angaben in den Qualitätsberichten der einzelnen Häuser lassen sich allerdings Einzelwerte für die Nachbarkreise errechnen. Diese liegen bei 2.100 Fällen je 10.000 Einwohner für den Kreis Dithmarschen und bei 978 Fällen je 10.000 Einwohner für den Kreis Schleswig-Flensburg.

3.3.2 Ambulante Versorgung

Für eine wohnortnahe ambulante Versorgung ist die Anzahl sowie die regionale Verteilung der Haus- und Fachärzte von Bedeutung. Beide Faktoren hängen in der Zukunft davon ab, wie beim altersbedingten Ausscheiden von Ärzten die offenen Stellen nachbesetzt werden können. Die folgenden Analysen werden für den Kreis Nordfriesland die bisherige Entwicklung der Ärztezahlen, ihre regionale Verteilung sowie ihre Altersstruktur einbeziehen. Die Analysen werden mit einem kurzen Blick auf die Ausgangssituation der niedergelassenen Ärzte in Nordfriesland insgesamt eingeleitet, um anschließend ausführlich auf die Situation der Hausärzte einerseits und die der Fachärzte andererseits jeweils separat einzugehen. In die Betrachtungen werden alle Haus- und Fachärzte einbezogen, die sich an der gesetzlichen kassenärztlichen Versorgung im Kreis beteiligen. Ausgenommen sind Zahnärzte, die nicht Gegenstand der folgenden Untersuchungen sind.

Entwicklung der Zahl der niedergelassenen Ärzte

Die ambulante Versorgung im Kreis Nordfriesland wird von den im Jahr 2009 insgesamt 218 niedergelassenen Haus- und Fachärzten gewährleistet. Ihre Zahl unterlag in den letzten rund 10 Jahren nur geringfügigen Schwankungen, wie Abbildung 10 verdeutlicht. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte bewegte sich in diesem Zeitraum in einem Korridor von 208 bis maximal 220 Ärzten.

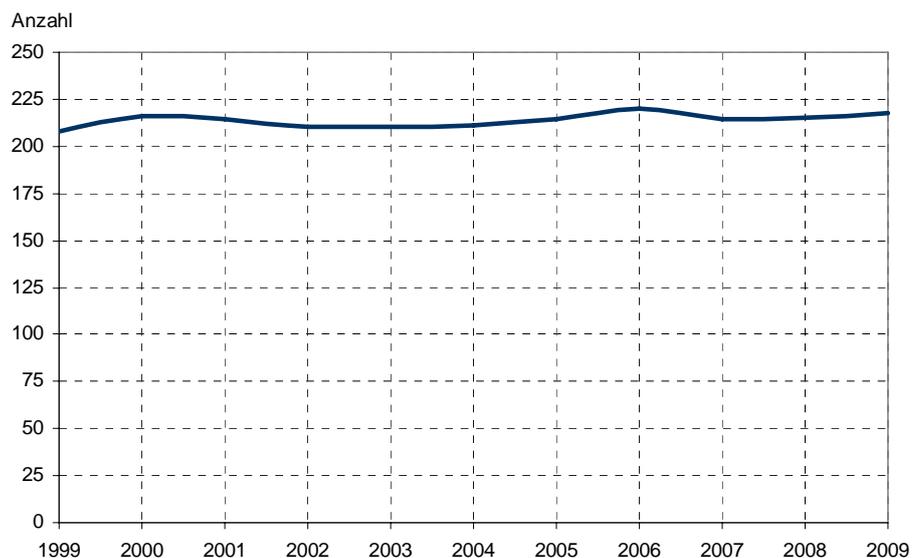


Abbildung 10: Entwicklung der Zahl der niedergelassenen Ärzte im Kreis Nordfriesland von 1999 bis 2009

Quelle: ÄKSH 2009, Kreis Nordfriesland 2009b; dsn, eigene Erstellung

Während die Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte seit 1999 nahezu konstant blieb, ist im gleichen Zeitraum ein deutlicher Anstieg des Durchschnittsalters der niedergelassenen Ärzte in Nordfriesland zu beobachten. In der folgenden Abbildung 11 wird die Entwicklung des Durchschnittsalters der niedergelassenen Ärzte im Kreis Nordfriesland der Entwicklung auf Bundesebene für den Zeitraum von 1999 bis 2008 gegenübergestellt.

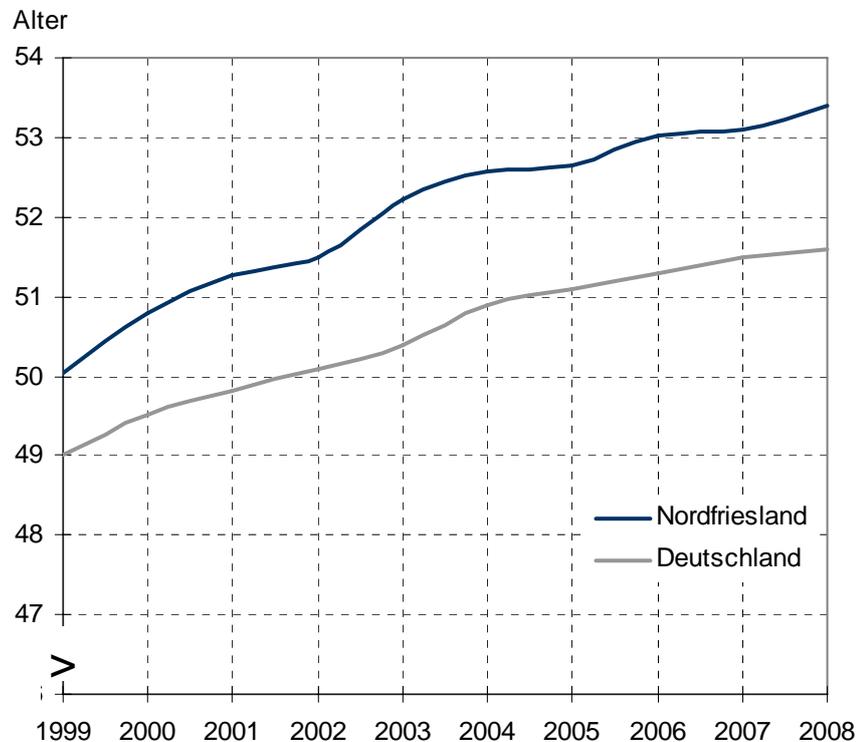


Abbildung 11: Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte in Deutschland und Nordfriesland

Quelle: ÄKSH 2009, KBV, 01.09.2009; dsn, eigene Erstellung

Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte

Der Abbildung 11 ist zunächst einmal zu entnehmen, dass im Kreis Nordfriesland das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte von 50,0 Jahren im Jahr 1999 auf 53,4 Jahre im Jahr 2008 stetig angestiegen ist. Dies entspricht einem Anstieg um 3,4 Jahre innerhalb des betrachteten 9-Jahres-Zeitraums. Auf Bundesebene ist im selben Zeitraum das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte ebenfalls angestiegen, allerdings ist die Ärzteschaft hier mit 2,6 Jahren etwas geringer gealtert als in Nordfriesland. Hinzu kommt, dass das Durchschnittsalter auf Bundesebene im Jahr 1999 mit 49,0 Jahren genau um ein Jahr niedriger war als im Kreis Nordfriesland – und bis zum Jahr 2008 hat dieser Abstand weiter zugenommen. So war das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte in Deutschland im Jahr 2008 mit 51,6 Jahren gut 1,8 Jahre niedriger als im Vergleich zum Kreis Nordfriesland. Diese Entwicklungen zeigen, dass im Kreis Nordfriesland eine durchschnittlich ältere Ärzteschaft als auf Bundesebene vorzufinden ist, die im Vergleich zum Bund auch stärker altert.

Dies verdeutlicht auch der vergleichende Blick auf die Altersstrukturen der niedergelassenen Ärzte auf Bundesebene und im Kreis Nordfriesland in Abbildung 12. In der Abbildung sind die Anteile verschiedener Altersgruppen niedergelassener Ärzte – jeweils drei Jahrgänge wurden zusammengefasst – an der Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte dargestellt.

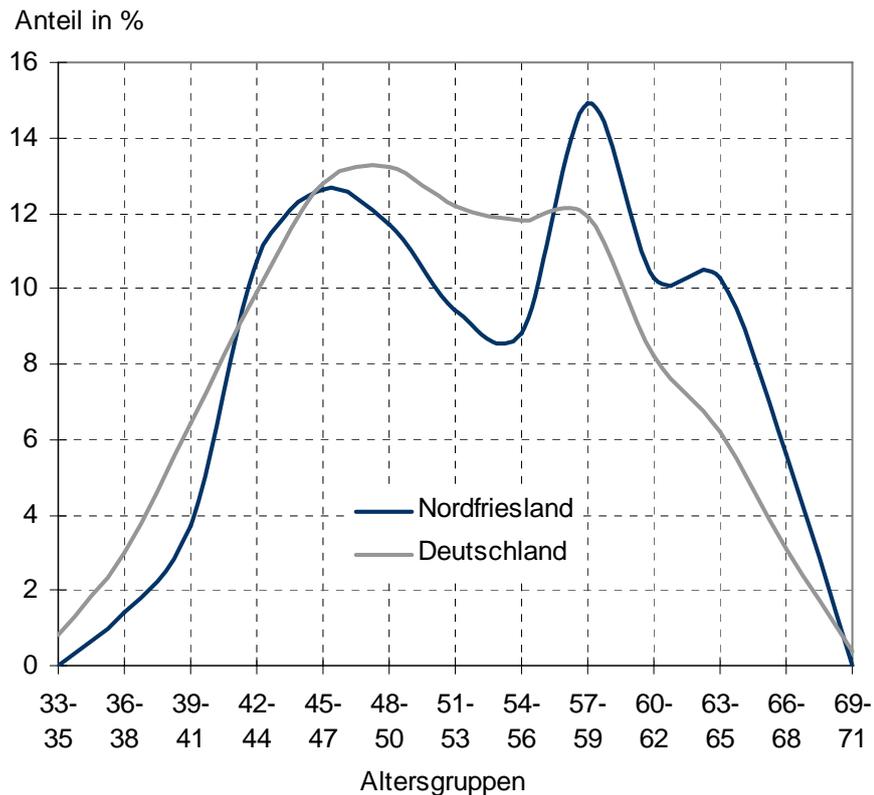


Abbildung 12: Prozentualer Anteil der niedergelassenen Ärzte in Nordfriesland und in Deutschland in Alterskategorien (in 3-Jahres-Schritten)

Quelle: ÄKSH 2009, KBV, 01.09.2009; dsn, eigene Erstellung

Prozentualer Anteil der niedergelassenen Ärzte in Alterskategorien

In der Abbildung 12 ist zum einen zu erkennen, dass die Verteilung der Ärzte von Altersgruppe zu Altersgruppe im Kreis Nordfriesland stärkeren Schwankungen unterlegen ist als auf Bundesebene. Dies erklärt sich in erster Linie durch die absolut betrachtet kleinere Anzahl an Ärzten. Kleine absolute Änderungen in einer Altersgruppe können so größere relative Schwankungen zur Folge haben.

Entscheidender ist jedoch die Verteilung der Alterskohorten an sich. So ist der Anteil der Ärzte in den Altersstufen ab 57 Jahren in Nordfriesland durchgängig höher als der Bundesdurchschnitt. Gleichzeitig sind die relativen Anteile der Altersgruppen von 48 bis 56 Jahren im Kreis Nordfriesland deutlich geringer als im Vergleich zum Bund. Gleiches gilt für die jüngsten Altersgruppen an Ärzten von 33 bis rund 41 Jahre, deren Anteil an der Gesamtärzteschaft in Nordfriesland im Vergleich zum Bund geringer ist. Aus dieser Altersverteilung heraus erklärt sich der zum Teil deutliche Unterschied im Durchschnittsalter der Ärzteschaft im Kreis Nordfriesland im Vergleich zum Bund, wie er in Abbildung 11 deutlich wurde.

Die vorangegangenen Betrachtungen der Daten zur Anzahl und Altersentwicklung der Gesamtheit der niedergelassenen Ärzte haben einen Blick auf die Situation im Kreis Nordfriesland im Vergleich zum Bundesgebiet ermöglicht. Im Folgenden wird nun die Situation der niedergelassenen Ärzte im Kreis Nordfriesland anhand statistischer Daten im Detail analysiert. Dabei richtet sich der Blick zunächst auf die Versorgung des Kreises mit Hausärzten und beleuchtet anschließend die Versorgung mit Fachärzten.

Versorgung mit Hausärzten

Hausarzt

Unter Hausärzten im Sinne des vorliegenden Endberichts werden alle Ärzte zusammengefasst, die als Facharzt für Allgemeinmedizin, Hausärztlich niedergelassener Facharzt für Innere Medizin, praktischer Arzt (EWG-Recht ab 86/457/EWG) oder als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin tätig sind oder in veröffentlichten Statistiken unter der Kategorie „Arzt“ geführt werden. Zudem müssen diese Ärzte an der gesetzlichen kassenärztlichen Versorgung teilnehmen.

Bei der Beschreibung des Sachverhaltes in der hausärztlichen Versorgung wird zunächst die Ist-Situation in Nordfriesland beschrieben. Hierfür werden der Stand und die Entwicklung der Zahl der Hausärzte, die Versorgungsgrade, das Durchschnittsalter und die Veränderung des Durchschnittsalters über die letzten Jahre analysiert und wenn möglich mit Daten auf Kreis- oder Bundeslandebene in Beziehung gesetzt.

Entwicklung der Zahl der Hausärzte

Im Kreis Nordfriesland sind im Jahr 2009 insgesamt 154 Hausärzte tätig. Die Entwicklung der Hausarztzahlen im Kreis zeigt, dass ihre Zahl im Vergleich zum Jahr 1999 um neun Ärzte angestiegen ist (vgl. Abbildung 13). Im zeitlichen Verlauf unterlag die Zahl der Hausärzte leichten Schwankungen. So war nach einem leichten Rückgang im Zeitraum von 2000 bis 2004 um vier Ärzte insbesondere in den Jahren 2004 bis 2006 ein Anstieg um insgesamt neun Ärzte zu verzeichnen.

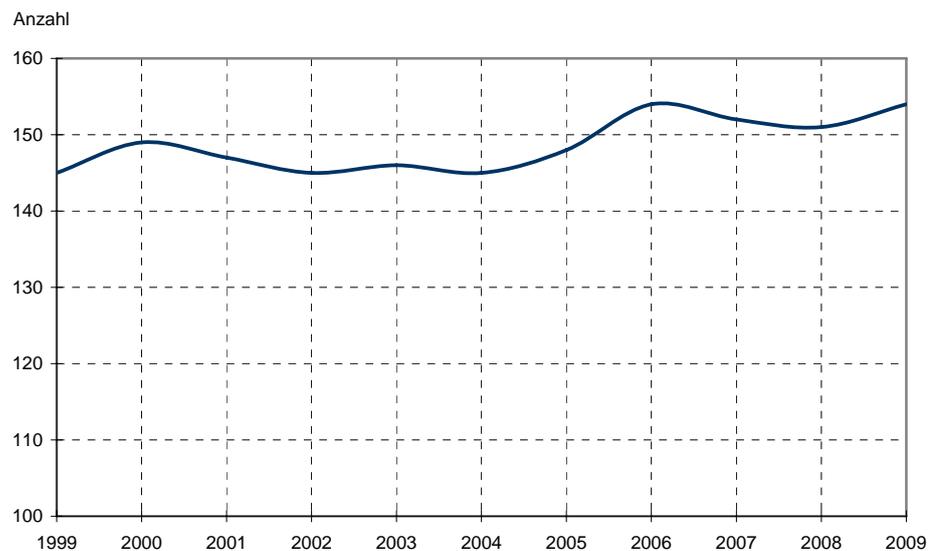


Abbildung 13: Zahl der Hausärzte in Nordfriesland 1999 bis 2009

Quelle: ÄKSH 2009; dsn, eigene Erstellung

Bedarfsplanung der kassenärztlichen Vereinigung

Die Zahl der Hausärzte im Kreisgebiet, die an der gesetzlichen kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, ist abhängig von der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH). Planungsinstrument der KVSH ist die Ermittlung und Festlegung des sogenannten Versorgungsgrades, auf dessen Basis durch gesetzliche Zulassungsbeschränkung eine mögliche Über- oder Unterversorgung auf regionaler Ebene vermieden werden soll.

Eine Überversorgung liegt bei einem Wert ab 110 %, eine Unterversorgung ab einem Wert unter 75 % der Versorgungszahl vor. Die Versorgungszahl wird

auf Basis unterschiedlicher Regionstypisierungen definiert, wobei der Kreis Nordfriesland als „Ländlicher Kreis“ eingestuft ist. Im Fall der Überversorgung wird der Kreis für die Neugründung von Arztpraxen der gesetzlichen kassenärztlichen Versorgung gesperrt.

Versorgungsgrad in Nordfriesland

Der Versorgungsgrad für Hausärzte liegt im Kreis Nordfriesland im Jahr 2009 bei 110,9 % und damit geringfügig oberhalb der Grenze zur definierten Überversorgung von 110 % (vgl. KVSH 2009a). Demnach ist der Kreis aktuell für die Neugründung von Arztpraxen gesperrt. Über den Zeitraum der letzten zehn Jahre sind nur geringfügige Schwankungen in der Höhe des Versorgungsgrades zu verzeichnen, so dass er in diesem Zeitraum in jedem Jahr bei einem Wert um 110 % lag.

Versorgungsgrad im Vergleich

Ein Vergleich des aktuellen Versorgungsgrades des Kreises Nordfriesland von 110,9 % mit den Versorgungsgraden in Schleswig-Holstein und auf Bundesebene zeigt, dass der Wert für Nordfriesland leicht über den Werten für Schleswig-Holstein (109,3 %) und auf Bundesebene (107,6 %) liegt (vgl. Tabelle 5). Nordfriesland weist zudem einen höheren Versorgungsgrad auf als die weiteren schleswig-holsteinischen Westküstenkreise Dithmarschen (103,5 %) und Steinburg (98,1 %) sowie der östliche Nachbarkreis Flensburg/Schleswig-Flensburg¹, bei denen im Gegensatz zu Nordfriesland aktuell einige Hausarztstellen unbesetzt sind (vgl. KVSH, 16.11.2009).

Arztgruppe	Nordfriesland	Schleswig-Holstein	Bund
Hausärzte	110,9	109,3	107,6

Tabelle 5: Versorgungsgrade an Hausarztstellen in Nordfriesland, Schleswig-Holstein und dem Bundesgebiet 2008 im Vergleich

Quelle: KVSH 2009a, KVSH 2009b, WIdO 2007; dsn, eigene Erstellung

Zum Instrument des Versorgungsgrades ist anzumerken, dass der Versorgungsgrad sich derzeit ausschließlich auf das gesamte Kreisgebiet als regional kleinste Einheit bezieht. Das heißt, dass es trotz einer Überversorgungseinstufung für den Gesamtkreis in bestimmten Regionen des Kreisgebietes dennoch zu einer nicht im Versorgungsgrad zu erkennenden Unterversorgung kommen kann. Das Versorgungsgradkonzept stellt in erster Linie eine Quantifizierungsmöglichkeit dar, ohne dabei Aussagen über die Qualität der Versorgung oder den tatsächlichen Bedarf oder kleinräumigere regionale Bedarfe zu treffen. Daher sieht beispielsweise die KVSH auch einen Nachbesserungsbedarf auf Bundesebene, die Bundesrichtlinie zur Bedarfsplanung dahingehend zu ändern, dass die Versorgungssituation kleinräumiger und flexibler betrachtet wird und sich die Bedarfsplanung an den tatsächlichen Bedarfen orientiert (vgl. KVSH, 12.10.2009).

Einwohner je Arzt in den Ämtern Nordfrieslands 2009

So zeigt zum Beispiel die Relation von Einwohner je Arzt auf Ämterebene im Kreis Nordfriesland, dass in der Quantität der Versorgung innerhalb des Kreises durchaus zu differenzieren ist (vgl. Abbildung 14).

¹ gemeinsamer Planungsbereich des Kreises Schleswig-Flensburg und der kreisfreien Stadt Flensburg

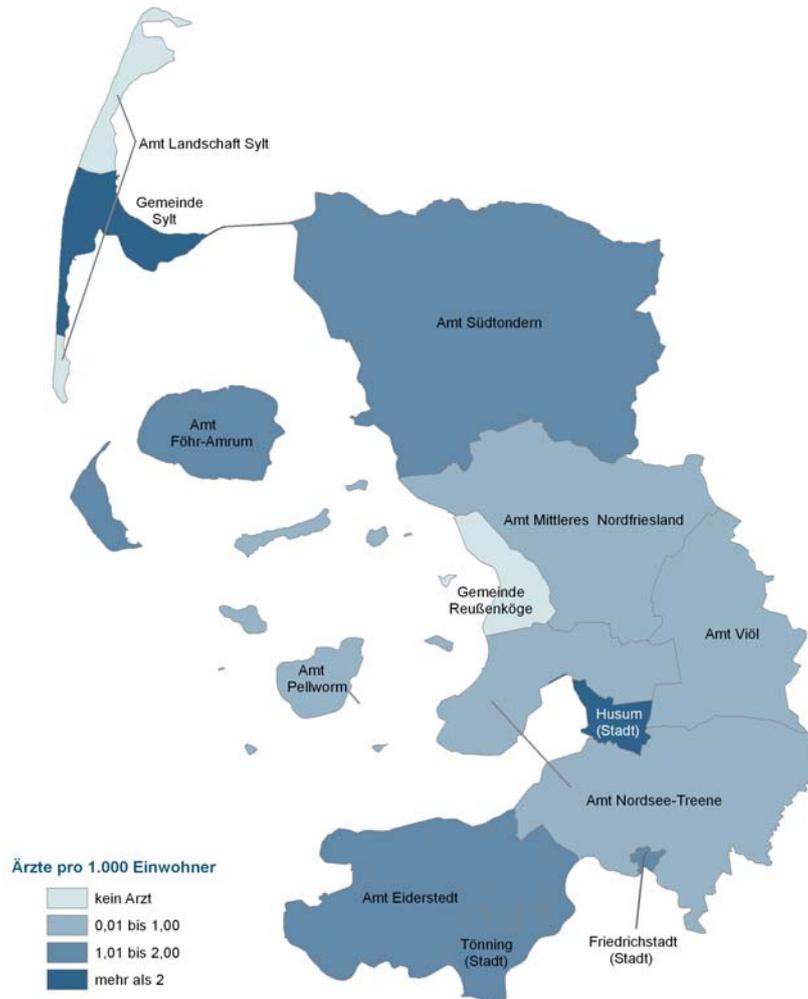


Abbildung 14: Einwohner je Arzt in den Ämtern Nordfrieslands 2009

Kartengrundlage: DTK50, LVermA S-H

Datenquelle: Kreis Nordfriesland 2009b; dsn, eigene Erstellung

Der Abbildung 14 ist ein höheres Versorgungsniveau gemessen an Einwohner je Arzt in Husum sowie in der Gemeinde Sylt zu entnehmen. Die Daten weisen im generellen ein höheres Arzt/Einwohnerverhältnis in den Städten gegenüber den ländlichen Gebieten aus (insbesondere in Husum, Niebüll, Gemeinde Sylt). Zudem sind in den ländlichen Regionen neben der geringen Ärztedichte längere Distanzen bis zum nächsten Arzt zurückzulegen.

Entfernungen zum Hausarzt

So zeigt die folgende Karte in Abbildung 15 die Radien von maximal 5 Kilometern Luftlinie, in denen der nächstgelegene Hausarzt zu erreichen ist. Die Karte verdeutlicht, dass in Teilgebieten des Kreises Nordfriesland die Bewohner eine Strecke von mehr als 5 Kilometer Luftlinie zum nächstgelegenen Hausarzt zurücklegen müssen. Die tatsächliche Fahrstrecke dürfte dabei u. a. auch aufgrund der in Teilen Nordfrieslands lückenhaften verkehrlichen Erschließung der ländlichen Gebiete des Kreises durchschnittlich deutlich mehr als 5 Kilometer betragen. Für die in der Karte durch die Radien nicht abgedeckten Gebiete im Osten des Kreisgebietes kann im Einzelfall dennoch ein Hausarzt in 5 Kilometer Entfernung oder weniger erreichbar sein, dann allerdings im benachbarten Kreis Schleswig-Flensburg.

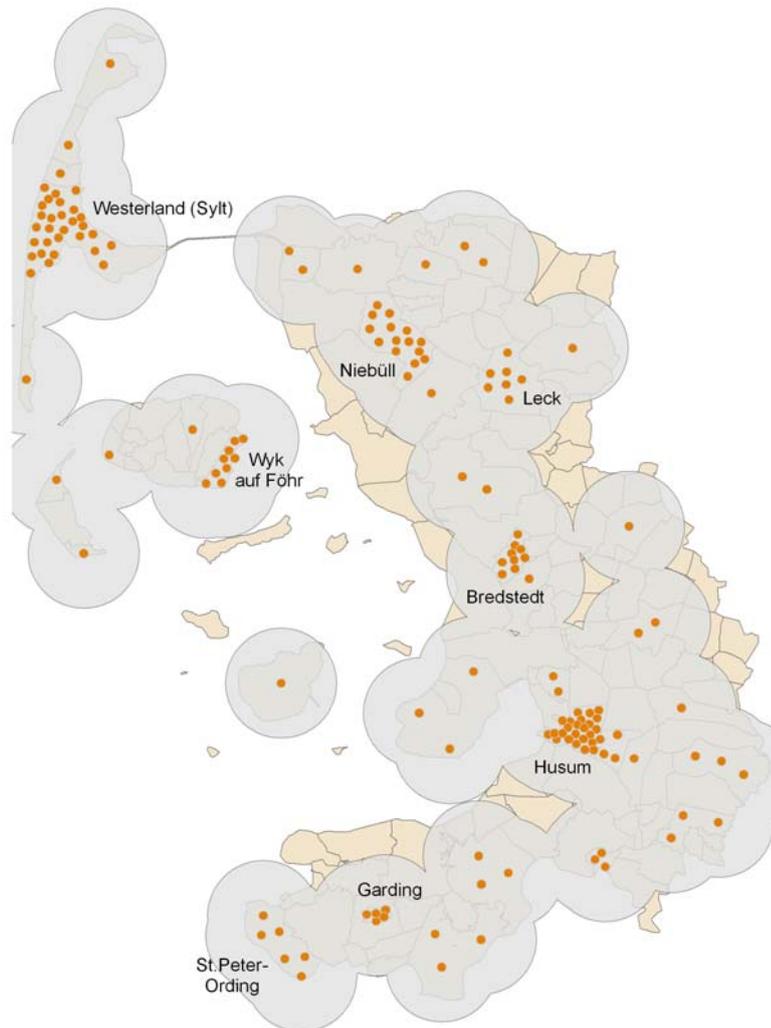


Abbildung 15: Hausärzte in Nordfriesland mit einem Entfernungsbereich von max. 5 Kilometern im Radius

Kartengrundlage: DTK50, LVermA S-H

Datenquelle: Kreis Nordfriesland 2009b; dsn, eigene Erstellung

Im Großteil des Kreisgebietes ist eine Erreichbarkeit von Luftlinie 5 Kilometern oder weniger gegeben, so dass insgesamt die derzeitige Versorgungssituation im Kreis Nordfriesland für den Großteil der Bevölkerung als wohnortnah eingestuft werden kann.

Hausbesuche

Die Karte in Abbildung 15 verdeutlicht umgekehrt auch, dass die Hausärzte in einigen Gegenden längere Strecken für Hausbesuche zurücklegen müssen. Während dieser Zeit können sie für andere Patienten nicht zur Verfügung stehen. Insbesondere im ländlichen Raum sind Hausbesuche des Arztes von besonderer Bedeutung für die wohnortnahe medizinische Versorgung. Diese Versorgungsform hat eine hohe Servicequalität und der Wunsch der Patienten – und die aus medizinischer Sicht oft am besten geeignete Alternative – Hausbesuche zu erhalten ist ungebrochen. Doch diese Versorgungsform ist gefährdet, denn aufgrund der hohen zeitlichen Belastung der vorhandenen Hausärzte sind gerade Hausbesuche mit zeitaufwändigen Anfahrten für diese

nicht mehr leistbar. Es kommt daher vermehrt zu Krankentransporten durch den Rettungsdienst in Arztpraxen, ggf. mit Wartezeiten und direkten Rücktransporten. Dabei erfordern körperliche Mobilitätseinschränkungen insbesondere der älteren Menschen in den ländlichen Gebieten bereits derzeit und in Zukunft aufgrund der demographischen Entwicklung in verstärktem Maße Hausbesuche. Und dies vor dem Hintergrund einer teilweise unzureichenden verkehrlichen Anbindung der Patienten in diesen Regionen.

Altersentwicklung der Hausärzte in Nordfriesland

Nachdem nun die Zahl der Hausärzte, deren Entwicklung sowie die regionale Verteilung betrachtet wurden, stehen in den folgenden Ausführungen die Altersstrukturen der Hausärzte in Nordfriesland im Vordergrund. Über die Altersstruktur lassen sich Aussagen über die zukünftige Versorgungssituation im Kreis ableiten.

Wie gezeigt, hat die Zahl der Hausärzte im Kreis Nordfriesland gegenüber dem Jahr 1999 leicht zugenommen. Der Blick auf die Alterszusammensetzung der Hausärzte zeigt, dass es in der Altersstruktur in den letzten Jahren zu weitaus deutlicheren Veränderungen gekommen ist.

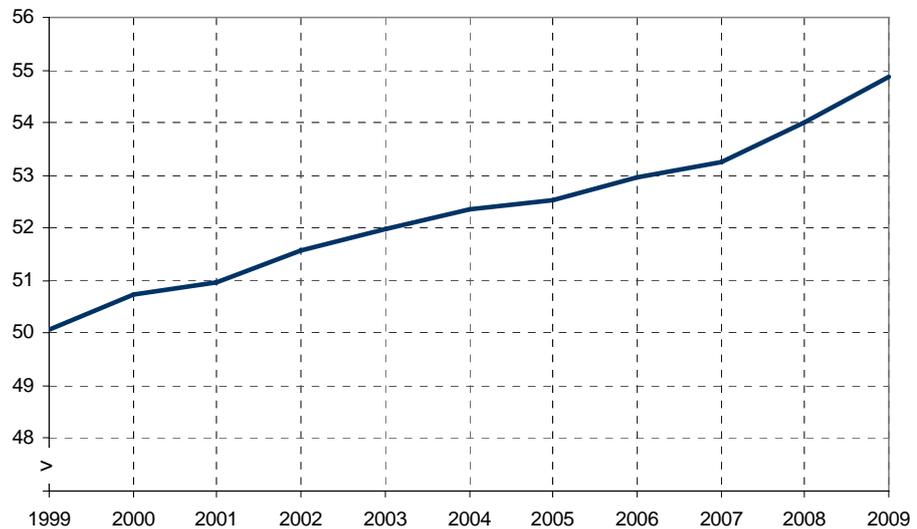


Abbildung 16: Entwicklung des Durchschnittsalters der Hausärzte im Kreis Nordfriesland von 1999 bis 2009

Quelle: ÄKSH 2009; dsn, eigene Erstellung

Deutlicher Anstieg des Durchschnittsalters

Die in Abbildung 16 dargestellte Entwicklung des Durchschnittsalters der Hausärzte im Kreis Nordfriesland zeigt, dass das Durchschnittsalter in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gestiegen ist. Und das ausgehend von einem hohen Niveau. Waren die Hausärzte im Jahr 1999 im Durchschnitt bereits 50 Jahre alt, so beläuft sich ihr Durchschnittsalter im Jahr 2009 auf fast 55 Jahre. Der Kurvenverlauf in der Abbildung zeigt, dass dieser Anstieg nahezu keinerlei Schwankungen unterlegen war, sondern über die letzten zehn Jahre gesehen Jahr für Jahr eine stetige Zunahme des Durchschnittsalters zu verzeichnen ist.

Wie dieser Anstieg des Durchschnittsalters zu erklären ist, verdeutlicht die nachfolgende Darstellung der Veränderung der Altersstruktur der Hausärzte im Kreis Nordfriesland. In der folgenden Abbildung 17 ist die prozentuale Altersverteilung der Hausärzte in Nordfriesland in den Jahren 2000, 2004 und 2008 in verschiedenen Altersklassen dargestellt.

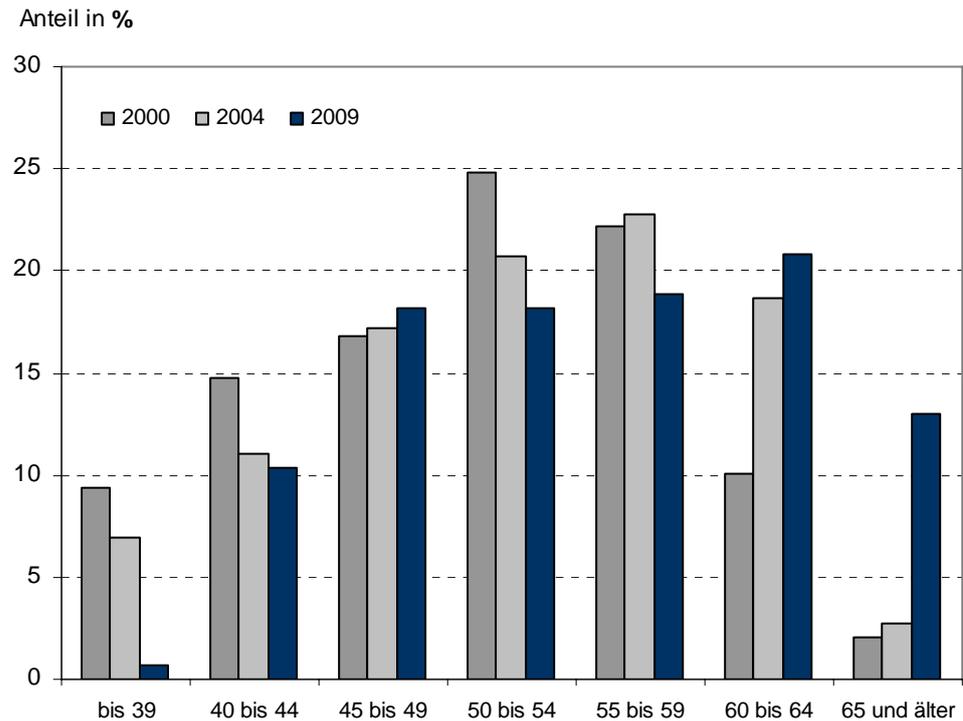


Abbildung 17: Altersverteilung der Hausärzte in Nordfriesland in den Jahren 2000, 2004 und 2009 – Anteile der Ärzte nach Altersklassen in Prozent

Quelle: Kreis Nordfriesland 2009b, ÄKSH 2009; dsn, eigene Erstellung

Altersentwicklung der Hausärzte

Die Abbildung 17 veranschaulicht zwei Effekte, die zum deutlichen Anstieg des Durchschnittsalters der Hausärzte geführt haben. Zum einen ist eine starke Zunahme des Anteils älterer Ärzte im Vergleich von 2000 zu 2009 zu beobachten. So ist der Anteil der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen von 10,1 % auf 18,5 % und der Anteil der 65-jährigen und älteren Ärzte von 2,0 % auf 9,9 % gestiegen. Im Jahr 2009 waren fünfmal so viele Ärzte in einem Alter von mindestens 65 Jahren als noch im Jahr 2000. Einen Einfluss auf den Anstieg der über 65-Jährigen wird sicherlich auch die Aufhebung der Altersbeschränkung der Zulassung von Kassenärzten haben – so können Kassenärzte ab dem 01.01.2009 auf Antrag auch mit einem Alter über der bisherigen Begrenzung der Kassenzulassung von 68 Jahren weiter als Kassenarzt praktizieren. Der zweite sichtbare Effekt ist der starke Rückgang der unter 40-jährigen Ärzte. Ihr Anteil sank von 9,4 % im Jahr 2000 auf 1,3 % im Jahr 2009. Ein völliges Fehlen des ärztlichen Nachwuchses kann daraus nicht unmittelbar gefolgert werden, da viele junge Ärzte länger als Angestellte in Krankenhäusern stationär tätig bleiben.

Vergleich der Altersstruktur

Wie ist nun diese Altersstruktur der Hausärzteschaft im Kreis Nordfriesland im Vergleich zu anderen Regionen zu bewerten? In der folgenden Abbildung 18 wird die Altersstruktur der Hausärzte im Kreis Nordfriesland mit der Struktur in Schleswig-Holstein und auf Bundesebene für das Jahr 2008 verglichen.

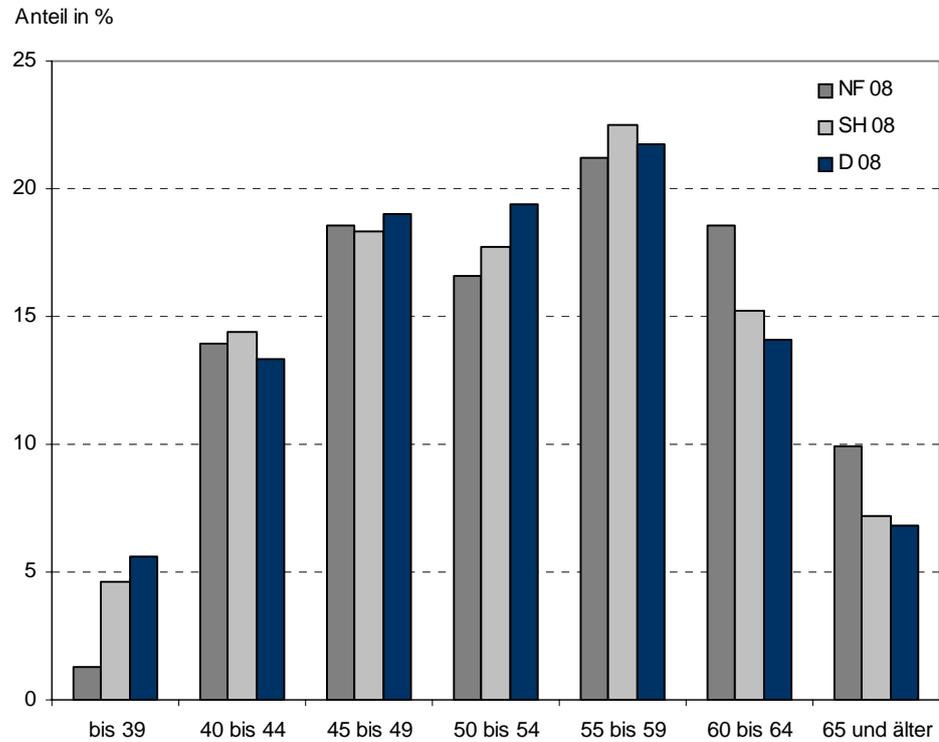


Abbildung 18: Anteil in Prozent der Altersklassen der niedergelassenen Hausärzte in Bund, Schleswig-Holstein und Nordfriesland im Jahr 2008

Quelle: ÄKSH 2009, Bundesärztekammer, 26.08.2009;
dsn, eigene Erstellung

Unterschiede in den Altersstrukturen

Der Abbildung 18 ist zu entnehmen, dass es in Nordfriesland im Vergleich zur Bundesebene und zum Land Schleswig-Holstein insbesondere in den Altersgruppen der jungen Ärzte unter 40 Jahren und in der Gruppe der Ärzte über 60 Jahren deutliche Unterschiede in der Altersstruktur gibt. Während der Anteil der unter 40-Jährigen auf Bundesebene über 5 % und in Schleswig-Holstein beinahe 5 % beträgt, liegt er im Kreis Nordfriesland bei lediglich 1,3 %. Gleichzeitig ist der Anteil der Hausärzte ab einem Alter von 60 Jahren und mehr in Nordfriesland mit insgesamt 28,3 % deutlich höher als der Bundesdurchschnitt von 20,9 % und der Landesdurchschnitt von 22,4 %. Schleswig-Holstein weist sowohl gegenüber dem Landes- als auch gegenüber dem Bundesdurchschnitt eine ältere Altersstruktur bei den Hausärzten auf.

Welche Ableitungen ergeben sich nun aus der derzeitigen Altersstruktur der Hausärzte für die zukünftige medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland? Die folgenden Ausführungen zur zukünftigen Arztzahlenentwicklung basieren auf der Annahme, dass frei werdende Arztstellen im Kreis nicht neu besetzt werden. Auch wenn diese Annahme sicherlich nicht wirklich so eintreten wird, geben die Ergebnisse jedoch einen Hinweis darauf, in welche Richtung und in welchen Dimensionen die zukünftige Entwicklung verlaufen könnte.

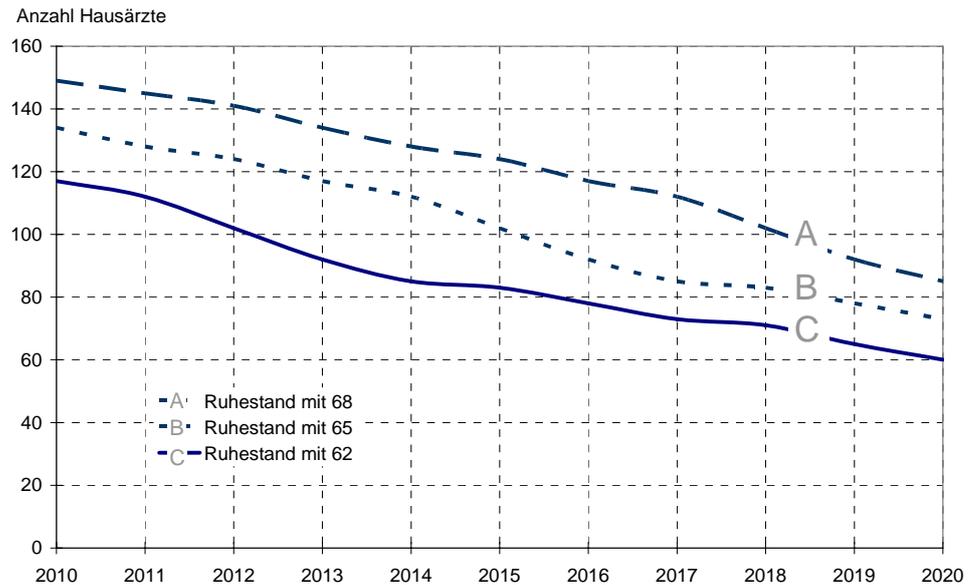


Abbildung 19: Entwicklung der Hausarztzahlen in Nordfriesland von 2010 bis 2020 unter der Annahme fehlender Nachbesetzungen

Quelle: Kreis Nordfriesland 2009b; dsn, eigene Erstellung

Entwicklung der Hausarztzahlen in Nordfriesland von 2010 bis 2020 (ohne Nachbesetzungen)

In der Abbildung 19 ist die Zahl der Hausärzte in Nordfriesland für die Jahre 2010 bis 2020 dargestellt, wie sie sich unter den folgenden hypothetischen Annahmen entwickeln würde:

- Nachbesetzungen finden nicht statt.
- Die Hausärzte gehen mit 68 Jahren (Kurve A), mit 65 Jahren (Kurve B) oder mit 62 Jahren (Kurve C) in den Ruhestand.
- Die Ärzte treten mit Erreichen des jeweils angenommenen Ruhestandsalters ab dem Jahr 2010 umgehend in den Ruhestand.

Nach Angaben der KVSH liegt das durchschnittliche Ruhestandsalter der Ärzte in Schleswig-Holstein derzeit bei rund 62 Jahren (vgl. KVSH 2009, S. 13). Da die zukünftige Entwicklung des Ruhestandsalters nicht abzusehen ist, jedoch vermutet werden kann, dass sich zukünftig die Suche nach einem Nachfolger insbesondere für die Ärzte im ländlichen Raum schwieriger gestalten wird, und sie möglicherweise länger praktizieren, finden in den Szenarien unterschiedliche Annahmen zum Ruhestandsalter Berücksichtigung.

Die drei Kurven zeigen einen nahezu konstanten, stetigen Rückgang der Zahl der Hausärzte bis 2020. Bei einem angenommenen Ruhestandsalter von 68 Jahren wären im Jahr 2015 noch 124 Hausärzte und im Jahr 2020 noch 85 der insgesamt 154 Hausärzte aus dem Jahr 2009 tätig. Begänne der Ruhestand hingegen bereits mit 65 Jahren so würden im Jahr 2015 lediglich noch 102 und im Jahr 2020 nur noch 73 Hausärzte im Kreis praktizieren. Und bei einem Ruhestandsalter von 62 Jahren wäre die Zahl der Hausärzte im Kreis noch geringer. Sie betrüge dann 83 im Jahr 2015 und lediglich noch 60 im Jahr 2020. Je nach angenommenem Ruhestandsalter würden pro Jahr durchschnittlich zwischen sechs und acht Hausärzte aus Altersgründen ausscheiden.

Die Kurven in Abbildung 19 zeigen, dass, je höher das angenommene Ruhestandsalter desto höher ist auch die Zahl an praktizierenden Hausärzten.

Die Kurven zeigen aber auch, dass bei einem höheren Ruhestandsalter sich das Problem der zukünftigen Hausarztversorgung nicht vollends aufheben, sondern lediglich zeitlich verzögern würde. Denn die drei Kurven verlaufen nahezu parallel zueinander. Die zeitliche Verzögerung in Jahren entspräche näherungsweise dem Abstand an Jahren der angenommenen Ruhestandsalter zueinander.

Es sei an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass diese Ausführungen allesamt unter der hypothetischen Voraussetzung getroffen sind, dass Nachbesetzungen frei werdender Arztstellen nicht stattfinden.

Vergleich der zukünftigen mit der vergangenen Entwicklung unter gleichen Annahmen

Wie sind diese Zahlen zu einer möglichen Entwicklung nun zu bewerten? Ein Blick in die vergangene Entwicklung soll Aufschluss bringen. Hierzu werden die gleichen Annahmen für die zukünftige Entwicklung ab dem Jahr 2009, also unterschiedliche Ruhestandsalter und fehlende Nachbesetzungen, auf das Jahr 2004 angewendet. Wie hätte sich unter diesen Annahmen die Entwicklung bis zum Jahr 2009 auf Basis der Ausgangsdaten des Jahres 2004 dargestellt?

Die folgende Tabelle 6 stellt die Berechnungen der Ärztezahlen für das Jahr 2009 auf Basis des Jahres 2004 den Berechnungen für das Jahr 2015 auf Basis des Jahres 2009 für verschiedene angenommene Ruhestandsalter gegenüber.

Ruhestandsalter	Berechnung Arztzahl 2009 auf Basis 2004			Berechnung Arztzahl 2015 auf Basis 2009		
	Ausgangsjahr 2004	Berechnung für 2009	Veränderung in %	Ausgangsjahr 2009	Berechnung für 2015	Veränderung in %
68	145	134	-7,6 %	154	124	-19,5 %
65	145	114	-21,4 %	154	102	-33,8 %
62	145	96	-33,8 %	154	83	-46,1 %

Tabelle 6: Berechnungen der Hausarztzahlen unter Annahme fehlender Nachbesetzung auf Basis der Jahre 2004 und 2009 im Vergleich

Quelle: ÄKSH 2009, Kreis Nordfriesland 2009b; dsn eigene Erstellung

Die Zahlen verdeutlichen, dass unter der Annahme unterschiedlicher Ruhestandsalter und fehlender Nachbesetzungen für das Jahr 2009 auf Basis der Zahlen für das Jahr 2004 eine Veränderung in den Ärztezahlen zwischen -7,6 % und -33,8 % berechnet worden wäre. Für das Jahr 2015 werden aus der Perspektive des 31.12.2009 Veränderungen von -19,5 % bis zu -46,1 % unter diesen Annahmen berechnet.

Die Daten in der Tabelle zeigen einerseits, dass bereits im Jahr 2004 die Altersstruktur der Hausärzteschaft zu Herausforderungen in der Nachbesetzung geführt hat. Aus heutiger Sicht wissen wir, dass die notwendigen Hausarztstellen alle nachbesetzt werden konnten. Andererseits zeigt sich, dass die zukünftige Herausforderung durchaus größer ist. Wären aus Sicht des Jahres 2004 im Jahr 2009 hypothetisch rund ein Drittel der Hausarztsitze im Falle eines angenommenen Ruhestandsalters von 62 Jahren nach zu besetzen gewesen, so würden es im Jahr 2015 auf Basis des Jahres 2009 fast die Hälfte aller Hausarztsitze sein. Zudem haben sich die Rahmenbedingungen für Hausärzte insbesondere im ländlichen Raum seit 2004 nicht grundlegend verbessert, sondern sich eher noch verschlechtert, insbesondere im Bereich des Verdienstes.

Somit sind die Herausforderungen in der Nachbesetzung von Arztsitzen und damit in der Aufrechterhaltung der wohnortnahen ambulanten Versorgung für die kommenden Jahre insgesamt größerer Natur als sie es noch im Jahr 2004 gewesen sind.

Mögliche zukünftige regionale Verteilung der Hausärzte

Neben der Anzahl der Hausärzte ist für eine ambulante wohnortnahe Gesundheitsversorgung auch die zukünftige regionale Verteilung der Hausärzte von Bedeutung. In den Karten A bis D der folgenden

Abbildung 20 ist die aktuelle regionale Verteilung der Hausärzte für das Jahr 2009 sowie die regionale Verteilung in verschiedenen Altersgrenzen wiedergegeben. Jeder Punkt in der Kartendarstellung bildet einen Hausarzt ab. Grundlage waren hierbei die tatsächlichen Ärztezahlen des Gesundheitsamtes Nordfriesland und nicht statistische Vollzeitäquivalente.

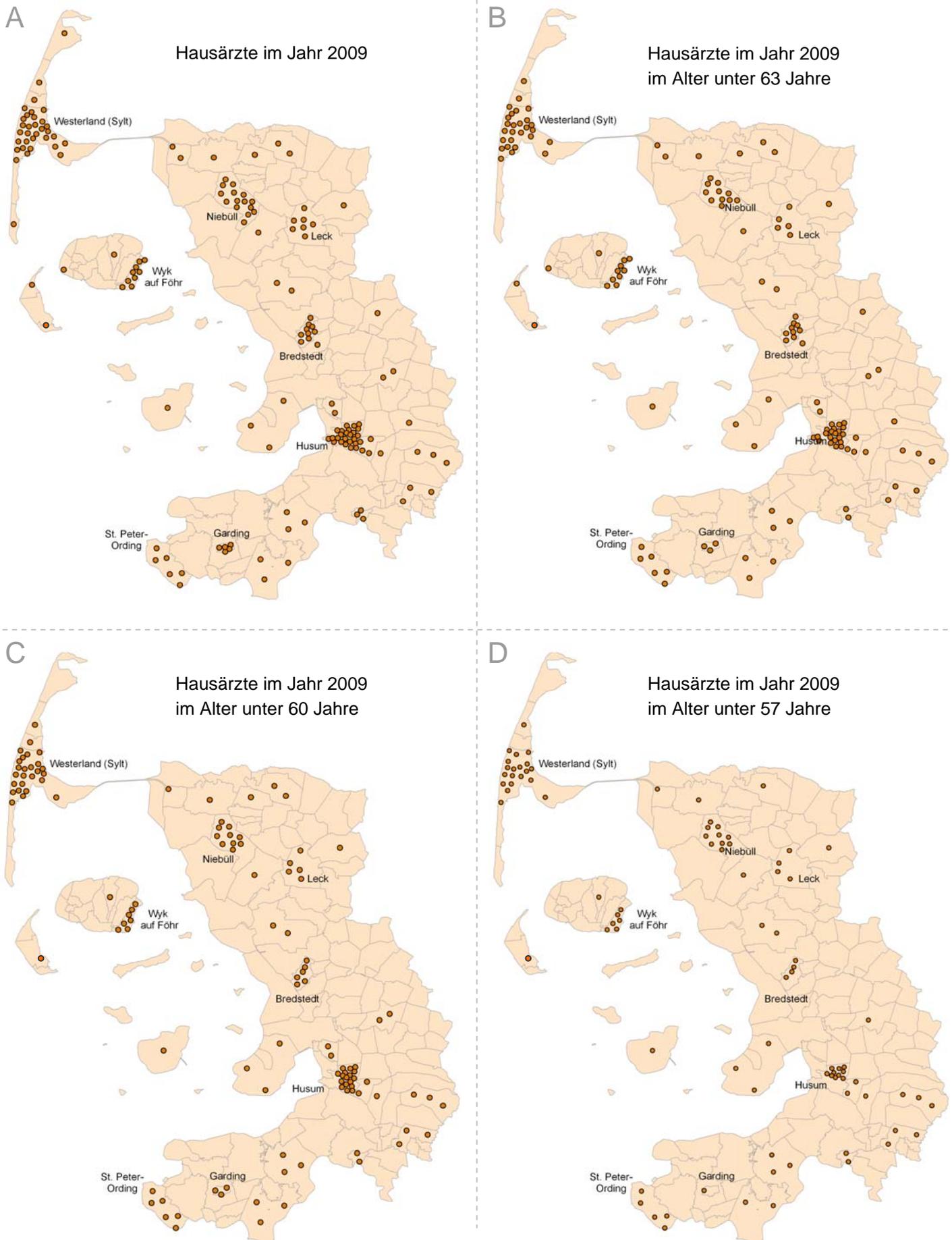


Abbildung 20: Regionale Verteilung der Hausärzte in Nordfriesland im Jahr 2009 nach Altersgrenzen
Kartengrundlage: DTK50, LVermA S-H
Datenquelle: Kreis Nordfriesland 2009b; dsn, eigene Erstellung

Karte A - Ausgangssituation 2009

Die Karte A Abbildung 20 in stellt die Verteilung der Hausärzte im Jahr 2009 als Ausgangssituation dar. Wie bereits im Abschnitt zur Gesundheitsinfrastruktur aufgezeigt, gewährleistet die derzeitige Anzahl und regionale Verteilung der Hausärzte eine wohnortnahe ambulante Versorgung im Kreis Nordfriesland. Die Ausgangssituation für das Jahr 2009 stellt daher den Vergleichsmaßstab für die Betrachtungen in den folgenden Karten dar.

Karte B – Hausärzte jünger als 63 Jahre

Die Karte B spiegelt die regionale Verteilung derjenigen Hausärzte wider, die im Jahr 2009 nicht älter als 62 Jahre sind. Unter den Annahmen, dass die Hausärzte mit 68 Jahren in den Ruhestand gehen und dass frei werdende Arztstellen nicht neu besetzt werden, stellt die Karte B die kleinräumige Versorgungssituation im Jahr 2015 dar. Gegenüber der Ausgangssituation im Jahr 2009 aus Karte A sind in der Karte B nur geringfügige Veränderungen auszumachen. Insgesamt bleibt in diesem Szenario die kleinräumige Versorgungssituation nahezu unverändert.

Karte C - Hausärzte jünger als 60 Jahre

Die Karte C gibt für das Jahr 2009 die regionale Verteilung der Hausärzte in einem Alter unter 60 Jahren wider. Unter den Annahmen, dass die Hausärzte mit 65 Jahren in den Ruhestand gehen und dass frei werdende Arztstellen nicht neu besetzt werden, stellt die Karte C die kleinräumige Versorgungssituation im Jahr 2015 dar. Gegenüber der Ausgangssituation im Jahr 2009 sind Veränderungen in der kleinräumigen Versorgungsstruktur erkennbar. Insbesondere in östlichen Teilen des Kreisgebietes im Bereich der Ämter Viöl und Mittleres Nordfriesland sowie in der Kreisstadt Husum ist unter den genannten Annahmen ein Rückgang an Arztstellen zu verzeichnen. In diesen Gebieten wäre für Teile der Bevölkerung mit einer Verschlechterung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung zu rechnen.

Karte D - Hausärzte jünger als 57 Jahre

Die Karte D schließlich beinhaltet alle Hausärzte, die im Jahr 2009 jünger als 57 Jahre sind. Unter den Annahmen, dass die Hausärzte mit 62 Jahren in den Ruhestand gehen und dass frei werdende Arztstellen nicht neu besetzt werden, stellt die Karte D die kleinräumige Versorgungssituation im Jahr 2015 dar. Dieses Szenario mit seinen Annahmen würde einschneidende Auswirkungen auf die wohnortnahe ambulante Versorgung für einen Großteil der Bevölkerung des Kreises haben, denn gegenüber der Ausgangssituation im Jahr 2009 sind in Teilen deutliche Veränderungen in der kleinräumigen Versorgungsstruktur erkennbar. In der Kreisstadt Husum beispielsweise wäre unter den geltenden Annahmen eine überaus starke Abnahme an Hausärzten zu verzeichnen. Im Jahre 2009 sind insgesamt 25 Hausärzte in Husum tätig. Davon sind lediglich neun jünger als 57 Jahre. Träten tatsächlich die Annahmen ein, dass die Hausärzte mit 62 in den Ruhestand gehen und die frei werdenden Sitze nicht neu besetzt werden können, würde sich in Husum die Zahl der Hausärzte im Jahr 2015 um mehr als die Hälfte (64 %) verringern. Die Gesundheitsversorgung in Husum und Umgebung würde sich somit mehr als deutlich verschlechtern. Gleiches gilt für Bredstedt, wo vier der insgesamt neun Hausärzte jünger als 57 Jahre sind und unter den genannten Annahmen die ambulante Versorgung im Jahr 2015 sicherstellen müssten. Auch in den östlichen Gebieten des Kreises in den Ämtern Viöl und Mittleres Nordfriesland wäre ein Rückgang in den Arztzahlen zu verzeichnen, so dass sich in diesem Teil Nordfrieslands eine Lücke in der wohnortnahen ambulanten Gesundheitsversorgung auftun würde. Demgegenüber gibt es im Kreis jedoch auch Gebiete, die über eine relativ junge Ärzteschaft verfügen und in denen sich die Versorgungssituation gegenüber dem Ausgangsjahr 2009 kaum verändern wird. Dies trifft – mit Ausnahme der Stadt Garding – zum einen für den südlichen Teil des Kreisgebiets zu, nämlich auf die Ämter Eiderstedt und Nordsee-Treene sowie die amtsfreien Städte Tönning und Friedrichstadt. Zum anderen

sind in Niebüll sowie in Wyk auf Föhr die überwiegende Mehrzahl der Hausärzte unter 57 Jahre alt, so dass sich auch hier die Versorgungssituation gegenüber dem Ausgangsjahr 2009 unter den gesetzten Annahmen nur geringfügig ändern würde.

Versorgung mit Fachärzten

Unter Fachärzten werden im Sinne dieses Endberichts diejenigen Facharztgruppen verstanden, für die gemäß § 101 SGB V Versorgungsgrade für eine jeweilige Region definiert sind oder in offiziellen Statistiken zuständiger Ämter, Kammern oder Verbänden ausgewiesen werden. Dies sind Fachärzte für Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO), Haut- und Geschlechtskrankheiten, Nervenheilkunde, Orthopädie, Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatische Medizin, Psychiatrie, Radiologie und Urologie.

Entwicklung der Zahl der Fachärzte im Kreis

Nach den Angaben des Gesundheitsamtes Nordfriesland waren im Jahr 2009 insgesamt 64 Fachärzte tätig (vgl. Kreis Nordfriesland 2009b). In Abbildung 21 ist die Entwicklung der Zahl der Fachärzte im Kreis Nordfriesland seit 1999 wiedergegeben. Die Abbildung zeigt, dass bereits im Jahr 1999 die Zahl der Fachärzte bei 64 lag und im zeitlichen Verlauf nur geringfügigen Schwankungen unterlegen war. So waren im Kreis Nordfriesland in dem Zeitraum von 1999 bis 2009 in jedem Jahr mindestens 62 und höchstens 67 Fachärzte tätig.

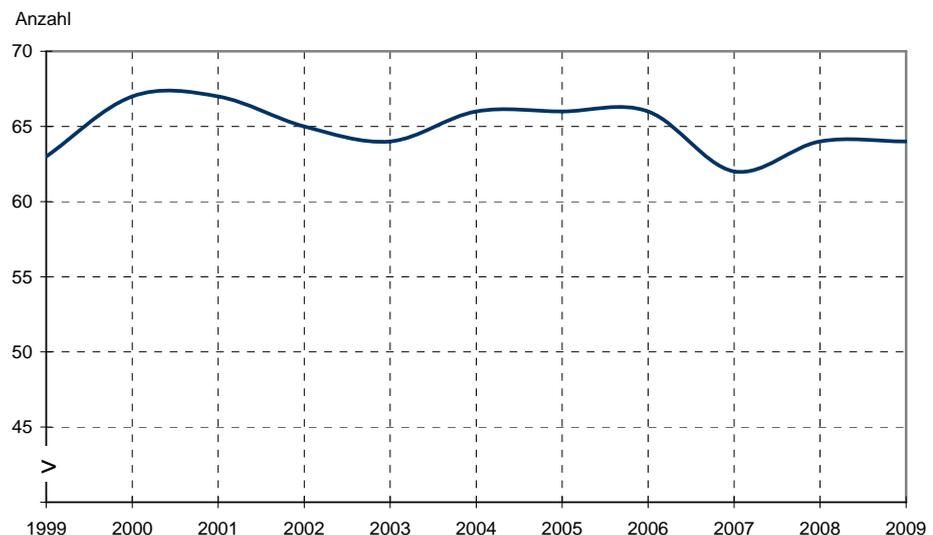


Abbildung 21: Entwicklung der Zahl der Fachärzte im Kreis Nordfriesland von 1999 bis 2009

Quelle: ÄKSH 2009, Kreis Nordfriesland 2009b; dsn, eigene Erstellung

Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung

Auf die Frage, in wie weit die Versorgung mit Fachärzten im Kreis Nordfriesland der Bedarfsplanung entspricht, gibt die folgende Tabelle 7 Auskunft. In der Tabelle ist für die einzelnen Facharztgruppen, die in die Bedarfsplanung aufgenommen werden, der jeweilige Arztbestand sowie der jeweilige Versorgungsgrad für den Kreis Nordfriesland abgebildet. Zur Einordnung des Versorgungsgrades wird ein Vergleich zwischen den Werten des Kreises mit der Landes- und Bundesebene vorgenommen. Um diesen Vergleich durchführen zu können, belaufen sich alle Angaben der Tabelle auf Datenbasis des Jahres 2008.

Arztgruppe	Versorgungsgrade in %			Tatsächlicher Arztbestand in Nordfriesland
	Nord- friesland	Schleswig- Holstein	Deutschland	
Anästhesisten	247,3	186,6	153,9	3
Augenärzte	105,8	121,2	117,9	7
Chirurgen	174,9	181,8	166,5	6
Frauenärzte	123,2	126,4	120,0	15
HNO-Ärzte	113,3	121,6	125,2	5
Hautärzte	144,0	140,9	131,0	4
Nervenärzte	166,9	132,6	125,0	6
Orthopäden	113,0	135,5	126,0	6
Radiologen	163,2	153,4	146,0	2
Urologen	132,3	136,2	128,1	4

Tabelle 7: Versorgungsgrade an Facharztstellen in Nordfriesland, Schleswig-Holstein und dem Bundesgebiet 2008

Quelle: KVSH 2009a, KVSH 2009b, WIdO 2007; dsn, eigene Erstellung

Versorgungsgrade im Vergleich

So zeigt sich für den Kreis Nordfriesland, dass in den der Bedarfsplanung unterlegenen Facharztgruppen ein Versorgungsgrad von mindestens 100 % und somit keine Unterversorgung vorliegt. Bei allen Daten zum Versorgungsgrad der Facharztgruppen im Kreis Nordfriesland ist allerdings anzumerken, dass bei einzelnen Facharztgruppen die Versorgungsgrade auf einer sehr geringen absoluten Anzahl an Ärzten innerhalb einer Facharztgruppe beruhen. So haben das Wegfallen oder Hinzukommen eines einzelnen Arztes in der Mehrheit der Facharztgruppen erhebliche Auswirkungen auf den Versorgungsgrad. Als prägnantes Beispiel seien hier die Radiologen mit zwei Arztstellen genannt. Dies gilt es zu berücksichtigen, wenn beispielsweise die Höhe der einzelnen Versorgungsgrade betrachtet wird, denn diese weisen eine deutliche Bandbreite auf. Während bei der Mehrzahl der Facharztgruppen ein Versorgungsgrad von 130 % und höher erreicht wird, liegt er bei den Augenärzten mit 105,8 % am niedrigsten. Ein Vergleich mit den einzelnen Versorgungsgraden auf Landes- und Bundesebene verdeutlicht, dass die Struktur im Kreis Nordfriesland weitgehend der Struktur auf Landes- oder Bundesebene entspricht. Bei den Augenärzten, HNO-Ärzten und Orthopäden ist im Vergleich zum Landes- oder Bundesdurchschnittswert ein niedriger Versorgungsgrad im Kreis zu erkennen.

Auf den Umstand, dass das Instrument der Bedarfsplanung kleinräumigere Abgrenzungen unterhalb des Kreisgebietes sowie tatsächliche regionale Bedarfe nicht berücksichtigt, wurde bereits auf Seite 43 hingewiesen, sei aber an dieser Stelle der Vollständigkeit halber nochmals erwähnt.

Altersentwicklung der Fachärzte

Das Durchschnittsalter der Fachärzte im Kreis Nordfriesland, errechnet zum Dezember 2009, beträgt 53,4 Jahre. Damit sind die Fachärzte durchschnittlich 1,5 Jahre jünger als die Allgemeinärzte im Kreis.

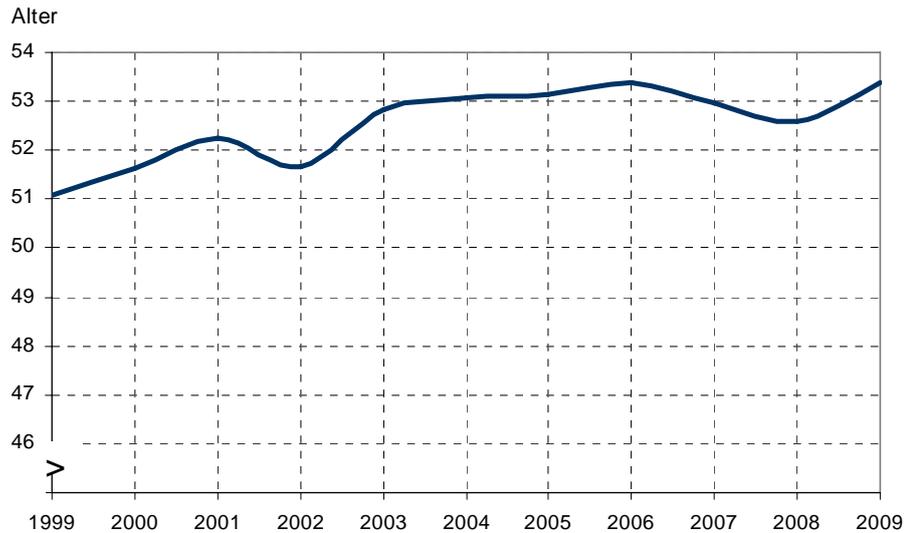


Abbildung 22: Entwicklung des Durchschnittsalters der Fachärzte im Kreis Nordfriesland von 1999 bis 2009

Quelle: Kreis Nordfriesland 2009b, ÄKSH 2009; dsn, eigene Erstellung

In der Entwicklung seit 1999, wie in Abbildung 22 dargestellt, ist ein leichter Anstieg des Durchschnittsalters zu erkennen. Im Jahr 1999 lag es noch bei rund 51 Jahren. Aufgrund der deutlich geringeren Anzahl an Fachärzten gegenüber den Hausärzten haben Zu- und Abgänge einzelner Fachärzte einen erheblichen Einfluss auf das Durchschnittsalter und die Altersstruktur der Fachärzte insgesamt im Kreis.

Altersverteilung der Fachärzte

Die prozentuale Altersverteilung der Fachärzte in den Jahren 2000, 2004 und 2009 wird für verschiedene Altersgruppen in der Abbildung 23 verdeutlicht.

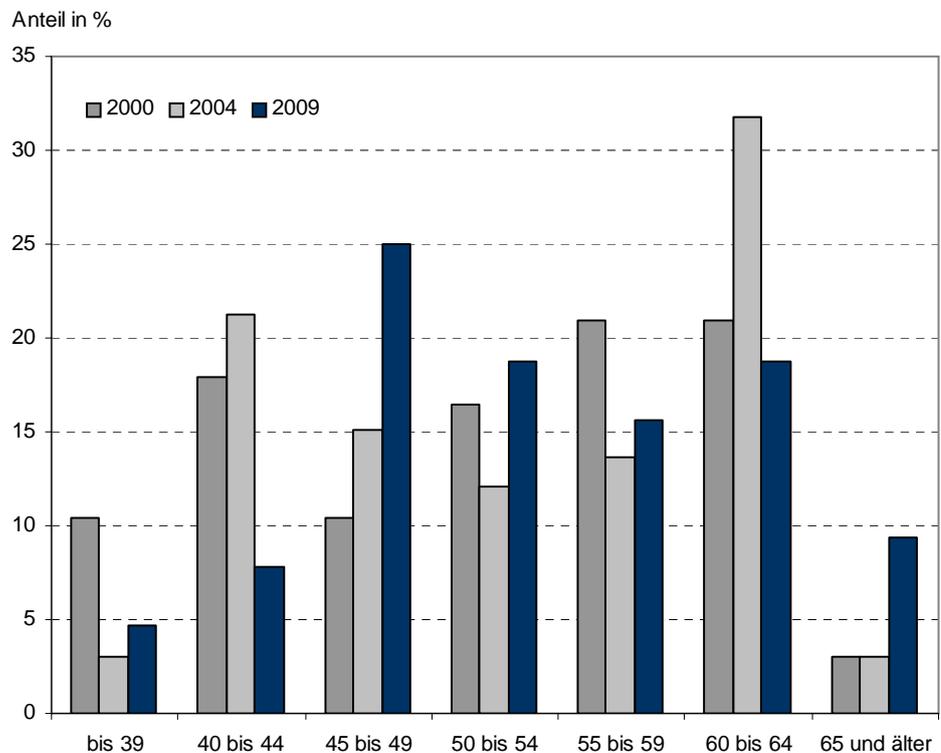


Abbildung 23: Altersverteilung der Fachärzte im Kreis Nordfriesland 2000, 2004 und 2009

Quelle: Kreis Nordfriesland 2009b, ÄKSH 2009; dsn, eigene Erstellung

Die Abbildung 23 zeigt, dass die Gesamtveränderung in der Altersverteilung innerhalb der Altersgruppen nicht immer eindeutig in eine Richtung verlief. Eine Ursache hierfür ist, dass aufgrund der niedrigeren Gesamtzahl an Fachärzten Veränderungen in den Zu- und Abgängen der Fachärzte deutliche Einflüsse auf die Altersstruktur der Fachärzte haben. Zu erkennen ist allerdings in der Tendenz der niedrige Anteil an Fachärzten in den Altersgruppen bis zu 44 Jahren im Jahr 2009 gegenüber den Jahren 2000 und 2004. Dem gegenüber ist der Anteil der über 65-Jährigen im Jahr 2009 jeweils dreimal so hoch wie zu den anderen beiden Zeitpunkten. Bildeten zu den Zeitpunkten 2000 und 2004 noch jeweils die über 65-Jährigen die kleinste Altersgruppe, so ist es im Jahr 2009 die Altersgruppe der unter 39-Jährigen.

Zukünftige Altersstruktur der Fachärzte

Welche Ableitungen ergeben sich nun aus der derzeitigen Altersstruktur der Fachärzte für die zukünftige medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland? Die folgenden Ausführungen zur zukünftigen Arztzahlenentwicklung basieren auf der Annahme, dass freiwerdende Arztstellen im Kreis nicht neu besetzt werden. Auch wenn diese Annahme sicherlich nicht wirklich so eintreten wird, geben die Ergebnisse jedoch einen Hinweis darauf, in welche Richtung und in welcher Dimension die zukünftige Entwicklung laufen könnte.

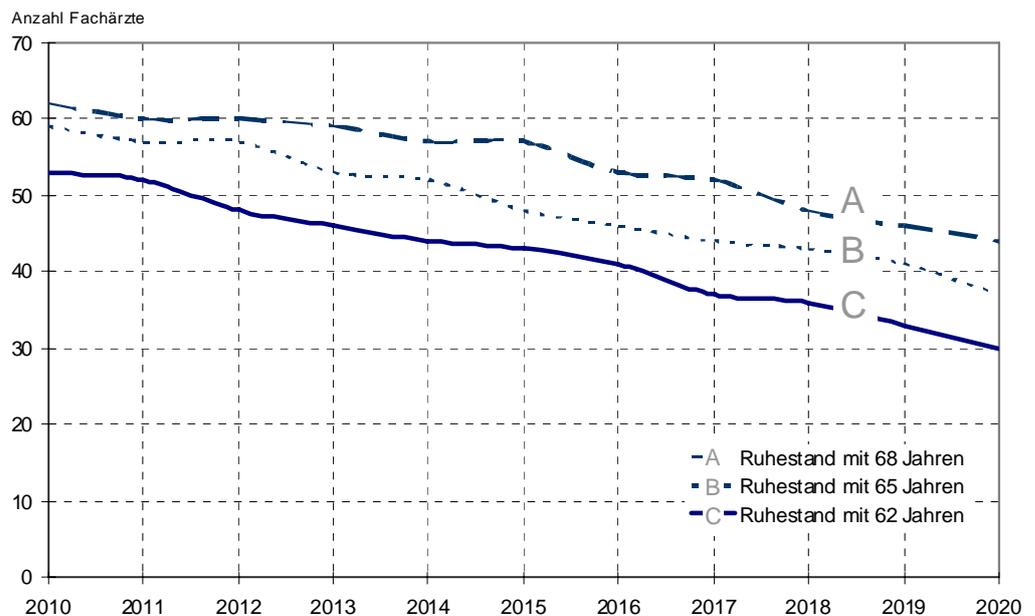


Abbildung 24: Entwicklung der Facharztzahlen in Nordfriesland von 2010 bis 2020 unter der Annahme fehlender Nachbesetzungen

Quelle: Kreis Nordfriesland 2009b; dsn, eigene Erstellung

Deutlicher Rückgang der Zahl der Fachärzte

In der Abbildung 24 ist die Entwicklung der Facharztzahlen in Nordfriesland für den Zeitraum von 2010 bis 2020 dargestellt. Diese Entwicklung ist auf Basis der Ausgangsdaten für das Jahr 2009 unter der Annahme berechnet, dass freiwerdende Facharztstellen nicht neu besetzt werden. Die Abbildung beinhaltet drei Szenarien, die sich daran orientieren, ob

- die Hausärzte mit 68 Jahren (Kurve A),
- mit 65 Jahren (Kurve B) oder
- mit 62 Jahren (Kurve C) in den Ruhestand gehen.

Zudem wird angenommen, dass die Ärzte mit Erreichen des jeweils angenommenen Ruhestandalters ab dem Jahr 2010 umgehend in den Ruhestand treten. Nach Angaben der KVSH liegt das durchschnittliche Ruhestandsalter der Ärzte in Schleswig-Holstein derzeit bei rund 62 Jahren (vgl. KVSH 2009d, S. 13). Da die zukünftige Entwicklung des Ruhestandalters nicht abzusehen ist, aber vermutet werden kann, dass sich die Suche nach einem Nachfolger, insbesondere für die Ärzte im ländlichen Raum, zukünftig schwieriger gestalten wird und sie möglicherweise länger praktizieren, finden in den Szenarien unterschiedliche Annahmen zum Ruhestandsalter Berücksichtigung.

Die drei Kurven in Abbildung 24 zeigen unter der Annahme fehlender Nachbesetzung freier Arztstellen einen relativ konstanten, stetigen Rückgang für den betrachteten Zeitraum. Dabei stehen beim Ruhestandsalter von 68 Jahren zu jedem Zeitpunkt mehr Ärzte zur Verfügung als bei niedrigerem Ruhestandsalter. So wären im Jahr 2015 bei einem Ruhestandsalter von 68 Jahren 57 Fachärzte praktizierend tätig, bei 65 Jahren noch 48 Fachärzte und bei einem Ruhestandsalter von 62 Jahren lediglich noch 43 Fachärzte. Für das Jahr 2020 ergäbe sich unter den geltenden Annahmen ein Spektrum von noch 44 tätigen Fachärzten bei Ruhestand mit 68 Jahren bis hin zu lediglich noch 30 praktizierenden Fachärzten bei Ruhestand mit 62 Jahren. Die Zahlen zeigen, dass ein Ruhestandsalter von 68 zwar zu mehr Ärzten gegenüber einem Ruhestandsalter von 62 in den einzelnen Zeitpunkten führen würde, aber nicht allein zu einer Lösung des Problems der Ärzteversorgung führen würde.

Anteil älterer Fachärzte nach Facharztgruppen

Innerhalb der einzelnen Facharztgruppen lassen sich allerdings unterschiedliche Entwicklungen differenzieren. Hierzu ist in Tabelle 8 neben der Anzahl an Fachärzten für das Jahr 2009 nach einzelnen Facharztgruppen auch die Anzahl an Fachärzten aufgelistet, die in den einzelnen Fachgruppen im Jahr 2015 in einem Alter von 62 Jahren oder älter bzw. von 65 Jahren oder älter sein werden.

Facharztgruppe	Anzahl Fachärzte 2009	davon im Jahr 2015 im Alter von			
		62 oder älter	Anteil	65 oder älter	Anteil
Anästhesiologie	3	1	33%	1	33%
Augenheilkunde	8	4	50%	3	38%
Chirurgie	5	3	60%	2	40%
Frauenheilkunde	15	4	27%	2	13%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	5	0	0%	0	0%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	4	2	50%	2	50%
Nervenheilkunde	3	0	0%	0	0%
Orthopädie	6	1	17%	1	17%
Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin	6	6	100%	6	100%
Urologie	5	2	40%	2	40%
Sonstige ¹	4	2	50%	1	25%

Tabelle 8: Anzahl und Anteil Fachärzte über 62 und 65 Jahre im Jahr 2015

Quelle: Kreis Nordfriesland 2009b; dsn, eigene Erstellung

¹ Weitere Facharztgruppen wurden aus Datenschutzgründen (Einzelfallnennungen) zur Kategorie „Sonstige“ zusammengefasst

Die Tabelle 8 zeigt auf, in welchen Facharztbereichen zukünftig aufgrund der Altersstruktur der Fachärzteschaft

- voraussichtlich mit besonderen Herausforderungen in der Nachbesetzung zu rechnen ist bzw.
- nicht aufgrund der Altersstruktur mit besonderen Herausforderungen zu rechnen ist.

Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin

So werden die sechs Fachärzte aus dem Bereich Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2015 alle in einem Alter von 65 Jahren oder älter sein. Damit besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sich bis 2015 bereits einige dieser Fachärzte in den Ruhestand begeben haben bzw. nach 2015 in absehbarer Zeit in den Ruhestand begeben werden. Auf diesen Fachärztebereich kommen in einem relativ kurzen Zeitfenster Herausforderungen in der Neubesetzung zu.

Chirurgie

Im Bereich der Chirurgie werden bis zum Jahr 2015 drei der insgesamt fünf Fachärzte 62 Jahre oder älter und davon zwei bereits über 65 Jahre alt sein. Auch hier ist davon auszugehen, dass bis zum Jahr 2015 oder in absehbarer Zeit danach einige dieser Fachärzte in den Ruhestand übergehen werden. Um den jetzigen Status der Versorgung mit Chirurgen im Kreis zukünftig aufrecht zu erhalten wird es in den kommenden Jahren die Herausforderung sein, zwei bis drei Fachärzte für Chirurgie im Kreis Nordfriesland nach zu besetzen.

Augenärzte

Bei den Augenärzten zeichnet sich ebenfalls ein zukünftiger Handlungsbedarf ab. Im Jahr 2015 werden vier der insgesamt acht Augenärzte 62 Jahre oder älter und drei davon bereits über 65 Jahre alt sein. Hier werden sich zukünftig Notwendigkeiten der Neubesetzungen ergeben, die sich bereits heute abzeichnen. Aktuell ist der Planungsbereich Kreis Nordfriesland als einziger Planungsbereich in Schleswig-Holstein für einen Facharztsitz in Augenheilkunde geöffnet (vgl. KVSH 03.11.2009).

HNO-Heilkunde und Nervenheilkunde

Es gibt im Kreis aber auch Fachbereiche, bei denen zumindest aufgrund der Altersstruktur der Ärzteschaft in naher Zukunft nicht mit besonderen Herausforderungen in der Nachbesetzung zu rechnen ist. Mit der Perspektive 2015 sind – zumindest aus rein demographischer Sicht – die Bereiche Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie Nervenheilkunde als Bereiche ohne besondere Herausforderung für Nachbesetzungen einzustufen. Kein Arzt dieser Fachrichtungen wird im Kreis Nordfriesland im Jahr 2015 älter als 61 Jahre sein. Daher ist für diese Fachbereiche davon auszugehen, dass -zumindest aus altersbedingten Gründen heraus- kein Arzt bis 2015 in den Ruhestand gehen wird.

3.3.3 Pflegeversorgung

Der demographische Wandel mit seinen Auswirkungen auf Nordfriesland wurde bereits im Kapitel „Zukünftige demographische Entwicklung“ ab Seite 21 beschrieben. In Anbetracht der besonderen Bedeutung des demographischen Wandels und seiner Auswirkungen für die Pflegeversorgung werden die wesentlichen zukünftigen Bevölkerungsentwicklungen im Kreis Nordfriesland im Zusammenhang mit der Pflegeversorgung an dieser Stelle nochmals skizziert.

Zunahme der Hochbetagten um 60,5 % bis 2025

Während für die zukünftige Bevölkerungsentwicklung im Kreis Nordfriesland in den kommenden 15 Jahren nur eine geringe Abnahme der Gesamtbevölkerungszahl vorausberechnet wird, sind hingegen deutliche Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung zu erwarten, denn der demographische Wandel wird im Kreis Nordfriesland zu einem Anstieg der älteren Bevölkerung bei

gleichzeitigem Rückgang der jüngeren Bevölkerung führen. So wird gemäß der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnung die Zahl der über 65-Jährigen von ca. 36.500 im Jahr 2009 auf rund 45.250 im Jahr 2025 zunehmen; ein Anstieg um knapp 24 %. Darunter wird die Zahl der Hochbetagten ab einem Alter von 80-Jahren am weitaus stärksten anwachsen. Sind im Jahr 2009 noch gut 9.100 Personen 80 Jahre oder älter, werden es im Jahr 2025 voraussichtlich knapp 14.600 sein. Dies entspräche einem Anstieg um fast 60,5 %. (vgl. Statistikamt Nord 2007). Diese Zunahme der Zahl älterer Menschen und hier insbesondere die der Hochbetagten über 80 Jahre wird zu einem steigenden Druck auf die Pflegeversorgung führen.

Daten zur ambulanten und stationären Pflegeversorgung im Kreis Nordfriesland

Basis der Pflegeversorgung sind die stationären Pflegeheime sowie die ambulanten Pflegedienste im Kreis. Die Ausgangssituation für die ambulante und stationäre Pflegeversorgung im Kreis Nordfriesland bildet sich für den Dezember 2007 wie folgt ab (vgl. Statistikamt Nord, 2009a):

- Im Jahr 2007 erhielten insgesamt 3.970 Personen Pflegegeldleistungen und waren pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Dies entspricht einem Wert von 24 Pflegebedürftigen je 1.000 Einwohner gerechnet. Für Schleswig-Holstein ergaben sich durchschnittlich 28 Pflegebedürftige je 1.000 Einwohner. Der Kreis Nordfriesland weist aber nicht nur in Relation weniger Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen im Vergleich zu Schleswig-Holstein insgesamt auf, sondern ist auch, zusammen mit dem Kreis Pinneberg sowie der kreisfreien Stadt Flensburg, der Kreis mit der geringsten Anzahl an Pflegebedürftigen je 1.000 Einwohner in ganz Schleswig-Holstein.
- In der stationären Versorgung waren in 39 Pflegeheimen insgesamt 1.288 Personen beschäftigt. 1.761 Plätze waren in den stationären Pflegeheimen verfügbar. Damit ergeben sich rein statistisch rund 10,6 verfügbare Pflegeplätze pro 1.000 Einwohner im Kreis. Damit liegt der Kreis über dem Durchschnitt des Bundesgebiets von ca. 9,5 Plätzen pro 1.000 Einwohner und unterhalb des Landesdurchschnitt Schleswig-Holsteins von rund 13 Plätzen je 1.000 Einwohner (vgl. Destatis 20.08.2009).
- In der stationären Versorgung wurden 1.576 Pflegebedürftige versorgt, darunter 274 Pflegebedürftige der Pflegestufe III.
- Die ambulante Versorgung wurde von 30 ambulanten Pflegediensten mit insgesamt 422 Beschäftigten sichergestellt.
- Insgesamt wurden 907 Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege betreut, davon 116 der Pflegestufe III.

Beschäftigte in der ambulanten und stationären Pflegeversorgung

Damit waren im Dezember 2007 insgesamt 1.710 Personen in der Pflegeversorgung im Kreis Nordfriesland beschäftigt, davon 75 % in der stationären und 25 % in der ambulanten Pflege. In den übrigen Landkreisen Schleswig-Holsteins lag das Verhältnis der Gesamtbeschäftigten in der Pflegeversorgung zum gleichen Zeitpunkt bei 77,9 % im stationären und 22,1 % im ambulanten Bereich. Das Verhältnis von ambulante zu stationär Beschäftigten des Kreises Nordfriesland liegt in einer vergleichbaren Größenordnung zu den anderen Landkreisen Schleswig-Holsteins mit dem Zusatz, dass das Verhältnis im Kreis Nordfriesland im Vergleich leicht günstiger für die ambulante Pflege ausfällt.

Hoher Anteil an professioneller Betreuung im Kreis

Von den insgesamt 3.970 Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen im Kreis Nordfriesland werden insgesamt 2.483 durch professionelle ambulante oder stationäre Pflege betreut. Dies entspricht einem Anteil der professionellen Pflege von 62,5 %. In Schleswig-Holstein werden 61 % der Pflegebedürftigen professionell betreut, bundesweit sind es mit 54 % der Pflegebedürftigen

tigen deutlich weniger (vgl. IAT 2009, S. 34). Nordfriesland weist somit einen hohen Anteil an professioneller Betreuung in der Pflegeversorgung auf.

Die folgende Tabelle 9 gibt einen Überblick über den Sitz, die Pflegeplatzzahl sowie über die Trägerschaft der stationären Pflegeeinrichtungen im Kreis Nordfriesland.

Einrichtung	Ort	Platzzahl	Trägerverband
Käthe-Bernhard-Haus	Husum	65	DRK
DRK-Alten- und Pflegeheim	Husum	83	DRK
CURA Seniorenzentrum Husum GmbH	Husum	76	BPA
Senioren-Pflegeheim Huus Moorschift	Husum	30	
Liette-Eller-Haus	Husum	24	Diakonie
Gemeinnützige Husumer Alten- und Pflegeheim GmbH	Husum	82	
Seniorenwohnanlage Bredstedt	Bredstedt	82	
Haus Freienwill GbR	Bredstedt	47	BPA
Seniorenstift Haus Bielenberg	Breklum	27	
DRK-Pflege- und Wohnanlage Haus Sprakelberg	Struckum	57	DRK
Haus Edelweiss	St.-Peter-Ording	55	BPA
Paul-Gerhardt-Haus	Tönning	78	Diakonie
Haus Eiderente	Tönning	27	
Martje-Flohrs-Haus	Garding	48	Diakonie
Pflegeheim Marienstift	Garding	26	Diakonie
Seniorenheim Osterhever	Osterhever	30	
Alten- und Pflegeheim Haus Treeneblick	Friedrichstadt	45	BPA
Haus Schimmelreiter	Langenhorn	29	BPA
DRK Sozialstation Pflegeheim Pellworm	Pellworm	8	DRK
AWO-Sozialstation	Mildstedt	13	AWO
Seniorenwohnmilieu Am Dornbuschpark	Mildstedt	96	
Curaneum Pflege- und Onkologie Centrum	Mildstedt	18	
Seniorenheim Darenhof	Drage	60	
Seniorenheim Eiderstedt GmbH	Tetenbüll	84	BPA
Landhaus Viöl	Viöl	60	
Alten- und Pflegeheim Heinrichshof	Dagebüll	19	BPA
Seniorenwohnanlagen Niebüll Gath	Niebüll	95	
Friesischer Wohnpark	Niebüll	91	

Tabelle wird auf der folgenden Seite weitergeführt ►

Einrichtung	Ort	Platzzahl	Trägerverband
Haus am Lecker Mühlenstrom	Leck	73	
Seniorenwohnanlage Leck	Leck	446	
Alten- und Pflegeheim Bi uns to Hus	Risum-Lindholm	13	
Alten- und Pflegeheim Residenz an der Düne	Süderlügum	28	
Landhaus Nis Puk Pflegeheim für Senioren	Klanxbüll	35	
Johanneshaus Wyk auf Föhr	Wyk/Föhr	60	Diakonie
DRK-Pflegeeinrichtung	Nebel/Amrum	10	DRK
DRK-Pflegedienste Sylt gGmbH	Westerland	22	DRK
Altenzentrum Sylt-Westerland	Westerland	64	Diakonie
AWO WOHNpflege Westerland	Westerland	63	AWO
Paracelsus Nordseeklinik Helgoland	Helgoland	6	

Tabelle 9: Stationäre Pflegeeinrichtungen im Kreis Nordfriesland – Status 03.06.2009

Quelle: vdek, 27.08.2009

Zahl der Pflegebedürftigen wird steigen

Die Daten zur Pflegeversorgung im Kreis belegen, dass derzeit von einer ausreichenden Versorgung im Bereich der Pflege ausgegangen werden kann. Die dargestellte demographische Entwicklung (über 60 % mehr über 80-Jährige in 2025) hingegen weist auf einen steigenden Druck auf die Pflegeversorgung hin. Berechnungen des Instituts für Gesundheitssystemforschung zufolge wird in Schleswig-Holstein die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt (ambulant und stationär) bis zum Jahr 2020 um 43 % gegenüber dem Jahr 2000 zunehmen. Dabei wird die Zahl der ambulant und stationär Pflegebedürftigen unterschiedlich stark zunehmen. Die stationär Pflegebedürftigen werden in Schleswig-Holstein bis 2020 um 40 % gegenüber dem Jahr 2000 und die ambulanten Pflegebedürftigen um 47 % zunehmen (vgl. igsf 2007, S. 115). Das Statistische Bundesamt errechnet in seinem Modell für Schleswig-Holstein eine Zunahme der Pflegebedürftigen für den Zeitraum von 2005 bis zum Jahr 2020 von 34,5 % (vgl. Destatis, 17.07.2009). Für den Kreis Nordfriesland sind Werte in einer vergleichbaren Größenordnung für die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen anzunehmen. Allerdings ist zu erwarten, dass die Zunahme der Pflegebedürftigen im Vergleich zu Schleswig-Holstein geringfügig niedriger ausfallen wird, da Nordfriesland die im Vergleich günstigere Altersstruktur aufweist.

Wachsender Bedarf an Fachpersonal...

Der Bedarf an Pflegepersonal wird steigen. Für Schleswig-Holstein liegen Berechnungen vor, wonach die notwendige Anzahl an Personal zur Gewährleistung der Pflegeversorgung im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2000 um knapp 50 % (genau 48, 4 %) steigen wird. Der Anstieg wird im ambulanten Bereich dabei mit gut 53 % stärker ausfallen als im stationären Bereich mit 47 %. Aufgrund einer in der Grundtendenz vergleichbaren Alterstrukturentwicklung zwischen Schleswig-Holstein und dem Kreis Nordfriesland kann für Nordfriesland ebenfalls mit steigendem Bedarf gerechnet werden, der hier aufgrund der günstigeren Altersstruktur etwas geringer ausfallen kann als in Schleswig-Holstein insgesamt.

... aber zukünftig weniger Personen im erwerbsfähigen Alter

Neben dem deutlich steigenden Bedarf an Pflegepersonal in den kommenden Jahren und Jahrzehnten kommt hinzu, dass die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 65 Jahren, die das Reservoir an neuem Pflegepersonal bilden, zukünftig abnehmen wird. Im Kreis Nordfriesland wird sie sich, ausgehend von 95.234 im Jahr 2006, auf 89.345 Personen im Jahr 2025 verringern. Dies entspricht einem Rückgang um 5.889 Personen oder 6,2 %. Und in der Tendenz wird ihre Zahl auch über 2025 hinaus noch weiterhin abnehmen.

Um dieses sinkende Potenzial an Erwerbsfähigen wird die Konkurrenz der Ausbildungsberufe untereinander zunehmen. Dies bedeutet für das Berufsbild der Altenpflegerin oder des Altenpflegers, dass es zukünftig in größerer Konkurrenz zu anderen Berufsbildern stehen wird und sich attraktiv gestalten muss. Die diese Studie begleitende Steuerungsgruppe sowie der Beirat sehen eine zukünftige Herausforderung insbesondere darin, das Berufsbild des Altenpflegers attraktiver zu gestalten. Dies gilt einerseits bezogen auf die Vergütung als auch bezogen auf die Tätigkeitsfelder eines Pflegers.

Sowohl die stark steigende Nachfrage nach Pflegepersonal als auch die gleichzeitige Abnahme der Personen im erwerbsfähigen Alter, drohen unter den derzeitigen Rahmenbedingungen zu einem zunehmenden Fachkräftemangel im Bereich der Pflege zu führen. Von der Steuerungsgruppe sowie dem Beirat wird der drohende Fachkräftemangel im Pflegebereich als eines der zukünftigen Kernprobleme wahrgenommen, um auch zukünftig eine qualitativ hochwertige Versorgung älterer Menschen zu gewährleisten.

Neben dem Problem des drohenden Fachkräftemangels werden Mängel in der derzeitigen Infrastruktur, insbesondere zur Unterstützung der Betreuung Demenzkranker, gesehen. Vor allem fehle es derzeit im Kreis Nordfriesland an einem speziellen Angebot an Tagesstätten für Demenzkranke. Ein solches Angebot ermöglicht es insbesondere Angehörigen von Demenzkranken, eigenen Beruf und häusliche Pflege des Demenzkranken zu verbinden.

Es wurde vom Beirat ausdrücklich darauf hingewiesen, dass niedrighschwellige Angebote für die Betreuung älterer Menschen im generellen ausreichend im Kreis bestehen. Hier sei an dieser Stelle exemplarisch auf das Engagement der Landfrauen oder Wohlfahrtsverbände hingewiesen. Jedoch fehle es an spezialisierten ambulanten Betreuungseinrichtungen für Demenzerkrankte.

3.3.4 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Kreis Nordfriesland

Die Darstellung und Analyse der Gesundheitsinfrastruktur im Kreis Nordfriesland wird mit der Betrachtung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen abgeschlossen. Denn dieser Bereich der Gesundheitsinfrastruktur spielt für Nordfriesland aufgrund seiner naturräumlichen Gegebenheiten und der Tourismusrelevanz eine große Rolle. In der Tabelle 10 ist der Status an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Kureinrichtungen und ärztlich geleiteten Kurheimen im Kreis inklusive Ort und Bettenzahl aus dem Jahr 2006 unabhängig der Trägerschaft wiedergegeben.

Einrichtung	Ort	Bettenzahl
Kurzentrums Norderheide	Bordelum	430
Vincemus Klinik	Friedrichstadt	9
Louise-Schröder-Haus, AWO	Keitum/Sylt	150
Kinderfachklinik Satteldüne	Nebel/Amrum	165
REHASAN (AOK Nordseekl. f. Mutter u. Kind)	Norddorf/Amrum	469
DRK Mutter und Kind Kurklinik	Pellworm	83
Kinderkurheim Schimmelreiter	St. Peter-Ording	64
Gesundheitsklinik Stadt Hamburg	St. Peter-Ording	98
„Köhlbrand“-Kuren an der Nordsee	St. Peter-Ording	255
Nordsee Reha-Klinik I	St. Peter-Ording	200
Nordsee Reha-Klinik II	St. Peter-Ording	239
Nordsee-Reha-Klinik Goldene Schlüssel	St. Peter-Ording	200
Reha-Klinik Nordfriesland	St. Peter-Ording	195
Kinderkurheim Tannenblick	St. Peter-Ording	59
Rehabilitationsklinik	Utersum/Föhr	190
AWO Sylt-Klinik	Wenningstedt/Sylt	84
Asklepios Nordseeklinik Reha	Westerland/Sylt	290
DAK Kinderkurheim „Haus Quickborn“	Westerland/Sylt	64
Ida-Ehre-Haus (Mutter-Kind-Haus)	Westerland/Sylt	56
Insel-Klinik Sylt (Mutter/Vater und Kind)	Westerland/Sylt	230
Fachklinik Sylt für Kinder- und Jugendliche	Westerland/Sylt	160
DRK-Mutter-Kind-Kurklinik	Wittdün/Amrum	104
Klinik Westfalen am Meer	Wyk/Föhr	83
AOK Kinderkurheim	Wyk/Föhr	75
Nordseesatorium Marienhof	Wyk/Föhr	113
Nordseeklinik Sonneneck	Wyk/Föhr	115

Tabelle 10: Übersicht Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Nordfriesland 2006

Quelle: Kreis Nordfriesland, 10.07.2009; dsn, eigene Darstellung

Der Tabelle 10 zu Folge waren im Jahr 2006 in insgesamt 26 Einrichtungen 4.180 Betten aufgestellt. Den aktuellen Veröffentlichungen des Statistischen Landesamtes für Hamburg und Schleswig-Holstein entsprechend waren im Jahr 2008 in 26 Einrichtungen insgesamt 3.923 Betten aufgestellt, also gut 250 Betten weniger gegenüber dem Jahr 2006. Die Fallzahl belief sich im Jahr 2008 auf insgesamt 46.288 stationäre Behandlungsfälle, die von 130 Ärzten sowie 1.506 nichtärztlichem Personal -darunter 206 Pfleger- versorgt wurden.

Eine Gegenüberstellung der Daten des Kreises Nordfriesland mit den Daten zu Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aus Landes- und Bundesebene liefert eine Einschätzung der Situation in diesem Bereich für den Kreis Nordfriesland (vgl. Tabelle 11). Die folgenden Angaben beziehen sich für den Kreis Nordfriesland sowie für Schleswig-Holstein auf das Jahr 2008, auf Bundesebene standen entsprechende Vergleichszahlen für das Jahr 2007 zur Verfügung.

Kategorie	Deutschland		Schleswig-Holstein		Nordfriesland		
	absolut	je 10.000 Einwohner	absolut	je 10.000 Einwohner	absolut	je 10.000 Einwohner	Anteil an SH
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	1.227	0,15	72	0,25	26	1,56	36 %
aufgestellte Betten	169.025	20,6	10.996	38,8	3.923	235,3	36 %
ärztliches Personal	8.164	1,0	426	1,5	130	7,8	31 %
nichtärztliches Personal	84.446	10,3	4.361	15,4	1.506	90,3	35 %
darunter Pflegedienst	21.124	2,6	907	3,2	206	12,4	23 %
Fallzahl (stationäre Behandlungsfälle)	1.980.355	241,5	145.444	513,2	46.288	2.776,3	32 %

Tabelle 11: Vergleich der Zahlen aus dem Vorsorge- und Rehabilitationsbereich in Deutschland, Schleswig-Holstein und Nordfriesland 2008

Quelle: Statistikamt Nord 2009b, Destatis 23.09.2009; dsn, eigene Erstellung

Hoher Anteil an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Kreis

Die Tabelle 11 verdeutlicht die große Bedeutung des Vorsorge- und Rehabilitationsbereichs im Kreis Nordfriesland. Der Kreis weist bei der Zahl der Einrichtungen, der Anzahl aufgestellter Betten, der Zahl der stationären Fälle sowie beim ärztlichen und nichtärztlichen Personal bezogen auf 10.000 Einwohner deutlich höhere Werte auf als im Vergleich zur Bundes- oder Landesebene. Während in Deutschland insgesamt 236,9 Fälle auf 10.000 Einwohner entfallen, liegt dieser Wert in Schleswig-Holstein mit 513,2 bereits mehr als doppelt so hoch. Auf den Kreis Nordfriesland hingegen entfallen mit 2.776,3 stationären Fällen pro 10.000 Einwohner über elfmal mehr Fälle als im Vergleich zum Bund. Ähnlich stellt sich das Verhältnis bei der Zahl der aufgestellten Betten (20,8 pro 10.000 im Bund gegenüber 235,3 in Nordfriesland) sowie der Anzahl der Einrichtungen (0,15 pro 10.000 Einwohner im Bund gegenüber 1,56 in Nordfriesland) dar.

Die besondere Bedeutung des Vorsorge- und Rehabilitationsbereichs im Kreis Nordfriesland wird auch bei einem weitergehenden Vergleich zu Schleswig-Holstein nochmals herausgestellt. In Nordfriesland befinden sich jeweils 36 % der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und aufgestellten Betten des Landes Schleswig-Holstein. Dabei werden hier 32 % der Landesfälle behandelt. Zusammen mit den beiden Kreisen Ostholstein und Rendsburg-Eckernförde befinden sich gar drei Viertel der schleswig-holsteinischen Einrichtungen allein in diesen drei Kreisen.

Diese Werte zeigen, dass der Kreis Nordfriesland ein attraktiver Standort für Vorsorge- und Rehabilitation ist. Auch wenn die verfügbaren amtlichen Statistiken keine Auskunft über die Herkunft der Patienten geben, so ist doch davon auszugehen, dass die hohe Zahl an Fällen nicht ausschließlich durch PatientInnen aus dem Kreisgebiet oder aus Schleswig-Holstein, sondern vielmehr durch PatientInnen aus einem größeren Einzugsbereich zu erklären ist.

4. Initiativen und Positionen zur Gesundheitsversorgung Nordfriesland

Neben dem Prozess der „Erarbeitung von konzeptionellen Vorschlägen für eine zukunftssichere integrierende medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland“ gibt es eine Reihe weiterer Initiativen, die die Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Nordfriesland in den letzten Jahren beeinflussen wollten oder bereits beeinflusst haben. Im Anhang sind auf Wunsch der Projektsteuerungsgruppe diese Ideen und Projekte systematisch erfasst worden.

Die laufenden und bereits abgeschlossenen Projekte in Nordfriesland werden dort tabellarisch dargestellt. Die Auflistung der Projekte folgt der anschließenden Systematik:

Systematische Erfassung

Projekttitle

Unter dem Projekttitle wird der genaue Titel des Projektes oder, wenn nicht vorhanden, der Arbeitstitel angegeben.

Kurzbeschreibung

Eine knappe Erläuterung und Angabe der Projektinhalte und der Projektzeiten, so weit bekannt.

Ort

Alle dargestellten Projekte haben einen Bezug zu dem Kreis Nordfriesland. Weitere beteiligte Kreise, Regionen und / oder Länder werden angegeben.

Handlungsfeld

Der Bezug zu den vier Handlungsfeldern dieses Prozesses „Erarbeitung von konzeptionellen Vorschlägen für eine zukunftssichere integrierende medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland“ wird aufgezeigt. Es wird angegeben, zu welchen Handlungsfeldern darüber hinaus Beziehungen bestehen.

Status

Die Darstellung des Status des jeweiligen Projektes erfolgt Phasenmodellorientiert, also von der Ideen-, Planungs- und der folgenden Realisierungsphase bis zum abgeschlossenen Projekt mit vorhandener oder nicht vorhandener dauerhafter Implementierung.

Neben den dort vorgestellten Initiativen werden im Folgenden einige Initiativen und Positionen vorgestellt, die die Entwicklung der Gesundheitsversorgung beeinflussen können und die man für die weitere Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Nordfriesland nutzen kann bzw. berücksichtigen muss.

4.1 Gesundheitsregion NORD

Innovative Prozesse und Netzwerke

Die Gesundheitsregion NORD umfasst geographisch das Gebiet der beiden nördlichsten deutschen Landkreise Nordfriesland und Schleswig-Flensburg sowie der kreisfreien Stadt Flensburg.

Gegründet wurde die Gesundheitsregion NORD am 1. Dezember 2008. Ausgangspunkt war die Teilnahme der Gesundheitsregion NORD an dem Bundeswettbewerb „Gesundheitsregion der Zukunft“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) 2008/2009. Im Rahmen dieses Wettbewerbes galt es Projekte zu entwickeln, die die Vernetzung der Gesundheitswirtschaft im ländlich und touristisch geprägten Raum sowie nachhaltige Strategien, Angebote, Strukturen, Systeme und Kompetenzen für eine verbesserte Gesundheitsversorgung fördern. Die Gesundheitsregion NORD sieht ihre Hauptaufgabe in der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung der Region mit innovativen Prozessen und Netzwerken (vgl. Gesundheitsregion NORD, 25.08.2009). Die Aktivitäten werden in den sechs Programmbereichen Ge-

sundheitstourismus, Regionale Versorgung, Gesundheitslogistik, Regionale Mobilisierung und Netzwerkentwicklung gebündelt.

Mitglieder aus dem Kreis Nordfriesland

Zur Umsetzung der Ziele kann die Gesundheitsregion NORD auf eine ganze Reihe von Mitgliedern, Fördermitgliedern und Partnern zurückgreifen. Neben einigen Privatpersonen und zahlreichen Unternehmen aus den Bereichen der Pharmazie, des Pflegedienstes und der Gesundheitstechnologie befinden sich unter den Mitgliedern auch Kliniken, Hochschulen, Vereine, Finanzunternehmen, Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und IT-Firmen (vgl. Gesundheitsregion NORD, 26.08.2009). Auch die Kreise Nordfriesland, Schleswig-Flensburg und die Stadt Flensburg sind Mitglied des Gesundheitsregion NORD e.V.. Erwähnenswert ist, dass etliche Mitglieder aus dem Kreis Nordfriesland stammen. Sechs nordfriesische Kliniken, das Gesundheitsamt Nordfriesland, die Pflegediakonie Nordfriesland GmbH, das Sanitätshaus Krämer OHG in Husum und die Fachhochschule Westküste in Heide sind u. a. Mitglied der Gesundheitsregion NORD.

Über die Kreisgrenzen

Die Umsetzung der Ziele der Gesundheitsregion NORD fördert den Kontakt zu Gesundheitsakteuren der Region entlang der gesamten Wertschöpfungskette. Dieses Netzwerk bietet Nordfriesland den Austausch von Wissen und Erfahrungen über die Kreisgrenzen hinaus. Insbesondere im Bereich des Gesundheitstourismus mit einer Verknüpfung der medizinischen Leistungsanbieter mit der Tourismuswirtschaft wird ein großes Potenzial gesehen, welches die Gesundheitsregion NORD verstärkt nutzen will.

4.2 Region schafft Zukunft

Daseinsvorsorge in der Fläche gefährdet

Ländliche Regionen sind vom demographischen Wandel besonders betroffen. Der Rückgang und die zunehmende Alterung der Bevölkerung stellen die Regionen vor schwierige Aufgaben in der Daseinsvorsorge und der wirtschaftlichen Entwicklung. Für die Region Nordfrieslands bedeutet dies mittelfristig einen Rückgang zentraler Nachfragegruppen von Leistungen der Daseinsvorsorge sowie einen Anstieg der Nachfrage an Angeboten in der Altersmedizin (vgl. Kreis Nordfriesland 2009a, S.27). Daher ist eine zukünftige Versorgung mit Infrastruktur und Dienstleistungen in der Daseinsvorsorge in der Fläche gefährdet.

Schwerpunkte

Das Modellvorhaben „Region schafft Zukunft“ des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung greift diese Problemstellungen auf und versucht gezielt mit Hilfe der vorhandenen Organisations- und Infrastrukturen eine Koordination von Anpassungsmaßnahmen verschiedener Verwaltungsbereiche zu schaffen (vgl. Kreis Nordfriesland 2009a, S.28). Dies gilt sowohl für die Daseinsvorsorge, als auch für Wohn- und Beteiligungskonzepte, sowie innovative Konzepte zur Verbesserung der Lebensqualität und Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Region. Für Nordfriesland bilden sich daher drei grundlegende Schwerpunkte:

1. Die Entwicklung eines Masterplans in der Daseinsvorsorge
2. Die Entwicklung eines Konzeptes für Mittel- und Kleinstädte für alle Generationen
3. Die Förderung von Innovation und Wachstum in der Region

Neue bedarfsorientierte Organisationsmodelle

Grundlage der Arbeit sind demographische Handlungskonzepte, die Ziele, Strategien und regionale Handlungsfelder konzentrieren sollen. Dabei soll die Region Nordfriesland von den Erfahrungen und Ergebnissen, die zuvor in den Modellregionen Stettiner Haff und Südharz-Kyffhäuser gesammelt wurden, profitieren (vgl. BBR, 30.07.2009). Die Arbeitsgruppen setzen sich aus Koope-

rations- und Vertragspartnern aus der Region Nordfrieslands und aus überregionalen Partnern zusammen.

Die Region Nordfriesland sieht sich durch die dezentralen Organisationsstrukturen in der Sozialverwaltung bereits gut eingestellt und bietet daher eine gute Ausgangslage für die Entwicklung des „Masterplans Daseinsvorsorge - Modellvorhaben der Raumordnung (MORO) für Nordfriesland“. Hierfür sind verschiedene Planungsgruppen ins Leben gerufen worden, die auf der Basis von externen wissenschaftlichen Leistungen neue bedarfsorientierte Organisationsmodelle erarbeiten und integrieren. Ergebnis wird ein Umsetzungs- und Maßnahmenkonzept sein, das die Mindestausstattungen und Qualitätsnormen entsprechend der zukünftigen Bedürfnisse und Finanzierungsmöglichkeiten neu definieren soll und dabei maximale Erreichbarkeiten bei der zentralen Bereitstellung berücksichtigen will (vgl. Kreis Nordfriesland 2009a, S.28.) Dieses Umsetzungskonzept wird gegen Ende 2010 dem Kreistag vorgelegt werden, um als mittelfristige Planungsgrundlage zu dienen.

Demenzschule

Für den Schwerpunkt der Mittel- und Kleinstädte für alle Generationen ist ein Wohnprojekt auf Föhr für Mehrgenerationen geplant. Ein weiteres Konzept mit dem Namen „Familienrat“ wird in Nordfriesland bereits angewendet, weiter ausgebaut und verbessert. Hierbei stehen Familien in Krisensituationen professionelle Berater zur Seite, um Konflikte zu lösen. Ebenfalls wird unter dem Namen „Demenzschule“ ein Fortbildungsangebot für Interessierte geschaffen, um einen besseren Umgang mit an Demenz erkrankten Personen zu lernen. Auch die Wohnberatung ist ein weiterer wichtiger Unterpunkt, der sich gezielt an ältere Menschen richtet. Die ersten Beratungen sollen im zweiten Quartal 2010 beginnen.

Für den Bereich „Innovation und Wachstum“ sind verschiedene Projekte zu Themen wie Elektromobilität, Lebensplanung, betriebliche Gesundheitsförderung und Erlebnisrouten in Nordfriesland geplant.

4.3 AktivRegionen Nordfriesland

Mehr Gemeinschaft, mehr Lebensqualität, mehr Wirtschaftskraft

Das Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume (MLUR) hat im Jahr 2008 im Hinblick auf den demographischen Wandel und zur Stärkung der Wirtschaftskraft der ländlichen Regionen die Förderinitiative AktivRegion ins Leben gerufen. Die Förderinitiative verfügt über ein Gesamtbudget von rund 80 Millionen Euro und unterstützt jede der insgesamt 21 AktivRegionen in Schleswig-Holstein mit bis zu 300.000 Euro bis ins Jahr 2013. Nordfriesland hat drei AktivRegionen, Nordfriesland Nord, Uthlande und Südliches Nordfriesland. Ziel der Förderinitiative ist es, mehr Gemeinschaft, mehr Lebensqualität und mehr Wirtschaftskraft in die Regionen zu bringen. Die Umsetzung der Ziele erfolgt in einzelnen Leuchtturmprojekten im Bereich verbesserte Lebensbedingungen, Innovation, sowie Neuansiedlung und Expansion von Gewerbetreibenden. Die Projekte zur Stärkung der Wirtschaft sollen neben der Sicherung bestehender Arbeitsplätze zusätzlich neue Arbeitsplätze schaffen.

Die AktivRegionen Schleswig-Holsteins haben sich mit dem ländlichen Tourismus, Projekten zur Dorferneuerung und -entwicklung, Dienstleistungseinrichtungen zur Grundversorgung für die ländliche Bevölkerung und Wirtschaft, sowie der Widmung für die landwirtschaftliche Bausubstanz Schwerpunkte geschaffen. (vgl. MLUR, 03.08.2009)

AktivRegion Nordfriesland Nord

Die AktivRegion Nordfriesland Nord befindet sich geographisch gesehen an der Nordsee gelegen, zwischen Husum im Süden und der dänischen Grenze im Norden. Zu ihr gehören die Städte Niebüll und Bredstedt, sowie die Ge-

meinde Leck und 47 andere Gemeinden. Nordfriesland Nord setzt vor allem auf die Themenfelder Wirtschafts- und Energieregion, Urlaubsregion und aktive soziale Region. Zu einer aktiven sozialen Region zählen der Ausbau und die Sicherung des sozialen Netzes und der Nachbarschaftshilfe, sowie gemeinsame Aktivitäten, die zur Stärkung und Sicherung des Lebens- und Arbeitsstandortes beitragen. Grundlegend dabei sind die Steigerung der Familienfreundlichkeit und die Sicherung einer soliden medizinischen Versorgung. Hier greifen zum einen die Bildung von ärztlichen Versorgungszentren mit VERAH (VERAH ist eine Qualifizierungsoffensive für die Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IhF) e.V.), eine Müttersprechstunde und das Mobilitätsprogramm „Bus zum Arzt“. Übergeordnete Ziele sind die Verbesserung der gesundheitlichen Vernetzung und der Palliativen Versorgung. (vgl. Aktivregion Nordfriesland Nord e.V., 03.08.2009)

AktivRegion Uthlande

Die AktivRegion Uthlande besteht aus den Inseln und Halligen Nordfrieslands. Im medizinischen Bereich steht für die AktivRegion die Förderung des Gesundheitstourismus einschließlich barrierefreier Angebote im Vordergrund. Zusätzlich gilt für die Halligen und Pellworm die Verbesserung der medizinischen Grundversorgung. Hier soll eine 24-Stunden-Notfallversorgung und die Nutzung beziehungsweise der Aufbau der Telemedizin im Bezug auf den demographischen Wandel vorangetrieben werden. (vgl. LAG AktivRegion Uthlande e.V., 10.08.2009)

AktivRegion Südliches Nordfriesland

Die dritte AktivRegion Nordfrieslands ist die AktivRegion Südliches Nordfriesland und umfasst die Ämter Eiderstedt, Nordsee-Treene, sowie die Städte Husum, Tönning, Friedrichstadt und die Halbinsel Nordstrand. Die AktivRegion definiert drei Handlungsfelder: Nordseetourismus, lebenswerte Dörfer und Städte und regionale Wirtschaftsstruktur. Für die Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgung gibt es eine ganze Reihe von Projektansätzen. Somit gäbe es im Bereich der fachärztlichen Versorgung das Problem, dass bei der Bedarfsermittlung Touristen nicht mitgezählt werden und die allgemeinen Zulassungsbeschränkungen eine Nachbesetzung erschweren. Ein entsprechender Handlungsbedarf wurde erkannt und soll in einem Projekt eine Problemlösung schaffen. Das Nachfolgeproblem bestehe auch bei den Arztpraxen, so dass in wenigen Jahren die medizinische Grundversorgung akut gefährdet ist. Dem sollen die Gründungen von medizinischen Versorgungszentren und die Sicherung des Krankenhauses in Tönning entgegenwirken. (vgl. Eider-Treene-Sorge GmbH, 02.09.2009)

Fazit

Insgesamt bieten die Aktivregionen eine interessante Plattform. Das Gespräch mit den AktivRegionen könnte gute Ideen mit engagierten Akteuren zusammenbringen und eine Umsetzung von in diesem Projekt entwickelten Ideen ermöglichen.

4.4 Politische Positionen der Parteien in Nordfriesland

Dokumentenanalyse

Im Folgenden wird eine Kurzanalyse der politischen Positionen der Parteien (CDU, SPD, SSW, Die Linke, WG NF, Die Grünen, FDP) im nordfriesischen Kreistag zur Gesundheitsversorgung in Nordfriesland vorgenommen. Dazu wurden die Kommunalwahlprogramme 2008, die Protokolle des Gesundheitsausschusses seit 2005 und die des Kreistages untersucht, sofern dort eines der unten aufgeführten Themen (s. die folgenden linken Spalten) behandelt wurde.

Thema: Flächendeckende Versorgung in Nordfriesland

Die Notwendigkeit der flächendeckenden Versorgung wird von keiner der Parteien in Frage gestellt und für viele der Parteien ist dieses Thema der Schwerpunkt ihrer Gesundheitspolitik im Kreis. Insbesondere die Altersstruk-

tur der Ärzteschaft und die mittelfristig drohende Unterversorgung wurden als Probleme wahrgenommen. Dies wird auch an den beiden Anfang 2008 im Kreistag einstimmig vorgenommenen Aufträgen an den Gesundheitsausschuss deutlich, für diese Thematik eine Expertenanhörung zu initiieren, Konzepte zu entwickeln und diese umzusetzen.

**Thema:
Integration und
Vernetzung**

Eine der favorisierten Lösungen für die erwähnte Problematik der Unterversorgung stellt für die Parteien, sofern eine Positionierung vorgenommen wurde, eine verstärkte Vernetzung dar. Hierbei soll eine stärkere Zusammenarbeit, insbesondere zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten, durch den Kreis gefördert werden. Die Bereitschaft zur konsensualen Zusammenarbeit der Parteien wird auch daran deutlich, dass in den Beirat für das Projekt „Integrierende Versorgung im Kreis Nordfriesland“ Vertreter aller Parteien entsendet wurden.

**Thema:
Kliniken in
Nordfriesland**

Neben der flächendeckenden Versorgung hat der Erhalt der vier Kreiskrankenhäuser die höchste Priorität für die Parteien. Diese seien für den Erhalt der Regelversorgung unverzichtbar. Weiterhin denken einige der Parteien eine Spezialisierung bzw. Modernisierung von Standorten an, was allerdings noch nicht konkretisiert wurde. Deutlich wird die Einigkeit der Parteien bei dem gemeinsamen Antrag aller Parteien aus dem Gesundheitsausschuss Anfang 2008 an die Landesregierung mit der Aufforderung, bei der Bundesregierung Folgendes zu erreichen: Einführung eines bundesweit einheitlichen Basisfallwertes als Grundlage der Nutzung der Tariflohnsteigerungsrate für die Berechnung der Budgetsteigerungsrate der Kliniken, Abschaffung des Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser. (vgl. Kreistag Nordfriesland, 18.08.2009)

Fazit

Hinsichtlich der in diesem Projekt untersuchten Themen ist bei den Parteien ein grundsätzlicher Konsens festzustellen. Die Uneinigkeit bei der Formulierung der strategischen Ziele wie „*Die stationäre Grundversorgung der Bevölkerung und der Touristen...*“ statt „*Die stationäre Versorgung in Nordfriesland ist durch das Klinikum an seinen 4 Standorten sowie weiterer Kliniken sicherzustellen*“ und die Zusammenfassung von „*Gesundheitswirtschaft ausbauen*“ und „*Gesundheitswirtschaft und Tourismus verzahnen*“ zu einem Ziel „*Gesundheitswirtschaft ausbauen und mit dem Tourismus verzahnen*“ war anscheinend so ungewöhnlich, dass der damalige Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, Hr. Wodowos von der WG NF, in der nächsten Kreistagsitzung in dem Bericht über den Gesundheitsausschuss extra hervorhob, dass es „leider zu Unstimmigkeiten“ kam und ansonsten in dem Ausschuss „Partei politik außen vor“ gelassen werde (vgl. Wodowos, 05.11.2009, S. 2). Ansonsten sind Abstimmungen in der Regel einstimmig verlaufen und Diskussionen wurden rege geführt.

4.5 Koalitionsvertrag CDU / FDP 2009 in Schleswig-Holstein

**Gesundheit und Ge-
sundheitswirtschaft**

Der Koalitionsvertrag zwischen der Christlich Demokratischen Union (CDU) und der Freien Demokratischen Partei (FDP) in Schleswig-Holstein für die 17. Legislaturperiode des Schleswig-Holsteinischen Landtags sieht für die Bereiche Gesundheit und Gesundheitswirtschaft verschiedene Handlungsfelder vor. (vgl. CDU Schleswig-Holstein, FDP Landsverband Schleswig-Holstein, 29.10.2009)

Masterplan

Alle Aktivitäten im Bereich der Gesundheitswirtschaft sollen in einem Masterplan zusammengefasst werden. Hierbei gelte es, vorhandene Kompetenzen zu bündeln und Strukturen weiter zu vernetzen. Auch der Austausch von Wis-

senschaft und Forschung mit der Gesundheitswirtschaft soll verbessert werden. Gerade im Hinblick auf den demographischen Wandel und der alternden Bevölkerung sollen Partner im Gesundheitswesen gestärkt werden und die bevölkerungsnaher Versorgung mit stationären Leistungen, durch die Schaffung verlässlicher Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, sichergestellt werden. Die Kooperationen zwischen mehreren Krankenhäusern soll ebenso unterstützt werden, wie die bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Leistungserbringung.

Reform der Bedarfsplanung

Um dem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken, soll eine Prüfung einer Reform der Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte stattfinden. Die Rettungs- und Notarzdienste sollen zudem durch ein Planungskonzept landeseinheitlich werden. Für die Versorgung schwerstkranker Menschen liegt ein weiterer wichtiger Punkt in der Schaffung und Förderung von Palliativ- und Hospizstützpunkten. Ein weiteres Augenmerk liegt (besonders bei Jugendlichen) in der Drogen- und Alkoholsuchtprävention. Das ortsnahe psychiatrische Versorgungsangebot soll weiterentwickelt und die Vernetzung von medizinischen und psychologischen Angeboten verstärkt werden.

Im Bereich der Pflege soll das Personalbemessungsverfahren modernisiert und eine landesweit einheitliche Informationsplattform im Internet zu Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen eingerichtet werden.

5. Der Weg von den Problemen zu den konzeptionellen Vorschlägen

5.1 Der Identifikationsprozess in der Steuerungsgruppe

Ziel dieses Kapitels

Ziel des Projektes war es, konzeptionelle Vorschläge für eine zukunftsfähige wohnortnahe und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung im Kreis Nordfriesland zu erarbeiten. Dabei galt es zu Beginn der Arbeiten eine Vielzahl von Problemen zu identifizieren, zu systematisieren und zu operationalisieren, um die zentralen Handlungsfelder zu definieren, die auf regionaler Ebene in Nordfriesland beeinflussbar sind, um dann in diesen Handlungsfeldern zielgerichtete Maßnahmenvorschläge zu erarbeiten.

Im Folgenden soll nachvollziehbar das systematische Vorgehen aufgezeigt werden, wie im Projekt

- Probleme identifiziert,
- Probleme priorisiert,
- Handlungsfelder ermittelt und
- Konzeptionelle Vorschläge

erarbeitet wurden.

Die Abbildung 25 zeigt diesen Weg von den Problemfeldern der mittelbaren und unmittelbaren Probleme der Gesundheitsversorgung in Nordfriesland über die Fokussierung auf die zentralen Handlungsfelder bis zur Gewinnung der konzeptionellen Vorschläge, die eine Verbesserung der Probleme bringen sollen.

Identifikation der Probleme

Zu Beginn der Studiererstellung wurden in einer Kurzbefragung der Steuerungsgruppe die jetzigen und erwarteten Probleme in der Gesundheitsversorgung des Kreises Nordfriesland angegeben. Die Befragung war offen gestaltet, um zunächst einen Überblick über die Bandbreite der Problemlagen zu erhalten. Bezüglich der beiden Kategorien aktuelle und zukünftig erwartete Probleme ergab sich folgendes² Bild:

Aktuelle Probleme

Aktuell identifizierte Probleme waren:

- Schwierigkeiten in der Kommunikation,
- geringer Fachaustausch,
- Unterversorgung mit Fachärzten,
- Hausärztliche Versorgung,
- Nachfolgesorgen,
- unattraktive Arbeitsbedingungen,
- Konkurrenzdenken,
- Unterfinanzierung,
- ungünstige infrastrukturelle Gegebenheiten insbesondere weite Wege,
- geringe Nutzung telemedizinischer Lösungen,
- eingeschränkte Versorgung der Inseln und Halligen,
- psychiatrische und geriatrische Versorgung,
- fehlende Beratungsangebote,
- eingeschränkte Versorgung im Bereich der Palliativmedizin,
- Notfallversorgung.

² Die aufgeführten aktuellen und zukünftigen Probleme stellen eine inhaltlich nicht bearbeitete Auflistung der genannten Probleme der Steuerungsgruppe dar.



Abbildung 25: Der Weg von den Problemen zu den konzeptionellen Vorschlägen

Quelle: dsn, eigene Erstellung

Zukünftige Probleme

Zukünftig erwartete Probleme waren:

- demographischer Wandel,
- soziokultureller Wandel,
- Fachärzte-, Ärzte- und Pflegefachkräftemangel,
- Fehl-, Unterversorgung,
- Nachfolgesorgen,
- zunehmende Unattraktivität von Gesundheitsberufen,
- Unterfinanzierung,
- Reduktion des Leistungsspektrums,
- bürokratische Hindernisse,
- Schwierigkeiten in der Kommunikation,
- ungünstige infrastrukturelle Gegebenheiten/weite Wege,
- Verlegung von Patienten in andere Kreise,
- psychiatrische und geriatrische Versorgung,
- Notfallversorgung und
- eingeschränkte Versorgung im Bereich der Palliativmedizin.

Problemfelder

Ergebnis der Befragung war eine Vielzahl von jetzigen und zukünftigen Problemen. Dabei ist zu erkennen, dass einige Problemnennungen sich gleichen oder zumindest ähnliche Bereiche ansprechen. Im nächsten Schritt wurden in der Steuerungsgruppe die genannten Probleme zu den folgenden Problemfeldern kategorisiert:

- Hausarztmangel,
- Facharztmangel,
- Erschwernisse bei Hausbesuchen,
- Nachfolgeprobleme,
- Probleme bei der Arztausbildung,
- Pflegekraftmangel,
- Probleme rund um die psychiatrische Versorgung,
- Probleme rund um die geriatrische Versorgung,
- Hemmnisse durch Bürokratie,
- Dialogprobleme und
- fehlende Niederlassungshilfen.

Probleme und Beeinflussbarkeit auf regionaler Ebene NF

Welche Relevanz haben die einzelnen Probleme für die medizinische Versorgung im Kreis und welche werden im Rahmen dieses Projektes zur integrierenden Versorgung in Nordfriesland als beeinflussbar betrachtet?

Im Folgenden werden die Probleme und deren Beeinflussbarkeit vorgestellt. Die Reihenfolge von **Versorgung bis Infrastruktur** entspricht der Priorisierung der Steuerungsgruppe bezüglich der Bedeutung der einzelnen Bereiche.

A) Versorgung/ Nachfolge

Im Bereich der **Versorgung** wurden folgende Probleme als beeinflussbar eingeschätzt:

- Die nicht ausreichenden Angebote in den Bereichen Prophylaxe und Beratung,
- die ungenügende Versorgung im Bereich der Geriatrie,
- die Situation der Palliativmedizin,
- der drohende bzw. vorhandene regionale Fachärzte-, Ärzte- und Pflege-

gekräftemangel,

- die Erhaltung des Hausarztsystems mit Hausbesuchen und
- die ungenügende Versorgung im Bereich der Psychiatrie.

Als wichtig, aber nicht direkt auf Kreisebene beeinflussbar, wurden folgende Probleme innerhalb des Handlungsfeldes Versorgung eingeschätzt:

- Die Reduktion des Leistungsspektrums in den Kliniken durch eine Ausdehnung der Mindestmengenregelung,
- die oft langen Wartezeiten auf Termine und
- die Ökonomisierung des Gesundheitssektors.

Im Bereich der **Nachfolge** wurden folgende Probleme als beeinflussbar eingeschätzt:

- Die zunehmenden Schwierigkeiten, Praxen nach zu besetzen,
- den drohenden Ärztemangel im Bereich der Haus- und Fachärzte,
- die zu geringen Möglichkeiten der Assistenzarztausbildung durch Fachärztemangel und das reduzierte Leistungsspektrum und
- die häufig unattraktiven Arbeitsbedingungen in den Kliniken.

Als wichtig, aber nicht direkt durch den Kreis beeinflussbar wurde folgendes Problem im Bereich der **Nachfolge** eingeschätzt:

- Zunehmende Unattraktivität von Gesundheitsberufen.

B) Bürokratie

Im Bereich der **Bürokratie** wurden keine der Probleme als beeinflussbar eingeschätzt. Zu den dennoch wichtigen Problemen wurden folgende gezählt:

- Reduktion des Leistungsspektrums wegen zu geringer Fallzahlen durch Ausdehnung der Mindestmengenregelung auf andere Leistungsangebote,
- unverständliche Kontrollen/Regelungen/Vorschriften,
- bürokratische Hindernisse,
- Zeitmangel durch Bürokratie.

C) Kommunikation

Im Bereich der **Kommunikation** wurden folgende Probleme zwischen den Leistungsanbietern als beeinflussbar eingeschätzt:

- Schnittstellen- und Überleitungsprobleme,
- zu geringer Fachaustausch,
- Feindbilder, Schuldzuweisungen,
- Schwierigkeiten in der (transsektoralen) Kommunikation,
- Konkurrenzdenken/das „gegeneinander“ arbeiten.

Als wichtig, aber nicht direkt durch den Kreis beeinflussbar wurde folgendes Problem im Bereich der **Kommunikation** eingeschätzt:

- Konkurrenzsituation zwischen Kliniken und Ärzten durch verstärkte Klinikaktivitäten im ambulanten Bereich.

C) Finanzierung

Im Bereich der **Finanzierung** wurden keine der Probleme als beeinflussbar eingeschätzt. Zu den dennoch wichtigen Problemen wurden folgende gezählt:

- Budgetierung,

- ökonomische Aspekte stehen im Vordergrund und
- latente Unterfinanzierung des Krankenhausesektors.

E) Infrastruktur

Im Bereich der **Infrastruktur** wurde folgendes Problem als beeinflussbar eingeschätzt:

- ÖPNV-Angebot.

Als wichtig, aber nicht direkt durch den Kreis beeinflussbar wurde folgendes Problem im Bereich der **Infrastruktur** eingeschätzt:

- Anbindung der Halligen und Inseln,
- Voraussetzungen für Telemedizin sind nicht überall in vollem Umfang gegeben (Breitbandverbindungen),
- weite Wege,
- Flächenland und
- ungünstige infrastrukturelle Gegebenheiten.

E) Gesellschaftlicher Wandel

Im Bereich **Gesellschaftlicher Wandel** wurden keine der Probleme als beeinflussbar eingeschätzt. Zu den dennoch wichtigen Problemen wurden folgende gezählt:

- Vielfalt in sozialer, kultureller und ethnischer Hinsicht und
- Überalterung der Gesellschaft.

Handlungsfelder

Auf Basis dieser Ergebnisse wurde beschlossen, die Bereiche „Infrastruktur“ und „Gesellschaft“ nicht weiter im Rahmen dieses Projektes zu verfolgen. Auf Basis der oben beschriebenen Ergebnisse wurden zwei Handlungsfelder definiert:

- Handlungsfeld 1:
„Zukunftssichere Versorgung mit ärztlichem und pflegerischem Personal“
mit den Bereichen:
 - Versorgung,
 - Nachfolge.
- Handlungsfeld 2:
„Entlastende Unterstützungsfunktionen für die Leistungserbringer“
mit den Bereichen:
 - Kommunikation,
 - Bürokratie,
 - Finanzierung.

5.2 Die Ämterbefragung

Ämterbefragung

Ergänzend zu der Arbeit mit der Steuerungsgruppe und dem Beirat wurde durch das Gesundheitsamt Nordfriesland und dsn eine Befragung der nordfriesischen Ämter durchgeführt, um über ihre konkreten Probleme, mögliche Lösungen und die Perspektive im Bereich der Gesundheitsversorgung vor Ort zu erfahren.

Dabei wurden folgende drei Fragen gestellt:

1. Welche konkreten Probleme bzw. Problembereiche im Bereich der gesundheitlichen Versorgung haben Sie in Ihrer Kommune?
2. Welche Lösungen bezüglich der von Ihnen genannten Probleme bzw. Problembereiche sehen Sie als wünschenswert bzw. notwendig an?
3. Haben Sie bereits Aktivitäten zur Lösung bezüglich der Probleme eingeleitet?

Sieben der acht angeschriebenen Ämter haben sich an der Befragung beteiligt und zum Teil sehr detailliert über die Lage in den jeweiligen Gebieten berichtet.

Frage 1 – „Welche konkreten Probleme bzw. Problembereiche im Bereich der gesundheitlichen Versorgung haben Sie in Ihrer Kommune?“

Zum Bereich der konkreten Problembereiche nannten viele der Ämter ein drohendes oder sogar schon bestehendes Fehlen von niedergelassenen Ärzten. Hierbei wurden vor allem die jetzt bereits fehlenden Fachärzte erwähnt, während ein Mangel an Hausärzten als eher zukünftiges aber bedeutendes Problem gesehen wurde. Als Grund für die bestehenden und vor allem erwarteten Probleme wird die Altersstruktur der Ärzteschaft angegeben: so würden viele der Ärzte aus Altersgründen bald ihre Praxis aufgeben, ohne dass sich bislang ein Nachfolger gefunden hätte. Die Folgen dieser Problematik seien schon jetzt lange Wege für Patienten, lange Wartezeiten für Termine und finanzielle Einbussen für die Ärzte, da oft deutlich mehr Patienten behandelt werden müssten, als das begrenzte Budget eigentlich erlaube.

Frage 2 – „Welche Lösungen bezüglich der von Ihnen genannten Probleme bzw. Problembereiche sehen Sie als wünschenswert bzw. notwendig an?“

Zur Frage nach möglichen Lösungen wurden verschiedene Ansätze genannt. Als notwendig wurde in erster Linie die Schließung der unmittelbar drohenden Versorgungslücken betrachtet, vor allem bei den Fachärzten. Daneben wurde auch die allgemeine Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung als wichtiges Ziel angegeben und eine Erleichterung der Ärzte für Niederlassungen bzw. Nachfolge von Arztpraxen.

Während in den Antworten zur Frage 1 vor allem die Thematik der niedergelassenen Ärzte dominierte, wurde im Bereich dieser Frage 2 auch darauf hingewiesen, dass eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten dringend notwendig sei. Die meisten der Ämter forderten, eine Versorgung direkt vor Ort auch in den ländlich geprägten Gebieten und nicht nur in den Städten sicherzustellen. Für den Bereich der niedergelassenen Fachärzte waren Kooperationen mit den Kliniken erwünscht.

Widersprüchlich war dagegen die Einstellung gegenüber der Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ): so wurde einerseits ein „Wildwuchs“ in diesem Bereich beklagt, andererseits aber gerade die Sicherstellung der Versorgung mittels eines MVZ gewünscht.

Frage 3 – „Haben Sie bereits Aktivitäten zur Lösung bezüglich der Probleme eingeleitet?“

In einigen Ämtern sind bereits eigenständige Vorhaben gestartet worden, um Lösungen für die Probleme der Versorgung mit niedergelassenen Ärzten zu finden. Viele der Vorhaben sind noch nicht abgeschlossen. Häufig wurde versucht, mit den Akteuren direkt eine Lösung zu finden - also die Praxisinhaber, die Kassenärztliche Vereinigung und die Universitäten (als Ausbilder) direkt anzusprechen und eine Tätigkeit in der jeweiligen Region attraktiver zu machen. Zur Steigerung der Attraktivität wurden nur in einem Einzelfall detailrei-

chere Maßnahmen aufgeführt wie Umzugsbeihilfen, Gewährleistung der Kindertagesbetreuung, Übernahme von Bürgschaften, Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung, Kfz-Sicherung, Bereitstellung von Praxisräumen (ggf. durch Umwandlung frei werdender Häuser), Unterstützung bei der Einrichtung von Callcentern und Entlastung von Büroarbeit.

6. Die konzeptionellen Vorschläge

Die Analyse der gegenwärtigen Versorgungssituation und -probleme in dem ländlichen Raum Nordfriesland sowie die daraus abgeleiteten konzeptionellen Vorschläge konzentrieren sich somit auf zwei Handlungsfelder:

- Handlungsfeld 1: Zukunftssichere Versorgung mit ärztlichem und pflegerischem Personal und
- Handlungsfeld 2: Entlastende Unterstützungsfunktionen für die Leistungserbringer (Kommunikation, Bürokratie, Finanzierung).

Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die entwickelten konzeptionellen Vorschläge „Integrierende Versorgung Nordfriesland“, die in diesem Kapitel dann im Detail vorgestellt werden.

Die entwickelten konzeptionellen Vorschläge auf die sich verständigt wurde, sind nur ein Ausschnitt der Möglichkeiten, die Gesundheitsversorgung in Nordfriesland gemeinsam zu verbessern. Die Vorschläge widmen sich einem Teil der dringendsten Probleme die im vorangegangenen Kapitel beschrieben worden sind, sind schnell umsetzbar, erfordern keine hohen Investitionen und lassen konkrete Ergebnisse erwarten.

Nr. Konzeptioneller Vorschlag	Erläuterung
Handlungsfeld 1: Zukunftssichere Versorgung mit ärztlichem und pflegerischem Personal	
1 Schaffung von Transparenz im Bereich niedrig- und höherschwelliger Angebote für Demenzkranke	Schaffung von wohnortnahen niedrighschwelligen Angeboten im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland mit dem Ziel der Unterstützung der pflegerischen Versorgung.
2 Weiterbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten für Pflegeberufe im Bereich der Geriatrie/ Gerontopsychiatrie	Aufgrund der demographischen Entwicklung wird der Bedarf an Pflegeleistungen in den kommenden Jahren ansteigen. Um den Bedarf an Pflegekräften zu decken können die Altenpfleger durch PflegehelferInnen unterstützt werden. Die Umschulungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Nordfriesland sollen erfasst und bei Bedarf erweitert, verbessert und vernetzt werden.
3 Ausbildungsmodell „Alles aus einer Hand“ für Allgemeinärzte	Um langfristig eine qualitativ hochwertige Versorgung durch Hausärzte zu gewähren, muss die Ausbildung in Nordfriesland attraktiver gestaltet werden. Alles aus einer Hand bedeutet, dass die Ausbildung zum Arzt komplett durch ein Krankenhaus organisiert wird und der Weiterbildungsassistent sich organisatorisch um nichts kümmern muss.
4 Einsatz von Telemedizin in der Psychiatrie	Einführung psychiatrischer Telemedizin zur Behandlung psychisch kranker Personen auf den Inseln und Halligen in Nordfriesland. Ziel ist eine qualitativ hochwertige psychische Versorgung kranker Personen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.
5 Akzeptanzerhöhung des Modellprojekts HELVER	Einsatz von Arzthelfern und Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung, um Hausärzte in den ländlichen Gebieten Nordfrieslands zu unterstützen und zu entlasten.
6 Förderung der Anwendung gemeinsamer Behandlungspfade zwischen den niedergelassenen Ärzten und Kliniken	Erstellung gemeinsamer Behandlungspfade für die Patienten zwischen den niedergelassenen Ärzten und Kliniken in Nordfriesland zur Schaffung von Transparenz und einem abgestimmten Leistungsspektrum.

Nr. Konzeptioneller Vorschlag	Erläuterung
7 Aufbau (virtueller) ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen	Bildung ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen gleicher (Fach-) Arzttrichtungen um die wohnortnahe medizinische Versorgung in Nordfriesland langfristig zu gewährleisten.
Handlungsfeld 2: Entlastende Unterstützungsfunktionen für die Leistungserbringer	
Kommunikation	
8 Fachgremium für die Geriatrie/ Gerontopsychiatrie	Bildung eines Fachgremiums aus Akteuren der Altenhilfe zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland.
Bürokratie	
9 Reduktion des administrativen Aufwandes im Bereich krankenkassenbezogener Informationen und die Bündelung der Nachfrage von Arztpraxen	Entlastung des Arztes von administrativen Tätigkeiten. Erreichung von Effizienzgewinnen in Arztpraxen und Kliniken. Die Ergebnisse des Projektes sollen helfen: die effektive Arbeitszeit der Ärzte zur Patientenbehandlung zu erhöhen; die Wirtschaftlichkeit zu steigern; die Arbeitsabläufe in Arztpraxen und Kliniken zu optimieren.
Finanzierung	
10 Finanzielle Anreizsysteme zur Unterstützung der Niederlassungsbereitschaft von Ärzten	Förderung der Ansiedlung neuer Haus- und Fachärzte in den ländlichen Gebieten Nordfrieslands durch die Gewährung von Niederlassungshilfen.

Systematik der einzelnen konzeptionellen Vorschläge

Die Darstellung der Handlungsfelder folgt einer einheitlichen Systematik:

- Projektname
- Projektpate
- Hintergrund und Projektvorschlag
- Projektziele
- Übergeordnete/s Ziel/e
- Umsetzung
- Mögliche Partner
- Bestehende Aktivitäten und Konzepte für Nordfriesland
- Modellprojekte
- Finanzierungsmöglichkeiten

Für jeden der Vorschläge sind Paten bestimmt worden. Inwieweit die Vorschläge realisiert werden, liegt in der Hand der Paten und Partner. Sie müssen zu jedem Zeitpunkt der Entwicklung prüfen und entscheiden, ob die Projekte bis zur Zielerreichung weiterverfolgt werden. Der Kreis Nordfriesland sollte diesen Prozess weiter begleiten und fördern - im Interesse der Kommunen und des Kreises im Bereich der Daseinsvorsorge.

Einordnung und Bewertung der konzeptionellen Vorschläge

Eine Einordnung und Bewertung der konzeptionellen Vorschläge in Bezug auf die identifizierten zentralen Probleme erfolgt in der Übersicht, die sich der Detailbeschreibung der einzelnen konzeptionellen Vorschläge anschließt.

6.1 Handlungsfeld 1: Zukunftssichere Versorgung mit ärztlichem und pflegerischem Personal

6.1.1 Konzeptioneller Vorschlag 1: Schaffung und Weiterentwicklung von Transparenz im Bereich niedrig- und höherschwelliger Angebote für Demenzkranke

Projektname	Schaffung und Weiterentwicklung von Transparenz im Bereich niedrig- und höherschwelliger Angebote für Demenzkranke
Projektpate	Adelheit Marcinczyk, Amt für Jugend, Soziales, Arbeit und Senioren des Kreises Nordfriesland
Hintergrund und Projektvorschlag	Der Anteil der über 75-Jährigen in Nordfriesland steigt in den kommenden Jahren von heute 9 % auf ca. 14 % im Jahr 2025 ³ . Mit der steigenden Anzahl an Hochbetagten wird sich zukünftig auch die Zahl an Demenzkranken erhöhen. Ein Bedürfnis älterer Menschen ist, so lange wie möglich selbstbestimmt in ihrer häuslichen Umgebung zu leben. Dies ist aufgrund der hohen psychischen Belastungen insbesondere für Demenzkranke und pflegende Angehörige schwierig. Eine Möglichkeit, dieses länger zu gewährleisten, könnte eine Kombination von niedrig- und höherschwelligen Angeboten für Demenzkranke sein.

Niedrigschwellige Angebote (häufig angeboten durch Gemeindehäuser) sind Angebote, in denen sich Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung um Pflegebedürftige kümmern. Die Betreuung findet in Gruppen oder im häuslichen Bereich statt.

Im Bereich der Demenzkranken können niedrigschwellige Angebote unterstützend im Alltag wirken. Beispiele für niedrigschwellige Angebote sind z. B. Orientierungstraining zur Stärkung eines selbstbestimmteren Lebens, Gedächtnistraining zur Bestätigung von sozialen Alltagsleistungen, Anregung und Unterstützung zur Erkennung von Alltagssituationen und adäquates Reagieren in Alltagssituationen, Anregung und Unterstützung bei sozialen Kontakten, entspannende Aktivitäten zum Erhalt und zur Förderung der Motorik und der Gesellschaftsfähigkeit⁴.

Höherschwellige Angebote (meist angeboten durch Therapeuten und Tageskliniken) dienen der therapeutischen Behandlung der Demenzkranken. Beispiele für höherschwellige Angebote sind: Aufbau einer engen Zusammenarbeit mit einem Facharzt (Neurologie), Beschäftigungstherapie mit Ergotherapeuten, Musiktherapie mit Musiktherapeuten, Beaufsichtigung bei Sturzgefährdung, Sitzwachen und Stuhl-/Sitzgymnastik mit ausgebildetem Leiter.

³ „Gestaltung der sozialen Systeme auf dem Hintergrund des demografischen Wandels“; Heft 2 • Empfehlungen der Arbeitsgruppen; Kreis Nordfriesland, Amt für Jugend, Soziales, Arbeit und Senioren

⁴ Weitere niedrigschwellige Angebote sind: Gespräche führen, Unterhaltungen fördern mit dem Ziel der Aktivierung, Gespräche und Zuwendung zum Erhalt psychischer Stabilität und Vermeiden emotionaler Krisen, individuell abgestimmte Leistungen je nach Interessengebiete (z. B. Singen, Basteln, Backen, Kochen), Beratung/Unterstützung zur Planung und Struktur des Tagesablaufes, Spaziergänge, Begleitung bei Behördengängen, Durchführung von Ausflügen, „Betreuer Urlaub“, Zeitungs- und Bücherlesungen, Durchführung eines Einkaufes, Beratung pflegender Angehöriger, Training des Langzeitgedächtnisses (Verarbeitung von Erinnerungen), Sprach- und Essübungen, glaubensbezogene Betreuung, Umgang mit Haustieren und Pflanzen vorrangig im ländlichen Bereich, Mitwirkung beim Aufbau einer Selbsthilfegruppe für Angehörige Demenzkranker, Besuch öffentlicher Veranstaltungen, Leidensdruck abbauen, intensive Beschäftigung mit Kräutern, "Stammtisch" - Info Nachmittage, Tanznachmittage, Kleintierpflege und Gymnastikstunden.

- Projektziele**
- Schaffung von Transparenz an niedrig- und höherschwelligen Angeboten für Demenzkranke in Nordfriesland.
 - Erkennen von Lücken an niedrig- und höherschwelligen Angeboten für Demenzkranke in Nordfriesland.

Die Projektziele unterstützen die übergeordneten Ziele bei der Verbesserung der pflegerischen Versorgung im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie (siehe konzeptioneller Vorschlag 2).

Übergeordnete Ziele

Das Projekt soll helfen:

- den Status Quo von wohnortnahen niedrig- und höherschwelligen Angeboten im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie zu ermitteln;
- die pflegerische Versorgung im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland zu unterstützen;
- niedrig- und höherschwellige Betreuungsangebote in Nordfriesland auf- bzw. auszubauen und zu vernetzen;
- eine angemessene Versorgungsstruktur in Nordfriesland gemäß § 45 c SGB XI (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) zu schaffen.

Umsetzung

Erster Schritt ist die Erfassung an niedrig- und höherschwelligen Angeboten für Demenzkranke in Nordfriesland. Aufgrund der erhaltenen Daten lässt sich ein Versorgungsplan für verschiedene Gebiete Nordfrieslands entwickeln, der eventuelle Versorgungslücken aufzeigt. Bei regionalen Defiziten kann ein Konzept, mit Vertretern verschiedener gesellschaftlicher Gruppen (Wohlfahrtsverbände, Bund, Länder) entwickelt werden, um Versorgungsengpässe zu beseitigen. Um das Angebot ggf. zu erhöhen, könnten z. B. Schulungen für freiwillige Helfer/innen durchgeführt werden.

Die niedrig- und höherschwelligen Angebote können in einer Datenbank erfasst werden und ggf. in Form einer Internetplattform oder einer Broschüre veröffentlicht werden. Die Broschüren könnten in Pflegestationen oder Ämtern ausliegen oder als Postwurfsendungen verteilt werden.

Mögliche Partner

Mögliche Partner des Projektes „Schaffung von Transparenz im Bereich niedrig- und höherschwelliger Angebote für Demenzkranke“ könnten sein:

- „AG 2: Wohnen im Alter und Infrastruktur“ im Rahmen des Projektes „Generationen handeln“ in Nordfriesland)
- Verschiedene Gesellschaften, Organisationen oder Vereine, die ihren Zweck in einem Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie haben, z. B. Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e. V.
- Wohlfahrtsverbände z. B. Arbeiter Samariter Bund, AWO, DRK
- Gesundheitsamt des Kreises Nordfriesland
- Amt für Jugend, Soziales, Arbeit und Senioren des Kreises Nordfriesland
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

Bestehende Aktivitäten und Konzepte für Nordfriesland

Bereits bestehende oder in Planung befindliche Aktivitäten in diesem Bereich für Nordfriesland werden im Folgenden exemplarisch genannt:

- Landesagentur Demenz: Die Landesagentur bietet ein Forum für alle, die sich in Schleswig-Holstein bezüglich der Weiterentwicklung von Betreuungs- und Angehörigengruppen sowie ambulanter Hilfsstrukturen für

Menschen mit Demenz und deren Angehörigen engagieren. Weitere Informationen unter: www.landesagentur-sh.de/index.php

Modellprojekte

- Alzheimer Gesellschaft Thüringen: Vom Sommer 2004 bis April 2009 wurde eine Koordinierungsstelle zur Implementierung niedrigschwelliger Betreuungsleistungen durch das Land Thüringen und den Pflegekassen gefördert. Ziel war es, eine flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum Thüringens mit entlastenden Angeboten für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu schaffen. Die Arbeit erfolgte nach folgender Struktur: Als erstes wurde die Beratung und Entwicklung niedrigschwelliger Betreuungsangebote analysiert, daraufhin wurden Schulungen durchgeführt und die Angebote organisiert. In einem letzten Schritt wurde eine Vernetzung zwischen den bestehenden Angeboten vorgenommen. Die Ergebnisse wurden in Fachbeiträgen veröffentlicht. Informationen und Ergebnisse unter: http://www.alzheimer-thueringen.de/index/alzheimer_gesellschaft/index_modellprojekt_alt.html
- Niedersachsen: Entwicklung einer Internetplattform durch ein Projekt der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.. Die Plattform richtet sich in erster Linie an Einrichtungen, die niedrigschwellige Betreuungsangebote anbieten und aufbauen möchten sowie an Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus dem Pflege-, Gesundheits- und Sozialbereich, die über niedrigschwellige Betreuungsangebote informieren und beraten. Weitere Informationen unter: www.niedrigschwellige-betreuungsangebote-nds.de

Finanzierungsmöglichkeiten

Das Projekt könnte eventuell durch folgende Institutionen unterstützt werden:

- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein
- Förderung nach § 45 c SGB XI durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zum Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige

6.1.2 Konzeptioneller Vorschlag 2: Weiterbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten für Pflegeberufe im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland

Projektname Weiterbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten für Pflegeberufe im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland

Projektpate Maria Carstensen, Leiterin der Krankenpflegeschule des Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen Nordfriesland gGmbH (BiZ NF); Klaus Blümling, Geschäftsführer BiZ NF

Hintergrund und Projektvorschlag Der Anteil der über 75-Jährigen in Nordfriesland steigt in den kommenden Jahren von heute 9 % auf ca. 14 % im Jahr 2025⁵. Künftig ist aufgrund des steigenden Anteils Älterer mit einer Nachfrageveränderung hin zu mehr altersspezifischen und altersgerechten Infrastrukturen und Dienstleistungen zu rechnen. Geriatriische Themen werden im Gesundheitsbereich zunehmend bedeutsamer werden. Der steigende Bedarf an Pflegeleistungen erfordert zukünftig mehr qualifiziertes Pflegepersonal, um die Qualität in der Pflege aufrecht erhalten zu können. Eine besondere Herausforderung in diesem Zusammenhang ist die ambulante Pflege in den ländlichen Gebieten Nordfrieslands. Neben dem kombinierten Ausbildungsmodell für Alten- und Krankenpfleger sind die Weiterbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten ein weiterer Baustein für die qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung älterer Menschen. In diesem Zusammenhang können die folgenden drei verschiedenen Ausbildungen/Fortbildungen, die Ausbildung zum/zur AltenpflegehelferIn (Ausbildungszeit eineinhalb Jahre), die Fortbildung zum/zur Pflegeassistenten/in (Ausbildungszeit drei Monate) und die Fortbildung zur Fachkraft für gerontopsychiatrische Betreuung und Pflege, den steigenden Bedarf an Pflegeleistungen decken.

Die Ausbildung zum/zur AltenpflegehelferIn in Schleswig-Holstein ist aufgeteilt in einen Theorieblock und einem Praktikum. AltenpflegehelferInnen haben geringere Kompetenzen als AltenpflegerInnen und übernehmen nur die pflegerischen Aspekte und nicht die Medizinischen. Die AltenpflegehelferInnen übernehmen Tätigkeiten, wie z. B. aus der Zeitung vorlesen oder spazieren gehen, für die im Alltag der AltenpflegerInnen zu wenig Zeit vorhanden ist. Das Angebot der Weiterbildung bzw. Umschulung zum/zur AltenpflegehelferIn richtet sich nicht in erster Linie an junge Menschen, die einen Beruf in der Pflegebranche suchen, sondern an Personen mittleren Alters die keine Ausbildung gemacht haben, oder an Menschen die nach langer Pause nicht in ihren gelernten Beruf zurück wollen und nun gern im Pflegebereich tätig werden möchten.

Das Ziel der Fortbildung zum/zur Pflegeassistenten/in ist die Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne Pflegeausbildung zum Einsatz in ambulanten und stationären Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege im Sinne einer Alltagsbegleitung. Die Fortbildung vermittelt ein fachliches Fundament für den grundpflegerischen Bereich. Die Pflegeassistenten übernehmen Tätigkeiten wie z. B. Anlegen von einfachen Umschlägen, Einbinden der Beine, Fieberthermometer verabreichen, druckfreie Lagerung. Des Weiteren helfen die Assistenten bei alltäglichen Verrichtungen wie Aufstehen, Anziehen, Haare waschen, Spaziergängen, Betten machen, Betten beziehen, Ordnung in den Wohnungen halten und Wäsche waschen.

⁵ „Gestaltung der sozialen Systeme auf dem Hintergrund des demografischen Wandels“; Heft 2 • Empfehlungen der Arbeitsgruppen; Kreis Nordfriesland; Amt für Jugend, Soziales, Arbeit und Senioren

Der dritte Weiterbildungsschwerpunkt kann in der Fortbildung zur Fachkraft für gerontopsychiatrische Betreuung und Pflege liegen. Die ständig zunehmende Zahl von psychisch erkrankten/gestörten alten Menschen führt zu hohen Anforderungen in der Pflege. Die Anforderungen führen dazu, dass eine verbesserte Qualifikation in der Gerontopsychiatrie notwendig wird, um eine sichere und sachgemäße Pflege zu gewährleisten. Die Weiterbildung richtet sich an Pflegekräfte und Fachkräfte in der sozialen und/oder therapeutischen Arbeit, im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich. Die Teilnahmevoraussetzungen sind neben einem Berufsabschluss in der Kinderkranken-, Kranken- oder Altenpflege eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in der Alten- oder Krankenpflege. Das Ziel der Fortbildung ist die Vermittlung von fundiertem Fachwissen und die Erweiterung der psycho-sozialen Kompetenz im Umgang mit psychisch erkrankten/gestörten alten Menschen.

Projektziel

Ermittlung des Status Quo (aktuelles Angebot und Bestand) an Weiterbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten zum/zur PflegehelferIn, zum/zur Pflegeassistenten/in und zur Fachkraft für gerontopsychiatrische Betreuung und Pflege zur Förderung und Vernetzung der bestehenden Angebote. Das Projektziel unterstützt die übergeordneten Ziele bei der Verbesserung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen.

Übergeordnete Ziele

Die übergeordneten Ziele dienen der Verbesserung der pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Das Projekt soll helfen:

- in der Zukunft eine qualitativ hochwertige Pflegeversorgung der älteren Menschen in Nordfriesland zu ermöglichen;
- den Verbleib älterer pflegebedürftiger Menschen im häuslichen Umfeld sicherzustellen.

Umsetzung

Zunächst muss der Bestand an Umschulungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten zum/zur PflegehelferIn, der Bestand an Weiterbildungsmöglichkeiten zum/zur Pflegeassistenten/in sowie zur Fachkraft für gerontopsychiatrische Betreuung und Pflege in Nordfriesland erfasst werden. Aufgrund der erhaltenen Daten lässt sich eine Übersicht erstellen, die den zukünftigen Bedarf erkennen lässt. Bei einem Angebotsdefizit kann gemeinsam mit Vertretern verschiedener gesellschaftlicher Gruppen z. B. ausbildende Organisation, ausbildende Unternehmen, Gesundheitsamt, Landesregierung ein Konzept erstellt werden, um eventuelle Engpässe zu beseitigen. Zusätzlich sollte in dem Konzept festgelegt werden, wie vermehrt für die drei Weiterbildungs-/Ausbildungsgänge geworben werden kann und wie Ausbildungsstellen möglicherweise vernetzt werden können. Ziel ist es am Ende des Projektes in Form einer Broschüre oder Internetplattform über die Umschulungs- bzw. Weiterbildungsmöglichkeit zur/zum AltenpflegehelferIn, zum/zur Pflegeassistenten/in und zur Fachkraft für gerontopsychiatrische Betreuung und Pflege zu informieren.

Mögliche Partner

Mögliche Partner des Projektes in Nordfriesland könnten sein:

- Gesundheitsamt des Kreises Nordfriesland
- Ökumenisches Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen gGmbH
- Kliniken in Nordfriesland
- Wohlfahrtsverbände (z. B. DRK, AWO, Diakonie)
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

- Bestehende Aktivitäten und Konzepte in Nordfriesland** Bereits bestehende oder in Planung befindliche Aktivitäten im Bereich der o. g. Umschulungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten werden im Folgenden exemplarisch genannt:
- eine Pflegeassistenten-Ausbildung wird von der Diakonie Rendsburg und dem DRK Landesverband Schleswig-Holstein e. V. angeboten. Die Ausbildung in Nordfriesland wird in den Räumen von Krankenkassen und Diakonie durchgeführt.
- Modellprojekte**
- Staatlich anerkannte Fachschule für Altenpflege in Heide: Ausbildungsstelle des Deutschen Roten Kreuzes, in dem einmal pro Jahr eine Ausbildung als AltenpflegehelferIn angeboten wird
 - Fortbildung zur Fachkraft für gerontopsychiatrische Betreuung und Pflege: Die Fortbildung erfolgt in 720 Unterrichtsstunden am Institut für Weiterbildung in der Kranken- & Altenpflege (IWK) Delmenhorst. Weitere Informationen unter: <http://www.i-w-k.de/cms/beitrag/10001942/1568728/>
 - Ökumenisches Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen (ÖBiZ) in Flensburg: Verschiedene Angebote der Fort- und Weiterbildung im geriatrischen Bereich. Weitere Informationen unter: <http://www.oebiz.de>
- Finanzierungsmöglichkeiten** Das Projekt könnte eventuell durch folgende Institutionen unterstützt werden:
- Europäischer Sozialfonds
 - Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

6.1.3 Konzeptioneller Vorschlag 3: Ausbildungsmodell „Alles aus einer Hand“ für Allgemeinärzte

Projektname	Ausbildungsmodell „Alles aus einer Hand“ für Allgemeinärzte
Projektpate	Klaus Blümling, Leiter des Bereichs Personalmanagement am Klinikum Nordfriesland; Frank Pietrowski, Geschäftsführer Klinikum Nordfriesland
Hintergrund und Projektvorschlag	<p>Ein Problembereich der medizinischen Versorgung im ländlichen Gebiet ist die Nachfolge für bestehende Arztstühle. Viele junge Ärzte sehen in Städten eine höhere Attraktivität zur Praxisübernahme als in ländlichen Gebieten.</p> <p>Traditionell übernehmen in Nordfriesland jüngere Kollegen aus den Krankenhäusern, die mit den regionalen Gegebenheiten vertraut sind, die Arztstühle von den in den Ruhestand gehenden Hausärzten. Um auch langfristig eine qualitativ hochwertige und ausreichende Versorgung durch Hausärzte - besonders in den ländlichen Gebieten - zu gewährleisten, muss der Standort Nordfriesland für Ärzte alle Möglichkeiten nutzen um attraktiver zu werden. Eine Möglichkeit, um das Nachfolgeproblem zu entschärfen, ist die Entwicklung eines kombinierten Ausbildungsmodells für Allgemeinmediziner. Die Zahl der potenziellen Nachfolger für Praxen kann durch solch ein attraktives Ausbildungsmodell erhöht werden.</p> <p>Die Ausbildung für Ärzte nach der universitären Ausbildung erfolgt in einer fünfjährigen Facharztausbildung. Die ersten drei Jahre werden zunächst stationär und die letzten beiden Jahre ambulant in einer Vertragspraxis als Weiterbildungsassistent absolviert.</p> <p>Die Zusammenstellung der einzelnen Ausbildungsmodule wird zurzeit durch die Nachwuchsmediziner selbst organisiert. Je nach Länge der Arbeitsverträge in den stationären und ambulanten Ausbildungsstellen, müssen während der gesamten Facharztausbildung mehrfach Bewerbungen für eine neue Stelle erfolgen. Sind keine nahtlosen Übergänge zwischen den einzelnen Ausbildungsstellen möglich, entstehen Pausen in der Ausbildung. Mit den wechselnden Ausbildungsstellen sind häufig auch Wohnortwechsel verbunden.</p> <p>Durch eine zentrale Organisationsstelle in Nordfriesland könnte ein Ausbildungsmodell „Alles aus einer Hand“ für Nachwuchsärzte angeboten werden, das die Organisation der Ausbildung erleichtert. Ein „Best Practice Beispiel“ dafür ist das Konzept der Sana Kliniken in Lübeck. Dieses Modell kann ein Vorbild für ein vergleichbares Ausbildungsmodell in Nordfriesland sein. Um den jungen Ärzten eine Planungssicherheit zu geben, wird in Lübeck erstmals in Schleswig-Holstein eine Ausbildung „aus einer Hand“ angeboten. Dabei kooperieren die Kliniken mit niedergelassenen Hausärzten vor Ort, um den Nachwuchsärzten einen nahtlosen Übergang zwischen den einzelnen Ausbildungsstellen zu ermöglichen. In einem Vertrag zwischen den Kliniken und Ärzten wird in Lübeck eine dreijährige Ausbildung in einem Klinikverbund mit anschließender Vermittlung zu einer Vertragspraxis festgelegt. Durch dieses Modell steigt die Planungssicherheit, die organisatorischen Probleme der Ausbildung zum Allgemeinmediziner verringern sich mit der Folge, dass der anbietende Standort für die Arztausbildung und eine spätere Niederlassung attraktiver wird und so einen Beitrag zur Sicherung der zukünftigen ärztlichen Versorgung leistet.</p> <p>Abbildung 26 zeigt den möglichen Verlauf der Ausbildung in den Kliniken Nordfriesland.</p>

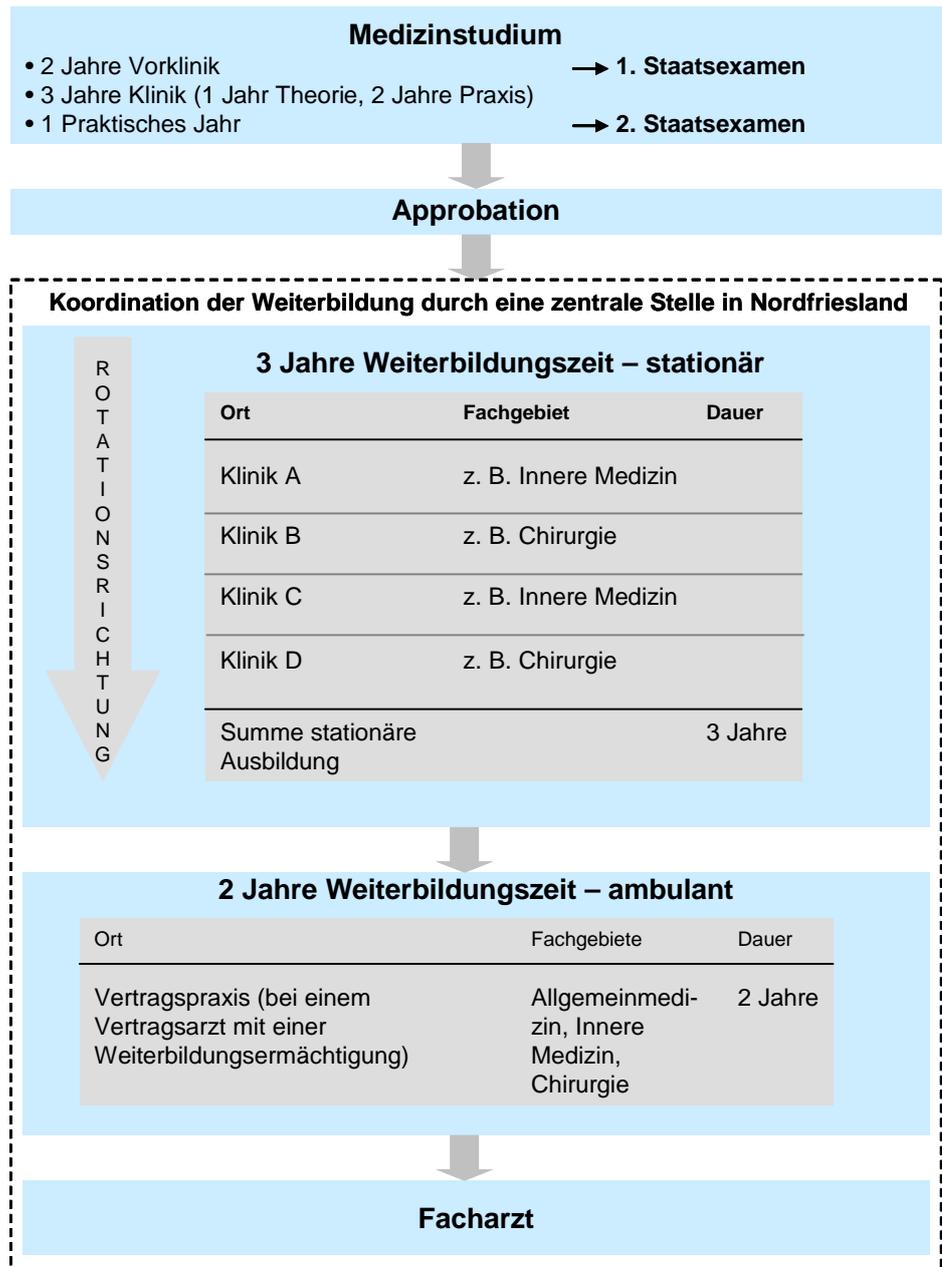


Abbildung 26: Möglicher Ausbildungsplan für Allgemeinärzte in Nordfriesland

Quelle: dsn, eigene Erstellung, in Anlehnung an den Rotations- und Weiterbildungsplan der Sana Kliniken Lübeck GmbH

Projektziel

Schaffung eines strukturierten Ausbildungsmodells für Allgemeinärzte in Nordfriesland. Das Projektziel unterstützt die übergeordneten Ziele bei der Sicherung der qualitativen medizinischen Versorgung in Nordfriesland in der Zukunft.

Übergeordnete Ziele

Die übergeordneten Ziele des Projektes „Ausbildungsmodell 'Alles aus einer Hand' für Allgemeinärzte“ dienen dazu die Ausbildungsverläufe organisatorisch zu erleichtern. Das Ausbildungsmodell soll helfen:

- eine qualitativ hochwertige vorhandene medizinische Versorgung durch Hausärzte in Nordfriesland zu erhalten;
- die Attraktivität der Arztausbildung in Nordfriesland zu erhöhen.

Umsetzung

Es wird vorgeschlagen, in Zusammenarbeit mit den Zuständigen für die Ausbildung von Fachärzten in Nordfriesland sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und dem Kreis Nordfriesland ein Konzept zu erarbeiten, um ein Ausbildungsmodell für Allgemeinärzte „Alles aus einer Hand“ anzubieten. Auf Berufsmessen, im Internet und an den Universitäten könnte Werbung für dieses Modell gemacht werden. Im Rahmen von Marketingmaßnahmen für Ausbildungen im Gesundheitsbereich könnte das Ausbildungsmodell „Alles aus einer Hand“ als ein serviceorientiertes Leuchtturmprojekt präsentiert werden.

Nach der Konzepterstellung folgt eine Planungsphase von etwa neun Monaten bis zur Durchführung. Das Ausbildungsmodell könnte mit zwei aufeinanderfolgenden Modelljahrgängen beginnen. Nach den ersten zwei Jahren können mögliche aufgetretene Probleme zur Verbesserung des Konzepts beseitigt werden, um die Ausbildung weiterer Jahrgänge zu optimieren.

Sind die ersten zwei Jahre der stationären Ausbildung absolviert, sollten die Weiterbildungsassistenten/innen Angebote für die ambulante Ausbildung erhalten, um einen nahtlosen Übergang von der stationären zur ambulanten Ausbildung zu gewährleisten. Bereits bei Beginn der zweijährigen ambulanten Ausbildung könnten die Ausbildungsassistenten/innen zusätzlich in einen Pool für potenzielle Praxisübernehmer aufgenommen werden, um längerfristig Praxisübernahmen direkt nach Beendigung der Ausbildung zu planen.

Mögliche Partner

Mögliche Partner des Projektes „Ausbildungsmodell 'Alles aus einer Hand' für Allgemeinärzte“ könnten sein:

- Ärztekammer Schleswig-Holstein
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
- Kliniken in Nordfriesland
- Krankenkassen
- Kommunen

Bestehende Aktivitäten und Konzepte in Nordfriesland

Bereits bestehende oder in Planung befindliche Aktivitäten in diesem Bereich in Nordfriesland werden im Folgenden exemplarisch genannt:

- Klinikum Nordfriesland bildet Allgemeinärzte aus; Vermittlung an Hausarztpraxen; Gespräche zwischen Kliniken mit KV SH

Modellprojekte

- Sana Kliniken Lübeck GmbH: Die Kliniken bieten seit Mitte 2008 eine fünfjährige Ausbildung zum Allgemeinmediziner an; weitere Informationen unter:
http://www.kvsh.de/db2b/upload/news/2498_pm_verbundweiterbildungskonzept_gegen_aerztmangel.pdf
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern: Seit Mitte des Jahres 2007 gibt es in der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern das Referat Verbundweiterbildung. Dort werden Weiterbildungsstellen im stationären und ambulanten Bereich koordiniert. Ziel ist die Gewährleistung einer durchgängigen fünfjährigen Weiterbildung an einem Standort. Weitere Informationen unter:
<http://www.kvmv.info/aerzte/42/20/Verbundweiterbildung.htm>
- Projekt „Praktische Zukunft - Junge Ärzte im Kinzigtal“: Im Kinzigtal wurde durch Zusammenarbeit der AOK Baden-Württemberg, der OptiMedis AG und der Gesundes Kinzigtal GmbH das Projekt „Praktische Zukunft - Junge Ärzte im Kinzigtal“ initiiert. Geboten werden eine strukturierte und ziel-

gerichtete fünfjährige Ausbildung zum Allgemeinmediziner, die Arbeit in einem integrierten Vollversorgungsprogramm, medizinische und unternehmerische Zusatzqualifikationen, die Mitarbeit an neuen Präventions- und Versorgungskonzepten, Studienreisen in die USA und die Schweiz, eine durchgängige Vergütung auf Klinikniveau und die Aussicht auf einen Arztsitz. Weitere Informationen unter: http://aerzte.gesundes-kinzigtal.de/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=16

Finanzierungsmöglichkeiten

Das Projekt könnte eventuell durch folgende Institutionen unterstützt werden:

- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
- Kreis Nordfriesland
- Kliniken in Nordfriesland
- Krankenkassen
- Kommunen

Ergänzende Empfehlung

Ein Praktikum kann der erste Schritt für eine Bindung an den Standort Nordfriesland sein. Eine ergänzende Maßnahme für Medizinstudenten, die ein Praktikum in Nordfriesland durchführen wollen, könnte – zur Erleichterung der Standortentscheidung – z.B. das Angebot eines Mietzuschusses sein; insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der jeweiligen Universitätsstadt des Praktikanten die Wohnung weiter gemietet werden muss. Das Ausbildungsmodell und die Unterstützung eines Praktikums in Nordfriesland könnten einen Beitrag dazu leisten, ein modernes Image des ambulanten und stationären Bereiches in Nordfriesland bei den Studentinnen und Studenten zu entwickeln.

6.1.4 Konzeptioneller Vorschlag 4: Einsatz von Telemedizin in der Psychiatrie

Projektname	Einsatz von Telemedizin in der Psychiatrie
Projektpate	Dr. Anke Bauer, Fachkliniken Nordfriesland
Hintergrund und Projektvorschlag	<p>Die psychiatrische Versorgung in den ländlichen Gebieten Nordfrieslands ist unzureichend. Das äußert sich insbesondere durch lange Wartezeiten in der ambulanten Versorgung sowie in einer geringen Zahl von Angeboten zur Prophylaxe. Zurzeit liegen die Wartezeiten für psychiatrische Patienten bei mindestens vier Monaten. Probleme, die die unzureichende Zahl an Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie verstärken, sind zum einen die Niederlassungsbegrenzungen und zum anderen die Regelungen zur Behandlung in Institutsambulanzen. In den Ambulanzen werden momentan nur Personen behandelt, die mindestens einmal zuvor stationär versorgt wurden. Es sind derzeit 12 Fachärzte der Psychiatrie und Psychotherapie⁶⁺⁷ in Nordfriesland zugelassen, überwiegend ansässig in größeren Städten/Gemeinden. Diese Zahl beschränkt sich auf die niedergelassenen Fachärzte (zusätzlich gibt es einige niedergelassene Kollegen anderer Fachrichtungen mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation). Das Durchschnittsalter bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie liegt bei 57 Jahren, während das Durchschnittsalter der Vertragsärzte in der Bundesrepublik Deutschland bei 51,7 Jahren liegt. Aufgrund von sinkenden Neuzulassungen sowie des hohen Durchschnittsalters ist die zukünftige Versorgung im Bereich der Psychiatrischen Medizin gefährdet.</p> <p>Weitere Probleme der ärztlichen Versorgung ergeben sich durch die Verteilung der 12 Fachärzte auf nur acht Städte/Gemeinden in Nordfriesland. Zum einen sind die Anfahrtswege für Patienten in den ländlichen Gebieten, den Inseln und Halligen zum Teil sehr lang, zum anderen sollte beachtet werden, dass die Wahl eines Psychiaters von mehreren Faktoren abhängt. So haben die Ärzte verschiedene Schwerpunkte, einige Erkrankungen können möglicherweise nicht von jedem Arzt behandelt werden. Außerdem sind Sympathie und das Vertrauen zwischen Arzt und Patienten entscheidend für den Behandlungsverlauf. Es kann z.B. sein, dass der Anfahrtsweg des Patienten zum nächstgelegenen Arzt nur wenige Kilometer beträgt, der Patient aus den oben genannten Gründen jedoch einen weiter entfernten Arzt wählt. Abbildung 27 zeigt die Distanzen zwischen den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie⁷ und den Patienten.</p>

⁶ Husum (4 Ärzte); Niebüll, Breklum (je 2 Ärzte); Westerland, Ockholm, Friedrichstadt, Tönning (je 1 Arzt)

⁷ Dazu zählen hier: Neurologen, Nervenärzte und Psychiater

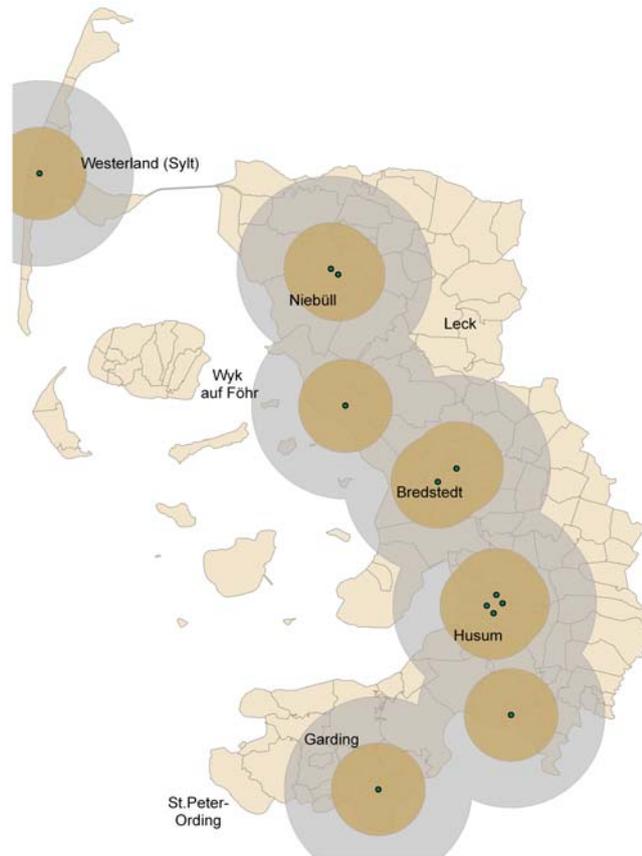


Abbildung 27: Distanzen zwischen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Patienten, dargestellt durch Kreise mit einem Radius von fünf bzw. zehn Kilometern

Quelle: dsn, eigene Erstellung

Patienten, die innerhalb der kleinen Kreise wohnen, haben eine Entfernung von fünf Kilometern Luftlinie oder weniger bis zum nächsten Facharzt; Einwohner innerhalb der großen Kreise von zehn Kilometern Luftlinie oder weniger. Hinzuzufügen ist, dass die tatsächlichen Wege zu den Ärzten – aufgrund des Straßennetzes – möglicherweise länger sind als die Luftliniendistanzen. Einige Teile Nordfrieslands weisen zusätzlich eine weitaus höhere Distanz als zehn Kilometer Luftlinie zwischen Patient und Facharzt auf – insbesondere die Inseln und Halligen und das östliche Randgebiet. Möglicherweise kann das östliche Randgebiet durch einen anderen Kreis psychiatrisch versorgt werden.

Aus der Abbildung lässt sich erkennen, dass die Distanzen zwischen Patient und Arzt in Nordfriesland groß sind. Auch im Bereich der Inseln und Halligen sowie den östlichen Randgebieten ist eine wohnortnahe Versorgung nicht gegeben. Besonders im Bereich der Gerontopsychiatrie – viele eingeschränkt mobile Patienten – ist eine wohnortnahe Versorgung von großer Bedeutung.

Ein Lösungsbeitrag bezüglich der mangelnden psychiatrischen Versorgung in den ländlichen Gebieten, Inseln und Halligen könnte der Einsatz von Telemedizin zur psychiatrischen Versorgung sein. Die zu behandelnden Krankheiten

in der Psychiatrie sind überwiegend Depressionen, demenzielle Erkrankungen, Schizophrenien und Alkohol-/Schmerzmittelabhängigkeiten. In einem Pilotprojekt des Bezirksklinikums Regensburg wurde der Einsatz telemedizinischer Gerontopsychiatrie getestet. Mittels Videokonferenzen mit stationären und ambulanten Patienten in der Psychiatrie wurde eine Diagnose bzw. Behandlung durchgeführt. In einem zusätzlichen Chatfenster wurden Erklärungen, Abbildungen und Vorschläge zur Medikamentenverordnung zur Veranschaulichung und fehlerreduzierten Informationsübermittlung schriftlich dargestellt. Das größte Problem bezüglich einer Realisierung eines Projektes in der Telemedizin ist die Akzeptanz von Ärzten und Patienten, dies kann auch in Nordfriesland zunächst zu einer negativen Einstellung gegenüber der telemedizinischen Behandlung führen. Im Pilotprojekt des Bezirksklinikums Regensburg zeigte sich jedoch, dass das Akzeptanzproblem nur anfänglich bei den Patienten bestand. Nach ausführlicher Erklärung des Verfahrens lehnten lediglich 10 % der Patienten eine telemedizinische Behandlung ab. Vorbehalte von Ärzten gegenüber dem Projekt bestätigten sich nicht. Seitens der Klinik erwies sich die Durchführung als effektiv und kostengünstig. Hinzu konnten die Patienten gemeinsam allgemeinmedizinisch und fachärztlich behandelt werden. Das Klinikum sieht aufgrund des schnellen und reibungslosen Informationsflusses sowie der guten Dokumentation der Untersuchung ein großes Potenzial für die telemedizinische Behandlung in der Gerontopsychiatrie.

Projektziel	Einführung psychiatrischer Telemedizin in der Versorgung psychisch kranker Personen.
Übergeordnete Ziele	Qualitativ hochwertige psychiatrische Versorgung kranker Personen die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind (Bewohner von Alten-, Wohn-, oder Pflegeheimen) und Personen in ländlichen Gebieten, auf Inseln und Halligen.
Umsetzung	<p>Für die Durchführung des Projektes sind u. a. folgende Meilensteine von Relevanz:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Durchführung einer Informationsveranstaltung zur Akzeptanzerhöhung der Telemedizin▪ Finanzierungspartner akquirieren▪ Aufbau eines Netzwerkes (Ärzte, Kliniken, Beratungsstellen)▪ Entwicklung von Qualitätsstandards zur telemedizinischen Untersuchung/Behandlung▪ Auswahl eines technischen Anbieters
Mögliche Partner	<p>Mögliche Partner des Projektes „Telemedizin in der Psychiatrie und Gerontopsychiatrie“ könnten sein:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein▪ Krankenkassen▪ Kliniken in Nordfriesland▪ Niedergelassene Ärzte in Nordfriesland▪ Bundesministerium für Bildung und Forschung▪ Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe▪ Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein▪ Ärztekammer Schleswig-Holstein

- Partner des Projektes Halligretter
- Insel- und Halligkonferenz

Bestehende Aktivitäten und Konzepte in Nordfriesland

Bereits bestehende oder in Planung befindliche Aktivitäten in diesem Bereich in Nordfriesland werden im Folgenden exemplarisch genannt:

- Im Rahmen der Nachhaltigkeitsstrategie für die Biosphäre Halligen ist ein telemedizinisches Projekt zur Notfallversorgung vorgeschlagen.

Modellprojekte

- Pilotprojekt: Telemedizinische Konsile in der Gerontopsychiatrie; weitere Informationen unter:
<http://www.medknowledge.de/abstract/med/med2004/10-2004-28-telepsychiatrie-da.htm>
- Telepsychiatrische Konsultation in mittelfränkischen Krankenhäusern;
http://www.schattauer.de/index.php?id=2148&no_cache=1&artikel=23795

Finanzierungsmöglichkeiten

Das Projekt könnte eventuell durch folgende Institutionen unterstützt werden:

- Krankenkassen
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

6.1.5 Konzeptioneller Vorschlag 5: Akzeptanzerhöhung des Modellprojekts HELVER (arztHELferinnen in der ambulanten VERsorgung)

Projektname	Akzeptanzerhöhung des Modellprojekts HELVER (arzt-HELferinnen in der ambulanten VERsorgung)
Projektpate	Marion Sellier; Praxismanagerin, Mitglied des Gesundheitsausschusses des Kreises Nordfriesland
Hintergrund und Projektvorschlag	<p>Im ländlichen Raum Nordfrieslands kann die wohnortnahe medizinische Versorgung des Patienten durch Hausbesuche zurzeit noch sichergestellt werden. Insbesondere für die ländlichen Gebiete ist die ärztliche Versorgung in Form von Hausbesuchen von hoher Bedeutung. Doch diese Versorgungsform durch den Hausarzt mit sehr hoher Servicequalität ist gefährdet. Im Kreis Nordfriesland erreichen bis zum Jahr 2015 ca. 35 % aller Hausärzte das Rentenalter (65 Jahre). Die ortsnahe Nachbesetzung der Hausarztsitze ist zukünftig stark gefährdet, da die Anzahl potenzieller Nachfolger in Nordfriesland zu gering ist.</p> <p>Im Zuge des demographischen Wandels steigt das Durchschnittsalter der Bevölkerung. Die Zahl der Hochbetagten (ab 75 Jahren) wird sich bis zum Jahr 2025 nahezu verdoppeln. Damit steigt auch der Bedarf an medizinischen Dienstleistungen. Aufgrund der schwierigen Mobilität in den ländlichen Gebieten und der zu erwartenden steigenden körperlichen Mobilitätseinschränkungen wird der Hausbesuch immer wichtiger.</p> <p>Ein Lösungsbeitrag zur Problematik der zukünftig gefährdeten Versorgung kann der Einsatz von geschulten Arzthelfern und Arzthelferinnen zur Unterstützung der Hausärzte bei der Durchführung von Hausbesuchen, gemäß dem Modell „HELVER“ (arztHELferinnen in der ambulanten VERsorgung), sein. Die Aufgabe eines „HELVERs“ ist die Versorgung von Älteren und/oder chronisch Kranken durch Hausbesuche. Die ausgebildeten „HELVER“ erlangen durch eine Fortbildung zwei Zertifikate. Im Bereich des Fachzertifikats „Patientenbegleitung und Koordination“ erhalten die ArzthelferInnen eine Schulung bezüglich der Kommunikation, Wahrnehmung und Motivation mit/von Patienten, der Interaktion mit chronisch Kranken sowie der Koordination und Organisation von Therapie und Sozialmaßnahmen. Für den Erhalt des Fachzertifikats „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ werden die ArzthelferInnen über häufige Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen, geriatrisches Basisassessment, Wund- und Versorgungsmanagement, die Dokumentation und das Fachgespräch unterrichtet. Die Ausbildung eines „HELVERs“ ist in Abbildung 28 dargestellt.</p>

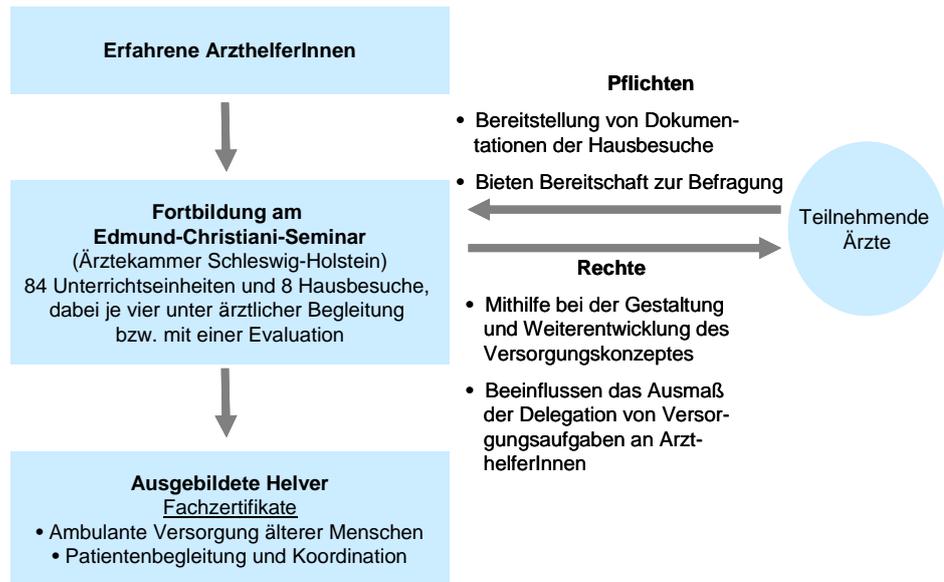


Abbildung 28 Die Ausbildung eines „HELVER’s“

Quelle: dsn, eigene Erstellung

Ein weiteres positives Modell zur Entlastung des Hausarztes ist das Konzept „AGnES“. Vergleichbar mit dem Projekt „HELVER“ ist es indes nicht. Die Fachkräfte im Projekt „AGnES“ (Gemeindeschwestern und Krankenschwestern) werden mit einem anderen Schwerpunkt (Pflege) ausgebildet und werden dementsprechend auch anders eingesetzt. „HELVER“ hingegen hat als Mittelpunkt die ärztliche Versorgung und nicht die Pflege. Des Weiteren übernehmen beim Projekt „HELVER“ beim Arzt angestellte medizinische Fachkräfte die Tätigkeiten, während bei „AGnES“ Gemeindeschwestern oder Krankenschwestern beschäftigt sind.

„AGnES“ wurde 2004 vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald entwickelt. Seit August 2005 läuft das Projekt „AGnES“ (Arztentlastende, Gemeindefähige, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), das vom Landesministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern unterstützt wird, auf der Insel Rügen. Im Juli 2006 startete in Lübbenau in Brandenburg ein weiteres vergleichbares Projekt. Zu den Aufgaben der Krankenschwestern gehört die gesundheitliche Überwachung des Patienten, in vielen Fällen unterstützt durch telemedizinische Technik. Zusätzlich werden je nach Bedarf und Notwendigkeit bei älteren Patienten verschiedene Vorsorgemaßnahmen durchgeführt. Dazu zählen unter anderem eine Sturzprophylaxe und Medikamentenkontrolle sowie eine altersbedingte Beurteilung der Fähigkeiten und Defizite (Geriatrisches Assessment). Die Gemeindeschwestern führen Tätigkeiten wie die Erhebung diagnostischer Parameter (z. B. Blutdruck- und Blutzuckerwerte), standardisierte Beurteilungen des Gesundheitszustandes sowie medizinische Tätigkeiten (z. B. Blutentnahmen) durch.

Im Jahr 2008 wurde das Konzept „AGnES“ durch Hausärzte und Patienten evaluiert. Rund 91 % der befragten Ärzte befinden das Konzept als arztentlastend und 88 % sind der Meinung, dass sich „AGnES“ positiv auf die Compliance des Patienten auswirkt. Rund 99 % der befragten Patienten finden, dass die Gemeindeschwester eine kompetente Ansprechpartnerin bei Gesundheits-

fragen ist⁸. Somit wurde das Konzept von allen Beteiligten fast einstimmig als positiv wahrgenommen.

Aufgrund der positiven Evaluationen des Projektes „AGnES“ lässt sich vermuten, dass die arztentlastenden Tätigkeiten der „HELVER“ ebenfalls zu einer positiven Beurteilung führen werden. Laut Aussage des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, sind vorerst keine weiteren arztentlastenden Projekte in Schleswig-Holstein von der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Ärztekammer in Planung⁹. Gerade aus diesem Grund sollte ein Schwerpunkt auf die Erhöhung der Akzeptanz des Projektes „HELVER“ gelegt werden.

Projektziel

Aufrechterhaltung einer patientengerechten wohnortnahen ambulanten Versorgung in den ländlichen Gebieten Nordfrieslands in der Zukunft.

Übergeordnete Ziele

Die übergeordneten Ziele des Projektes „Akzeptanzerhöhung des Modellprojektes HELVER“ dienen der Aufrechterhaltung einer patientengerechten wohnortnahen ambulanten Versorgung in den ländlichen Gebieten Nordfrieslands. Das Projekt soll helfen:

- die Hausärzte zukünftig im Bereich der Hausbesuche zu entlasten;
- die ambulante ärztliche Versorgung in der Praxis patientenfreundlicher zu gestalten – durch eine Erhöhung der Zahl der Hausbesuche verbunden mit einer Ausweitung der dabei zur Verfügung stehenden Zeit.

Umsetzung

Es wird empfohlen eine Auswertung zu erstellen, die erfasst, inwiefern das Angebot der Ausbildung von „HELVERn“ in Nordfriesland in Anspruch genommen wurde. Anhand der Auswertung lässt sich ggf. eine Unterauslastung feststellen. Durch eine Befragung von Ärzten in Nordfriesland kann herausgefunden werden, aus welchem Grund das Angebot nicht beansprucht wird. Durch verstärkte Präsenz in den einschlägigen Zeitschriften oder durch eine spezielle Kommunikationskampagne kann die Informationsintensität und Aufklärung erhöht werden. Zusätzlich kann die Ärztekammer Schleswig-Holstein einen Informationsabend veranstalten an dem generelle Fragen zu dem Projekt gestellt werden. Des Weiteren sollte überlegt werden, wie die Ärzte für den Ausfall ihrer Mitarbeiter in der Zeit der Ausbildung entschädigt werden könnten. Am Ende des Projektes sollte die Nachfrage für die Ausbildung zum „HELVER“ gestiegen sein und bei Hausbesuchen vermehrt ArzhelferInnen zum Einsatz kommen.

Mögliche Partner

Mögliche Partner des Projektes „Akzeptanzerhöhung des Modellprojektes HELVER“ könnten sein:

- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein
- Ärztekammer Schleswig-Holstein
- Gesundheitsamt des Kreises Nordfriesland
- Krankenkassen
- Arbeitskreis 1: >>Versorgung im Alter in Nordfriesland<< des Kreises Nordfriesland

⁸ www.masgf.brandenburg.de/media/lbm1.a.1334.../081017_1.pdf -

⁹ Kleine Anfrage des Abgeordneten Lars Harms (SSW); Schleswig-Holsteinischer Landtag; Drucksache 16/2592 vom 09.04.2009

- Bestehende Aktivitäten und Konzepte in Nordfriesland** Bereits bestehende oder in Planung befindliche Aktivitäten in diesem Bereich in Nordfriesland werden im Folgenden exemplarisch genannt:
- HELVER: Einführung der Ausbildung zum „HELVER“ am Edmund-Christiani-Seminar in Bad Segeberg im April 2009
- Modellprojekte**
- Gemeindegeschwester AGnES: (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention); weitere Informationen unter: <http://www.dgtelemed.de/de/presse/2006/2006-11-02.php>
- Finanzierungsmöglichkeiten** Das Projekt könnte eventuell durch folgende Institutionen unterstützt werden:
- Gesundheitsamt des Kreises Nordfriesland
 - Krankenkassen
 - Ärztekammer Schleswig-Holstein

6.1.6 Konzeptioneller Vorschlag 6: Förderung der Anwendung gemeinsamer Behandlungspfade zwischen den Leistungsanbietern in Nordfriesland

Projektname	Förderung der Anwendung gemeinsamer Behandlungspfade zwischen den Leistungsanbietern in Nordfriesland
Projektpate	Dr. Antje Petersen, Leiterin des Gesundheitsamtes des Kreises Nordfriesland
Problemstellung und sachlicher Kontext	<p>Die optimierte Steuerung der PatientInnen entlang der Versorgungskette ist ein in Deutschland erkanntes Problem. Als Antwort auf den gestiegenen Kostendruck und die sich verändernden Anforderungen einer alternden Patientenschaft sind unterschiedliche Lösungen, wie integrierte Versorgung, einzelvertragliche Lösungen und auch Disease-Management-Programme (DMP) entwickelt worden. Besondere Bedeutung kommt den Patienten- und Behandlungspfaden zu.</p> <p>Während zurzeit Behandlungspfade meist organisationsintern entwickelt werden (in Krankenhäusern oder Medizinischen Versorgungszentren), ist eine Erweiterung der Kooperation auf mehrere Akteure der Versorgungskette der nächste konsequente Schritt. Bisher wird die Vernetzung der Gesundheitsakteure über die Sektorengrenzen inhaltlich als auch technisch kaum verfolgt. Dies ist in Nordfriesland nicht anders als im gesamten Deutschland. Die Effizienz- und Effektivitätspotenziale, die aus der Entwicklung von transsektoralen Pfaden resultieren können, sind derzeit noch nicht einmal annähernd ausgeschöpft. Die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten, stationären und nachstationären Bereich lässt sich mittels transsektoral konsentierter Pfade geradezu optimal steuern (vgl. Salfeld, R. u.a. 2007). Auf diese Weise können gezielt unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden und notwendige Krankenhauseinweisungen ohne zeitliche Verzögerungen möglich werden. Zudem ist die Einbindung von Krankenhäusern, insbesondere für schwerwiegende, meist chronische Erkrankungen im Rahmen gemeinsam abgestimmter Versorgungsabläufe, für die ambulante Behandlung sinnvoll und notwendig. Wichtige Maßnahmen sind dabei die Verbesserung der Kommunikation und die gemeinsame Arbeit in Qualitätszirkeln als Bestandteil eines Qualitätsmanagements.</p> <p>Die Kooperation kann sowohl auf dem Austausch von Fachwissen als auch auf materieller Ebene bestehen (z.B. gemeinsame Nutzung von Personal, medizinischen Geräten und Räumlichkeiten), um die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen.</p>
Projektziel	<p>Das Ziel des Projektes ist die Entwicklung und Vorbereitung der Implementierung transsektoraler Patientenpfade zur langfristigen Verbesserung der Gesundheitsversorgung zwischen den Leistungsanbietern in Nordfriesland.</p> <p>Ergebnisse des Projektes sind die implementierungsfähige Konzeption von Patientenpfaden bezüglich:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ der Elemente der Pfade,▪ der Festlegung der Anbieter der Elemente des Pfade,▪ der Ablauforganisation zwischen den Anbietern,▪ der Qualitätssicherung zur Schaffung von Transparenz und einem abgestimmten Leistungsspektrum.

Übergeordnete Ziele	<p>Die übergeordneten Ziele des Projektes „Förderung der Anwendung gemeinsamer Behandlungspfade zwischen den Leistungsanbietern in Nordfriesland“ dienen der Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Behandlung der Patienten. Das Projekt soll helfen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Kosten durch die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen zu reduzieren;▪ ein durchgängiges und ganzheitliches Behandlungskonzept zu realisieren;▪ einen verbesserten Informationsfluss, insbesondere auch zwischen ambulanten und stationären Leistungsbringern, zu schaffen;▪ die Wirtschaftlichkeit aller beteiligten Akteure zu erhöhen;▪ das explizite und implizite Wissen über transsektorale Behandlungspfade auch auf andere Behandlungsbereiche übertragen zu können.
Umsetzung	<p>Mit diesem konzeptionellen Vorschlag greift Nordfriesland eine Initiative der „Gesundheitsregion Nord“ auf, die diese im Rahmen der Beantragung von Mitteln des Bundes entwickelt hat. Um die PatientInnen entlang der Versorgungskette optimal steuern zu können, muss in einem ersten Schritt mit Vertretern verschiedener Bereiche der Gesundheitsversorgung in Nordfriesland ein Gespräch stattfinden, um festzulegen, bezüglich welcher Indikation ein erster Pfad entwickelt werden soll. Die zusätzliche zeitliche Belastung der Ärzte kann durch das Erhalten von Fortbildungspunkten honoriert werden. Projektbegleitend sollten Evaluationsmaßnahmen zur Erfolgsmessung der durchgeführten Maßnahmen stattfinden.</p>
Mögliche Partner	<p>Mögliche Partner des Projektes „Förderung der Anwendung gemeinsamer Behandlungspfade zwischen den niedergelassenen Ärzten und Kliniken in Nordfriesland“ könnten sein:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein▪ Kliniken in Nordfriesland▪ Niedergelassene Ärzte in Nordfriesland▪ Partner des Netzwerkes „Gesundheitsregion NORD“
Bestehende Aktivitäten und Konzepte in Nordfriesland	<ul style="list-style-type: none">▪ Initiativen der „Gesundheitsregion Nord“
Modellprojekte	<p>Einen ersten Ansatz zeigt die Kooperation zwischen dem St. Marien-Hospital Lüdinghausen und dem selbständigen Chirurgen Dr. Farhad Arman. Dr. Arman arbeitet selbständig als Chirurg in seiner eigenen Praxis, steht aber auch im St. Marien-Hospital als Operateur zur Verfügung. Weitere Informationen unter: http://www.smh-luedinghausen.de/nachricht+M579b5a5f259.html</p>
Finanzierungsmöglichkeiten	<p>Der zusätzliche zeitliche Aufwand der Ärzte könnte eventuell durch Fortbildungspunkte honoriert werden.</p>

6.1.7 Konzeptioneller Vorschlag 7: Aufbau (virtueller) ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen

Projektname	Aufbau (virtueller) ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen
Projektpate	Dr. Thomas Maurer, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein / Kreisstelle Nordfriesland
Hintergrund und Projektvorschlag	<p>Um die medizinische Versorgung in Nordfriesland auch langfristig sicherzustellen sind erhebliche Anstrengungen notwendig. Zum einen, weil sich die Niederlassung von Ärzten zurzeit schwerpunktmäßig auf die acht Städte Sylt/Westerland, Husum, Niebüll, Bredstedt, Wyk auf Föhr, Garding, Tönning und Friedrichstadt konzentriert. Rund 63 % der niedergelassenen Ärzte in Nordfriesland sind in diesen Gebieten tätig. Zum anderen liegt das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte bei 54,2 Jahren, von denen 43 Ärzte 60 Jahre oder älter sind. Werden keine Anreize für Nachfolger geschaffen, wird sich die Anzahl an Ärzten bis zum Jahr 2015 um ca. 28 % verringern. Die Niederlassung eines Arztes ist zudem mit einem hohen finanziellen Risiko verbunden.</p> <p>Ein Lösungsbeitrag zur Problematik der langfristig gefährdeten medizinischen Versorgung sind ortsübergreifende Gemeinschaftspraxen. Eine ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis ist der Zusammenschluss von zwei oder mehr Praxen zu einer Gemeinschaftspraxis, in der die Standorte der einzelnen Praxen erhalten bleiben. Der Zusammenschluss bezieht sich vorrangig auf eine Zusammenarbeit und Abstimmung im organisatorischen Bereich und den Arbeitsabläufen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass die einzelnen Praxen Behandlungsschwerpunkte haben, gleiche Behandlungsmethoden anwenden werden und dass Organisatorisches abgestimmt wird.</p> <p>Durch diese Zusammenarbeit lassen sich Synergieeffekte erzielen, von denen alle Teilnehmenden profitieren. Die Grundvoraussetzung für eine problemlose Zusammenarbeit wird durch identische PC-Systeme, gleiche Software oder gleiche Verbandsmaterialien geschaffen. Die Arbeitsabläufe können standardisiert und somit effizienter gestaltet werden. Durch die Abstimmung der Arbeitsabläufe sind z. B. die medizinischen Fachangestellten bei Urlaub oder Krankheit ohne Einarbeitung flexibel in den verschiedenen Praxen einsetzbar. Auch im Bereich der Verwaltung lassen sich Abläufe effizienter gestalten, z. B. durch die Verteilung von organisatorischen Schwerpunkten zwischen den Ärzten. Auch der Einsatz von gemeinsamen Praxismanagern und eines zentralen Controllings wird bei steigender Anzahl von Praxispartnern finanziell möglich. Wenn im Bereich der Organisation Zeit eingespart werden kann, können mehr Patienten behandelt werden und somit die Wirtschaftlichkeit gesteigert werden.</p>
Projektziel	Bildung ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen gleicher Facharzttrichtungen zur verbesserten Effizienz von Prozessen und der Qualität der Behandlungen.
Übergeordnete Ziele	<p>Die übergeordneten Ziele des Projektes „Aufbau (virtueller) ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen“ dienen der Gewährleistung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung in Nordfriesland. Anders als in Medizinischen Versorgungszentren arbeiten die Praxen nur virtuell zusammen und können somit an ihren Standorten bleiben. Die virtuellen Gemeinschaftspraxen sollen helfen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ gleiche Behandlungsmethoden und -verfahren einzuführen, um die Qualität der Behandlung zu erhöhen;▪ gleiche Standards in der Organisation und den Praxisabläufen einzuführen;

- die Verfügbarkeit medizinischer Dienstleistungen zu erhöhen durch:
 - kürzere Wege der Patienten zu Behandlungen;
 - kürzere Wartezeiten auf einen Termin;
- die Flexibilität der Praxen durch z. B.:
 - gemeinsame Beschäftigung von medizinischen Fachangestellten durch mehrere Ärzte und
 - gemeinsames Controllingzu erhöhen.

Umsetzung

Es wird empfohlen in einem Treffen der Kassenärztlichen Vereinigung und des Kreises Nordfriesland eine Detailkonzeption für das Projekt zu erstellen. An einem Informationsabend kann die Kassenärztliche Vereinigung über die Bildung von ortsübergreifenden Gemeinschaftspraxen, ihre Vorteile und den Arbeitsablauf berichten. Für Interessierte könnte die Kassenärztliche Vereinigung im Anschluss Einzelgespräche anbieten, in denen eine Hilfestellung zur Bildung von ortsübergreifenden Gemeinschaftspraxen gegeben wird. Diese Hilfe umfasst organisatorische Tätigkeiten wie auch eine Beratung in betriebswirtschaftlichen Punkten.

Mögliche Partner

Mögliche Partner des Projektes „Aufbau (virtueller) ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen“ könnten sein:

- Niedergelassene Fachärzte im Bereich Nordfriesland
- Kliniken in Nordfriesland
- Kassenärztliche Vereinigung

Bestehende Aktivitäten und Konzepte in Nordfriesland

Bereits bestehende oder in Planung befindliche Aktivitäten in diesem Bereich in Nordfriesland werden im Folgenden exemplarisch genannt:

- Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine Aktivitäten bekannt

Modellprojekte

- Orthopädisches Netzwerk MEDBALTIC Kiel: Eine ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis von sieben Orthopäden im Raum Kiel/Neumünster mit dem Ziel der Erhöhung der fachlichen Kompetenz und der Reduzierung des Organisationsumfangs; weitere Informationen unter: www.medbaltic.de

Finanzierungsmöglichkeiten

Das Projekt könnte eventuell durch folgende Institutionen unterstützt werden:

- Die anfänglichen Anpassungskosten (Meeting für die Detailkonzeption, Durchführung von Informationsabenden, Beratung durch die KVSH) könnten durch die Kliniken, die Kassenärztliche Vereinigung oder durch den Kreis übernommen bzw. von ihnen gefördert werden.

6.2 Handlungsfeld 2: Entlastende Unterstützungsfunktionen für die Leistungserbringer (Kommunikation, Bürokratie, Finanzierung)

6.2.1 Konzeptioneller Vorschlag 8: Fachgremium für die Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland

Projektname	Fachgremium für die Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland
Projektpate	Klaus Brose, Gesundheitsamt des Kreises Nordfriesland
Hintergrund und Projektvorschlag	<p>Die medizinisch-pflegerische Versorgung im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland wird zukünftig vor wachsenden Herausforderungen stehen. Aus dem demographischen Wandel ergibt sich ein veränderter Versorgungsbedarf für ältere Menschen. Die Zahl der älteren Personen (über 75 Jahre) in Nordfriesland wird sich bis zum Jahr 2025 von jetzt 9 % auf 14 % erhöhen. Insbesondere die Zahl der Hochbetagten wird sich drastisch erhöhen. Für den Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie ist ein zentrales Fachgremium in Nordfriesland unerlässlich, um eine qualitativ hochwertige medizinisch-pflegerische Versorgung der älteren Menschen zu gewährleisten.</p> <p>In Nordfriesland herrschen schon heute Versorgungsdefizite im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie. Beispiele für Defizite sind: Fehlende Fachambulanzen (Gerontopsychiatrie, Memory-Klinik), zu wenig tagesklinische gerontopsychiatrische Angebote, mangelnde Zusammenarbeit zwischen den Fachgebieten der Geriatrie und Gerontopsychiatrie, kein flächendeckender fachärztlicher Konsil- und Liaisondienst in den Alten- und Pflegeheimen und zu wenig flächendeckende ambulante (geronto-) psychiatrische Pflegedienste. Des Weiteren gibt es bisher keine Erstellung eines gemeinsamen Versorgungsangebotes unter Einbezug aller Beteiligten.</p> <p>Um diese Defizite im Bereich der Altenpflege systematisch zu diskutieren und Lösungen für Nordfriesland zu entwickeln, wird ein zentrales Fachgremium vorgeschlagen. Abbildung 29 zeigt die möglichen Arbeitsbereiche des Fachgremiums für Geriatrie und Gerontopsychiatrie:</p>

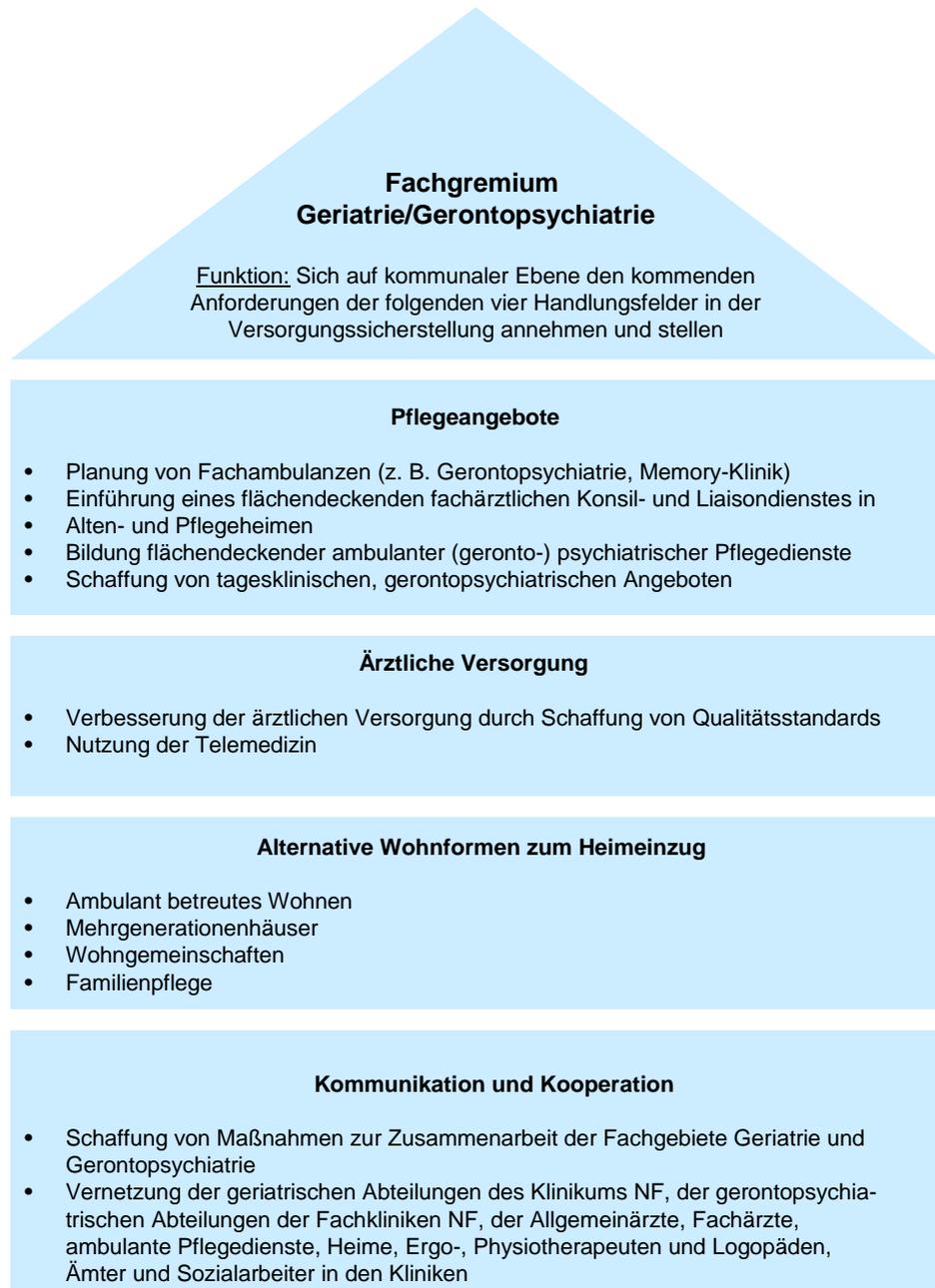


Abbildung 29: Mögliche Arbeitsbereiche eines Gremiums für Geriatrie/ Gerontopsychiatrie

Quelle: dsn, eigene Erstellung

Projektziel

Bildung eines Fachgremiums aus Akteuren der Altenhilfe und Unterstützung der übergeordneten Ziele in Bezug auf die Gewährleistung der medizinischen Versorgung im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland.

Übergeordnete Ziele

Die übergeordneten Ziele des Projektes „Fachgremium für die Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland“ dienen der Gewährleistung der medizinischen Versorgung im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie. Das Fachgremium soll helfen:

- die medizinisch-pflegerische Versorgung im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie in Nordfriesland zu verbessern;

- die geriatrischen Abteilungen der Krankenhäuser Nordfrieslands zu vernetzen;
- gemeinsame Qualitätsstandards einzuführen;
- ein kooperatives und flexibles medizinisch-pflegerisches Versorgungssystem zu schaffen.

Umsetzung

Für die Durchführung des Projektes sind folgende Meilensteine von Relevanz:

- Gründung eines Fachgremiums aus Akteuren der Altenhilfe (z. B. Personen der Kassenärztlichen Vereinigung, Personen verschiedener Altenstifte, dem Kreis Nordfriesland, den Kliniken in Nordfriesland, Personen anderer medizinischer Berufe und niedergelassene Ärzte);
- Ausarbeitung von Verbesserungsvorschlägen;
- Erstellung einer Rangliste der Arbeitsthemen;
- Bildung von Arbeitskreisen/Gremien zur Problembekämpfung;
- Mögliche Themenbereiche könnten sein:
 - Erarbeitung gemeinsamer Qualitätsstandards und Fortbildungen der Anbieter in Nordfriesland
 - Vernetzung der geriatrischen Abteilung der Krankenhäuser Nordfriesland, der gerontopsychiatrischen Abteilung der Fachkliniken Nordfriesland, der Allgemein- bzw. Hausärzte, Fachärzte, ambulanten Pflegedienste, Heime, Ergo- und Physiotherapeuten und Logopäden sowie der Sozialarbeiter im Krankenhaus und den Ämtern
 - Nutzung der Telemedizin
 - Verbesserung der gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit und des Auftretens

Mögliche Partner

Mögliche Partner des Projektes „Fachgremium für die Altenhilfe in Nordfriesland“ könnten sein:

- Kassenärztliche Vereinigung
- Altenstifte
- Gesundheitsamt des Kreises Nordfriesland
- Kliniken in Nordfriesland
- Niedergelassene Ärzte in Nordfriesland
- Rettungsdienst Nordfriesland
- BiZ NF - Bildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen Nordfriesland gGmbH

Bestehende Aktivitäten und Konzepte in Nordfriesland

Bereits bestehende oder in Planung befindliche Aktivitäten in diesem Bereich in Nordfriesland werden im Folgenden exemplarisch genannt:

- AG's im Rahmen des Projektes „Generationen handeln“ (in Nordfriesland):
 - AG 1: Versorgung im Alter
 - AG 2: Wohnen im Alter und Infrastruktur

Modellprojekte

- VPKA Bayern: Projekt „Stationäre Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten“, weitere Informationen unter: http://www.vpka-bayern.de/privatkliniken.php/cat/80/aid/148/title/Geriatrie_-_Neurologie
- Arbeitskreis Ernährung & Geriatrie Wien: weitere Informationen unter: diaetologen.connexcc-hosting.net/blueline/upload/geriatrie.pdf

Finanzierungsmöglichkeiten

Das Projekt könnte eventuell durch folgende Institutionen unterstützt werden:

- Stiftungen
- Förderung nach § 45 c SGB XI durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zum Auf- und Ausbau von niedrighschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige

6.2.2 Konzeptioneller Vorschlag 9: Reduktion des administrativen Aufwandes im Bereich krankenkassenbezogener Informationen und die Bündelung der Nachfrage von Arztpraxen

Projektname	Reduktion des administrativen Aufwandes im Bereich krankenkassenbezogener Informationen und die Bündelung der Nachfrage von Arztpraxen
Projektpat	N.N.
Hintergrund und Projektvorschlag	<p>Laut einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2005 liegt der zeitliche Anteil von der Gesamtarbeitszeit an administrativen Tätigkeiten für einen Arzt im ambulanten und stationären Bereich bei rund 26 %, bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 55 Stunden pro Woche. Unter anderem werden Befunde lange gesucht, Disketten hin- und hergetragen, Arztbriefe von Ärzten selbst geschrieben und viele Telefonate mit Funktionsabteilungen geführt, die rein logistischer Natur sind. Studien belegen außerdem, dass der administrative Zeitaufwand zu Lasten der ärztlichen Versorgung des Patienten geht.</p> <p>Die Managementprozesse in einer Praxis verteilen sich auf den Informationsprozess der medizinischen Leistungserstellung (Behandlungsplanung, Patientenmeldung, Informationsaustausch mit anderen Ärzten, Informationen mit Laboren etc.) und auf Informationen, die für die Abrechnungen mit den Krankenkassen notwendig sind. In diesem Projekt stehen die krankenkassenbezogenen Informationsprozesse im Fokus.</p>
Projektziel	Entlastung des Arztes von administrativen Tätigkeiten. Das Projektziel unterstützt die übergeordneten Ziele bei der Erreichung von Effizienzgewinnen in Arztpraxen.
Übergeordnete Ziele	<p>Die übergeordneten Ziele des Projektes „Reduktion des administrativen Aufwandes im Bereich krankenkassenbezogener Informationen und die Bündelung von Nachfrage“ dienen der Erreichung von Effizienzgewinnen in Arztpraxen und Kliniken. Die Ergebnisse des Projektes sollen helfen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ die effektive Arbeitszeit der Ärzte zur Patientenbehandlung zu erhöhen;▪ die Wirtschaftlichkeit zu steigern;▪ die Arbeitsabläufe in Arztpraxen und Kliniken zu optimieren.
Umsetzung	<p>Primäre Aufgabe wäre es, den administrativen Aufwand, der durch die krankenkassenbezogenen operativen Informationsprozesse zwischen dem ambulanten bzw. stationären Bereich und den Krankenkassen entsteht, und die damit verbundenen hohen Kosten, zu analysieren und dafür Lösungsvorschläge und Lösungen zu entwickeln. Dies soll geschehen unter den vorhandenen gesetzlichen Regelungen durch (in Anlehnung an Awe, u. a. 20.10.2009):</p> <ul style="list-style-type: none">▪ die gemeinsame Analyse der Informationsprozesse,▪ die Beurteilung der Form der Informationsbereitstellung,▪ die Analyse der Prozesse im ambulanten Bereich zur Erstellung der Informationen,▪ die Analyse der Informationsübergabeprozesse an die Krankenkassen,

- die Identifikation der zentralen Problemfelder der Informationsherstellung und -übergabe,
- die Definition von Verbesserungsvorschlägen zur Verringerung des administrativen Aufwandes,
- die Entwicklung von schnell umsetzbaren praktischen Lösungen,
- die Definition von darauf abgestimmten unterstützenden IT-Instrumenten und
- die Definition von Personalentwicklungs- und Personaleinsatzplanungen der Fachkräfte wie SekretärInnen, Kodierfachkräfte, PraxishelferInnen oder Schreibkräfte.

Sekundäre Aufgabe wäre es zu prüfen, inwieweit Bündelungsmöglichkeiten und Synergien von Praxen in Nordfriesland bestehen, z. B. durch gemeinsame/n

- ArzthelferInnen,
- SekretärInnen,
- Reinigungskräfte,
- Steuerberatung,
- Fuhrpark,
- Gremienarbeit,
- Einkauf oder
- Informationsaustausch von Praxispersonal (z. B. in Form eines Arzthelfer/innenstammtisches).

Dieser Bereich hat eine inhaltliche Nähe zu dem konzeptionellen Vorschlag 7 „Aufbau (virtueller) ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen“. Der Unterschied zwischen den Projekten besteht in der Breite und Tiefe der Ausgestaltung der Kooperationen.

Durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Bundesagentur für Arbeit könnte eine Plattform für Fachkräfte im medizinischen Bereich eingeführt werden, durch die die Fachkräfte vermittelt werden können, Ärzte Informationen über den Einsatz von Fachkräften erhalten und Fortbildungsangebote veröffentlicht werden. Zusätzlich könnten durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein persönliche Gespräche angeboten werden, in dem sich Ärzte informieren und beraten lassen können.

Mögliche Partner

Mögliche Partner des Projektes könnten sein:

- Ausschuss Ambulante Versorgung der Ärztekammer Schleswig-Holstein
- Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Nordfriesland
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
- Gesundheitsamt des Kreises Nordfriesland
- Krankenkassen
- Kliniken in Nordfriesland

Vertreten sein sollten – neben den ambulanten und stationären Fachkräften – auch Beauftragte für das Qualitätsmanagement und IT-Fachleute.

- Bestehende Aktivitäten und Konzepte in Nordfriesland** Bereits bestehende oder in Planung befindliche Aktivitäten in diesem Bereich in Nordfriesland werden im Folgenden exemplarisch genannt:
- Es sind keine Aktivitäten bekannt
- Modellprojekte** Klinikum Coburg: Einsatz von medizinischen Fachkräften zur Entlastung der Ärzte und Pflegekräfte im Klinikum Coburg. Weitere Informationen unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=65278>; sowie: <http://www.klinikum-coburg.de/cms/index.php?id=66>
- Finanzierungsmöglichkeiten** Das Projekt könnte eventuell durch folgende Institutionen unterstützt werden:
- Ärztekammer Schleswig-Holstein
 - Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
 - Agentur für Arbeit Schleswig-Holstein

6.2.3 Konzeptioneller Vorschlag 10:

Finanzielle Anreizsysteme zur Unterstützung der Niederlassungsbereitschaft von Ärzten

Projektname Finanzielle Anreizsysteme zur Unterstützung der Niederlassungsbereitschaft von Ärzten

Projektpate Klaus Jensen, Schleswig-Holsteinischer Gemeindetag, Kreisverband Nordfriesland

Hintergrund und Projektvorschlag Die Nachfolge ist in Haus- und Facharztpraxen in den ländlichen Gebieten ein großes Problem. Junge Ärzte tendieren eher dazu sich in den Städten niederzulassen als auf dem Land. So verteilen sich auch in Nordfriesland rund 63 % der Niederlassungen auf nur acht der 136 Gemeinden. Die durchschnittliche Arbeitszeit eines Arztes liegt bei 55 Wochenstunden, in einer Landarztpraxis eher noch höher. Neben der Arbeitsbelastung ist für Berufsanfänger die mangelhafte Honorierung ein weiterer Grund, sich nicht als Hausarzt niederzulassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat errechnet, dass fast die Hälfte aller Hausärzte mit einem Nettogehalt von rund 2.000 € auskommen müssen¹⁰. Aufgrund dieser schlechten Rahmenbedingungen und der geringen Neigung von Ärzten sich in ländlichen Gebieten niederzulassen, müssen Anreize geschaffen werden, um die medizinische Versorgung auch in der Zukunft ausreichend gestalten zu können. Diese Anreize können finanzielle als auch organisatorische Hilfen umfassen.

Als finanzielle bzw. organisatorische Hilfen könnten folgende Angebote eingesetzt bzw. entwickelt werden:

- Gewährung von zinsvergünstigten Krediten oder zinslosen Darlehen zur Finanzierung von Praxisräumen und -ausstattung;
- Gewährung von Umsatzgarantien für neu besetzte Arztsitze;
- Zahlung von Mietzuschüssen für die Praxisräume.

Die oben aufgezählten Hilfen werden durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein gewährt. Förderberechtigt sind zurzeit Ärzte mit einem „dringend zu besetzenden Arztsitz“. Ob ein Arztsitz dringend oder nicht dringend zu besetzen ist, wird durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und den Vorsitzenden der jeweiligen Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein beurteilt. Weitere Informationen bezüglich der Hilfen, gewährt durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, erhalten Sie im Anhang.

Durch die Kommunen bzw. den Kreis Nordfriesland könnten folgende Angebote an finanziellen und organisatorischen Hilfen eingesetzt werden:

- Finanzielle Unterstützung beim Kauf bzw. Unterhalt eines Pkws für die Durchführung von Hausbesuchen;
- Vertragliche Vereinbarung zur finanziellen Sicherheit im Pensionsalter vor dem Erwerb eines Arztsitzes. Der Vertrag beinhaltet, dass die Kommune den Arztsitz bei Erreichung des Rentenalters aufkauft, sofern kein Nachfolger gefunden wurde;

¹⁰ Kreis Nordfriesland, das Gesundheitsamt; Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen, Kreis Nordfriesland, Entwicklung 2003-2008

- Betreuung/Beratung vor Ort für Ärzte, die einen Arztsitz in Nordfriesland kaufen möchten oder sich bereits niedergelassen haben. Das Angebot kann z. B. Abrechnungshilfen oder auch die Einrichtung von Callcentern zur Entlastung von administrativen Tätigkeiten umfassen;
- Erstellung einer Datenbank mit Informationen über bevorstehende Praxisabgaben und Übernahmeangeboten in Nordfriesland;
- Organisatorische Hilfen bei der Suche nach Wohnraum, Kindergartenplätzen, Krippenplätzen, Schulplätzen und einer Arbeitsstelle für den Partner.

Projektziel

Förderung der Ansiedlung neuer Haus- und Fachärzte in den ländlichen Gebieten Nordfrieslands durch die Gewährung von Niederlassungshilfen. Das Projektziel unterstützt das übergeordnete Ziel bei der Sicherung der medizinischen Versorgung in den ländlichen Gebieten Nordfrieslands.

Übergeordnete Ziele

Die übergeordneten Ziele des Projektes „Finanzielle Anreizsysteme zur Unterstützung der Niederlassungsbereitschaft von Ärzten in den ländlichen Gebieten Nordfrieslands“ dienen der Sicherstellung der zukünftigen ambulanten wohnortnahen medizinischen Versorgung in Nordfriesland: Das Projekt soll helfen:

- junge Ärzte für die Niederlassung in Nordfriesland zu begeistern;
- einen ausreichenden Versorgungsgrad zu gewährleisten;
- die Praxisübernahmen von in Pension gehenden Ärzten sicherzustellen, um ihnen hohe Kosten durch die Praxisaufgabe zu ersparen.

Umsetzung

Für die Umsetzung des Projektes werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- Angebot von Niederlassungsseminaren durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein speziell zur Niederlassung in ländlichen Gebieten;
- Kontaktaufnahme zu den Gemeinden zur Unterstützung des Projektes;
- Durchführung von Marketingmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein an deutschen Universitäten;
- Schaffung von Transparenz über die bestehenden bzw. entwickelten Angebote zur Erleichterung und Förderung von Niederlassungen in Nordfriesland;
- Teilnahme des Kreises Nordfriesland und zukünftiger Praxisabgeber an Informationstagen für Praxisabgeber und Existenzgründer, regional wie überregional;
- Ausweitung der Werbung für den Standort Nordfriesland an überregionalen Universitäten und Kliniken;
- Verlinkung der Arztbörse der Kassenärztlichen Vereinigung auf überregionale Plattformen im Internet.

Mögliche Partner

Mögliche Partner des Projektes könnten sein:

- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein
- Städtebund Schleswig-Holstein

- Deutsche Apotheker- und Ärztebank
 - Ärztekammer Schleswig-Holstein
 - Akademie für die Ländlichen Räume Schleswig-Holstein e.V.
- Bestehende Aktivitäten und Konzepte in Nordfriesland** Bereits bestehende oder in Planung befindliche Aktivitäten in diesem Bereich in Nordfriesland werden im Folgenden exemplarisch genannt:
- Angebote der KVSH (siehe Anhang)
- Modellprojekte**
- Kampagne „Werden Sie Hausarzt in Niedersachsen“: Kampagne der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen; weitere Informationen unter: http://www.kvn.de/kvn/content/internet/kvs/hauptgeschaeftsstelle/02/01/051/content_html?stelle=hauptgeschaeftsstelle
 - Bayern: Beratung und Praxisbörse Marburger Bund, Landesverband Bayern; weitere Informationen unter: http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/landesverbaende/lv_bayern/unser_service/Praxisboerse.html
 - Brandenburg: Infoportal hausärztliche Tätigkeit und Weiterbildung; weitere Informationen unter: www.hausarzt-in-brandenburg.de
 - Sachsen-Anhalt: Startzuschläge in Sachsen-Anhalt durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (BBR 2009)
- Finanzierungsmöglichkeiten** Das Projekt könnte eventuell durch folgende Institutionen unterstützt werden:
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
 - Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein
 - Ärztekammer Schleswig-Holstein
 - Kommunen
 - Kreis Nordfriesland
 - Krankenkassen
- Einordnung und Bewertung der konzeptionellen Vorschläge** Eine Einordnung und Bewertung der konzeptionellen Vorschläge in Bezug auf die identifizierten zentralen Probleme erfolgt in der folgenden Übersicht.
- Die vorgenommene Bewertung zeigt, welche konzeptionellen Vorschläge sich welchen identifizierten zentralen Problemen widmen.

Tabelle 12: Einordnung und Bewertung der konzeptionellen Vorschläge in Bezug auf die identifizierten zentralen Probleme ¹¹

Nr.	Probleme <i>Konzeptionelle Vorschläge</i>	Hausarzt- mangel	Facharzt- mangel	Hausbesu- che	Nachfolge	(Arzt) Aus- bildung	Niederlas- sungshilfen	Pflege- kraftmangel	Psychiatri- sche Ver- sorgung	Geriatriche Ver- sorgung	Kommuni- kation	Bürokratie
1	Schaffung von Transparenz im Bereich niedrig- und höherschwelliger Angebote für Demenzkranke	o	o	o	o	o	o	++	+	++	+	o
2	Weiterbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten für Pflegeberufe im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie	o	o	++	o	o	o	++	o	++	o	+
3	Ausbildungsmodell „Alles aus einer Hand“ für Allgemeinärzte	++	++	o	++	++	++	o	+	o	+	o
4	Einsatz von Telemedizin in der Psychiatrie	o	+	++	o	o	o	++	++	++	++	++
5	Akzeptanzerhöhung des Modellprojektes HELVER	+	o	++	o	o	o	++	o	++	o	o
6	Förderung der Anwendung gemeinsamer Behandlungspfade zwischen den niedergelassenen Ärzten und Kliniken	o	o	+	o	o	o	o	+	+	++	++
7	Aufbau (virtueller) ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen	+	+	o	o	o	o	o	++	++	++	++
8	Fachgremium für die Geriatrie/Gerontopsychiatrie	o	o	++	o	o	o	++	+	++	++	++
9	Reduktion des administrativen Aufwandes im Bereich krankenkassenbezogener Informationen und die Bündelung der Nachfrage von Arztpraxen	+	+	o		o	o	o	+	+	o	++
10	Finanzielle Anreizsysteme zur Unterstützung der Niederlassungsbereitschaft von Ärzten	++	++	o		++	++	o	o	o	o	o

¹¹ Auf der Horizontalen sind die Problembereiche, die von der Steuerungsgruppe erarbeitet wurden, angegeben. Auf der Vertikalen sind die konzeptionellen Vorschläge angegeben. Ein „o“ bedeutet, dass der jeweilige konzeptionelle Vorschlag keinen Beitrag zur Lösung des jeweiligen Problems hat. Ein „+“ bedeutet, dass der jeweilige konzeptionelle Vorschlag einen Beitrag zur Lösung des jeweiligen Problems leisten wird. Ein „++“ bedeutet, dass der jeweilige konzeptionelle Vorschlag einen deutlichen Beitrag zur Lösung des jeweiligen Problems leisten wird.

Sekundärrecherche

Literatur

- Bertelsmann Stiftung [Hrsg.] „Demographie konkret – Handlungsansätze für die kommunale Praxis“. Gütersloh, 2005
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) [Hrsg.] „Anpassungsstrategien für ländliche/periphere Regionen mit starken Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern. Werkstatt: Praxis“. Heft 38. Bonn, 2004
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) [Hrsg.] „Demographischer Wandel und Infrastruktur im ländlichen Raum – von europäischen Erfahrungen lernen? Informationen zur Raumentwicklung“. Heft 12. Bonn, 2003
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) [Hrsg.] Masterplan Daseinsvorsorge – Regionale Anpassungsstrategien, Ausgabe 4/1 02/2009. Bonn, 2009
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) [Hrsg.] „Öffentliche Daseinsvorsorge und demographischer Wandel. Erprobung von Anpassungs- und Entwicklungsstrategien in Modellvorhaben der Raumordnung“. Berlin/Bonn, 2005
- Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung (igsf) [Hrsg.] „Gesundheitsversorgung 2050 - Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein“. Kiel, 2007
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Landkreistag (DLT) Entwurf einer Rahmenvereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Deutschen Landkreistag. Landkreis Info, 0713/2009. Kiel, 2009
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) Versorgungsbericht 2009. Bad Segeberg, 2009d
- Kreis Nordfriesland Kreis Nordfriesland – Gemeinsam den Wandel gestalten. Husum, 2009a
- Salfeld, R., Hehner, S., Wichels, R. Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Berlin Heidelberg, 2007
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) Ärzteatlas – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Bonn, 2007

Internetrecherche

- Deutsche Apotheker- und Ärztekammer (apoBank), Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZiKV) Existenzgründungsanalyse von Ärzten 2005/2006 (11.08.2009) [http://www.apobank.de/60beratung/10existenzgruendung/40investitionen/pdf/investitionsanalyse_aerzte.pdf]
- Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) Orthopädisches Netzwerk an fünf Standorten in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 6/2009 (20.07.2009) [http://www.aeksh.de/download/SHAE_20090614_orthopaedisches_netzwerk.pdf]

Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt	Qualitätsbericht 2008. Strukturierter Qualitätsbericht gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2008, Stand: 31. August 2009 (30.09.2009) [http://www.kliniken.de/qualitaetsberichte/download/25980-Westerland-Sylt-Asklepios-Nordseekl-260100557-00-2008.pdf]
Biet, T.; Wallhäuser, M.; Riedel, R.	Welche Kosten sind mit der Erhebung der „Praxisgebühr“ in der Arztpraxis verbunden? (23.07.2009) [http://www.bvfhessen.de/aktuell_pdf/2004/Kosten%20der%20Kassengebuehr_KBV_070104.pdf]
Brandenburgisches Ärzteblatt	Die Praxisgebühr stößt auf Unverständnis, S. 332, 11/2003 (24.07.2009) [http://www.laekb.de/50ueberUns/20Beitraege/90Archiv/78Archiv2003/0809_031107.pdf]
Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)	Region Nordfriesland. Impulse in Kernbereichen,2007 (30.07.2009) [http://www.region-schafft-zukunft.de/cln_016/nn_252590/DE/ProjekteNordfriesland/projekte__nordfriesland__node.html?__nnn=true]
Bundesärztekammer	Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2008 (26.08.2009) [http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.7128]
Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)	Ambient Assisted Living - Assistenzsysteme im Dienste des älteren Menschen (13.08.2009) [http://www.aal-deutschland.de/]
CDU Schleswig-Holstein, FDP Landsverband Schleswig-Holstein	Koalitionsvertrag zwischen der Christlich Demokratischen Union (CDU) und der Freien Demokratischen Partei (FDP) in Schleswig-Holstein für die 17. Legislaturperiode des Schleswig-Holsteinischen Landtags (29.10.2009) [http://www.schleswig-holstein.de/Portal/DE/Landesregierung/Ministerien/Landesregierung/Koalitionsvereinbarung.html]
Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	Grunddaten 2007 (19.08.2009) [http://www.dkgev.de/media/file/5348.Grunddaten_2007.pdf]
Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	Krankenhausstatistik (21.08.2009) [http://www.dkgev.de/media/file/6485.Foliensatz_Krankenhausstatistik_20090831.pdf]
Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	Vergleich Grunddaten 2006-2007 (18.08.2009) [http://www.dkgev.de/media/file/5343.Vergleich-Grunddaten_2006-2007.pdf]
Die Linke. Kreisverband Nordfriesland	Für ein soziales und menschenfreundliches Nordfriesland. Kommunalwahlprogramm DIE LINKE. Nordfriesland zur Kommunalwahl am 25. Mai 2008 (05.11.2009) [http://www.die-linke-nordfriesland.de/uploads/media/Kommunalpolitische-Eckpunkte-2008_01.pdf]
Eider-Treene-Sorge GmbH	Informationsportal zur Aktivregion Südliches Nordfriesland (02.10.2009) [http://www.eider-treene-sorge.de/index.php?contentID=235]
Fachkliniken Nordfriesland gGmbH	Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2008 (30.09.2009) [http://www.krankenhaus.de/qualitaetsbericht-2008-Bredstedt_Fachkrankenhaus_Nordfriesland_gGmbH_Bredstedt_25821-strukturiert.b16111.pdf]

Gesundheitsregion NORD	Internetauftritt der Gesundheitsregion NORD (25.08.2009) [http://www.gesundheitsregionnord.de/de/index.php]
Gesundheitsregion NORD	Mitglieder der Gesundheitsregion NORD (26.08.2009) [http://www.gesundheitsregionnord.de/de/verein/mitglieder/index.php]
Institut Arbeit und Technik	Gesundheit ist Zukunft „Die Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein“ – Entwicklungsfelder und Handlungsempfehlungen, Mai 2009 (18.08.2009) [http://www.schleswig-holstein.de/Gesundheit/DE/Service/Downloads/IATStudie/iatStudie,templateId=raw,property=publicationFile.pdf]
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	Umfrage zum Aufwand für Bürokratie in Arztpraxen (20.07.2009) [http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=84f07cf969667953f8c3f73162b15841&DocId=003748860&Page=1]
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)	Bürokratie in baden-württembergischen Arztpraxen (20.07.2009) [http://www.kvbawue.de/uploads/tx_userkvbwpdfdownload/Auswertung_Buerokratieumfrage-Press.pdf]
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)	Die Auswüchse der Bürokratie belasten zunehmend die ärztliche Praxis, ergo 02/05 (23.07.2009) [http://www.kvbawue.de/uploads/tx_userkvbwpdfdownload/09buerokratie_01.pdf]
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)	„Lübecker Ärztenetz gegründet“ in: Nordlicht, Ausgabe 08/2009 (14.08.2009) [http://www.kvsh.de/admin/ImageServer.php?download=true&ID=739@KVSH]
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)	Freie Arztstühle – Augenheilkunde (03.11.2009) [http://www.kvsh.de/index.php?StoryID=11&id=2]
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)	Freie Arztstühle – Hausärzte (16.11.2009) [http://www.kvsh.de/index.php?StoryID=11&id=1]
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)	Präsentation des KVSH-Versorgungsberichts, 09. Oktober 2009 in Kiel; Statement von Dr. Ingeborg Kreuz, kommissarische Vorstandsvorsitzende der KVSH (12.10.2009) [http://www.kvsh.de/db2b/upload/news/Statement.pdf]
Klinik Dr. Winkler	Internetauftritt der Klinik Dr. Winkler, Husum (30.09.2009) [http://www.klinik-winkler.de]
Klinikum Nordfriesland, Föhr-Amrum	Klinikum Nordfriesland Qualitätsbericht 2008: Föhr-Amrum (30.09.2009) [http://www.krankenhaus.de/qualitaetsbericht-2008-Wyk_auf_Foehr_Klinikum_Nordfriesland_gGmbH_Inselklinik_Foehr_Amrum_Inselklinik_Foehr_Amrum_Wyk_auf_Foehr_25938-strukturiert.b14301.pdf]
Klinikum Nordfriesland, Husum	Klinikum Nordfriesland Qualitätsbericht 2008: Husum (30.09.2009) [http://www.kliniken.de/qualitaetsberichte/download/25813-Husum-Nordsee-Klinikum-Nordfriesland-260100476-01-2008.pdf]
Klinikum Nordfriesland, Niebüll	Klinikum Nordfriesland Qualitätsbericht 2008: Niebüll (30.09.2009) [http://www.krankenhaus.de/qualitaetsbericht-2008-Niebuell_Klinikum_Nordfriesland_gGmbH_i.G_Klinik_Niebuell_Niebuell_25899-strukturiert.b16013.pdf]

Klinikum Nordfriesland, Tönning	Klinikum Nordfriesland Qualitätsbericht 2008: Tönning (30.09.2009) [http://www.krankenhaus.de/qualitaetsbericht-2008-Toenning_Klinikum_Nordfriesland_gGmbH_Klinik_Toenning_Klinik_Toenning_Toenning_25832-strukturiert.b16012.pdf]
KLW Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH & Co. KG (2009)	Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2008 der Klinik Dr. Winkler (30.09.2009) [http://www.kliniken.de/qualitaetsberichte/download/25813-Husum-Nordsee-Klinik-Dr-Winkler-260100580-00-2008.pdf]
KPMG Deutsche Treuhand-Gesellschaft (KPMG)	Standard-Kosten-Messung der bürokratischen Belastungen von Vertragsärzten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) (29.07.2009) [http://www.kvwl.de/politik/bp/entb/bericht_kpmg.pdf]
Kreis Nordfriesland	Gesundheitsbericht Nr. 1, 1. Basisbericht 2002 (16.10.2009) [http://www.nordfriesland.de/media/custom/loadDocument.phtml?ObjSvrID=45&ObjID=5304&ObjLa=1&Ext=PDF]
Kreis Nordfriesland	Gesundheitsbericht Nr. 2, Kinder- und Jugendgesundheit im Kreis Nordfriesland 2003 (30.09.2009) [http://www.nordfriesland.de/media/custom/loadDocument.phtml?ObjSvrID=45&ObjID=5305&ObjLa=1&Ext=PDF]
Kreis Nordfriesland	Gesundheitsbericht Nr. 3, Kommunale Gesundheitsberichterstattung, Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen, Kreis Nordfriesland, Entwicklung 2003 bis 2006 (10.07.2009) [http://www.nordfriesland.de/media/custom/45_5306_1.PDF?loadDocument&ObjSvrID=45&ObjID=5306&ObjLa=1&Ext=PDF&_ts=1205418919]
Kreis Nordfriesland	Gesundheitsbericht Nr. 4, Kommunale Gesundheitsberichterstattung, Altersstruktur niedergelassener Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte im Kreis Nordfriesland, Ergänzungsbericht 2007, Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen, Kreis Nordfriesland, Entwicklung 2003 bis 2007 (15.07.2009) [http://www.nordfriesland.de/media/custom/loadDocument.phtml?ObjSvrID=45&ObjID=5307&ObjLa=1&Ext=PDF]
Kreis Nordfriesland	Gesundheitsbericht Nr. 5, Ergänzungsbericht 2008, Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen, Kreis Nordfriesland, Entwicklung 2003 bis 2008 (13.07.2009) [http://www.nordfriesland.de/media/custom/loadDocument.phtml?ObjSvrID=45&ObjID=6315&ObjLa=1&Ext=PDF]
Kreis Nordfriesland	Gesundheitsbericht Nr. 6, Kommunale Gesundheitsberichterstattung, Ergänzungsbericht 2009, Niedergelassene, Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/Zahnärzte, Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen, Kreis Nordfriesland, Entwicklung 2003 bis 2009 (14.10.2009) [http://www.nordfriesland.de/media/custom/45_6844_1.PDF?loadDocument&ObjSvrID=45&ObjID=6844&ObjLa=1&Ext=PDF&_ts=1254388993]
Kreis Nordfriesland	Niederschrift über die Sitzung des Kreistages am 22. September 2006 im Kreistagssitzungssaal Nordfriesland in Husum (30. Sitzung der Wahlperiode 2003 - 2008), Nr. 30, (05.11.2009) [http://www.nordfriesland.de/index.phtml?La=1&ffsn=false&object=tx 45.6464.1&sub=0]

Kreis Nordfriesland	Niederschrift über die Sitzung des Gesundheitsausschusses am 01.10.2008 im Sitzungszimmer „Eiderstedt“ des Kreishauses Husum (2. Sitzung der Wahlperiode 2008-2013) (05.11.2009) [http://www.nordfriesland.de/index.phtml?La=1&sNavID=45.1086&mNavID=28.14&object=tx 45.7922&sub=0]
Kreis Nordfriesland	Niederschrift über die Sitzung des Kreisgesundheitsausschusses am 30.08.2006 im Sitzungszimmer „Eiderstedt“ des Kreishauses in Husum (22. Sitzung der Wahlperiode 2003 – 2008) (05.11.2009) [http://www.nordfriesland.de/index.phtml?La=1&sNavID=45.918&mNavID=28.14&object=tx 45.6416.1]
Kreis Nordfriesland	Zahlenspiegel 2009/2010 (28.04.2009) [http://www.nordfriesland.de/index.phtml?mNavID=28.101&sNavID=28.101&La=1]
Kreistag Nordfriesland	Dringlichkeitsantrag der Fraktionen CDU, SPD, WG NF – Die Unabhängigen, SSW und Bündnis 90 Die Grünen zum Kreistag am 7. März 2008 (18.08.2009) [http://www.nordfriesland.de/media/custom/45_5291_1.PDF?loadDocument&ObjSvrID=45&ObjID=5291&ObjLa=1&Ext=PDF&_ts=1204882097]
LAG AktivRegion Nordfriesland Nord e.V.	Internetauftritt der AktivRegion Nordfriesland Nord (04.08.2009) [http://www.aktivregion-nf-nord.de/]
LAG AktivRegion Uthlande e.V.	Internetauftritt der AktivRegion Uthlande (10.08.2009) [http://www.aktivregion-uthlande.de/index.php?id=9]
Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume des Landes Schleswig-Holstein (MLUR)	Informationsportal zur Förderinitiative AktivRegion Schleswig-Holstein (03.08.2009) [http://www.schleswig-holstein.de/UmweltLandwirtschaft/DE/LandFisch-Raum/10__laendlicheEntwicklung/01__AktivRegion/AktivRegion__node.html]
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren in Schleswig-Holstein (MSGF)	Krankenhausplan Schleswig-Holstein (20.10.2009) [http://www.schleswig-holstein.de/MSGF/DE/Gesundheit/Krankenhaeuser/KrankenhausplanZahlen0106,templateId=raw,property=publicationFile.pdf]
Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)	Fax an den Kreistagspräsidenten Helmut Wree vom 06.03.2008 (05.11.2009) [http://www.nordfriesland.de/media/custom/45_5290_1.PDF?loadDocument&ObjSvrID=45&ObjID=5290&ObjLa=1&Ext=PDF&_ts=1204873506]
Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) Kreisverband Nordfriesland	Nordfriesland stark im Norden. Kommunalwahlprogramm 2008 SPD NF, Husum, 2008 (13.07.2009) [http://www.spd-net-sh.de/nf/images/user_pages/kommunalwahlprogramm_spd_programm_nf_2008.pdf]
Südschleswiger Wählerverband (SSW)	Für uns in Nordfriesland. Kommunalpolitische Ziele (05.11.2009) [http://ssw-nf.de/nf/de/politik/kommunalpolitik.php]
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)	Stationäre Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein - Status 03.06.2009 (27.08.2009) [http://www.vdek.com/LVen/SHS/Versicherte/Pflegeversicherung/071012_Vollstationaer.pdf]

Wählergemeinschaft Nordfriesland (WG NF)	Kreistagssitzung am 07.03.2008 (05.11.2009) [http://www.nordfriesland.de/media/custom/45_5241_1.PDF?loadDocument&ObjSvrID=45&ObjID=5241&ObjLa=1&Ext=PDF&_ts=1203520459]
Wählergemeinschaft Nordfriesland (WG NF)	Wir über uns – unser Programm (05.11.2009) [http://www.wg-nf.de/pageID_6353929.html]
Wodowos H.	Bericht über die Arbeit im Kreisgesundheitsausschuss (05.11.2009) [http://www.nordfriesland.de/media/custom/45_4137_1.PDF?loadDocument&ObjSvrID=45&ObjID=4137&ObjLa=1&Ext=PDF&_ts=1161790923]

Statistische Daten (teilweise nicht veröffentlicht)

Ärztammer Schleswig-Holstein (ÄKSH)	Daten zu Ärztezahlen in Nordfriesland von 1999 bis 2008 nach Facharztgruppen. Bad Segeberg, 2009
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2008 (01.09.2009) [http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003757617]
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)	Überblick der Ärztezahlen und Versorgungsgrade in den Kreisen Schleswig-Holsteins nach Facharztgruppen 2009. Bad Segeberg, 2009b
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)	Überblick der Ärztezahlen und Versorgungsgrade in Nordfriesland nach Facharztgruppe von 1993 bis 2008. Bad Segeberg, 2009a
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)	Überblick der Berufsausübungsgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen in Nordfriesland 1993 bis 2008. Bad Segeberg, 2009c
Klinikum Nordfriesland gGmbH	Veränderungen der Fallzahlen im Klinikum Nordfriesland 2008 zu 2025 nach Altersgruppen und Diagnosen. Husum, 2009
Kreis Nordfriesland	Daten des Gesundheitsamtes Nordfriesland zur Ärzteschaft im Kreis Nordfriesland 2009. Husum, 2009b
Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord)	Bevölkerung der Gemeinden in Schleswig-Holstein am 31.12.2008. Hamburg, 2009c
Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord)	Bevölkerungsvorausberechnung für die 15 Kreise und kreisfreien Städte Schleswig-Holsteins 2007 bis 2025. Hamburg, 2007
Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord)	Der Fremdenverkehr in den Gemeinden Schleswig-Holsteins 2008. Hamburg, 2009d
Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord)	Krankenhäuser in Schleswig-Holstein 2008 nach Kreisen. Hamburg, 2009e
Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord)	Pflegestatistik in Hamburg und Schleswig-Holstein 2007. Hamburg, 2009a

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord)	Statistisches Jahrbuch Schleswig-Holstein 2008/2009, Hamburg, 2009f
Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord)	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Schleswig-Holstein 2008 nach ausgewählten Kreisen. Hamburg, 2009b
Statistisches Bundesamt (Destatis)	Bevölkerung Deutschlands bis 2050 - 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden, 2006
Statistisches Bundesamt (Destatis)	Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden, 2009 (18.11.2009) [http://server/dsnWiki/dsn_Themen/Demographie/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf]
Statistisches Bundesamt (Destatis)	Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2, Ausgabe 2008 (17.07.2009) [https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021808]
Statistisches Bundesamt (Destatis)	Krankenhäuser: Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung (12.10.2009) [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content100/KrankenhaeuserJahre,templateId=renderPrint.psmI]
Statistisches Bundesamt (Destatis)	Krankenhauslandschaft im Umbruch (13.10.2009) [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Krankenhaeuser/begleitheft__krankenhaeuser,property=file.pdf]
Statistisches Bundesamt (Destatis)	Pflegestatistik 2007: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime. Status 09.03.2009 (20.08.2009) [https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023653]
Statistisches Bundesamt (Destatis)	Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - Eckdaten der Krankenhausstatistik 2008 (23.09.2009) [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content75/PmTabGrunddatenVR,templateId=renderPrint.psmI]
Westküstenklinik Brunsbüttel	Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Westküstenklinik Brunsbüttel über das Berichtsjahr 2008 (05.10.2009) [http://www.krankenhaus.de/qualitaetsbericht-2008-Brunsbuettel_Westkuestenlinik_Brunsbuettel_Brunsbuettel_25541-strukturiert.b16021.pdf]
Westküstenklinikum Heide	Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Westküstenklinikum Heide über das Berichtsjahr 2008 (05.10.2009) [http://www.krankenhaus.de/qualitaetsbericht-2008-Heide_Westkuestenklinikum_Heide_Heide_25746-strukturiert.b16020.pdf]

Anhang

Anhang: Ideen und Projekte im Bereich Gesundheit in Nordfriesland der letzten Jahre

Projekttitel:	Fit für Senioren
Kurzbeschreibung:	NF als Lebens- und Urlaubsraum für Senioren (REK 2004)
Ort:	<input checked="" type="checkbox"/> Nordfriesland <input type="checkbox"/> weitere:
Handlungsfeld:	<input checked="" type="checkbox"/> Versorgung/Nachfolge <input type="checkbox"/> Kommunikation <input type="checkbox"/> Bürokratie <input type="checkbox"/> Finanzierung <input type="checkbox"/> weiteres:
Status:	<input checked="" type="checkbox"/> Ideenphase <input type="checkbox"/> Planungsphase <input type="checkbox"/> Realisierungsphase <input type="checkbox"/> abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung <input type="checkbox"/> abgeschlossen und dauerhaft implementiert
Projekttitel:	Grenzüberschreitende Zusammenarbeit für die Brustgesundheit
Kurzbeschreibung:	Prävention, Untersuchung, Behandlung und Nachsorge bei Brustkrebs
Ort:	<input checked="" type="checkbox"/> Nordfriesland <input checked="" type="checkbox"/> weitere: Dänemark, nördliches Schleswig-Holstein
Handlungsfeld:	<input checked="" type="checkbox"/> Versorgung/Nachfolge <input type="checkbox"/> Kommunikation <input type="checkbox"/> Bürokratie <input type="checkbox"/> Finanzierung <input type="checkbox"/> weiteres:
Status:	<input type="checkbox"/> Ideenphase <input checked="" type="checkbox"/> Planungsphase <input type="checkbox"/> Realisierungsphase <input type="checkbox"/> abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung <input type="checkbox"/> abgeschlossen und dauerhaft implementiert
Projekttitel:	Region schafft Zukunft
Kurzbeschreibung:	BMVBS-Projekt für Regionen in den neuen Bundesländern; NF als eine Modellregion aus den alten Bundesländern; Schwerpunktthemen NF: Masterplan Daseinsvorsorge, Klein- und Mittelstädte für alle Generationen, Leuchtturmprojekte
Ort:	<input checked="" type="checkbox"/> Nordfriesland <input checked="" type="checkbox"/> weitere: Kreise in Hessen, MV, Sachsen-Anhalt
Handlungsfeld:	<input checked="" type="checkbox"/> Versorgung/Nachfolge <input type="checkbox"/> Kommunikation <input type="checkbox"/> Bürokratie <input type="checkbox"/> Finanzierung <input type="checkbox"/> weiteres:
Status:	<input type="checkbox"/> Ideenphase <input checked="" type="checkbox"/> Planungsphase <input checked="" type="checkbox"/> Realisierungsphase <input type="checkbox"/> abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung <input type="checkbox"/> abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Arbeitskreis Geriatrie / Gerontopsychiatrie

Kurzbeschreibung: Einrichtung eines Fachgremiums mit allen Akteuren aus der Altenhilfe in NF; Vernetzung und Festlegung der gemeinsam anzugehenden Arbeitsschwerpunkte

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Gesundheitsnetzwerk Nordfriesland

Kurzbeschreibung: Stärkere Kooperation zwischen Praxen, Kliniken und KV in NF (REK 2004)

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V bei der Suchtbehandlung

Kurzbeschreibung: Gemeinsames Vorgehen bei Suchtbehandlung (Entzug bis Nachbehandlung) durch Fachkliniken NF, Ärzte und IKK-LV Nord (seit 2006)

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Tumorzentrum Nord e.V.

Kurzbeschreibung: Verbesserung der Versorgung bei alterstypischen Erkrankungen seit 1997 (Reha in St. Peter Ording)

Ort: Nordfriesland
 weitere: Flensburg

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Interdisziplinäres Gefäßzentrum Nord

Kurzbeschreibung: Diagnostik / Chirurgie-Kooperation zwischen Tönninger und Flensburger Chirurgen und Klinik Husum seit 2006

Ort: Nordfriesland
 weitere: Flensburg

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: High Medical Wellness

Kurzbeschreibung: Kooperation im Gesundheitstourismus zwischen Hotels und Kliniken bei Sankt Peter-Ording seit 2007

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: Gesundheitstourismus

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Herzzentrum NORDsee

Kurzbeschreibung: Kooperative Versorgung durch Kliniken NF und UK Eppendorf und Praxis in Husum seit 2007(eigenständige Praxis in der Klinik Husum)

Ort: Nordfriesland
 weitere: UK Eppendorf HH

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Cross-Border Air Rescue

Kurzbeschreibung: Gemeinsame Nutzung eines DRF-Helikopters in Niebüll durch Nordfriesland und Süddänemark seit 2008.

Ort: Nordfriesland
 weitere: Süd-Dänemark

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Gesundheitsregion Nord

Kurzbeschreibung: Networking vieler Akteure aus dem Gesundheitsbereich. Seit 2008

Ort: Nordfriesland
 weitere: Nord-SH, Süddänemark

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: Gesundheitswirtschaft

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitel: Adipositas Zentrum Nord

Kurzbeschreibung: Chirurgische Versorgung durch Kliniken Tönning, Husum und UK Salzburg und Fachärzten Heide seit 2008

Ort: Nordfriesland
 weitere: UK Salzburg AT

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitel: Brustzentrum Nord

Kurzbeschreibung: Netzwerk für Diagnostik und Behandlung zwischen Kliniken und Praxen seit 2008

Ort: Nordfriesland
 weitere: Flensburg, Schleswig

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitel: Kooperative Regionalleitstelle Nord

Kurzbeschreibung: Erste kooperative Rettungsleitstelle der BRD (Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei) seit 2008

Ort: Nordfriesland
 weitere: Flensburg, Schleswig

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Leuchtturmprojekt Freiwilligendienste aller Generationen

Kurzbeschreibung: Bürgernetzwerk für bürgerschaftliches Engagement wie z. B. Rettungsdienste seit 2008

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Geriatrisches Zentrum im Klinikum Husum

Kurzbeschreibung: Verbesserung der Versorgung bei alterstypischen Erkrankungen, seit 2009

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Die „Hallig-Retter“

Kurzbeschreibung: Ausbildung von Hallig-Bewohnern für die Erstbehandlung bei Notfällen bis zum Eintreffen der professionellen Notfallversorgung und Bereitstellung von entsprechender Notfallausrüstung. Seit 2009

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres:

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Balance aus dem Meer

Kurzbeschreibung: Entwicklung einer gemeinsamen Strategie für Gesundheits- und Wellnesstourismus – Westerland, St. Peter-Ording, Wyk auf Föhr, Büssum – Vorreiter für SH seit 2003

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: Gesundheitstourismus

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Teleradiologische Vernetzung

Kurzbeschreibung: Vernetzung von DIAKO Flensburg mit Asklepios Klinik auf Sylt: CT-Untersuchung von FL aus seit 1998 (Gebiet: Neurologie)

Ort: Nordfriesland
 weitere: Flensburg

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: eHealth

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Qualitätsnetz Nord

Kurzbeschreibung: Vernetzung von 250 Praxen in Norddeutschland und der Asklepios Klinik auf Sylt; Themen: Qualitätsmanagement für Dermatologie und Allergologie seit 1998 (Gebiet: Neurologie)

Ort: Nordfriesland
 weitere: ganz Norddeutschland

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: Weiterbildung

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Ausbildungsgesellschaft BiZ Nordfriesland

Kurzbeschreibung: Ausbildungskooperation Klinik NF mit ÖBiZ FL (DIAKO und Malteser in Flensburg) seit 2008 (Alten- und Krankenpflege)

Ort: Nordfriesland
 weitere: Flensburg

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: Ausbildung (Pflege)

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Telemedizinisches Expertennetz

Kurzbeschreibung: Netzwerk diverser Kliniken, v. a. Radiologie, u.a. Asklepios Klinik auf Sylt, Klinik NF seit 2008

Ort: Nordfriesland
 weitere: Flensburg, Schleswig, Kiel, Dänemark

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: eHealth

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Modellregion Föhr

Kurzbeschreibung: Föhr als Modell für Gesundheitstourismus, Schwerpunkte Dialyse, Hippotherapie, Osteoporose, Wellness (laut REK 2004)

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: Gesundheitstourismus

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitel: Gesundheitsportal Nordfriesland

Kurzbeschreibung: Projekt zur Unterstützung des „neuen“ Gesundheitsmarktes durch Gesundheitsamt (laut REK 2004)

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: eHealth

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitel: Strategiekonzept „Gesundheitstourismus Nordsee“

Kurzbeschreibung: Gewinnung und Sensibilisierung von Akteuren aus den Bereichen Tourismus- und Gesundheitswirtschaft für das Produkt „Gesundheitstourismus“ (laut REK 2004)

Ort: Nordfriesland
 weitere: Westküste

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: Gesundheitstourismus

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitel: Produktentwicklung Gesundheitstourismus

Kurzbeschreibung: Konkrete Marktsegmente des Gesundheitstourismus: Wellness, chronische Erkrankungen, kosmetische Chirurgie, Pflege (laut REK 2004)

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: Gesundheitstourismus

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: „eHealth für Halligen und Inseln“

Kurzbeschreibung: Pilotprojekt für E-Learning (REK 2004)

Ort: Nordfriesland
 weitere:

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: eHealth, Ausbildung, Weiterbildung

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus

Kurzbeschreibung: „Der Gesundheitstourismus wird neu positioniert und gestärkt. Basis sind gesundheitsorientierte Programme in hoher Qualität auf dem Gebiet der Prävention.“ Seit 2008

Ort: Nordfriesland
 weitere: SH

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: Gesundheitstourismus

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Projekttitle: GONTE (Gesundheitsorientierter Naturtourismus auf Eiderstedt)

Kurzbeschreibung: Teilprojekt, hervorgegangen aus REK-Vorschlägen.

Ort: Nordfriesland
 weitere: SH

Handlungsfeld: Versorgung/Nachfolge
 Kommunikation
 Bürokratie
 Finanzierung
 weiteres: Gesundheitstourismus

Status: Ideenphase
 Planungsphase
 Realisierungsphase
 abgeschlossen ohne dauerhafte Implementierung
 abgeschlossen und dauerhaft implementiert

Anhang: Niederlassungshilfen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Finanzielle Unterstützung

- Umsatzgarantien: Die Umsatzgarantie wird bis zur Höhe von 2/3 des Durchschnittsumsatzes der jeweiligen Fachgruppe pro Jahr für die Dauer von ein oder zwei Jahren gewährt. Es wird nur gezahlt für Facharztsitze, die dringend zu besetzen sind. Die Einteilung in „dringend“ bzw. „nicht dringend“ erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) und den Vorsitzenden der jeweiligen Kreisstelle der KVSH.
- Darlehen: Darlehen zur Mitfinanzierung von Arztpraxen werden nur an Praxen vergeben, die für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung unentbehrlich sind. Die Rückzahlung erfolgt nach einem tilgungsfreien Zeitraum mit 10 % bzw. 20 % per anno. Es wird unterschieden zwischen:
 - Darlehen für Bauvorhaben mit einer Höhe von max. 102.000 €
 - Darlehen für Praxiseinrichtung mit einer Höhe von max. 31.000 €*→ Es gelten besondere Regelungen für Sonderbauvorhaben mit Modellcharakter.*
- Zinslose Darlehen: Gewährung von zinslosen Darlehen mit einer maximalen Höhe von 21.000 € für die Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen bzw. von Maßnahmen zur rationellen und wirtschaftlichen Leistungserbringung je Vertragsarzt. Ein Darlehen wird nur gezahlt, wenn die Arztpraxis für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung unentbehrlich ist.
- Mietzuschüsse: Zahlung von Mietzuschüssen bei unangemessen hoher Mietbelastung für Arztpraxen, die für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung unentbehrlich sind.

Organisatorische Unterstützung

- IT- Beratung (Beratung über Praxis EDV-Systeme)
- Praxisberatung
 - Betriebswirtschaftlich
 - MVZ / Kooperation
 - Niederlassung
- Beratung über Netzgründungen
 - Struktur & Verträge
 - Betriebswirtschaftlich
 - EDV
- Angebot eines Workshops “Praxisabgabe / Praxisübergabe / Einsteiger“

Veröffentlichung von Praxisangeboten unter Angabe von Stadt oder Kreis, der Arztbezeichnung und einer Bewerbungsfrist im Nordlicht und / oder im Internet auf www.kvsh.de. Nähere Informationen zur Adresse bzw. wirtschaftlichen Lage der Praxis können bei der KVSH angefordert werden.

Quellen:

- Statut über die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben und von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein; Fassung vom 05.11.08; URL: <http://www.kvsh.de/KVSH/index.php?StoryID=373>
- Nordlicht Nr. 08/2009, Seite 28 f.

