



Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Gesundheitswissenschaften bzw.

Berufspädagogik für Gesundheitsfachberufe

**AKTUELLE PROBLEMLAGEN UND  
INNOVATIONSMÖGLICHKEITEN ZUR SICHERSTELLUNG  
DER GESUNDHEITSVERSORGUNG UND TEILHABE IM  
LÄNDLICHEN RAUM AM BEISPIEL DES LANDKREISES  
MECKLENBURGISCHE SEENPLATTE**

**B a c h e l o r a r b e i t**

zur

Erlangung der akademischen Grade

**Bachelor of Science (B.Sc.) bzw.**

**Bachelor of Arts (B.A.)**

Vorgelegt von:

Sandra Ruf

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2017-0167-1

und

Ronny Korablin

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2017-0166-4

Betreuer:

Prof. Dr. Roman F. Oppermann

Zweitbetreuer:

Prof. Dr. Bernhard Langer

Tag der Einreichung: 28.11.2017

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>VI</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Aufbau der Arbeit und methodisches Vorgehen</b> .....	<b>8</b>
<b>3 Kurzer Einblick in das deutsche Gesundheitssystem</b> .....	<b>10</b>
3.1 Erläuterung der grundlegenden Strukturen .....	10
3.2 Aktuelle Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem .....	13
3.3 Aktuelle gesundheitspolitische Aktivitäten .....	18
3.4 Einblick in die Aufgaben der Länder, Landkreise und Kommunen im deutschen Gesundheitssystem .....	21
<b>4 Demographie und Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-     Vorpommern</b> .....	<b>26</b>
4.1 Kurzporträt Mecklenburg-Vorpommern mit demographischen Schwerpunkten .....	26
4.2 Demographischer Wandel im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte.....	30
4.3 Kurze statistische Übersicht über die gesundheitliche Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern und dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte .....	32
4.4 Die Problemfelder der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns.....	37
<b>5 Innovationsmaßnahmen zur Sicherstellung der     Gesundheitsversorgung und Teilhabe am öffentlichen Leben</b> .....	<b>46</b>
5.1 Nutzung des medizinisch-technologischen Fortschritts .....	46

5.2 Aktuelle Delegations- und Substitutionsmodelle .....	49
5.3 Angehörige, Ehrenämter und Nachbarn als Ressource .....	53
5.4 Gesundheitsförderung und Prävention im ländlichen Raum .....	58
5.5 Kurze Betrachtung weiterer Entwicklungen .....	62
<b>6 Die Probleme und Angebote des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte hinsichtlich der Sicherstellung der gesellschaftlichen Teilhabe und Gesundheitsversorgung .....</b>	<b>65</b>
<b>7 Fazit und Bewertung .....</b>	<b>69</b>
<b>8 Quellenverzeichnis .....</b>	<b>71</b>
<b>9 Eidesstattliche Erklärungen und Aufgabeneinteilung der Autoren</b>	

## Abkürzungsverzeichnis

AAL	Ambient Assisted Living
Abs.	Absatz
AGnES	Arztentlastende Gemeindenahe, E- Healthgestützte, Systemische Intervention
Art.	Artikel
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
bzw.	beziehungsweise
DCM	Dementia Care Manager
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DelpHi-MV	Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern
et al.	et alii
e. V.	eingetragener Verein
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KV M-V	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
MDR	Mitteldeutscher Rundfunk
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarde
PKV	Private Krankenversicherung
PKW	Personenkraftwagen
PSG I	Erstes Pflegestärkungsgesetz
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
SGB V	5. Sozialgesetzbuch
SGB XI	11. Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Seite</b>
Abbildung 1:	Entwicklung der Anzahl an Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen im Zeitraum 2011 - 2015	14
Abbildung 2:	Entwicklung der Zahl an Pflegebedürftigen nach SGB XI im Zeitraum 2011 - 2015	15
Abbildung 3:	Entwicklung der Anzahl an Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten im Zeitraum 2011 - 2015	16
Abbildung 4:	Beschäftigungs- und Bevölkerungsentwicklungen von 1996 bis 2015 verglichen nach Regionen	31
Abbildung 5:	Anzahl stationär behandelter Patienten in den Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns	33
Abbildung 6:	Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommerns zur hausärztlichen Versorgung	35
Abbildung 7:	Bedarfsplanung für die allgemeine fachärztliche Versorgung	38
Abbildung 8:	Bedarfsplanung für die allgemeine hausärztliche Versorgung	39

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Seite</b>
Tabelle 1:	Handlungsebenen des deutschen Gesundheitssystems und zugeordnete Akteure	11
Tabelle 2:	Technische und soziale Dienstleistungen innerhalb der Daseinsvorsorge	23
Tabelle 3:	Demographische Eckdaten Mecklenburg-Vorpommerns 2014 und 2015 im Vergleich	27
Tabelle 4:	Entwicklung der Pflegeeinrichtung im Zeitraum 1999 bis 2015 in Mecklenburg-Vorpommern	43
Tabelle 5:	Entwicklung der verfügbaren Plätze in voll- und teilstationären Einrichtungen im Zeitraum 1999 bis 2015 in Mecklenburg-Vorpommern	43
Tabelle 6:	Auswahl an Aufgaben der AGnES-Fachkräfte	50
Tabelle 7:	Kriterien eines Mehrgenerationenhauses gemäß BMFSFJ	56

# 1 Einleitung

„Durch eine gemeinsame Anstrengung wird es uns gelingen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Sachsen und Thüringen schon bald wieder in blühende Landschaften zu verwandeln, in denen es sich zu leben und zu arbeiten lohnt.“ Mit diesen Worten versprach Helmut Kohl am 1. Juli 1990 in einer Fernsehansprache anlässlich der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion mit der DDR, dass es in den späteren neuen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland wirtschaftlichen Aufschwung, sozialen Ausgleich und Wohlstand geben wird. (vgl. Konrad-Adenauer-Stiftung e. V., 2017)

Schon 2004 wurde der Begriff der „blühenden Landschaften“ zur Farce, nachdem ein MDR-Beitrag die blühenden Landschaften in den neuen Bundesländern im Sinne von riesigen Landschaftsparks deutete, da die wirtschaftliche Situation nach wie vor schlecht war und erste Wölfe die Wälder Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns wieder besiedelten. (vgl. Mitteldeutscher Rundfunk, 2004)

Die Perspektiven und Prognosen, die gegenwärtig bezüglich der Zukunft Mecklenburg-Vorpommerns formuliert werden, könnten pessimistischer nicht sein. Grundlegender Tenor sind die gravierenden Folgen des demographischen Wandels, die das Bundesland und seine Bevölkerung kontinuierlich schwächen. Statistische Eckdaten wie die höchste Pflegequote Deutschlands, ein überdurchschnittlich stark anwachsender Altenquotient, negative Wanderungssalden und das am schnellsten alternde Bundesland, erzeugen düstere Aussichten. Zudem wird die Tragbarkeit der Daseinsvorsorge durch die Kommunen in Frage gestellt. Eine Reduzierung der Daseinsvorsorge würde im Umkehrschluss bedeuten, dass der Staat seinen Sozialstaatspflichten, die gemäß Art. 20 Abs. 1 des Grundgesetzes verankert sind, nicht mehr nachkommen würde. In dieser Ausgangslage stellt sich die Frage nach der Gesundheitsversorgung und der gesellschaftlichen Teilhabe in den ländlichen Regionen. Kann die Gesundheitsversorgung nicht mehr wohnortnah, bezahlbar und qualitativ hochwertig angeboten werden? Können die gebliebenen Menschen in den dörflichen Gemeinden noch am gesellschaftlichen Leben teilhaben? Welche Innovationsansätze stellen Theorie und Praxis bereit? Mit diesen zentralen Kernfragen wird sich diese Bachelorarbeit auseinandersetzen.

## 2 Aufbau der Arbeit und methodisches Vorgehen

Diese Bachelorarbeit ist als Übersichtsarbeit angelegt, der eine ausführliche Literatur- und Internetrecherche zugrunde liegt. Neben der Recherche im Bibliothekskatalog und in der elektronischen Zeitschriftenbibliothek der Hochschule Neubrandenburg, wurden die Datenbanken SpringerLink, CareLite, Content-select, Wiso und hogrefe eLibrary genutzt. Ein weiterer Schwerpunkt innerhalb der Literaturrecherche war die Arbeit mit den Literaturverzeichnissen der vorliegenden Publikationen, da zum Zeitpunkt der Ausarbeitung viele aktuelle themenbezogene Veröffentlichungen aus Ministerien, Ämtern und Instituten des Bundes, des Landes Mecklenburg-Vorpommern und des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte zur Verfügung standen. Hierbei sind der Siebte Altenbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2016, der Raumordnungsbericht 2017 des Bundesinstituts für Bau-, Stadt-, und Raumforschung, die Ergebnisse der Enquete-Kommission „Älter werden in MV“, die 1. Integrierte Pflegesozialplanung des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte sowie die 1. Gesundheitsberichterstattung des genannten Landkreises besonders hervorzuheben.

Der strukturelle Hintergrund der Arbeit basiert auf dem Kerngedanken die Problemstellungen zu erkennen und zu definieren, die eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik Sicherstellung der Teilhabe und Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum notwendig erscheinen lassen. Orientiert an dem Vorhaben Problemstellungen definieren zu wollen, wurde in den oben beschriebenen Datenbanken und in der Hochschulbibliothek Neubrandenburg Literatur recherchiert. Die Suchbegriffe ergaben sich aus den Begrifflichkeiten des Titels sowie den Begriffen, die aus der tagesaktuellen Medienlandschaft bekannt sind. Im zweiten Schritt wurden Kombinationen aus den Suchbegriffen erstellt, um die Ergebnisse der Recherche thematisch einzugrenzen. Nachdem konkrete Problemfelder anhand der vorliegenden Literatur ersichtlich wurden, begann die Auseinandersetzung mit der Fragestellung, welche Maßnahmen in Theorie und Praxis existieren, um die vorliegende Situation zu verbessern bzw. zu erhalten. Die Literaturrecherche hierzu vollzog sich anschließend nach demselben Schema wie die Recherche nach den Problemfeldern.

In der Quintessenz ergaben sich mehrere Problemfelder und Innovationsansätze. Folglich wurde versucht, die Ergebnisse nach bestehender Aktualität, gesellschaftlicher Bedeutung sowie besonderer Dringlichkeit zu bewerten und anhand der genannten

Indikatoren eine Prioritätenliste zu erstellen. Die Problemfelder und Innovationsansätze mit den höchsten Prioritäten sind Bestandteil der Arbeit geworden.

Die Bachelorarbeit besteht aus sieben Obergliederungspunkten. Der grundlegende Kern der Arbeit, der sich den Problemlagen und Innovationsbestrebungen zur Sicherstellung der Teilhabe und Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum widmet, befindet sich in den Punkten 4.3 bis 6. Innerhalb der Erläuterungen dienen das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern und vor allem der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte als Beispielregionen, da das Bundesland als auch der Landkreis die Kriterien einer ländlichen Region erfüllen. (vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2016) Die Gliederungspunkte 3 bis 4.2 dienen vorwiegend der Erläuterung des Kontexts in dem sich die Bachelorarbeit befindet. Punkt 3 widmet sich hierbei vorwiegend dem deutschen Gesundheitssystem und soll sowohl die Strukturen und Entwicklungen als auch die handelnden Akteure definieren, um die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland verständlich zu vermitteln. Die Punkte 4 bis 4.2 definieren weitergehend den räumlichen Kontext der Beispielregion Mecklenburgische Seenplatte sowie das zugeordnete Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Die Definition vollzieht sich anhand statistischer Daten und ist schwerpunktmäßig am demographischen Wandel ausgerichtet.

Das Fazit im Gliederungspunkt 7 versucht die Kernaussagen der Ausarbeitung zu bündeln und zu bewerten. Ein integrierter Ausblick setzt sich zudem abschließend mit Prognosen, die in der Literatur getroffen werden, auseinander.

Der folgende Gliederungspunkt 3 widmet sich wie bereits erwähnt dem deutschen Gesundheitssystem, indem er einen Einblick hinsichtlich Struktur, Entwicklungen und der handelnden Akteuren gewährt.

### 3 Kurzer Einblick in das deutsche Gesundheitssystem

Schölkopf und Pressel (2014, S. 54) bezeichnen Deutschland als das „Mutterland der Sozialversicherungen“. Hintergrund ist die historisch bedeutende Einführung der ersten gesetzlichen Krankenversicherung für Industriearbeiter im Jahr 1883. Das deutsche Sozialversicherungssystem wurde seit der Einführung fortlaufend reformiert, um es an die Herausforderungen der Gegenwart anzupassen. Kurscheid und Eble (2016, S. 3) stellen trotz anhaltender Reformen die These auf, dass das deutsche Gesundheitssystem samt seiner geschichtlich begründeten Strukturen den aktuellen Herausforderungen nicht mehr gerecht werden könne. Dies sei durch die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen begründet. Dieser Abschnitt soll einen Einblick in die grundlegenden Strukturen des Gesundheitswesens der Bundesrepublik und den aktuellen Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem geben. Zusätzlich soll die Rolle der Kommune als unterste politische Verwaltungsebene verdeutlicht werden.

#### 3.1 Erläuterung der grundlegenden Strukturen

Die Erläuterung der grundlegenden Strukturen innerhalb des Abschnitts soll aus zwei verschiedenen Perspektiven vollzogen werden. Einerseits sollen die Handlungsebenen samt der Zuordnung der jeweiligen Akteure eine Übersicht über das Gesundheitswesen geben. Andererseits soll das deutsche Gesundheitssystem durch seine vier partizipierenden Teilsysteme und deren Funktionen tiefergehend beschrieben werden.

Die folgende Tabelle dient zur Verdeutlichung der Handlungsebenen im deutschen Gesundheitssystem.

Handlungsebene	Exemplarische Akteure des Gesundheitswesens
Makroebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundesministerium für Gesundheit</li> </ul>
Mesoebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbände der Krankenkassen</li> <li>• Landesministerien für Gesundheit</li> <li>• Gemeinsamer Bundesausschuss</li> <li>• Kassenärztliche Vereinigungen</li> </ul>
Mikroebene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuelle Akteure wie einzelne Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte und Pflegenden</li> </ul>

Tabelle 1: Handlungsebenen des deutschen Gesundheitssystems und zugeordnete Akteure (vgl. Rosenbrock & Gerlinger, 2014, S. 16 -22), (vgl. Simon, 2017, S. 71 -80)

Eine Vielzahl der Akteure der dargestellten Handlungsebenen stehen sowohl in horizontaler als auch in vertikaler Richtung miteinander in Beziehung. Dies wird beispielsweise durch die vertikale Verknüpfung hinsichtlich der Erstellung von Rahmenbedingungen deutlich. Reformieren höhergelegene Ebenen ihre Vorgaben für niedriger gelegene Ebenen, so sind die Veränderungen für sie verbindlich. Neben diesem Top-down-Prozess existiert gleichermaßen ein Bottom-up-Prozess, da Interessenverbände, die per Definition der Mesoebene zugeordnet werden, die Wünsche und Anregungen der Mitglieder, die wiederum als individuelle Akteure der Mikroebene zu verstehen sind, bündeln um Einfluss auf Regierungsentscheidungen zu nehmen. Zeitgleich ist allerdings zu beachten, dass durch die Fülle an Akteuren in Meso- und Mikroebene diverse unterschiedliche Interessen bestehen, sodass nicht von den „kollektiven“ Interessen der einzelnen Ebenen gesprochen werden kann. (vgl. Rosenbrock & Gerlinger, 2014, S. 18-19)

Die Unterteilung des deutschen Gesundheitssystems in Ebenen, soll einen Beitrag zur Sortierung der vielzähligen Akteure leisten. Es ist hervorzuheben, dass Entscheidungsfindungen und Erstellungen von Rahmenbedingungen sowohl durch Top-down-Prozesse als auch durch Bottom-up-Prozesse beeinflusst werden und die oberste Instanz nicht allein eine gesundheitspolitische Vollmacht zur Gestaltung des Gesundheitssystems besitzt.

Neben den vorgestellten Handlungsebenen soll fortan Bezug auf die Funktionalität des deutschen Gesundheitssystems genommen werden. Die Grundstruktur besteht aus vier wesentlichen Komponenten, die gegenseitig miteinander verknüpft sind. Diese Teilsysteme innerhalb der Struktur werden als Leistungserbringer, Mitglieder/Versicherte, Kostenträger und Staat bezeichnet. Jede Komponente trägt eine andere Funktion und somit unterschiedliche Rechte und Pflichten. (vgl. Simon, 2017, S. 81)

Die Rolle des Staates kann grob in Aufgaben des Bundes und der Länder unterschieden werden. Der Bund steht an der Spitze des Systems und ist für die Rahmengesetzgebung, die für alle Akteure des Gesundheitswesens bindend ist, sowie für die Fachaufsicht verantwortlich. Die Finanzierung sowie Planung von Krankenhäusern liegt im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Bundesländer. (vgl. Schölkopf & Pressel, 2014, S. 54)

Innerhalb des staatlich festgelegten gesetzlichen Rahmens erfolgt die Finanzierung und Leistungserbringung in einem Dreiecksverhältnis zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern und den Versicherten. Innerhalb des Dreiecks treten die drei Akteure in Wechselbeziehungen miteinander. Die Kostenträger schließen Verträge für ihre Versicherten bei den Leistungserbringern ab. Die Leistungserbringer verpflichten sich in diesen Verträgen die Versicherten zu behandeln und erhalten im Gegenzug die Vergütung für erbrachte Leistung von den Kostenträgern. Die Versicherten sind zur Beitragszahlung an die Krankenkassen verpflichtet, um Anspruch auf die rechtlich vorgesehenen Leistungen zu erhalten. Die Versicherten erhalten schließlich bei den Leistungserbringern gesetzlich zustehende Sach- und Dienstleistungen, wenn die Leistungserbringer Versorgungsverträge mit der jeweiligen Krankenversicherung geschlossen haben. Abweichungen treten bei den privaten Krankenversicherungen auf, da dort das Kostenerstattungsprinzip Anwendung findet. (vgl. Simon, 2017, S.81-82)

Die Kostenträger sind in gesetzliche und private Krankenversicherungen unterteilt. Das Wirken der GKV ist an die Bestimmungen des öffentlichen Rechts, insbesondere dem Sozialrecht, gekoppelt, wohingegen der PKV das allgemeine Versicherungsrecht als rechtliche Grundlage vorliegt. (vgl. Simon, 2017, S. 81) In Deutschland sind 90 Prozent der Bevölkerung Mitglied in gesetzlichen Krankenkassen und somit gesetzlich krankenversichert. Seit 1996 ist die Krankenkassenwahl zudem fast frei, wobei einerseits einige Krankenkassen eine eingeschränkte regionale Verfügbarkeit verzeichnen und andererseits bestimmte Betriebskrankenkassen auf Beschäftigte einzelner Unternehmen beschränkt sind. Im April 2014 existierten circa 130 gesetzliche Krankenkassen. (vgl. Schölkopf & Pressel, 2014, S. 54-55) Der Kreis der Pflichtversicherten wird durch §5 des SGB V definiert und umfasst beispielsweise Arbeiter, Angestellte und Auszubildende, welche ein Arbeitsentgelt erhalten, dass die Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt sowie Studenten an deutschen Hochschulen. Befreit von dieser Versicherungspflicht sind nach §6 SGB V zum Beispiel Beamte, Selbstständige und Richter. Vollständigkeitshalber soll zudem erwähnt werden, dass in §7 SGB V vereinzelt Personengruppen die Möglichkeit zum freiwilligen Beitritt in die GKV eingeräumt wird. (vgl. Sozialgesetzbuch, 2015, S. 398-408)

Leistungserbringer sind gemäß §69 SGB V unter anderem Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Apotheken und Psychotherapeuten sowie die zugehörigen Verbände. (vgl. Sozialgesetzbuch, 2015, S. 481) Das 4. Kapitel des SGB V regelt des Weiteren das Verhältnis der Kostenträger zu den Leistungserbringern und stellt eine Liste an Leistungserbringern bereit.

Neben den erläuterten Strukturen sowie Funktionalitäten des deutschen Gesundheitssystems, soll weiterführend auf aktuelle Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen eingegangen werden.

### 3.2 Aktuelle Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem

Die Betrachtung der aktuellen Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem kann aus mehreren Perspektiven durchgeführt werden. Neben der Auflistung und Erläuterung statistisch relevanter Kennzahlen, soll ein Augenmerk auf aktuelle Problemlagen gerichtet werden. Ein weiterer Fokus wird auf derzeitige gesundheitspolitische Aktivitäten gelegt und Gegenstand des Gliederungspunkts 3.3 sein.

Zur Visualisierung der statistischen Daten dienen im Folgenden mehrere Abbildungen, um die aktuellen Trends und Entwicklungen besser darstellen zu können.

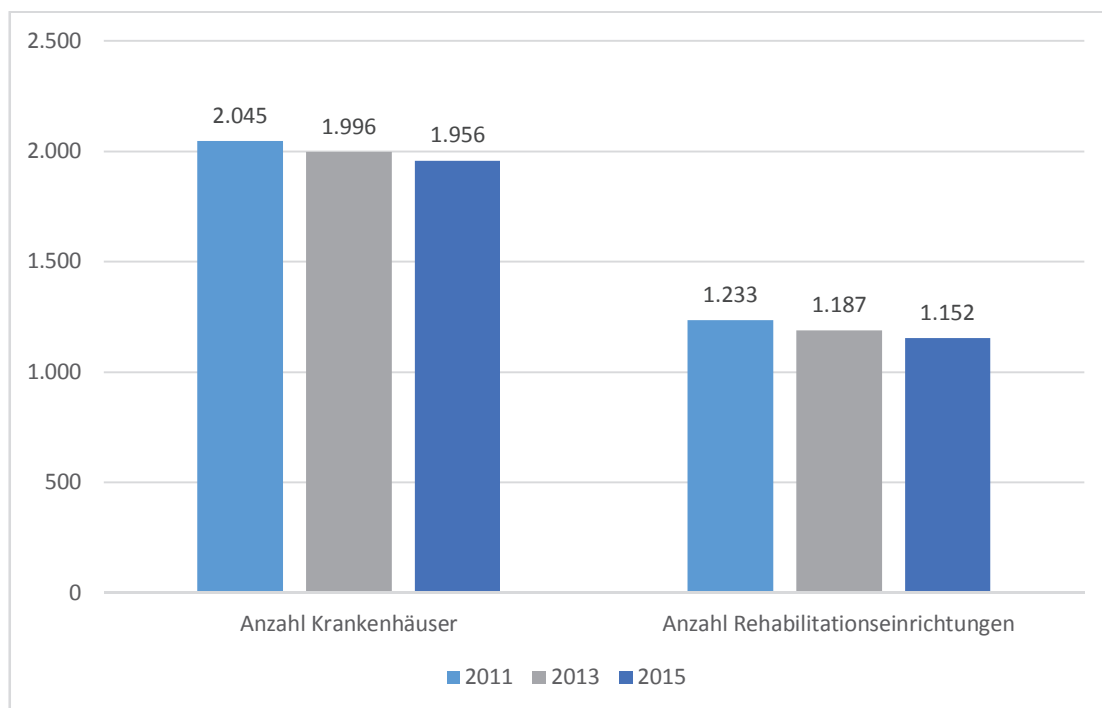


Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl an Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen im Zeitraum 2011 - 2015 - eigene Darstellung - (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b, S. 138-140)

Der Abbildung 1 lässt sich entnehmen, dass die Anzahl der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen innerhalb der betrachteten 5 Jahre kontinuierlich abgenommen hat. Der Verlust bei den Krankenhäusern hat 89 Einrichtungen betragen. Dies bedeutet, dass 4,35 Prozent der Kliniken binnen des Zeitraums 2011 - 2015 nicht mehr zur Verfügung standen. Die Anzahl an Rehabilitationseinrichtungen ist währenddessen um 81 Niederlassungen gesunken. Der prozentuale Anteil beträgt hier 6,57 Prozent. Zeitgleich ist die Zahl der Betten in den Einrichtungen geschmälert worden, sodass 2015 pro 100.000 Einwohner nur noch 611 Krankenhauspatientenbetten zur Verfügung standen. Der Ausgangswert aus dem Jahr 2011 betrug 626. Entgegen dieser Entwicklung war die Zahl der Patienten in beiden Kategorien kontinuierlich steigend. Diese gegensätzlichen Verläufe wurden in den Krankenhäusern durch die Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer kompensiert, die im betrachteten Zeitraum von 7,7 auf 7,3 Tage fiel, sodass die durchschnittliche prozentuale Bettenauslastung 2011 77,3 Prozent und 2015 77,5 Prozent betragend, in den Kliniken nahezu konstant blieb. (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b, S. 138-140)

Die Bettenauslastung in den Rehabilitationseinrichtungen ist hingegen zunehmend, da die durchschnittliche Verweildauer nahezu gleichbleibend ist. Die Auslastung stieg im Zeitraum von 2011 bis 2015 um 4,1 Prozent auf 82,8 Prozent im Gegensatz zur Verweildauer, die im selben zeitlichen Rahmen um nur 0,1 Tage auf 25,3 Tage gefallen ist. (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b, S. 138-140)

Neben der zunehmenden Zahl an Patienten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtung wächst auch die Anzahl an Pflegebedürftigen gemäß SGB XI. Um mit dem zur Verfügung stehenden Datenmaterial aus den Jahren 2011 bis 2015 korrekt verfahren zu können, wird an dieser Stelle der Ausarbeitung noch vom alten Pflegebedürftigkeitsbegriff ausgegangen, der bis zur Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II im Januar 2017 Gültigkeit besaß. Die Entwicklungen soll die folgende Abbildung belegen.

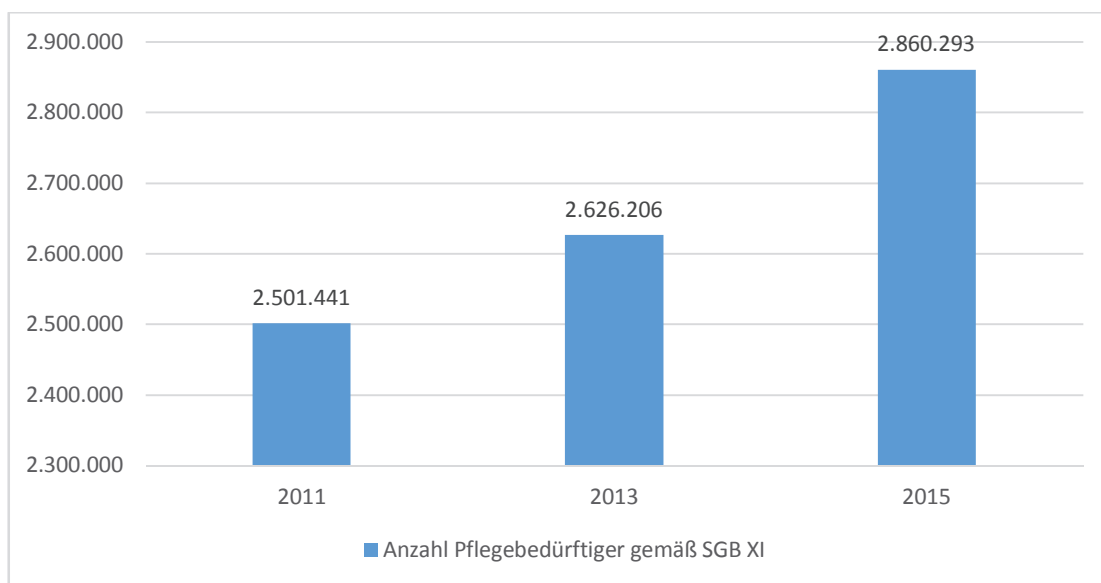


Abbildung 2: Entwicklung der Zahl an Pflegebedürftigen nach SGB XI im Zeitraum 2011 - 2015 - eigene Darstellung - (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017a, S. 29 )

Das Diagramm belegt die Zunahme an Pflegebedürftigen gemäß SGB XI. Die prozentuale Zunahme im betrachteten Zeitraum hat rund 12,55 Prozent betragen. Durch den Zuwachs hat sich die Pflegequote in der Bundesrepublik Deutschland auf 3,5 Prozent verschoben. 2015 sind 73 Prozent der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit und 27 Prozent in einem stationären Pflegeheim versorgt worden. Die heimische Betreuung allein durch Angehörige umfasste 1,38 Millionen Personen. 692.000 Gepflegte wurden allein oder in Kooperation der Angehörigen mit ambulanten Pflegediensten versorgt.

Etwa 783.000 Pflegeempfänger lebten in einem stationären Pflegeheim. (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017a, S. 5, 9, 29)

Die Abbildung 3 weist die wachsende Zahl an Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten aus.

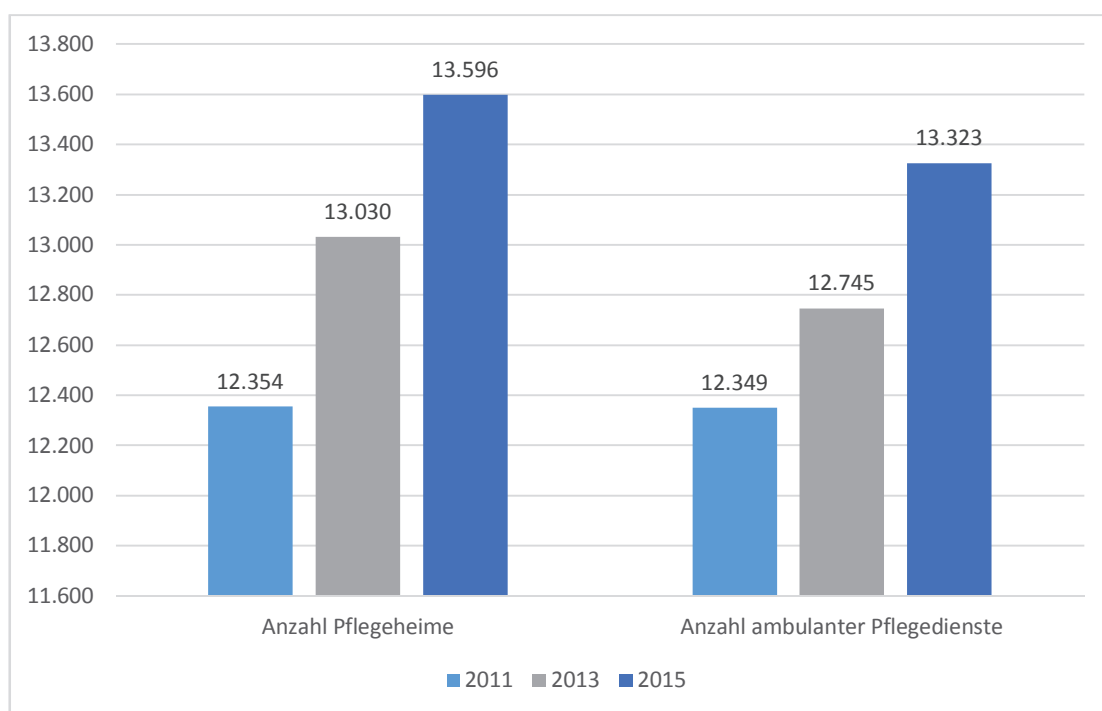


Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl an Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten im Zeitraum 2011 - 2015 - eigene Darstellung - (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b, S. 143)

Entsprechend der steigenden Zahl an Pflegebedürftigen stieg auch die Zahl der Versorgungsangebote. Im Zeitraum 2011 - 2015 ist die Menge an Pflegeheimen um 9,14 Prozent und die Anzahl an ambulanten Pflegediensten um 7,31 Prozent gestiegen. Ob dieser Zuwachs ausreichend ist um die Grundversorgung aller Pflegebedürftigen sicherzustellen, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden, da unter anderem nicht ersichtlich ist, ob Versorgungsangebote regional nach dem jeweiligen Bedarfsstand verteilt sind.

Die letzte statistische Beschreibung soll die steigenden Gesundheitsausgaben umfassen. Innerhalb des zeitlichen Rahmens von 2000 bis 2015 haben sich die summierten Ausgaben im Gesundheitswesen von 214.305 Milliarden Euro auf 344.153 Milliarden Euro erhöht. Dieser Anstieg beträgt 37,23 Prozent. Besondere

Ausgabenträger waren die gesetzlichen Krankenversicherungen, die sozialen Pflegeversicherungen und die privaten Haushalte, deren Ausgaben im ähnlichen prozentualen Maße gestiegen sind. Kategorisiert nach Leistungsarten sind die Hauptkostenpunkte, die laufenden Gesundheitsausgaben sowie ärztliche, pflegerische sowie therapeutische Leistungen. (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017b, S. 146)

Angesichts der steigenden Gesundheitsausgaben, zunehmender Pflegebedürftigkeit und dem Schrumpfen des Krankenhäuserbestands samt der Patientenbetten stellt sich die Frage, ob das deutsche Gesundheitssystem gewappnet ist für die erkennbaren Trends. Auch Wendt (2013, S. 101) stellt die weiterführende Frage, ob das deutsche Gesundheitssystem unter großen Reformdruck stehe, um zukünftige Problemlagen bewältigen zu können. Schrappe (2015, S. 8) unterstreicht die Relevanz der Fragestellung durch seine Forderung nach neuen Entwicklungselementen und Perspektiven zur Stärkung des Gesundheitssystems vor den anstehenden Herausforderungen. Neue Herausforderungen erkennen auch Gieseler und Fleßa (2016, S. 37), die hierfür den demographischen Wandel verantwortlich machen. Sie prognostizieren durch diesen Wandel der Bevölkerungsstruktur eine deutliche Zunahme der zukünftigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und folglich steigende Kosten, bei zeitgleich sinkenden Versicherungsbeiträgen. Die dünn besiedelten Regionen stehen zudem weiteren Problemen wie der Wiederbesetzung von Arztstellen bei schwachen infrastrukturellen Bedingungen gegenüber. Zudem ist ein verhältnismäßig hoher Anteil der ländlichen Bevölkerung multimorbide und im Rentenalter. Entstehende Distanzen zu Ärzten oder Krankenhäusern werden länger und stellen ein weiteres organisatorisches Problem dar. (vgl. Gieseler & Fleßa, 2016, S. 8-9)

Neben den strukturellen Problematiken soll ein zweites Problemfeld Erwähnung finden. Die Thematik Unzufriedenheit und Arbeitsbelastung in den verschiedenen Gesundheitsberufen ist Gegenstand vieler Veröffentlichungen. Bezugnehmend auf die Pflegenden in Deutschland trägt Kutschke (2014, S. 54) mehrere Ursachen für diese Entwicklung zusammen. So erkennt er eine Belastung durch zunehmende Bürokratie, hohen Zeitdruck, zunehmende Übernahmen von ärztlichen Tätigkeiten und mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten. Von Hirschberg und Kähler (2014, S. 180-181) erkennen ähnliche Stressoren für die Pflegekräfte. Sie resümieren, dass durch die steigende Arbeitsbelastung ein Zuwachs an negativen gesundheitlichen Folgen erkennbar sei und folglich erhöhte krankheitsbedingte Fehlzeiten und ein Attraktivitätsverlust des Berufs

unmittelbare Konsequenzen seien. Die deutliche Zunahme an Arbeitsbelastung in der ambulanten Pflege belegt das Pflege-Thermometer 2016, welches ergeben hat, dass 30 Prozent der Pflegenden im Jahr 2015 mehr Überstunden geleistet haben als 2014. (vgl. Isfort et al., 2016, S. 85) Weitere Komponenten die zur Unzufriedenheit im Beruf beitragen, sind eine mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie unregelmäßige Pausenzeiten. Summiert tragen die schlechten Arbeitsbedingungen zur Erhöhung des Burnout-Risikos bei. (vgl. Brause et al., 2014, S. 47). Diese Problematik hat zudem gesellschaftliche Folgen, da Nadj-Kittler und Stahl (2016, S. 62-63) eine signifikante Korrelation aus Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte und der empfundenen Behandlungsqualität von Patienten in deutschen Krankenhäusern erkennen.

In diesem Punkt wurden zwei Problemsituationen im deutschen Gesundheitssystem genannt und kurz erläutert. Die Dringlichkeit von Reformen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung scheint bewiesen zu sein, ungeachtet der Frage, ob es um strukturelle Defizite geht oder die hohe Arbeitsbelastung innerhalb des Systems, welche prominente Probleme wie den Fachkräftemangel befördern. Eine intensivere Auseinandersetzung mit den Problemfeldern der Gesundheitsversorgung in Deutschland wird im Abschnitt 4.4 mit Schwerpunktsetzung auf den ländlichen Raum folgen. Welche gesundheitspolitischen Aktivitäten zur Reformierung des Gesundheitswesens in der jüngeren Vergangenheit getroffen wurden, erläutert der Punkt 3.3.

### 3.3 Aktuelle gesundheitspolitische Aktivitäten

Wie die Erläuterung des deutschen Gesundheitssystems bereits ergeben hat, besteht in Deutschland kein einfaches staatliches lineares System, sondern ein pluralistisches Konstrukt in dem unterschiedliche Ziele und Interessen zwischen aber auch innerhalb der Handlungsebenen verfolgt werden.

Als „Dickicht der Gesundheitspolitik“ bezeichnet der Politikwissenschaftler Falk Illing (2017, S. 1) die Reformierungsdynamik im deutschen Gesundheitssystem. Entgegen dieser Bezeichnung muss erwähnt werden, dass die Bundesrepublik seit Einführung der ersten gesetzlichen Krankenversicherung nach wie vor ein Sozialversicherungssystem vorweisen kann. Ungeachtet dessen ist die deutsche Gesundheitspolitik geprägt von anhaltendem Reformdrang. Diese Reformen sind nach Illing (2017, S. 4-6) beginnend in

der Nachkriegszeit des zweiten Weltkriegs in fünf Phasen unterteilbar. Die ersten beiden Phasen, die von 1949 bis Mitte der 1970er Jahre verliefen, widmeten sich dem Wiederaufbau und beginnenden Investitionen. Die Gesundheitsausgaben erhöhten sich in diesem Zeitraum um 3.700 Prozent, obwohl das Bruttoinlandsprodukt lediglich um 1.300 Prozent anstieg. In dieser Zeit wurde der Begriff der „Kostenexplosion“ geprägt, der die Phasen drei und vier beeinflusste. Diese Phasen erstrecken sich von der zweiten Hälfte der 1970er Jahre bis 2009. In dieser Zeit wurden zunächst Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV entfernt, um die Kosten zu dämpfen. Durch Strukturreformen, wie der Einführung der DRG-Fallpauschalen in deutschen Krankenhäusern, konnten die jährlichen Steigerungen der Ausgaben im Gesundheitssektor moderat gestaltet werden. (vgl. Illing, 2017, S. 4-6)

Aktuell befindet sich die Bundesrepublik in der fünften Phase. Die Kostenfrage ist den bevorstehenden Folgen des demographischen Wandels gewichen. So hat der Krankenhausbereich seit der schwarz-gelben Koalition des 17. Bundestags zusätzliche Mittel erhalten, um sich auf die alternde Gesellschaft vorzubereiten. (vgl. Illing, 2017, S. 7) Eines der Gesetze aus dieser Zeit ist das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist. Hintergrund ist eine festgestellte drohende Unterversorgung in den ländlichen Gebieten Ostdeutschlands und eine Überversorgung in den wohlhabenden Gebieten großer Städte. Seit Einführung des Gesetzes muss der Gemeinsame Bundesausschuss stärker auf eine flächendeckende Versorgung achten. Zeitgleich ist die Wiederbesetzung von Praxen in überversorgten Regionen erschwert worden. (vgl. Simon, 2017, S. 51) Eine weitere Reform der jüngeren Vergangenheit zur Sicherstellung der Versorgung ist das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2015. Inhaltlich wurden unter anderem die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragt Servicestellen einzurichten, um die Wartezeit auf Termine bei einem Facharzt für gesetzlich Krankenversicherte zu verkürzen, da sich diese im Vorfeld stark verlängerten und eine soziale Ungleichheit in der Gesellschaft verspürt wurde, da Privatversicherte von diesen Wartezeiten nicht so stark betroffen waren. (vgl. Simon, 2017, S. 52-53)

Diese beiden strukturorientierten Gesetze sind zwei ausgewählte Beispiele der Gesundheitspolitik der Gegenwart. Eine weitere wichtige Reform umfasst das Präventionsgesetz, das im Abschnitt 5.4 Erwähnung finden wird. Außerdem sind die Pflegestärkungsgesetze I und II von großer Bedeutung, da sie den Alltag der Pflege maßgeblich beeinflussen.

Das PSG I trat am 19. Dezember 2014 in Kraft und weitete die Leistungen für demenziell Erkrankte mit einer bestehenden eingeschränkten Alltagskompetenz aus. So hatten auch Personen mit der Pflegestufe 0, die häufig Menschen mit Demenz umfassten Anspruch auf Leistungen der Kurzzeit-, Verhinderungs-, Tag- und Nachtpflege. Dieser Schritt stellte eine Entlastung für die pflegenden Angehörigen dar. (vgl. Illing, 2017, S. 326-328)

Das PSG II ist maßgeblich durch die Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs geprägt. Die Berücksichtigung der Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde durch die Novellierung erleichtert, sodass sie einen besseren Zugang zu pflegerischen Leistung erhielten. Außerdem wurde das „Neue Begutachtungsassessment“ eingeführt, das die Kategorisierung der Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegrade, statt in drei Pflegestufen, ermöglichte. (vgl. Illing, 2017, S. 329-331)

Neben den Ergebnissen und Entwicklungen, die in dem parlamentarischen Wirken begründet sind, gibt es noch weitere außerparlamentarische Entwicklungen und Initiativen.

Eines dieser Beispiele ist die Festlegung nationaler Gesundheitsziele. Das Formulieren von nationalen Gesundheitszielen durch den Dialog der verschiedenen Akteure des Gesundheitssystems, wird als Gesundheitszielprozess bezeichnet und soll dazu beitragen, dass Einzelinteressen im deutschen Gesundheitssystem überwunden werden. (vgl. Saß et al., 2015, S. 397)

Übergeordnetes Ziel der nationalen Gesundheitsziele ist die Gesundheit der Bevölkerung. Entwickelt werden diese Gesundheitsziele durch den Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ an dem Verantwortliche aus der Bundes-, Länder- und Kommunalpolitik, den Selbstverwaltungsorganen, Fachverbänden, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen und der Wissenschaft teilnehmen, sodass das Forum rund 120 Organisationen bündelt. Die Ergebnisse der Konsensfindung stehen anschließend allen Beteiligten und der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung. (vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., 2013) Eines der verabschiedeten nationalen Gesundheitsziele, das zu der thematischen Ausrichtung der Ausarbeitung passt, ist das Ziel „Gesund älter werden“. In der Ausformulierung des Gesundheitsziels werden die handelnden Akteure des Gesundheitswesens darauf verwiesen, dass die

Schwerpunkte Gesundheitsförderung und Prävention zukünftig einen besonderen Stellenwert einnehmen müssen. Es werden folglich dreizehn Einzelziele definiert und das „Ziel 1“ soll exemplarisch erläutert werden: „Die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen ist gestärkt. Mangelnde Teilhabe und Isolation werden erkannt und gemindert.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 31)

Dem Ziel ist zu entnehmen, dass es sich einem Problem widmet, das mit der gesteigerten Lebenserwartung im Kontext des demographischen Wandels einhergeht. Ein Erreichen des „Ziel 1“ hat insbesondere einen sozial- und gesundheitspräventiven Charakter, da gesellschaftlich engagierte Senioren in der Altersspanne von 75 bis 85 Jahren ein wesentlich besseres Gesundheitsempfinden angeben als Personen dieser Altersklasse ohne Engagement. Personen dieser Altersspanne ohne bestehendes Engagement schätzen ihr Gesundheitsempfinden nur zu 35,7 Prozent als „gut“ oder „sehr gut“ ein, wohingegen 53,3 Prozent mit einem Engagement solch positives Gesundheitsempfinden angeben. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2011, S. 11) Abschließend zur Thematik nationale Gesundheitsziele mit dem Exemplar „Gesund älter werden“ soll eine vorgeschlagene Maßnahme zitiert und erläutert werden: „Spezifische Maßnahmen zur Integration und Unterstützung gesellschaftlicher Teilhabe alleinlebender älterer und hochaltriger Menschen (Entwicklung und Nutzung entsprechender Zugangswege sowie Abbau von Barrieren) und von älteren Menschen, die von Isolation oder mangelnder Teilhabe betroffen sind.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 34) Dieser Maßnahmenvorschlag ist deutlich an Kommunen und Landkreise sowie regionale Verbände und Vereine gerichtet, da bezugnehmend auf den präventiven Wert der Integration betagter Personengruppen, Zugangshürden entfernt werden müssen. Zu den Hindernissen gehören einerseits bauliche Umstände, aber auch strukturelle und logistische, wenn Senioren beispielsweise in abgelegenen ländlichen Regionen leben.

### 3.4 Einblick in die Aufgaben der Länder, Landkreise und Kommunen im deutschen Gesundheitssystem

Gemäß des Themas der Arbeit soll sich der folgende Gliederungspunkt dem Wirken der Bundesländer und vor allem der Kommunen hinsichtlich des Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung widmen.

Wie es der grundlegenden Struktur des deutschen Gesundheitssystems, erläutert im Abschnitt 3.1, entnommen werden kann, befinden sich Länder und Kommunen in einer mittleren Handlungsebene. Pauschal bedeutet dies, dass sie sich an die Rahmenbedingungen der höheren Instanzen, wie dem Bundesministerium für Gesundheit, halten müssen. Andererseits können sie eigene Rahmenbedingungen für die Akteure der untersten Handlungsebene erschaffen, wie Verbände, Vereine und ansässige Pflegedienste.

Die konkrete Verteilung der Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten ist sehr stark dezentralisiert. Dies wird am Beispiel der Krankenhauslandschaft in Deutschland deutlich. Die Bundesländer sind für die Krankenhausplanung, somit für die Eröffnung, Erhaltung und Schließung von Krankenhäusern in ihrem Territorium verantwortlich. Gemäß der dualen Krankenhausfinanzierung, tragen sie die Investitionskosten in den Krankenhäusern, wohingegen die Krankenkassen die Betriebskosten zahlen. Die Bereitstellung der Patientenbetten obliegt allerdings den Kommunen und Landkreisen. (vgl. Illing, 2017, S. 17)

Die Länder haben eine ausgeprägte Kontrollfunktion inne. Dieser Überwachung durch verschiedene Organe der Landespolitik sind die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie Apotheken unterstellt. Weitere Aufgaben der Länder hinsichtlich des Gesundheitsaspekts sind unter anderem die Organisation und Verwaltung der Rettungsdienste und die Regulierung der Studienplätze für Medizin. (vgl. Illing, 2017, S. 18-19)

Eine maßgebliche Aufgabe die den Kommunen übertragen wurde, ist die kommunale Daseinsvorsorge. Daseinsvorsorge ist ein deskriptiver Begriff, der der Verwaltungswissenschaft entsprungen ist. Durch die kommunale Daseinsvorsorge kommt der Staat seinen verfassungsrechtlichen Pflichten nach. Dieses Konstrukt ist somit ein Instrument zur Umsetzung des Sozialstaatsprinzips, das in Art. 20 Abs.1 GG beschrieben ist. Besondere Aufgabe der Kommunen ist die Schaffung infrastruktureller Rahmenbedingungen und die Sicherung der sozialen Leistungen, die für ein selbstbestimmtes Leben sowie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben notwendig sind. Die Aufgabe der Daseinsvorsorge darf den Kommunen übertragen werden, da gemäß Art. 28 Abs. 2 GG die Kommunen ein Recht auf Selbstverwaltung haben und Sorge für

die örtliche Gemeinschaft tragen müssen. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016a, S. 26-30, 148)

Wie bereits beschrieben, besteht die Daseinsvorsorge aus infrastrukturellen und sozialen Aspekten. Ziel der Daseinsvorsorge ist die flächendeckende Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, die als lebenswichtig eingestuft sind und zu tragbaren Preisen in zumutbaren Entfernungen durch die Bevölkerung konsumiert werden können. Die Dienstleistungen sind in folgender Übersicht veranschaulicht. (vgl. Kaether, Dehne, & Neubauer, 2016, S. 8), (vgl. Ried, 2016, S. 6), (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016a, S. 33)

Technische Dienstleistungen	Soziale Dienstleistungen
Energieversorgung	Gesundheitsdienste
Wasserversorgung	Kinderbetreuung
Telekommunikationsversorgung	Schulbildung
Öffentlicher Nah- und Fernverkehr	Altenpflege
Abfall- und Abwasserentsorgung	Rettungsdienst
Post	Kulturangebote
	Katastrophen- und Brandschutz

Tabelle 2: Technische und soziale Dienstleistungen innerhalb der Daseinsvorsorge - eigene Darstellung - (vgl. Kaether, Dehne & Neubauer, 2016, S. 8)

Die Tabelle lässt erkennen, dass die Dienstleistungen in soziale und technische Dienstleistungen unterschieden werden. Deutlich wird auch das breite Spektrum an Aufgaben, die durch die Kommunen organisiert werden müssen. Die Sicherstellung dieser Funktion der Kommune gilt in peripheren ländlichen dünn besiedelten Regionen als besonders kostspielig, da der Grundsatz der „gleichwertigen Lebensverhältnisse“ gemäß Art. 72 Abs. 2 GG in der Bundesrepublik Deutschland gilt. Lebensverhältnisse

umfassen hierbei Inhalte aller Lebensbereiche. Exemplarisch sind die Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen sowie Angebote hinsichtlich Freizeit, Kultur und Mobilität zu nennen. Die Sicherstellung der Daseinsvorsorge ist allerdings nicht gleichbedeutend mit staatlichen Einrichtungen, die die Güter und Dienstleistungen anbieten. Die Übertragung der Leistungen zur Daseinsvorsorge an private Anbieter ist möglich, allerdings behält die Kommune die Gewährleistungsverantwortung und die Aufgabe der staatlichen Regulierung. (vgl. Ried, 2016, S. 7-8)

Im Zuge des demographischen Wandels hat die Fragestellung nach einer ausreichenden Daseinsvorsorge an Bedeutung gewonnen. Grund ist die zunehmende Untragbarkeit der öffentlichen Daseinsvorsorge in einigen dünn besiedelten Gebieten, die besonders stark von den Folgen des demographischen Wandels betroffen sind. Folge der beschränkten Daseinsvorsorge ist ein Verlust an Qualität der Lebensbedingungen sowie der Verlust an Standortqualität für die jeweilige Kommune. Betroffen hiervon sind insbesondere vulnerable Gruppen, zu denen in ländlichen Regionen häufig ältere Menschen zählen. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016a, S. 32-34)

Maßnahmen, die diesen beschriebenen Trend dämpfen oder aufhalten sollen, werden im Gliederungspunkt 5 thematisiert.

Eine weitere Aufgabe der Kommune als Akteur im Gesundheitssystem, ist die Erstellung eines kommunalen Gesundheitsberichts durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, der in Form eines Gesundheitsamts im zugehörigen Landkreis beheimatet ist. Das Ziel der Berichterstattung ist die Abbildung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung sowie die Versorgungssituation der Region. Die entstandene Datengrundlage kann als Basis für Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen dienen. (vgl. Heymann et al., 2016, S. III)

Die erläuterte kommunale Gesundheitsberichterstattung kann als Bestandteil der kommunalen Gesundheitsförderung verstanden werden. Es wird mit dieser Form der Gesundheitsförderung versucht, sozial benachteiligte Personen aus dem Präventionsdilemma zu befreien, wodurch ein Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet werden kann. Merkmale der kommunalen Gesundheitsförderung sind die erwähnte kommunale Gesundheitsberichterstattung, die

gesundheitsfördernde kommunale Gesamtpolitik, die voraussetzt, dass die gesamte Politik in der Kommune das Thema Gesundheit berücksichtigt sowie die intersektorale Zusammenarbeit und die Förderung der Partizipation der Bevölkerung. Die Partizipation versucht hierbei die aktive Teilhabe der Bevölkerung an der Gesundheitsförderung zu erreichen. Die intersektorale Zusammenarbeit ist als Zusammenarbeit zwischen Akteuren der Kommune und Akteuren anderer Kommunen oder außerstaatlichen Vertretern zu verstehen.

In Mecklenburg-Vorpommern erhielten die Landkreise mit der Überarbeitung des Landespflegegesetzes im Juli 2013 die Verpflichtung zur Erstellung eines integrierten Pflegesozialplans. Gemäß des §1 Abs. 7 des Landespflegegesetzes Mecklenburg-Vorpommerns soll das Ziel dieser Maße eine leistungsfähige ortsnahe und abgestimmte pflegerische Versorgung der Bevölkerung mit ambulanten und stationären Anbietern sein. (vgl. Engel, 2016, S. 259)

Abschließend soll festgehalten werden, dass die Kommunen durch ihr Recht auf Selbstverwaltung und Regelung der Angelegenheiten in ihrer örtlichen Gemeinschaft, sehr viel Verantwortung tragen. Eine Vielzahl an Literatur verweist dabei auf die unterschiedlichen Startbedingungen mit denen die Landkreise und Kommunen die Aufgaben bewerkstelligen sollen. (vgl. Luthe, 2013, S. 12, 20), (vgl. Ried, 2016, S. 2), (vgl. Gieseler & Fleßa, 2016, S. 37), (vgl. Stumm, 2017, S. 29) Daher benötigen die jeweiligen Kommunen regionale Konzepte, die auf ihr individuelles Profil angepasst sind. Die Profile vieler Landkreise und Kommunen in Mecklenburg-Vorpommern sind bereits durch die Folgen des demographischen Wandels betroffen. (vgl. Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern, 2016, S. 30), (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011, S. 27) Welche genauen demographischen Entwicklungen sich in Mecklenburg-Vorpommern und dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte vollziehen, behandelt der folgende Gliederungspunkt 4.

## 4 Demographie und Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern

„MV nicht mehr Schlusslicht bei Glücksatlas“. Mit dieser Meldung verkündete der Nordkurier am 07.11.2017 auf seiner Homepage, dass Mecklenburg-Vorpommern nicht mehr auf dem letzten Platz des Glücksatlas stünde. (vgl. Nordkurier, 2017)

Dieser Atlas ist das Ergebnis einer Studie, die von der Deutschen Post veranlasst wurde und sich mit der Lebenszufriedenheit der Bevölkerung der Bundesrepublik auseinandersetzt. Mecklenburg-Vorpommern befindet sich hinsichtlich jener Zufriedenheit auf dem 17. von 19 Plätzen. (vgl. Deutsche Post AG, 2017)

Jene negative subjektive Einschätzung der Bürger in Mecklenburg-Vorpommern wirft die Frage auf, weshalb die Lebenszufriedenheit im bundesweiten Vergleich derart schlecht ist. Zur Ergründung der möglichen Antworten soll der Abschnitt 4 beitragen. Die beiden folgenden Untergliederungspunkte werden zunächst das nordöstliche Bundesland und den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte unter dem Gesichtspunkt der demographischen Tendenzen näher charakterisieren.

### 4.1 Kurzporträt Mecklenburg-Vorpommern mit demographischen Schwerpunkten

Das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern ist mit 69 Einwohnern pro Quadratkilometer das am schwächsten besiedelte Bundesland Deutschlands. (vgl. Bundesamt für Statistik, 2016) Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass der Anteil der Landbevölkerung im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern sehr hoch ist. Die folgende Tabelle soll weitere wichtige demographische Eckdaten bündeln.

Begrifflichkeit	Daten aus dem Jahr 2014	Daten aus dem Jahr 2015	Differenz
Einwohnerzahl	1.599.138	1.612.362	+ 13.224
Lebendgeborene	12.830	13.298	+ 468
Todesfälle	18.918	20.315	+ 1.397
Wanderungssaldo*	+ 8.486	+ 19.973**	+ 11.487
<p>* Wanderungssaldo ist positiv bei dem Vorzeichen +</p> <p>** Diese Zahl kann deutlich variieren, da von einer Unterfassung der Schutzsuchenden ausgegangen wird</p>			

Tabelle 3: Demographische Eckdaten Mecklenburg-Vorpommerns 2014 und 2015 im Vergleich - eigene Darstellung (vgl. Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern, 2016, S. 28, 41)

Dieser Tabelle können mehrere wichtige Daten entnommen werden. Es ist zu erkennen, dass die Anzahl der Einwohner, Lebendgeborenen und Todesfälle im Jahr 2015 im Verhältnis zum Jahr 2014 zugenommen hat. Das positive Wanderungssaldo bescheinigt zudem, dass die Zahl der Zuwanderungen größer ist als die Zahl der Abwanderungen. Diese vermeintlich positive Statistik muss allerdings relativiert werden. Einerseits ist das Verhältnis der Sterbefälle und Geburten anhaltend unausgeglichen. Es liegt somit ein Sterbeüberschuss in Höhe von 929 Personen vor, der die Gesamtbevölkerung schrumpfen lässt. Die gestiegene Einwohnerzahl kann daher nur durch den positiven Wanderungssaldo begründet werden. Die Zuzüge ins Bundesland Mecklenburg-Vorpommern bestehen zu 90 Prozent aus nichtdeutschen Personen. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung prognostiziert in ihrem Raumordnungsbericht 2017 (2017, S. 27) allerdings, dass die zugezogenen Personen mit Migrationshintergrund auch einen Umzug in urbane Regionen anstreben werden.

Der eingehend erwähnte hohe Landbevölkerungsanteil ist kein Alleinstellungsmerkmal Mecklenburg-Vorpommerns. Ländliche Räume existieren in fast ganz Deutschland, Europa und der restlichen Welt. Eine für die Bundesrepublik Deutschland gültige

Abgrenzung des ländlichen Raums zum städtischen Raum, nimmt das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung vor. Ländliche Kreise sind demnach Regionen mit einer Einwohnerdichte unterhalb der 150 Einwohner pro Quadratkilometer und einem maximalen Bevölkerungsanteil von 50 Prozent in Mittel- und Großstädten. Zeitgleich werden die ländlichen Räume weitergehend in „Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen“ und „dünn besiedelte ländliche Kreise“ unterschieden. Nur der Landkreis Nordwestmecklenburg zählt hierbei zu den Ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen in Hinblick auf das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Die restlichen fünf Landkreise werden der dünn besiedelten Kategorie zugerechnet. Zudem existieren die kreisfreien Oberzentren Rostock und Schwerin. (vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2016)

Diese Unterscheidung ist fortlaufend von Bedeutung, da die Folgen des gegenwärtigen demographischen Wandels vor allem in den am schwächsten besiedelten Regionen bereits spürbar sind. (vgl. Menning et al., 2010, S. 23-24, 49-50) Der Terminus „Demographie“ wird als Wissenschaft der Bevölkerung definiert. Das konkrete Untersuchungsobjekt ist der Zustand in dem sich eine Bevölkerung befindet. Indikatoren zur Feststellung sind hierfür beispielsweise die Größe, Altersstruktur, Migration sowie die Geburten- und Sterbezahlen. Diese Daten lassen Rückschlüsse auf Bevölkerungsentwicklungen und Altersstrukturen zu. (vgl. Thurich, 2011, S.17)

Der angesprochene demographische Wandel ist vor allem durch die niedrigen Geburtenraten, die seit den 1970er Jahren vorliegen, bei zeitgleicher Steigerung der Lebenserwartung der Bevölkerung geprägt. Die Ergebnisse spiegeln sich in einer zunehmenden Überalterung und einem Bevölkerungsrückgang wider. (vgl. Rademacher, 2013, S. 21) Die ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns werden zusätzlich durch einen anhaltenden Fortzug junger Bevölkerungsgruppen belastet. (vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2017, S. 27) Das stark negative Wanderungssaldo in Anbetracht des Zeitraums 1990 bis 2015 in Höhe von - 294.316 Personen belegt diesen Trend. (vgl. Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern, 2016, S. 30) Der Bevölkerungsverlust beträgt somit rund 15,4 Prozent. Konsequenz ist eine zusätzlich beschleunigte Überalterung der Region, die mit den Schließungen von Einzelhandelsgeschäften, Kindergärten sowie Schulen einhergeht und somit

Einschränkungen der lokalen Service- und Infrastrukturangebote verursacht. (vgl. Sternberg, 2010, S. 51), (vgl. Kuhlicke et al., 2005) Hieraus kann sich ein Kreislauf entwickeln, der sich wiederum verstärkend auf Bevölkerungsabwanderungen auswirkt. In Zahlen bilden die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder beispielsweise einen Bevölkerungsverlust durch Auswanderung in Höhe von 27.000 Menschen für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern vom Jahr 2008 bis zum Jahr 2030 ab. Zeitgleich sinkt die Gesamtbevölkerung in dieser Region um 252.000 Einwohner im gleichen Zeitraum. Dies macht ein Verlust von 15,2 Prozent aus. (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011, S. 20-21) Diese Entwicklung wird wie bereits erläutert durch eine zügige Überalterung in Mecklenburg-Vorpommern negativ beeinflusst. Dieser Trend lässt sich mit Hilfe des sogenannten Altenquotienten belegen. Dieser Quotient setzt die Gruppe der Berufstätigen, welche die Altersspanne 20-65 Jahre umfasst, in ein Verhältnis mit der Gruppe der Menschen im Altersrentenalter. So kamen 2008 in Mecklenburg-Vorpommern auf 100 Personen im berufsfähigen Alter 35 Altersrenter. Bis 2030 soll sich dieses Verhältnis zu einem 100 zu 70 Verhältnis verschieben. Demzufolge verdoppelt sich der Anteil an Menschen über 65 Jahren. Den Gegensatz in dieser Entwicklung stellen die urbane geprägten Stadtstaaten dar, da der Altenquotient in Hamburg auf lediglich 38 und in Berlin sowie Bremen auf 46 steigen soll. (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011, S. 27)

Ein weiterer Aspekt, der die prekäre Lage auf dem Land widerspiegelt, ist die rückläufige Größe der Privathaushalte in ganz Deutschland. Bereits im Jahr 2009 lebten deutschlandweit 40 Prozent der Menschen in Einzelhaushalten. Zeitgleich waren 34 Prozent der Haushalte Zweipersonenhaushalte. Diese Zahlen waren in Mecklenburg-Vorpommern sehr ähnlich. (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011, S. 31) Im Angesicht der Alterung der Gesellschaft bei parallel kleiner werdenden Privathaushalten stellt sich die Frage nach der Versorgung der allein lebenden „Alten“ in den ländlichen Räumen im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit. Teile der Politiker, Journalisten, Raumplaner und Demographen zeichnen daher ein pessimistisches Bild des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern. Aussagen, die die Situation in den ländlichen Regionen des Nordostens beschreiben sollen, umfassen Schlagworte wie Stillstand, Abwanderung und Stagnation. (vgl. Elkeles et al., 2012, S. 270-271)

Die Erläuterung der bestehenden Versorgungsdefizite und Innovations- sowie Bewältigungsstrategien im Hinblick auf den Gesundheitssektor, erfolgt in den Abschnitten 4.4 und 5. Im nächsten Untergliederungspunkt werden die demographischen Problematiken der dünn besiedelten Regionen Mecklenburg-Vorpommerns auf den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte projiziert.

## 4.2 Demographischer Wandel im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

Die Konsequenzen des viel zitierten demographischen Wandels sind im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte im Süden des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern besonders stark wahrnehmbar. Dies belegen mehrere Veröffentlichungen diverser Herausgeber. Drei dieser Publikationen, die in den letzten zehn Jahren erschienen sind, sollen im Folgenden die besondere Schwere und Bedeutung des strukturellen Wandels verdeutlichen. Der Themenreport "Pflege 2030", der von der Bertelsmann Stiftung im Jahr 2012 herausgegeben wurde sowie der Altersdatenreport „Regionale Aspekte der demographischen Alterung“ des Deutschen Zentrums für Altersfragen, welches ihren Report 2010 veröffentlichte, zeigen, dass die bestehende Problematik bereits längerfristig erkannt wurde. Die bestehende Aktualität dieser Berichte unterstreicht der „Raumordnungsbericht 2017“ des Bundesinstituts für Bau-, Stadt-, und Raumforschung. Der im Oktober 2017 veröffentlichte Bericht des BBSR impliziert zudem die aktuellen Verschiebungen der Bevölkerungsprognosen, die durch die „Flüchtlingskrise“ verursacht wurden. Alle genannten Veröffentlichungen wendeten hierbei unterschiedliche Fachtermini und Methoden an.

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen definierte den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte innerhalb eines Clusterverfahren als „Alterspionier“. (vgl. Menning et al., 2010, S. 49) Diese Landkreise weisen den stärksten Bevölkerungsrückgang seit 1995 auf und sind durch eine bestehende hoch dynamische Alterung charakterisiert. Die hoch dynamische Alterung sorgt für ein besonders starkes Wachstum der Bevölkerung über 65 Jahren. Zeitgleich ist der so genannte „Greying-Index“, der den Anteil an über 80 Jährigen beschreibt, prozentual verhältnismäßig gering. Nichtsdestotrotz liegt der Altersdurchschnitt oberhalb des Durchschnitts der Bundesrepublik Deutschland bei gleichzeitigem negativen Wanderungssaldo. Diese Regionen sind bereits gegenwärtig

mit den Folgen des demographischen Wandels konfrontiert. (vgl. Menning et al., 2010, S. 23-24)

Der Themenreport der Bertelsmann Stiftung setzt sich mit den Folgen des demographischen Wandels im Hinblick auf die Zahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI auseinander. Es werden Prognosen erstellt, die für das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern bis zum Jahr 2030 einen Zuwachs an Pflegebedürftigen in Höhe von 55,9 Prozent voraussagen. In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, ausgehend vom Jahr 2009, eine Zunahme von 34.000 Pflegebedürftigen bei einem Ausgangswert von 61.000. Im Jahr 2030 wird demzufolge von 95.000 Pflegebedürftigen ausgegangen. (vgl. Rothgang et al., 2012, S. 39)

Der Raumordnungsbericht 2017 des Bundesinstituts für Bau-, Stadt-, und Raumforschung umfasst ein breites Spektrum an Daten zur demographischen Entwicklung in Deutschland und auch speziell im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte. Exemplarisch soll die folgende Abbildung die Misere belegen.

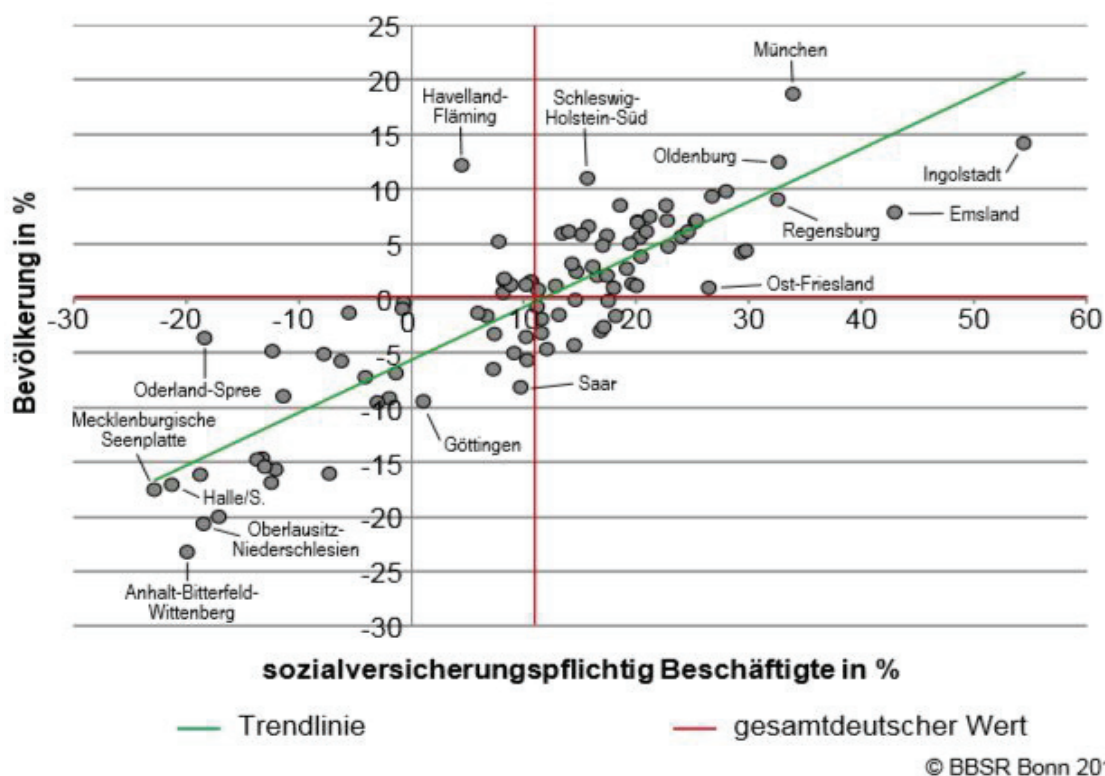


Abbildung 4: Beschäftigungs- und Bevölkerungsentwicklungen von 1996 bis 2015 verglichen nach Regionen - (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2017, S. 21)

In der Abbildung sind die Entwicklungen der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen und der Gesamtbevölkerung in ein Verhältnis gesetzt worden. Es lässt sich entnehmen, dass innerhalb der betrachteten 19 Jahre zwischen 1996 und 2015 die Bevölkerung des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte um mehr als 20 Prozent geschrumpft ist bei einem gleichzeitigem Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen um mehr als 15 Prozent. Mit diesem Trend liegt diese Region weit unterhalb der gesamtdeutschen Entwicklung. Eine schwache wirtschaftliche Situation der peripheren Gegend trägt zudem zur Abwanderung der jungen Bevölkerungsgruppen bei, wodurch die Reproduktion der Menschen sehr gering ausfällt. Folge dieser Entwicklung, die am Beispiel der Mecklenburgischen Seenplatte sichtbar wird, ist ein Sterbeüberschuss, der wie in der Abbildung sichtbar, die Bevölkerung schrumpfen lässt. (vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2017, S.21-22)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Überalterung der Region Mecklenburgische Seenplatte bereits stattfindet. Die Folgen des demographischen Wandels sind somit gegenwärtig spürbar. Diese Entwicklungen führen zu diversen Spannungs- und Problemfelder hinsichtlich der Versorgung der dort lebenden Bevölkerung. Eine Übersicht über die gesundheitliche Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern und dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte soll der folgende Punkt verschaffen.

### 4.3 Kurze statistische Übersicht über die gesundheitliche Versorgungssituation in Mecklenburg-Vorpommern und dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

Das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern existiert seit 27 Jahren. 1991, kurz nach dem Beitritt der DDR zur BRD, war es sortiert nach dem Altersdurchschnitt der Bevölkerung das jüngste Bundesland der Bundesrepublik. Im Jahr 2008 ist Mecklenburg-Vorpommern zwar noch das jüngste Bundesland unter den neuen Bundesländern gewesen, wurde allerdings von sämtlichen alten Bundesländern samt Berlin überholt. In diesem Zeitraum ist das Durchschnittsalter von 35,8 auf 44,7 Jahre gestiegen. Die Zunahme des Altersdurchschnitt hat 8,9 Jahre betragen und in keinem anderen Bundesland hat sich die Alterung so schnell vollzogen. (vgl. Menning et al., 2010, S. 9) Bis Mai 2011 ist das Durchschnittsalter in Mecklenburg-Vorpommern weiter

auf 45,1 Jahre gestiegen und rund 46 Prozent der Bevölkerung ist 50 Jahre alt oder älter. (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2016, S. 13-14)

Parallel zur Zunahme des Durchschnittsalters nahm auch die Anzahl an stationär behandelten Patienten in den Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns zu, wie die Abbildung 5 visualisiert.

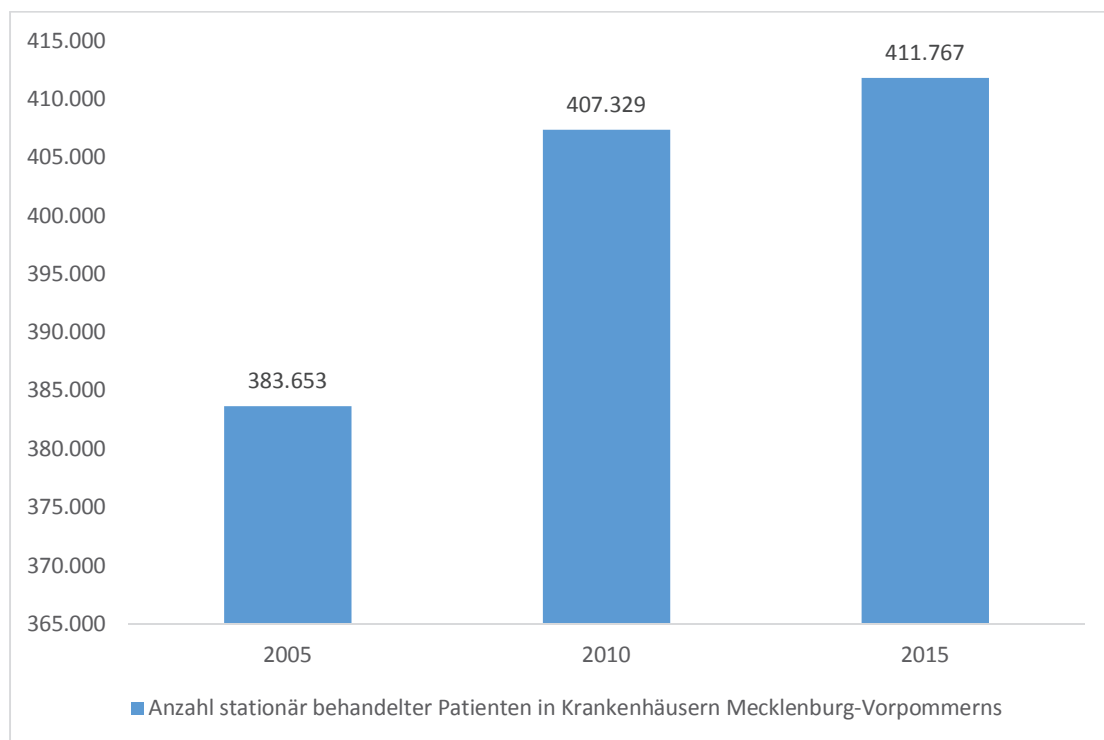


Abbildung 5: Anzahl stationär behandelter Patienten in den Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns - (vgl. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, 2017, S. 185)

Trotz der um rund 6,83 Prozent gestiegenen Zahl an stationären Behandlungen, ist die Zahl der Betten in diesem Zeitraum nur um rund 2,16 Prozent gestiegen. Nichtsdestotrotz ist die prozentuale Bettenauslastung von 81,1 Prozent auf 75,5 Prozent gesunken. Dieser gegensätzliche Trend ist unter anderem durch die sinkende durchschnittliche Verweildauer pro Krankenhausaufenthalt begründbar, die von 7,9 Tagen auf 7,0 Tage gesunken ist. Mecklenburg-Vorpommern weist somit die geringste Verweildauer in Deutschland vor. (vgl. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, 2017, S. 186-187)

Neben der Zunahme an stationär behandelten Patienten, hat auch die Anzahl an Pflegebedürftigen gemäß SGB XI in Mecklenburg-Vorpommern zugenommen. Die Anzahl an pflegebedürftigen Frauen stieg im Zeitraum 2001 bis 2011 um 38 Prozent von 31.947 auf 43.971. Die Entwicklung bei den Männern ist noch gravierender. Die absolute Zunahme hat 7.859 Personen betroffen, ausgehend von einem Wert in Höhe von 15.729. Die prozentuale Steigerung beträgt 50 Prozent. Diese Zunahmen befinden sich oberhalb des Bundesdurchschnitts (vgl. HGC GesundheitsConsult GmbH, 2015, S. 12) Die anhaltende Aktualität der Zunahme der Pflegebedürftigen in Mecklenburg-Vorpommern zeigt die steigende Zahl der Pflegebedürftigen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte. Hier stieg die Anzahl im Zeitraum 2011 bis 2013 weiter von 11.165 auf 12.034 Personen und dürfte exemplarisch für die Gesamtsituation im Bundesland stehen. (vgl. Irre, 2016, S. 182)

Dieser Anstieg führt bei gleichzeitiger Abwanderung junger gesunder Bevölkerungsgruppen zu einer Erhöhung der Pflegequote. Im Land Mecklenburg-Vorpommern sowie im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte beträgt diese Quote 4,1 Prozent. Der bundesweite Durchschnitt liegt bei 3,5 Prozent und das Land sowie der Landkreis liegen somit oberhalb des Durchschnitts. Der Anteil an Pflegebedürftigen innerhalb der Altersspannen 75 bis 84 Jahre, 85 bis 89 Jahre sowie 90 Jahre und älter, ist im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern ebenfalls deutlich oberhalb des Durchschnitts der Bundesrepublik. (vgl. Institut für Sozialforschung und berufliche Weiterbildung gGmbH, 2014, S. 56-61)

Zur pflegerischen Versorgung der Pflegebedürftigen sind im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte 84 ambulante Pflegedienste, 24 Tagespflegeeinrichtungen und 40 vollstationäre Pflegeeinrichtungen zugelassen. Stand der Datenerhebung ist der 1. Februar 2014. Die ambulanten und vollstationären Anbieter waren auf Ober-, Mittel-, und Grundzentren ausreichend verteilt, wohingegen teilstationäre Anbieter in den Grundzentren fehlen. Die ambulanten Pflegedienste versorgten 2.859 der 11.165 Pflegebedürftigen im genannten Landkreis. 2.757 der Pflegebedürftigen wurden in vollstationären Pflegeheimen betreut. Dies ergibt eine Auslastung von 98,7 Prozent, da lediglich 2.792 Plätze zur Verfügung standen. Dies spiegelt den Bedarf an weiteren stationären Plätzen wider. Die teilstationäre Pflege wie die Tagespflege wurde von 389 Personen genutzt. (vgl. Institut für Sozialforschung und berufliche Weiterbildung gGmbH, 2014, S. 76-78)

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Gesundheitsversorgung ist die medizinische Versorgung mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Im Betrachtungszeitraum 2011 bis 2015 hat die Zahl der Hausärzte um drei Niederlassungen abgenommen und ist von 218 auf 215 gesunken. Die Zahl der Fachärzte stieg hingegen von 211 auf 253 im gleichen Zeitraum. (vgl. Irre, 2016, S. 163-164)

Zur Verhinderung einer Über- oder Unterversorgung einer Region erstellt die kassenärztliche Vereinigung eines Landes Planungsbereiche, die am Beispiel Mecklenburg-Vorpommern und explizit im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte nicht mit den gewöhnlichen Landkreisgrenzen übereinstimmen. Daher soll folgende Abbildung die Planungsbereiche zur hausärztlichen Versorgung der KV M-V verdeutlichen.



Abbildung 6: Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommerns zur hausärztlichen Versorgung - (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2014)

Aktuell läge mit den angegebenen Daten keine hausärztliche Unterversorgung der Region Mecklenburgische Seenplatte vor, da eine Relation von 1.425 Einwohnern pro Hausarzt besteht. Im Gebiet des Bundeslandes definiert die KV M-V allerdings elf

Planungsgebiete mit bestehender oder drohender Unterversorgung. Namentlich sind die Planungsbereiche: Anklam, Demmin, Grimmen, Güstrow, Ludwigslust, Parchim, Pasewalk, Rostock-Umland, Schwerin-Umland, Teterow und Wismar. (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2017b)

Somit ist das Planungsgebiet Demmin als Gebiet, dessen Territorium im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte liegt, aktuell von einer Unterversorgung mit Hausärzten bedroht. Zudem ist das Planungsgebiet Neubrandenburg-Umland in den folgenden Jahren von einer Unterversorgung bedroht, da die Zahl der über 65-jährigen Hausärzte erhöht ist und sie somit in mittelfristigen Prognosen der KV M-V nicht mehr aufgeführt werden. Hinzu kommen Internisten, die neben ihrer hausärztlichen Tätigkeit auch die fachärztliche Versorgung ihrer Region absichern. Diese Hausarztstellen werden mit einem Faktor von 0,5 Stellen berechnet, sodass die Einwohner-Arzt-Relation mittelfristig auf einen Wert von 2.119 Einwohner pro Hausarzt fallen könnte und dadurch eine klare Unterversorgung indizieren würde. Die aktuellen Vergleichswerte des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte bzw. des Planungsgebiets Neubrandenburg-Umland betragen 1.425 Einwohner pro Hausarzt im Landkreis bzw. 1.419 Einwohner pro Hausarzt im Planungsgebiet. (vgl. Irre, 2016, S. 165-166)

Abschließend soll die stationäre medizinische Versorgung betrachtet werden. Die Krankenhausplanung eines Bundeslandes obliegt dem Land. In Mecklenburg-Vorpommern wurde der letzte Krankenhausplan 2012 veröffentlicht. Dieser Plan soll eine flächendeckende wohnortnahe medizinische und notfallmedizinische Versorgung sicherstellen. Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte stehen aktuell sieben Krankenhäuser zur Verfügung. Das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg ist mit seinen Außenstellen Altentreptow und Malchin das größte Krankenhaus des Landkreises und hält 939 stationäre Planbetten vor. Weitere Krankenhäuser befinden sich in Demmin, Neustrelitz sowie in Waren und Waren-Amsee. (vgl. Irre, 2016, S. 172-177)

Mit den vorliegenden Daten gilt die stationäre und notfallmedizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern und somit im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte als sichergestellt. (vgl. Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, 2017a, S. 11)

Die beschriebenen statistischen Daten zur Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern und im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte werden an dieser Stelle nicht weitergehend bewertet und interpretiert. Weitere Kriterien die maßgeblich zur Bewertung der tatsächlichen Situation der Gesundheitsversorgung notwendig sind wie die Erreichbarkeit der Anbieter sowie Einrichtungen, sollen unter anderem Gegenstand des folgenden Abschnitts sein. Dieser Gliederungspunkt wird sich mit den entstehenden Problemfeldern hinsichtlich der Gesundheitsversorgung auseinandersetzen.

#### 4.4 Die Problemfelder der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns

Die Gesundheitsversorgung ist ein wichtiger Teil der Daseinsvorsorge und unterliegt deshalb den gleichen Bemessungsrichtlinien. Sie muss daher zu tragbaren Preisen in zumutbaren Entfernungen durch die Bevölkerung, unabhängig vom Wohnort konsumiert werden können. (vgl. Kaether et al., 2016, S. 8), (vgl. Ried, 2016, S. 6), (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016a, S. 33) Im Verlauf der Ausarbeitung sind bereits viele deskriptive Aussagen zu statistischen Daten getroffen worden, ohne dass sie näher analysiert und interpretiert wurden. In diesem Abschnitt soll eine Bewertung der Entwicklungen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung abgegeben werden. Die Beurteilung der Versorgung ist in die Kategorien medizinische Versorgung und pflegerische Versorgung untergliedert. Weitere Komponenten wie die Versorgung mit therapeutischen und pharmazeutischen Leistungserbringern sind ebenfalls von den Problemen des demographischen Wandels betroffen. Diese werden in dieser Bachelorarbeit allerdings nicht weiter Erwähnung finden, da der Fokus auf die pflegerische und medizinische Versorgung gerichtet wurde.

Die zentralen Fragen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung beinhalten die Anzahl an Leistungserbringern, da ein Fachkräftemangel vorliegt sowie die Erreichbarkeit der Anbieter im Angesicht der dünn besiedelten Regionen in Mecklenburg-Vorpommern.

Der Fachkräftemangel in der ambulanten medizinischen Versorgung lässt sich gut an den Bedarfsplanungen der Kassenärztlichen Vereinigung M-V ableiten, da die KV für die flächendeckende Versorgung mit Medizinern verantwortlich ist. Auf Basis der offenen Stellen lassen sich Rückschlüsse auf den Versorgungsgrad schließen, da offene Stellen

nur in Regionen mit drohender oder bestehender Unterversorgung ohne Hindernisse freigegeben werden.

**Bedarfsplanung für die allgemeine fachärztliche Versorgung**

Planungsbereiche	PÄD	AUG	CHI	DER	GYN	HNO	NER	ORT	PSY**	URO
Bad Doberan	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Demmin	X	X	X	0,5	X	X	X	X	X	X
Güstrow	X	0,5	X	X	X	X	X	X	X	X
Ludwigslust	X	X	X	0,5	X	1	X	X	X	X
Müritz	X	X	X	X	X	0,5	X	X	X	X
Parchim	X	0,5	X	X	0,5	X	X	X	X	X
Rügen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Uecker-Randow	0,5	X	X	X	X	0,5	X	X	X	X
<b>Kreisfreie Städte</b>										
Rostock (Hansestadt)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Kreisregionen</b>										
Greifswald/OVP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Neubrandenburg/MST	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Stralsund/NVP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Schwerin/Wismar/NWM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>gesamt in M-V</b>	<b>0,5</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Abbildung 7: Bedarfsplanung für die allgemeine fachärztliche Versorgung (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2017a)

Der Abbildung 7 kann entnommen werden, dass die Versorgung mit Fachärzten in den Planungsgebieten weitgehend sichergestellt ist, da lediglich vereinzelt Stellen offen sind. Da die Bedarfsplanungen allerdings auf Basis einer Einwohner-Arzt-Relation erstellt werden, sagt diese Übersicht noch nichts über die tatsächliche Erreichbarkeit der Mediziner im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern aus.

Die Abbildung 8 belegt hingegen deutliche Unterversorgungstendenzen im Bereich der hausärztlichen Versorgung, da in ländlichen Planungsgebieten eine Vielzahl an offenen Hausarztstellen bestehen. Die KV M-V konkretisiert die bestehende bzw. drohende Unterversorgung in einigen Gebieten des Bundeslandes und benennt elf Planungsgebiete namentlich. Diese gefährdete Situation wurde in Anklam, Demmin, Grimmen, Güstrow, Ludwigslust, Parchim, Pasewalk, Rostock-Umland, Schwerin-Umland, Teterow und Wismar erkannt. (vgl. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2017b)

## Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung

Mittelbereiche	Hausärzte
Anklam	X
Bergen auf Rügen	2
Demmin	4,5
<b>Greifswald</b>	<b>X</b>
Greifswald Umland	4
Grevesmühlen	2
Grimmen	8,5
Güstrow	12,5
Hagenow inkl. Amt Neuhaus	7
Ludwigslust	7
<b>Neubrandenburg</b>	<b>X</b>
Neubrandenburg Umland	5,5
Neustrelitz	1,5
Parchim	10,5
Pasewalk	1
Ribnitz-Damgarten	0,5
<b>Rostock</b>	<b>X</b>
Rostock Umland	21
<b>Schwerin</b>	<b>X</b>
Schwerin Umland	14
Stralsund	X
Stralsund Umland	4
Teterow	3,5
Ueckermünde	1
Waren	7,5
Wismar	7
Wolgast	0,5
<b>gesamt in M-V</b>	<b>125</b>

Stand Arztzahlen: 16.02.2017; Stand Einwohner: 31.12.2015

X = gesperrte Planungsbereiche  
 Ziffer = Zahl der Zulassungsmöglichkeiten  
 ■ = neue Sperrung  
 ■ = partielle Öffnung

Abbildung 8: Bedarfsplanung für die allgemeine hausärztliche Versorgung (Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 2017b)

Problembehaftet sind zudem die Prognosen hinsichtlich der ambulanten Versorgung in Bezug auf das Jahr 2030. Im Mittelpunkt steht hierbei die Altersstruktur der praktizierenden niedergelassenen Ärzte. So werden 2030 circa 70 Prozent der heute aktiven Allgemeinmediziner über 68 Jahre alt sein und somit im regulären Rentenalter. Ähnliche Tendenzen gibt es bei allen Facharztgruppen. (vgl. van den Berg et al., 2014b, S. 64-73) Diese Problematik wird durch die erschwerte Suche nach Nachfolgern intensiviert, sodass offen bleibt, ob in den Ruhestand gegangene Ärzte flächendeckend ersetzt werden können. (vgl. van den Berg et al., 2009c, S. 788)

Wie bereits angedeutet, bestehen aktuell wenige offene Stellen bei der Facharztversorgung, sodass die Annahme besteht, dass die medizinische Grundversorgung mit Fachärzten sichergestellt ist. Die Hausarztversorgung deutet allerdings auf eine Unterversorgung hin. Zur richtigen Interpretation der medizinischen Versorgung soll daher noch die Erreichbarkeit der Einrichtungen untersucht werden.

Die Erreichbarkeit der ambulanten medizinischen Einrichtungen ist in Mecklenburg-Vorpommern mit einem eigenen PKW in den meisten Fällen zumutbar. So besteht eine fast flächendeckende Versorgung mit Allgemeinmediziner, die innerhalb von 10

Minuten mit einem PKW erreichbar sind. (vgl. van den Berg et al., 2014a, S. 23-25) Die Lage hinsichtlich der Erreichbarkeit via ÖPNV gestaltet sich wesentlich schwieriger. Die Gründe hierfür liegen weitestgehend in der Organisation der ÖPNV und der Lage der Hausarztpraxen. Die öffentlichen Verkehrsmittel werden im ländlichen Raum vorwiegend von Personen genutzt, die aufgrund von Mobilitätseinschränkungen nicht in der Lage sind ein eigenes PKW zu führen. Da sich Haltestellen häufig abseits medizinischer Einrichtungen befinden bzw. in den peripheren ländlichen Gegenden zu weit von den Wohnhäusern der potentiellen Nutzer entfernt sind, können sie nur unzureichend genutzt werden, da die körperlichen Ressourcen der Fahrgäste nicht ausreichen. Ein zweites Problem sind die stark ausgedünnten Fahrpläne, die zum Teil einen Arztbesuch logistisch unmöglich machen. (vgl. Gies et al., 2015, S. 75)

Die tatsächliche Erreichbarkeit der Fachärzte in Mecklenburg-Vorpommern muss sehr differenziert betrachtet werden. Die Oberzentren und viele Mittelzentren bündeln eine große Anzahl an niedergelassenen Fachärzten in ihren Städten, sodass die Versorgung und Erreichbarkeit dort gegeben zu sein scheint. Die Erreichbarkeit ist allerdings im ländlichen Raum auch in dieser Beziehung erschwert, da die Facharztpraxen wie bereits erwähnt in den Städten angesiedelt sind. Die PKW-Fahrtzeiten unterscheiden sich je nach Facharztgruppe. So brauchen rund 25 Prozent der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern über 15 Minuten mit dem PKW zum nächst gelegenen Urologen. Die Fahrdauer zu einem Neurologen beträgt bei rund 18 Prozent der Menschen mehr als 15 Minuten. (vgl. van den Berg et al., 2014b, S. 38)

Die mangelnde Erreichbarkeit der Facharztpraxen mittels ÖPNV steht auch an dieser Stelle im Raum, sodass davon ausgegangen werden muss, dass ohne PKW eine Erreichbarkeit mit ÖPNV entweder unzumutbar oder logistisch gar nicht möglich ist.

Zwei medizinische Fachdisziplinen sollen an dieser Stelle noch gesondert erläutert werden. Die starke Alterung der Bevölkerung und die Erhöhung des Anteils an Hochbetagten in der Gesellschaft Mecklenburg-Vorpommerns, lassen die medizinische Disziplin der Geriatrie kontinuierlich an Bedeutung gewinnen. Daher ist die mangelnde flächendeckende Versorgung mit Fachärzten umso kritischer zu bewerten. Die Oberzentren besitzen eine ausreichende Ausstattung mit Akutkliniken, Reha-Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten, die eine Zusatzbezeichnung Geriatrie besitzen. In den restlichen Gebieten des Landes können die Fahrzeiten allerdings bis zu

71 Minuten betragen und es müssen Distanzen von bis zu 103 km zurückgelegt werden. (vgl. van den Berg et al., 2014a, S. 32-33) Diese Versorgungsrate ist unzureichend für die geriatrischen Patienten, die zumeist gesundheitlich geschwächt sind.

Ähnliche strukturelle Probleme ergeben sich in der Palliativversorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Grund hierfür ist ebenfalls die Erreichbarkeit der Leistungserbringer. Fast ein Drittel der Bevölkerung benötigt mehr als eine Viertelstunde zu einem Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin. Über 10 Prozent benötigen sogar mehr als 25 Minuten. (vgl. van den Berg, et al., 2014b, S. 38) In Anbetracht der zugrunde liegenden Krankheitsbilder, scheinen auch diese Distanzen unzumutbar, da auch in akuten Situationen der niedergelassene Facharzt sehr viel Zeit in Anspruch nehmen muss, um zu den Patienten zu gelangen.

Die SAPV-Teams, die als zusätzliches Versorgungsangebot zur Sicherstellung der Versorgung in der Häuslichkeit eingeführt wurden, decken einen Radius von 30 Kilometern ausgehend von ihrem Sitz ab. Da in der Zentrale Mecklenburg-Vorpommerns kein einziges SAPV-Team zur Verfügung steht, werden große Flächen des Landes gar nicht mit den ambulanten Leistungen der SAPV bedient. Ein klares weiteres Zeichen der Unterversorgung in dieser Region. (vgl. van den Berg et al., 2014a, S. 43-44)

Die erschwerte Erreichbarkeit von grundversorgenden Krankenhäusern ist in Mecklenburg-Vorpommern ebenfalls ein Thema das kritisch betrachtet werden muss. Es gibt Gemeinden, die eine über 30-minütige Fahrtzeit mit dem PKW zurücklegen müssen, um das nächste Krankenhaus erreichen zu können. Beispiele sind die Gemeinden Schwarz, Rechlin, die Feldberger Seenlandschaft und Lärz im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte. (vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2012) Angesichts der langen Fahrtzeiten ist der Transportweg in Notfällen sehr weit und kann den Behandlungserfolg minimieren.

Die aktuelle Situation der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern ist wie bereits erläutert differenziert zu betrachten. Die Versorgung mit stationären und ambulanten medizinischen Leistungsanbietern scheint unproblematisch, auch wenn diese Regionen von der ungünstigen Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte nicht unbetroffen sind. Die medizinische Versorgung in den ländlichen Regionen ist hingegen

teilweise prekär. Besondere Facharztgruppen sind nur durch die Überwindung großer Distanzen möglich und Krankenhäuser der Grundversorgung sind ebenfalls zum Teil räumlich stark von ländlichen Gemeinden getrennt. Dies ist ein Zustand, der für die alternde Gesellschaft einen Versorgungsengpass darstellt, insbesondere wenn die Betroffenen in ihrer Mobilität durch Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder dem bloßen Fehlen eines PKWs eingeschränkt sind. Auf der Gegenseite befinden sich die stationären Leistungserbringer in dem Dilemma, dass sie nur geringe Fallzahlen vorweisen können, wodurch der Klinikbetrieb unrentabel ist. Die stationäre medizinische Versorgung befindet sich somit in einem erschwerten Verhältnis zwischen Effektivität und den Prämissen der Daseinsvorsorge. (vgl. Gerlach et al., 2014, S.429)

Diese strukturelle Misere verlangt neue innovative Versorgungsmodelle, da das bestehende System nicht effizient und zeitgleich wohnortnah für die Bevölkerung des ländlichen Raums bereitgestellt werden kann.

Die Leistungserbringer der pflegerischen Versorgung treten im ambulanten, teilstationären als auch im stationären Sektor auf. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist seit der Wiedervereinigung stetig gestiegen. (vgl. HGC GesundheitsConsult GmbH, 2015, S. 12) Die zentrale Fragestellung umfasst auch in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung die Indikatoren der Fachkräfteverfügbarkeit und Erreichbarkeit zur Bewertung der pflegerischen Versorgung.

Die Gruppe der Pflegekräfte ist im Bereich der nicht-akademischen Gesundheitsfachberufe der nummerisch größte. Diese Gruppe umfasst die Ausbildungsberufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege. Die zugehörigen Ausbildungsgänge können im Gegensatz zu dem Gros der restlichen Gesundheitsfachberufe einen stetigen Zuwachs an Auszubildenden verzeichnen. (vgl. Zöller, 2014, S. 9-10) Auch die Zahl der Beschäftigten in ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen Mecklenburg-Vorpommerns, ist stetig steigend. (vgl. Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit, 2017c) Diese Zahlen müssen allerdings im Angesicht der hohen prozentualen Verteilung zu Gunsten der Teilzeitbeschäftigten relativiert werden. In der stationären als auch in der ambulanten Versorgung machen sie in Mecklenburg-Vorpommern einen Anteil von rund 60 Prozent aus. (Rothgang et al., 2016, S. 102, 108)

Parallel an die Beschäftigungszahlen ist die Zahl an ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen samt der verfügbaren Plätze gestiegen, wie die folgenden Tabellen visualisieren.

Jahr	Ambulante Pflegeeinrichtungen	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen
<b>1999</b>	398	181
<b>2007</b>	406	268
<b>2015</b>	450	369

Tabelle 4: Entwicklung der Pflegeeinrichtung im Zeitraum 1999 bis 2015 in Mecklenburg-Vorpommern - eigene Darstellung - (vgl. Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, 2017b)

Aus der Tabelle 4 lässt sich entnehmen, dass die Zahl der Pflegeeinrichtungen zugenommen hat. Somit hat die Zahl der Leistungserbringer auf den Trend der zunehmenden Pflegebedürftigkeit in Mecklenburg-Vorpommern reagiert. Die Anzahl an vollstationären Einrichtungen hat sich sogar mehr als verdoppelt.

Jahr	Verfügbare Plätze in vollstationären Einrichtungen	Verfügbare Plätze in teilstationären Einrichtungen
<b>1999</b>	14.404	43
<b>2007</b>	17.123	687
<b>2015</b>	19.588	2.132

Tabelle 5: Entwicklung der verfügbaren Plätze in voll- und teilstationären Einrichtungen im Zeitraum 1999 bis 2015 in Mecklenburg-Vorpommern - eigene Darstellung - (vgl. Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, 2017b)

Die Zahl der verfügbaren Plätze in teilstationären und stationären Einrichtungen hat sich analog zu der Zunahme an Pflegeeinrichtungen vergrößert. Besonders auffällig ist die Entwicklung der teilstationären Plätze, da ihre Kapazität im Jahr 2015 fast 50 Mal so groß ist wie im Jahr 1999. Auch dieser Trend entspricht der Zunahme an

Pflegebedürftigen. Nichtsdestotrotz stellt sich noch die Frage nach der tatsächlichen personellen Ausstattung und Erreichbarkeit für die Nutzer.

Zunächst soll auf die pflegerische Versorgung durch ambulante Pflegedienste eingegangen werden. Der Indikator der Erreichbarkeit ist in diesem Kontext anders zu interpretieren, da die Leistungserbringer in diesem Fall eine Wegstrecke zu den Pflegenden zurücklegen müssen. Das Flächenland Mecklenburg-Vorpommern ist durch seine geringe Bewohnerdichte geprägt. (vgl. Bundesamt für Statistik, 2016) Daher können die Wege von Patient zu Patient für einen ambulanten Pflegedienst sehr lang sein. Etwa 50 Prozent der ambulanten Anbieter legen eine durchschnittliche Entfernung von 5-10 Kilometer zu ihren Kunden zurück. Etwas weniger als 7 Prozent benötigen im Mittelwert sogar über 20 Kilometer. (vgl. Götz et al., 2011, S. 5) Da die Pflegedienste lediglich eine Wegepauschale bei den Kostenträgern geltend machen können, sind weit entlegene Pflegebedürftige wirtschaftlich für sie unattraktiv. Die Folgen für die pflegerische Versorgung sind allerdings verheerend, da durch diese Struktur abgelegene Ortschaften von der pflegerischen Versorgung ausgeschlossen werden könnten und somit würde zu der Entstehung sogenannter „weißer Flecken“ auf der Karte Mecklenburg-Vorpommerns beigetragen. (vgl. Götz et al., 2011, S. 8) Der zeitgleich hohe Anteil an Pflege in der Häuslichkeit durch Angehörige in Mecklenburg-Vorpommern könnte einen Querverweis auf die erschwerte Zugänglichkeit zu pflegerischen Versorgungsangeboten sein. (vgl. Isfort et al., 2016, S. 20)

Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung benötigen die Leistungserbringer ausreichendes qualifiziertes Personal. Der Terminus des Fachkräftemangels in der Pflege ist allgegenwärtig. Aus der Perspektive von 64,7 Prozent der ambulanten Pflegedienste in Mecklenburg-Vorpommern, ist der bestehende Fachkräftemangel das größte gegenwärtige Problem für ihre Unternehmung. (vgl. Götz et al., 2011, S. 7) Prognostisch wird die Gefahr durch pflegerische Unterversorgung noch vergrößert, da bis 2030 mit einem Rückgang des Erwerbspotentials bei gleichzeitig steigendem Pflegebedarf die Versorgungslücke tendenziell größer werden wird. (Schreck, 2017, S. 17-18)

Wenn diese Versorgungslücke nicht geschlossen werden kann, muss die Aufgabe der Pflege substituiert werden. An dieser Stelle müssen die innovativen Versorgungsmodelle

und das ehrenamtliche Engagement anschließen, um die Versorgung der Pflegebedürftigen in ihren Häuslichkeiten zu gewährleisten.

Die Erreichbarkeit der stationären Pflegeeinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern ist mit einem PKW in einem zumutbaren Maße gegeben. (vgl. Landtag Mecklenburg-Vorpommern, 2016, S.13) Die Problemstellung des schwachen Netzes des ÖPNV in den ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns wird als gegeben angesehen und ist somit ein Manko in der Versorgungsqualität. Zwar sind die Bewohner einer stationären Einrichtung nicht direkt von der Erreichbarkeit betroffen, aber so werden bewegungseingeschränkte Angehörige von einem potentiellen Besuch abgehalten und die familiäre Teilhabe der Pflegebedürftigen reduziert.

In den stationären Pflegeeinrichtungen ist der Fachkräftemangel ebenfalls gegenwärtig. Die Pflegeheime melden eine Vielzahl an unbesetzten Stellen. (vgl. Landtag Mecklenburg-Vorpommern, 2016, S. 135-136)

Versorgungsartübergreifend soll festgehalten werden, dass die pflegerische Versorgung hinsichtlich der Pflegequalität in Deutschland sehr stark unter den aktuellen Rahmenbedingungen leidet. Vor allem der Fachkräftemangel hat bereits Konsequenzen für Pflegebedürftige, Pflegekräfte und Angehörige. Isfort et al. (2010, S. 8-9) benennen konkrete Mängel, die durch das Fehlen des Pflegepersonals entstehen. So konnten Probleme bei der Überwachung verwirrter Personen, Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Durchführung von Hygienemaßnahmen, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Begleitung Sterbender und Schwerstkranker sowie bei der Lagerung und Mobilisation der Patienten festgestellt werden.

Ziel der Innovationsmaßnahmen muss es sein, den Verlust an Qualität in der pflegerischen Versorgung abzuwenden bzw. einen Verfall zu vermeiden.

## 5 Innovationsmaßnahmen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und Teilhabe am öffentlichen Leben

Wie die bisherige Ausarbeitung ergeben hat, bestehen für die ländlichen Räume besondere Herausforderungen um die Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten. Dass sowohl Mecklenburg Vorpommern als auch der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte erwiesenermaßen zu den ländlichen Räumen zählen, wurde ebenso thematisiert. In diesem Abschnitt sollen Innovationsbestrebungen, Theorien und konkrete Innovationsmaßnahmen sowie Phänomene, die zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung beitragen, vorgestellt werden. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

### 5.1 Nutzung des medizinisch-technologischen Fortschritts

Die Digitalisierung ist eine sektorenübergreifende Begleiterscheinung des frühen 21. Jahrhunderts, die den Alltag im Berufs- und Privatleben massiv verändert hat. Auf der Suche nach Innovationsbestrebungen, die zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in Deutschland beitragen sollen, wird sich in diesem Abschnitt dem medizinisch-technologischen Fortschritt gewidmet.

Die Literatur ergibt hinsichtlich der Begrifflichkeiten eHealth und Telemedizin ein heterogenes Bild. Die Informationssuche wurde durch die uneinheitliche Verwendung der Begriffe, die in der Literatur teilweise synonym als auch differenziert voneinander genutzt werden, erschwert. Der Begriff eGesundheit oder eHealth, der Informations- und Kommunikationstechniken umfasst die auf technischen Anwendungen basieren, soll eine zentrale Rolle in der Betrachtung der Innovationen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und Teilhabe einnehmen. Durch diese Techniken soll ein Beitrag zur Verbesserung der Diagnostik und Behandlung, aber auch zu einem novellierten individuellen Gesundheitsmanagement geleistet werden. (vgl. Kellermann-Mühlhoff & Lingemann, 2011, S. 10)

Es können insgesamt fünf eHealth-Bereiche unterschieden werden. Sie umfassen die eAdministration, die die elektronische Gesundheitskarte und Patientenakte beinhaltet

sowie die ePrävention, der Assisstenzsysteme wie Ambient Assisted Living zugeordnet werden können. Ein weiterer Bereich ist das eCare, das diagnostische sowie therapeutische Elemente verknüpft, indem Geräte wie Blutdruckmessgeräte Werte automatisch an ein Zentrum transferieren. Der Patient erhält eine automatische Rückmeldung, ob er sein Verhalten ändern soll. Das eLearning und die eResearch sind die letzten beiden zu nennenden Kategorien. (vgl. Bischoff, 2016, S. 18)

Die mangelnde Erreichbarkeit und der Fachkräftemangel wurden als besondere Problemlagen des ländlichen Raums in Mecklenburg-Vorpommern im Punkt 4.4 definiert. Eine Technologie die zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum beitragen kann, ist die Telemedizin. Grundlegend gibt es zu diesem Begriff zu wissen, dass er die Verbindung der Bereiche Telekommunikation und Informatik beschreibt und ermöglicht, dass elektronische Daten verarbeitet und via digitale Netzwerke ausgetauscht werden können. Es werden sich durch die Einführung von telemedizinischen Dienstleistungen in der Bundesrepublik Vorteile für Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger versprochen. Ein wichtiges Element ist die digitale Vernetzung, da der Patient bei akuten Beschwerden oder Routinekontrollen nicht zwangsläufig weite Entfernungen überbrücken muss, sondern über eine Internetverbindung schnellstens mit einem Arzt in Kontakt treten und sich untersuchen sowie behandeln lassen kann. Hiervon könnten hinsichtlich langer Distanzen zu Ärzten in Mecklenburg-Vorpommern, Patienten in den ländlichen Regionen profitieren. Ein zweiter Vorteil ergibt sich aus der Möglichkeit der digitalen Aufbewahrung der Dokumente, Ergebnisse und Anamnesen. Diese Daten stehen räumlich entfernten Spezialisten und Notärzten in Notfallsituationen sehr schnell zur Verfügung. (vgl. Schmid, 2016, S. 12-15)

Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ fordert einen Ausbau der Telemedizin in Mecklenburg-Vorpommern. Sie soll zum einen fester Bestandteil der stationären und ambulanten Regelversorgung werden und zum anderen sollen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Grundlagen geschaffen werden, die eine angemessene Vergütung telemedizinischer Verfahren ermöglichen. Kritisch merkt die Kommission zudem an, dass der Breitbandausbau in Mecklenburg-Vorpommern beschleunigt werden müsse, da alle telemedizinischen Anwendungen stabile technische Voraussetzungen benötigen. (vgl. Landtag Mecklenburg-Vorpommern, 2016, S. 159)

Eine zweite Strömung, die den Menschen mit Hilfebedarf die Möglichkeit geben möchte länger in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus zu leben, ist das Ambient Assisted Living. Es dreht sich bei AAL um ein umgebungsunterstütztes Leben durch moderne Technologien und damit verbundene Dienstleistungen, die das tägliche Leben erleichtern. Im zunehmenden Alter rücken Technologien in den Mittelpunkt, die helfen, möglichst selbstbestimmend in der eigenen gewohnten Umgebung bleiben zu können. Dies kann auch in Anbetracht des prognostizierten Fachkräftemangels Pflegekräfte oder die pflegenden Angehörigen sowohl zeitlich, als auch körperlich entlasten. Ambient Assisted Living besitzt viele Facetten, die von Gesundheitsmonitoring und Ferntherapie über Fallsensoren und Mobilitätsdienste reichen aber auch in Form von intelligenten Medikamentenspendern sowie Sensoren, die die Aktivität oder Inaktivität der Bewohner überwachen, Anwendung finden. Es kann ebenso Notfallhilfe geleistet werden. Auch hauswirtschaftliche Angelegenheiten lassen sich leichter steuern, wie etwa häusliche Assistenzsysteme, die die Koordination von Haushaltshilfen übernehmen. Zeitgleich existieren breite Angebote rund um die Themenfelder Kommunikation und Entertainment. (vgl. Andelfinger, 2016, S. 240-241)

Sowohl die angewandte Telemedizin als auch das Ambient Assisted Living, besitzen sehr große Potenziale. Nichtsdestotrotz haben diese Technologien noch keinen flächendeckenden Einzug in den Alltag der Gesundheitsversorgung gefunden, obwohl der Fachkräftemangel sowie die erschwerte Erreichbarkeit gewisser Institutionen in Mecklenburg-Vorpommern im Abschnitt 4 nachgewiesen worden sind.

Die Ursachen für die stockende Verbreitung der Telemedizin sind sicherlich vielschichtig und müssen differenziert analysiert werden. So erkennen circa die Hälfte der Ärzte und Ärztinnen in einer Studie der Stiftung Gesundheit fast keinen Nutzen aus einer Verbesserung der Telemedizin. Nahezu 58 Prozent der befragten Mediziner gaben zudem an, dass telemedizinische Anwendungen ihren Vorstellungen von der Arzt-Patienten-Beziehung widersprechen. 23,5 Prozent hingegen verwiesen im Falle der Nutzung auf die fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten. Diese Angaben sind allerdings unter dem Gesichtspunkt, dass sich erst 27,3 Prozent der befragten Ärzte mit Telemedizin auseinandergesetzt haben, zu relativieren. (vgl. Beckers, 2015, S. 1074-1075)

## 5.2 Aktuelle Delegations- und Substitutionsmodelle

Die Forderung nach Delegations- und Substitutionsmodellen ist in Zeiten des Fachkräftemangels im ärztlichen Dienst weit verbreitet. Der Gesetzgeber unterstützt diese Form des Umgangs mit dem Ärztemangel bzw. mit dem drohenden Ärztemangel, indem er den §63 Abs. 3c SGB V verabschiedete. Der Paragraph beinhaltet die Möglichkeit der Entwicklung von Modellvorhaben, die geprägt sind durch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten von ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal, zur Sicherstellung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. (vgl. Sozialgesetzbuch, 2015, S. 469)

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen unterstützt ebenfalls eine zunehmende Handlungsautonomie der Pflegekräfte zur Aufrechterhaltung der Versorgung. Diese Autonomie kann die selbstständige Erfassung, Durchführung und Evaluation innerhalb der pflegerischen Versorgung umfassen. Außerdem können Handlungsfelder, beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben übernommen werden. Darüber hinaus steht der SVR der Akademisierung der Gesundheitsberufe positiv gegenüber, um die Arbeitsteilung zwischen den Ausbildungsniveaus zu erleichtern. (vgl. Wille et al., 2007, S. 23, 26)

Im Vorfeld sollen einige Belange Erwähnung finden, die vor und während der Erstellung eines Delegations- oder Substitutionsmodells geprüft werden müssen. Hierzu zählt die Rechtssicherheit der Akteure ebenso wie die eventuell abweichende Versorgungsqualität. Weitere Schlagwörter wie tatsächliche Arztentlastung, Patientenzufriedenheit, Effizienz und die Zufriedenheit der betroffenen Berufsgruppen müssen beachtet werden. (vgl. Klakow-Franck, 2010, S. 56)

Das erste exemplarisch vorgestellte Modell heißt „AGnES“ und ist per Definition ein Delegationsmodell, welches dementsprechend ärztliche Tätigkeiten an Pflegekräfte überträgt. Das Akronym „AGnES“ bedeutet ausformuliert Arztentlastende Gemeindenähe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention. Im Mittelpunkt stehen die Hausärzte, die ihren Praxisassistenten eine Fülle an Aufgaben übertragen können, die in der folgenden Tabelle 4 gelistet sind. (vgl. van den Berg et al., 2015, S. 73)

Auswahl von Aufgaben der AGnES-Fachkräfte
Erkennen und Beurteilen des Gesundheitszustandes und der gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten
Durchführung von Assessments zum Gesundheitszustand des Patienten
Monitoring der Patienten
Einsatz und Koordination von Telemedizin und Telecare
Schulung und Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen

Tabelle 6: Auswahl von Aufgaben der AGnES-Fachkräfte (vgl. van den Berg et al., 2015, S.73-74)

Diese konkreten arztentlastenden Tätigkeiten sollen im Rahmen von Hausbesuchen stattfinden und somit zur Entlastung des Arztes beitragen. Für die Hausbesuchstätigkeiten kann die Hausarztpraxis eine Kostenpauschale bei den Kostenträgern geltend machen, wenn sich die Praxis in einem Gebiet der bestehenden oder drohenden Unterversorgung befindet. (vgl. van den Berg, et al., 2015, S. 73) Im Zuge der Delegation der Aufgaben gaben über 90 Prozent der teilnehmenden Hausärzte an, dass sie sich durch die AGnES-Fachkräfte entlastet fühlen und 92,1 Prozent der Hausärzte stimmten für eine vergleichbare medizinische Qualität im Vergleich zum herkömmlichen Hausbesuch. (van den Berg et al., 2009a, S. 7)

Praxisassistenten, die dieses Aufgabenfeld übernehmen wollen, müssen sich im Vorfeld einer Weiterqualifikation gemäß des AGnES-Curriculums unterziehen. Das zum Modell gehörende Curriculum umfasst 612 Stunden Weiterbildung und umfasst 8 Obermodule, die unter anderem telemedizinische, beratende, medizinische sowie strukturelle Kenntnisse vermitteln sollen. Zusätzlich ist ein Praktikum in einer Hausarztpraxis zu absolvieren. (vgl. van den Berg et al., 2009b, S. 40-41)

Neben dem Modell AGnES existieren beispielsweise Modelle wie VERAH und EVA und agnes zwei. Die prinzipielle Grundidee dieser Delegationsmodelle ist ähnlich. Die gleiche Grundaufgabe ist die Arzentlastung durch die Übernahme von Hausbesuchen. Die

Notwendigkeit und Zufriedenheit mit den Konzepten belegen mehrere Hausarztpraxen, Medizinische Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxen in dem Artikel „Arztentlastung in der Praxis: Bitte mehr von Eva, Verah, Agnes“ im deutschen Ärzteblatt. (vgl. Rieser, 2013, S. 2107-2108)

Abschließend soll zu dem Delegationsmodell AGnES gesagt werden, dass in Brandenburg mittlerweile das Projekt agnes zwei initiiert wurde. Die Weiterentwicklung des Greifswalder Modells AGnES soll eine größere Personengruppe ansprechen, da das Aufgabenspektrum stärker auf das Fallmanagement fokussiert ist. (vgl. Schmitt-Sausen, 2011, S. 748)

Neben den Delegationsmodellen die bereits Erwähnung fanden, soll im Folgenden ein Modell vorgestellt werden, dass sich im Zuge der Delegation auf eine bestimmte Erkrankungsgruppe spezialisiert hat. Die Idee des Modellprojekts Dementia Care Manager ist anlässlich des Versuchs der Verbesserung der Versorgungssituation für Menschen mit Demenz konzipiert worden. Die DelpHI-MV-Studie konnte den Bedarf an einem angepassten Versorgungsmodell für Menschen mit dieser chronischen irreversiblen Erkrankung belegen. Die erwähnte Studie wurde im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Die erhobenen Daten und deren Auswertung stellten die Grundlage für ein subsidiäres Versorgungsmodell dar bei dem weiterqualifizierte Pflegekräfte eine besondere Rolle einnehmen sollen. (vgl. Dreier & Hoffmann, 2013, S. 1398)

Die Aufgaben, des Dementia Care Managers umfassen beispielsweise die bedarfsgerechte Betreuung der Erkrankten, maßgebliche Koordinationsfunktionen als auch die individuelle Betreuung, Edukation und Beratung der jeweiligen Angehörigen. In Zusammenarbeit mit dem Hausarzt erstellt der DCM einen individuellen Pflege- und Hilfeplan und stellt den Bedarf an Hilfeleistungen aus dem sozialen Bereich fest. Die Gesamtverantwortung verbleibt beim behandelnden Hausarzt. Die Aufgabe, die dem Arzt obliegt und nicht delegierbar ist, umfasst die Verordnung der Initialdiagnostik, um die Diagnose Demenz stellen zu können. (vgl. Dreier et al., 2015, S. 102)

Das Modellprojekt DCM soll eine Weiterqualifizierung für Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Altenpfleger darstellen. Das zugehörige Curriculum ist modular aufgebaut und umfasst 29 Module. Besondere Aufmerksamkeit wird auf Module wie

„Gesundheitsförderung und Prävention“, „Recht“ „Demenzkrankung“, „Assessment- und Dokumentationssysteme“ sowie „Patienten- und Angehörigeninformation“ gerichtet. (vgl. Dreier & Hoffmann, 2013, S. 1408)

Unabhängig vom konkreten Substitutions-/Delegationsmodell gibt es generelle Kritik an diesen Konzepten. So erkennen Redaelli et al. (2009, S. 64-67) eine höhere Effizienz und Effektivität in multidisziplinären Teams unter ärztlicher Supervision statt in reinen Delegations- oder Substitutionsmodellen. Die Ablehnung gegen die Delegation bzw. Substitution wird auf Basis juristischer Aspekte weitergehend begründet, da für ärztliche und nichtärztliche Berufsgruppen keine vollkommene Rechtssicherheit herrsche. Hintergrund seien die bislang fehlende verbindliche Definition zum Begriff „ärztliche Tätigkeit“, die somit einige Tätigkeiten in der Versorgung streitbar machen würden hinsichtlich ihrer Delegierbarkeit.

Ein weiterer Kritikpunkt wird durch Klakow-Franck (2010, S. 58) geäußert, indem die Tauglichkeit der Pflegekräfte zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten hinterfragt wird. Anlass sei hierfür nicht etwaige fehlende Kompetenz, sondern die Befürchtung, dass der Fachkräftemangel, der bei Pflegekräften ebenso zu verzeichnen sei und eine Delegations- bzw. Substitutionskaskade provozieren könnte. Untermuert wird diese Annahme mit der stetigen Arbeitsverdichtung im Pflegeberuf die prognostisch weiter zunehmen würde, da strukturelle Veränderungen wie der demographische Wandel die Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zunehmen lassen dürfte. Folge wäre eine Weiterdelegation der pflegerischen Aufgaben an andere Berufsgruppen, um als Pflegekraft die ärztlichen Tätigkeiten durchführen zu können. Die Folge sei eine Minderung der Standards und somit der Versorgungsqualität.

Eine kurze Zusammenfassung der Betrachtung der vorgestellten Delegationsmodelle sowie den allgemeinen Äußerungen der anderen Autoren zu Delegations- und Substitutionsmodellen ergibt, dass eine Abwägung zwischen den Gefahren und dem Nutzen der Modelle durchgeführt werden muss. Vor allem Klakow-Franck (2010, S. 56-58) unterstreicht mit ihren Einwänden hinsichtlich der begrenzten Pflegekraftressourcen und eventuell folgender Delegationskaskaden, ein realistisches praxisnahes Problem. Zudem erwähnt sie die notwendigen Belange, die ein solches Modell erfüllen muss. Dem entgegen stehen die positiven Erfahrungen der Ärzte die Praxisassistenten beschäftigen sowie der SVR zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen,

der eine Neuverteilung der Aufgaben in der Gesundheitsversorgung für alternativlos hält. Den tatsächlichen Nutzen in den ländlichen Gebieten, in denen die vorgestellten Modelle Anwendung finden sollen, wird wohl die Zukunft zeigen.

### 5.3 Angehörige, Ehrenämter und Nachbarn als Ressource

Dieser Abschnitt soll mit einem Verweis auf das Subsidiaritätsprinzip beginnen. Das Subsidiaritätsprinzip umfasst die Maßgabe, dass zunächst die Möglichkeiten des Einzelnen und seines Netzwerks ausgenutzt werden sollen, bevor Versorgungsangebote der Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Der Ausspruch „ambulant vor stationär“ ist ebenfalls diesem Prinzip zurechenbar. (vgl. Sonntag & von Reibnitz, 2014, S. 10)

Im Kontext der Versorgung Pflegebedürftiger durch Angehörige, Nachbarn oder gegebenenfalls Ehrenämtern besitzt das Subsidiaritätsprinzip eine besondere Bedeutung, da dieser Personenkreis mitunter das einzige soziale Netz ist, das die zu Pflegenden besitzen. Da neben dem erwähnten Prinzip auch der Wunsch nach Betreuung und Pflege in der eigenen Häuslichkeit bei einem Gros der Pflegebedürftigen besteht, werden wie bereits erwähnt 73 Prozent in der eigenen Unterkunft durch Angehörige oder einem ambulanten Pflegedienst versorgt. (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017a, S. 5, 9, 29) Es ist angesichts der ungünstigen infrastrukturellen, demographischen und beruflichen Situation in den peripheren ländlichen Gegenden besonders wichtig, dass die Betreuung vor Ort gewährleistet werden kann, damit den Wünschen der Personen Genüge getan werden kann. Daher sind die dort lebenden Akteure als Ressource zu verstehen. Die Förderung des ehrenamtlichen Engagements als auch die Gesundheitsförderung für die pflegenden Angehörigen ist daher unerlässlich, wenn die professionelle Pflege allein nicht ausreicht oder gar nicht zur Verfügung steht. Außerdem soll die Teilhabe der erkrankten Menschen nicht außer Acht gelassen werden.

Das ehrenamtliche Engagement ist in Deutschland regional ungleich verteilt. Der Anteil an freiwilligen Helfern ist in ländlichen Gegenden höher als in urbanen Gebieten und ist häufig durch Vereine und Verbände organisiert. Die Ehrenämter bekleiden zu 11 Prozent ein Tätigkeitsfeld, das dem sozialen oder dem gesundheitlichen Bereich zugeordnet werden kann. (vgl. Simonson, 2016, S. 6, 15-16) In dem Trend, dass die Freiwilligenarbeit auf dem Land weiterverbreitet ist als in den Städten, erkennen

Reifenhäuser et al. (2016, S. 164) als großes Potenzial für die Peripherie, da sie Lücken schließt, die Politik und Unternehmen nicht mehr schließen können. Eberts (2016, S. 26) spricht sogar von einem Ersatz der Daseinsvorsorge durch das Engagement der Ehrenamtlichen. Dieses Potenzial könnte unter anderem durch kommunales Freiwilligenmanagement gefördert werden und Unterversorgungszustände verhindern oder mindern.

Ein Krankheitsbild, das in Deutschland immer häufiger auftritt, ist die Demenz. Sie wird assoziiert mit der Hochbetagtheit, die mit dem demographischen Wandel einhergeht. Im Jahr 2016 gab es mindestens 1,2 Millionen Demenzerkrankte bei einer jährlichen Neuerkrankungsquote um die 250.000. (vgl. Kricheldorf & Hewer, 2016, S. 179) Die pflegenden Angehörigen befinden sich durch die Betreuung der Demenzerkrankten in einer besonderen psychischen Belastungssituation, die mit einer gesellschaftlichen Isolation einhergeht, die besonders in ländlichen Regionen auftritt. (Brijoux et al., 2016, S. 681) Anlässlich des Dilemmas der pflegenden Angehörigen der demenziell Erkrankten, wurde das Projekt FABEL durch die „Zukunftswerkstatt Demenz“, die durch das Bundesgesundheitsministerium gegründet wurde, ins Leben gerufen. FABEL bedeutet ausformuliert „Familienberatung bei Demenz im ländlichen Raum“ und verfolgt das Ziel, die Bedarfe der Angehörigen zu erkennen, niedrighschwellige Unterstützung zu leisten und die verschiedenen Akteure des bestehenden Pflegesettings zu vernetzen. Dieses zusätzliche Beratungs- und Betreuungsangebot soll durch engagierte Freiwillige realisiert werden. (vgl. Kricheldorf & Brijoux, 2016, S. 201, 207)

Die Qualifizierungsinhalte der FABEL sind aufbauend auf dem Ansatz der Pflegebegleitung. Dieses geragogische Modell tangiert die Leitkonzepte Empowerment und Kompetenzenentwicklung und soll zu einem selbstbestimmten Lernen beitragen. Das Curriculum für die Familienbegleitung wurde vom Caritasverband des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald e. V. und dem Zentrum für Geriatrie und Gerontologie des Universitätsklinikums Freiburg entwickelt und besteht aus 4 grundlegenden Modulen. Die Module heißen „Demenzwissen“, „Systemische Aspekte und Lösungsorientierung“, „Netzwerkarbeit“ und „Rollenreflexion“. Die Rolle der Familienbegleitung soll hierbei als Begleiterrolle interpretiert werden und eine Brücke ins Hilfesystem darstellen. Pflegefachkräfte können hierbei supervisorisch für die freiwilligen Helfer tätig werden. Das konkrete Aufgabenspektrum einer Familienberatung ist vielfältig. Einige Beispiele, die von den Angehörigen als besonders wichtig eingestuft wurden, sind: Einfaches

Zuhören, die Anregung zur Selbstpflege des Angehörigen, die Ermutigung der pflegenden Angehörigen den eingeschlagenen Weg fortzuführen, Äußerung von Anerkennung und Wertschätzung für den Angehörigen, die Hilfe bei der Suche nach Informationen sowie Entlastungsangebote. (vgl. Kricheldorf & Brijoux, 2016, S. 201-202, 207)

Das beschriebene Aufgabenspektrum zeigt, dass die Familienbegleitung sehr stark angehörigenzentriert arbeitet und der Fokus nicht auf die Demenzerkrankten selbst gerichtet ist, obwohl auch betreuende Aufgaben hinsichtlich der Dementen zum Leistungsumfang gehören. Diese Ausrichtung zeigt, wie stark die psychische Belastung für die pflegenden Angehörigen mitunter sein kann und einfache Tätigkeiten, wie das Zuhören und Schenken von Anerkennung, hohe Priorität bei den Angehörigen der demenziell Erkrankten genießt.

Abschließend soll erwähnt werden, dass die Arbeit mit einer FABEL bei den pflegenden Angehörigen zu einer Steigerung der subjektiv empfundenen psychischen Gesundheit führte. (vgl. Brijoux, 2016, S. 681) Daher darf dieses Projekt, als Chance für die ländlichen Gebiete verstanden werden. Die FABEL kann zur Gesundheitsförderung und Prävention der Angehörigen beitragen und somit einen Beitrag leisten zur kontinuierlichen Weiterbetreuung der Demenzerkrankten in ihrem gewohnten Umfeld.

Ein zweites Modell, das die Teilhabe im ländlichen Raum sicherstellen kann und auf die Ressource der Ehrenamtlichen, Nachbarn und gegebenenfalls Angehörigen zurückgreift, wird im Folgenden beschrieben. Die Bürgergemeinschaft Eichstätten kann als Gemeinde mit Vorbildfunktion bezeichnet werden, da in der 3.400 Einwohner Gemeinde in Baden-Württemberg bereits 1998 ein Mehrgenerationshaus gegründet wurde, das zwei Wohnungen für junge Familien und 16 barrierefreie Apartments für die Senioren bereithält. Die Bewohner mit Unterstützungsbedarf erhalten Hilfe bei der Haushaltsführung und Grundpflege durch sogenannte Alltagsbegleiter, die ehrenamtlich tätig sind. Für spezielle fachliche pflegerische Tätigkeiten stehen Pflegefachkräfte zur Verfügung. Für die Räumlichkeiten wird ein leerstehendes Haus im Ort genutzt. (vgl. Slupina et al., 2015, S. 35)

Die konzeptionelle Ausrichtung eines Mehrgenerationshauses kann sehr stark variieren, wobei sieben bestimmte Kriterien gemäß Bundesamt für Familie, Senioren, Frauen und

Jugend erfüllt werden sollen, die zur besseren Übersicht tabellarisch erfasst werden. (vgl. Wolf & Zimmer, 2012, S. 79)

<b>Kriterien eines Mehrgenerationenhauses gemäß BMFSFJ</b>
Generationenübergreifende Angebote
Einbeziehung der vier Lebensalter: Kinder und Jugendliche, Erwachsene, junge Alte (über 50 Jahre) und Hochbetagte
Einbeziehung der lokalen Wirtschaft
Entwicklung als Informations- und Dienstleistungsdrehscheibe vor Ort
Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamtlichen auf gleicher Augenhöhe; starke Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements
Kinderbetreuung
Offener Tagestreff mit Cafeteria/Bistro

Tabelle 7: Kriterien eines Mehrgenerationenhauses gemäß BMFSFJ (vgl. Wolf & Zimmer, 2012, S. 79)

Die Kriterien für ein Mehrgenerationenhaus sind sehr umfassend. Nichtsdestotrotz werden grob drei Typen der Mehrgenerationenhäuser unterschieden. Typ eins wird als aktivitätsorientiert bezeichnet, Typ zwei als begegnungsorientiert und typ drei als serviceorientiert. Diese Typen können nach mehreren Merkmalen verglichen und unterschieden werden. Zum einen kann sich die Fokussierung unterscheiden. Aktivitäts- und begegnungsorientierte Einrichtungen sind sehr nachbarschaftlich und gemeinschaftlich orientiert, wohingegen Typ drei stark dienstleistungsorientiert ist. Ein zweiter Vergleichspunkt ist die Begegnung der Generationen. In den serviceorientierten Häusern sind die Angebote häufig nach dem Schema jung für alt und alt für jung charakterisiert. Begegnungsorientierte Mehrgenerationenhäuser sind hingegen auf Angebote ausgerichtet, die von jungen und alten Personen zusammen in Anspruch genommen werden können. In den aktivitätsorientierten Einrichtungen können alle

Angebote von Jung und Alt genutzt werden, wobei es allerdings häufig zu einer separaten Inanspruchnahme innerhalb der Altersgruppe kommt. Der letzte Vergleich soll hinsichtlich der Kooperationspartner vollzogen werden. Mehrgenerationshäuser nach Typ eins sind meist in kommunaler Trägerschaft, Typ zwei Einrichtungen meist in Kooperation mit einem Unternehmen und Typ drei nutzt vorrangig Kindertagesstätten und Schulen als Partner. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2008, S. 33-36)

Das BMFSFJ bestätigt derweil die Wichtigkeit der Mehrgenerationshäuser, da sie in ländlichen Regionen Lücken zwischen Bedarf und tatsächlichem Angebot schließen. Des Weiteren unterstützen diese Einrichtungen die Senioren bei der Erledigung bestimmter Aufgaben, wie dem Koordinieren von Einkäufen für die Senioren und andererseits können die aktiven Senioren die Betreuung von Kindern übernehmen, sofern deren Eltern berufstätig sind. Mehrgenerationshäuser können somit einen maßgeblichen Teil zur Teilhabe der Senioren an der Gesellschaft beitragen bzw. auch ihren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sicherstellen durch die Entlastung bei Übernahme gewisser Tätigkeiten. (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2008, S. 11)

Auch in Mecklenburg-Vorpommern und der Mecklenburgischen Seenplatte existieren solche Mehrgenerationshäuser, die neuen Lebensraum schaffen und die Bevölkerungsgruppen aller Generationen vereinen. Ziel ist auch dort die Sicherstellung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, um Isolation durch Alter, Immobilität und Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Es gibt mehrere Beispiele für Mehrgenerationshäuser in der betrachteten Region Mecklenburgische Seenplatte. Unter anderem besitzt das Oberzentrum Neubrandenburg zwei und das Mittelzentrum Stavenhagen eine Einrichtung. Auch im peripheren Raum des Landkreises existieren mit dem geplanten Mehrgenerationshaus in Jürgenstorf und dem Familienzentrum in Mirow zwei dieser Mehrgenerationshäuser. Die Konzepte der vier genannten Häuser sind zwar grundlegend unterschiedlich ausgelegt, aber erfüllen den Zweck der Sicherung der Grundversorgung sowie Teilhabe aller Generationen, unabhängig vom Alter. (vgl. Familienzentrum Mirow e. V., ohne Jahr), (vgl. Stiftung trias, 2016), (vgl. Deutsches Seniorenportal, 2017)

Abschließend soll erwähnt werden, dass die Existenz der ehrenamtlichen Arbeit in den Mehrgenerationenhäusern unverzichtbar ist. (vgl. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2008, S. 6) Zeitgleich hat die Bearbeitung des Themas anhand der beiden Beispiele gezeigt, wie wertvoll das freiwillige Engagement im ländlichen Raum sein kann. Das Wirken der Ehrenamtlichen ist ein maßgeblicher Beitrag zur Schließung der Versorgungslücken und stellt den von Eberts (2016, S. 26) zitierten Ersatz für die Daseinsvorsorge ländlicher Kommunen dar. Deswegen gilt es diese Ressource im ländlichen Raum weiter zu fördern.

## 5.4 Gesundheitsförderung und Prävention im ländlichen Raum

Wird im Katalog der Hochschulbibliothek Neubrandenburg nach dem Begriff „Prävention“ gesucht, ergibt die Datenbank 1.586 Ergebnisse, die sich unterschiedlichen Fachgebieten zuordnen lassen. Bei der Eingabe des Suchbegriffs „Mecklenburg-Vorpommern“ erscheinen sogar 2.638 Ergebnisse. Werden die beiden Suchbegriffe kombiniert, weist der Katalog lediglich 19 Treffer aus. Erwähnenswert ist hierbei die Beobachtung, dass 17 Ergebnisse dieser Suche thematisch auf Kriminalitätsvorbeugung oder Rechtsextremismusprophylaxe ausgerichtet sind. Nur zwei der Treffer beinhalten Literatur, die sich der Krankheitsprävention widmen, obwohl die Bevölkerung Mecklenburg-Vorpommerns rasant altert und von der Gefahr der Pflegebedürftigkeit stärker bedroht ist als andere Teile der Bundesrepublik. (vgl. Kuhlmeier, 2009, S. 298) Es ist offen, wie diese Ergebnisse interpretiert werden können. Sind Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Mecklenburg-Vorpommern nur randständige Themen? Zudem soll die Frage beantwortet werden, ob Konzepte und Modelle erforscht sind, die sich der Verbreitung der Interventionen im gesamtgesellschaftlichen Kontext und im ländlichen Raum widmen.

Gesundheitsförderung und Prävention sind Begriffe, die sich inhaltlich unterscheiden, aber dieselben Ziele verfolgen. Der Terminus Prävention oder auch Krankheitsprävention, ist auf die Vermeidung von Krankheiten durch Eingriffshandlungen ausgerichtet. Gesundheitsförderung bezeichnet die Stärkung von individuellen Fähigkeiten zur Lebensbewältigung durch gezielte Interventionen. Das gemeinsam verfolgte Ziel ist der individuelle sowie kollektive Gesundheitsgewinn. (Hurrelmann et al., 2014, S. 14)

Eine wichtige gesetzliche Grundlage zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung wurde am 25. Juli 2015 mit dem Präventionsgesetz verabschiedet. Dieses Gesetz soll die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder sowie Kommunen stärken und den Zugang für jede Altersgruppe ermöglichen. Wesentliche Bestandteile sind die geförderte Impfprävention, die Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen, die Maßgabe, dass Kranken- und Pflegekassen jährlich 500 Millionen Euro in Gesundheitsförderung und Prävention investieren sollen und die erweiterte Unterstützung gesundheitlicher Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen sowie -organisationen. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2017)

Da sich die Ausarbeitung thematisch schwerpunktmäßig auf den ländlichen Raum konzentriert und die Altersstruktur nachgewiesener Weise eine Überalterung vorweist, wird im Folgenden auf die Altersgruppe im hohen Alter sowie Menschen in ländlichen Regionen eingegangen.

Die Ziele, die im gehobenen Lebensabschnitt verfolgt werden, sind ebenfalls auf einen Gesundheitsgewinn ausgerichtet. Im Mittelpunkt stehen die Erhaltung der funktionalen Unabhängigkeit sowie der aktiven Lebensgestaltung, die Vermeidung von Erkrankungen und folgenden Funktionseinschränkungen, die Aufrechterhaltung eines Systems der Unterstützung und die Verhinderung psychischer Erkrankungen durch Überlastung. (vgl. Kruse, 2014, S. 89) Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Pflegebedürftigkeit abgewendet werden soll zu Gunsten bestehender sozialer Teilhabe und der Erhaltung der Unabhängigkeit.

Offen ist noch die Frage, ob Gesundheitsförderung und Prävention randständige Themen in Mecklenburg-Vorpommern sind. Die Landespolitik hat mit ihrem Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention Stellung zu der Thematik genommen und sieht hierin eine ihrer zentralen politischen Aufgaben. Somit soll es sich nicht um ein randständiges Thema handeln, sondern um ein zentrales. (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, 2008)

Der Landesaktionsplan verfolgt die zwei übergeordneten Ziele: „Lebensqualität, Gesundheit und selbstbestimmte Teilhabe lebensbegleitend fördern und bis ins hohe Alter erhalten“ und „Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern“. (Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, 2008, S. 14) Inhaltlich umfasst das

erstgenannte Ziel die Umsetzung der wichtigen Grundlagen, die für ein Leben in Gesundheit im Kindesalter gelegt werden müssen. Das zweitgenannte Ziel widmet sich dem Anschluss des Gesundheitsniveaus in Mecklenburg-Vorpommern an den Durchschnitt der Bundesbevölkerung. (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, 2008, S. 14)

Grundlegend sollen Präventionsaufgaben das Entstehen von Funktionseinbußen verhindern, die durch chronische Krankheiten verursacht werden und zu einer Behinderung führen würden. Die Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepte müssen sich hierbei an den extraindividuellen und intraindividuellen Faktoren orientieren. Dies bedeutet, dass einerseits persönliche Faktoren wie der Lebensstil, die Alltagsgestaltung, das Gesundheitsverhalten, die subjektiven Einschätzungen und die Fähigkeit zur Kompensation von Einschränkungen berücksichtigt werden müssen. Andererseits besitzen Umweltfaktoren, die sich auf das häusliche Umfeld und die Ausstattung der unmittelbaren Wohnumgebung inklusive der vorhandenen sozialen Infrastruktur beziehen, den gleichen Stellenwert. (vgl. Kruse, 2014, S. 90-91)

Grob untergliedert können konkrete Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen nach unterschiedlichen Aspekten und Vorgehensweisen unterschieden werden. Im Mittelpunkt können beispielsweise körperliche Aktivitäten, ein angemessenes Ernährungsverhalten, Training kognitiver Fähigkeiten und der Abbau sozialer Ungleichheiten stehen. (vgl. Kruse, 2014, S. 92-94) Ein Thema, das eng mit dem stetigen Altern der Gesellschaft einhergeht, ist das Krankheitsbild der Demenz. Der Verlust bedeutender kognitiver Fähigkeiten und des Gedächtnisses gehen mit einem massiven Hilfsbedürfnis bei der Verrichtung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens einher. Das große Interesse an der Verhütung der Krankheit beruht neben dem individuellen Willen des Gesundbleibens auch auf gesundheitsökonomischen Aspekten. Diese Aspekte werden durch die fehlenden Erfolge in der pharmakologischen Therapie der Demenz begründet, da nach kostenintensiven Jahren der Forschung nur wenige Ergebnisse präsentiert wurden, die einen besonderen Nutzen vorweisen konnten. Die direkte Folge ist die Reduktion des Forschungsbudgets durch die Pharmaunternehmen, wodurch die Wichtigkeit der Prävention verdeutlicht wird, da eine Heilung nach Diagnose des Krankheitsbildes weit entfernt scheint. (vgl. Müller et al., 2017, S. 89)

Ein aktuell verfolgter Ansatz bezieht sich auf die Prävention von Morbus Alzheimer und wird als Neuroprotektion bezeichnet. Diesem Ansatz liegen die Annahmen zu Grunde, dass eine Degeneration der Nervenzellen während des physiologischen Alterns unabänderlich ist, aber gleichzeitig Risikofaktoren existieren, die die Neurodegeneration negativ beeinflussen. So ist das Ziel der Neuroprotektion die Minimierung der Risikofaktoren, um weiterführend eine Verlangsamung der Neurodegeneration zu bewirken, sodass es zu einer Verschiebung der kognitiven Einschränkungen innerhalb einer eventuellen Alzheimer-Demenz in spätere Lebensabschnitte kommt. Die Entstehung eines Morbus Alzheimer kann durch diese Theorie zwar nicht verhindert, aber verschoben werden, wodurch die Lebenszeit in höherer Lebensqualität verlängert wird. (vgl. Müller et al., 2017, S. 90-91)

Die Risikofaktoren für eine Alzheimer-Demenz umfassen mangelnde Bewegung, Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes und Depressionen. Die effektive Reduktion dieser Risikofaktoren muss derweil im Verlauf des Lebens geschehen und ist nicht auf späte Lebensabschnitte begrenzt. (vgl. Norton et al, 2014)

Die praktisch umgesetzte Reduzierung der genannten Risikofaktoren nimmt somit Bezug auf die bereits genannten Aspekte wie körperliche Aktivitäten, ein angemessenes Ernährungsverhalten und Training kognitiver Fähigkeiten. Im Rahmen einer 18-monatigen Studie von Müller et al. (2016, S. 218) konnte beobachtet werden, dass vor allem der Tanzsport besondere Einflüsse auf die Alzheimerprophylaxe besitzt, da Zunahmen an grauer Substanz in einigen Regionen der Gehirne der teilnehmenden Senioren verzeichnet werden konnten. Erklärungsansatz sind die kognitiven und körperlichen Anstrengungen sowie die musikalische Stimulation und die soziale Interaktion. (vgl. Müller et al., 2017, S. 94)

Bezugnehmend auf den thematischen Schwerpunkt der Arbeit, stellt sich nun die Frage, wie diese Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den ländlichen Raum integriert werden können. Im Abschnitt 5.3 wird das Konzept des Mehrgenerationenhauses erläutert. Gemäß der Kriterien des BMFSFJ sind diese Einrichtungen durchaus in der Lage Kurse zu den Themen die zur Neuroprotektion beitragen können, anzubieten. Das bedeutet körperliche Aktivitäten, Ernährungsberatung und das Training der kognitiven Fähigkeiten können vor Ort in der Kommune angeboten werden. Durch die bloße Teilhabe wird des Weiteren bereits

präventiv gegen soziale Isolation vorgegangen. Parallel ist anzunehmen, dass bei Teilnahme an den präventiven Kursen nicht nur das Ziel der Vermeidung einer Demenz verfolgt wird, sondern auch positive Effekte hinsichtlich vaskulärer Erkrankungen beobachtet werden müssten.

## 5.5 Kurze Betrachtung weiterer Entwicklungen

Abschließende Einblicke zu Entwicklungen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, sollen die beiden folgenden gebündelten Erläuterungen gewähren. Einerseits wird ein Phänomen kurz charakterisiert, das auf aktuellen Beobachtungen der Arbeitsmigration beruht und andererseits sollen Aspekte der akademisierten Pflege im ländlichen Raum genannt werden.

Zunächst soll sich einem Phänomen gewidmet werden, das als „Migrant Care Workers“ bezeichnet wird. Hintergrund des Phänomens ist die Substitution deutscher ambulanter Pflegedienste durch 24-Stunden-Pflegekräfte, die zum größten Teil aus dem Ausland kommen. Bevorzugtes Bezugsland in der Bundesrepublik ist der Nachbarstaat Polen. (vgl. Kniejska, 2016, S. 23-24) Dieses Phänomen ist ein Bestandteil gegenwärtiger Arbeitsmigration, die einerseits im dokumentierten legalen aber auch im illegalen undokumentierten Bereich stattfinden kann. Die immigrierten Pflegekräfte übernehmen hierbei Aufgaben wie die Betreuung, Versorgung und Grundpflege der Pflegebedürftigen in ihrer Häuslichkeit. Anlass für die Anstellung immigrierter Pflegekräfte ist unter anderem die Überforderung und starke Belastung der Angehörigen, die sich durch die deutschen Strukturen nicht ausreichend unterstützt fühlen. (vgl. Kniejska, 2016, S. 29-30, 34) Allerdings ist die Bedeutung sowie die Existenz in der jetzigen Situation schwer beurteilbar. Hintergrund ist die Annahme, dass in circa drei Millionen deutschen Haushalten ausländische Reinigungskräfte oder Migrant Care Workers arbeiten, aber nur 40.000 von ihnen Sozialversicherungsabgaben zahlen. (vgl. Lutz, 2008, S. 44) Die scheinbar illegalen Strukturen im System der Migrant Care Workers begründen unter anderem die Ablehnung der Bezeichnung des Phänomens als Lösungsansatz oder Innovation innerhalb unserer Bachelorarbeit. Dieses Phänomen fand trotzdem Erwähnung in dieser Ausarbeitung, da es die subkulturelle Bewältigungsstrategien einiger Familien von Pflegebedürftigen widerspiegeln sollte.

In vielen Ländern der Welt durchlaufen Pflegekräfte ein Hochschulstudium bevor ihre berufliche Tätigkeit beginnt. Auch in Deutschland ist ein anhaltender Diskurs über die Akademisierung der Pflegeberufe zu beobachten. International existiert hierbei eine Vielfalt an konkreten Tätigkeitsfeldern und -bezeichnungen, die akademisierte Pflegekräfte einnehmen. Viele Modelle besitzen einen Public Health-Bezug. Exemplarisch sind die family health nurse, community health nurse, district nurse, health visitor, maternal and child nurse, public health nurse, school nurse, occupational nurse zu nennen. (vgl. Brieskorn-Zinke, 2008, S. 193)

Die Agnes-Karll-Gesellschaft widmet sich aktuell einer Machbarkeitsstudie, die sich mit einer eventuellen Implementierung eines Community Health Nursing-Projekts auseinandersetzt. Vor dem Hintergrund der prognostizierten und zum Teil bereits bestehenden Versorgungsproblematik im ländlichen Raum, wächst wie bereits mehrfach angedeutet der Bedarf an neuen innovativen Versorgungsangeboten. Zielsetzung des Projekts ist die Ergründung einer Möglichkeit zur Sicherstellung der qualitativen und quantitativen Gesundheitsversorgung in unterversorgten Gebieten. Orte der praktischen Tätigkeit können hierbei kommunale Gesundheitszentren sein, in denen Patienten und Patientinnen Ansprechpartner für ihre Probleme rund um Krankheit und Gesundheit finden. (vgl. Deutscher Verband für Pflegeberufe, 2017)

Wie bereits angeklungen ist die Basis für die Umsetzung des Community Health Nursing-Projekts eine akademische Ausbildung der verantwortlichen Pflegekräfte. In diesem Kontext ist der Begriff des Advanced-Practice-Nursings zu nennen. Die Arbeit einer Advanced Practice Nurse ist durch eine erweiterte und vertiefte Pflegetätigkeit charakterisiert, die allerdings von Nation zu Nation variiert, sodass hierfür kein internationaler Standard existiert. In Staaten mit einer ausgedehnten Kompetenzübertragung kann die pflegerische Tätigkeit Aufgaben umfassen wie die Einschätzung komplexer Situationen, die Durchführung umfassender körperlicher Diagnostiken und die Diagnosestellung. (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2013)

Aussagen zu der Machbarkeit der Implementierung der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte, wird die Untersuchung der Agnes-Karll-Gesellschaft ergeben. Aktuell befindet sich die Pflege allerdings noch im dreigliedrigen System, in welchem die

Ausbildungsgänge Altenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege parallel zueinander existieren.

Es gilt des Weiteren zu erwähnen, dass im Hinblick auf die gesellschaftliche Teilhabe akademische Fachkräfte ihren Anteil ebenfalls leisten können. Beispielsweise agieren im Bereich der offenen Altenhilfe gegenwärtig zumeist studierte Sozialpädagogen und Ehrenamtliche, um die Betreuung der Senioren zu gewähren. Die zunehmende Heterogenität der Teilnehmer der Altenhilfe erfordert hierbei die Mitwirkung akademisierter Pflegekräfte. Durch die Kombination bereits Hochbetagter und noch junger Senioren, ergeben sich unterschiedliche Anforderungen für die Versorgung, Beschäftigung und Betreuung, die individuelle Maßnahmenplanungen erforderlich machen. Zur Sicherstellung und Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe können akademisierte Pflegekräfte auch im ländlichen Raum ihre Kompetenzen einbringen. (vgl. Kuhlmann et al., 2016, S.197-201)

## **6 Die Probleme und Angebote des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte hinsichtlich der Sicherstellung der gesellschaftlichen Teilhabe und Gesundheitsversorgung**

Die Auseinandersetzung mit den aktuellen Entwicklungen in Mecklenburg-Vorpommern und in der Mecklenburgischen Seenplatte beweist, dass die Tendenzen hinsichtlich der Demographie analog verlaufen und inhaltlich vergleichbar sind. Es ist daher zu hinterfragen, wie der Landkreis im Süden des Bundeslands Mecklenburg-Vorpommern auf die stetige Alterung, die Zunahme der Pflegebedürftigkeit und die erschwerte Erreichbarkeit zentraler Institutionen reagieren möchte. Im vorhergegangenen Abschnitt wurde eine Bandbreite an Innovationsansätzen, Konzepten, Phänomenen und Modellen vorgestellt, die zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und Sicherstellung der Gesundheitsförderung in ländlichen Regionen beitragen sollen. Im Raum steht die Frage, welche Ansätze der Landkreis Mecklenburgische Seenplatte verfolgt, um die Gesundheitsversorgung und Teilhabe vor Ort sicherzustellen.

Die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe kann unter anderem durch offene Altenarbeit umgesetzt werden. Die offene Altenhilfe ist nicht als Ergänzung zur professionellen Altenpflege zu verstehen, sondern als Anlaufpunkt im Versorgungssystem, der unter anderem Bildungs- und Präventionsangebote und Kulturarbeit anbietet. Durch die Kombination aus bürgerlichem Engagement und Seniorenselbsthilfe, kann die offene Altenhilfe auch in Mehrgenerationshäuser integriert werden. Hierdurch wird die soziale Integration und Vernetzung der Senioren gefördert. (vgl. DFV Deutsche Familienversicherung AG, 2016)

Diese seniorenfreundlichen Anbieter sind im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte weit verbreitet. Allerdings fällt in Anbetracht der Standorte auf, dass auch diese Niederlassungen auf die Ober-, Mittel- und Grundzentren Neubrandenburg, Neustrelitz, Röbel/Müritz, Stavenhagen, Mirow, Waren und Woldegk beschränkt sind. Der einzige Anbieter für offene Altenhilfe in einer ländlichen Gemeinde befindet sich in Groß Miltzow. Der Bevölkerung in den restlichen dörflichen Gemeinden stellt sich erneut die

Mobilitätsfrage. (vgl. Institut für Sozialforschung und berufliche Weiterbildung gGmbH, 2014, S. 95-96)

Die erschwerte Mobilität wird auch in Hinblick auf die Erreichbarkeit sozialer und medizinischer Institutionen durch ÖPNV abseits der Hauptverkehrsstraßen als „zentrale Herausforderung in der Mecklenburgischen Seenplatte“ benannt. (Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte 2017, S. 34) Zur Meisterung der Herausforderung sieht der integrierte Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern als Kompromiss aus Wirtschaftlichkeit und Versorgung ein integriertes Vier-Stufen-Modell für das ÖPNV-Angebot vor. Die oberste Stufe sieht eine Verbindung von Ober- und Mittelzentren durch Schnellverbindungen via Bus und Bahn vor. Stufe zwei bietet einen festgetakteten Busfahrplan für Routen mit stärkerer Nachfrage an. Stufe drei umfasst flexible Bedienungsformen, die zu schwächer nachgefragten Uhrzeiten auf Abruf und auch in dünn besiedelten Regionen verkehren. Stufe vier besteht schließlich aus Gemeinschaftsverkehren, die durch bürgerliches Engagement betrieben werden, da die jeweilige Region so schwach besiedelt ist, dass auch keine flexiblen Bedienungsformen wirtschaftlich wären. Ein Beispiel hierfür wäre der sogenannte Bürgerbus. (vgl. Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, 2016, S. 139) Zu den flexiblen Bedienungsformen zählen Anruf-Linienfahrten und Linientaxifahrten, Anruf-Sammeltaxi-Fahrten, bedarfsabhängige Fahrtabschnitte und in konventionelle Fahrten integrierte einzelne Bedarfshaltestellen. Diese Angebote werden aktuell aber nur bedingt im Kreisgebiet angeboten. (vgl. Gaarz et al., 2016, S. 25)

Eine zweite Bestrebung zur Förderung der Mobilität und somit zur Teilhabe der Landbevölkerung ist die Installation von Mobilitätszentralen, die Mobilitätsangebote und -gesuche im ländlichen Raum koordinieren und vermitteln. (vgl. Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, 2016, S. 139) Hierdurch können private PKWs gemeinsam als Fahrgemeinschaft genutzt werden bzw. ein Bürgerbus eine individuelle Route befahren, die bedarfsorientiert gestaltet ist.

Ein weiteres Problemfeld im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte erstreckt sich über die ambulante medizinische Versorgung mit Allgemeinmedizinerinnen. Durch den hohen Altersdurchschnitt der Hausärzte, der bei rund 54 Jahren liegt, werden in den nächsten Jahren vermehrt Praxisaufgaben zu verzeichnen sein, die eine wohnortnahe Versorgung

in den ländlichen Gebieten zusätzlich erschwert. Die dünn besiedelten Regionen sind auch in diesem Fall stärker von der Prognose betroffen, da sich die überwiegende Mehrheit der Allgemeinmediziner in den Städten befindet. (vgl. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 2014, S. 16)

Ein Lösungsansatz für die befürchtete Unterversorgung stellt das Leitbild des Gesundheitshauses dar. In Mirow und Woldegk existieren bereits zwei dieser Einrichtungen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte. (vgl. Irre, 2016, S. 200-203) Eine grundlegende konzeptionelle Idee des Gesundheitshauses ist die Zulassung unterschiedlicher Organisationsformen. Das bedeutet die konkrete Ausgestaltung obliegt den Partnern, die sich in einem Gesundheitshaus beteiligen wollen. Zudem wird die Basis für eine tiefgreifende Vernetzung der Gesundheitsfachberufe geschaffen, da sich neben Hausärzten auch diverse Fachärzte, ambulante Pflegedienste sowie Betreuungsdienstleister und sämtliche Therapeutenberufe dem zentralen Gesundheitshaus anschließen können. (vgl. Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte, 2014, S. 17)

Im Gesundheitshaus Woldegk waren 2014 neben einer Physiotherapie zwei Hausärzte, ein Augenarzt, zwei Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und ein Orthopäde tätig. (vgl. Irre, 2016, S. 200-203)

Die Problemfelder des Landkreises Mecklenburg-Vorpommern sind maßgeblich durch den demographischen Wandel verursacht. Die konkreten Problemkonstellationen sind hierbei vergleichbar mit denen des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern. Durch die weitverbreitete Altenhilfe wird versucht, die Teilhabe der Senioren sicherzustellen. Allerdings gibt es auch im betrachteten Landkreis erkennbare Unterschiede zwischen den Zentren und den peripheren Orten, die von den Problemfeldern schwerer betroffen sind. Das Thema Erreichbarkeit nimmt somit auch auf der Kommunalebene einen hohen Stellenwert ein, da die größte Versorgungslandschaft nutzlos ist, wenn die Nutzer den Ort des Angebots nicht erreichen können. Offen bleibt in diesem Kontext auch die Frage nach der infrastrukturellen Anbindung der mobilitätseingeschränkten Bevölkerung in den dünn besiedelten Regionen, da zwar ein 4-Stufen-Modell innerhalb eines integrierten ÖPNV-Angebots erstellt wurde, wie Gaarz et al. (2016, S. 25) allerdings kritisch anmerken, dass die flexiblen Beförderungsmethoden kaum in den Alltag des Landkreises integriert seien.

Es kann also resümiert werden, dass Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung und Teilhabe ergriffen wurden. Ihre Wirkung kann allerdings erst in den kommenden Jahren vollends bewertet werden, wenn der demographische Wandel noch weiter fortgeschritten ist.

## 7 Fazit und Bewertung

Nach einer sechswöchigen Auseinandersetzung mit der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft Mecklenburg-Vorpommerns stellt sich die Frage, ob diese Region jemals eine blühende Landschaft werden kann, wie es Helmut Kohl vor 27 Jahren versprach. Die Flora und Fauna sind im Nordosten der Republik zwar sehr weit verbreitet, allerdings meinte der Altbundeskanzler seinerzeit blühende wirtschaftliche Landschaften, die Wohlstand und soziale Sicherheit garantieren sollten. Fast dreißig Jahre später befasst sich die Realität allerdings eher mit der gefährdeten Tragfähigkeit der grundgesetzlichen Daseinsvorsorge in dünn besiedelten Regionen und mit der Abkehr vom grundsätzlichen Ziel gleichwertiger Lebensverhältnisse in Deutschland. Daher bleiben die Fragen aus den einleitenden Worten in den nächsten Jahrzehnten aktuell. Kann die Gesundheitsversorgung nicht mehr wohnortnah, bezahlbar und qualitativ hochwertig angeboten werden? Können die gebliebenen Menschen in den dörflichen Gemeinden noch am gesellschaftlichen Leben teilhaben? Welche Innovationsansätze stellen Theorie und Praxis bereit?

Zwei Teilaspekte des demographischen Wandels scheinen die Gesundheitsversorgung besonders zu belasten. Einerseits stellt der Fachkräftemangel die Sicherstellung der Versorgung in Frage und andererseits ist die Erreichbarkeit von Arztpraxen und anderen Institution ohne eigenen PKW in dünn besiedelten Regionen nicht flächendeckend möglich. Zudem weisen die niedergelassenen Ärzte einen sehr hohen Altersdurchschnitt auf, wodurch eine zeitnahe zusätzliche Dynamik in die Thematik einfließen dürfte, wenn es nicht gelingt für Ärzte, die in den Ruhestand gehen, Nachfolger zu finden. Unter diesen Umständen ist der negative Einfluss auf die Versorgungsqualität unausweichlich. Daher müssen moderne Innovationsbestrebungen den Weg in die Regelversorgung finden. Zu diesen Innovationsbestrebungen gehören unter anderem der digitale Fortschritt in Form von Telemedizin in allen Facetten und moderne Delegationsmodelle wie DCM, AGnES und VERAH. Die Vorteile dieser Innovationen für den ländlichen Raum liegen klar auf der Hand, da die digitale Vernetzung einen Patienten bei akuten Beschwerden oder Routinekontrollen von der Überbrückung weiter Entfernungen befreit. Mittels einer stabilen Internetverbindung, die in Mecklenburg-Vorpommern auch nicht flächendeckend gewährleistet ist, ist die Kontaktaufnahme mit einem Arzt samt Diagnostik und Behandlung trotz räumlicher Trennung möglich. Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten kann bei größer werdenden Entfernungen angesichts eventueller

Schließungen von Praxen neben der Arztlastung auch versorgungsfördernd sein. Durch übernommene Hausbesuche durch speziell qualifiziertes Personal, kann der Arzt eine größere Zahl an Patienten betreuen. Der Stein des Anstoßes liegt an dieser Stelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss und den Kassenärztlichen Landesvereinigungen, die die Finanzierung der Umsetzung der innovativen Konzepte in die Praxis durch vereinfachte Abrechnungen beschleunigen könnten.

Eine zweite wichtige Ressource, die zur Sicherstellung der Versorgung benötigt werden wird, sind die Familienangehörigen und Ehrenamtlichen. Sie schließen die Versorgungslücken, wenn professionell Pflegende, die pflegerische Versorgung nicht vollends sicherstellen können und infrastrukturelle Defizite den Weg zu den Institutionen verhindern. Die Möglichkeiten des Engagements sind hierbei vielseitig. Vom Busfahrer eines Bürgerbusses über eine Familienbegleitung mit eventueller Spezialisierung beziehungsweise als Alltagsbetreuerin in einem Mehrgenerationenhaus bis hin zur nachbarschaftlichen Hilfe im Haushalt und beim Einkauf sind alle Aufgaben denkbar. Es gilt daher diese Ressource durch Wertschätzung, Unterstützung und Gesundheitsförderung zu schonen, aber durch zentrale organisatorische Einrichtungen wie Ehrenamtszentralen zu fördern und zu koordinieren.

Die Antworten auf die Fragen bezüglich der gesellschaftlichen Teilhabe und Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum und im speziellen in der Beispielregion Mecklenburgische Seenplatte lassen sich erwartungsgemäß nicht mit ja oder nein beantworten. Allerdings kann gesagt werden, dass eine Bandbreite an innovativen Ideen und Konzepten existiert, die Hoffnung erzeugen, dass ein selbstbestimmtes gesellschaftliches Leben in den dünn besiedelten Regionen trotz der Umstände möglich sein wird. Vor allem die Konzepte, die ein bürgerliches Engagement fördern, können wesentliche Beiträge zur Teilhabe leisten, da die Ehrenamtlichen jederzeit Vermittler oder Partner sozialer Interaktionen sein können. Die Telemedizin und Delegationsmodelle können zudem einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung leisten. Am Ende der Bachelorarbeit bleibt daher nur eine sichere Überzeugung. Nur wenn gar nichts getan wird, wird etwas falsch gemacht. Diese Aussage ist gerichtet an die Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik, aber auch an die Vertreter der Selbstverwaltung im Besonderen den Gemeinsamen Bundesausschuss.

## 8 Quellenverzeichnis

- Andelfinger, V. P. (2016): Ambient Assisted Living – mit modernen Technologien die Herausforderungen der alternden Gesellschaft meistern. In: Andelfinger, V.P. & Hänisch, T. (Hrsg.): eHealth - Wie Smartphones, Apps und Wearables die Gesundheitsversorgung verändern werden. S. 239-247. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Beckers, R. (2015): Regionale Entwicklung und flächendeckende Telemedizin - Ein Widerspruch?. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 10/15 S. 1074-1078.
- Bischoff, A. (2016): Nutzen und Risiken der Telemedizin - Neue Arbeitsweise für die Patientenversorgung. In: Fortschritte der Medizin. 10/16 S. 18-19.
- Brause, M., Kleina, T., Horn, A. & Schaeffer, D. (2014): Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung - Ressourcen und Belastungen von Pflege- und Betreuungskräfte. In: Prävention und Gesundheitsförderung. 1/15 S. 41-48.
- Brieskorn-Zinke, M. (2008): Der Beitrag der Pflegeberufe zur Bevölkerungsgesundheit. In: Prävention und Gesundheitsförderung. 3/08 S. 193-198.
- Brijoux, T., Kricheldorf, C., Hüll, M. & Bonfico, S. (2016): Familienbegleitung bei Demenz im ländlichen Raum - Eine randomisierte kontrollierte Studie zur Verbesserung der Lebensqualität pflegender Angehöriger durch qualifizierte Freiwillige. In: Deutsches Ärzteblatt. 41/16 S. 681-687.
- Bundesamt für Statistik (2016): Bundesländer mit Hauptstädten nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2015, im Juli 2017 wegen korrigierter Fläche revidiert.  
URL:  
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/Aktuell/02Bundeslaender.html> [Abruf: 21.11.2017]
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2017): Raumordnungsbericht 2017 Daseinsvorsorge sichern. Bonn.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2016): Laufende Raumb Beobachtung - Raumabgrenzungen.

URL:

<http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html;jsessionid=BCBC8FBABEF8516084052C3D85FA6D22.live11292?nn=443222> [Abruf: 8.11.2017]

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2012): Wie weit ist es zum nächsten Krankenhaus?.

URL:

[http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Home/Topthemen/krankenhaus\\_erreikbaarheit.html](http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Home/Topthemen/krankenhaus_erreikbaarheit.html) [Abruf: 18.11.2017]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016a): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016b): Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichts. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011): Monitor Engagement - Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen?. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008): Starke Leistung für jedes Alter - Erste Ergebnisse der Wirkungsforschung im Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Präventionsgesetz.

URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html> [Abruf: 17.11.2017]

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Nationales Gesundheitsziel "Gesund älter werden". Berlin.

Deutsche Post AG (2017): Deutsche Post Glücksatlas 2017.

URL: <http://www.gluecksatlas.de/> [Abruf: 20.11.2017]

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2017): Community Health Nursing.

URL: <https://www.dbfk.de/de/themen/Community-Health-Nursing.php> [Abgerufen 23.11.2017]

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2013): *Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*. Berlin.
- Deutsches Seniorenportal (2017): *Mehrgenerationenhäuser in Wolde (Landkreis Mecklenburgische Seenplatte)*.  
 URL: <https://www.seniorenportal.de/mehrgenerationenhaeuser-in-wolde-mecklenburgische-seenplatte> [Abruf: 19.11.2017]
- DFV Deutsche Familienversicherung AG (2016): *Offene Altenhilfe*.  
 URL: <https://www.deutsche-familienversicherung.de/pflegezusatzversicherung/lexikon/artikel/offene-altenhilfe/> [Abruf: 20.11.2017]
- Dotterweich, C. (2016): *Freiwilligenmanagement im ländlichen Raum - Die Frage nach den regionalen Besonderheiten*. In: Reifenhäuser, C., Bargfrede, T., Hoffmann, S., Reifenhäuser, O., Hölzer, P., Ternyik E. & Dotterweich, C. (Hrsg.): *Freiwilligenmanagement in der Praxis*. S. 162-179. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Dreier, A. & Hoffmann, W. (2013): *Dementia Care Manager für Patienten mit Demenz*. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 10/13 S. 1398-1409.
- Dreier, A., Rogalski, H., Homeyer, S., Oppermann, R. F. & Hoffmann, W. (2015): *Aufgabeneuverteilung von Pflege und Medizin*. In: Zängl, P. (Hrsg.): *Zukunft der Pflege*. S. 95-116. Wiesbaden: Springer VS.
- Eberts, A. (2016): *Unser Dorf ist schön!? - Potenziale im und Perspektiven für den ländlichen Raum im Landkreis Vorpommern-Greifswald*. In: Eberts, A., Güldemann, F. & Zielske, J. (Hrsg.): *Engagementförderung im ländlichen Raum*. S. 12-29. Wismar.
- Elkeles, T., Popp, M., Hinz, E., Röttger, C. & Paulitschke, M. (2012): *Armut und Gesundheit in ländlichen Gemeinden Mecklenburg-Vorpommerns und Brandenburgs*. In: Kreher, S. (Hrsg.): *Von der "Leutenot" und der "Not der Leute" - Armut in Nordostdeutschland*. S. 269-304. Wien Köln Weimar: Böhlau Verlag.
- Engel, K. (2016): *Sozialplanung*. In: Teuscher, M. (Hrsg.): *1. Gesundheitsbericht des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte*. S. 258-263. Neubrandenburg.

- Familienzentrum Mirow e. V. (ohne Jahr): Willkommen im Familienzentrum Mirow e. V.  
 URL: <http://www.familienzentrum-mirow.de/> [Abgerufen: 15.11.2017]
- Freifrau von Hirschberg, K.-R. & Kähler, B. (2015): Positionspapier: Psychische Belastungen in der Pflege und die Rolle der Pflegedokumentation. In: Behr, T. (Hrsg.): Aufbruch Pflege. S. 163-186. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Gaarz, P., Mönch, A., Kläring, G. & Liebing, M. (2016): Nahverkehrsplan für den sonstigen ÖPNV des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte 2016 bis 2020. Neubrandenburg.
- Gerlach, F., Wille, E., Greiner, W., Haubitz, M., Schaeffer, D., Thürmann, P. & Thüsing, G. (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bonn und Berlin.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2013): Informationen über den Kooperationsverbund [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de).  
 URL: [http://gesundheitsziele.de//cms/medium/215/gz-broschu\\_Homepage.pdf](http://gesundheitsziele.de//cms/medium/215/gz-broschu_Homepage.pdf)  
 [Abgerufen: 12.11.2017]
- Gies, J., Thiemann-Linden, J., Klein-Hitpaß, A., Warnecke, T., Barwisch, T. & Büsch, F. (2015): Mobilität im Alter in Mecklenburg-Vorpommern Grundlagenexpertise. Berlin und Kassel.
- Gieseler, V. & Fleßa, S. (2016): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum - Eine exemplarische Konzeptentwicklung für den Landkreis Vorpommern Greifswald. In: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. 3/16 S. 37-41.
- Götz, O., Bellmann, T., Bullmann, C. & Fleßa, S. (2011): Ambulante Pflegedienste in Mecklenburg-Vorpommern - Eine Bestandsaufnahme und Abschätzung der zukünftigen Entwicklung. In: HeilberufeSCIENCE. 1/12 S. 3-10.
- Heymann, C., Irre, V. & Petznick, U. (2016): 1. Gesundheitsbericht des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte - Berichtszeitraum 2011 - 2015. Neubrandenburg.
- HGC GesundheitsConsult GmbH (2015): Grundlagenexpertise "Alter und Gesundheit/Pflege" (Teil 2) - Pflege und Prävention. Düsseldorf.

- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2014): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage. S. 13-24. Bern: Verlag Hans Huber.
- Illing, F. (2017): Gesundheitspolitik in Deutschland - Eine Chronologie der Gesundheitsreformen der Bundesrepublik. Wiesbaden: Springer VS.
- Institut für Sozialforschung und berufliche Weiterbildung gGmbH (2014): Bericht zur Integrierten Pflegesozialplanung für den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte. Neubrandenburg.
- Irre, V. (2016): Gesundheitliche und pflegerische Versorgung im ländlichen Raum. In: Teuscher, M. (Hrsg.): 1. Gesundheitsberichterstattung des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte. S. 162-214. Neubrandenburg.
- Isfort, M., Weidner, F., Neuhaus, A., Kraus, S., Köster, V.-H. & Gehlen, D. (2010): Pflege-Thermometer 2009 - Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Köln.
- Isfort, M., Weidner, F., Rottländer, R., Gehlen, D., Hylla, J. & Tucman, D. (2016): Pflege-Thermometer 2016 - Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege. Köln.
- Kaether, J., Dehne, P. & Neubauer, A. (2016): Regionalstrategie Daseinsvorsorge - Leitfaden für die Praxis. Berlin und Bonn.
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2017a): Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.  
URL:  
[http://www.kvmv.info/aerzte/25/10/Bedarfsplanung\\_und\\_freien\\_Praxen/Bedarfsplanung\\_FA\\_29032017.png](http://www.kvmv.info/aerzte/25/10/Bedarfsplanung_und_freien_Praxen/Bedarfsplanung_FA_29032017.png) [Abgerufen: 18.11.2017]
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2017b): Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.  
URL:  
[http://www.kvmv.info/aerzte/25/10/Bedarfsplanung\\_und\\_freien\\_Praxen/Beschlusse\\_des\\_Landesausschusses\\_der\\_Aerzte\\_und\\_Krankenkassen.html](http://www.kvmv.info/aerzte/25/10/Bedarfsplanung_und_freien_Praxen/Beschlusse_des_Landesausschusses_der_Aerzte_und_Krankenkassen.html) [Abgerufen 13.11.2017]

- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2014): Karte der Planungsbereiche für die hausärztliche Versorgung in MV.  
URL: [http://www.kvmv.info/aerzte/27/15/PDF-Karte\\_PB\\_HAE-Versorgung\\_01082014.pdf](http://www.kvmv.info/aerzte/27/15/PDF-Karte_PB_HAE-Versorgung_01082014.pdf) [Abgerufen: 13.11.2017]
- Kellermann-Mühlhoff, P. & Lingemann, A. (2011): eGesundheit - Nutzen und Akzeptanz. Düsseldorf.
- Klakow-Franck, R. (2010): Delegation und Substitution: Entlastung oder Bedrohung für den Ärztestand?. In: Jorzig, A., Uphoff, R. (Hrsg.): Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt... S. 53-60. Berlin Heidelberg: Springer VS.
- Kniejska, P. (2016): Migrant Care Workers aus Polen in der häuslichen Pflege. Wiesbaden: Springer VS.
- Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. (2017): 1. Juli 1990 Fernsehansprache von Bundeskanzler Kohl anlässlich des Inkrafttretens der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion.  
URL: <http://www.helmut-kohl.de/index.php?msg=555> [Abgerufen: 14.11.2017]
- Kricheldorf, C. & Brijoux, T. (2016): Familienbegleitung - Neue Facette in der Begleitung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 3/16 S. 201-208.
- Kricheldorf, C. & Hewer, W. (2016): Versorgung von Menschen mit Demenz im gesellschaftlichen Wandel. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 3/16 S. 179-180.
- Kruse, A. (2014): Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Auflage. S. 88-89. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kuhlicke, C., Petschow, U. & Zorn, H. (2005): Versorgung mit Waren des täglichen Bedarfs im ländlichen Raum - Studie für den Verbraucherzentrale Bundesverband e. V..  
URL: [www.ioew.de/home/downloaddateien/studie\\_laendlicher\\_raum\\_lang.pdf](http://www.ioew.de/home/downloaddateien/studie_laendlicher_raum_lang.pdf) [Abgerufen 7.11.2017]
- Kuhlmann, A., Franke, A. & Naegele, G. (2016): Akademische Fachkräfte in Altenhilfe und -pflege - Bedarf aus Expertensicht. In: Naegele, G., Olbermann, E. &

- Kuhlmann, A. (Hrsg.): Teilhabe im Alter gestalten - Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung. S. 197-216. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kuhlmei, A. (2009): Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter - Herausforderungen für die Prävention. In: Pflege & Gesellschaft. 4/09 S. 293-373.
- Kurscheid, C. & Eble, S. (2016): Gesundheitsnetzwerke - Strategie, Konzeption, Steuerung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kutschke, T. (2014): Pflegenotstand und Fachkräftemisere - Schluss mit der Mangelwirtschaft. Heilberufe - Das Pflegemagazin. 4/14 S. 54-56.
- Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2016): Die Enquete-Kommission „Älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“ in der 6. Wahlperiode 2011 - 2016. Schwerin: produktionsbüro TINUS.
- Luthe, E.-W. (2013): Kommunale Gesundheitslandschaften - das Grundkonzept. In: E.-W. Luthe, E.-W. (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. S. 3-34. Wiesbaden: Springer VS.
- Lutz, H. (2008): Migration and Domestic Work - A European Perspective on a Global Theme. New York: Routledge Taylor& Francis Group.
- Menning, S., Nowossadeck, E. & Maretzke, S. (2010): Report Altersdaten Regionale Aspekte der demografischen Alterung. Berlin.
- Ministerium für Energie, Infrastruktur und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern (2016): Integrierter Landesverkehrsplan Mecklenburg-Vorpommern (ILVP M-V). Schwerin.
- Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2008): Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention. Schwerin.
- Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2017a): Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern.  
URL: <https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/download?id=1590456>  
[Abgerufen: 13.11.2017]
- Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern (2017b): Download der Gesundheitsindikatoren MV.  
URL: [http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten\\_berichte/e-bibointerth06/I06\\_17.xls](http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth06/I06_17.xls) [Abgerufen 16.11.2017]

- Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit (2017c): Download der Gesundheitsindikatoren MV.  
URL: [http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten\\_berichte/e-bibointerth08/I08\\_24.xls](http://service.mvnet.de/sm-indikatoren/daten_berichte/e-bibointerth08/I08_24.xls) [Abgerufen 16.11.2017]
- Mitteldeutscher Rundfunk (2004): Blühende Landschaften oder Zukunft Ost heißt Urwald.  
URL: <http://www.mdr.de/artour/archiv/1326250.html> [Abgerufen: 14.11.2017]
- Müller, P., Rehfeld, K., Lüders, A., Schmicker, M., Hökelmann, A., Kaufman, J. & Müller, N. (2016): Effekte eines Tanz- und eines Gesundheitssporttrainings auf die graue Hirnsubstanz gesunder Senioren. In: Sportwissenschaften. 3/16 S. 213-222.
- Müller, P., Schmicker, M. & Müller, N. G. (2017): Präventionsstrategien gegen Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2/17 S. 89-95.
- Nadj-Kittler, M. & Stahl, K. (2016): Arbeitszufriedenheit in der Pflege als Faktor der Versorgungsqualität. In: Jerosch, J. & Linke, C. (Hrsg.): Patientenzentrierte Medizin in Orthopädie und Unfallchirurgie. S. 60-65. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Nordkurier (2017): MV nicht mehr Schlusslicht bei Glücksatlas.  
URL: <https://www.nordkurier.de/mecklenburg-vorpommern/mv-nicht-mehr-schlusslicht-bei-gluecksatlas-0730330311.html> [Abgerufen: 07.11.2017]
- Norton, S., Matthews, F., Barnes, D., Yaffe, K. & Brayne, C. (2014): Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data.  
URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147444221470136X> [Abgerufen: 18.11.2017]
- Rademacher, C. (2013): Deutsche Kommunen im demographischen Wandel - Eine Evaluation lokaler bevölkerungspolitischer Maßnahmen. Wiesbaden: Springer VS.
- Redaelli, M., Stock, S., Simic, D. & Wilm, S. (2009): Internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“. Witten.

- Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (2017): Regionales Entwicklungskonzept Mecklenburgische Seenplatte. Neubrandenburg.
- Regionaler Planungsverband Mecklenburgische Seenplatte (2014): Hausärztliche Versorgung in der Mecklenburgischen Seenplatte - Monitoring 2014. Neubrandenburg.
- Ried, W. (2016): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: Ziele und Indikatoren. In: Herbst, M., Dünkel, F. & Stahl, B. (Hrsg.): Daseinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum. S. 1-25. Wiesbaden: Springer VS.
- Rieser, S. (2013): Arztentlastung in der Praxis: Bitte mehr von Eva, Verah, Agnes. In: Deutsches Ärzteblatt. 45/13 S. 2106-2107.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014): Gesundheitspolitik - Eine systematische Einführung. 3. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2016): Barmer GEK Pflegereport 2016. Berlin.
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2012): Themenreport "Pflege 2030". Gütersloh.
- Saß, A.-C., Lampert, T., Ziese, T. & Kurth, B.-M. (2015): Gesundheit in Deutschland - Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Berlin.
- Schmid, J. (2016): Exkurs: Telemedizin – Chance für eine bessere Behandlung?. In: Andelfinger, V.P. & Hänisch, T. (Hrsg.): eHealth - Wie Smartphones, Apps und Wearables die Gesundheitsversorgung verändern werden. S. 11-16. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schmitt-Sausen, N. (2011): Pilotprojekt „agnes zwei“. Deutsches Ärzteblatt. 14/11 S. 748.
- Schölkopf, M. & Pressel, H. (2014): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich - Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik. 2. Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schrappe, M. (2015): Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma in der Gesundheitsversorgung. In: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. 2/15 S. 8-14.

- Schreck, C. (2017): Rekrutierung von internationalen Pflegefachkräften - Chancen und Herausforderungen für den Fachkräftemangel in Deutschland. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Simon, M. (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. 6. Auflage. Bern: Hogrefe.
- Simonson, J., Vogel, C. & Tesch-Römer, C. (2016): Freiwilliges Engagement in Deutschland - Zentrale Ergebnisse des Deutschen Freiwilligensurveys 2014. Berlin.
- Slupina, M., Sütterlin, S. & Klingholz, R. (2015): Von Hürden und Helden - Wie sich das Leben auf dem Land neu erfinden lässt. Berlin.
- Sonntag, K. & von Reibnitz, C. (2014): Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz - Praxishandbuch für Menschen mit Demenz. Berlin Heidelberg: Springer Medizin.
- Sozialgesetzbuch (2015): 44. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2016): Zensus 2011: Vielfältiges Deutschland. Düsseldorf.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Demografischer Wandel in Deutschland - Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.
- Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2017): Statistisches Jahrbuch 2016. Schwerin.
- Statistisches Bundesamt (2017a): Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2017b): Statistisches Jahrbuch - Deutschland und Internationales. Wiesbaden.
- Sternberg, M. (2010): Alter(n) in ländlichen Räumen und demografischer Wandel. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Stiftung trias (2016): Wohnprojekte-portal.de.  
URL: <http://www.wohnprojekte-portal.de/projektesuche/projektetails.html?uid=23873> [Abgerufen: 13.11.2017]
- Stumm, G. (2017): Historische Aufarbeitungen der Entwicklung des Deutschen Versorgungsmanagements im Gesundheitswesen. In: Weatherly, J. N. (Hrsg.):

- Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen in Deutschland. S. 19-41.  
Wiesbaden: Springer VS.
- Thurich, E. (2011): pocket politik - Demokratie in Deutschland. 4. Auflage. Bonn.
- van den Berg, N., Stentzel, U., Radicke, F., Hoffmann, W., Gieseler, V., Fleßa, S.,  
Buchholz, M. & Opperman, R. F. (2015): Alter und Gesundheit/Pflege - Der  
demographische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen  
für Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege. Neubrandenburg.
- van den Berg, N., Stentzel, R., Hoffmann, W., Gieseler, V., Fleßa, S. & Oppermann, R.  
F. (2014a): Grundlagenexpertise Alter und Gesundheit/Pflege - Der  
demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern und die Konsequenzen für  
Gesundheit, medizinische Versorgung und Pflege. Greifswald und  
Neubrandenburg.
- van den Berg, N., Stentzel, R., Hoffmann, W., Gieseler, V., Fleßa, S. & Oppermann, R.  
F. (2014b): Anhang zur Grundlagenexpertise „Alter und Gesundheit/Pflege“.  
Greifswald und Neubrandenburg.
- van den Berg, N., Meinke, C., Heymann, R., Fiß, T., Suckert, E., Pöller, C., Dreier, A.,  
Rogalski, H., Karopka, T., Oppermann, R. F. & Hoffmann, W. (2009a): AGnES:  
Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter - Evaluation der  
Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. In: Deutsches Ärzteblatt, 20/09 S. 3-9.
- van den Berg, N., Dreier, A., Rogalski, H., Oppermann, R. F. & Hoffmann, W. (2009b):  
Das AGnES Curriculum Evidenzbasierte Qualifikationsinhalte und  
Praxiskompetenzen aus den AGnES-Modellprojekten (2005-2008) für die  
Durchführung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der  
Patienten nach §87 Abs. 2b SGB V. Greifswald und Neubrandenburg.
- van den Berg, N., Meinke, C. & Hoffmann, W. (2009c): Möglichkeiten und Grenzen der  
Telemedizin in der Flächenversorgung. In: Der Ophthalmologe. 9/09 S. 788-  
794.
- Wendt, C. (2013): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? -  
Gesundheitssysteme im Vergleich. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Wille, E., Scriba, P., Fischer, G., Glaeske, G., Kuhlmei, A., Rosenbrock, R. &  
Schrappe, M. (2007): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung

im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn.

Wolf, C. A. & Zimmer, A. (2012): Lokale Engagementförderung - Kritik und Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS.

Zöller, M. (2014): Gesundheitsfachberufe im Überblick - Neues Serviceangebot des BIBB. Bonn.

## 9 Eidesstattliche Erklärungen und Aufgabeneinteilung der Autoren

Ich, Sandra Ruf, erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 28.11.2017

Unterschrift

**Gliederungspunkte: 2, 3, 4.4, 6, 7**

Ich, Ronny Korablin, erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 28.11.2017

Unterschrift

**Gliederungspunkte: 1, 4, 4.1, 4.2, 4.3, 5**