

Felix Heit, Philipp Köppe, Marcus Kratschke und Simon Reichenwallner

Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung ländlicher Räume vor dem Hintergrund des demographischen Wandels

Das Fallbeispiel der durch Verwaltungsgrenzen zerschnittenen Fränkischen Schweiz

1 Das Forschungsprojekt

Der demographische Wandel stellt insbesondere den ländlichen Raum vor große Herausforderungen. Da der ländliche Raum seit Beginn des 21. Jahrhunderts konstant Bevölkerung verliert, ist es fragwürdig, ob eine wohnortnahe Grundversorgung in naher Zukunft noch flächendeckend gewährleistet werden kann. In besonderem Maße trifft das auf Einrichtungen des Gesundheitsbereichs (Hausärzte, Apotheken etc.) zu. Durch die Gebietsreform der 1970er Jahre und das System der Zentralen Orte liegt in der Mitte jedes Landkreises ein Ober- oder Mittelzentrum, in dem die spezialisierten Versorgungseinrichtungen angesiedelt sind. Die Grundversorgung (Hausärzte, Apotheken etc.) war in der Bundesrepublik Deutschland bisher immer dezentral organisiert. Grundlage für eine flächenhafte Erreichbarkeit war und ist dabei die individuelle PKW-Mobilität. Diese ist aber seit den 1970er Jahren deutlich teurer geworden und viele ältere Menschen sind nicht mehr in der Lage selbst Auto zu fahren. Durch den demographischen Wandel verschärft sich diese Situation zusehends, da der Anteil an älteren Menschen und somit der Anteil an Menschen, für die die auf PKW-Mobilität basierenden Strukturen nicht mehr angemessen sind, stark zunimmt. Da auf der anderen Seite die Gesamtbevölkerung im ländlichen Raum aber kontinuierlich abnimmt, wird das System der dezentral flächenhaften Basisversorgung vor dem Hintergrund der ökonomischen Rentabilität diskutiert.

Auch das Untersuchungsgebiet *Fränkische Schweiz*, welches nach BÄTZING (2000) eine Region aus 34 oberfränkischen Gemeinden ist, hat bereits seit dem 19. Jahrhundert mit strukturellen Problemen zu kämpfen. Insbesondere sind dies ein überdurchschnittlich hoher Verlust an Arbeitsplätzen und ein deutlich spürbarer Bevölkerungsrückgang. Auf Grund der Tatsache, dass die Fränkische Schweiz in der Peripherie der drei Landkreise Bamberg, Bayreuth und Forchheim liegt, gestaltet es sich schwierig, diesen Problemen nachhaltig zu begegnen. Daher war die aktuelle Versorgungssituation der Fränkischen Schweiz im Bereich Gesundheit (Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser und Rettungsdienste) und Pflege

(Pflegedienste und Pflege-/Seniorenheime) von Januar bis Oktober 2011 Inhalt eines Forschungsprojekts im Rahmen des Lehrmoduls Lehrforschung am Institut für Geographie der Universität Erlangen-Nürnberg, an dem vier Masterstudenten unter der Leitung von Prof. Dr. Werner Bätzing beteiligt waren. Die zentralen Fragestellungen waren dabei:

- Sind die Gemeinden der Fränkischen Schweiz auf Grund ihrer peripheren Lage im Vergleich zu den anderen Gemeinden der drei Landkreise Bamberg, Bayreuth und Forchheim bzgl. der Gesundheitsversorgung benachteiligt?
- Wirken sich Gemeinde- und Kreisgrenzen bei der Gesundheitsversorgung negativ aus?
- Wie stellt sich die Versorgungssituation auf der Ebene der Orte dar? Sind die einzelnen Gemeindeteile gegenüber dem Hauptort der Gemeinde wesentlich benachteiligt?

Dieser Aufsatz soll die grundsätzlichen Herausforderungen der Fränkischen Schweiz im Bereich der Gesundheitsversorgung thematisieren und geht daher nicht näher auf die dritte Forschungsfrage ein. Der vollständige Forschungsbericht kann in der Bibliothek des Instituts für Geographie eingesehen werden (Signatur: J 2L 38).

Auf Grundlage der Ergebnisse der Forschungsarbeit wurden abschließend, im Rahmen des Lehrmoduls Forschungswerkstatt, auf der Tagung *Gesundheitsversorgung in der Fränkischen Schweiz - Lösungen für eine lebenswerte Zukunft* konkrete Lösungsansätze entwickelt, welche die Versorgungs- und Lebenssituation der älteren Bevölkerung in der Fränkischen Schweiz nachhaltig verbessern könnten.

1.1 Das Untersuchungsgebiet Fränkische Schweiz

Für die Fränkische Schweiz gibt es, wie für viele andere geographische Regionen auch, keine einheitlich gültige Definition. Der Name *Fränkische Schweiz* ist historisch bedingt und geht auf die touristische Entdeckung und Erschließung des Muggendorfer Gebirges zurück und bezieht sich auf das Wiesental und seine Umgebung.

Um eine wissenschaftliche Analyse der aktuellen Situation und Prognosen für die Zukunft erstellen zu können, benötigt man jedoch eine exakte Definition des Untersuchungsgebietes. Diese Arbeit stützt sich auf die pragmatisch abgrenzende Definition der Fränkischen Schweiz nach BÄTZING (2000).

Zunächst ist die Fränkische Schweiz eine ländliche Region und liegt in Mitten der Städte Bamberg, Bayreuth und des Verdichtungsraums Nürnberg/Fürth/Erlangen. Der ländliche Charakter ist ausschlaggebend für die Definition. Es werden zur exakten Festlegung vier Indikatoren herangezogen: Einwohnerdichte, Sektoralstruktur der Erwerbstätigkeit sowie Auspendlerquote und -ziel. Nach Berücksichtigung all dieser Faktoren besteht die Fränkische Schweiz laut BÄTZING aus 34 Gemeinden mit ungefähr 100000 Einwohnern und einer Gesamtfläche von 1275 km² (BÄTZING 2000: 115; vgl. Abbildung 1). Durch die oben beschriebene Nähe zu den großen Städten ist von jedem Ort der Fränkischen Schweiz ein Zentrum binnen maximal 60 Minuten Fahrtzeit mit dem PKW erreichbar. Es handelt sich somit um einen „zentrenahen ländlichen Raum“ (ÖROK 1995).

Von besonderer Bedeutung für diese Arbeit wird auch die Zerschneidung der Fränkischen Schweiz durch Landkreisgrenzen der Landkreise Bamberg, Bayreuth und Forchheim sowie das Fehlen eines höherrangigen zentralen Ortes sein.

1.2 Geographischer Bezug: der demographische Wandel

Seit Beginn des 21. Jahrhunderts werden der demographische Wandel und dessen räumliche Auswirkungen in Deutschland und speziell in Bayern verstärkt in der Öffentlichkeit und der Politik wahrgenommen. Zurückzuführen ist dies neben sinkenden Geburtenraten und einer steigenden Lebenserwartung vor allem auf einen Rückgang in der Zuwanderung und dem verstärkten Bevölkerungsrückgang in peripheren Regionen. In ländlichen Räumen verschärft sich diese Situation zusätzlich durch die Abwanderung junger Erwachsener, die auf Grund von besseren Arbeitsplatzangeboten in städtische Regionen ziehen.

Diese Entwicklungen stellen insbesondere die derzeitigen Strukturen für die Versorgung der Senioren in Frage. Auf der einen Seite steigt der Bedarf an Fachpersonal, um der wachsenden Zahl alter Menschen eine angemessene Gesundheits- und Pflegesituation bieten zu können. Problematisch wird die Situation deshalb, weil auf der anderen Seite eine flächendeckende ärztliche Versorgung der ländlichen Regionen mit dem derzeitigen Konzept der klassischen Hausarztpraxis in naher Zukunft voraussichtlich nicht mehr möglich sein wird. Das liegt daran, dass das Durchschnittsalter der Landärzte inzwischen meist sehr hoch ist und somit in naher

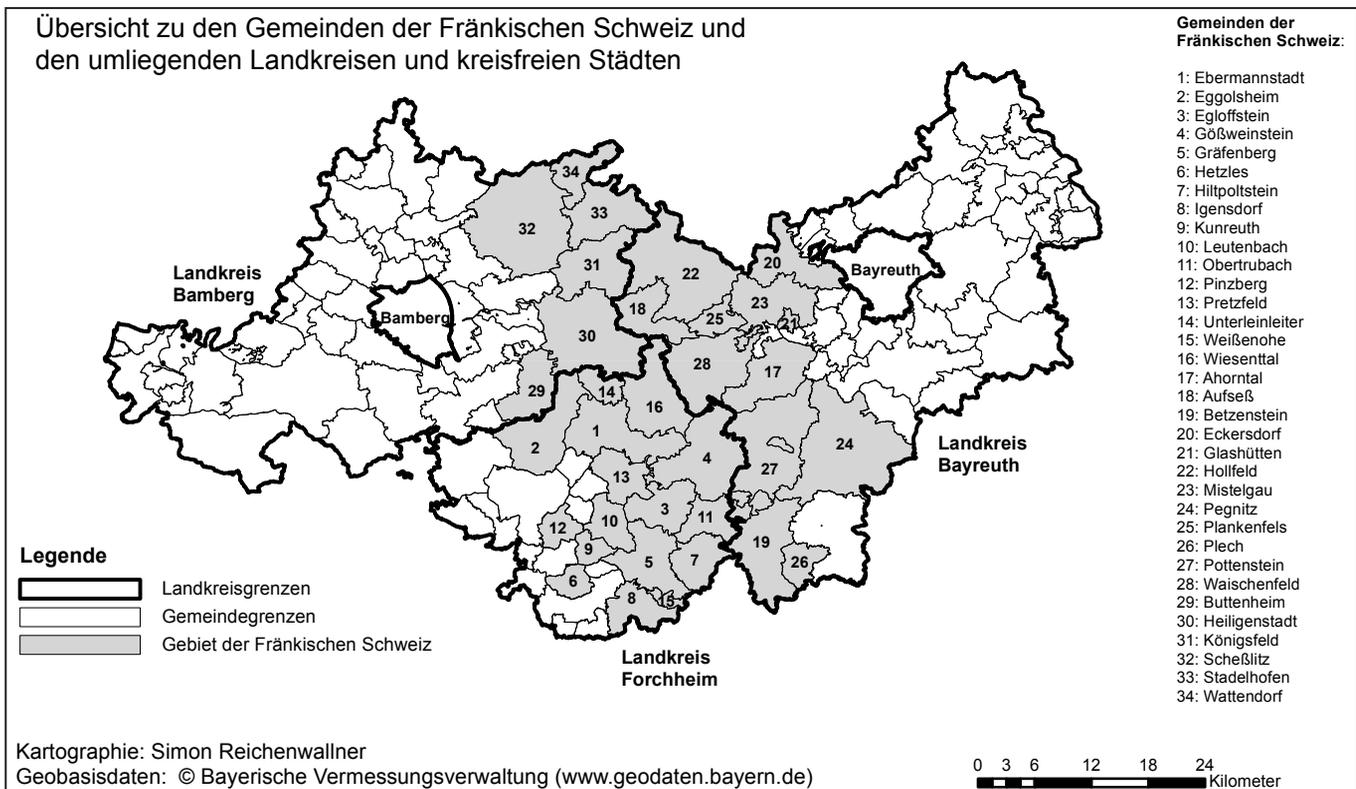


Abb. 1: Übersicht zu den Gemeinden der Fränkischen Schweiz

Zukunft – wenn eine Vielzahl der Landärzte in den Ruhestand eintreten – in vielen Regionen Nachfolger fehlen werden, welche die Praxen weiterführen.

Nach den Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik wird sich die Zahl der in der Fränkischen Schweiz lebenden Menschen von derzeit 108 937 bis zum Jahr 2021 auf 105 890 Einwohner reduzieren. Das ist ein Rückgang in Höhe von 2,8% bzw. 3 047 Personen absolut. 20 775 Personen waren im Jahr 2009 über 65 Jahre alt, was einem Anteil von 19,1% entspricht. Bis zum Jahr 2021 wird die Gruppe der über 65-Jährigen auf 23 748 Personen anwachsen, was einem Anteil von 22,4% an der Gesamtbevölkerung der Fränkischen Schweiz entspricht. Im Jahr 2021 werden also voraussichtlich 2 983 über 65-Jährige mehr in der Fränkischen Schweiz leben als im Jahr 2009. Damit nimmt der Anteil dieser Personengruppe um 14,4% zu.

1.3 Zum derzeitigen Forschungsstand

Bevor mit der eigentlichen Untersuchung begonnen wurde, musste zunächst der aktuelle Forschungsstand und die Bewertung durch Politik und Planung analysiert werden. Der aktuelle Forschungsstand und die Art, wie mit dem Thema Gesundheitsversorgung im Ländlichen Raum insgesamt umgegangen wird, bildet gewissermaßen die Ausgangslage für das hier vorgestellte Forschungsprojekt, da ein Ziel darin bestand Lücken im Forschungsstand anhand des regionalen Fallbeispiels Fränkische Schweiz zu schließen.

Es ist auffällig, dass die meisten Maßnahmen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung fast ausschließlich auf die Gewährleistung von wirtschaftlicher Rentabilität und die optimale Auslastung von Versorgungseinrichtungen abzielen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Option der Zentralisierung und Konzentration von Einrichtungen (*BBSR 2005; PRO-SKE 2010: 45 ff.*).

Daneben existieren verschiedene Programme (z.B. von Seiten des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung), welche die Regionen dazu anregen sollen, innovative Lösungen im Bereich der Daseinsvorsorge zu entwickeln. Hierzu werden nach einem Teilnahmewettbewerb einige Regionen ausgewählt, die anschließend Unterstützung (i.d.R. in finanzieller Form) für die Umsetzung erhalten (*BMVBS 2011*). Gerade strukturschwache Regionen, in denen hochqualifizierte Menschen fehlen, weil sie durch starke Abwanderung geprägt sind, können von solchen wettbewerbsorientierten Fördermaßnahmen meistens nicht profitieren. Solche wettbewerbsorientierten Maßnahmen stellen daher auch keine grundsätzliche Lösung für die Problematik dar.

Die Fränkische Schweiz ist nicht nur durch ihre ländliche Struktur und ihre periphere Lage be-

nachteiligt, sondern hat zusätzlich mit den Folgen der Zerschneidung durch politische Grenzen zu kämpfen. Dadurch wird die Umsetzung innovativer Handlungsoptionen, welche für eine Anpassung der Region an den demographischen Wandel unabdingbar sind, enorm erschwert. Dieses Problem wird von Forschung und Politik jedoch nur am Rande thematisiert, was zur Folge hat, dass neue, über politische Grenzen hinausgehende Kooperationsformen kaum diskutiert werden.

Ein erster Schritt in diese Richtung wurde jedoch im Sommer 2011 mit dem Gesetzesentwurf zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung getan. Demnach ist vorgesehen, dass Planungsbereiche (über die die Niederlassung von Ärzten geregelt wird) nicht mehr zwingend an politische Grenzen, also z. B. Landkreise gebunden sein müssen. Dies könnte bei einer sinnvoll umgesetzten Weise gerade für eine Region, wie die Fränkische Schweiz vorteilhaft sein. Allerdings ist noch vollkommen offen ob und in welcher Form dieser Entwurf in die Tat umgesetzt wird (*GKV Spitzenverband 2011*).

Mit dem hier vorgestellten Forschungsprojekt sollen erstens Vorschläge für eine neue dezentrale medizinische Grundversorgung erarbeitet werden, die zweitens an gemeinsamen Problemsituationen und nicht an festen politischen Einheiten orientiert sind.

1.4 Methoden und Vorgehensweisen

Im Folgenden werden die verwendeten quantitativen und qualitativen Methoden kurz vorgestellt. An dieser Stelle soll jedoch keine kritische Auseinandersetzung mit Vor- und Nachteilen der jeweiligen Methode erfolgen, da dies den zur Verfügung stehenden Rahmen sprengen würde. Dieser Abschnitt dient lediglich dazu, nachvollziehen zu können, wie gearbeitet wurde.

1.4.1 Quantitative Methoden

Die Quantitativen Methoden zielten vor allem darauf ab, die Daten der neun untersuchten Einrichtungstypen der Gesundheits- und Pflegeversorgung in den Landkreisen Bamberg, Bayreuth und Forchheim sowie den beiden kreisfreien Städten Bamberg und Bayreuth zu erheben und deren quantitative Verteilung im Raum graphisch darzustellen. Hierbei wurde vor allem mit Internetdatenbanken und Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gearbeitet. Die zusätzliche Erhebung von Daten bezüglich Rettungsdiensten konnte auf Grund ihrer Vertraulichkeit nur über direkten Kontakt zu den zuständigen Einrichtungen (Integrierte Rettungsleitstelle Bayreuth und Institut

für Notfallmedizin und Medizinmanagement des Klinikums der Universität München) erfolgen. Zur besseren Visualisierung der vorliegenden Primärdaten wurden diese mit Hilfe von Geo-Informationssystemen aufbereitet und als Karten ausgegeben. Hierbei wurde das GIS-Programm ArcGIS verwendet.

Für eine genauere Charakterisierung der Gemeinden im Untersuchungsgebiet und der beiden Beispielgemeinden Gößweinstein und Aufseß wurde auf eine Erreichbarkeitsanalyse via Google Maps Deutschland und die Analyse von Bevölkerungsstatistiken gesetzt.

1.4.2 Qualitative Methoden

Im Zeitraum Juli bis September 2011 wurden neun Interviews geführt. Interviewpartner waren zum einen Ärzte, Apotheker und Regionalpolitiker, welche die politischen und planerischen Belange der Daseinsvorsorge allgemein und konkret für bestimmte Gebiete oder auf Ortsteilebene erörterten. Zum anderen waren es Interviewpartner von Institutionen, wie eine Seniorenberatung und eine Dorfhelferinnenstation.

Die Interviews wurden in Form von teilstandardisierten qualitativen Leitfadengesprächen geführt und fanden telefonisch oder direkt vor Ort statt.

Zur Untermauerung der Ergebnisse des Forschungsprojektes war außerdem eine ausführliche

Literaturrecherche unumgänglich. Hierbei wurden sowohl Fachartikel und Bücher, als auch Datenbanken und Internetressourcen gesichtet und ausgewertet.

2 Versorgungssituation in der Fränkischen Schweiz

2.1 Haus- und Fachärztliche Versorgung

Die Gemeinden der Fränkischen Schweiz umfassen eine Gesamt Einwohnerzahl von 108 937 Einwohnern (*Statistisches Landesamt Bayern* 2011: Stand 31.12.2009), für die im Durchschnitt 76 Hausärzte im Gebiet tätig sind (vgl. Abbildung 2). Dabei handelt es sich um niedergelassene und angestellte Fachärzte für Allgemeinmedizin, sowie hausärztlich tätige Internisten. Ein Arzt ist demzufolge durchschnittlich für 1 433 Einwohner zuständig. Die Steuerungsmöglichkeit der Niederlassung von Vertragsärzten, mit dem Ziel der Sicherstellung der ambulanten Versorgung, wird aktuell über die so genannte Bedarfsplanung vollzogen, einem „[...] Planungs- und Sicherstellungsinstrument zur Bestimmung von Unter- und Überversorgung im ambulanten ärztlichen Bereich (§ 99 SGB V, Bedarfsplanungsrichtlinien)“ (*KV Hessen* 2011: 5). In Bayern besteht ein Planungsbereich häufig aus einem Landkreis und dem dazugehörigen Ober-

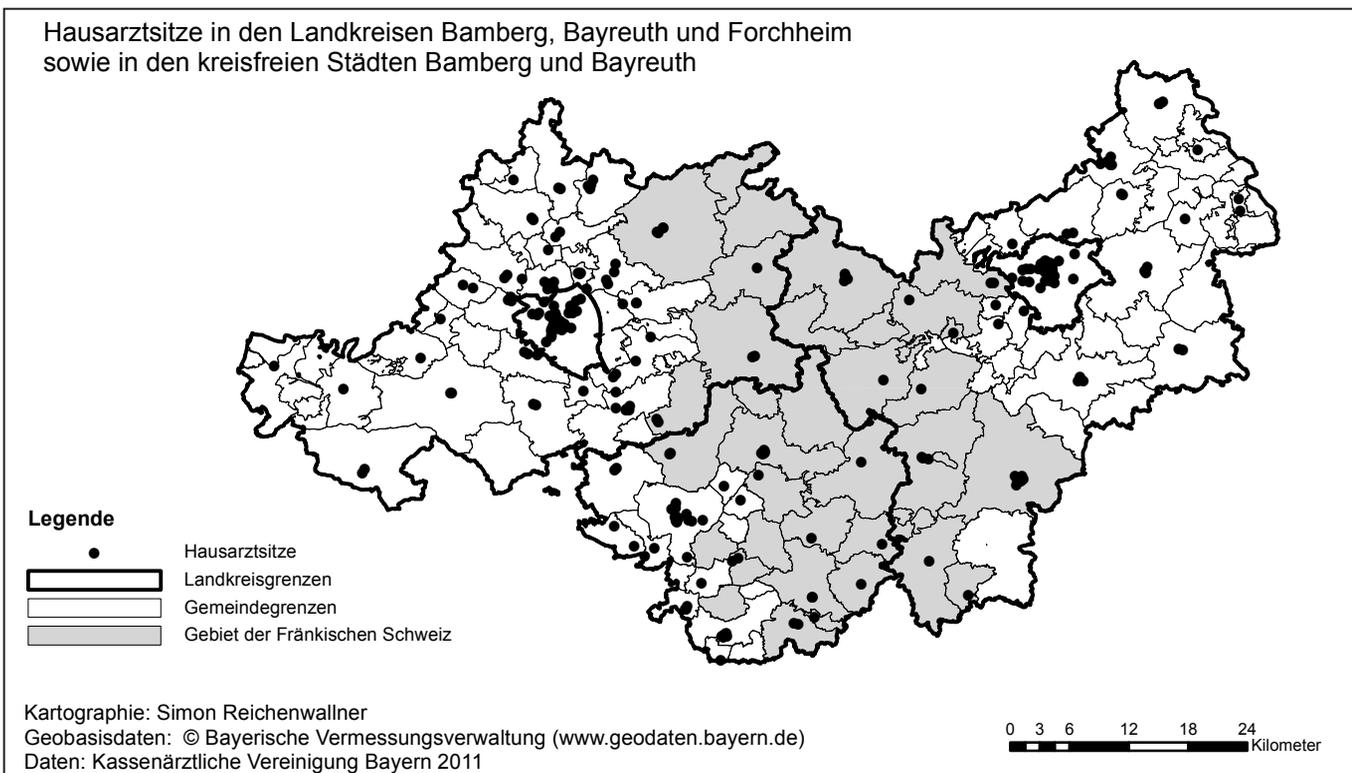


Abb. 2: Hausärztliche Versorgung im Untersuchungsgebiet

oder Mittelzentrum. Lediglich die Städte München, Nürnberg, Fürth, Erlangen, Würzburg, Augsburg, Ingolstadt und Regensburg werden jeweils als eigener Planungsbereich ausgewiesen. Die Fränkische Schweiz gehört demnach zu drei verschiedenen Planungsbereichen, nämlich zum Landkreis Bamberg, Bayreuth und Forchheim.

Für die jeweiligen Planungsbereiche gelten bestimmte Versorgungsgrade. Im Bereich der Hausärzte betragen diese in Bamberg 110,3%, in Bayreuth 108,2% und in Forchheim 110,6% (Stand: 01.01.2010). In den Landkreisen Bamberg und Forchheim dürfen sich demzufolge keine Hausärzte mehr niederlassen. Im Landkreis Bayreuth ist eine Niederlassung hingegen partiell möglich.

Diese Überversorgung in den einzelnen Landkreisen ist jedoch vor allem auf die Oberzentren Bamberg, Bayreuth sowie das Mittelzentrum Forchheim zurückzuführen, welche alle eine hohe Anzahl an Hausärzten binden.

Um nun theoretisch die Versorgungssituation in den Gemeinden der Fränkischen Schweiz darstellen zu können, wurde das Instrument der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung herangezogen. Das Interesse lag vorerst nur auf der Arzt-Einwohner-Relation, die mit Hilfe der jeweiligen Einwohnerzahlen der Gemeinden und den Verhältniszahlen des Gemeinsamen Bundesausschusses errechnet werden

konnte. Unter der Annahme, dass die Gemeinden der Fränkischen Schweiz einen eigenen Landkreis und demzufolge auch eigenen Planungsbereich bilden würden, läge der Versorgungsgrad im hausärztlichen Bereich bei über 100%, was der aktuellen Zahl von 76 niedergelassenen Ärzten entspricht. Die aktuelle Versorgungssituation der Fränkischen Schweiz im Bereich der Hausärzte gibt also quantitativ betrachtet keinen Grund zur Sorge. Rückblickend blieb beispielsweise die Anzahl der Ärzte in den letzten 10 Jahren im Südosten des Regierungsbezirks Oberfranken konstant oder ist sogar leicht angestiegen (*Herr Dr. Schmitt, Arzt*).

Eine rein quantitative Betrachtungsweise wäre allerdings zu kurz gegriffen, da vor allem die Altersstruktur der Ärzte in den kommenden Jahren zu Problemen führen wird. Bereits jetzt sind ca. 34% der Hausärzte in der Fränkischen Schweiz 60 Jahre und älter und das Durchschnittsalter der Hausärzte gesamt beträgt ca. 53 Jahre (*Herr Dr. Rausch, KVB Oberfranken*). Geht man von einer Pensionierung der Ärzte mit 65 Jahren aus, wird es in den nächsten fünf Jahren bereits zu Versorgungslücken in der hausärztlichen Versorgung kommen, wenn keine Nachfolger für die jeweiligen Praxen gefunden werden.

Die begehrten Gebiete für eine Niederlassung als Hausarzt sind die großen Städte der einzelnen Landkreise. Kleinere Gemeinden wie z. B. Betzenstein

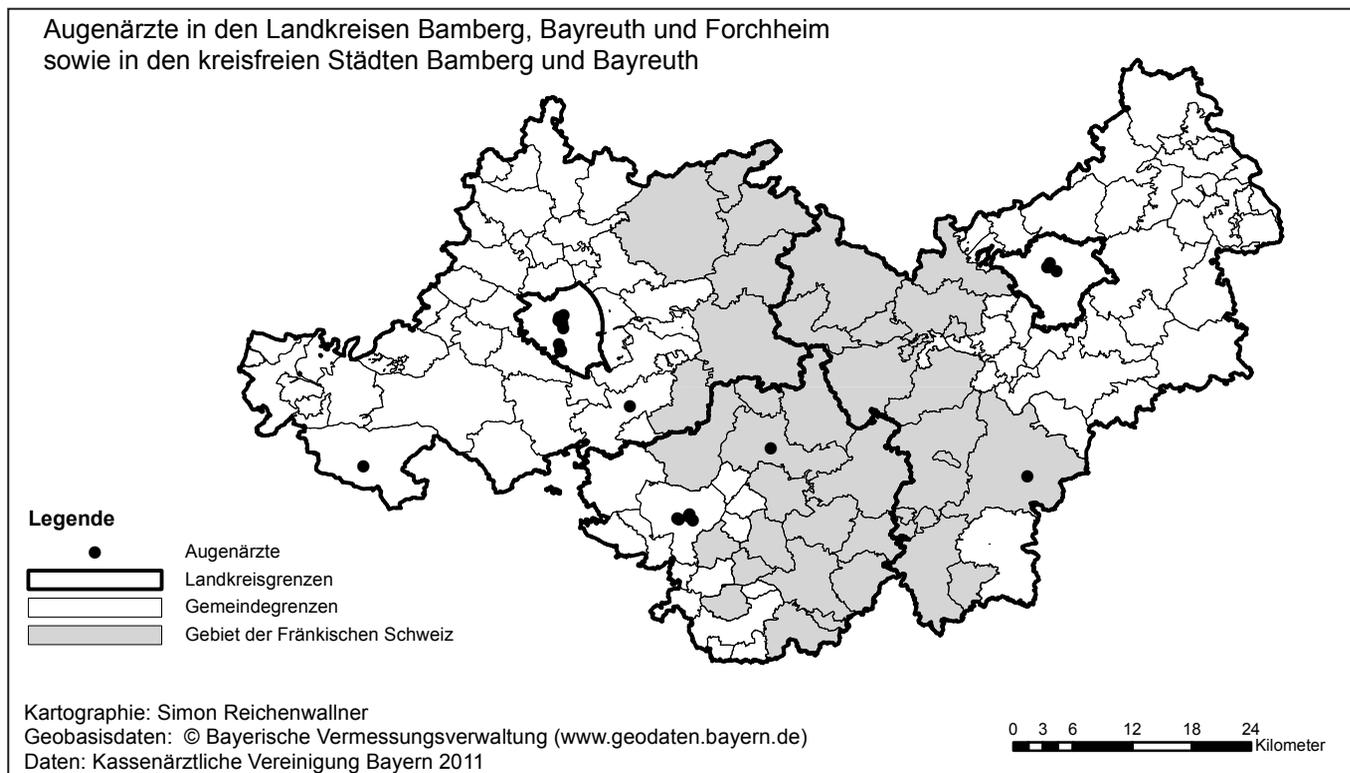


Abb. 3: Verteilung von Augenärzten im Untersuchungsgebiet

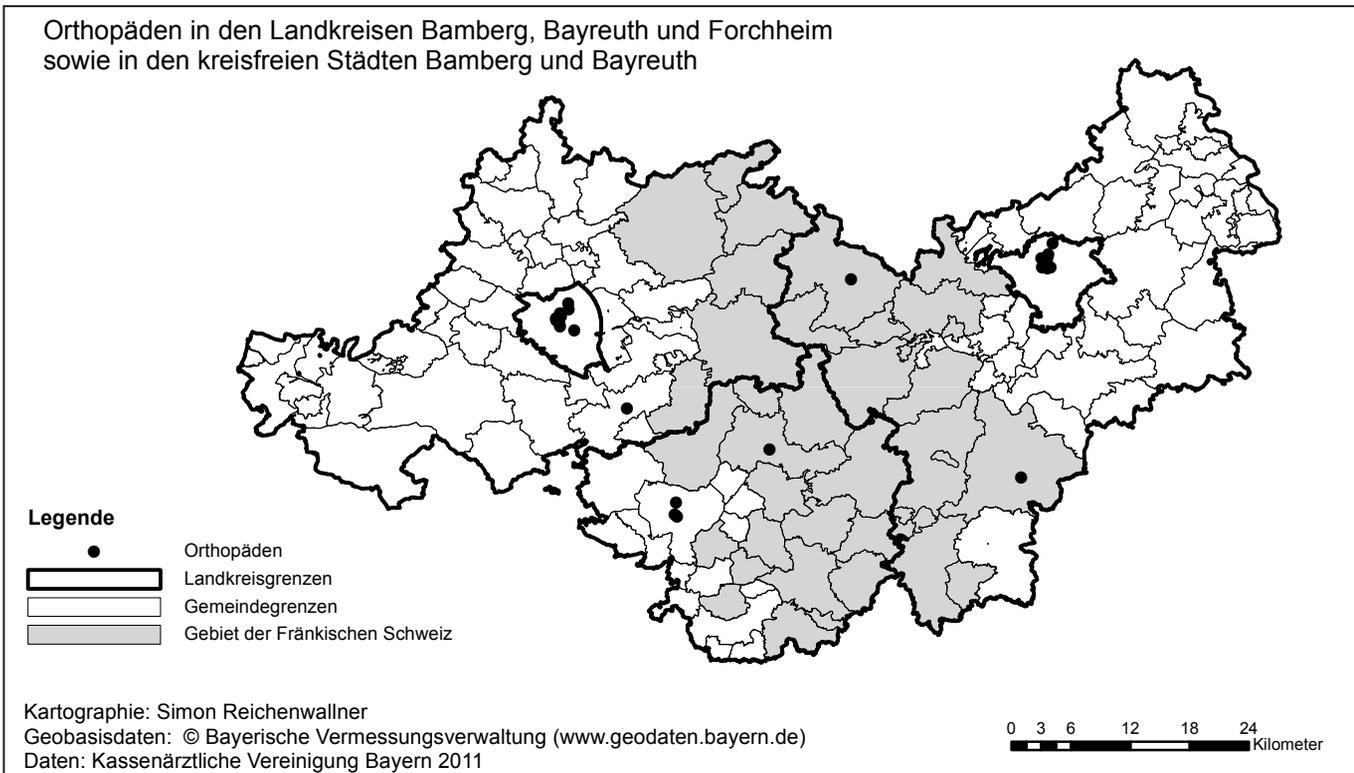


Abb. 4: Verteilung von Orthopäden im Untersuchungsgebiet

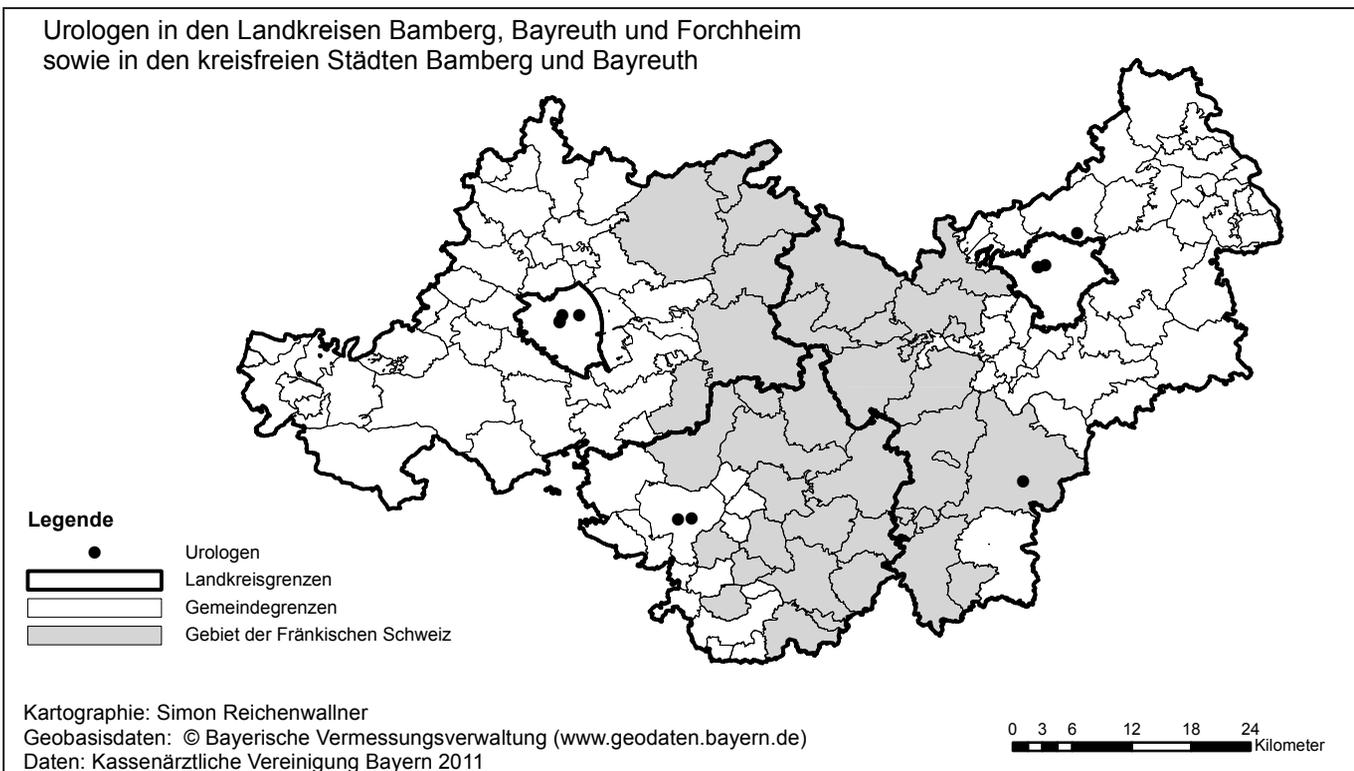


Abb. 5: Verteilung von Urologen im Untersuchungsgebiet

sind verkehrsgünstig gut an die Städte Nürnberg und Bayreuth angebunden und bieten versorgungstechnisch das gleiche Angebot. Trotzdem ist hier eine Neubesetzung von Arztpraxen im ländlichen Raum schwierig, was unter anderem dem Imageproblem Oberfrankens geschuldet ist (*Herr Dr. Schmitt, Arzt*).

Im Hinblick auf die fachärztliche Versorgung wurden lediglich die wahrscheinlich im Alter am dringendsten benötigten Facharztgruppen Augenheilkunde, Orthopädie und Urologie untersucht (vgl. Abbildungen 3, 4 und 5). Auch in diesen Bereichen kann in den drei Landkreisen keine Unterversorgung festgestellt werden.

2.2 Apotheken

Bei den Apotheken im ländlichen Raum stellt sich die Nachfolge-Situation ähnlich schwierig dar, wie bei den Hausärzten (*Herr Wiedekind, Apotheker*). Nur stehen die Apotheken nicht derart im Fokus der Öffentlichkeit, so dass die Gesellschaft und vor allem die Politik für diese Problematik erst noch sensibilisiert werden müssen. Insbesondere alteingesessene inhabergeführte Apotheken haben derzeit mit enormen Schwierigkeiten zu kämpfen, die sich vor allem auf gesellschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen zurückführen lassen. In diesem Kontext lässt sich beispielsweise auf

die verpflichtende, sehr kostenintensive Unterhaltung eines Labors pro Apotheke, die wachsende Konkurrenz durch Billigapotheken oder auch die Einstellung der Kunden, dass Gesundheit nicht viel kosten darf, verweisen (*Herr Wiedekind, Apotheker*). Auf Grund schrumpfender Gemeindegrößen und wegbrechender Arztpraxen (vgl. Abhängigkeit der Apotheken von verschreibungspflichtigen Medikamenten) wird sich die Situation für ländliche Apotheken in Zukunft noch verschärfen, da in vielen Fällen der benötigte Mindestumsatz nicht mehr gewährleistet sein wird (*Herr Müller, Apotheker*). Um nun diese Situation etwas zu entschärfen und die Arzneimittelversorgung in Deutschland zu verbessern, hat das Bundesministerium für Gesundheit am 20.10.2011 einen neuen Entwurf zur Änderung der Apothekerbetriebsordnung (ApBetrO) vorgelegt, in dem unter anderem auf Verbesserungen in der Beratung und die Verbesserung der Nahbereichsversorgung eingegangen wird (BMG 2011). Die Apothekengewerkschaft Adexa sieht in diesem Entwurf jedoch die Gefahr, dass „der Weg zur Apotheke light geebnet wird“ (KLEIN 2011). Dies könnte für die Zukunft eine Zunahme der Filialapotheken und die gleichzeitige Abnahme der inhabergeführten Apotheken bedeuten.

Betrachtet man die Versorgungssituation mit Apotheken in der Fränkischen Schweiz auf quantitativer Ebene, so ist sie vergleichbar mit der Versorgungssi-

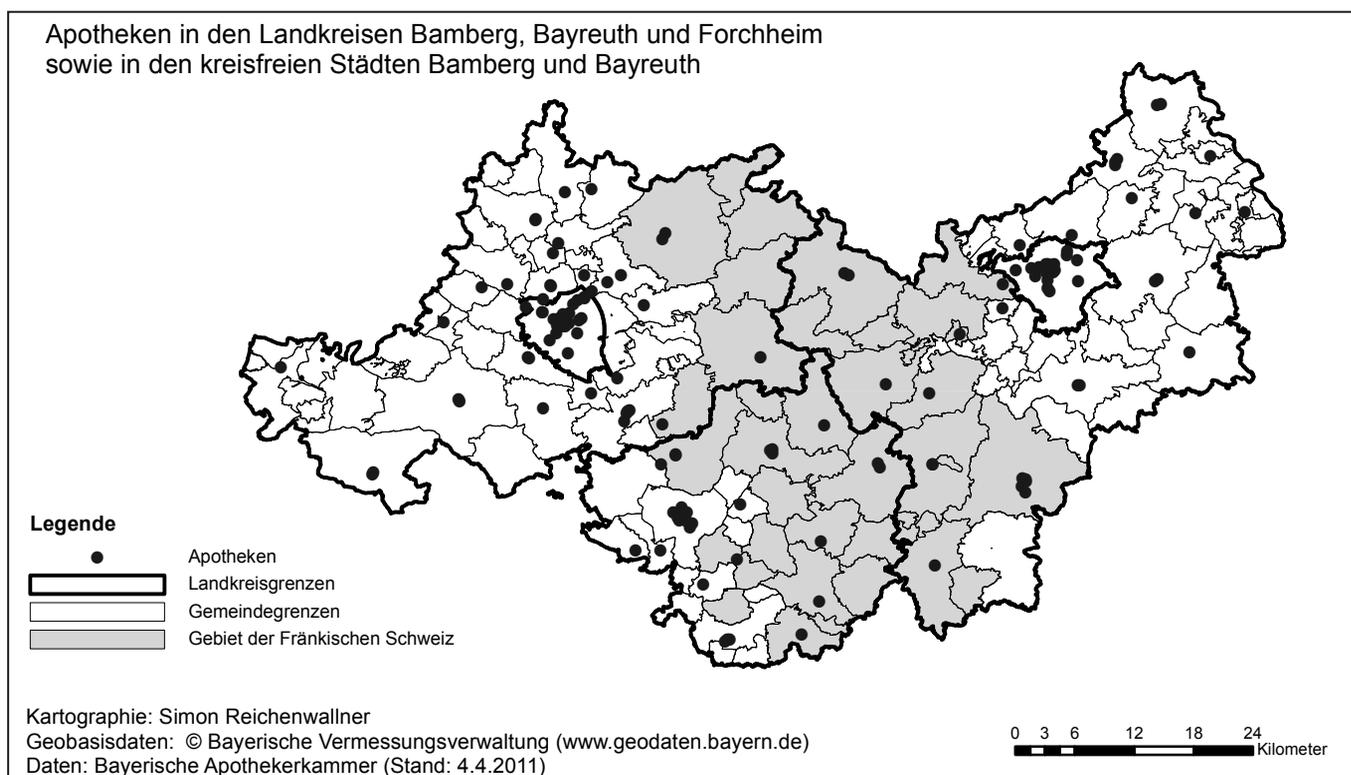


Abb. 6: Verteilung von Apotheken im Untersuchungsgebiet

tuation auf der Ebene der drei Landkreise Bamberg, Forchheim und Bayreuth (vgl. Abbildung 6):

6% der 34 Gemeinden besitzen drei bis fünf Apotheken, wobei in Pegnitz fünf und in Ebermannstadt drei ansässig sind. In 12% der Gemeinden sind jeweils zwei Apotheken, in 38% jeweils eine Apotheke und in 44% keine Apotheke zu finden. Eine eindeutige Aussage über die Versorgung ist jedoch nur durch eine weitergehende Analyse möglich, bei der auf die Kennzahl *Einwohner pro Apotheke* (EW/A) zurückgegriffen wird, deren Durchschnittswert sich in Deutschland auf ca. 3800 EW/A beläuft (ABDA 2010). Für die Gemeinden außerhalb der Fränkischen Schweiz (ohne kreisfreie Städte) beläuft sich die Apothekendichte auf 3810 EW/A, was eine minimale Tendenz zur Unterversorgung im Vergleich zum deutschen Durchschnitt bedeutet. Verglichen damit sind die Gemeinden in der Fränkischen Schweiz mit 3.756 EW/A leicht besser versorgt. Betrachtet man nun aber die Situation auf Landkreisebene, so zeigen sich sehr deutliche Versorgungsunterschiede:

Im Landkreis Forchheim entspricht die Versorgung in der Fränkischen Schweiz dem deutschen Durchschnitt (3801 EW/A) und in den anderen Gemeinden liegt sogar eine höhere Apothekendichte vor (3559 EW/A). Der Landkreis Bamberg ist in Bezug auf Apotheken regelrecht unterversorgt, wobei die Kommunen in der Fränkischen Schweiz (4341 EW/A) noch schlechter gestellt sind als die Gemeinden außerhalb (4099 EW/A). Im Landkreis Bayreuth kann sowohl in der Fränkischen Schweiz (3536 EW/A), als auch außerhalb (3561 EW/A) von einer leichten Überversorgung mit Apotheken gesprochen werden.

Aus diesen Berechnungen folgt, dass für eine endgültige Einschätzung der Versorgungssituation der Gemeinden in der Fränkischen Schweiz eine Analyse auf Gemeindeebene unabdingbar ist, da die Situation der Apotheken in der Region zu differenziert ist, um eine allgemeine Aussage treffen zu können. Die zukünftige Entwicklung hängt aber in jedem Fall stark von den neuen gesetzlichen Regelungen der ApBetrO sowie den Entwicklungen bei den Hausarztpraxen in der Region ab.

2.3 Rettungsdienste

Der Rettungsdienst hat die Aufgabe, akut erkrankten oder verletzten Menschen innerhalb einer durch Ausführungsverordnung gesetzlich vorgeschriebenen Fahrtzeit von 12 Minuten durch medizinisches Fachpersonal Hilfe zu leisten und gegebenenfalls einen Transport in eine geeignete Zielklinik durchzuführen.

Zur Überprüfung der rettungsdienstlichen Versorgungssituation in der Fränkischen Schweiz wurden

zwei Untersuchungen durchgeführt. Einerseits wurde anhand der Analyse der Realanfahrtszeiten bis zum Eintreffen des ersten geeigneten Rettungsmittels im Leitstellenbereich Bayreuth (Bezugsnorm Rettungswache) untersucht, welche Bereiche des in der Fränkischen Schweiz liegenden Leitstellenbereichs Bayreuth binnen der durch die *Ausführungsverordnung zum Bayerischen Rettungsdienstgesetz (AVBayRDG)* vorgeschriebenen Anfahrtszeit von 12 Minuten erreichbar sind. Hierfür lagen für das Gebiet der Fränkischen Schweiz nur Daten für den Landkreis Bayreuth, welcher komplett zum Leitstellenbereich Bayreuth gehört, vor (vgl. Abbildung 7).

Zudem wurden die Eintreffzeiten des ersteintreffenden qualifizierten Rettungsmittels in der gesamten Fränkischen Schweiz auf Gemeindeebene ausgewertet. Hierbei geht es um die Bezugsnorm Gemeinde. Es wurde also untersucht, wie häufig bei Notfallereignissen in den einzelnen Gemeinden die durch die *AVBayRDG* vorgegebene Anfahrtszeit von 12 Minuten eingehalten wurde.

Durch die Analyse der beiden angegebenen Datensätze wurde aufgezeigt, dass die rettungsdienstliche Versorgung gerade in den peripheren Bereichen der Fränkischen Schweiz nicht flächendeckend binnen der vorgegebenen Fahrtzeit von 12 Minuten sichergestellt ist. Bei der Auswertung der vorliegenden Daten wurde ersichtlich, dass nahezu alle Einsatzorte im Untersuchungsgebiet im Untersuchungszeitraum binnen der Hilfsfrist erreicht werden können. Die genauere Analyse zeigt jedoch deutlich, dass bedingt durch Paralleleinsätze eine starke Diskrepanz bei der Versorgung entstehen kann. Sollte ein Standort einsatzbedingt ausgelastet und nicht einsatzbereit für weitere Aufträge sein, müssen eventuelle weitere Notfälle im Bereich der jeweiligen Rettungswache durch die Nachbarstandorte abgedeckt werden. Dies kann, gerade im hier vorliegenden ländlichen Raum, zu teilweise stark erhöhten Anfahrtszeiten führen. Eine Untersuchung über zeitgleiche Einsätze fand nicht statt, wäre jedoch im Hinblick auf eine vollständige Auswertung der rettungsdienstlichen Abdeckung sehr zu empfehlen (vgl. Abbildung 7).

Deutlich wird dies in der zweiten Auswertung mit Bezugsnorm Gemeinde, denn gerade die Gemeinden im Bereich der Landkreisgrenzen weisen auffallend hohe Einsatzzahlen mit Eintreffzeiten des ersten geeigneten Rettungsmittels über 12 Minuten auf. Auffallend sind insbesondere die Gemeinden, bei denen lediglich bis zu 60% der Notfallereignisse in einem Zeitrahmen bis 12 Minuten durch ein geeignetes Rettungsmittel versorgt wurden. Namentlich sind dies Heiligenstadt (BA), Egloffstein (FO), Gößweinstein (FO), Obertrubach (FO), Betzenstein (BT) mit einer ausgewerteten Einsatzzahl im 1. Halbjahr 2010 von 25 bis 65 Notfallereignissen. Im Hinblick auf eine ad-

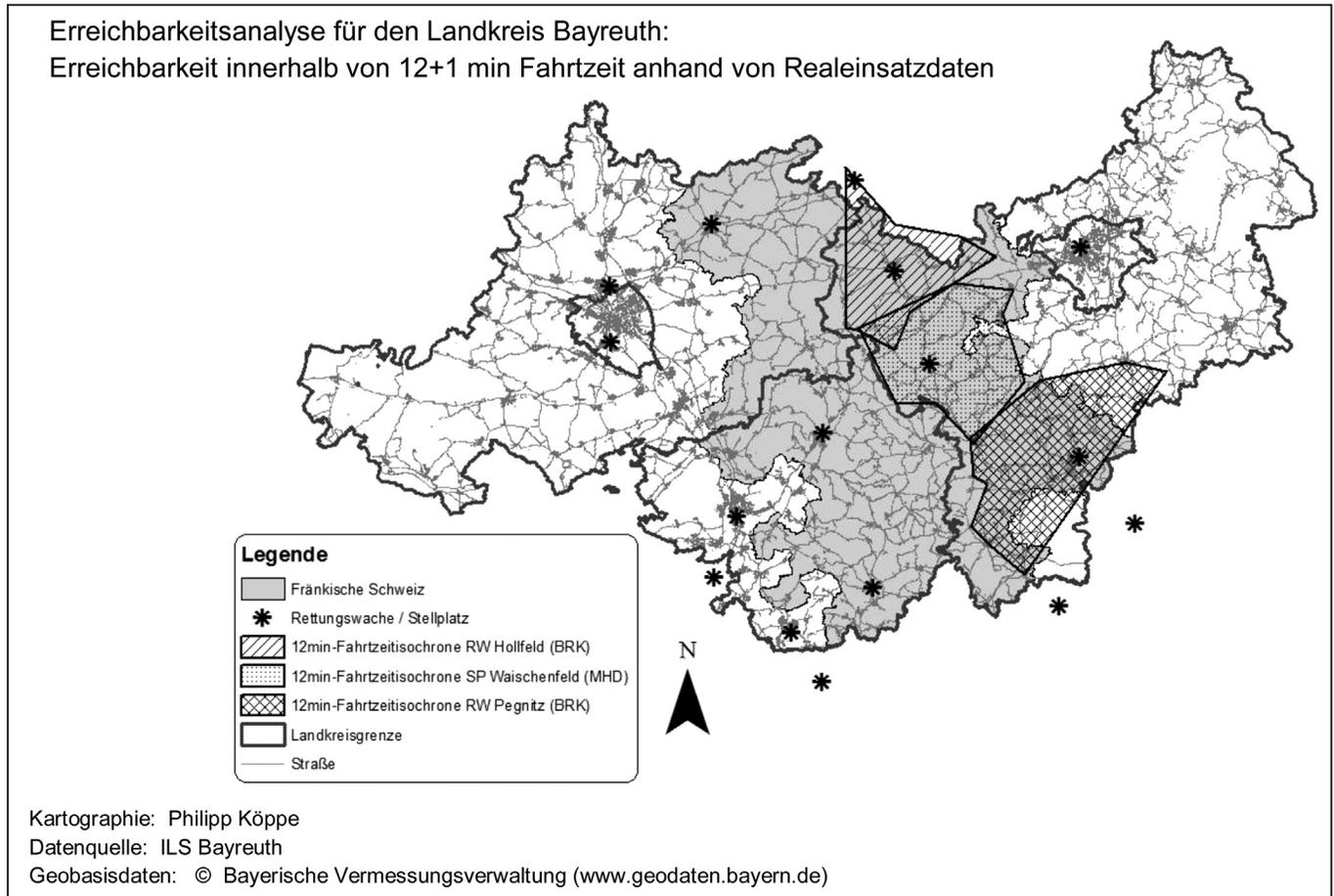


Abb. 7: Erreichbarkeitsanalyse für den Landkreis Bayreuth

äquater rettungsdienstliche Versorgung wäre hier eine eingehendere Betrachtung der Situation angebracht, um Verbesserungspotentiale aufzuzeigen.

Die Versorgung der Bevölkerung, gerade im ländlichen Raum, konnte in den vergangenen Jahren durch ehrenamtliche Strukturen verbessert werden. Es wurden durch die Freiwilligen Feuerwehren und die Hilfsorganisationen sogenannte First-Responder bzw. Helfer-vor-Ort Systeme eingerichtet. Zu bedenken ist hierbei jedoch, dass diese Systeme der organisierten Ersten Hilfe aufgrund ihrer Ehrenamtlichkeit oftmals während der Kernarbeitszeiten nicht zur Verfügung stehen. Hervorzuheben ist jedoch, dass gerade bei zeitkritischen Notfällen, wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Stillständen, eine signifikante Verbesserung des Outcomes der Patienten zu beobachten ist. Die Einrichtung dieser ehrenamtlichen Strukturen kann Leben retten und auch die Zeit der Rehabilitation sowie letztendlich die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit wird oftmals verkürzt.

2.4 Krankenhäuser/Kliniken und Medizinische Versorgungszentren

2.4.1 Krankenhäuser und Kliniken

Krankenhäuser und Kliniken spielen im vorliegenden Projekt nur eine sekundäre Rolle, da deren räumliche Verteilung und das Leistungsspektrum fast gänzlich durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen bestimmt werden. Die Verteilung der Krankenhäuser ist je nach Versorgungsstufe auf bestimmte Standorte bzw. die Zentralen Orte beschränkt, was sich vor allem damit erklären lässt, dass diese Einrichtungen hinsichtlich ihrer Medizintechnik derartig spezialisiert sind, dass sie aus ökonomischen Gründen fast ausschließlich im Oberzentrum einer Region angesiedelt werden können. Eine Stärkung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum durch eine Dezentralisierung von Krankenhäusern wäre daher ökonomisch gesehen kaum durchführbar und auch nicht sinnvoll.

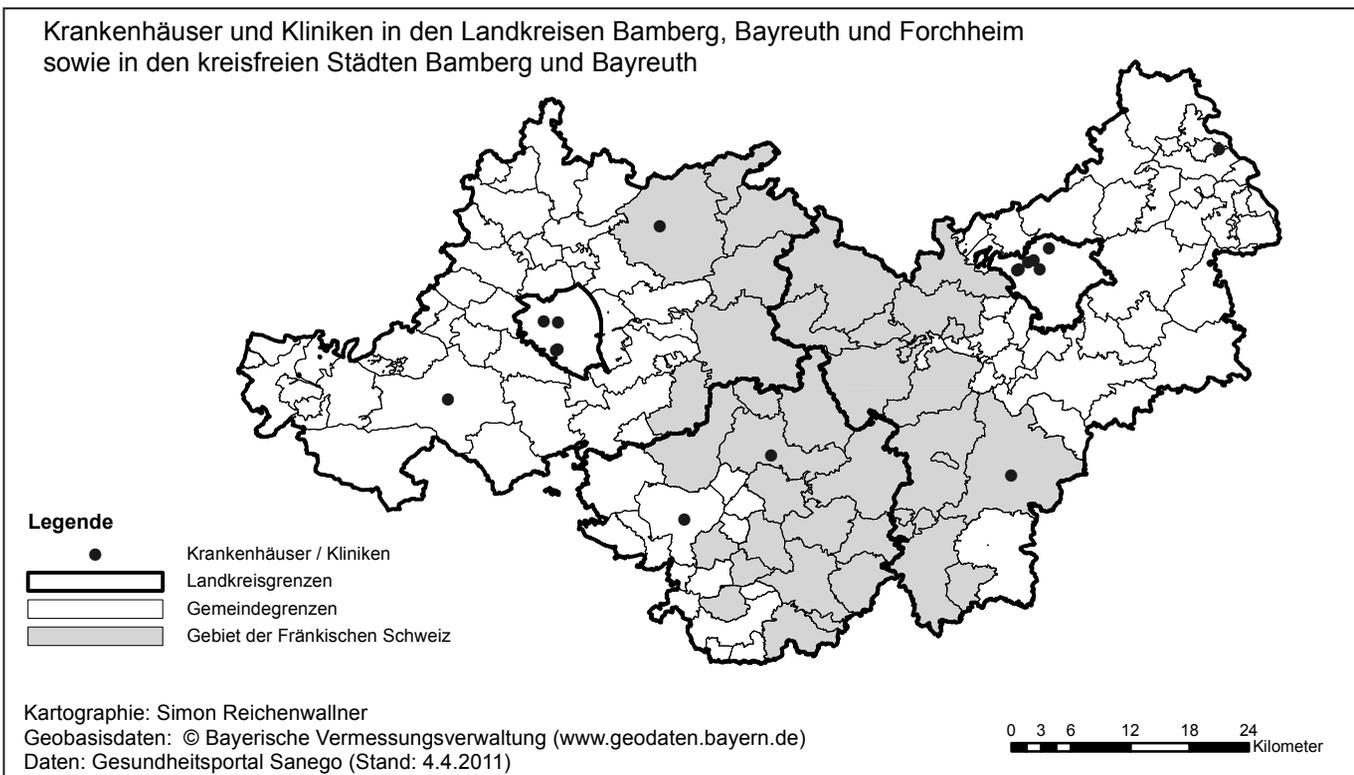


Abb. 8: Verteilung von Krankenhäusern und Kliniken im Untersuchungsgebiet

Wie aus Abbildung 8 ersichtlich wird, besteht in der Region eine enorme Konzentration von Krankenhäusern auf die beiden Oberzentren Bamberg und Bayreuth. Die weiteren Einrichtungen verteilen sich auf die Mittelzentren Forchheim und Pegnitz sowie das mögliche Mittelzentrum Ebermannstadt. Ausnahmen bei der Verteilung bilden die Standorte der Kliniken in Scheßlitz, Burgebrach (beides Unterzentren) und Bischofsgrün (Kleinzentrum).

In der Fränkischen Schweiz selbst sind drei Krankenhäuser ansässig: die Klinik Fränkische Schweiz in Ebermannstadt, die Sana Klinik Pegnitz und die Juraklinik Scheßlitz. Durch die Lage dieser drei Kliniken und die relative Nähe der Standorte Bamberg, Bayreuth und Forchheim zum Untersuchungsgebiet, zeichnet sich für die Fränkische Schweiz ein relativ guter Versorgungsgrad bei Krankenhäusern und Kliniken ab. Betrachtet man jedoch die PKW-Erreichbarkeit von Krankenhäusern aus Sicht der Gemeinden der Fränkischen Schweiz, dann muss man feststellen, dass die Versorgung einiger Gemeinden auf Grund langer Fahrtzeiten sehr schlecht ist. In den untersuchten Beispielgemeinden Aufseß und Gößwein betragen beispielsweise die durchschnittlichen Fahrtzeiten zum nächsten Krankenhaus 28 und 24 min. Deutschlandweit liegt der Wert für eine gute Krankenhauserreichbarkeit jedoch bei unter 20 min

(97,5% der Bevölkerung können in diesem Zeitraum ein Krankenhaus erreichen) (BBSR 2011: 12).

2.4.2 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Seit dem 1. Januar 2004, mit dem Erlass des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), gibt es mit den MVZ nun eine neue Versorgungsform, die besonders für den ländlichen Raum eine Ergänzung der Krankenhäuser darstellen kann (Albrecht Fehlig Communications 2011).

Zum einen bieten MVZ Krankenhäusern bzw. Betreibern anderer medizinischer Einrichtungen die Möglichkeit ihr Versorgungsangebot zu erweitern und damit zusätzliche Einnahmen zu generieren. Zu diesem Zweck kauft das Krankenhaus freie Arztsitze im Planungsbereich auf, sofern dieser nicht gesperrt ist, und besetzt diese mit angestellten Ärzten. Auf der anderen Seite gibt es MVZ, welche direkt von Leistungsbringern wie Ärzten oder Apothekern gegründet werden und die in keiner Abhängigkeit zu größeren medizinischen Einrichtungen stehen (Herr Dr. Preis, Arzt; KÜNNEMANN 2004).

Als klare Vorteile der MVZ für die Versorgung des ländlichen Raums werden in der öffentlichen Diskussion vor allem folgende Punkte angeführt:

- Durch die zentrale Lage eines MVZ kann eine Region mit weniger Ärzten versorgt werden, als das bei einer dezentralen Verteilung der Ärzte der Fall ist.
- Durch die Einrichtung von MVZ-Filialen in der Region können auch bei einer geringeren Ärztezahl regelmäßige Ansprechpartner vor Ort für die Patienten zur Verfügung stehen (*Herr Dr. Preis, Arzt*).
- Jungen Ärzten bieten MVZ die Möglichkeit auf dem Land ein Arbeitsverhältnis mit geringem Risiko einzugehen und sich die Chance zu bewahren später in die Freiberuflichkeit zu wechseln (*Herr Dr. Preis, Arzt*).
- Die fachübergreifende Strukturierung der MVZ stellt für die Patienten im ländlichen Raum eine Erleichterung dar (*Albrecht Fehlig Communications 2011*). In der Kooperation von Apotheke und Arztpraxis in einem MVZ könnte auch ein Lösungsansatz für das *Apotheken-Sterben* liegen (*Herr Müller, Apotheker*).

Die größten Nachteile der MVZ liegen zum einen in den weiten Wegen, die viele Patienten, nach dem Wegfall von lokalen Arztpraxen, in Kauf nehmen müssten und zum anderen in der sich mit hoher Wahrscheinlichkeit verringernden Versorgungsqualität.

Derzeit sind im Untersuchungsgebiet der Fränkischen Schweiz nur zwei Medizinische Versorgungszentren ansässig: das MVZ in Ebermannstadt und dessen Zweigstelle in Gößweinstein, welche beide von

der Sozialstiftung Bamberg betrieben werden. Im Vergleich dazu gibt es in den restlichen Gemeinden der drei Landkreise und den beiden kreisfreien Städten insgesamt zehn MVZ (vgl. Abbildung 9), wobei die meisten davon den lokalen Krankenhäusern zugehörig sind. Ob Medizinische Versorgungszentren zukünftig eine größere Rolle in der Gesundheitsversorgung der Fränkischen Schweiz spielen werden, hängt vor allem vom Engagement der potentiellen MVZ-Gründer und von öffentlichen Trägern ab, wobei darauf hingewiesen werden muss, dass ein Zusammenschluss von freiberuflichen Ärzten und anderen Leistungserbringern der Gründung von MVZ durch öffentliche Träger, vor allem aus Akzeptanzgründen seitens der Bevölkerung und der Kommunalverwaltungen, vorzuziehen ist. Angesichts des Demographischen Wandels bleibt fraglich, ob in der Fränkischen Schweiz auch für ältere Menschen in Zukunft eine zumutbare Erreichbarkeit der MVZ gewährleistet werden könnte (*Herr Dr. Preis, Arzt*).

2.5 Ambulante Pflegedienste

Gerade in peripheren ländlichen Gebieten, mit ihren weiten Wegen und langen Fahrtzeiten sowie einem oft nicht ausreichend ausgebauten ÖPNV, spielen für alte und hilfsbedürftige Menschen ambulante Pflege-

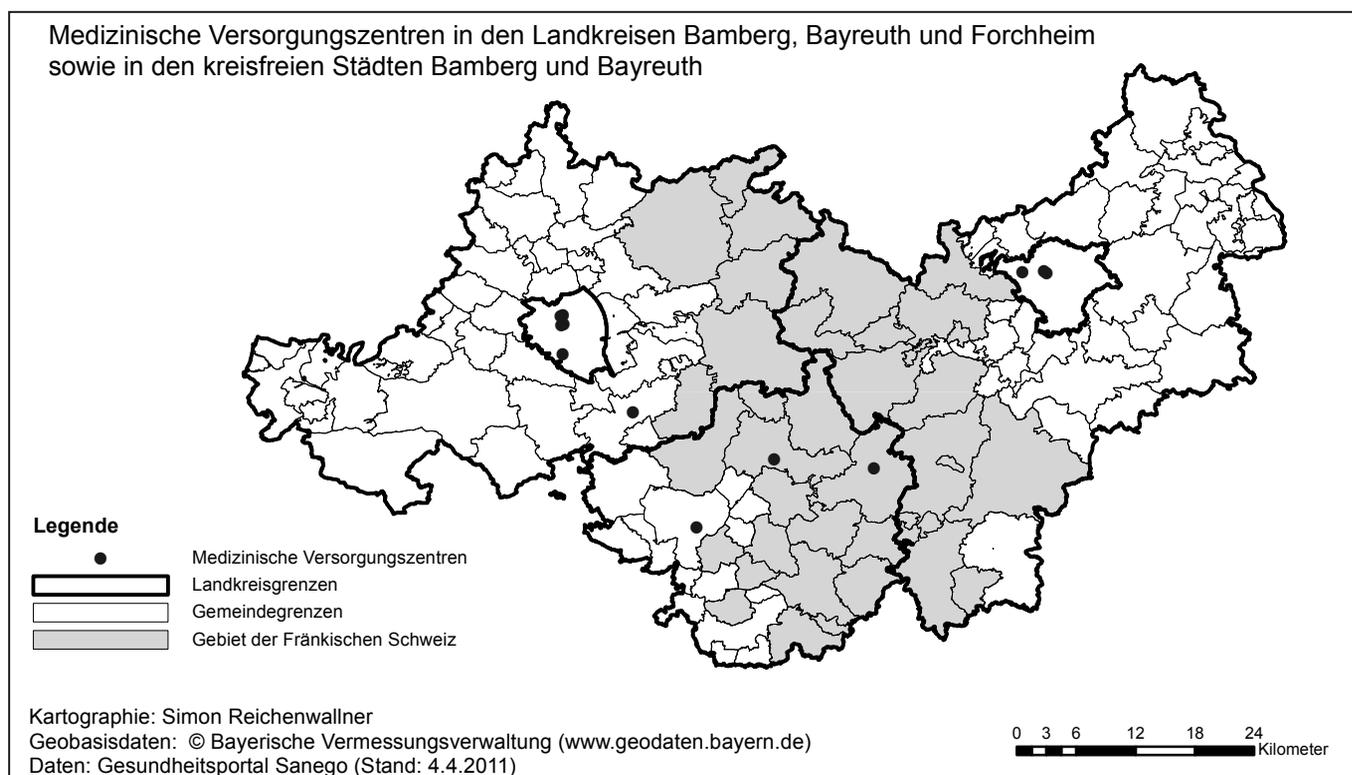


Abb. 9: Verteilung von Medizinischen Versorgungszentren im Untersuchungsgebiet

dienste eine wichtige Rolle. Das Leistungsspektrum der ambulanten Pflege erstreckt sich von einfachen Hilfestellungen für Senioren, wie zum Beispiel Blutzucker messen oder Medikamente richten bis hin zur Übernahme der kompletten Körperpflege bei schwer pflegebedürftigen Patienten der Pflegestufe III. Für ältere und hilfsbedürftige Menschen ergibt sich durch das Angebot der ambulanten Pflegedienste die Möglichkeit in der eigenen Wohnung, und damit im vertrauten Umfeld, wohnen zu bleiben und nicht in ein Senioren- oder Pflegeheim ziehen zu müssen.

Die Versorgungssituation bei den ambulanten Pflegediensten gestaltet sich auf Grund der Vielfalt der Träger je nach Gemeinde sehr verschieden. Die Anzahl der Pflegedienste pro Gemeinde unterliegt keiner Begrenzung, was die Versorgungsqualität für die Gemeinden entscheidend beeinflusst.

In den Landkreisen Bamberg, Bayreuth und Forchheim gibt es insgesamt 80 Pflegedienste (vgl. Abbildung 10). Diese sind bis auf wenige Ausnahmen immer in den Hauptorten der Gemeinden zu finden, wobei die Träger der ambulanten Pflegedienste im Untersuchungsgebiet Privatpersonen, private Unternehmen, Wohlfahrtsverbände (z.B.: Caritas), Verbände auf Bundes- und Landesebene (z.B. BRK), Vereine sowie kirchliche Einrichtungen (z.B. Diakonisches Werk) sind.

Die höchste quantitative Konzentration von ambulanten Pflegediensten im Untersuchungsgebiet oder mit Bezug zu diesem ergibt sich in den Städten Bamberg und Bayreuth mit je 14 Pflegediensten und in Pegnitz mit sieben Pflegediensten. Somit befinden sich 44,3% der ambulanten Pflegedienste in nur 3% der Gemeinden.

Vergleicht man die Versorgungssituation bei den Pflegediensten in der Fränkischen Schweiz mit der Gesamtversorgungssituation auf der quantitativen Ebene, so scheint die Versorgung in der Fränkischen Schweiz schlechter als im Durchschnitt der drei Landkreise zu sein, da ein viel höherer Prozentanteil der Gemeinden keinen eigenen Pflegedienst aufweisen kann. Es muss jedoch bei Pflegediensten immer im Hinterkopf behalten werden, dass diese Dienstleistungseinrichtung ja nicht von den Betroffenen aufgesucht werden muss, sondern die Dienstleistung von den Anbietern zu den Betroffenen gebracht wird. Von dieser Seite betrachtet stellt das Netz von Pflegediensten in der Fränkischen Schweiz eine recht gute Versorgungsgrundlage dar, da die einzelnen Pflegedienste recht gleichmäßig über die Region verteilt sind. Gebiete die unterversorgt erscheinen, grenzen meist an Gemeinden die zwei bis drei oder mehr Pflegedienste haben und damit die umliegenden Gemeinden mitversorgen können.

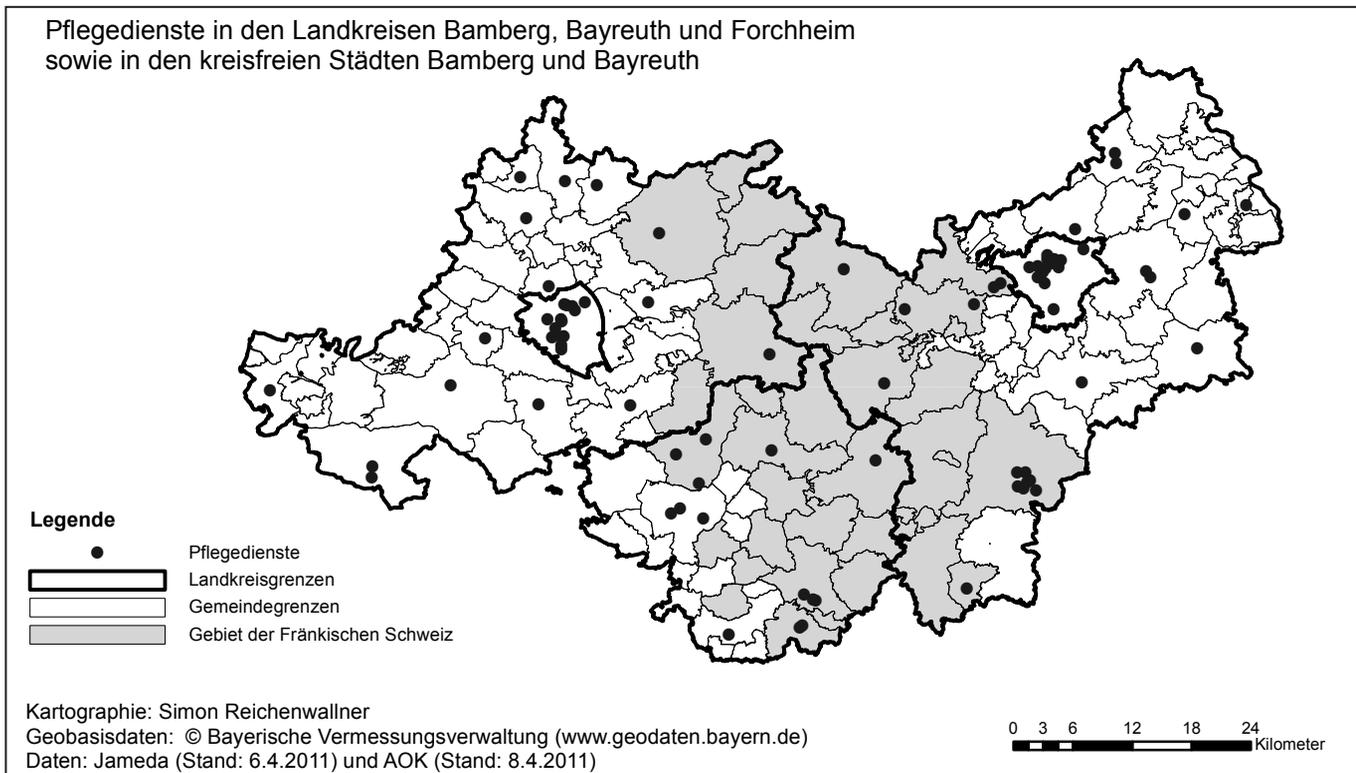


Abb. 10: Verteilung von Pflegediensten im Untersuchungsgebiet

2.6 Senioren- und Pflegeheime

Die Anzahl der Pflegeheime und Einrichtungen der Tagespflege variiert je nach Gemeinde, aufgrund der Vielfalt der Träger. Dazu zählen Privatpersonen und private Unternehmen, sowie Wohlfahrtsverbände (z.B. Caritas) und Verbände auf Bundes- und Landesebene (z.B. BRK). Darüber hinaus sind Vereine und kirchliche Einrichtungen (z.B. Diakonisches Werk) in diesem Bereich tätig. Ebenso wie bei den Pflegediensten gibt es keine Begrenzung der Zahl der Einrichtungen für eine Gemeinde, wodurch auch hier die Versorgungsqualität der Gemeinden beeinflusst wird. Pflegeheime und Einrichtungen der Tagespflege sind aber im Gegensatz zu den Pflegediensten relativ häufig in kleineren Ortsteilen der Gemeinden zu finden, wohingegen die Pflegedienste häufig im Hauptort ihren Standort haben.

Die stationären Einrichtungen der Altenpflege lassen sich des Weiteren in verschiedene Heimarten unterteilen: Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim. Seit einiger Zeit gibt es zudem Angebote mit dem Titel *Betreutes Wohnen* und *Seniorenresidenzen* (*Alten- und Pflegeheimverzeichnis* 2011).

In der Fränkischen Schweiz (Gemeinden gesamt: 34) konnten 18 Pflegeeinrichtungen lokalisiert werden, wovon neun Gemeinden jeweils eine Pflegeeinrichtung (= 50% aller Pflegeeinrichtungen) besitzen. In drei

Gemeinden wurden jeweils zwei Pflegeeinrichtungen ermittelt (= 33,3% aller Pflegeeinrichtungen). In der Gemeinde Pegnitz sind drei Pflegeeinrichtungen angesiedelt (= 16,7% aller Pflegeeinrichtungen), was gleichzeitig das Maximum der quantitativen Verteilung für eine Gemeinde in der Fränkischen Schweiz darstellt. 21 Gemeinden sind gänzlich ohne Pflegeeinrichtungen (vgl. Abbildung 11).

Im Vergleich zur Gesamtversorgungssituation und der Situation in den Gemeinden außerhalb der Fränkischen Schweiz ist die quantitative Verteilung der stationären Pflegeeinrichtungen in der Fränkischen Schweiz, bezogen auf die Konzentration der Einrichtungen relativ gleichmäßig verteilt. Der prozentuale Anteil der Gemeinden ohne Pflegeeinrichtung ist trotzdem noch sehr hoch und mit dem Anteil der Gemeinden außerhalb der Fränkischen Schweiz fast identisch. Der Schwerpunkt der Pflegeeinrichtungen in der Fränkischen Schweiz liegt in den Gemeinden des Landkreises Forchheim. Die quantitative Verteilung der Einrichtungen insgesamt lässt sich auf die Vielfalt der Einrichtungsträger zurückführen, da die Standortwahl ohne rechtliche Beschränkungen verläuft. Für ältere Menschen ist diese Situation problematisch, da sie oft nicht die Möglichkeit haben in ihrer Heimatgemeinde bleiben zu können, sondern in weiter entfernte Gemeinden umziehen müssen.

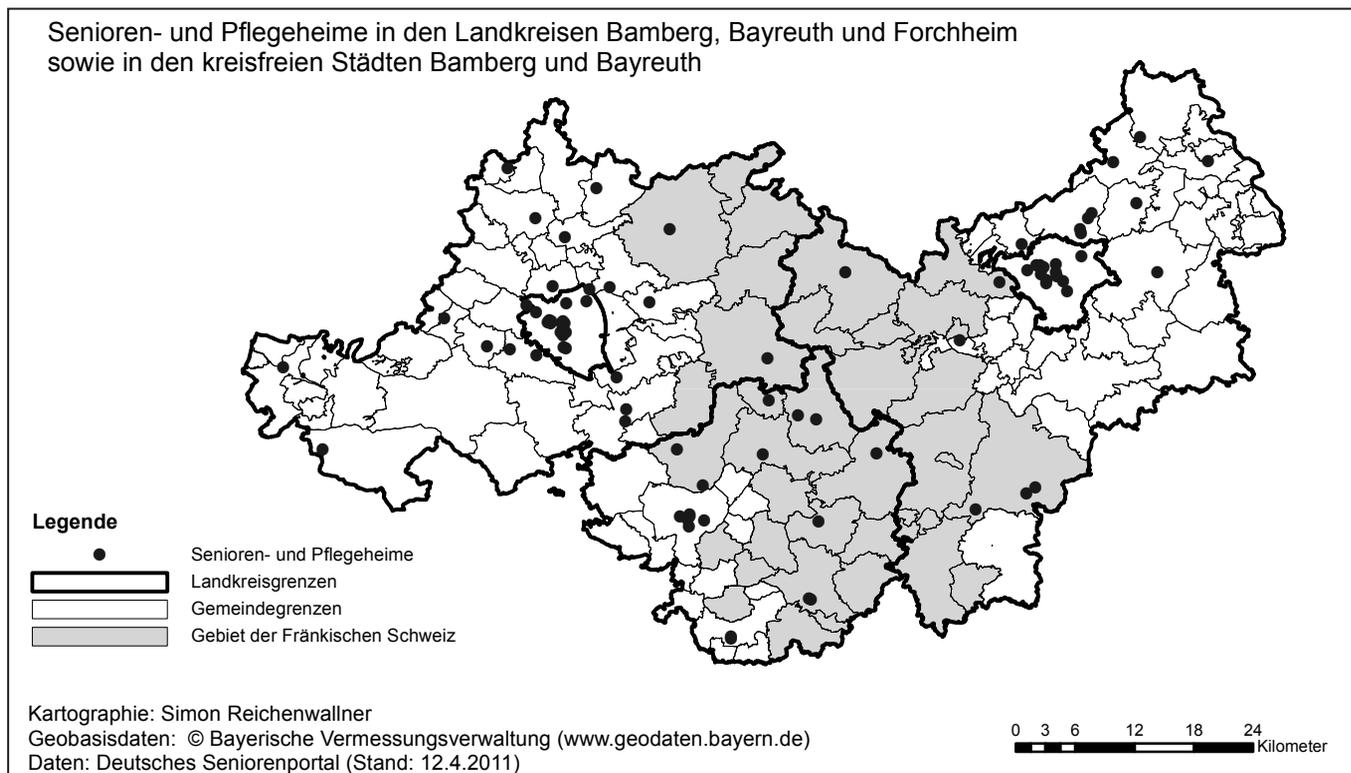


Abb. 11: Verteilung von Senioren- und Pflegeheimen im Untersuchungsgebiet

3 Beantwortung der Forschungsfragen und Lösungsansätze

3.1 Beantwortung der Forschungsfragen

3.1.1 Benachteiligung der Fränkischen Schweiz gegenüber anderen Gemeinden

Insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung, die Versorgung mit Apotheken und Rettungswachen kann derzeit quantitativ keine relevante Benachteiligung der Fränkischen Schweiz gegenüber anderen Gemeinden festgestellt werden. In Bezug auf die Hausärzte kann gesagt werden, dass eine schlechtere Versorgung der Gemeinden der Fränkischen Schweiz im Vergleich zu anderen Gemeinden aufgrund der Bedarfsplanung nicht möglich ist (§ 99 SGB V, Bedarfsplanungsrichtlinien). Aus qualitativer Sicht (z.B. Alter der Hausärzte) ist die Versorgungssituation bei Hausärzten, Apotheken und Rettungswachen außerhalb der Fränkischen Schweiz jedoch besser als im Untersuchungsgebiet.

3.1.2 Negative Auswirkungen von Verwaltungsgrenzen

Die Fränkische Schweiz ist in den drei ländlichen Landkreisen jeweils eine periphere Region und liegt an ihren Rändern. Diese Zerschneidung eines eigentlich zusammenhängenden ländlichen Raums mit ähnlichen Strukturproblemen führt zu einer Vielzahl an Schwierigkeiten. Besonders auffällig ist, dass es zwischen den einzelnen Landkreisen anscheinend Ängste oder Vorbehalte gibt, dass ein Kreis dem anderen Konkurrenz machen könnte (vgl. Diskussion um die Gründung neuer Medizinischer Versorgungszentren in der Fränkischen Schweiz). Bei der Analyse der Einsatzzeiten der Rettungsdienste wurde ebenfalls sichtbar, dass gerade im Bereich der Leitstellengrenzen, welche den Kreisgrenzen entsprechen, ein hohes Verbesserungspotential besteht. So sind die in unserer Untersuchung bekannt gewordenen Versorgungsmängel überwiegend an den Kreisgrenzen zu finden.

3.1.3 Benachteiligung von Ortsteilen gegenüber dem Hauptort der Gemeinde

Die exemplarische Untersuchung der beiden Gemeinden Gößweinstein und Aufseß hat gezeigt, dass man von der Größe einer Gemeinde oder auch der Anzahl der im Gemeindegebiet vertretenen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen nicht unbedingt auf die Versorgungsqualität der Ortsteile schließen kann, da diese auch stark von der räumlichen Lage der Ortsteile, der

Infrastruktursituation und dem Versorgungsangebot der Nachbargemeinden abhängig ist. Unbestreitbar ist jedoch, dass die infrastrukturell günstig gelegenen Ortsteile (bezogen auf die PKW-Erreichbarkeit) und darunter vor allem die Hauptorte meist einen kleinen Vorteil gegenüber den peripheren Ortsteilen haben. Würde man dagegen die ÖPNV-Erreichbarkeit in den Gemeinden betrachten, müssten viele Ortsteile besonders gegenüber dem Hauptort als stark benachteiligt eingestuft werden.

4 Lösungen für die Fränkische Schweiz

Es hat sich gezeigt, dass das Hauptproblem der gesundheitlichen Versorgung in der Fränkischen Schweiz und im ländlichen Raum insgesamt von struktureller Natur ist. Da die alten dezentralen Gesundheitsstrukturen auf dem Prinzip der Spezialisierung (hoch qualifizierte Hausärzte als Zuständige für alle gesundheitlichen Probleme) und auf der individuellen PKW-Mobilität basieren, die für viele ältere Menschen nicht mehr möglich ist, müssen neue Strukturen aufgebaut werden, die dieses Problem lösen. Der Vorschlag, den der Zukunftsrat der Bayerischen Staatsregierung Anfang 2011 vorgelegt hat, geht leider genau in die falsche Richtung. Der Zukunftsrat empfiehlt nämlich eine noch stärkere Konzentration, die nur noch die sechs größten bayerischen Zentren umfassen sollte. Regionen, von denen aus diese Zentren nicht gut erreicht werden können, also insbesondere die peripheren ländlichen Gebiete, werden grundsätzlich in Frage gestellt.

Während der qualitativen Experteninterviews wurden bereits zahlreiche Punkte aufgezeigt, die vor allem von der Politik und in der ärztlichen Ausbildung verändert werden müssen. Demnach müssen beispielsweise die aktuell gesperrten Planungsbereiche von der Kassenärztlichen Vereinigung freigegeben werden, um dem drohenden Ärztemangel in den kommenden Jahren entgegenzutreten. In der Praxis zeigt sich nämlich, dass es für eine Landarztpraxis inzwischen sehr schwierig geworden ist eine Nachfolge zu finden. Darüber hinaus muss das Imageproblem des Ländlichen Raums behoben werden. Ferner müssen Verbesserungen der finanziellen Regelung bei der Vergütung getätigt werden. Aktuell sind die Regelleistungsvolumina (RLV) kritisch zu sehen, da ein Arzt ab einer bestimmten Anzahl an zu behandelnden Patienten, für jeden weiteren Patienten weniger Honorar bekommt. Ein Arzt leistet also mehr Arbeit und bekommt dafür weniger Gehalt, ein Problem, das sich verstärken wird, wenn Landarztpraxen geschlossen werden und Kollegen deren Patienten übernehmen müssen.

Ein anderer Aspekt betrifft den Zusammenschluss von Ärzten auf dem Land: Dabei richten mehrere Hausärzte ihre Praxen im gleichen Gebäude ein, um beim Ausscheiden/kurzfristigen Ausfällen/Halbtagsarbeit eines Arztes die Folgen für die Patienten und die dadurch entstehende Mehrarbeit für die Kollegen besser bewältigen zu können. Speziell für junge Ärzte und insbesondere Ärztinnen bedeutet dies ein geringeres Risiko, wenn sie sich auf dem Land niederlassen wollen.

Neben den allgemeingültigen Lösungsansätzen, deren Entwicklung und Einführung eher auf Bundes- und Landesebene angesiedelt ist und welche theoretisch in jeder Region in Deutschland angewandt werden können, ist bei der Gesundheitsversorgung vor allem auch die regionale Ebene der Landkreise und Gemeinden entscheidend. Das Potential, welches innerhalb einer Kommune in Form von bürgerlichem Engagement vorhanden ist, ist enorm. Durch die Mobilisierung von (halb-) ehrenamtlichen Helfern, privatem Engagement oder auch durch einfache Nachbarschaftshilfe könnten viele zukünftige Engpässe in der Gesundheits- und Pflegeversorgung abgefangen werden.

Aufgrund einer zu erwartenden Ausdünnung der hausärztlichen Versorgung gerade in ländlichen Regionen gilt es innovative Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation zu initiieren. Geeignete Wege hierfür wären die Einführung von Telemedizin, der Versorgungsassistentin VERAH oder von AGNES (arztenlastende, gemeindenaher, E-Health-gestützte, systemische Intervention).

Ein weiterer wichtiger Ansatz ist es, die Erreichbarkeit von Mittel- und Oberzentren mit ihren zentralörtlichen Funktionen der Daseinsvorsorge zu verbessern, damit Bewohner der peripheren Bereiche diese auch dann erreichen können, wenn sie nicht oder nicht mehr automobil sind. Hier sind vor allem Ansätze zur Verbesserung der ÖPNV-Situation im ländlichen Raum gefragt. Seitens der Gemeinden wäre es möglich, einen Bürgerbus einzurichten oder durch einen zu gründenden Trägerverein bereitzustellen.

Wie schon an diesen Praxisbeispielen zu erkennen ist, sollte gerade in Hinblick auf eine bessere Versorgungsstruktur für die Bevölkerung und die Gemeinden, aber auch zur besseren Synergieerzeugung durch die jeweiligen Leistungserbringer, auf eine bessere Zusammenarbeit in der Fränkischen Schweiz über die Verwaltungsgrenzen hinweg hingearbeitet werden. Diese ländliche Region muss neue Strukturen über die Kreis- und Gemeindegrenzen hinweg entwickeln, um nicht weiter nur ein Nebeneinander von Randbereichen der drei Landkreise zu sein. Hierzu bedarf es unter Umständen einer Koordinationsstelle innerhalb der Fränkischen Schweiz, welche die Interessen dieser Region vertritt und diese auch gegenüber der Verwaltung und der Politik deutlich macht.

5 Ausblick

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts und der Tagung *Gesundheitsversorgung in der Fränkischen Schweiz – Lösungen für eine lebenswerte Zukunft* weisen darauf hin, dass es für periphere Ländliche Räume und speziell für das Gebiet der Fränkischen Schweiz in Bezug auf die Verbesserung bzw. Erhaltung des derzeitigen Niveaus der Gesundheits- und Pflegeversorgung mehrere Lösungsansätze gibt, innerhalb derer der passende Maßnahmenmix gefunden werden muss. Dies bedeutet für die Gemeinden und Bürger vor Ort, die vorgestellten Lösungsansätze miteinander zu diskutieren und zielorientiert umzusetzen. Diese Ziele müssen dann für die einzelnen Kommunen konkretisiert und in enger Zusammenarbeit zwischen den Bürgern, den beruflich Betroffenen und der lokalen Politik in Angriff genommen werden.

Damit geht die Notwendigkeit einher, die ländlichen Räume in Deutschland nicht nur als strukturschwache Regionen im Schatten der wirtschaftlichen Zentren zu sehen, sondern sie als eigenständigen Lebensraum mit Zukunft wahrzunehmen.

Nur mit einer sinnvollen Kombination aus *bottom up-* und *top down-Ansätzen* sowie einer landkreisübergreifenden Zusammenarbeit wird es auf Dauer gelingen die Gesundheits- und Pflegeversorgung in ländlichen Räumen bzw. speziell in der Fränkischen Schweiz aufrecht zu erhalten und an die Erfordernisse des demographischen Wandels anzupassen.

Literatur

- Albrecht Fehlig Communications. o.J.: Über MVZ. <<http://mvz-kompetenz.de/mvz/>> 28.09.2011.
- Alten- und Pflegeheimverzeichnis. 2011: Pflegeeinrichtungen Überblick. <<http://www.senioren-pflegeheim.com/html/pflegedienst.html>> 02.11.2011.
- AOK. 2011: AOK-Pflegedienstnavigator. <<http://www.aok-pflegedienstnavigator.de>> 08.04.2011.
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. 2011: Demographischer Wandel in Bayern. <<https://www.statistik.bayern.de/statistik/demwa/>> 25.05.2011.
- Bayerische Landesapothekenkammer. 2011: Apotheken in Bayern. <<http://www.blak.de/relaunch/index.php?view=service>> 04.04.2011.
- Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Bayreuth (BRK Bayreuth). 2011: BRK Helfer vor Ort. Aufseß. <http://www.brk-bayreuth.de/bereitschaften_/aufsess_137.html> 07.11.2011.
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StUMG). 2011a: Krankenhausplan des Freistaates Bayern. München.
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StUMG). 2011b: Krankenhausplanung. <<http://www.stmug.bayern.de/gesundheits/krankenhaus/krankenhausplanung/index.htm>> 04.08.2011.

- Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Verkehr und Technologie (StMWIVT)*. 2006: Landesentwicklungsprogramm Bayern 2006. Teil B III „Nachhaltige soziale und kulturelle Infrastruktur“. <<http://www.landentwicklung.bayern.de/uploads/media/s044.pdf>> 06.01.2011.
- BÄTZING, Werner. 2000: Die Fränkische Schweiz eigenständiger Lebensraum oder Pendler- und Ausflugsregion? Überlegungen zur Frage einer „nachhaltigen“ Regionalentwicklung. In: BECKER, Hans. (Hg.): Beiträge zur Landeskunde Oberfrankens. Festschrift zum 65. Geburtstag von Bezirkstagspräsidenten Edgar Sitzmann. Bamberg: 127–150.
- BESKE, Fritz. 2011: Sechs Entwicklungslinien in Gesundheit und Pflege. Analyse und Lösungsansätze. Kiel.
- BRUCKENBERGER, Ernst et al. 2006: Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb. Berlin/Heidelberg.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)*. 2005: Forschungsfeld: öffentliche Daseinsvorsorge. <http://www.bbsr.bund.de/cdn_016/nn_614914/BBSR/DE/FP/MORO/Forschungsfelder/OeffentlicheDaseinsvorsorge/01Start.html> 05.01.2011.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)*. 2011: Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung – ApBetrO). <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/A/ApBetrO/Verordnungsentwurf_Apothekenbetriebsordnung_111020.pdf> 27.10.2011.
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)*. 2010: Klargestellt: die Mythen über Apotheken (1). <<http://www.abda.de/52+B6JmNIYXNoPWFkOTQzZDIyNTkmdHhfdHRuZXdzW2JhY2tQaWRdPTI0JnR4X3R0bmV3c1twb2ludGVyXT0xNCZ0eF90dG5ld3NbdHRfbmV3c109ODk0.html>> 07.06.2011.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)* (Hg.). 2011: Bildung, Gesundheit, Pflege. Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur (= BBSR-Berichte Kompakt; 11/2011). Bonn.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)* (Hg.). 2005: Raumordnungsbericht 2005. Bonn.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) & Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)* (Hg.). 2011: Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Denkanstöße für die Praxis. Berlin, Bonn.
- Caritasverband für den Landkreis Forchheim e.V.* o.J.: Gößweinstein. <http://www.caritas-bamberg.de/kreis_stadt/forchheim/dienste_angebote/wohn_i_heim/goestein.html> 20.10.2011.
- Deutsches Ärzteblatt*. 2008: Modell „Schwester AGnES“ soll bundesweit eingeführt werden. <<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=34113>> 02.12.2011.
- Deutsches Seniorenportal*. 2011: Deutsches Seniorenportal Home. <<http://www.deutsches-seniorenportal.de/>> 12.04.2011.
- Gemeinsamer Bundesausschuss*. 2007a: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-551/BPL-RL_2011-05-19.pdf> 05.10.2011.
- Gemeinsamer Bundesausschuss*. 2007b: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Zuordnung der Kreise zu den Kreistypen des BBR (Anlage 3.1). <http://www.g-ba.de/downloads/83-691-265/BPL-RL_2011-05-19_An3-1.pdf> 05.10.2011.
- Gesundheitsportal Sanego*. 2011: Kliniken. <<http://www.sanego.de/Klinik/>> 04.04.2011.
- GKV-Spitzenverband*. 2011a: Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG). <http://www.gkv-spitzenverband.de/Politik_Versorgungsgesetz.gkvnet> 02.11.2011.
- GKV-Spitzenverband*. 2011b: Richtige Ziele im Blick – gesetzliche Umsetzung problematisch. <http://www.gkv-spitzenverband.de/PM_20111019_Anhoerung.gkvnet> 02.11.2011.
- GROWE, Anna. 2008: Der „demographische Wandel“ in den neuen Leitbildern für die Raumentwicklung in Deutschland. In: KÜPPER, Patrick et al. (Hg.): Erkennen – Steuern – Handeln. Antworten auf den demographischen Wandel. (= Arbeitsmaterial der ARL; Teil 11). Hannover: 21–31.
- GUNDERMANN, Frank. 2009: Ärzterverbände und Sozialstiftung Bamberg wollen Dialog verbessern. <<http://baminfo.blog.de/2009/08/12/aerztervertreter-sozialstiftung-bamberg-dialog-verbessern-6705395/>> 20.10.2011.
- Jameda. 2011: Jameda Home. <<http://www.jameda.de>> 06.04.2011.
- Joseph-Stiftung*. 2011: Aktuelles: Altersgerechter Lebensraum innerhalb eines „geistlichen Hauses“ im Herzen der Fränkischen Schweiz. <https://www.joseph-stiftung.de/aktuelles/goessweinsteinst_heimat-haus> 21.10.2011.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern*. 2011a: Aufgaben. <<http://www.kvb.de/de/ueber-uns.html>> 23.02.2011.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern*. 2011b: Niederlassungssuche. <<http://www.kvb.de/de/praxis/online-angebote/niederlassungssuche.html>> 23.02.2011.
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen*. 2011: Versorgung heute. Aktuelle ambulante Versorgungssituation in Hessen. <http://www.kvhessen.de/kvhmedia/Downloads/Wir+uber+uns/Publikationen/Versorgung+heute+ML/01_Versorgung+heute_FULDA.pdf> 07.11.2011.
- KLEIN, Lothar. 2011: Adexa: Apotheke „medium“. <<http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/spezial-apbetro/news/2011/10/25/adexa-apotheke-medium.html>> 27.10.2011.
- KOCH, Reinhold. 2010: Der demographische Wandel in Bayern. In: BREU, Christan (Hg.): Demographischer Wandel und Raumentwicklung in Bayern. (= Arbeitsmaterial der ARL; Teil 12). Hannover: 22–44.
- KURZIDIM, Jan. 2010: Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2029. Bayerns Bevölkerung bleibt stabil, langfristig Rückgang der Bevölkerung zu erwarten. In: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (Hg.): Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2029. (= Beiträge zur Statistik Bayerns). München: 132–139.
- KÜNNEMANN, Ulf. 2004: Medizinische Versorgungszentren. Rechtliche Rahmenbedingungen. <<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=MVZ&id=41559>> 02.10.2011.
- Österreichische Raumordnungskonferenz (ÖROK) (Hg.). 1995: Literatur zur Raumforschung und Raumplanung in Österreich. (= ÖROK-Dokumentation; 1994/2). Wien.
- PFÄFF, Angela. o.J.: Seniorenwegweiser des Kreisseniorenringes Forchheim. <<http://www.kreisseniorenring.de/Seniorenwegweiser/Seite11Seniorenwegweiser.htm>> 22.10.2011.
- PROSKE, Matthias. 2010: Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Daseinsvorsorge. In: BREU, Christian (Hg.): Demographischer Wandel und Raumentwicklung in Bayern. (= Arbeitsmaterial der ARL; Teil 12). Hannover: 45–69.

- SCHADE, Hans Joachim. 2011: Flexibilisierung der Bedarfsplanung. <http://www.arztrecht.de/newsletter/texte/hjs_20080704.html> 17.05.2011.
- SCHMIEDEL, Reinhard et al. 2004: Bedarfsplanung im Rettungsdienst. Berlin.
- WASMUND, Steffen. o.J.: Sozialgesetzbuch. § 95 SGB V Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. <<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/95.html>> 02.10.2011.
- WEGENER, Christian. 2010: Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Räumen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. Untersuchung am Beispiel des Landkreises Prignitz. (= Arbeitspapiere zur Regionalentwicklung; Bd. 8). Kaiserslautern.

Interviews

- Herr Dr. med. Klaus-Dieter Preis* (Facharzt für Allgemeinmedizin in Gößweinstein), am 07.09.2011, 15.00–16.30 Uhr.
- Herr Marco Müller* (Betreiber der Admira Apotheke in Pegnitz), am 02.08.2011, 17.00–17.35 Uhr.
- Herr Ludwig Bäuerlein* (1. Bürgermeister der Gemeinde Aufseß), am 07.09.2011, 11.55–12.20 Uhr.
- Herr Georg Lang* (1. Bürgermeister der Gemeinde Gößweinstein), am 23.08.2011, 8.55–10.05 Uhr.
- Frau Pia Proissl* (Seniorenberatung des Wirtschaftsbandes A 9 in Pegnitz), am 22.08.2011, 9.40–11.05 Uhr.
- Herr Manfred Wiedekind* (ehemaliger Betreiber der Kuno Apotheke in Kunreuth), am 04.07.2011, 16.45–18.30 Uhr.
- Herr Dr. med. Ingo Rausch* (Regionaler Vorstandsbeauftragter der KVB Oberfranken), am 07.06.2011, 17.05–18.40 Uhr.
- Frau Andrea Kraus* (Dorfhelferin der Station Muggendorf), am 25.08.2011, 19.25–20.20 Uhr.
- Herr Dr. med. Manfred Schmitt* (Facharzt für Allgemeinmedizin in Betzenstein), am 09.08.2011, 19.10–20.10 Uhr.

Gesetzestexte

- Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG).
 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V).
 Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI).
Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (AVBayRDG).

Autoren

Felix Heit
felix.heit85@gmail.com

Philipp Köppe
Regionalvorstand, Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. — Regionalverband Oberfranken
philipp.koeppe@johanniter.de

Marcus Kratschke
Wissenschaftlicher Referent,
Bayerische Forschungsallianz
marcus_kratschke@gmx.net

Simon Reichenwallner
Netzwerkmanager,
ENERGIEregion Nürnberg e.V.
s.reichenwallner@gmx.de