

Pellworm – das nächste St. Kilda?

Pellworm – the Next St. Kilda?

Uwe Kurzke

Zusammenfassung: Der zunehmende Mangel an Allgemeinärztinnen und -ärzten wirkt sich verschärft im ländlichen Raum aus. Der ohnehin in Gang befindliche Niedergang der Dörfer wird durch fehlende Landärzte beschleunigt. Inseln sind von dieser Situation besonders bedroht, da hier keine Möglichkeiten bestehen, entfernter gelegene Arztpraxen aufzusuchen. Am Beispiel der Nordseeinsel Pellworm werden die möglichen Optionen aufgezeigt, die ärztliche und damit auch die gesamte medizinische Versorgung ländlicher Regionen zu sichern. Für die Umsetzung sind politischer Wille und die Tatkraft der direkt Betroffenen gefordert.

Schlüsselwörter: Ländliche Entwicklung; Landarzt; Ärztemangel; Integrierte Versorgung

Abstract: The increasing shortage of family physicians has tightened consequences for rural areas. And beyond any doubt the ongoing decline of villages will be accelerated. Islands will especially suffer from that situation since people have no possibility to get access to distant surgeries. The example of the North Sea island of Pellworm demonstrates possible options to secure physician supply and consequently the complete medical care in rural areas. Political will and the energy of those directly affected are required to put those options into reality.

Keywords: Rural Development; Country Doctor; Physicians Shortage; Integrated Medical Care

Hintergrund

Die Bevölkerung der schottischen Insel St. Kilda, 35 Seemeilen westlich der Hebriden wurde 1930 auf Bitten der Bewohner evakuiert, nachdem die Inselgemeinschaft ihre Versorgung und ihren Fortbestand als nicht mehr gesichert ansah [1]. Die Infrastruktur konnte nicht mehr aufrechterhalten werden. Dem ländlichen Raum in der Bundesrepublik Deutschland könnte in den kommenden Jahrzehnten Ähnliches drohen [2, 3]. Am Beispiel der im nordfriesischen Wattenmeer gelegenen, 37 Quadratkilometer großen Insel *Pellworm* werden Überlegungen dargestellt, wie, zumindest bezogen auf die medizinische Versorgung, solche Entwicklungen vermieden oder zumindest verzögert werden könnten.

Ländliche Entwicklung

Der ländliche Raum sieht sich, nicht nur in Deutschland, großen Problemen gegenüber. Landflucht, fehlende Arbeits-

möglichkeiten, eine nicht mehr aufrechtzuerhaltende Infrastruktur, eine zunehmende Ungleichheit der Lebensbedingungen sowie der demografische Wandel mit einer überproportional überalterten Bevölkerung führen zu der Frage, ob ländliche Räume auch in Zukunft noch staatlicher Fürsorge unterliegen können [2]. Ländliche Gemeinden befinden sich in einer Abwärtsspirale, die zu stoppen kaum möglich erscheint. Abwrackprämien für verlassene Höfe und Gebäude sowie Umsiedlungen für die alternde Bevölkerung stehen zur Diskussion [3].

Der zunehmende Mangel an Landärzten forciert diesen Niedergang. Dort wo Hausärzte fehlen, beschleunigt sich die Abwanderung; die Infrastrukturprobleme bedingen sich gegenseitig. Weniger Einwohner und Überalterung führen zur Schließung von Schulen und Schulwege werden weiter. Die Attraktivität, sich auch in einem möglicherweise landschaftlich schönen Gebiet niederzulassen, kann diese Nachteile kaum ausgleichen. Gerade für jüngere Allgemeinärz-

tinnen und -ärzte ist die schulische Situation ihrer Kinder ein wichtiges Entscheidungskriterium. Die *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* hat sich in mehreren Beiträgen dem Thema gewidmet, welche Probleme vor Ort gesehen werden und wie der bereits spürbare Hausarztmangel beseitigt werden könnte [4, 5].

Eine Insel ist ländlicher Raum [6] im Extrem. Verschwindet der Kaufmann, schließt die Arztpraxis, dann kann man sich nicht einfach ins Auto setzen und ins nächste Dorf oder die nächste Kleinstadt fahren. Auf der kleinen, nur von einem Allgemeinarzt versorgten Insel Pellworm mit ihren noch knapp 1000 Einwohnern wird sich mittelfristig das Problem stellen, wie die medizinische Versorgung vor Ort gesichert werden kann. Da heißt es, sich rechtzeitig Gedanken zu machen. Fehlt ein Arzt, würde sich der demografische Niedergang der Insel beschleunigen: Junge Familien wären verunsichert, die Versorgung der Alten nicht mehr im gewohnten Maße sichergestellt, für das Kur- und Tourismuswesen würden sich weitere Ein-

Existenzgründungen nach Praxislage und Fachgebiet

in Prozent

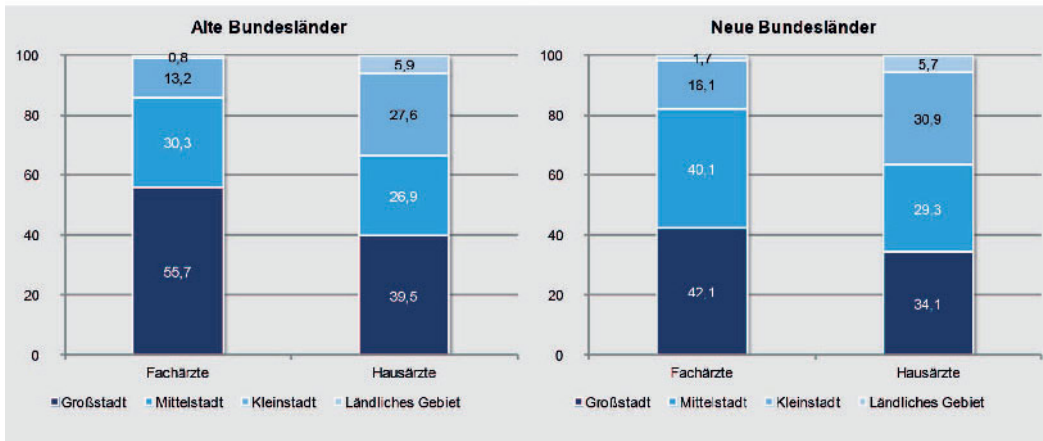


Abbildung 1
Existenzgründungen
nach Praxislage in
den alten und neuen
Bundesländern

[Quelle: Existenzgründungsanalyse für Ärzte 2011, Deutsche Apotheker- und Ärztekbank und ZI]

schränkungen ergeben. Im Folgenden stelle ich die Überlegungen dar, die derzeit auf Pellworm zur Diskussion stehen. Eine kleine Insel ist ein Ausnahmefall. Ob die vorgestellten Lösungsvorschläge für andere ländliche Räume als Modell dienen können, hängt von den jeweils spezifischen Bedingungen ab.

Aktuelle Situation

Gegenwärtig wird die medizinische Versorgung auf Pellworm durch folgende Beteiligte sichergestellt:

- Eine allgemeinärztliche Praxis mit 24 Stunden Rufbereitschaft für den kassenärztlichen Notdienst und Rettungsdienst
- Sozialstation Pellworm, getragen vom Ortsverein des Deutschen Roten Kreuzes (DRK)
- Pflegestation Pellworm, getragen vom Kreisverband des DRK
- Rettungsdienst mit 24 Stunden Bereitschaft für die notärztliche Versorgung, getragen vom Kreis Nordfriesland
- Sondereinsatzgruppe (SEG) des DRK-Ortsvereins
- Kurzentrum mit Physiotherapie sowie ambulante tätige Physiotherapeutinnen

Optionen der KV

Nach Gesprächen mit der kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein sieht man dort folgende Optionen bezüglich einer weiteren ärztlichen Versorgung auf Pellworm.

A: Die Praxis wird von einer Nachfolgerin/einem Nachfolger übernommen und im gegenwärtigen Umfang weiter betrieben

Aktuell erscheint diese Option wenig realistisch. Bereits jetzt herrscht in manchen ländlichen Gebieten ein deutlicher Hausarztmangel. Wie die Abbildung 1 (Existenzgründungsanalyse der Deutschen Apotheker und Ärztekbank 2011) zeigt, fanden in den alten Bundesländern lediglich 2,3 % der Praxisübernahmen/-gründungen im ländlichen Bereich statt [6].

Aktuell ist ein Drittel der 1.900 Hausärzte in Schleswig-Holstein 60 Jahre und älter. In den nächsten fünf Jahren werden schätzungsweise 600 Ärzte in den Ruhestand gehen. Derzeit befinden sich jedoch in Schleswig-Holstein lediglich 122 Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, davon 85 Frauen und 37 Männer (Stand 31.12.2012) [8]. Der überwiegende Teil der jüngeren Allgemeinärzte bevorzugt die Tätigkeit in einer Kooperation bzw. als angestellter Arzt. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein stellt hierzu fest: „Die junge Ärztegeneration setzt neue Prioritäten (Work-Life-Balance): Wachsende Bedeutung „weicher“ Standortfaktoren (Infrastruktur, Berufsperspektive Partner ...), weniger Bereitschaft zur Selbstständigkeit, Präferenz für städtisches Umfeld. 43 Prozent aller Ärzte in Deutschland und zwei Drittel aller Medizinstudenten sind weiblich: Ärztinnen vielfach mit geringeren Arbeitszeiten (Vereinbarkeit Beruf und Familie) und Präferenz für Anstellung als Berufseinstieg“ [8].

Mit Blick auf die momentane Dienstbelastung auf Pellworm, verbun-

den mit der Verpflichtung, im Urlaubs- und Krankheitsfall oder bei Fortbildungen selbst für eine Vertretung zu sorgen, erscheint die erstgenannte Option A unwahrscheinlich.

In einem Übersichtsartikel des Deutschen Ärzteblatts vom März 2013 über die verschiedenen Organisationsformen des vertragsärztlichen Notdienstes in Deutschland wird konstatiert: „Allzeit bereit – das ist heute nur noch die deutsche Grußformel der Pfadfinder. Die Arbeitseinstellung der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ist es nicht mehr. Das liegt nicht nur daran, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für den medizinischen Nachwuchs wichtig ist und für die Älteren zunehmend bedeutsamer wird“ [9].

Auf Pellworm werden in Zukunft weitere Probleme hinzukommen. Die demografische Entwicklung Pellworms hat bereits zu einem spürbaren Rückgang der Einwohnerzahlen (zumindest derer, die sich ständig auf Pellworm aufhalten) geführt. Die kleinräumige Bevölkerungsentwicklungsprognose für den Kreis Nordfriesland sagt bis 2025 einen weiteren Rückgang der Bevölkerung auf Pellworm um mehr als 25 % voraus (Abb. 2) [10].

Diese Entwicklung ist bereits seit einigen Jahren an der Fallzahlentwicklung der Pellwormer Allgemeinarztpraxis ablesbar. Neben einem Rückgang der behandelten Feriengäste (zum Großteil bedingt durch kürzere Verweilzeiten auf der Insel) zeigt sich insbesondere in den Wintermonaten auch ein deutlicher Rückgang der Patientenzahlen von 900–1000 auf 700–750 (Abb. 3). Diese Patienten dürften im Wesentlichen zu

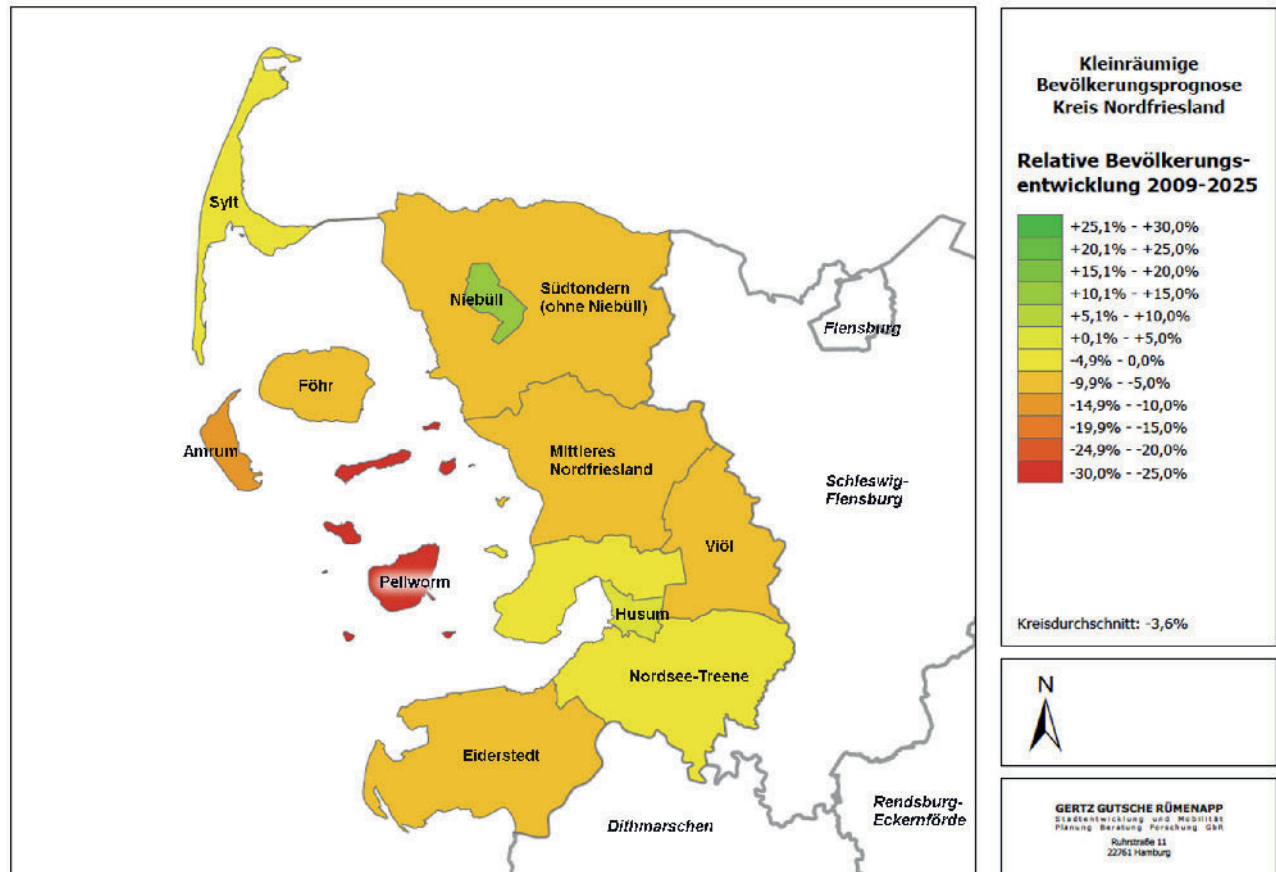


Abbildung 2 Bevölkerungsprognose Kreis Nordfriesland (mit freundlicher Genehmigung von Gertz Gutsche Rügenapp, Stadtentwicklung und Mobilität in Hamburg und Kreis Nordfriesland)

den Bewohnern zählen, die sich ständig auf der Insel aufhalten und ärztliche Leistungen vor Ort in Anspruch nehmen.

Mit einer durchschnittlichen Fallzahl von 830 Patienten zählt die Praxis zu den kleinen Landarztpraxen. Der im Vergleich zu anderen Praxen erhöhte Aufwand (Röntgen, kleine Chirurgie etc.) bei gleichzeitiger Budgetierung (Regelleistungsvolumina) führt zu einer geringeren wirtschaftlichen Attraktivität. Ein weiterer Bevölkerungsrückgang (wie prognostiziert) kann aufgrund der dann weiter sinkenden Patientenzahlen dazu führen, dass die Fortführung einer allgemeinärztlichen Praxis auf Pellworm unwirtschaftlich wird.

B: Fortführung der Arztpraxis auf Pellworm als Zweigpraxis

Das Modell der Zweigpraxis sieht vor, dass eine Vertragspraxis auf dem Festland die Praxis auf Pellworm übernimmt und diese tage- bzw. stundenweise besetzt. Ähnliche Modelle wer-

den bereits an mehreren Standorten auf dem Festland praktiziert. Eine 24-stündige ärztliche (Notfall-)Vor-Ort-Versorgung ist in diesem Fall nicht mehr gewährleistet. Außerhalb der Sprechzeiten der Praxis muss die (not-)ärztliche Versorgung durch den Rettungsdienst sichergestellt werden. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass eine notärztliche Versorgung (über den Rettungshubschrauber) nicht zu jedem Zeitpunkt im erforderlichen Zeitrahmen (max. 20 Minuten) gewährleistet werden kann. Hier ist teilweise mit Wartezeiten bis zu zwei Stunden und mehr zu rechnen.

Zwar macht nicht jede vom Patienten als bedrohlich empfundene Situation den Einsatz eines Notarztes erforderlich. Für die Einwohner Pellworms besteht jedoch keine Möglichkeit, außerhalb der Sprechzeiten eine kassenärztliche Anlaufpraxis auf dem Festland zur weiteren Abklärung und Behandlung der Beschwerden in Anspruch zu nehmen. Fehlende ständige ärztliche Präsenz wird auch in haus-

ärztlich zu behandelnden Fällen (Verletzungen, akut fieberhafte Zustände, Krankheiten im Kindesalter etc.) einen Einsatz des Rettungsdienstes mit Transport zum Festland erforderlich machen.

Auf dieser Grundlage wird verständlich, dass die Bevölkerung der Insel zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein entsprechendes Versorgungsmodell ablehnt. Sowohl für die zunehmend alternde Bevölkerung wie auch für Familien mit Kindern wird die gesicherte ärztliche Vor-Ort-Versorgung für ein Verbleiben auf der Insel als unabdingbar angesehen.

Alternative Modelle

Neben dem generellen Mangel an Allgemeinärztinnen und -ärzten stellt die hohe Dienstbelastung bei gleichzeitig kleiner werdender Praxis das zentrale Problem für die Fortführung der Praxis auf Pellworm dar.

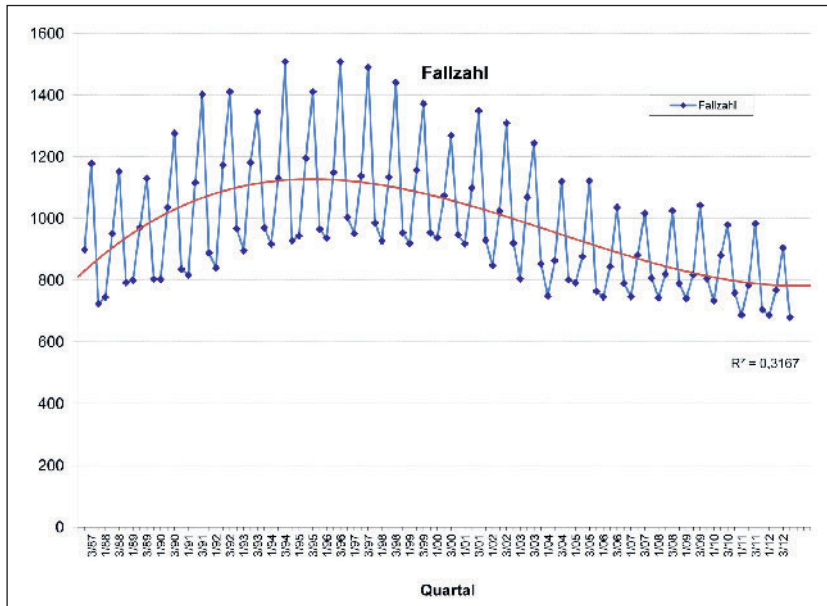


Abbildung 3 Fallzahlentwicklung Allgemeinarztpraxis Pellworm

Erhöhte Attraktivität der Tätigkeit durch Entlastung (Jobsharing)

Bei diesem Modell wird die Arbeits- und Notdienstbelastung auf zwei Ärztinnen/Ärzte aufgeteilt. Jeder der beiden Ärzte ist neun Monate pro Jahr in der Praxis tätig und macht (rechnerisch) jeweils ein halbes Jahr lang Notdienst.

Dieses Modell kann bei (Fremd-) Finanzierung der zweiten Arztstelle im Rahmen einer freiberuflichen Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) umgesetzt werden. Zum jetzigen Praxisinhaber käme ein zweiter Arzt hinzu, der wiederum mit Ausscheiden des jetzigen Praxisinhabers einen Nachfolger für diesen sucht.

Trotz des allgemeinen Mangels an ausgebildeten Allgemeinärzten wird davon ausgegangen, dass im Rahmen eines solchen Modells motivierte Allgemeinärzte zu finden sind. Zum einen ist der allgemeinmedizinische Arbeitsplatz Pellworm durch das große Spektrum und die damit verbundene Herausforderung für viele angehende Ärzte interessant und stellt in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft eine Besonderheit dar. Zum anderen erhält die Insel Pellworm mit ihrer exponierten Lage im Wattenmeer erst dadurch eine besondere Attraktivität, wenn diese Besonderheiten auch in der Freizeit entsprechend genutzt werden können. Ständige Rufbereitschaft führt jedoch dazu, dass Freizeitmöglichkeiten welcher Art auch im-

mer so gut wie nicht genutzt werden können.

Das Modell des Jobsharings ist sowohl im Rahmen einer freiberuflichen Berufsausübungsgemeinschaft als auch im Rahmen eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) umsetzbar. Im Rahmen eines medizinischen Versorgungszentrums würden beide Ärzte als angestellte Ärzte tätig werden. Die Verpflichtung zur Neueinstellung für ausscheidende Ärzte liegt dann beim Träger des MVZ. Im Rahmen dieser Lösung geht es lediglich um die Sicherung der ärztlichen Versorgung auf der Insel Pellworm, andere Bereiche der Gesundheitsversorgung werden nicht einbezogen. Für die Kosten dieses Modells wären zwei Facharztgehälter (jeweils für neun Monate) sowie die bereits derzeitigen Pauschalvergütungen für Notfalldienste und Notarztztätigkeit zu veranschlagen. Soll die Praxis im gegenwärtigen Leistungsumfang fortgeführt werden und die Praxis in ein MVZ überführt werden, kommen die Kosten für den Praxisbetrieb hinzu.

Integrierte Versorgung Pellworm

Unter Integrierter Versorgung wird ein Versorgungsmodell verstanden, in dem die verschiedenen Beteiligten (niederlassene Hausärzte/Fachärzte/Physiotherapeuten/Krankenhäuser etc.) vernetzt zusammenarbeiten, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Inte-

grierte Versorgung ist sowohl krankheitsbildbezogen als auch populationsbezogen möglich.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde die Möglichkeit zur integrierten Versorgung geschaffen [11]. Auf Pellworm sind auf verschiedenen Ebenen unterschiedliche Leistungserbringer tätig (s. Abb. 4). Neben der Arztpraxis, über die ein Großteil der Verordnungen für die übrigen Ebenen erfolgt, stellt die Sozialstation des DRK-Ortsvereins einen Großteil der häuslichen ambulanten Pflege sicher. Patienten, die einer intensiveren Pflege bedürfen, werden in der Pflegestation des DRK-Kreisverbandes betreut. Physiotherapie wird im ambulanten Bereich von den Fachkräften im Kurmittelhaus sowie von freiberuflich tätigen Physiotherapeutinnen angeboten. Ergänzend stellt der Kreis Nordfriesland den Rettungsdienst, der mit einem ständig auf Pellworm stationierten Notarzt (dem hier tätigen entsprechend qualifizierten Allgemeinarzt) samt NEF (Notarzteinsatzfahrzeug) sowie einem RTW mit zwei Rettungsassistenten und zwei Rettungsanleitern gut ausgestattet ist. Für erweiterte Notfälle hat der Ortsverein des DRK eine schnelle Eingreifgruppe (SEG).

Zwischen allen Versorgungsbereichen bestehen teilweise inhaltliche und personelle Überschneidungen. Auch ohne integrierte Versorgung ist die Vernetzung mit regelmäßigen Fallkonferenzen in der Praxis und Visiten im Pflegeheim gut. In Ansätzen wurde bereits mit rotierendem Personal gearbeitet.

Für eine populations- bzw. im Falle Pellworms auch regionsbezogene integrierte Versorgung würden die bisher formal unabhängig voneinander agierenden Leistungserbringer in einer gemeinsamen Struktur zusammengefasst [12].

Die Schaffung einer solchen integrierten Versorgungsstruktur würde sowohl auf Pellworm als auch auf Seiten des Landes und der Krankenkassen mit deren Versicherten erhebliche Anstrengungen bedeuten:

- Leistungsanbieter müssten in bestimmten Bereichen auf ihre Eigenständigkeit verzichten,
- Verantwortlichkeiten müssten neu definiert werden,
- Krankenkassen müssten ein völlig andersartiges Finanzierungsmodell akzeptieren,

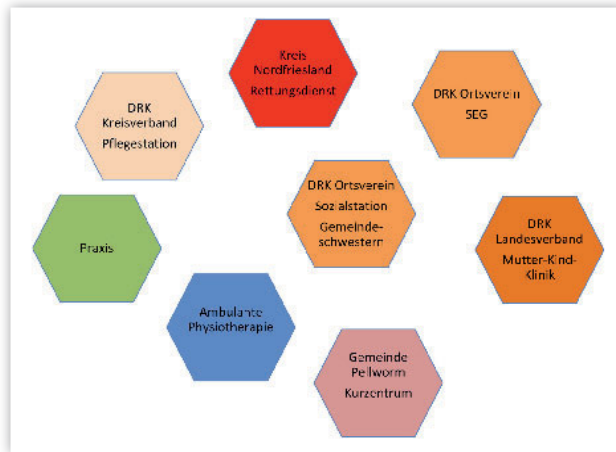


Abbildung 4 Ebenen verschiedener Leistungsbringer auf Pellworm

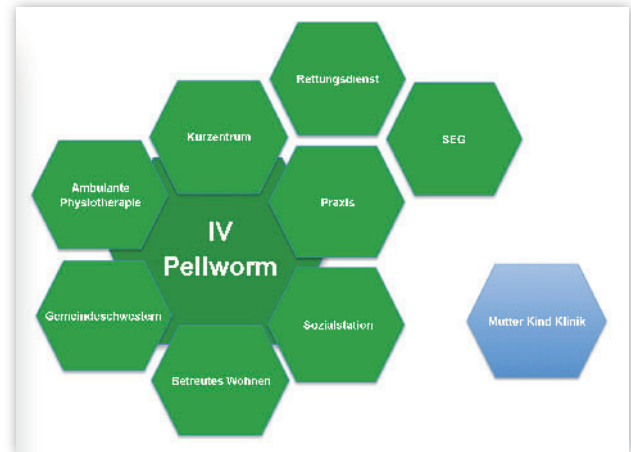


Abbildung 5 Modell einer Integrierten Versorgung Pellworm

- eine Integrierte Versorgung auf Pellworm würde zur Folge haben, dass die auf Pellworm Ansässigen sich in das Modell einschreiben müssten,
- zu klären wäre darüber hinaus, wie mit Gästen, Zweitwohnungsbesitzern etc. zu verfahren wäre.

Trotz der vor Einführung eines solchen Versorgungssystems zu überwindenden Schwierigkeiten bietet ein solches Modell zahlreiche Vorteile zur langfristigen Sicherung der medizinischen Versorgung auf der Insel.

Derzeit erfolgt die Finanzierung der medizinischen Versorgung aus verschiedensten Quellen und Budgets.

- Die Finanzierung der ärztlichen Versorgung erfolgt über die Regelleistungsvolumina der Kassenärztlichen Vereinigung; die Bezahlung des KV-Notdienstes erfolgt über eine Pauschale, die alle Leistungen umfasst.
- Die Leistungen der Sozialstation werden mit den Krankenkassen einzeln abgerechnet, die Pflegestation wird von den Pflegekassen entsprechend den Leistungen der entsprechenden Pflegestufe bezahlt.
- Angehörige bzw. Patienten haben ggf. einen Zusatzbeitrag zu leisten, soweit die Zahlung der Pflegekasse nicht ausreicht, um die Kosten der Unterbringung und Betreuung zu decken. Teilweise ist hier das Sozialamt Kostenträger.
- Die Kosten des Rettungsdienstes werden vom Kreis NF getragen, der wiederum seine Leistungen den Krankenkassen (ebenfalls pauschaliert) in Rechnung stellt. Ein Teil der Arbeiten wird derzeit ehrenamtlich geleistet.

Das Modell einer Integrierten Versorgung Pellworm (Abb. 5) deckt ebenfalls den vom Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung des Gesundheitswesens 2009 gemachten Vorschlag einer *PrimärVersorgerPraxis* (PVP) ab, die populationsbezogen und sektorenübergreifend arbeiten soll [13]. Die Zusammenfassung der verschiedenen Leistungsbereiche und -ebenen in einer Integrierten Versorgung würde zur Folge haben, dass die verschiedenen Kostenträger gemeinsam eine Kopfpauschale (*Capitation*) für das Gesamtpaket zahlen, über die das gesamte Angebot finanziert wird. Für die bisher einzeln agierenden Leistungserbringer ergeben sich Vorteile bezüglich der Personalplanung und des

Personaleinsatzes. Die bisher je Akteur einzeln vorgehaltene Administration könnte übergreifend erfolgen.

Die bisher schon gute Qualität der Patientenversorgung auf Pellworm kann durch intensivere Vernetzung weiter gesteigert werden. Eigene Schwerpunktsetzungen durch Einbeziehung der Vorstellung von Versicherten und eine Anpassung von allgemeinen Vorgaben an örtliche Besonderheiten führen zu einer weiteren Steigerung der Effizienz.

Die Vorarbeiten und die Umsetzung eines solchen Modells würden eine wissenschaftliche Begleitung durch eine allgemeinmedizinische Universitätsabteilung erfordern, da bisher noch kein ähnlich umfassendes Modell realisiert wur-



Abbildung 6

Der Autor vor Pellworm

Dr. med. Uwe Kurzke ...

... Arzt für Allgemeinmedizin – Sportmedizin – Notfallmedizin – Balneologie/Klimatologie.

Lehrbeauftragter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Kiel, akademische Lehrpraxis der Universität Kiel, lebt und arbeitet seit 26 Jahren als Landarzt auf der Insel Pellworm, Vater von 4 Kindern.

de. Zu prüfen wäre, ob eine Übertragbarkeit auf andere ländliche Regionen möglich ist.

Die weitere Anbindung der allgemeinmedizinischen Praxis zu Ausbildungszwecken sowohl an die Universität Kiel als auch an die Kreiskrankenhäuser im Rahmen einer Verbundweiterbildung wäre wünschenswert.

Die Umsetzung des Modells würde sich ggf. aber auch schrittweise anbieten. In einem ersten Schritt könnte die Gemeinde Pellworm ein medizinisches Versorgungszentrum gründen. Dieses sichert die ärztliche Versorgung der Insel Pellworm ganzjährig. In weiteren Schritten könnten dann weitere Elemente der medizinischen Versorgung auf Pellworm in das MVZ eingebracht werden. Über das bisher bereits bestehende Angebot hinaus wären in Zukunft weitere

Leistungsbereiche denkbar, die zum Teil nicht über die oben angeführten Kostenträger finanziert werden. So wäre mittelfristig die Schaffung eines Altenheims sowie einer Möglichkeit zum betreuten Wohnen denkbar und wünschenswert (Abb. 5).

Ausblick

Die Umsetzung eines der Lösungsvorschläge zur Sicherung der medizinischen Versorgung allein wird nicht ausreichen. Andere wichtige Elemente wie die Sicherung von Existenzen und Familien (beispielsweise durch eine Stiftung, die Erträge aus regenerativen Energiequellen für die Förderung von Familien mit Kindern in der Ausbildung zur Verfügung stellt) sowie eine weitere

Schärfung des ökologischen Profils der Insel könnten mit dazu beitragen, die Attraktivität dieser Insel und der spannenden Aufgabe für Inselärztinnen und -ärzte zu erhöhen. Auch daran wird gearbeitet.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Uwe Kurzke
Facharzt für Allgemeinmedizin – Notfallmedizin, Sportmedizin, Balneologie/
Klimatologie
Uthlandstraße 7
25849 Pellworm
Tel.: 04844 9010
praxis@akkupellworm.de

Literatur

1. The Decline and Fall of St. Kilda. Proceedings of an International Conference organized by The Island Trust in August 2005, Great Bernera, Lewis 25–27 August 2005
2. Machowecz M. Landflucht – sollen wir die Dörfer aufgeben? Die Zeit, 4.4.2013. <http://www.zeit.de/2013/15/ostdeutschland-demografie-doerfer> (letzter Zugriff 10.4.2013)
3. Kröhnert S, Kuhn E, Karsch M, Klingholz R, Bennert W. Die Zukunft der Dörfer. Berlin, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2011. <http://www.berlin-institut.org/?id=833> (letzter Zugriff 16.4.2013)
4. Kalitzkus V, Dedaelli M, Jansen P, Schluckebier I, Wilm S. Zuversicht? Einblicke in den hausärztlichen Versorgungsalltag in zwei ländlichen Gebieten NRW. Z Allg Med 2012; 88: 37–42
5. Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Götz K. Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen? Z Allg Med 2013; 89: 10–15
6. Die Begriffsdefinition „ländlicher Raum“ ist unscharf. Auf der „Rural-Ranking-Scale-Newzeeland erreicht Pellworm einen Wert von 65/100. Der Cut-Off liegt in Neuseeland bei 35 Punkten. Für Deutschland setzen Steinhäuser et al. [Steinhäuser J, Otto P, Götz K, Hermann K, Szecsenyi J, Joos S. Rural Ranking Scala-Germany – ein Instrument zur Identifikation von ländlichem Raum aus medizinischer Perspektive. Z Allg Med 2012; 88: S1–V1.4 [Abstract] einen Cut-Off von 16 Punkten an. <http://www.apobank.de/70partner/30presse/121211/index.html> (letzter Zugriff am 26.2.2013)
7. <http://www.kvsh.de/db2b/upload/news/Zahlen%20und%20Daten%20zur%20ambulanten%20Versorgung.pdf> (letzter Zugriff am 26.2.2013)
8. Meißner M, Rieser S. Ambulanter ärztlicher Bereitschaftsdienst: Allzeit bereit sein das will keiner mehr. Dtsch Arztebl 2013; 110: A-368–71. <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=134987> (letzter Zugriff 16.4.2013)
9. Kreis Nordfriesland. Gemeinsam den Wandel gestalten – Masterplan Daseinsvorsorge, März 2011. www.nordfriesland.de/media/custom/28_9994_1.PDF?1302712347 (letzter Zugriff 16.4.2013)
10. § 140a Integrierte Versorgung (IV) (1) Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen.
11. Populationsgestützte Versorgung bedeutet im Gegensatz zur indikations-spezifischen Versorgung, dass die Leistungserbringer über Kopfpauschalen (engl. Capitation) bzw. Gesundheitsprämien pro eingeschriebenem Versicherten vergütet werden, ggf. beschränkt auf eine bestimmte Region. In Reinform, wie sie in den USA gelebt wird, sind solche Verträge bislang in Deutschland noch im Pilotstadium, doch Ärztenetze und bundeslandweite hausarztzentrierte Versorgungsmodelle (AOK Sachsen, Barmer Hausarztvertrag für bestimmte Gebiete in Deutschland) stellen erste Schritte in diese Richtung dar. Zitiert aus http://de.wikipedia.org/wiki/Integrierte_Versorgung (letzter Zugriff am 2.3.2013)
12. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. www.svr-gesundheit.de/.../Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf (letzter Zugriff 16.4.2013)