

# **Bericht über die hausärztliche Versorgung im Kreisgebiet mit spezieller Berücksichtigung der Versorgungsbereiche VG Kirn Land, Meisenheim und Bad Sobernheim im Dezember 2018**

Ergebnisse der Recherchen von Frau Birgit Abt.

Text und Auswertung Dr. med. Lichtenberg Gesundheitsamt Bad Kreuznach

## Vorwort

Noch so ein Bericht! Brauchen wir den wirklich? Klare Ansage: Ja! Dieser Bericht befasst sich mit Fragen der hausärztlichen Versorgung im Kreisgebiet und ist gedacht als eine Orientierung für Kreistagsangehörige. Er soll Quelle werden für betroffene Bürger und Kommunalpolitiker und die notwendigen Informationen zur Überwindung sich abzeichnender Probleme liefern.

Es ist meine feste Überzeugung: Nur dann können zukünftig zielführende Schritte zur Beseitigung dieser Schwierigkeiten gemacht werden. Wir stehen am Anfang einer weitreichenden Veränderung unserer hausärztlichen Versorgung vor allem in ländlichen Gebieten (Stichwort Ärztemangel), die in doppelter Weise noch durch den demographischen Wandel verstärkt wird. Es werden:

1. aus Altersgründen mehr Bürger ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen
2. deutlich weniger Ärzte für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehen, da viele ihrer Kollegen das Rentenalter erreichen und damit aus dem Berufsleben ausscheiden

Vor allem der Westen unseres Kreises ist davon teilweise jetzt schon betroffen. Die hausärztliche Versorgung wird in den kommenden Jahren zu einem zentralen Thema beim Erhalt der Lebensqualität des ländlichen Raumes werden. Es geht um nicht mehr oder weniger als das wortwörtliche Überleben in diesen Regionen.

Das Erstellen dieses Berichtes fiel dem Autor zum Jahreswechsel 2018/2019 nicht leicht: Wir sind an diesem Themenkreis zwar schon seit 2014 „dran“, haben ihn jetzt zum Jahresende gleichsam „on Top“ neben unseren sonstigen Aufgaben erstellt. Schon 2015 wurde im Juli von uns im Rheinland-Pfälzischen Ärzteblatt ein Bericht zum Thema veröffentlicht.

Was ist seither bei im Kreisgebiet zur Verbesserung der beschriebenen Defizite geschehen? Viel zu wenig! Um hier entscheidende Veränderungen zu erreichen, soll dieser Bericht Fakten und Zusammenhänge verständlich präsentieren. Er ist nicht als wissenschaftliche Ausarbeitung gedacht und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Unsere Ziele sind eine Stabilisierung der Hausärztlichen Versorgung und Verbesserung der medizinischen Behandlungsergebnisse für unsere Bürger. In diesem Sinne hoffe ich auf eine interessierte und engagierte Leserschaft und stehe natürlich für Fragen gern zur Verfügung.

Die Informationen zu diesem Bericht wurden über Jahre hinweg vom Autor zusammengetragen. Wesentliche Quellen sind:

- das statistische Bundesamt in Wiesbaden,
- das Landesamt für Statistik Bad Ems,
- im Internet verfügbare Veröffentlichungen der Universitätsmedizin der Gutenberg Universität Mainz,
- Veröffentlichungen der Krankenkassen AOK, DAK,
- Arztregister KV RLP:
  - Kreisdaten zur vertragsärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Versorgung Stichtag 30.06.2018 und 30.06.17

- Versorgungsatlas 2018 vom 30.06.2018
- Berichte der Ärzteversorgungswerke Bayern, Rheinland
- Arbeitsergebnisse im Rahmen der Regionalen Gesundheitskonferenz, veröffentlicht im Rheinland-Pfälzischen Ärzteblatt Nr 7/2015

Inwieweit Internisten auch hausärztlich tätig sind, war für uns ohne Zugriff auf Abrechnungsdaten nicht immer trennscharf zu ermitteln. Insofern könnten Diskrepanzen zu Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung bestehen. Wir werden uns dieser Frage im nächsten Bericht widmen. Ich bedanke mich bei meiner Mitarbeiterin Frau Birgit Abt für die unermüdliche Datenrecherche „on Top“ zu ihren sonstigen Aufgaben und bei Herrn Gläser vom Bauamt für die kartographische Bearbeitung der Informationen für diesen Bericht. Des Weiteren bedanke ich mich bei denjenigen Mitarbeitern des Gesundheitsamtes, insbesondere Frau Medizinaldirektorin Dr. Koch und Frau Conrad-Eß, die Korrektur gelesen haben.

Bad Kreuznach den 12.01.2019

Dr. Lichtenberg

## Inhaltsangabe

### 1 Vorwort

<b>2. Daten und Fakten</b>	<b>Seite 5- 14</b>
<b>2.1. Heutige hausärztliche Versorgung: Überblick im Kreisgebiet</b>	<b>Seite 5</b>
<b>2.1.1 Allgemeines zur hausärztlichen Versorgung im Kreisgebiet</b>	<b>Seite 5-8</b>
<b>2.1.2 Über die Behandlungskapazitäten medizinischer Versorgungszentren und warum sie in diesem Zusammenhang aktuell nicht betrachtet werden</b>	<b>Seite 8-10</b>
<b>2.1.3 Die kreisweite klassische hausärztliche Versorgung jetzt, in 5+ 10 Jahren</b>	<b>Seite 10-11</b>
<b>2.1.4 Wo kommen die Ärzte her? Die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung</b>	<b>Seite 11-12</b>
<b>2.1.5 Beispielhafte gesonderte regionale Betrachtung für den Bereich der Verbandsgemeinden Kirn, Meisenheim und Bad Sobernheim</b>	<b>Seite 12-13</b>
<b>2.1.5.1. wahrscheinlicher zeitlicher Verlauf in fünf Jahren</b>	
<b>2.1.5.2 wahrscheinlicher zeitlicher Verlauf in zehn Jahren</b>	
<b>3. Ausblick 2030 auf die hausärztliche Versorgung, sofern die ärztliche Nachbesetzung der Praxen weiterhin nicht gelingt</b>	<b>Seite 13</b>
<b>4. Was muss heute getan werden, um drohende Engpässe zu vermeiden?</b>	<b>Seite 14-15</b>
<b>5. Zusammenfassung</b>	<b>Seite 16</b>

## 2. Daten und Fakten

### 2.1. Beschreibung der heutigen hausärztlichen Versorgung Überblick im Kreisgebiet

#### 2.1.1 Allgemeines zur hausärztlichen Versorgung im Kreisgebiet

Zu Zeiten der Ärzteschwemme 1985- noch 1992 konnte man sich als Hausarzt direkt nach dem Medizinstudium niederlassen. Zum Jahreswechsel 1992/1993 hat der damalige Bundesgesundheitsminister Seehofer zur Eindämmung der damals ausufernden Gesundheitskosten den bis dahin möglichen „Praktischen Arzt“ gesetzlich von der Kassenärztlichen Finanzierung ausgeschlossen. Der in früheren Zeiten (vor 1993) oft anzutreffende „Praktische Arzt“ ohne Facharztqualifikation ist seit dem ein Auslaufmodell und kassenärztlich so nicht mehr vorgesehen. An seine Stelle treten der „Facharzt für Allgemeinmedizin“ und der „hausärztlich tätige Internist“. Damals ließen sich schnell noch 10.000 Mediziner als Hausärzte nieder, die in den nächsten Jahren zur Berentung anstehen. Dieser sogenannte „Seehofer Bauch“ (Quelle Kassenärztliche Vereinigung RLP) verschärft die Wiederbesetzungsproblematik in den 10 Jahren erheblich.

Wesentliche Aufgabe des modernen Hausarztes ist es, die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Er baut zunächst eine Kommunikationsbasis zu den Patienten auf, unabhängig vom Bildungsstand und der Kommunikationsfähigkeit seines Gegenübers. Mit dem Analphabeten (faktisch unter Berücksichtigung von Migranten stellenweise bis zu 20% unserer Bevölkerung) muss er ebenso gut arbeiten, wie mit anderen Bürgern. Ein erfolgreicher Hausarzt kennt seine Patienten über Jahre und hat zu möglichst vielen von ihnen eine tragfähige Beziehung aufgebaut. Er hat eine wesentliche Lotsenfunktion für seine Patienten:

- Diagnostik: Welche Krankheit liegt vor? Muss ein weiterer Facharzt einbezogen werden? Wenn ja, welcher?
- Aufklärende Risiko-Kommunikation zum Patienten:
  - Was passiert, wenn z.B. der Diabetes nicht behandelt wird?
  - Wie wichtig sind Anstrengungen zur Überwindung von Erkrankungen?
- Viele Menschen (z.B. gemäß Bundeszentrale Gesundheitliche Aufklärung Männer zwischen 18-65 oder z.B. psychisch Kranke) sind in Ihrem Risikobewusstsein in Bezug auf ihre Gesundheit nicht durchgängig rational.

Im derzeitigen Versorgungssystem bilden Hausärzte das Rückgrat der medizinischen Versorgung. In der gesundheitspolitischen Strategiediskussion auf Bundesebene ist daher der hausärztliche Bedarf der ambulanten Versorgung der Bevölkerung (im Gegensatz zum fachärztlichen) über alle Parteien hinweg auch für die Zukunft völlig unumstritten. Ohne Hausärzte ist die gegenwärtige Qualität der medizinischen Versorgung nicht mehr aufrechtzuerhalten. Der ohnehin benachteiligte ländliche Raum im Westen des Kreisgebietes wird messbar schlechtere Gesundheitskennzahlen zu erwarten haben mit der Folge, dass sich moderne mittelständische Betriebe dort auch aus diesem Grund nicht mehr ansiedeln werden. Es ist meine persönliche Auffassung, dass ein solcher Zustand unter allen Umständen vermieden werden muss.

Die heutige hausärztliche Versorgung im Kreisgebiet ist gekennzeichnet von einer hohen Versorgungsdichte vor allem im Osten (in der Kreisstadt und ihrer unmittelbaren Umgebung) und gelegentlich einer bisher passager auftretenden Unterversorgung im äußersten Westen des Kreises. U.a. sind folgende Fachärzte bundesweit gesucht:

- Hausärzte auf dem Land (Fachärzte für Allgemeinmedizin)
- Ärzte für Öffentliches Gesundheitswesen (Anzahl hat in den vergangenen 5 Jahren um 25% abgenommen und ist damit unter allen die Facharztgruppe, die am schnellsten schrumpft)(Quelle: Bundesärztekammer 2016)
- Psychiater (Platz 2 auf der Liste schrumpfender Facharztgruppen nach den ÖGW Ärzten)
- Augenärzte (Termine werden im Kreisgebiet nur langfristig vergeben)
- Urologen
- Dermatologen
- Orthopäden

Für die letzten vier Fachrichtungen gilt: Die Anzahl dieser Spezialisten ist durch die für einen angehenden Facharzt erforderlichen Ausbildungsnachweise (z.B. notwendige Operationen) mengenmäßig in den Ausbildungseinrichtungen limitiert. Auch im Landkreis Bad Kreuznach sind diese Arztgruppen daher nicht ausreichend vorhanden. Aus gegebenem Anlass konzentrieren wir uns im Folgenden auf die hausärztliche Versorgung.

Nicht jeder Mensch wird Arzt und nicht jeder Arzt wird Hausarzt. Um Hausarzt in Rheinland-Pfalz zu werden, sind eine Reihe von Vorbedingungen zu erfüllen:

- 1,0 Abitur oder besser (ab der 11. Klasse ausschließlich mehr als 12 Punkte). Diese Hürde schaffen nur wenige Abiturienten. Nur wenige Studienplätze werden nach Teils jahrelanger Wartezeit vergeben.
- Medizinstudium von mindestens 6 Jahren. Manche Studienplätze werden nach jahrelangen Wartezeiten vergeben. Das Studium verläuft nicht immer reibungslos. Es wird gelegentlich auch eine Promotion erstellt. Es sind zusammenfassend auch längere Studienzeiten möglich. Hemmend wirkt auch die Vergabe von Teilstudienplätzen in Mainz. Damit ist gemeint, dass die Studenten keine Zusage für ein volles Studium bekommen, sondern nur abschnittsweise zugelassen werden.
- Mindestens 5 Jahre Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. So sind z.B. stationäre Ausbildungszeiten in der Inneren Medizin und in anderen medizinischen Fachrichtungen zu durchlaufen. Die betreffenden Chefärzte ziehen oft aus naheliegenden Gründen Auszubildende im eigenen Fachgebiet vor.
- Auch die Mediziner durchlaufen (ebenso wie alle Gleichaltrigen) im 3. oder bis Mitte des 5. Lebensjahrzehntes parallel die Phase der Familiengründung. Insbesondere für Ärztinnen verzögert sich oft durch Mutterschaft die 5-jährige Facharztausbildung infolge Mutterschutz, Elternzeit, berufsbezogene Tätigkeitsverbote/ Einschränkungen und Teilzeittätigkeit um weitere Jahre.
- Es muss dann die Entscheidung zur Niederlassung in Einklang mit der „Work-Life-Balance“ getroffen werden. Früher für Männer mit der Fokussierung auf die berufliche

Ausrichtung unter ganz anderen Voraussetzungen als für heutige Ärztinnen mit vielen familiären vor allem nicht immer planbaren Verpflichtungen.

- Suchen einer geeigneten Arztpraxis (oft aus der Region, aus dem sie selber stammen)
- Es muss für den Partner ein angemessener Arbeitsplatz vom neuen Lebensmittelpunkt aus in angemessener Zeit (maximal 40-60 Km) erreichbar sein.
- Üblicherweise erfolgt eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit des geplanten Praxisstandortes auf Veranlassung der Hausbank, da hohe Kredite für die Übernahme und neue Ausstattung einer Praxis aufgenommen werden müssen. Dabei sind ländliche Regionen deutlich benachteiligt, da die Rentabilität der Standorte aus Sicht der Banken riskanter ist (Risiko-zinszuschläge).
- Nach Beendigung all dieser Schritte sind die Ärzte und Ärztinnen im Schnitt über 40 Jahre alt.
- Auch angehende Hausärzte sind Menschen. Die zukünftig überwiegend weiblichen Hausärztinnen (gegenwärtig sind von den Medizinstudenten 73 weiblich / 27 männlich) sind häufiger als noch vor 30 Jahren die damals eher männlichen Ärzte auch als Familienmanager unterwegs, ebenso wie die Mehrzahl der anderen gleichaltrigen Frauen. Sie haben somit vor der Niederlassungsentscheidung oft im Rahmen ihrer Ausbildung Jahrzehnte in oder nahe einer Universitätsstadt gelebt und das dortige Leben einschließlich ihres Partners kennen und schätzen gelernt. Bei der Entscheidung für einen neuen Lebensmittelpunkt stehen ihnen aktuell bundesweit in fast allen Regionen die Türen offen.
- Für die jetzige Ärztegeneration ist der Gebrauch des Internets alltäglicher Bestandteil. Es wird heute ganz selbstverständlich dazu genutzt, sich über neue Regionen (Urlaubsziele, Wohnorte) auch in Bildern zu informieren. „Funklöcher“, Teilgebiete des Kreises ohne oder mit nur langsamem Internet Auftritt kommen als zukünftige Wohnorte erst gar nicht in die nähere Auswahl.
- Genau wie für die Mehrheit der anderen jungen Menschen gilt der ländliche Raum für viele Jungmediziner als nicht attraktiv. Dazu tragen die kommunal altbekannten Umstände wesentlich bei (Quelle: Fortbildung der Ärzte für ÖGW 2015 Würzburg, Vortrag bayrisches Landesamt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Kommunalbüro für Ärztliche Versorgung):
  - schlechtes Image bei fehlendem oder nicht auf diese Zielgruppe ausgerichtetem Internet Auftritt vieler Gemeinden
  - Unmoderne, unflexible Kindergärten und Schulen (Öffnungs- und Schließungszeiten!!)
  - Unzureichend bekanntes Freizeit Angebot vor Ort für die Altersgruppe junge Familien
  - eingeschränkte Integrationskraft mancher vom demographischen Wandel bereits betroffener dörflicher Gemeinschaften für Neubürger

**Fazit 2.1.1: Bei extrem guter Bewerberzahl unter den Abiturienten ist gegenwärtig die limitierende Voraussetzung für alle zukünftigen Ärzte und damit auch für angehende Hausärzte die vollständige Zulassung zum Medizinstudium. Seit Jahrzehnten sind bundesweit die Zulassungszahlen stabil und auch in Mainz sind von 10 Medizinstudenten mehr als 7 weiblich. Es handelt**

***sich bei Hausärzten (Fachärzten für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin mit hausärztlichem Schwerpunkt) um eine hochspezialisierte Ärztegruppe, deren Ausbildung Jahrzehnte in Anspruch nimmt. Nach dem Abitur vergehen damit für die männlichen Ärzte größenordnungsmäßig 20 Jahre, für die weiblichen Ärztinnen ein paar Jahre mehr bis zur Niederlassung als Hausarzt. In Einzelfällen sind kürzere Zeiten möglich.***

Die heutigen Hausärzte im Kreisgebiet sind nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung (Kreisdaten zur Vertragsärztlichen Versorgung 6/2018) zu 61% männlich mit deutlich sinkender Tendenz. 2016 waren es noch 63% (Kreisdaten zur Kassenärztlichen Versorgung 30.06.2016). Das ist fast spiegelbildlich im Vergleich zu den derzeitigen Studienabsolventinnen in der Humanmedizin. Noch vor 30 Jahren war die Geschlechterverteilung der sehr guten Abiturienten paritätisch 50/50. Heute ist das Medizinstudium nicht nur in Mainz feminisiert mit 73% weiblich zu 27% männlich. Es stehen im Gegensatz zu früher naturgemäß jetzt andere Gesichtspunkte im Focus des persönlichen Entscheidungsbaumes von aktuell überwiegend weiblichen Ärzten vor einer Niederlassung als Fachärztin für Allgemeinmedizin:

- Die Bereitschaft, das wirtschaftliche Risiko zu übernehmen, ist genderbedingt eine größere Hürde als noch vor 30 Jahren.
- Die „Work-Life-Balance“ muss passen. Ärztinnen sind auch nach der Facharztausbildung in der Regel familiär gebunden und damit bis heute öfter als männliche Ärzte in Teilzeit beschäftigt. (Ob sich dieser Prozess zukünftig umkehrt, bleibt abzuwarten). Sie sind bislang daher häufiger in Gemeinschaftspraxen als Angestellte und seltener als Praxisinhaber zu finden. Aus den Daten der berufsständischen Versorgungswerke ergab die Recherche 2014: Ihre Lebensarbeitszeit für die Patientenversorgung ist (wohl wesentlich durch Teilzeittätigkeit) im Mittel 5-9 Jahre kürzer als die männlicher Ärzte.

### **2.1.2 Über die Behandlungskapazitäten allgemein und warum medizinische Versorgungszentren in diesem Zusammenhang noch nicht betrachtet werden können**

Es gibt verschiedene Formen der hausärztlichen Versorgung, die hier nur in Stichworten beschrieben werden können:

- **Die klassische Einzelpraxis.** Sie ist gegenwärtig im Westen des Kreises bei weitem die zahlenmäßig bedeutendste Form. Der Praxisinhaber darf unter bestimmten Voraussetzungen weitere Ärzte einstellen
- **Vorteile:**
  - Sie kann durch variable Sprechstundenzeiten schnell an unterschiedliche Bedarfe (z.B. von Berufspendlern) angepasst werden. Es ist möglich, eine maximale Patientenanzahl mit einem guten Praxisteam zu betreuen. Infolge immer seltenerer männlicher Ärzte (bei 73 % Frauenanteil im Medizinstudium) muss diese Versorgungsform zukünftig vermutlich als Auslaufmodell bezeichnet werden.
- **Nachteile:**
  - Teilzeit geht für den Praxisinhaber nicht oder nur schlecht
  - hohes wirtschaftliches Risiko für den Arzt
  - kollegialer Rat ist nur zeitversetzt indirekt möglich



- Feiertage, Urlaub und Notdienste sind nicht immer planbar
- kein gesetzlicher Urlaubsanspruch
- im kurzfristigen Krankheitsfall ist
  - die Praxis zu
  - der finanzielle Ausfall (wie bei allen Selbständigen) ist eigenständig über eine zusätzliche Krankentagegeldversicherung zu finanzieren
- **Die Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft:** mehrere Ärzte arbeiten in einer gemeinsamen Praxis oder gemeinsamen Räumlichkeiten
  - **Vorteile:**
    - Man kann sich kollegialen Rat einholen (besonders für Berufsanfänger wichtig!)
    - Feiertage, Urlaub und Notdienste sind planbar
    - im kurzfristigen Krankheitsfall ist die Vertretung durch die anderen Ärzte möglich
  - **Nachteile:**
    - Die Anzahl versorgter Patienten je Arzt könnte aus organisatorischen Gründen etwas geringer liegen als in der klassischen Einzelpraxis
    - Kein gesetzlicher Urlaubsanspruch
    - Für den kurzfristigen Krankheitsfall ist die Bezahlung wie bei allen Selbständigen eigenständig über eine zusätzliche Versicherung zu finanzieren
- Die **medizinischen Versorgungszentren (MVZ)**. Dahinter verbergen sich sehr unterschiedliche Konzepte, bei denen Ärzte angestellt werden, um einen Versorgungsauftrag wahrzunehmen. Rein hausärztliche MVZ sind bisher selten. In MVZ's arbeiten gegenwärtig hauptsächlich Fachärzte aller Richtungen.
- Es bestehen zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung dieses Berichtes meines Wissens im ländlichen Teil des Kreisgebietes nur vereinzelt MVZ. Sie spielen somit bislang noch keine tragende Rolle in Versorgungsfragen. Es ist sehr zeitaufwändig, kontinuierlich konkrete Zahlen über die dort beschäftigten Ärzte und die Anzahl der behandelten Patienten zu erhalten. Daten zum Versorgungsumfang dieser Einrichtungen liegen mir zum Jahresende 2018 nicht vor. Ob die Quantität der Patientenversorgung dieser Einrichtungen an eine klassische Hausarztpraxis herankommt, ist unbekannt. Sie ist jedoch fraglos deutlich besser, als keine hausärztliche Versorgung. Das Gesundheitsamt wird sich dieser Frage in Folgeberichten intensiver widmen.

***Fazit 2.1.2 : Es gibt Hinweise, dass unter quantitativen Versorgungs- Gesichtspunkten für die Patientenbetreuung die hausärztliche Einzelpraxis Vorteile gegenüber anderen Versorgungsformen hat. Ob zukünftig im ländlichen Raum des Kreisgebietes Bedingungen für die Chancen zur Niederlassung von überwiegend weiblichen Ärzten geschaffen werden, ist z.Z. aus meiner Sicht ungewiss. Vermutlich wird es künftig mehr Gemeinschaftspraxen von Hausärzten geben. Die Auswirkungen dieses Prozesses auf die quantitative Versorgung sind ungewiss.***

***MVZ können in diesem Bericht noch nicht berücksichtigt werden, da die Datenrecherche extrem aufwändig ist und mir gegenwärtig ein unverhältnismäßiger Aufwand für die Beschreibung entsteht angesichts der geringen Anzahl der MVZ im Verhältnis zu den anderen Versorgungsformen. Möglicherweise gibt es zukünftig auch mehr Medizinische Versorgungszentren.***

**Bezogen auf die Menge der versorgten Mitbürger hat auch diese Versorgungsform ungewisse Folgen.**

### **2.1.3 Über die kreisweite klassische hausärztliche Versorgung jetzt, in fünf und 10 Jahren**

Bereits 2012 gelang es nicht mehr, eine ländliche Hausarztpraxis im Kreisgebiet nach plötzlicher Erkrankung des Inhabers neu zu besetzen. Angesichts der durch das Bundesland Rheinland-Pfalz limitierten Medizinstudienplätze ist davon auszugehen, dass sich zukünftig alle niederlassungswilligen, überwiegend weiblichen Ärzte den Standort Ihrer Praxis aussuchen können. Ärztinnen stehen nach Angaben von Ärztlichen Versorgungswerken im Vergleich zu männlichen Kollegen wegen der familiären Verpflichtungen im Schnitt 6,5 Jahre weniger zur Patientenversorgung zur Verfügung.

Bundesweit besteht ein Hausarztmangel. Da Rheinland Pfalz seit Jahrzehnten Einwohnerbezogen weniger Ärzte ausbildet, als die anderen Bundesländer (Siehe RLP Ärzteblatt Nr. 7 aus 2015), wird sich die Lage besonders für den ländlichen Raum in unserem Bundesland schon jetzt vorhersehbar verschärfen. Dazu werden zusätzlich in doppelter Hinsicht demographische Faktoren beitragen:

- Die heutigen Hausärzte im Kreisgebiet sind im Durchschnitt deutlich älter als zu früheren Zeiten. Sie sind im Vergleich zu den meisten Nachbarkreisen deutlich älter und werden ihre Praxis in vielen Fällen in absehbarer Zeit aus Altersgründen aufgeben (laut Kassenärztlicher Vereinigung im Schnitt mit 61 Jahren).
- Gleichzeitig erhöht sich besonders im ländlichen Raum der Anteil älterer Mitbürger deutlich. In der Folge steigt mit dem Lebensalter der Bevölkerung auch die Frequenz der Praxisbesuche erheblich. Die Sprechstunden werden voller.
- Die Attraktivität der Niederlassung im ländlichen Raum für jüngere Hausärzte (Berufsanfänger) sinkt im Sinne eines Teufelskreises zusätzlich in medizinisch unterversorgten Bereichen des Kreisgebietes, sofern in der Praxis übermäßiger Patientenansturm vorwiegend älterer Mitbürger zu erwarten ist.
  - Die Mehrarbeit bei höheren Patientenzahlen wird nicht angemessen vergütet. Wirtschaftlich optimale Ergebnisse erzielt eine Einzelpraxis mit ca. 1000 Patienten im Quartal.
  - Die Praxisorganisation ist dann deutlich erschwert
  - Der Zeitaufwand für die Risiko- Kommunikation mit den über Achtzigjährigen ist teils drastisch erhöht
  - Die Öffnungszeiten können dann nicht immer eingehalten werden
  - Die „Work-Life-Balance“ der Ärzte ist dann subjektiv gefühlt bedroht
  - Schon heute kommt es z.B. bei Erkrankungen von Hausärzten im Westen des Kreisgebietes zur temporären Überlastung der verbliebenen Praxen durch zu viele Patienten. Das ist nur ein Vorgeschmack auf die absehbaren Versorgungsengpässe in der Zukunft

Bei der gegenwärtigen Ausgangslage ist aus Sicht der Gesundheitsverwaltung zukünftig die zeitgerechte dauerhafte erfolgreiche Wiederbesetzung der Hausarztsitze im westlichen ländlichen

Bereich des Kreises sehr fraglich. Die Problematik würde durch den kürzlich diskutierten Wegfall des Kirner Krankenhauses zusätzlich verschärft.

Etwas anders sieht es im östlichen Teil des Kreises aus. Die Krankenhäuser in der Stadt Bad Kreuznach sind „akademische Lehrkrankenhäuser“ der Universitätsmedizin Mainz und haben damit direkten Zugang zu jungen Ärzten. Die städtische Umgebung ist bei ausgewogener „Work-Life-Balance“ nicht nur aus Sicht der Mehrheit der überwiegend weiblichen Ärzte wesentlich geeigneter für eine Praxisübernahme. Auch stammen wegen der Einwohnerzahlen deutlich mehr Studienabsolventen der Humanmedizin aus der Stadt Bad Kreuznach und seinen Nachbargemeinden als aus dem Westen des Kreisgebietes. Eine Wiederbesetzungsquote der Hausarztpraxen von mehr als 80% halte ich daher im Osten des Kreises im krassen Unterschied zum Westen für möglich.

Auch in der Stadt Bad Kreuznach werden Hausärzte fehlen, jedoch vergleichsweise weniger als im Westen des Kreises. Ob die Versorgung der dortigen „westlichen“ Patienten gelingt, ist offen. Klar ist jedoch, dass aus Kapazitätsgründen die Hausärzte aus dem Ostteil des Kreises nicht in der Lage sein werden, die Arbeit der Kollegen im westlichen ländlichen Bereich zusätzlich zu übernehmen.

***Fazit 2.1.3: Die Chance, die gewohnte hausärztliche medizinische Versorgung der Mitbürger im Ländlichen Bereich des Kreisgebietes aufrecht zu erhalten, wird ohne geeignete unterstützende Maßnahmen geringer. Vor allem im Westen des Kreises zeichnen sich bereits Versorgungslücken ab, auf die im Folgenden noch eingegangen wird.***

#### **2.1.4 Wo kommen die Ärzte her? Über die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ärzteverteilung**

Wie beschrieben, müssen die angehenden Ärzte zuerst einen Studienplatz erhalten. Die Studienplätze sind seit Jahrzehnten in Rheinland-Pfalz nicht bedarfsgerecht entwickelt worden. Es fehlt gemäß RLP Ärzteblatt 7/2015 eine vollständige medizinische Fakultät vom Mainzer Kaliber. Anschließend absolvieren die angehenden Ärzte ein sechsjähriges Medizinstudium. Bevor sie dann verantwortlich als überwiegend weiblicher Hausarzt (73/27) die Patientenversorgung übernehmen können, durchlaufen sie die unter 2.1.3 dargelegten Schritte.

Den Auftrag, flächendeckend die kassenärztliche Versorgung zu organisieren, hat der Gesetzgeber der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen. Die Kassenärztliche Vereinigung ist den Kassenärzten verpflichtet und bemüht sich, deren (auch finanzielle) Interessen zu wahren. In gewissen Grenzen können dort Ungleichgewichte in der medizinischen Versorgung der Kreisbevölkerung ausgeglichen werden. So können z.B., aber nur innerhalb starrer gesetzlicher Vorgaben, Zulassungsbereiche geöffnet oder gesperrt werden. Allerdings steht die kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz auf dem Standpunkt, dass der Staat seiner Ausbildungspflicht nachkommen muss und ausreichende Anzahl von Ärzten auszubilden hat. Solange Rheinland Pfalz je Einwohner nur wenig mehr als halb so viele Ärzte ausbildet wie die anderen 15 Bundesländer, besteht diesbezüglich offenbar Nachholbedarf.

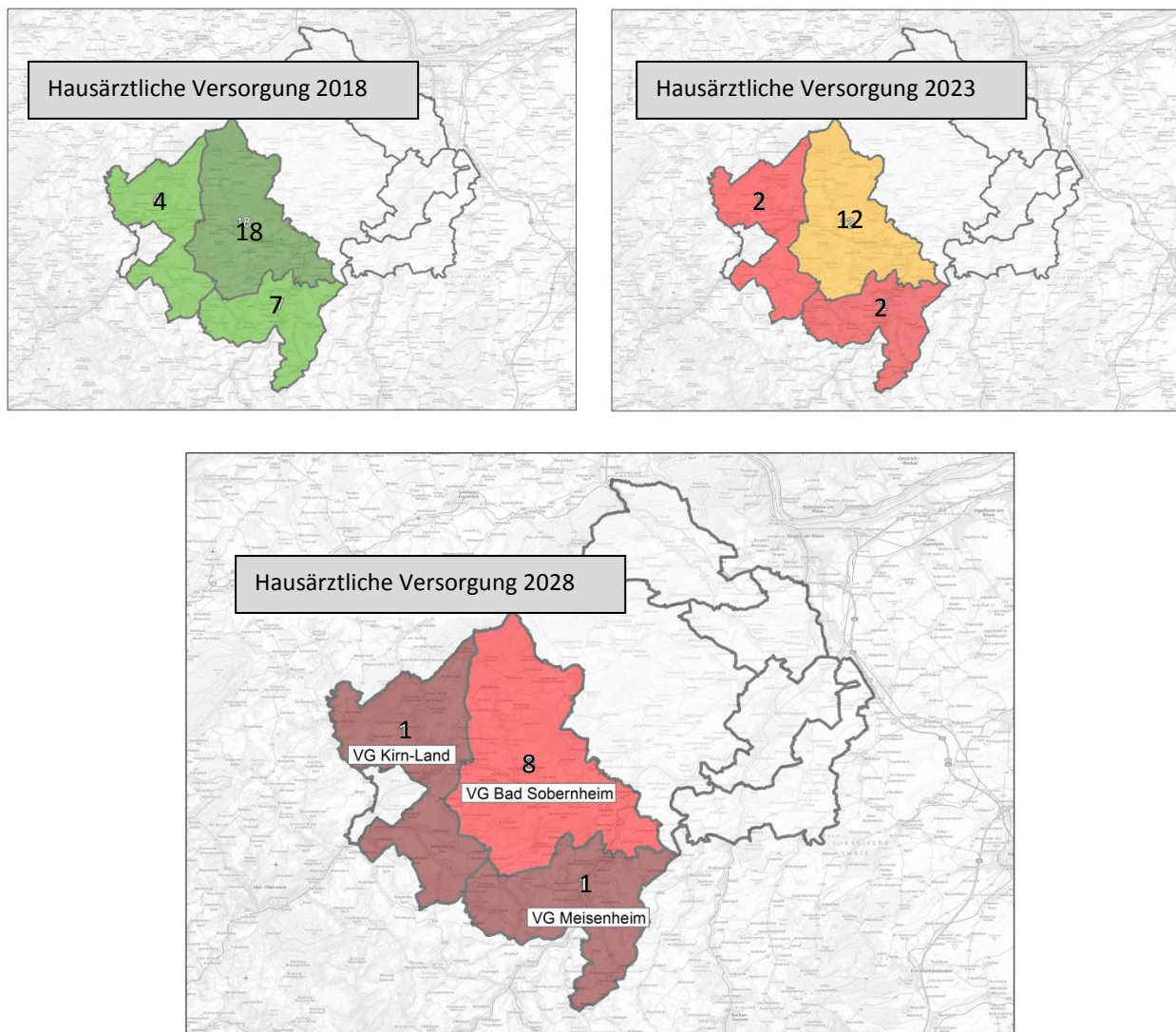
Eine Aufstockung in der notwendigen Größenordnung (280-300 Studienplätze) der Humanmedizinerausbildung der Universitätsmedizin Mainz ist aus Kapazitätsgründen ausgeschlossen.

Wenn im Bundesgebiet bei 82 Millionen Einwohnern 43 medizinische Fakultäten Ärzte ausbilden, kann man errechnen, dass alle etwas weniger als 2 Millionen Einwohner der Bedarf für eine medizinische Fakultät besteht. Rheinland-Pfalz hat lediglich 1 Fakultät Humanmedizin für 4 Millionen Einwohner. Hier besteht möglicherweise Handlungsbedarf.

Gegen die Einrichtung einer weiteren humanmedizinischen Fakultät sprechen ausschließlich finanzielle Gründe. Die Studienplätze sind teuer. Es werden 300.000€ je Student verteilt auf 6 Jahre gerechnet. Dann wären nach Anfangsinvestitionen ca. 15 Millionen Euro jährlich als permanente Ausgabe im Landeshaushalt einzuplanen.

### 2.1.5 Beispielhafte gesonderte regionale Betrachtung für den Bereich der Verbandsgemeinden Kirn-Land, Meisenheim und Bad Sobernheim

**Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl hausärztlicher + internistischer Praxen jetzt, in 5 und in 10 Jahren ohne Nachbesetzung der ausscheidenden Ärzte**



**Legende: grün: heutiger Zustand, orange: > als 50 % der Praxen besetzt, rot: < als 50% besetzt**

Dargestellt ist die verbliebene hausärztliche (einschließlich internistischer) Versorgung in ausgewählten Regionen im Westen unseres Kreisgebietes nach altersbedingtem Ausscheiden derzeitiger Praxisinhaber. Die Aufteilung der Hausärzte kann den weißen Zahlen in den Verbandsgemeinden entnommen werden. Die Färbung symbolisiert den Grad der verbliebenen hausärztlichen Versorgung. Erkennbar ist die noch verhältnismäßig gute Versorgung der Region 2018.

***Fazit Ausgangslage 31.12. 2018: Es sind in den drei Bereichen Kirn Land, Bad Sobernheim und Meisenheim noch 29 Hausärzte (inklusive aller Internisten) angesiedelt. Sie versorgen derzeit ca. 35.700 Mitbürger. Somit kommt gegenwärtig auf ca. 1170 Einwohner durchschnittlich ein Hausarzt oder Internist. Bad Sobernheim hat 18 Hausärzte, Kirn Land 4, Meisenheim 7 (eigene Recherche des Amtes, Graphik Bauamt Kreisverwaltung).***

### **3 Ausblicke in die Zukunft:**

***Prognose bis 31.12.2023: Meisenheim verliert schon bis dahin den weit überwiegenden Teil seiner Hausärzte/ Internisten. Von ursprünglich 7 Ärzten sind dann dort nur noch 2 übrig. Aber auch Bad Sobernheim und die Verbandsgemeinde Kirn Land haben 33 % und 50% Verlust zu verkraften. Sie können somit mangels Masse die Versorgungslücke in Meisenheim nicht abfedern.***

Insgesamt versorgen dann nur noch 16 Hausärzte und Internisten 34.000 Einwohner. Somit kommen auf einen verbliebenen Hausarzt 2.100 Einwohner. Das entspricht einem Patientenanstieg gegenüber 2018 von 80%. Damit erhöht sich die psychophysische Belastung auf die verbliebenen Hausärzte spürbar. Sie wird sowohl hausärztliche Erkrankungen ansteigen lassen als auch den Berufsausstieg der über 61 Jährigen zusätzlich beschleunigen. Notgedrungen wird es dazu kommen, dass Patienten von den Praxen abgewiesen werden.

***Prognose nach dem 31.12.2028: Bereits in 10 Jahren sind von heute 37 Hausärzten in diesem Gebiet nur noch 10 vorhanden. Meisenheim verliert bis dahin 86% seiner Hausärzte, gefolgt von der VG Kirn Land mit 75% und von Bad Sobernheim mit 56%. Jeder Hausarzt in dieser Region versucht dann notdürftig 3.400 immer ältere Patienten zu versorgen. Das entspricht einem Patienten- Anstieg je Hausarzt gegenüber 2018 von 190%.***

Damit steigt die psychophysische Belastung der verbliebenen Hausärzte und wird unerträglich. Es kommt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem erheblichen Anstieg der ärztlichen Erkrankungen in der Gruppe der über sechzigjährigen. Jeder Hausarzt dieser Region, der irgendwie kann, plant seinen Berufsausstieg oder sucht sich eine neue Praxis in Bad Kreuznach. Niederlassungswillige hauptsächlich weibliche Ärzte meiden den Bereich nach Hinweisen der Wirtschaftsberatung auf die ungünstige Altersstruktur. Notgedrungen wird es regelmäßig dazu kommen, dass Patienten von den Praxen abgewiesen werden müssen. Von einer hohen Versorgungsqualität kann dann nicht mehr die Rede sein.

Die Aussichten für eine regelrechte hausärztliche Versorgung sind besonders in Meisenheim die nächsten 10 Jahre sehr schlecht. Unsere Zahlen zeigen dort schon in den nächsten fünf Jahren einen dramatischen Rückgang von Hausarztpraxen. Mit weitem Abstand am deutlichsten für die sogenannte „Alte Welt“ in und um Meisenheim. Die Konsequenzen dort sind eine weitere Ver-

schlechterung der medizinischen Versorgung und damit der „weichen Standortfaktoren“. Dass diese Entwicklung im wörtlichen Sinne extrem ungesund ist, dass liegt auf der Hand.

Der Westen Kreisgebietes wird messbar schlechtere Gesundheitskennzahlen zu erwarten haben. Mit der Folge, dass sich dort auch aus diesem Grund moderne mittelständische Betriebe nicht mehr ansiedeln werden. In der Gegenwart beeinflussen bundesweit die regionalen Arbeitsunfähigkeitstage je 100 berufstätige Versicherte heute schon die Niederlassungsentscheidungen der mittelständischen Arbeitgeber. Es geht bei Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung nicht nur um Einzelschicksale, sondern indirekt auch um handfeste ökonomisch relevante Standortfragen. Ohne Hausärzte ist die gegenwärtige Qualität der medizinischen Versorgung nicht mehr aufrechtzuerhalten. Der ohnehin benachteiligte ländliche Raum einer ganzen Region im Westen des Kreisgebietes droht dann zusätzlich noch gesundheitlich abgehängt zu werden.

## **4. Was muss aus Sicht der Gesundheitsverwaltung in welcher Reihenfolge getan werden, um drohende Engpässe zu vermeiden?**

- 4.1 Die Zahl der Medizinstudienplätze in Rheinland-Pfalz sollte kurzfristig auf das Niveau des Bundesdurchschnittes erhöht werden. Dazu ist eine neue medizinische Hochschule in RLP sinnvoll. Diese könnte im geographischen Mittelpunkt des Landes eingerichtet werden (LK KH). Die Finanzierung dieser Ausbildungsstätte durch das Land RLP wäre idealerweise angesichts der finanziellen Probleme der Krankenhäuser staatlich zu gewährleisten.
- 4.2 Die Chancengleichheit der Geschlechter bei der Medizinstudienplatz Vergabe sollte gewahrt werden.
- 4.3 Grundlagen zur Entwicklung einer gesunden Kommune „Meisenheim“ legen durch kommunale (dokumentierte) Beschlüsse der demokratisch gewählten Gremien Stadtrat, VG Rat und Kreistag.
- 4.4 Gesundheit zum öffentlichen Thema der Kommunalpolitik machen mit dem Ziel eines kommunalen Ärztehauses in der Stadt Meisenheim
- 4.5 Öffentliche, transparente Ist- Analyse der Versorgung und des Bedarfes im kommunikativen Dialog mit der Bürgerschaft.
- 4.6 Masterplan Gesundheit: Es ist im Rahmen von LEADER kreisseitig ein Förderprogramm für Meisenheim aufzulegen. Es sollte z.B. folgende Schritte beinhalten:
  - 4.6.1 Stärkung der Prävention zur Verbesserung der Gesundheit
  - 4.6.2 Ersthelferschulungen zur Wiederbelebung: Sicherstellung der Teilnahme von Meisenheim am geplanten LEADER Projekt „Drückeberger“ des Arbeiter Samariter Bundes zur Schulung von Ersthelfermaßnahmen und Wiederbelebung.
  - 4.6.3 Denkbar wäre auch eine Stärkung der vorhandenen Selbsthilfegruppen oder Initiierung solcher (z.B. Herzsportgruppe, Diabetiker Selbsthilfegruppe etc.) durch einen Beauftragten aus den Reihen der Bürger mit Berichtspflicht.
  - 4.6.4 Steigerung der Impfquoten gegen Grippe, Pertussis etc.
- 4.7 Es sollte von den niedergelassenen Kassenärzten ein strukturierter Weiterbildungsgang zum Facharzt für Allgemein Medizin unter Beteiligung der Krankenhäuser in unserer Region an-

geboten und mit finanzieller Hilfe der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung professionell beworben werden.

- 4.7.1 Starten eines Zertifizierungsprozesses von Kreiskommunen durch die demokratisch legitimierten örtlichen Gremien unter Einbeziehung des Gesundheitsamtes (z.B. „Gesundheitskommune Stadt Meisenheim“ nach dem Reutlinger Modell).
- 4.7.2 Umfassende Bürgerbeteiligung: Stärkung und Aktivierung der kommunalen Gemeinschaft vor Ort in der Stadt und VG Meisenheim.
- 4.7.3 entweder durch Bildung eines „Vereins zum Erhalt der hausärztlichen Versorgung „Alte Welt“ eV“ mit den Zielen:
  - 4.7.3.1 einer kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit und als Instrument, die Bürger aktiv einzubeziehen.
  - 4.7.4 oder durch Einrichtung einer Anstalt Öffentlichen Rechts zur Sicherung der medizinischen Versorgung in der „Alten Welt“ mit der gleichen Zielsetzung. Diese Lösung wäre deshalb interessant, weil sie unter Umständen kreisübergreifend defizitären Gemeinden auch finanzielle Handlungsmöglichkeiten eröffnen könnte. Dann wäre z.B. ein kommunales Ärztehaus realisierbar.
  - 4.7.5 oder durch Bildung eines Zweckverbandes „Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Alten Land“ mit der gleichen Zielsetzung. Auch diese Variante böte wie 4.7.2 die Möglichkeit, ggf. wirksam auch finanzielle Aufgaben bezogen kommunal aktiv zu werden.
- 4.8 Kontinuierliche öffentliche Berichterstattung (jährlich bis 2023 später halbjährlich) und Aussprache zu den aufgeführten Problemen und ihrer Lösung in den gewählten Gremien (Kreistag, Stadtrat, VG Rat). Aufruf zur gemeinschaftlichen Lösung der identifizierten Probleme durch die Bürgerschaft mit kontinuierlicher Berichterstattung im Stadt- und VG Rat
- 4.9 Einsetzen von geeigneten Beauftragten der Bürgerschaft vor Ort für die Lösung von identifizierten Teilproblemen (z.B. Internet Beauftragter) zur Festlegung von Zeithorizonten bis zur Lösung unter Beteiligung aller Mitbürger.
- 4.10 Planung und Errichtung eines Ärztehauses in Meisenheim.
- 4.11 Stärkung des MVZ Glantal Klinik in der Stadt mit dem Ziel, das Potential dieser modernen Einrichtung optimal zu nutzen und die Kenntnis der Bürger zur Angebotsstruktur der Klinik vor Ort zu verbessern.
- 4.12 Herstellung einer regionalen Willkommenskultur für 40 jährige durch gleichaltrige Ansprechpartner mit kommunikativen Fähigkeiten in der Stadt und VG und
- 4.13 Benennung eines für Außenstehende auch im Internet erkennbaren Beauftragten.
- 4.14 Kontinuierliche Optimierung des Internetauftrittes über das bestehende hinaus sowohl der VG als auch ihrer Ortsgemeinden (Stadt Meisenheim).
- 4.15 Vorrangige Beseitigung der Funklöcher und Herstellung der Breitband Datenautobahn in der gesamten VG Meisenheim als unmittelbar umzusetzendes Kreisentwicklungsziel, sofern noch nicht geschehen.
- 4.16 Professionelle Optimierung der inhaltlichen Internet Darstellung der VG durch ansprechende Fotos und Hinweis auf die Anzahl der am Ort wohnenden und/ oder arbeitenden Ärzte, soweit noch nicht geschehen.
- 4.17 Regelmäßige arbeitstäglich aktualisierte Darstellung der gesellschaftlichen Aktivitäten der Kommune.

4.18 Explizite Darstellung der Familienfreundlichkeit des Wohnortes Meisenheim

4.19 Werbung mit dem hervorragenden familienfreundlichen Freibad.

## 5. Zusammenfassung

Es droht in absehbarer Zeit (60 Monaten) ein medizinischer Versorgungsnotstand im Westen des Kreises, extrem in Meisenheim.

Ursächlich sind

- Landflucht im Allgemeinen und Speziellen
- Ärztemangel durch jahrzehntelange nicht bedarfsgerechte Ausstattung von Medizin- studienplätzen in RLP
- Abhilfe ist entsprechend der skizzierten Maßnahmen einzuleiten als ein gebündeltes Paket von zahlreichen miteinander verbundenen Einzelmaßnahmen für Meisenheim
- Die Bürgerbeteiligung ist zur Überwindung der Probleme aus Sicht der Gesundheits- verwaltung zielführend