

# Konzept Vulkaneifel

## Gesundheitliche Versorgung und Pflegeversorgung im Landkreis Vulkaneifel

*Rechtsanwalt Hans-Joachim Schade & Prof. Dr. Rainer Winkel*





**Inhalt**

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Bevölkerung und Bevölkerungsentwicklung</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Versorgungssituation</b>	<b>17</b>
3.1	Ambulante Gesundheitsversorgung	17
3.2	Stationäre Versorgung – Krankenhäuser	21
3.3	Ambulante Medikamentenversorgung	23
3.4	Angebot medizinisch-pflegerischer Leistungen	24
<b>4</b>	<b>Versorgungsbedarf und Perspektiven</b>	<b>31</b>
4.1	Bedarf medizinische Versorgung	31
4.1.1	Hausärzte	33
4.1.2	Regionale Ausprägung	35
4.1.3	Fachärzte	36
4.1.4	Ärztliche Versorgung in Krankenhäusern	38
4.2	Bedarf Versorgung mit Pflegeleistungen und weiterer Gesundheitsdienste	39
<b>5</b>	<b>Besondere Rahmenbedingungen der Konzeptentwicklung</b>	<b>45</b>
5.1	Veränderungen der Hausarztversorgung und Handlungsoptionen	45
5.2	Gesetzliche Veränderungen und Wirkungszusammenhänge	49
<b>6</b>	<b>Konzept zur Sicherung und Entwicklung der Gesundheitsversorgung</b>	<b>53</b>
6.1	Grundsätze zur Umsetzung	53
6.2	Steuerungsorganisation: Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales	54
6.3	Sicherung und Entwicklung der Hausarztversorgung	56
6.3.1	Entlastung	57
6.3.2	Personalsicherung durch verbesserte Arbeitsattraktivität	58
6.3.3	Sicherung der Hausarztleistungen und Auffangorganisation für Abgeber-Praxen	61
6.3.4	Netzwerkbildung zur Optimierung des Ressourceneinsatzes	63
6.4	Sicherung und Entwicklung der Facharztversorgung	64
6.5	Sicherung und Entwicklung der Krankenhäuser	67
6.6	Sicherung und Entwicklung der Apothekenversorgung	69
6.7	Sicherung und Entwicklung der Pflege	70
6.8	Sicherung und Entwicklung weitere tangierender Gesundheitsleistungen	74
<b>7</b>	<b>Organisation und Umsetzungsmaßnahmen</b>	<b>79</b>
7.1	Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales	79
7.2	Sicherung der ärztlichen Versorgung	82
7.3	Sicherung der Pflege und weiterer Dienstleister des Gesundheitswesens	84
<b>8</b>	<b>Anhang</b>	<b>87</b>

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1	Bevölkerungsentwicklung Rheinland-Pfalz – Absolut und In Altersgruppen _____	9
Abbildung 2	Bevölkerungsprognose 2030 für die Verbandsgemeinden im Landkreis Vulkaneifel _____	10
Abbildung 3	Entwicklung Jugend- und Altenquotient in Rheinland-Pfalz _____	12
Abbildung 4	Entwicklung der Altersgruppen in Rheinland-Pfalz _____	12
Abbildung 5	Bevölkerung in Altersgruppen / Statistische Inanspruchnahme medizinischer Versorgung _____	14
Abbildung 6	Hausärzte je Einwohner in Verbandsgemeinden _____	18
Abbildung 7	Pflegeheimplätze und Einwohner _____	27
Abbildung 8	Schaubild zur Ermittlung Ärztebestand, Ärztebesatz und Versorgungssituation _____	32
Abbildung 9	Prognostizierter Hausärztedarf 2020 und 2030 _____	34
Abbildung 10	Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales _____	55
Abbildung 11	Sicherung und Entwicklung der Hausarztversorgung _____	57
Abbildung 12	Sicherung und Entwicklung der Facharztversorgung _____	65
Abbildung 13	Umsetzung der Arbeit Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales _____	81

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1	Veränderung Bevölkerung in Rheinland-Pfalz – Absolut und in Altersgruppen _____	9
Tabelle 2	Bevölkerungsprognose 2030 für die Verbandsgemeinden im Landkreis Vulkaneifel _____	11
Tabelle 3	Entwicklung Altersgruppen und -struktur Rheinland-Pfalz _____	11
Tabelle 4	Patientenzahlen nach Altersklasse und Inanspruchnahme Rate _____	14
Tabelle 5	Facharztversorgung _____	20
Tabelle 6	Krankenhäuser im Landkreis Vulkaneifel _____	22
Tabelle 7	Anbieter und Einrichtungen medizinisch-pflegerischer Leistungen im Landkreis Vulkaneifel _____	25
Tabelle 8	Leistungsanbieter im Landkreis Vulkaneifel/ Verwaltungsgemeinschaften bezogen auf die Bevölkerung _____	26
Tabelle 9	Pflegeplätze und deren Auslastung _____	28
Tabelle 10	Erwartete Häufigkeit von Hausarztbesuchen _____	33
Tabelle 11	Entwicklung der Hausärzte ohne Nachbesetzung bis 2020/2030 im Landkreis Vulkaneifel _____	35
Tabelle 12	Pflegebedarf in Abhängigkeit zum Lebensalter _____	40
Tabelle 13	Zukünftige Entwicklung des ambulanten und stationären Pflegebedarfs _____	41

**Kartenverzeichnis**

Karte 1	Landkreis Vulkaneifel, Standorte Arztpraxen _____	19
Karte 2	Landkreis Vulkaneifel Standorte Pflegeeinrichtungen und weitere Gesundheitsdienste _____	28

# 1 Einleitung

## *Situation und Probleme*

Der Landkreis Vulkaneifel weist heute im Großteil seiner Gemeinden eine gute Versorgung im Gesundheitsbereich auf. In der Zukunft stehen jedoch erhebliche Herausforderungen bevor. Diese sind vor allem auf die demografischen Veränderungen und die rückläufige Personalentwicklung im Gesundheitsbereich, insbesondere bei den Ärzten, zurückzuführen. Die Bevölkerung wird zahlenmäßig wie in vielen Gebieten Deutschlands weiter schrumpfen und zugleich einen deutlichen Altersanstieg erfahren. Da die Erkrankungsquote allgemein etwa ab dem 55. Lebensjahr wächst sowie mit zunehmendem Alter vor allem chronische und multimorbide Krankheitsbilder ansteigen, wird trotz sinkender Einwohnerzahl der Versorgungsbedarf im Gesundheitsbereich zunehmen. Zugleich steht ein demografisch bedingter hoher Rückgang der Hausärzte bevor, wobei etwas zeitlich versetzt die Fachärzte vor einer ähnlichen Entwicklung stehen. Die Wiederbesetzung von Hausarztpraxen wird immer schwieriger. Die Verbandsgemeinden sind sowohl von den demografischen Veränderungen als auch von dem Rückgang der Ärzte unterschiedlich betroffen. Im Pflegebereich kündigen sich ebenfalls Probleme für eine ausreichende Ausstattung mit Fachkräften an.

Die Problematik wird durch zusätzliche Faktoren verschärft. Aufgrund des durchschnittlich höheren Alters vieler Hausärzte steht deren Ruhestandseintritt größtenteils bereits in den nächsten Jahren bevor. Die Nachfolgergewinnung gestaltet sich äußerst schwierig, weil es viel zu wenig Studenten der Allgemeinmedizin gibt. Zugleich findet ein Wandel im Berufsverständnis junger Ärzte statt: Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bekommt einen zunehmend höheren Stellenwert, zumal inzwischen fast zwei Drittel der Medizinstudenten weiblich sind. Außerdem sind viele jungen Mediziner nicht zur Niederlassung in ländlichen Räumen bereit. Es stehen Versorgungsdisparitäten in der Fläche bevor, die die Steuerung der medizinischen Versorgung über die Bedarfsplanung der KV (Kassenärztliche Vereinigung) nicht verhindern kann. Deshalb bestehen bereits heute, trotz einer insgesamt ausreichenden Hausarztversorgung im Kreis, Defizite in Teilgebieten. Ohne ein erfolgreiches Gegensteuern könnte diese Entwicklung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu großen Nachteilen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung<sup>1</sup> wie auch für die ansässigen Dienstleister im Gesundheitsbereich führen, die eine Existenzgefährdung dieser Betriebe mit hohem Arbeitsplatzverlust verursachen könnten. Eine derartige Entwicklung hätte zudem größte Nachteile für das Renommee des Kreises als Wohn- und Gewerbestandort.

## *Zielsetzung*

Die Probleme wurden vom Kreis längst erkannt. Deshalb setzten sich Kreistag und Verbandsgemeinden das Ziel, diese Konsequenzen abzuwenden, indem für den Kreis ein geeignetes, d. h. ebenso wirksames, zukunftsfähiges und umsetzbares als auch Sektoren übergreifendes Konzept entwickelt wird, mit dem auch künftig eine ausgeglichene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann. Das Konzept soll als Grundbestandteil helfen, die ärztliche Versorgung zu sichern. Zugleich sind sämtliche Akteure des Gesundheitsbereichs einzubinden, um die vorhandenen Potenziale optimal zu nutzen und durch Synergieeffekte ein wechselseitiges Zusammenwirken der Akteure zwecks Stärkung der Wirkungen zu erreichen. Diese Aufgabe wurde öffentlich ausgeschrieben und nach Rücksprachen die ARGE Schade & Winkel aufgrund deren fachkundiger Erfahrungen mit der Erarbeitung des Konzeptes beauftragt. Ein Grundanliegen war dabei ein enges Zusammenwirken

---

<sup>1</sup> siehe auch KV-Atlas Gesundheitsversorgung Vulkaneifel

sowie die Einbindung der im Kreis tätigen Akteure des Gesundheitswesens, so dass das Konzept gemeinsam mit den Experten von außen entwickelt wird. Das Konzept konzentriert sich auf folgende Schwerpunkte:

- Bevölkerungsentwicklung und der daraus hervorgehende Versorgungsbedarf, sowie
- Sicherung der Gesundheitsversorgung, insbesondere der hausärztlichen und pflegerischen Versorgung.

### **Vorgehensweise/Methode**

Die Vorgehensweise beinhaltete eine umfassende Datenanalyse sowie Interviews mit ansässigen Akteuren und übergeordneten Körperschaften wie die KV zur Eingrenzung des Handlungsbedarfs, der vorhandenen Potenziale und Möglichkeiten. Auf dieser Grundlage wurden unter Verwendung der neuesten konzeptionellen Erkenntnisse aus Literatur und Fachdiskussionen sowie eigener Erfahrungen und der neuen gesetzlichen Entwicklung im Gesundheitswesen geeignete Konzeptbausteine eingegrenzt und mit den örtlichen Akteuren diskutiert, um zu einem passgerechten Konzept zu kommen. Zur Einbeziehung der örtlichen Akteure fand eine Vielzahl von persönlichen Gesprächen und Interviews mit Hausärzten, Fachärzten aus Praxen und Krankenhäusern, Vertretern der Geschäftsführung von Krankenhäusern, des stationären und ambulanten Pflegebereichs sowie weitere Akteure wie Dienstleistern aus den Bereichen Krankengymnastik oder Physiotherapie statt. Die Ergebnisse wurden in jeweiligen Runden Tischen (Workshops) mit den Fach- und Krankenhausärzten, den Hausärzten und den Pflegedienstleistern vorgestellt und diskutiert. Die wesentlichen konzeptionellen Überlegungen wurden auf einem weiteren Workshop (4. Runder Tisch), zu dem auch die weiteren Akteure im Gesundheitswesen des Kreises wie beispielsweise Physiotherapeuten gemeinsam eingeladen waren, vorgestellt und diskutiert. Von den Teilnehmern gab es zu keinem Bestandteil der Überlegungen Kritik, es wurde auch kein Ergänzungsbedarf angegeben. Durch die weitgehende Zustimmung konnte auf dieser Grundlage die Konzeption ausgearbeitet und präzisiert werden. An der Veranstaltung nahm ebenfalls ein Vertreter des Sozialministeriums Rheinland-Pfalz sowie der Ärztekammer teil. Aufbauend auf den Workshops und persönlichen Gesprächen mit Ärzten wurden Telefonate mit den Medizinern und Akteuren geführt, die Bereitschaft zur konkreten Mitwirkung an der konzeptionellen Umsetzung und zur Übernahme von Leistungen signalisierten. Auf dieser Basis konnten erste Maßnahmen für eine baldige Realisierung eingegrenzt und entwickelt werden, einschließlich der Darstellung erforderlicher Umsetzungsschritte und verantwortlicher Zuständigkeiten. Die Ausführungen umfassen die in nächster Zeit einzuleitenden Schritte bzw. Maßnahmen. Sie sind zugleich beispielhaft gemeint, um darzustellen, wie im späteren Zeitverlauf weitere Umsetzungsaktivitäten einzuleiten und durchzuführen sind.

### **Datenbasis**

Der Landkreis Vulkaneifel stellte umfassend Materialien zur Ist-Situation der gesundheitlichen Versorgung bereit, die gemeinsam mit dem Versorgungsatlas KV<sup>2</sup> die Grundlage für die Analyse der ärztlichen Versorgungssituation bildeten. Die Daten wurden durch die Interviews sowie ergänzende Materialien wie den *Masterplan zur Pflege* und durch Auswertung des *Krankenhausplan 2010 Rheinland-Pfalz* ergänzt. Die Betrachtung zur Bevölkerungsentwicklung erfolgte auf den Grundlagen der Kreisdatenangaben, der Daten des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz, der Prognosedaten im Kreisatlas der KV sowie durch ergänzende Daten der Landesplanung von Rheinland-Pfalz. Ein nicht auszuräumendes Problem lag dabei in der **unterschiedlichen zeitlichen Bezugsbasis dieser Daten**.

---

<sup>2</sup> Kreisatlas zur Vertragsärztlichen Versorgung: Kreis Vulkaneifel, Mainz 2013.

Die Daten basieren je nach Quelle auf dem Bevölkerungsstand von 2010, 2012 oder 2013. **Dadurch weichen die Ausgangsdaten z. T. etwas voneinander ab.** Das gilt z. B. für die Daten im Kreisatlas der KV (in dem selbst Unterschiede bestehen)<sup>3</sup>, und die neueren Daten der Landesplanung. Die wurden aber als Ergänzung benötigt, da die KV-Daten größere Altersgruppen nur zusammengefasst angeben. Nur mit diesen differenzierten Daten konnten die Entwicklung des Pflegebedarfs und die Bedarfsveränderungen in der Versorgung der Kinder und Jugendlichen berechnet werden. Die Unterschiede sind minimal, aber sie erfordern Rundungen, damit die Daten vergleichbar sind. Ähnliches gilt auch für die Prognosedaten. So gehen die Angaben im KV-Atlas für das Jahr 2030 von 56.347 Einwohnern, die der Landesplanung jedoch nur von 54.378 Einwohnern aus. Das entspricht einer Abweichung von 3,5 %. Für das hier entwickelte Konzept zur mittel- und langfristigen Entwicklung sind diese Unterschiede unerheblich, denn für Bevölkerungsvorausberechnung sind grundsätzlich ohnehin keine genauen Vorhersagen möglich. Deshalb sind diese Abweichungen für die Konzeptentwicklung nahezu bedeutungslos.

### **Aufbau der Konzeptdarstellung**

In den Ausführungen wird zunächst die Bevölkerungssituation und Entwicklung als wesentliche Bezugsbasis dargestellt, um auf dieser Grundlage die Versorgungssituation und die Veränderungen in naher Zukunft darzulegen, d. h. bis 2020. In diesem Zeitraum zeichnet sich ein sehr hoher Handlungsbedarf ab, aber die neuen Gesetze und Konzeptionen greifen noch nicht oder nur zum Teil. Danach wird die langfristige Zukunft, d. h. die Entwicklung nach 2020/22 bis 2030 dargelegt. Die Herausforderungen werden sich voraussichtlich nach 2020 weiter erhöhen, aber dann könnten Maßnahmen und Gesetze Wirkungen zeigen, so dass die Gesundheitsversorgung trotz der Entwicklung zunehmend gesichert werden kann. Im Anschluss dieser perspektivischen Bestandsaufnahme werden die besonderen Probleme der Gesundheitsversorgung beleuchtet, wie insbesondere die Veränderungen im Berufsverständnis junger Mediziner/innen und die daraus abzuleitenden Folgerungen und Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung. Auf dieser Grundlage werden zunächst die konzeptionellen Möglichkeiten anhand des derzeitigen Wissenstandes in Theorie und Praxis aufgezeigt, um danach auf dieser Grundlage das Konzept für die Vulkaneifel zu entwickeln. Ausgangspunkt und zentraler Bestandteil ist die ärztliche Versorgung, da sich dort die größten Probleme abzeichnen und davon die Zukunftsperspektiven der anderen Bereiche der Gesundheitsversorgung und Pflege wie Apotheken und Pflegeheime maßgeblich abhängen. Daran anschließend werden Überlegungen zur konzeptionellen Entwicklung in den anderen Bereichen dargelegt. Die Ausführungen enden mit der Darstellung der wichtigsten Umsetzungsprioritäten und den ersten bereits dafür eingeleiteten und in Vorbereitung befindlichen konkreten Umsetzungsschritten für die empfohlenen Maßnahmen, sowie Empfehlungen für die Einrichtung eines Koordinierungs-Forums zur Initiierung der Umsetzungsschritte und für einzuleitende Maßnahmen und der dafür relevanten Zuständigkeiten. Die Ausführungen erfolgen für den Landkreis und zu den einzelnen Verbandsgemeinen, um die teilweise unterschiedliche Betroffenheit und damit den jeweiligen regionalen Handlungsbedarf zu verdeutlichen.

An dieser Stelle sei den zahlreichen Akteuren Dank ausgesprochen. Ohne deren engagierte Mitwirkung, Auskunftsbereitschaft und vielfältige Hinweise wäre der vorliegende Stand der Ausgangssituation nicht erfassbar gewesen.

---

<sup>3</sup> Der VK-Kreisatlas gibt auf S. 17 eine andere Bevölkerungsgröße als auf S. 41 an, weil sich die dort getroffenen Aussagen wahrscheinlich auf unterschiedliche Bezugszeiten beziehen.





## 2 Bevölkerung und Bevölkerungsentwicklung<sup>4</sup>

### Rheinland-Pfalz

Rheinland-Pfalz wies im Zeitraum 1950 bis 2000 trotz der niedrigen Geburtenrate aufgrund von Zuwanderungen eine wachsende Bevölkerung auf. Seitdem jedoch geht die Bevölkerung zurück. Von 2000 bis 2005 verlor das Land 1,4 % seiner Bevölkerung. Im Zeitraum 2010 bis 2030 wird mit einem Rückgang von -3,9 % bis -7,7 % gerechnet.<sup>5</sup> Bis 2060 wird sich diese Entwicklung voraussichtlich fortsetzen, so dass der Einwohnerverlust von 2010 bis 2060 bei -14,9 % bis -26 % liegen könnte<sup>6</sup>. Gleichzeitig verändert sich die Altersstruktur (siehe Tab. 1). Da in Rheinland-Pfalz wie in der Bundesrepublik je Generation (ca. 30 Jahre) die Geburten die Sterbefälle etwa um ein Drittel unterschreiten, fehlen zunehmend zukünftige potenzielle Mütter. Dadurch geht die Anzahl der jungen Einwohner immer stärker zurück und die älteren Mitbürger stellen einen stetig wachsenden Anteil an der Bevölkerung

Abbildung 1 Bevölkerungsentwicklung Rheinland-Pfalz – Absolut und In Altersgruppen

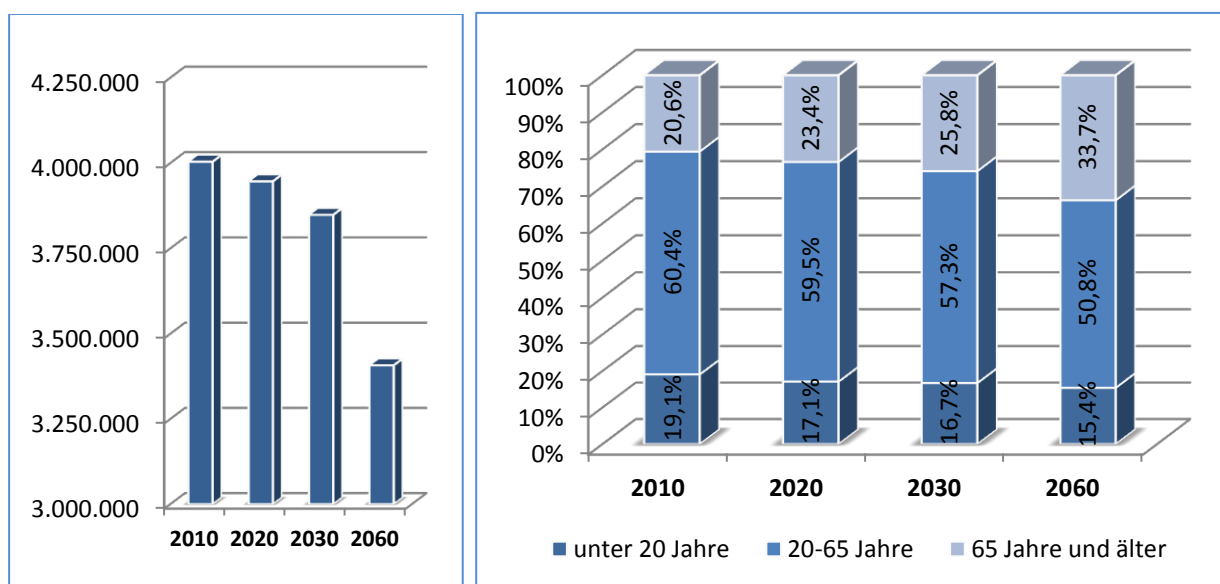


Tabelle 1 Veränderung Bevölkerung in Rheinland-Pfalz – Absolut und in Altersgruppen

Bezugsjahr	Bevölkerung	Anteil an Gesamtbevölkerung		
		unter 20 Jahre	20-65 Jahre	65 Jahre und älter
2010	4.003.745	19,1%	60,4%	20,6%
2020	3.946.284	17,1%	59,5%	23,4%
2030	3.848.100	16,7%	57,3%	25,8%
2060	3.407.302	15,4%	50,8%	33,7%

<sup>4</sup> Die Angaben sind entnommen aus: Statistisches Landesamt Rheinland Pfalz *Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung bis 2060*.

<sup>5</sup> Je nach den Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung wird ein Rückgang von -3,9% (günstige Variante), -5,8 % mittlere Variante oder -7,7 % (ungünstige Variante) erwartet.

<sup>6</sup> 2010 bis 2060 Bevölkerungsabnahme: -14,9 % (günstige Variante), -20,4 % mittlere Variante oder sogar -26,0 % (ungünstige Variante).

dar, der noch durch die bislang ansteigende Lebenserwartung zusätzlich erhöht wird. Von dieser Entwicklung sind die Kreisfreien Städte und die Landkreise in Rheinland-Pfalz unterschiedlich betroffen.

### Landkreis Vulkaneifel

Der Landkreis Vulkaneifel hat in der jüngeren Vergangenheit eine heterogene Bevölkerungsentwicklung erfahren. Von 1970 bis 1980 gingen die 56.620 Einwohner auf 55.707 Einwohner zurück. Danach kam es bis 2000 zu einer Bevölkerungszunahme (von 58.980 im Jahre 1990 Anstieg bis 2000 auf 64.367 Einwohner). Seitdem schrumpft die Bevölkerung. 2011 wies der Landkreis nur noch 62.659 Einwohner auf. Bis 2030 rechnet das Statistische Landesamt Rheinland-Pfalz mit einem Rückgang auf 56.347 Einwohner (-10,1 %) und bis 2060 auf 41.446 (-32,4 %). Das entspricht etwa einem anhaltenden jährlichen Einwohnerverlust von -0,64 bis 0,65 %. Diese Entwicklung wird wegen zukünftiger Geburtenzahlen (Anteil und Alter potenzieller Mütter und Altenanteil in den Gemeinden) sowie unterschiedlicher Wanderungsströme die Gemeinden unterschiedlich treffen (siehe Tabelle 2).

Abbildung 2 Bevölkerungsprognose 2030 für die Verbandsgemeinden im Kreis Vulkaneifel

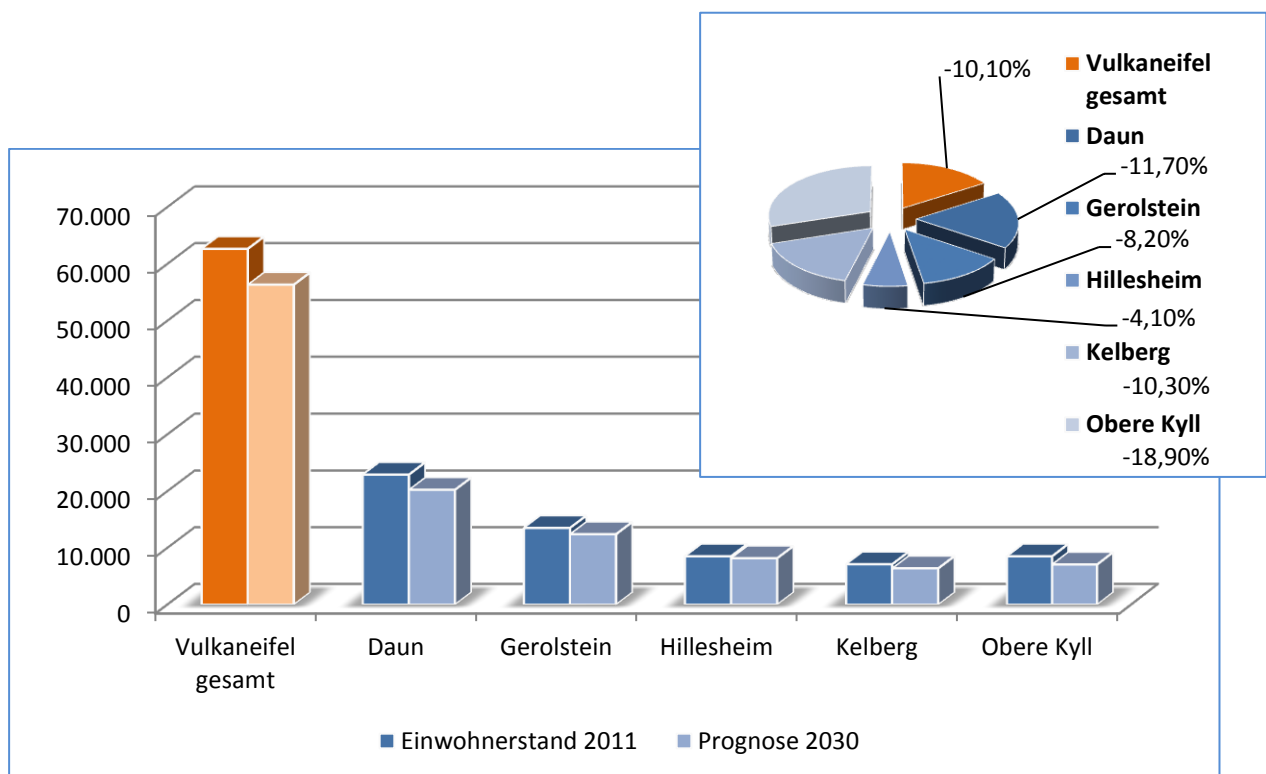


Tabelle 2 Bevölkerungsprognose 2030 für die Verbandsgemeinden im Landkreis Vulkaneifel

Verbandsgemeinde	Einwohner 2011	Einwohner 2020	Einwohner 2030	Entwicklung (in %) 2011-2030
Daun	22.928	21.663	20.241	-11,7%
Gerolstein	13.537	13.094	12.422	-8,2%
Hillesheim	8.529	8.427	8.181	-4,1%
Kelberg	7.134	6.723	6.396	-10,3%
Obere Kyll	8.520	7.797	7.077	-18,9%
<b>Vulkaneifel gesamt</b>	<b>62.659</b>	<b>57.707</b>	<b>56.347</b>	<b>-10,1%</b>

Die Tabelle wurde übernommen aus: Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel Hrsg. KV Rheinland-Pfalz März 2013, S. 17. Diese Angaben wurden für das Jahr 2020 durch Prognosedaten der Landesplanung von Rheinland-Pfalz ergänzt.

Auch dem Landkreis Vulkaneifel stehen deutliche altersstrukturelle Veränderungen bevor, die in Tabelle 3 dargestellt sind. Der Landkreis wird langfristig, d. h. bis 2060, voraussichtlich den dritthöchsten Altenquotienten in Rheinland-Pfalz aufweisen. Es steht eine deutliche Zunahme der 65-80-jährigen Bürger bevor, wobei besonders der Anteil der Über-80-Jährigen ansteigt. Diese Altersgruppe, die im Jahre 2000 nur 6,6 % der Landkreisbevölkerung stellte, wird bis 2060 voraussichtlich 17,2 % erreichen.

Tabelle 3 Entwicklung Altersgruppen und -struktur Rheinland-Pfalz<sup>7</sup>

Bezugs-jahr	Jugend-quotient*	Alten-quotient**	Bevölkerung			
			unter 20 Jahre	20-65 Jahre	65-80 Jahre	80 Jahre u. älter
2000	41,5%	33,6%	20,1%	57,1%	22,8%	6,6%
2010	35,2%	39,9%				
2030	33,0%	63%	16,1%	51,15	32,8%	9,5%
2060	32,0%	80%	14,6%	46,7%	38,6%	17,2%

\* Jugendquotient: Verhältnis der Personen unter 20 Jahre, bezogen auf Personen zwischen 20-65 Jahren.

\*\* Altenquotient: Verhältnis der Personen über 65 Jahre, bezogen auf Personen zwischen 20-65 Jahre.

<sup>7</sup> Statistisches Landesamt Rheinland Pfalz: Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung bis 2060, S. 42, 84.

Abbildung 3 Entwicklung Jugend- und Altenquotient in Rheinland-Pfalz

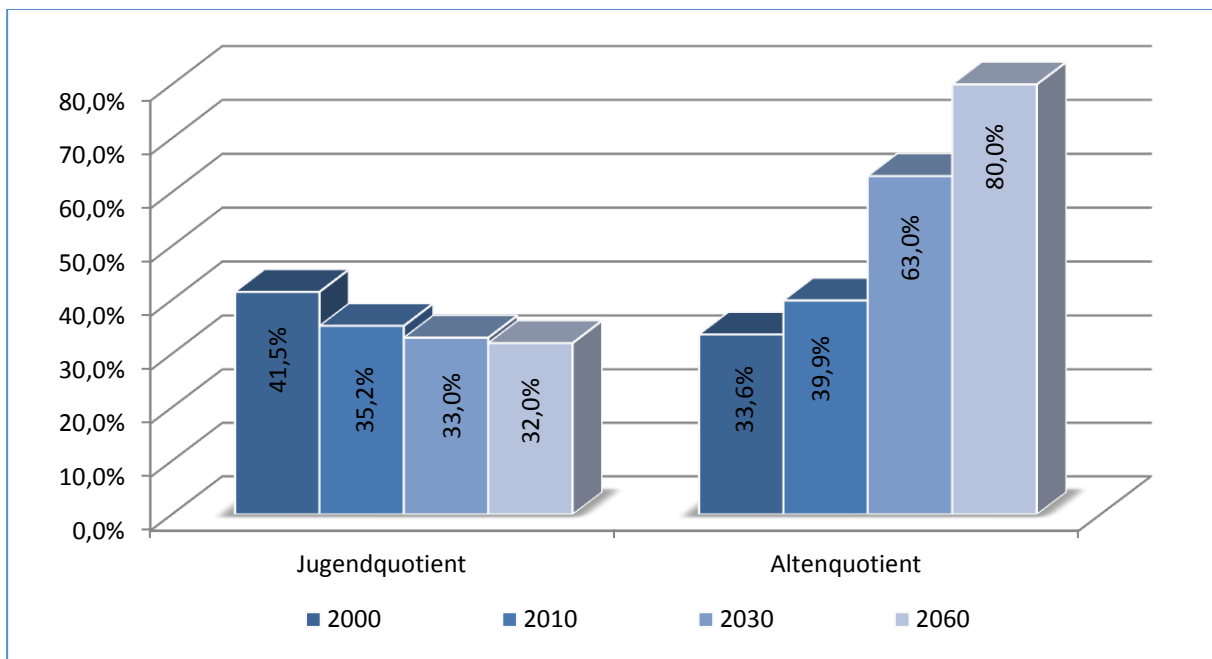
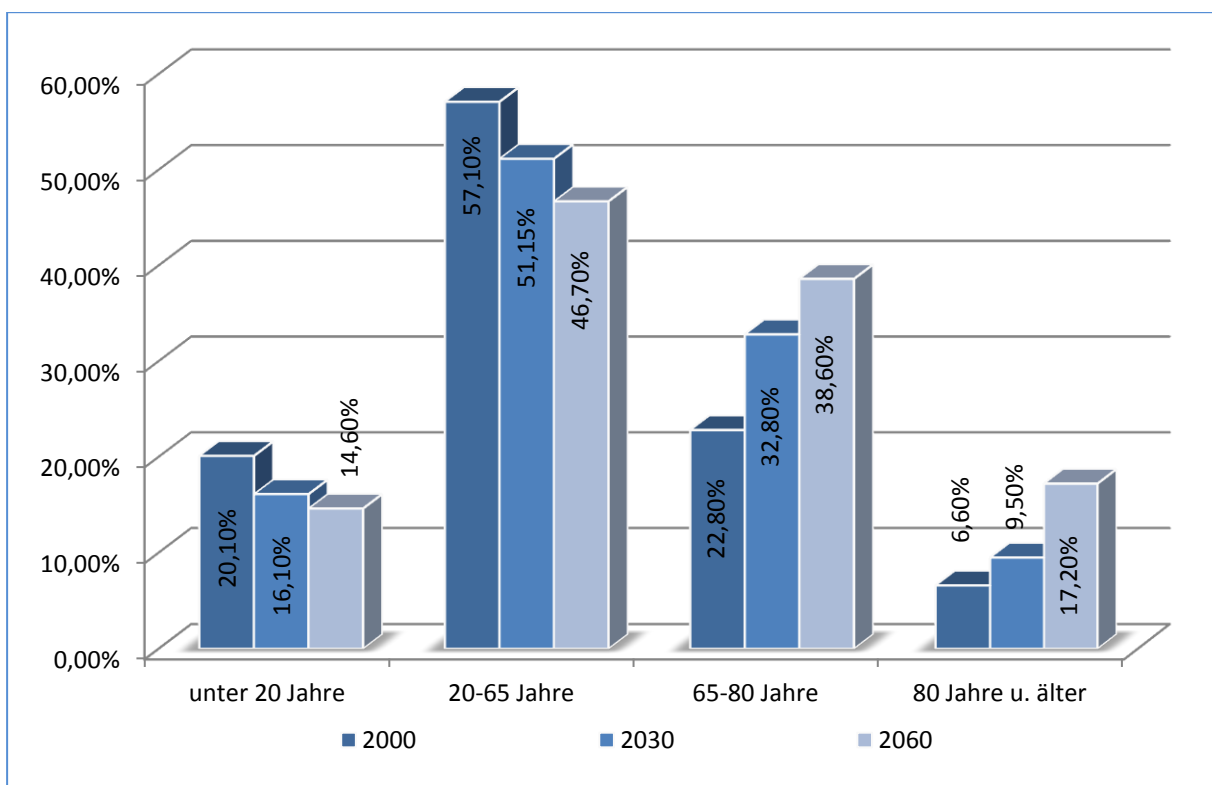


Abbildung 4 Entwicklung der Altersgruppen in Rheinland-Pfalz



Die Gemeinden im Landkreis Vulkaneifel sind von der bevorstehenden Alterung der Bevölkerung verschiedenartig betroffen, was bereits der Unterschied im Anteil ihrer Einwohner über 60 Jahre verdeutlicht. Dieser lag 2012 zwischen 15,6 % in der kleinen Gemeinde Gefell (96 Ew.) und 54,5 % in der kleinen Gemeinde Borler (72 Ew.). Diese Prozentangaben können jedoch bei derart niedrigen Einwohnerzahlen zufallsbedingt sein. Aussagekräftiger sind die Angaben, dass bei den 13.504 Ein-

wohnern von 34 Gemeinden die Personen mit 60 und mehr Jahren 2012 einen Anteil von 30-35 % haben und in 13 Gemeinden mit insgesamt 6.583 Einwohnern diese Altersgruppe einen Anteil von 35-40 % einnimmt. In neun Gemeinden mit insgesamt 1.736 Personen erreicht diese Altersgruppe einen Anteil von 40 % und mehr. Tendenziell gilt jedoch, dass kleine und sehr kleine Gemeinden überwiegend mehr ältere Mitbürger aufweisen, wenn auch in zwei Gemeinden mit mehr als 1.000 Einwohnern die Personen mit 60 und mehr Jahren über 35 % erreichen.

### **Regionale Ausprägung**

Aufgrund der unterschiedlichen Ausprägung in den einzelnen Gemeinden sind die Verbandsgemeinden von der demografischen Entwicklung, unterschiedliche betroffen:

- VG Hillesheim verliert bis 2030 voraussichtlich nur 4,1% seiner Einwohner bei einem Anteil von 30,9% der Personen mit 65 und mehr Jahren.
- VG Gerolstein wird bis 2030 voraussichtlich 8,2% seiner Bevölkerung verlieren, bei einem Anteil von 31,5% der Personen mit 65 und mehr Jahren.
- VG Kelberg steht bis 2030 wahrscheinlich ein Bevölkerungsrückgang von 10,3% und ein Anstieg der Personen mit 65 und mehr Jahren auf 33,6% bevor.
- VG Daun wird bis 2030 wahrscheinlich 11,3% der Einwohner verlieren, bei einem Anstieg der Personen mit 65 oder mehr Jahren auf 32,5%.
- VG Obere Kyll wird voraussichtlich bis 2030 18,9% der Bevölkerung verlieren, bei einem Anteil von 34,8% der Personen mit 65 und mehr Jahren.

Die unterschiedliche Ausprägung der demografischen Veränderungen betrifft in den Verwaltungsgemeinden vor allem die bevorstehende Entwicklung der Einwohnerzahl. Der Anstieg der betagten Einwohner wie auch der Rückgang der jungen Bevölkerung (siehe Tab. AH 1 u. Tab. AH 2) weist (bezogen auf ihren Bevölkerungsanteil) weitaus geringere Unterschiede auf. Die günstigste Entwicklung steht der VG Hillesheim bevor, für die neben dem niedrigen Einwohnerrückgang auch der niedrigste Seniorenanteil und der geringste Rückgang der Personen unter 18 Jahre zu erwarten ist. Verhältnismäßig günstig schneidet die VG Gerolstein bezüglich des Einwohnerrückgangs ab, wobei der Anstieg der Senioren und der Rückgang der jungen Bevölkerung etwa im Kreisdurchschnitt liegen. Die VG Daun und VG Kehlberg weisen ähnliche Entwicklungsperspektiven auf, die etwa dem Kreisdurchschnitt entsprechen. Der VG Obere Kyll steht hingegen nicht nur der deutlich stärkste Einwohnerrückgang bevor, sondern zugleich auch der höchste Seniorenanstieg sowie ein noch ausgeprägter Rückgang der jungen Bevölkerung unter 18 Jahre (Tab. AH 1).

Aus den demografischen Veränderung sind für die gesundheitliche Versorgung nachstehende Folgerungen zu ziehen: Von 2010 bis 2020 geht die Einwohnerzahl des Landkreises um ca. 6,5 % zurück<sup>8</sup> und bis 2030 wahrscheinlich um ca. 10 %, sodass entsprechend weniger Einwohner zu versorgen sind. Trotz dieses Einwohnerrückgangs muss aber aufgrund des deutlichen Anstiegs älterer Einwohner, insbesondere der Quote hochbetagter Personen, dennoch mit höherem medizinischen und gesundheitlichen Versorgungsbedarf gerechnet werden, da dieser nach dem 55. Lebensjahr einen deutlichen Anstieg erfährt (Anstieg der Älteren siehe Abb. 4). In ländlichen Räumen werden kleine Gemeinden aufgrund des höheren Seniorenanteils davon verstärkt betroffen sein.

---

<sup>8</sup> Aus der Hochrechnung des vom Statistischen Landesamt Rheinland-Pfalz angeführten durchschnittlichen jährlichen Bevölkerungsrückgangs ermittelt.

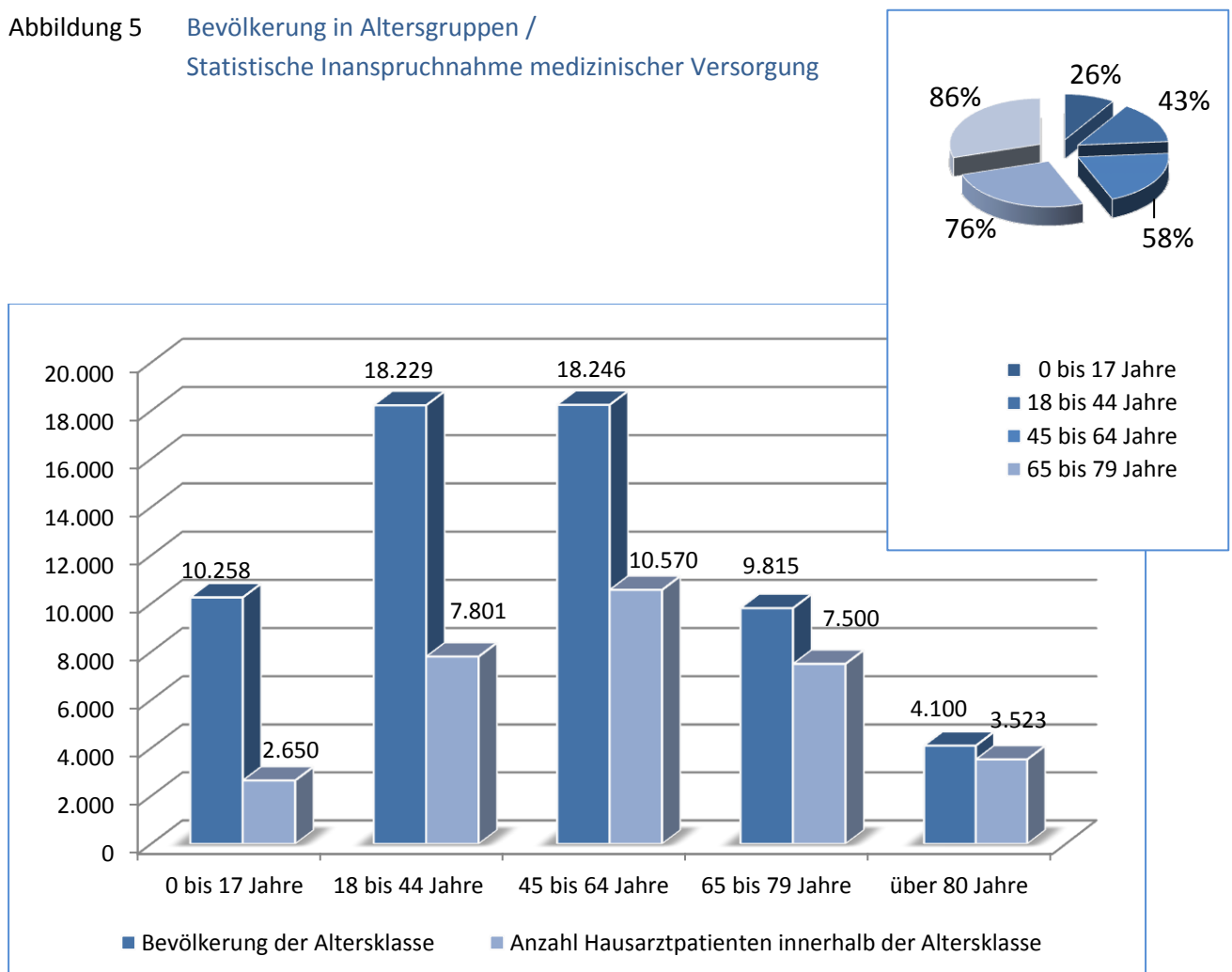
Tabelle 4 Patientenzahlen nach Altersklasse und Inanspruchnahme Rate

Altersklasse	Bevölkerung der Altersklasse	Anteil der Altersklasse an Gesamtbevölkerung	Anzahl Hausarztpatienten innerhalb der Altersklasse	Inanspruchnahmerate innerhalb der Altersklasse
0 bis 17 Jahre	10.258	16,91 %	2.650	25,83 %
18 bis 44 Jahre	18.229	30,06 %	7.801	42,79 %
45 bis 64 Jahre	18.246	30,09 %	10.570	57,93 %
65 bis 79 Jahre	9.815	16,18 %	7.500	76,41 %
über 80 Jahre	4.100	6,76 %	3.523	85,93 %
<b>Insgesamt</b>	<b>60.648</b>	<b>100,00 %</b>	<b>32.044</b>	<b>52,84 %</b>

Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel. Hrsg. KV Rheinland-Pfalz März 2013, S. 41.

Anmerkung: Der Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung gibt für 2011 als Einwohnerzahl 62.659 an, S. 17. Die Unterschiede der Angaben zur Bevölkerungsgröße im Kreisatlas dürften darin begründet sein, dass die Datenbasis für die Inanspruchnahme-Rate jünger ist, so dass sich andere Werte ergeben (siehe auch Einleitung S. 6-7), was aber letztlich keine wesentlichen Auswirkungen für die Konzeptentwicklung hat.

Abbildung 5 Bevölkerung in Altersgruppen /  
Statistische Inanspruchnahme medizinischer Versorgung



**Fazit**

Dem Landkreis Vulkaneifel steht bis 2030 mit 10,1% ein merklich stärkerer Bevölkerungsrückgang als für das restliche Rheinland-Pfalz bevor. Die Alterung entspricht etwa dem Landesdurchschnitt. Diese Entwicklung trifft voraussichtlich die Verbandsgemeinden unterschiedlich. Die günstigste Entwicklung ist für die VG Hillesheim zu erwarten, eine verhältnismäßig günstige für die VG Gerolstein. In den VG Daun und VG Kelberg wird die zukünftige Entwicklung wahrscheinlich etwa dem Kreisdurchschnitt entsprechen, wogegen sich für die VG Obere Kyll die ungünstigsten demografischen Perspektiven abzeichnen. Aufgrund der ansteigenden Alterung der Bevölkerung muss trotz des Einwohnerrückgangs mit einem zunehmenden medizinischen und gesundheitlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung gerechnet werden. Das gilt für sämtliche Verbandsgemeinden.





### 3 Versorgungssituation

Die derzeitige Gesundheitsversorgung basiert im Wesentlichen auf

- allgemeinmedizinischer (Hausärzte) ambulanter ärztlicher Versorgung durch Praxen und MVZ (Medizinische Versorgungszentren)
- ambulanter Facharztversorgung durch Praxen und MVZ
- stationärer Versorgung durch Krankenhäuser
- ergänzender medizinischer Versorgung (Ergotherapeuten, Pflege, Physiotherapeuten, Krankengymnastik, Logopäden) und
- Apotheken/Sanitätshäusern.

#### 3.1 Ambulante Gesundheitsversorgung

##### Allgemeinmedizin

Im Landkreis sind heute in 28 Praxen und MVZ (Medizinischen Versorgungszentrum) insgesamt 48 Allgemeinmediziner/innen tätig, eine Ärztin davon in 20-stündiger Halbtags­tätigkeit. Gemäß den Angaben im *Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Vulkaneifel* gibt es 43 Vertragsärzte mit 40,55 Versorgungsaufträgen. Nach den jüngsten Datenangaben (Ende Juni 2014) der KV ist von 42 Hausärzten (Personenzahl) in den Betrachtungen auszugehen. Da jedoch die Anzahl der Versorgungsaufträge nicht verändert wurde, ist weiterhin von dem im KV-Atlas angegebenen vertragsärztlichen Versorgungsbesatz von 40,55 Hausärzten auszugehen. Der derzeitige höhere reale Ärztebesatz ist in arbeitsvertragliche Regelungen/Teilzeitarbeit begründet. Gemäß den KV-Angaben weist der Landkreis einen rechnerischen Versorgungsgrad von 110 % auf. Der Kreis ist damit überversorgt und deshalb derzeit für Neuzulassungen von Praxen gesperrt.

Bei acht Praxen handelt es sich um Gemeinschaftspraxen. Fünf Praxen haben angestellte Ärzte, wobei es sich vorrangig um Gemeinschaftspraxen oder MVZ handelt. Nur eine Einzelpraxis hat mehrere angestellte Ärzte. Bei einer anderen handelt es sich um eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis, da dort neben den beiden Allgemeinmedizinern ein Internist tätig ist. Von daher ist bereits heute eine größere Anzahl der Allgemeinmediziner in Praxen tätig, die günstige Organisationsformen für die zukünftigen Herausforderungen haben (siehe Kapitel 4 u. 5). In nächster Zeit werden die Inhaber von fünf Praxen altersbedingt in den Ruhestand treten. Wenn keine Nachbesetzung erreicht wird, würde sich die Ärztezahl auf 37 und die der Versorgungsaufträge auf die Tätigkeit von 35,55 Allgemeinmedizinern vermindern. Dennoch wäre rechnerisch eine ausreichende Versorgung mit Allgemeinmedizinern gegeben. Die Probleme liegen jedoch in dem abzusehenden Ruhestandseintritt weiterer Mediziner: Bis 2020 werden voraussichtlich 20 der 42 in Hausarztpraxen tätigen Mediziner aufgeben. Wenn es nicht gelingt, Nachfolger zu finden, fallen diese Praxen weg. Die Wiederbesetzung von Hausarztpraxen ist jedoch ausgesprochen schwierig (siehe Kapitel 5). Deshalb zeichnet sich die Gefahr deutlicher Versorgungslücken ab.

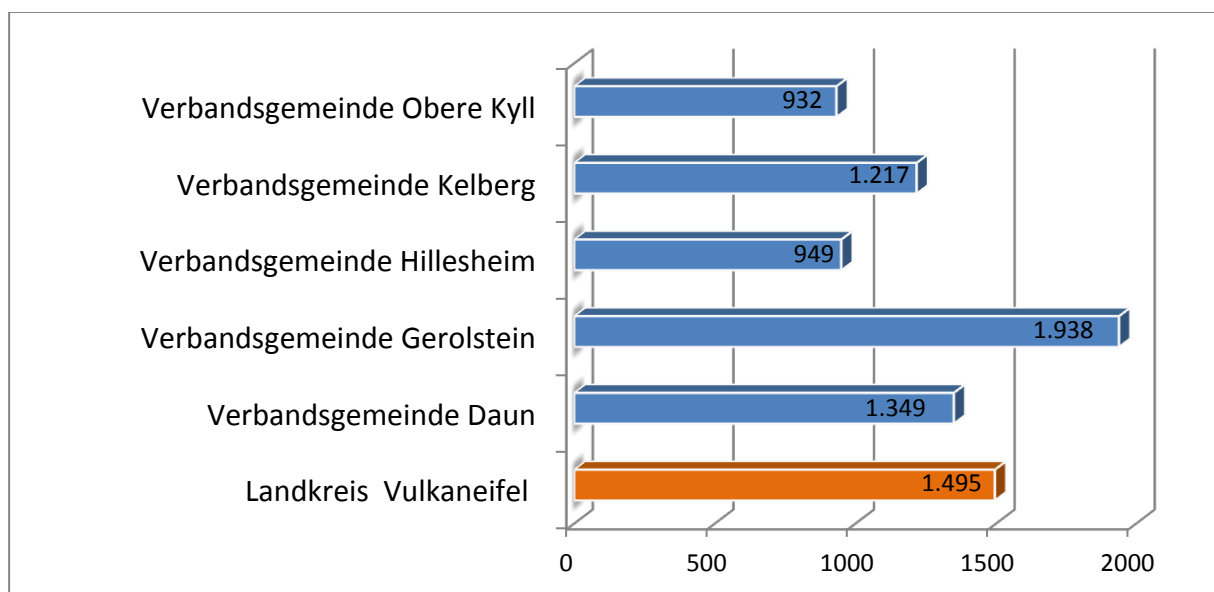
Insgesamt ist derzeit von einer quantitativ ausreichenden Versorgung mit Hausärzten auszugehen. Deren Erreichbarkeit ist trotz des teilweise dünnen Praxisbesatzes in der Fläche ländlicher Gebiete (siehe Karte 1) offensichtlich für den Großteil der Bevölkerung gut. Fast 30 % der Patienten haben eine Praxis in maximal einem Kilometer Entfernung. Knapp 75 % könnten eine Praxis in einer Entfernung bis max. fünf Kilometern erreichen. Dennoch legten die Hausarztpatienten gemäß der Recherchen der KV im 2. Quartal 2012 durchschnittlich 6,8 km Fahrdistanz zurück. Offensichtlich spielen persönliche Präferenzen, Verkehrsanbindungen und Arbeits- und Pendlerwege eine maßgebliche

Rolle. Etwa 18 % der Bevölkerung benötigen jedoch einen Anreiseweg von 10-15 km, für ca. 7 % sind es 20-25 km und für eine geringe Zahl sogar über 30 km. Damit ist die Erreichbarkeit derzeit nur für einen kleinen Teil der Bevölkerung aufgrund ihrer Wohnsitzlage oder nicht vorhandener Mobilität ein Problem. Dennoch weisen Bürgervertreter auf die schlechte Erreichbarkeit der nächsten Arztpraxen in der Fläche ländlicher Räume hin.<sup>9</sup> Das ist ernst zu nehmen. Für die Zukunft zeichnet sich größerer Handlungsbedarf infolge bevorstehenden altersbedingten Ruhestände von Allgemeinmedizinerinnen ab (siehe Abschnitt zukünftiger Handlungsbedarf).

### Regionale Ausprägung

Räumlich ist die Versorgung unterschiedlich verteilt (siehe Abb. 6 und Karte 1). Rein rechnerisch<sup>10</sup> ist der Kreis und vier seiner Verbandsgemeinden übersorgt. Die Verbandsgemeinde Gerolstein weist jedoch bereits Defizite auf und in einigen Verbandsgemeinden bestehen aufgrund der Schließung von Hausarztpraxen ebenfalls teilräumlich Versorgungsprobleme.

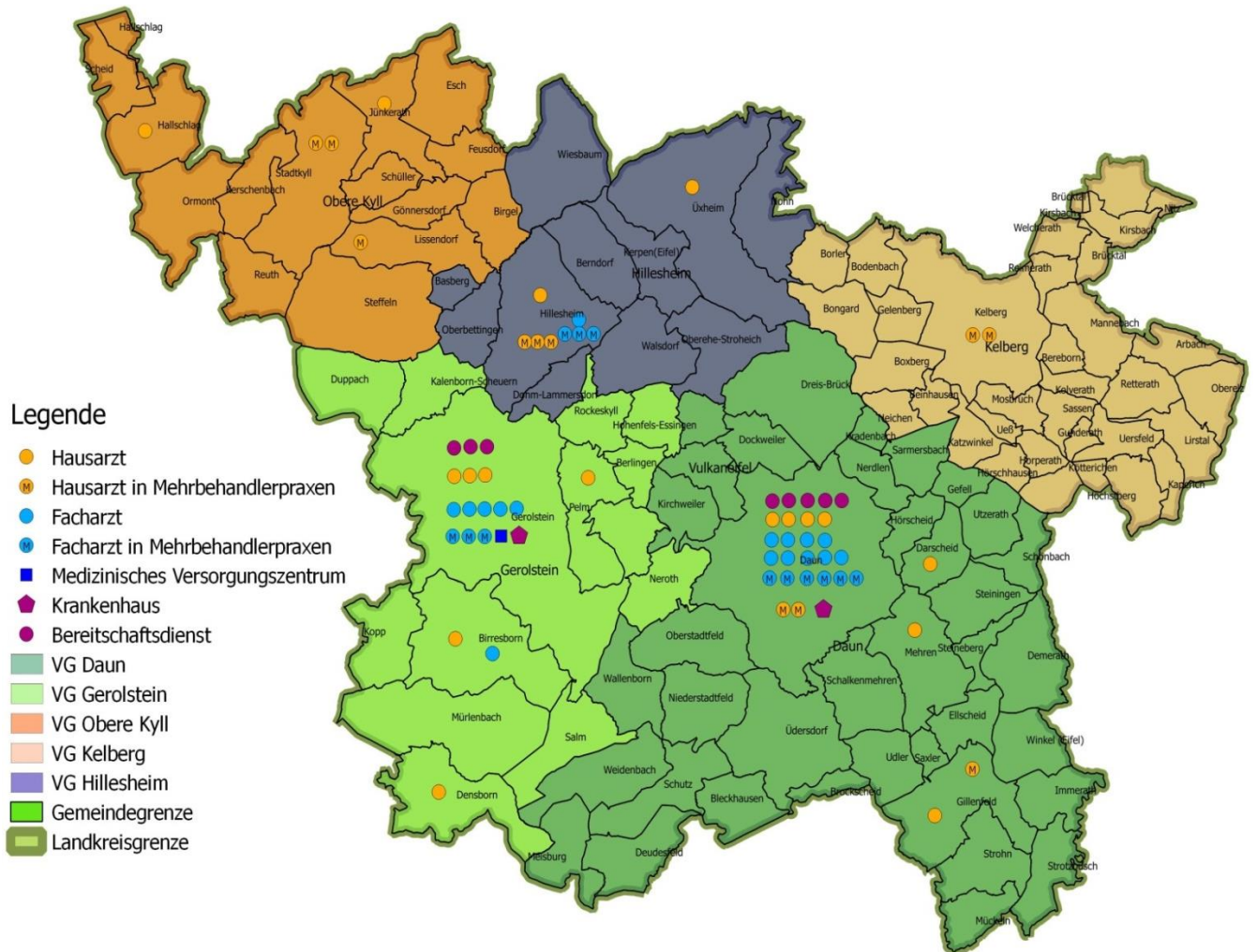
Abbildung 6 Hausärzte je Einwohner in Verbandsgemeinden



<sup>9</sup> Interviewaussage Verein Bürger für Bürger Daun e. V.

<sup>10</sup> Wenn ohne Berücksichtigung von Teilzeittätigkeiten sämtliche in einer Verwaltungsgemeinschaft tätigen Ärzte voll gerechnet werden.

Karte 1 Landkreis Vulkaneifel, Standorte Arztpraxen



### Fachärztliche Versorgung

Der *Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel* gibt 46 Fachärzte sowie 41,7 Versorgungsaufträge an<sup>11</sup>. Die Daten des Kreises geben sogar eine Zahl von 50 Fachärzten an<sup>12</sup>. Die Unterschiede zu den Angaben im *Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung* sind vermutlich in Teilzeitverträgen von angestellten Ärzten begründet, so dass die Ärzteanzahl höher als die der Versorgungsaufträge ist. Außerdem werden drei Ärzte aufgrund ihrer Doppelqualifikation (zwei Internisten, ein Diabetologe) sowohl als Fachärzte als auch Allgemeinmediziner geführt und damit sowohl in der Anzahl der Hausärzte als auch der Fachärzte angegeben. Die Zahl der Versorgungsaufträge und Vollzeit-äquivalenten der Vertragsärzteschaft der Fachärzte liegt 9% höher als die Bedarfsplanung<sup>13</sup>. Deshalb ist für den Landkreis Vulkaneifel gemessen an den Richtwerten der KV derzeit von einer sehr guten Versorgungslage auszugehen. Die Facharztpraxen im Kreis Vulkaneifel decken zwölf medizinische Fachrichtungen ab. Bei der Urologie werden die Richtlinienangaben der KV jedoch unterschritten. Bei der Kinderheilkunde sinkt die Versorgung aufgrund der durch Ruhestandseintritte reduzierten Zahl

<sup>11</sup> *Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel*. Hrsg. KV Rheinland-Pfalz März 2013, S. 24.

<sup>12</sup> Daten die der Landkreis im Frühjahr 2013 zur Projektbearbeitung zur Verfügung stellte.

<sup>13</sup> *Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel*. Hrsg. KV Rheinland-Pfalz März 2013, S. 24.

der Kinderärzte auf zwei Mediziner und damit auf eine Unterversorgung von fast 50%. Von den Fachärzten arbeiten elf als Angestellte, in einem Fall auf Halbtagsbasis (20 Std.) und in einem anderen auf 10-Stundenbasis (Tabelle 5). Die meisten Fachärzte sind in Einzelpraxen tätig. An neun Standorten handelt es sich um Gemeinschaftspraxen, zwei davon sind fachübergreifende Gemeinschaftspraxen.

Tabelle 5 Facharztversorgung<sup>14</sup>

Facharzt	Anzahl Standorte	Anzahl Ärzte	davon angestellt	KV-Versorgungsrichtwert Ew / A	Versorgungsgrad Ew / A
Augenheilkunde	4	5	1	20.664 Ew/A	12.000 Ew/A
Chirurgie	1	2	-	39.711 Ew/A	30.000 Ew/A
Dermatologie und Venerologie	2	2	-		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5	7	-	6.042 Ew/A <sup>15</sup>	8.571 Ew/A
Hals-Nasen-Ohrenärzte	2	2	-	31.768 Ew/A	30.000 Ew/A
Innere Medizin	7	13	3,5	23.148 Ew/A 31.876 Ew/A	4.000 Ew/A
Kinderheilkunde	2	5	1	3.859 Ew/A <sup>16</sup>	2.300 Ew/A <sup>17</sup> absehbar 5.755 Ew/A <sup>18</sup>
Neurologie/Psychiatrie, Nervenärzte	2	2	1	5.953 Ew/A	31.300 Ew/A
Orthopädie	3	6	2,25	23.813 Ew/A	10.443 Ew/A
Radiologie	1	6	1	49.095 Ew/A	10.000 Ew/A
Urologie	1	1	-	47.189 Ew/A	62.650 Ew/A
Diabetologie	1	1	-		

Als Bezugsbasis wurde die Bevölkerung von 2011 angesetzt, die gerundet ca. 62.659 Ew. betrug.

Der Besatz an Fachärzten wurde aus den Datenangaben des Landkreises vom Frühjahr 2014 entnommen. In diesen Angaben werden drei Ärzte sowohl unter den Allgemeinmedizinern als auch unter Fachärzten aufgeführt.

Die traditionelle Form der Einzelpraxen im Landkreis ist deutlich zurückgegangen. Stattdessen arbeiten zunehmend Ärzte und Ärztinnen in der Organisationsform von örtlichen wie auch überörtlichen

<sup>14</sup> Die in der Tabelle aufgeführten KV-Versorgungsrichtwerte sind entnommen aus dem *Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel*. Hrsg. KV Rheinland-Pfalz März 2013, S. 29

<sup>15</sup> Bezogen auf die weibliche Bevölkerung, *Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel* S. 29. Zur Bedarfsermittlung wurde die Anzahl der Frauen aus der Einwohnerstatistik 2012 herangezogen.

<sup>16</sup> Einwohner der relevanten Altersgruppe 0- unter 18 (*Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel*, S. 29) wurde die Anzahl der relevanten Personengruppe (0- unter 18 Jahre) wurde aus den Bevölkerungsdaten 2012 ermittelt.

<sup>17</sup> Die Anzahl wurde für die Personen 0- unter 18 Jahre berechnet, gemäß der Daten der obersten Landesplanung Rheinland-Pfalz vom Frühjahr 2014.

<sup>18</sup> Die Befragung der Ärzte im Rahmen des Projektes ergab, dass 2015 zwei Kinderärzte voraussichtlich ohne Nachfolger (trotz großer Bemühungen) in den Ruhestand gehen, und bis 2017 ein weiterer Kinderarzt verrentet wird.

Berufsausübungsgemeinschaften und in MVZ. Außerdem gibt es im Landkreis vier Zweigpraxen, die einen zusätzlich zum Vertragsarztsitz betriebenen Praxisstandort unterhalten.

Die Versorgung mit Zahnarztpraxen im Kreis ist ausreichend und die Altersstruktur ist ausgeglichen. Deshalb steht keine „Ruhestandseintrittswelle“ bevor. Bislang ist der Landkreis für Zahnärzte attraktiv und es gibt keine Nachwuchsprobleme, wenn Praxis-Inhaber in den Ruhestand treten. Einzig die räumliche Verteilung kann für nicht-mobile Patienten Probleme aufwerfen, da sich die Zahnarztpraxen ebenfalls weitgehend auf die größeren Städte bzw. Zentren konzentrieren.

### **Regionale Ausprägung**

Die fachärztliche Versorgung konzentriert sich weitgehend in den Städten. Der Großteil der Facharztpraxen liegt in Daun und Gerolstein und somit in den beiden Mittelzentren dieser Verbandsgemeinden. Hinzu kommen einige Praxen in Hillesheim und eine in Lissendorf. In den vielen Gemeinden im ländlichen Raum gibt es kaum Fachärzte und Fachärztinnen. Das beinhaltet grundsätzliche Probleme für die fachärztliche Versorgung nicht-mobiler Patienten in der Fläche. Es gilt umso mehr, da die – demografisch bedingt – alten, insbesondere hoch betagten Einwohner, die chronisch und multimorbid krank sind und fachärztliche Versorgung benötigen, deutlich zunehmen werden: Zudem weisen wie oben dargelegt (S. 12-13) die kleinen ländlichen Gemeinden einen höheren Anteil dieser Altersgruppe auf.

## **3.2 Stationäre Versorgung – Krankenhäuser**

Der Landkreis Vulkaneifel verfügt über zwei Krankenhäuser bzw. Kliniken: das Krankenhaus Maria-Hilf in Daun und das Krankenhaus in Gerolstein der Marienhausgruppe, die weitere Krankenhäuser u. a. in Bitburg, also außerhalb des Landkreises Vulkaneifel hat. Außerdem gibt es zwei spezielle Kliniken in Darscheid und Schalkenmehren für Psychiatrie und Physiotherapie. Sie sind aber nicht der Grundversorgung zuzurechnen und versorgen auch Patienten aus anderen Räumen. Da der Einzugsbereich der Patienten nicht bekannt ist, werden diese Einrichtungen hier nicht weiter betrachtet, abgesehen von der Feststellung, dass auf diesen medizinischen Fachgebieten eine ausreichende Versorgung besteht.

Gemäß dem *Krankenhausplan 2010* verfügt der Landkreis über eine gute stationäre Krankenhausversorgung, wofür das Krankenhaus in Daun, das der Kategorie der Grundversorgung zuzuordnen ist, genannt ist. Für das Krankenhaus in Gerolstein ist im *Krankenhausplan 2010* kein Bedarf ausgewiesen.

Diese Einschätzung steht jedoch im Widerspruch zu dem am 6.3.2014 von der rheinland-pfälzischen Landesregierung vorgestellten *Zukunftsprogramm „Gesundheit und Pflege – 2010“*. Das Programm gibt vor, dass trotz des Kosten- und Anpassungsdruckes das Ziel der Landesregierung ist, „...gemeinsam mit den Krankenhäusern Strukturen zu entwickeln, die es möglich machen, die Existenz der kleinen ländlichen Krankenhäuser als bedeutende Zentren der regionalen Gesundheitsversorgung wirtschaftlich und bedarfsgerecht sicherzustellen.“<sup>19</sup> Außerdem wäre der Erhalt dieses Krankenhauses auch für die im *Krankenhausplan 2010* angeführte Zielsetzung eines wohnortnahen Ange-

---

<sup>19</sup> <http://msagd.rlp.de/gesundheit/zukunftsprogramm-gesundheit-und-...>, vom 8.4.2014.

botes wichtig<sup>20</sup>. Deshalb sollten die Ausführungen im *Krankenhausplan 2010* überdacht und erneut geprüft werden. Für das Vorhaben *Sicherung der Gesundheitsversorgung in der Vulkaneifel* sind die Bedeutung des Krankenhauses für eine ortsnahe Versorgung zu klären und die konzeptionellen Möglichkeiten für dessen Erhalt herauszuarbeiten.

Tabelle 6 Krankenhäuser im Landkreis Vulkaneifel<sup>21</sup>

Fachrichtung	Daun Maria Hilf Bettenbestand		Gerolstein Elisabeth Krankenhaus Bettenbestand	
	Soll	Ist	Soll	Ist
Innere Medizin	85	83	48	Für das Elisabeth Krankenhaus in Gerolstein liegen für den Bettenbestand kein Ist-Zahlen vor
Chirurgie	61	50	40	
Unfallchirurgie / Orthopädie	40	40		
Urologie	16+B <sup>22</sup>	14		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3+B			
Gynäkologie / Geburtshilfe	16+B	15	10+B	
Intensivmedizin / Anästhesie	10	10	4	
Erwachsenenpsychiatrie			66	
<b>Vollstationär gesamt</b>	<b>231</b>	<b>212</b>	<b>168</b>	
Erwachsenenpsychiatrie			14	
Kinder- und Jugendpsychiatrie		20		
<b>Teilstationär gesamt</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	

Für das Elisabeth Krankenhaus in Gerolstein liegen für den Bettenbestnad kein Ist-Zahlen vor

<sup>20</sup> *Zukunftsprogramm „Gesundheit und Pflege – 2010“*. Darin heißt es: „Rheinland-Pfalz verfügt über eine bedarfsgerechte, flächendeckende, ortsnahe und qualitativ gute Krankenhausversorgung. Doch auch die Krankenhauslandschaft unterliegt den Rahmenbedingungen, unter denen sich die stationären Angebote verändern werden. Steigender Kostendruck, wachsende Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen sowie knappe Verfügbarkeit von Fachkräften führen gerade bei den kleinen Krankenhäusern zu einem Anpassungsdruck. Ziel der Landesregierung ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus Strukturen zu entwickeln, die es möglich machen, die Existenz der kleinen ländlichen Krankenhäuser als bedeutende Zentren der regionalen Gesundheitsversorgung wirtschaftlich und bedarfsgerecht sicherzustellen.“ *Krankenhausplan 2010*, S. 29-30.

<sup>21</sup> *Krankenhausbedarfsplan 2010, Bettenbestand in beiden Krankenhäusern vom 7.8.2009*, Mainz 2010, S. 270/271, für das Krankenhaus Gerolstein liegen jedoch keine Ist-Zahlen vor.

<sup>22</sup> „+ B“ bedeutet zusätzliche Belegbetten, Belegbetten: „In Belegabteilungen behandeln nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, mit denen vertragliche Vereinbarungen bestehen. Sie sind berechtigt, ihre Patientinnen und Patienten (Belegpatientinnen und Patienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hier bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel voll- oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Das ärztliche Honorar wird gegenüber den Patientinnen und Patienten oder der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Belegärztin oder den Belegarzt abgerechnet. Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses wird von dem Krankenhausträger mit der Krankenkasse oder mit der Selbstzahlerin bzw. dem Selbstzahler (Patientin oder Patient) oder mit der privaten Krankenversicherung abgerechnet. Belegabteilungen sind ein Beispiel für die Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung. Es handelt sich dabei häufig um kleinere Abteilungen, die der Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in besonderer Weise dienen.“ *Krankenhausplan 2010*, S.42

Der *Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel* führt dazu an, dass die Krankenhäuser im Kreis mit 399 Planbetten insgesamt 4 % über dem Landesdurchschnitt von Rheinland-Pfalz liegen. Zugleich wird davor gewarnt, daraus auf eine Überversorgung zu schließen, da die ausgewiesenen Planbetten benachbarte Kreise mitversorgen, in denen diese nicht vorhanden sind. Zudem wird dort angeführt, dass im Landkreis „...Vulkaneifel in 23 der beplanten Fachbereiche überhaupt keine Planbetten ausgewiesen sind, da in ländlichen Kreisen keine Krankenhäuser der Maximalversorgung mit einem breiten Fachspektrum vorhanden sind. Es fehlen so bedeutende Fachgebiete wie Augenheilkunde, Dermatologie, Kinder- und Jugendmedizin, Radiologie und Neurologie. Diese werden in Krankenhäusern der Nachbarkreise oder im nächsten Oberzentrum bereitgestellt“<sup>23</sup>. Die Facharztleistungen können auch zu Teilen konsiliarisch im Krankenhaus mit niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Zusammenfassend sieht der Kreisatlas der KV den Schwerpunkt der stationären Versorgung in den Krankenhäusern im Landkreis Vulkaneifel „...eindeutig in der Grund- und Regelversorgung mit Innerer Medizin und chirurgisch-orthopädischen Leistungen“ sowie in dem Versorgungsschwerpunkt in der Erwachsenenpsychiatrie<sup>24</sup>.

### **Notfallversorgung / Bereitschaftsdienst**

Die Notfallversorgung durch den Bereitschaftsdienst wird von einigen Medizinern des Kreises wegen der Konzentration auf zwei Standorte bemängelt. Dadurch ergeben sich z. T. deutlich längere Einsatzfahrzeiten, die in kritischen Situationen für Patienten eine große Gefährdung sein können. Die Mehrzahl der Mediziner erachtet jedoch die derzeitige Regelung als vorteilhaft.

### **3.3 Ambulante Medikamentenversorgung**

Die ambulante Medikamentenversorgung wird im Kreis Vulkaneifel durch 16 Apotheken in zwölf Gemeinden geleistet. Damit verfügt jede Verbandsgemeinde über Apotheken, die sich dort weitgehend in den großen Städten befinden. Außer Üdersdorf haben alle Gemeinden mit mehr als 1.000 Einwohnern eine oder – wie in Daun, Gerolstein und Hillesheim-Stadt – mehrere Apotheken. In den kleineren Gemeinden gibt es nur in Birgel, Oberbettingen und Pelm eine Apotheke. Das Angebot sichert insgesamt eine ausreichende Versorgung. In ländlichen Räumen sind jedoch teils längere Wege erforderlich. Ein gewisser Ausgleich erfolgt in den Randgebieten des Kreises durch die Apotheken in den benachbarten Kreisstädten Bitburg, Kyllburg, Mayen, Prüm und Wittlich. Die Nichtnachbesetzung einzelner Hausarztpraxen kann die Rentabilität/Existenz von Apotheken gefährden, die überwiegend von lokalen Hausarztpraxen abhängen.

Um in kleinen Gemeinden ohne Apotheke die Versorgung zu verbessern, wurde von vier Apotheken Medikamenten-Terminals als Modellvorhaben eingeführt. Trotz erster Hinweise auf positive Ergebnisse für die Kundenakzeptanz wird das Projekt aufgrund der Bedenken der Apothekenkammer Rheinland-Pfalz nicht weiter geführt<sup>25</sup>. Von Seiten ansässiger Apotheker im Kreis wird auf den **veränderten und erhöhten Medikamentenbedarf älterer, chronisch kranker Patienten mit Vielfach-Medikamentenbedarf** verwiesen, der wegen der demografisch bedingten Zunahme älterer Einwohner ansteigen und zu neuen Herausforderungen führen wird. Deshalb wird eine **enge patientenbezogene Abstimmung und Kooperation zwischen Hausärzten und Apotheken** angeregt. Es läuft dazu

<sup>23</sup> *Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel*. Hrsg. KV Rheinland-Pfalz März 2013, S. 48.

<sup>24</sup> a. a. O., S. 49.

<sup>25</sup> Das Aus für die Pillenautomaten, in:

<http://www.volksfreunde.de/nachrichten/Region/wirtschaft/Wirtschaft...,19.02.2015>

bereits ein Feldversuch zwischen der Bundes-KV und der KV-Sachsen und der dortigen Apothekerkammer. Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Medikamentenversorgung für unmobile Patienten in kleinen Ortschaften ohne Apotheke könnten Apothekenbriefkästen bringen, wie sie in einigen Regionen anderer Bundesländer bestehen. Dort können die Patienten ihre Rezepte einwerfen. Die Briefkästen werden täglich geleert, so dass kurzfristig das Medikament per Post zugestellt wird. Grundvoraussetzung für das Konzept der Apothekenbriefkästen ist jedoch die Zustimmung der Apothekerkammer Rheinland-Pfalz.

### **3.4 Angebot medizinisch-pflegerischer Leistungen**

Die Darstellung des Angebots medizinisch-pflegerischer Leistungen basiert auf den Angaben im *Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel* (siehe Tabelle 7), den Angaben des Landkreises vom März 2014 sowie Angaben der Pflegedienstleistenden vom Juni 2014. Demnach besteht im Landkreis ein vielfältiges und breit gefächertes Angebot (ebd.).

Der Landkreis Vulkaneifel verfügt über elf Pflegedienste, die 961 Pflegefälle versorgen sowie über elf stationäre Pflegeeinrichtungen. Davon bieten elf Einrichtungen in der vollstationären Dauerpflege 779 Plätze an, von den 630 belegt sind (Auslastung 80,9 %) sowie 38 Kurzzeitpflege, von den 25 belegt sind (Auslastung 65,8 %). Außerdem gibt es in der Tagespflege zwei solitäre Einrichtung (in Daun und Gerolstein mit insgesamt 16 Plätzen) sowie fünf Dauerpflegeeinrichtungen, die insgesamt 13 Tagespflegeplätze anbieten. Demnach gibt es im Landkreis Vulkaneifel für etwa jeden 80. Einwohner einen Pflegeheimplatz für vollstationäre Dauerpflege. Gemäß den Angaben im Statistischen Monatsheft Rheinland-Pfalz waren 2.370 Personen im Landkreis Vulkaneifel im Jahre 2011 Pflegegeldempfänger.<sup>26</sup> Davon wurden 26,6 % in der vollstationären Dauerpflege oder unter Einschluss der Kurzzeitpflege 27,6 % stationär und durch Pflegedienste 40,5 % versorgt. Daraus ist zu folgern, dass die restlichen 754 Pflegefälle bzw. 31,8 % familiär zu Hause versorgt wurden. Bezogen auf die Bevölkerung des Landkreises ergibt sich eine Pflegefallquote von 3,78 % der Bevölkerung, wovon die ambulante Pflegequote durch Familien 1,2 %, durch Pflegedienste 1,53 % und die in stationärer Unterbringung 1,05 % beträgt. Bezogen auf die Pflegebedürftigen ergeben die Quoten, dass von den Pflegefällen 31,7 % familiär, 40,5 % ambulant und 27,8 % stationär versorgt werden.

---

<sup>26</sup> Ickler, G.: Pflegebedarf Menschen, Statistisches Monatsheft Rheinland-Pfalz, 2013, S. 245.



Tabelle 7 Anbieter und Einrichtungen medizinisch-pflegerischer Leistungen im Kreis Landkreis Vulkaneifel<sup>27</sup>

Anbieter und Einrichtungen	Anzahl
<b>Apotheken</b>	16
<b>Ambulante Hospizdienste</b>	2
<b>Ambulante Pflegedienste</b>	10
<b>Stationäre (Voll-)Pflegeheime</b>	11
<b>Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tagespflege)</b>	2
<b>Vorsorge- und Rehabilitation</b>	3
<b>Rettungswachen</b>	4
<b>Notarztstandorte</b>	2
<b>Pflegestützpunkte</b>	2
<b>Psychiatrische Versorgung</b>	12
<b>Praxen für Ergotherapie*</b>	16, eine z.Z. ohne Therapeut
<b>Physiotherapeuten/Krankengymnasten*</b>	27
<b>Physikalische Therapie, Bewegungstherapie*</b>	32
<b>Logopäden*</b>	8

Gemäß den Angaben in den Statistischen Berichten von Rheinland Pfalz sind je 1.000 Ew. mit 65 oder mehr Jahren im Kreis Vulkaneifel 30 ambulant pflegebedürftig<sup>28</sup>. Damit liegt der Landkreis Vulkaneifel etwas über den Landesdurchschnitt von 28 Pflegefälle/ 1.000 Einwohner. Die Teilgebiete von Rheinland-Pfalz weisen aber eine sehr große Breite auf, die von 18 bis 60 Pflegefällen je 1.000 Einwohner reicht. Der reale Bedarf liegt jedoch in der Vulkaneifel - wie die Fallzahlen des Landkreises belegen - heute deutlich höher als in den statistischen Berichten angegeben ist.

Der stationäre Pflegebedarf wird in den statistischen Berichten für den Landkreis Vulkaneifel mit 48 Plätzen je 1.000 Einwohner mit 65 oder mehr Lebensjahren angegeben. Damit liegt der Kreis merklich über dem Landesdurchschnitt von 40 Pl./ 1.000, wobei wiederum die Teilgebiete des Landes sehr große Unterschiede aufweisen, die je 1.000 Einwohner von einem Bedarf von 21 bis zu 71 Plätzen reichen. Bei dieser Bedarfsquote ist für den Landkreis Vulkaneifel von ca. 560 Plätzen auszugehen. Die reale Belegung liegt jedoch bei 630 Plätzen, was mit hoher Wahrscheinlichkeit darin begründet ist, dass die Einrichtungen im Kreis auch auswärtige Personen aufgenommen haben.

<sup>27</sup> *Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung Kreis Vulkaneifel* Tab. 11, S. 49, dort als Quelle: Landkreis Vulkaneifel, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie des Landes Rheinland-Pfalz (Stand 2009). Die dortigen Angaben zu Pflegeeinrichtungen wurden entsprechend den Angaben des Landkreises Vulkaneifel vom März 2014 aktualisiert.

\* Angaben des Landkreises Vulkaneifel März 2014.

<sup>28</sup> Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, Statistische Berichte, Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger am 15. bzw. 31. Dezember 2011, S. 10

Tabelle 8 Leistungsanbieter im Landkreis / Verwaltungsgemeinschaften bezogen auf die Bevölkerung

Leistungsart	Landkreis Vulkaneifel		Verbandsgemeinde Daun		Verbandsgemeinde Gerolstein	
	60.276Ew.		22.868 Ew.		13.415 Ew.	
	Anzahl	Ew. / Anbieter	Anzahl	Ew. / Anbieter	Anzahl	Ew. / Anbieter
Logopäden	11	5.480	4	5.717	2	6.708
Ergotherapie	7	8.611	2	11.434	2	6.708
Physiotherapie Krankengymnastik	27 (32)	2.232 (1884)	17 (20)	1.345 (1.143)	2	6.708
Ambulante Pflege- dienste	10	60.276	4	5.717	3	4.472
Tagespflege	2	60.276	1	22.868	1	13.537
Stationäre Pflege- einrichtung	11	5.480	5	4.574	2	6.708
Apotheken	17	3.546	4	5.717	5	2.683

Quelle: Angaben des Landkreises Vulkaneifel Frühjahr 2014

Anmerkung: Der Berechnung der Pflegefälle musste aus den in der Einleitung (S. 6) angeführten Gründen auf einer anderen Datengrundlage erfolgen, so dass sich Abweichungen zu den Angaben in Tab. 5, S. 18 angeführten Bevölkerungsgröße ergeben, die jedoch für die Konzeptionsentwicklung unerheblich sind.

Leistungsart	Verbandsgemeinde Hillesheim		Verbandsgemeinde Kelberg		Verbandsgemeinde Obere Kyll	
	8.486 Ew.		7.117 Ew.		8.390 Ew.	
	Anz.	Ew. / Anbieter	Anz.	Anz.	Ew. / Anbieter	Anz.
Logopäden	4	2.122	-	4	2.122	-
Ergotherapie	1	8.486	2	1	8.486	2
Physiotherapie Krankengymnastik	2 (3)	4.243 (2.829)	4 (5)	2 (3)	4.243 (2.829)	4 (5)
Ambulante Pflege- dienste	1	8.486	1	1	8.486	1
Tagespflege	-		-	-		-
Stationäre Pflege- einrichtung	1	8.486	1	1	8.486	1
Apotheken	3	2.829	1	3	2.829	1

Quelle: Angaben des Landkreises Vulkaneifel Frühjahr

Insgesamt verfügt der Landkreis heute über ein gutes und ausreichendes Angebot an stationären und ambulanten Pflegekapazitäten. Angebot und Auslastung belegen, dass der Landkreis derzeit und zumindest für die mittelfristige Zukunft ausreichend mit stationären Pflegeheimplätzen versorgt ist. Das gilt auch für weitere Gesundheitsdienste. Dennoch zeichnen sich Probleme ab, insbesondere wegen der sich abzeichnenden Lücken in der ärztlichen Versorgung, der zunehmenden Knappheit von Pflegefachkräften und der räumlichen Verteilung der Angebote. Die ambulanten und stationären Dienste bzw. Einrichtungen der Pflege konzentrieren sich in den Verbandsgemeinden vor allem auf die größeren Gemeinden und Städte. Es gibt aber drei ambulante Dienste in Gemeinden unter 1.000 Einwohnern, eine davon unter 250 Einwohnern. Bei den stationären Pflegeeinrichtungen sind zwei in Gemeinden unter 1.000 Einwohnern – eine davon mit weniger als 500 Einwohnern – gelegen. Einrichtungen der Tagespflege gibt es in Daun und Gerolstein. Die Konzentration der stationären Pflegeeinrichtungen auf größere Gemeinden hat eine eher knappe Ausstattung in der Fläche des ländlichen Raumes zur Folge. Das wiederum bringt es mit sich, dass nicht-mobile Einwohner kleiner ländlichen Gemeinden zu Angehörigen, die in Pflegeeinrichtungen untergebracht werden, ggf. nur schwer persönliche Kontakte aufrechterhalten können. Weil es nur Tagespflegeeinrichtungen in Daun und Gerolstein gibt, ist zukünftig von einer Ausweitung dieses Pflegebedarfes auszugehen, der weite Teile des Landkreises betreffen wird.

Die Ausstattung in den Gebieten der Verbandsgemeinden weist gemessen an der Anzahl der Einwohner, die auf den bzw. die Leistungsanbieter rechnerisch entfallen, deutliche Unterschiede auf (siehe Tabelle 8 und Abbildung 7). Das ist auch darauf zurückzuführen, dass die Leistungsanbieter ebenfalls die Bevölkerung aus den benachbarten Verbandsgemeinden mitversorgen. Die geringe Auslastung in zwei Verbandsgemeinden könnte an dem hohen Versorgungsgrad liegen. Genaue Rückschlüsse sind jedoch nicht möglich, da die Einzugsbereiche der Heime nicht bekannt sind. Somit lässt sich die Bedeutung des Zugangs von Personen aus Gebieten außerhalb des Kreises nicht einschätzen. Die hohen Pflegeheimkapazitäten, die über den durchschnittlichen Bedarfswahlen für Rheinland-Pfalz liegen und zum Teil nicht ausgelastet sind, sprechen dafür, dass ggf. zur Auslastung Patienten aus Räumen außerhalb des Kreises aufgenommen werden. Das könnte zukünftig zu hohen finanziellen Belastungen für den Kreis führen, denn in der stationären Pflege erhalten viele Patienten Sozialhilfe, weil ihre Renten nicht die Pflegekosten abdecken.

Abbildung 7 Pflegeheimplätze und Einwohner

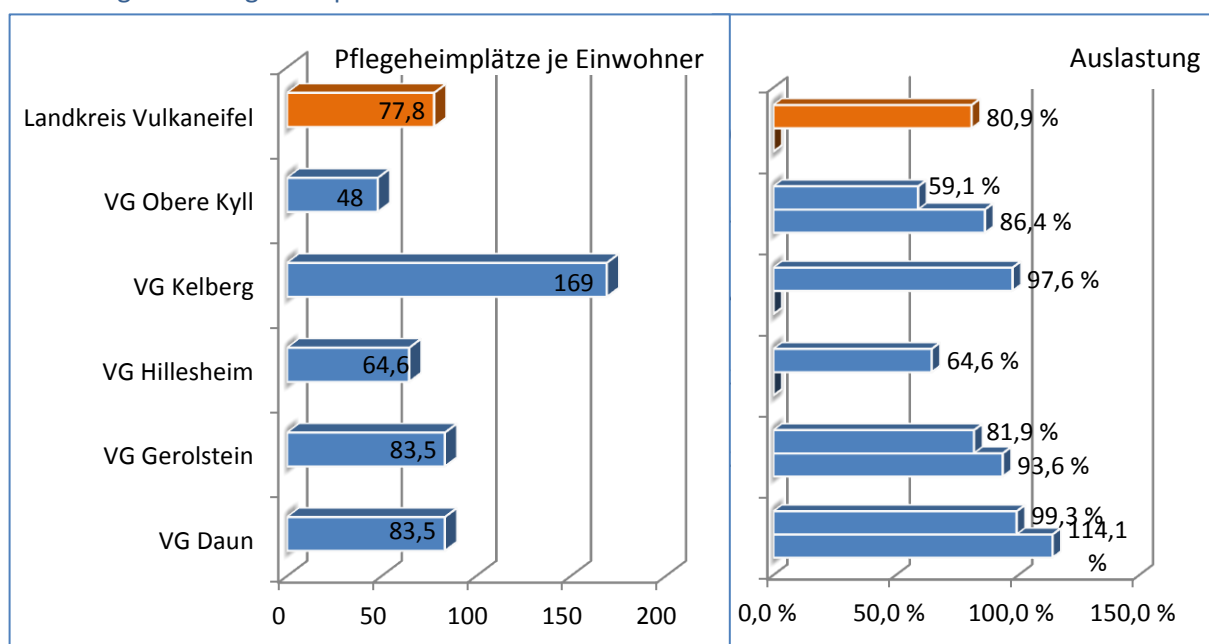


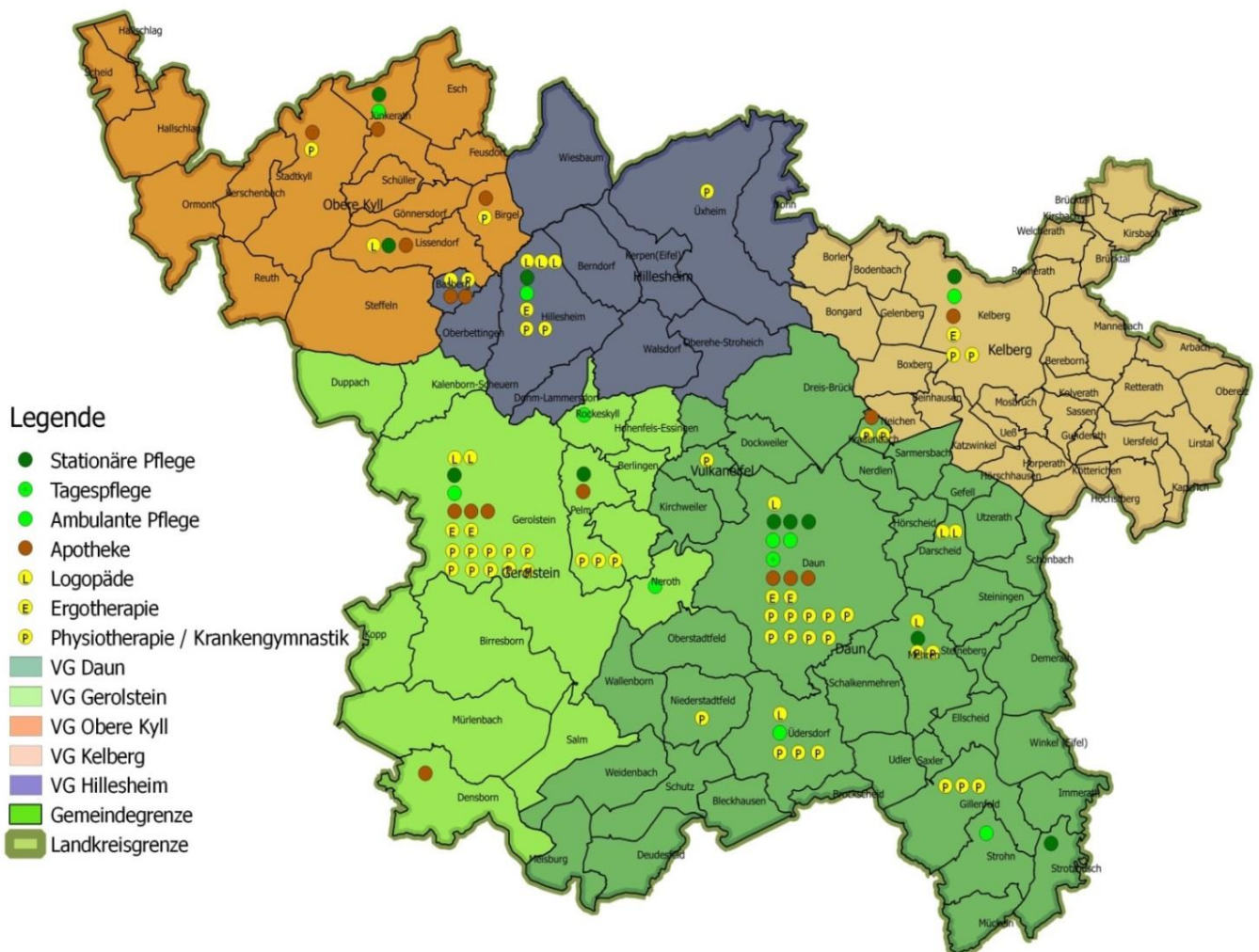
Tabelle 9 Pflegeplätze und deren Auslastung

Verbandsgemeinde	1 Platz vollstationäre Dauerpflege	durchschnittliche Auslastung	Auslastung der Heime von - bis
<b>Landkreis Vulkaneifel</b>	<b>je 77,8 Ew.</b>	<b>80,9%</b>	
VG Obere Kyll	je 48,0 Ew.	59,1%	42,7%-86,35
VG Kelberg	je 169,0 Ew.	97,6%	97,6%
VG Hillesheim	je 64,6 Ew.	64,6%	64,6%
VG Gerolstein	je 83,5 Ew.	81,9%	56-93,6 %
VG Daun	je 83,5 Ew.	99,3%	97,3% -114,1%

Anmerkung: In den Verbandsgemeinde Hillesheim und Kelberg gibt es nur eine Einrichtung, so dass die Angaben zur Auslastung „von – bis“ entfällt.

Quelle: Angaben des Landkreises, Frühjahr 2014.

Karte 2 Landkreis Vulkaneifel Standorte Pflegeeinrichtungen und weitere Gesundheitsdienste



Auch die weiteren Dienste der Gesundheitsversorgung sind weitgehend in den Zentren konzentriert. Das gilt insbesondere für Leistungen in den Bereichen Ergotherapie und Physiotherapeuten/ Krankengymnasten, die sich vor allem auf größere Gemeinden mit über 1.000 Einwohnern konzentrieren, vorrangig auf die Stadt Daun und mit einem noch größeren Angebot auf Gerolstein, sowie auch auf Hillesheim und Kelberg. Es gibt nur wenige Anbieter in kleinen Gemeinden. Ähnlich sieht es bei den Logopäden aus. Nur ein Logopäde praktiziert in einer Gemeinde unter 100 Einwohner.

### **Fazit**

Der Landkreis weist derzeit eine gute Versorgung mit Hausärzten auf. Rechnerisch ist der Kreis überversorgt, deshalb besteht eine Sperre für die Neuzulassung von Praxen. Dabei zeigen einige ländliche Räume nur eine knappe Versorgung auf. Die Versorgung mit Facharztpraxen ist ebenfalls gut. Diese sind jedoch nahezu ausschließlich in den Zentren gelegen, was Erreichbarkeitsproblemen für unmobilen Personen bedingen kann. Bei vielen Praxen handelt es sich bereits um Mehrbehandlerpraxen. Das gilt am stärksten für Fachärzte. Die Krankenhausversorgung ist mit den Schwerpunkten Grund- und Regelversorgung innere Medizin sowie Chirurgie und Orthopädie durch die beiden Krankenhäuser in Daun und Gerolstein gut. Der Personalbesatz kann nur durch den verstärkten Einsatz von Fachkräften mit Migrationshintergrund gesichert werden. Der Krankenhausplan 2010 weist jedoch für die Betten des Krankenhauses Gerolstein keinen Bedarf mehr aus. Die Aussage in diesem Plan steht im Widerspruch zum Zukunftsprogramm des Landes „Gesundheit und Pflege“, das als Zielsetzung den Erhalt kleiner Krankenhäuser zur ortsnahen Versorgung vorgibt. Die ambulante Medikamentenversorgung ist ausreichend, wenngleich auch dort Erreichbarkeitsprobleme in der Fläche bestehen. Der Landkreis Vulkaneifel weist einen deutlich höheren Pflegebedarf als der Landesdurchschnitt auf. Der Landkreis verfügt jedoch über stationäre und ambulante Kapazitäten, die den derzeitigen Eigenbedarf überschreiten. Deshalb werden teilweise auch Patienten aus anderen Räumen versorgt und es bestehen vereinzelt Unterauslastungen.



## 4 Versorgungsbedarf und Perspektiven

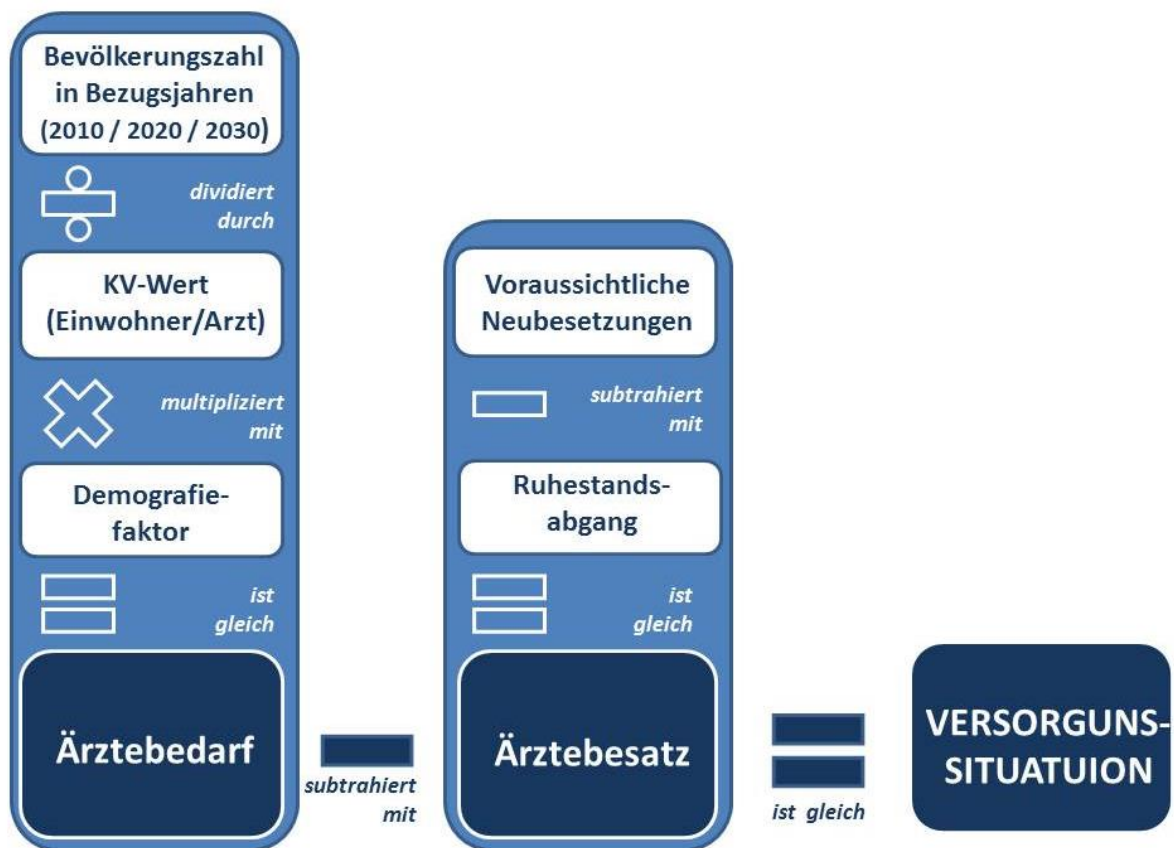
Die in diesem Kapitel getroffenen Aussagen zum Versorgungsbedarf und den Perspektiven **gelten nur dann, wenn die Entwicklung wie bisher weiter verläuft**. Damit soll der **Handlungsbedarf verdeutlicht und veranschaulicht werden**, der für strukturelle Veränderungen und Maßnahmen besteht, damit diese Entwicklung vermieden wird.

Zur Einschätzung der zukünftigen Bedarfe kommt den Bevölkerungsdaten wesentliche Bedeutung zu. Die Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz liegen wie in jedem Bundesland in drei Varianten vor, nämlich für eine günstige, eine mittlere und eine ungünstige Bevölkerungsentwicklung. Für die vorliegende Berechnung wurde wie im Kreisatlas der KV die mittlere Variante gewählt, so dass damit auch eine Übereinstimmung mit den KV-Berechnungen gegeben ist. Für die Aussagen zum Trend der sehr langfristigen Entwicklung wurden die Angaben in der Bevölkerungsvorausberechnung bis 2060 des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz genutzt. Diese Daten liegen jedoch nur in zusammengefasster Form für den gesamten Landkreis Vulkaneifel vor. Das ist sinnvoll, weil über derart lange Zeiträume keine seriösen kleinräumigeren Aussagen möglich sind. Die Daten, denen in Ergänzung zu den Angaben zur Gesamtbevölkerung besondere Relevanz für die medizinische Versorgung und Pflege zukommt, sind die Personen unter 18 Jahre zur Einschätzung des Bedarfes an Kinderärzten, die Anzahl der Frauen zwischen 45 und 65 Jahre, da diese im Wesentlichen die familiäre Altenhilfe und –pflege leisten, sowie die Personen mit 65 und mehr Jahren. Wegen des altersabhängigen Anstiegs des Versorgungsbedarfs sind diese Personen möglichst in Fünfjahresgruppen abzubilden. Aufgrund des Datenschutzes sind diese Angaben jedoch für die Verbandsgemeinden nur für Personen bis unter 80 Jahre zugänglich. Deshalb liegen die Daten zu den Personen mit 80 und mehr Jahren nur für den gesamten Landkreis Vulkaneifel vor (siehe dazu Anhang Tab. AH 1 und Tab. AH 2).

### 4.1 Bedarf medizinische Versorgung

Ausgangsbasis für die Bedarfsberechnung ist die Entwicklung der Bevölkerungsgröße, wobei das Alter der Einwohner wegen dessen Einfluss auf den Versorgungsbedarf zu berücksichtigen ist. Da mit dem Alter der Versorgungsbedarf ansteigt, wird der Versorgungsrichtwert je nach dem Anteil älterer Einwohner gemindert. Die Berechnung zur Minderung des KV-Wertes ist in mehreren Schritten wie folgt vorzunehmen: Zunächst werden zur Situationserfassung auf die bestehende Einwohnerzahl und zur zukünftigen Bedarfseinschätzung auf die für 2020 und 2030 prognostizierten Einwohnerzahlen die Bedarfsrichtwerte der KV bezogen, um damit den Ärztebedarf und dessen zukünftige Entwicklung zu ermitteln. Dem somit festgestellten Bedarf wird der Besatz an Medizinern unter Berücksichtigung der zukünftigen Entwicklung gegenübergestellt. Dabei wird der voraussichtliche Abgang an Medizinern infolge altersbedingter Ruhestandseintritte in Abzug gebracht und die voraussichtlichen Wiederbesetzungen hinzugerechnet.

Abbildung 8 Schaubild zur Ermittlung Ärztebestand, Ärztebesatz und Versorgungssituation



Das künftig ansteigende Alter der Bevölkerung erhöht den Versorgungsbedarf. Der altersabhängige Mehrbedarf wird gemäß der Bedarfsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der kassenärztlichen Vereinigung<sup>29</sup> durch einen Demografie-Faktor wie folgt berücksichtigt:

1. Das Verhältnis der Personen über und unter 65 Jahren im Betrachtungsgebiet wird multipliziert mit dem Leistungsbedarfsfaktor.
2. Das Verhältnis der Personen über und unter 65 Jahren in der zugehörigen Region wird multipliziert mit dem Leistungsbedarfsfaktor<sup>30</sup>.
3. Das Ergebnis von Schritt 1 wird durch das Ergebnis von Schritt 2 dividiert.
4. Mit dem nun vorliegendem Ergebnis wird der Richtwert für die ärztliche Bedarfsberechnung multipliziert und ist dann für die Berechnung zu verwenden.

Die Bedarfsrichtlinie gibt vor, dass für diese Berechnung die Bevölkerungsgruppen der entsprechenden Altersgruppen der Planungsregion, in welcher der Landkreis liegt, zu verwenden sind. Der Landkreis Vulkaneifel gehört zur Planungsregion, die ebenfalls die Landkreise Bernkastel-Wittlich, Bitburg-

<sup>29</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Festlegung von Überversorgung zur Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, Dez. 2012

<sup>30</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Festlegung von Überversorgung zur Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, Dez. 2012, S. 74



Prüm und Trier-Saarburg umfasst. Die Berechnungen basieren auf den Bevölkerungsdaten dieser<sup>31</sup> Landkreise, so dass sie die Bevölkerung der Planungsregion wiedergeben. Für die Daten des Landkreises wurden für das Ausgangsjahr die Angaben zur Bevölkerung und Bevölkerungsentwicklung der Landesplanung von Rheinland-Pfalz verwandt. Die Ergebnisse sind im Anhang dargestellt (Tab. AH3).

Tabelle 10 Erwartete Häufigkeit von Hausarztbesuchen<sup>32</sup>

Altersgruppe	Arztbesuch pro Jahr
0 bis unter 3 Jahre	2,5 x
3 bis unter 7 Jahre	2,5 x
7 bis unter 12 Jahre	2,5 x
12 bis unter 16 Jahre	3,0 x
16 bis unter 20 Jahre	4,0 x
20 bis unter 45 Jahre	5,5 x
45 bis unter 65 Jahre	8,5 x
65 bis unter 80 Jahre	14,0 x
80 Jahre u. älter	20,0 x

Der Demografie-Faktor der KV wird hier jedoch kritisch gesehen. Der mit diesem Faktor ermittelte höhere Versorgungsbedarf ist deutlich geringer, als die Erfahrungswerte über den altersabhängigen Arztbesuch aus anderen Regionen belegen. Die hier vorgenommenen Berechnungen erfolgten zwar unter Verwendung des Demografie-Faktors der KV, da dieser die verbindliche Größe ist, aber die damit vorliegenden Ergebnisse sind kritisch zu sehen. In Anbetracht der angeführten Erfahrungen aus anderen Regionen könnte der tatsächliche Versorgungsbedarf höher liegen.

#### 4.1.1 Hausärzte

##### Entwicklung bis 2020

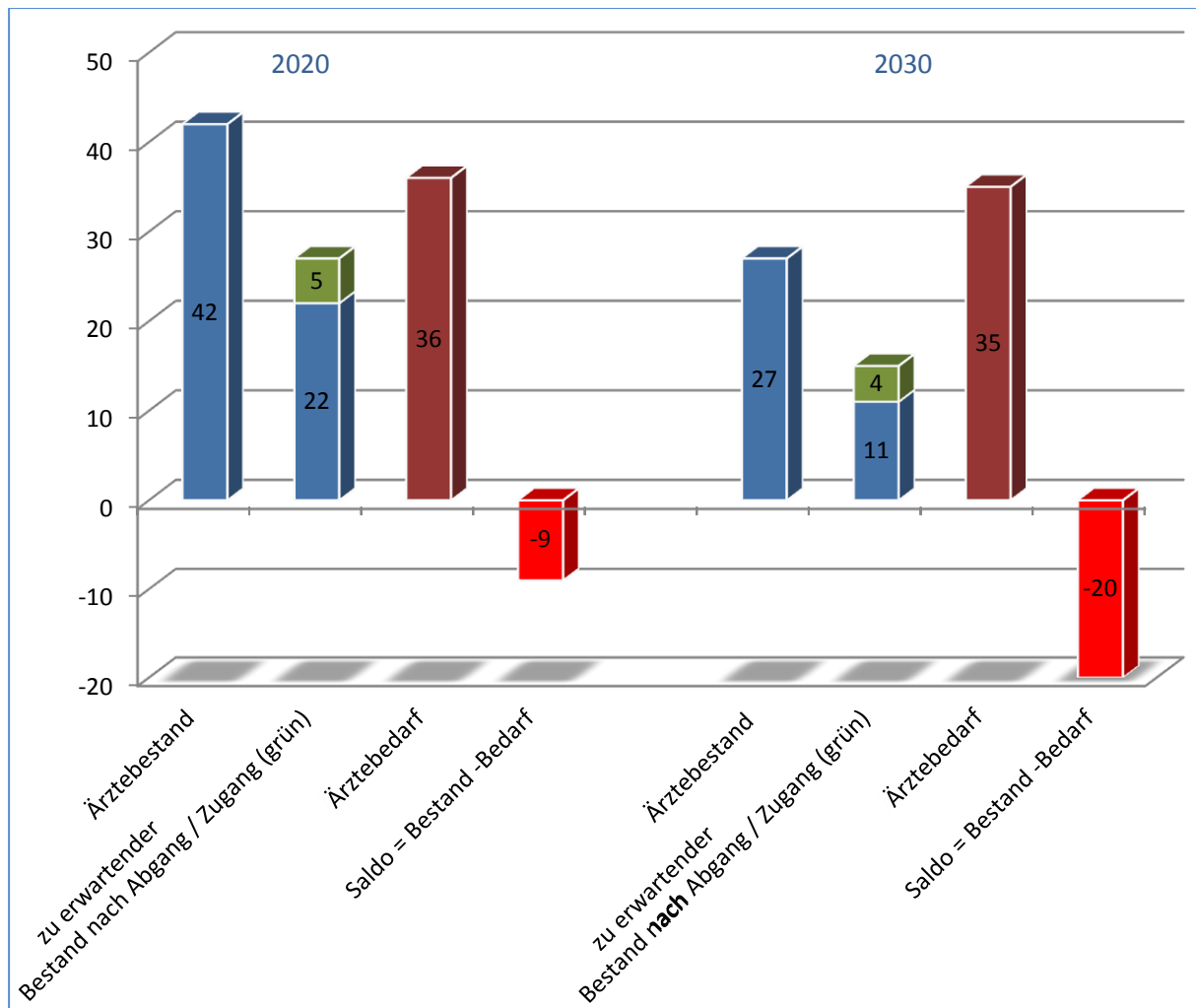
Bis 2020 besteht gemäß den KV-Berechnungen ein Neubesetzungsbedarf von ca. 52 % der Praxen, d. h. es steht ein Abgang von etwa 20 Hausärzten bevor. Da voraussichtlich mit hoher Wahrscheinlichkeit (wenn keine tiefgreifenden konzeptionellen Maßnahmen erfolgen) nur jeder vierte Hausarzt ersetzt werden kann, werden die 22 verbleibenden Hausärzte durch vier bis fünf Nachbesetzungen bzw. Vollzulassungen verstärkt. Dementsprechend müssen 2020 lediglich etwa 26 bis 27 Hausärzte die Versorgung von ca. 57.707 Einwohnern leisten, so dass jeder Hausarzt etwa 2.137 bis 2.220 Einwohner zu versorgen hätte. Gleichzeitig sinkt aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Einwohner die Versorgungsleistung je Hausarzt. Unter Berücksichtigung des Demografie-Faktors der KV sinkt der Versorgungsrichtwert je Hausarzt von 1.671 Einwohner auf 1.569 Einwohner. Der Versorgungsrichtwert, der angibt, wie viele Einwohner ein Hausarzt versorgen kann, hat sich wegen des steigenden Seniorenanteils bereits schon 2010 auf 1.629 Einwohner je Arzt reduziert. Bis 2030 wird der Faktor wegen der weiteren Zunahme des Seniorenanteils auf 1.609 Einwohner je Arzt und bis

<sup>31</sup> Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Statistische Analysen demographischer Wandel Rheinland-Pfalz 2060, 3. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung (Basisjahr 2010), Bad Ems 2012.

<sup>32</sup> Hess. Ministerium für Soziales u. Gesundheit u. Kassenärztliche Vereinigung Hessen: Regionaler Gesundheitsreport 2014, Vogelsbergkreis, Wiesbaden April 2014, S. 15.

2060 auf 1.569 Einwohner je Arzt absinken (Tab. AH 3). Der Sollwert der Versorgung wird dann deutlich überschritten.

Abbildung 9 Prognostizierter Hausärztebedarf 2020 und 2030



#### Entwicklung bis 2030:

Bis 2030 ist aufgrund der heutigen Altersstruktur (74% der Hausärzte waren 2011 etwa 50 Jahre und älter) von einem weiteren ruhestandbedingten Abgang von 15 Ärzten auszugehen. Von den ursprünglich vorhandenen Hausärzten werden dann voraussichtlich nur noch etwa sieben tätig sein (siehe Tab. 11). Zuzüglich der bis 2020 wahrscheinlich erreichbaren vier bis fünf Neuzugänge (vorausgesetzt, es sind junge Ärzte, die 2030 noch tätig sind) sowie vier Neuzugänge für die Abgänge im Zeitraum 2020 bis 2030, werden dann nur noch 15 bis 16 niedergelassene Hausärzte im Landkreis praktizieren. Dementsprechend müsste im rechnerischen Durchschnitt jeder Hausarzt 3.397 bis 3.613 Einwohner versorgen. Das wäre mehr als die doppelte Einwohnerzahl, die der Richtwert der KV für die Versorgungsleistungen eines Hausarztes vorgibt, bzw. es würde einer Unterversorgung von über 100 % entsprechen. Von daher muss ohne strukturelle Veränderungen auch nach 2030 mit einer weiteren Verschärfung von Versorgungsproblemen gerechnet werden.

### 4.1.2 Regionale Ausprägung

Die voraussichtliche regionale Entwicklung des Bedarfs an Hausärzten kann nur überschlägig und vorbehaltlich erfolgen. Für eine genaue Berechnung wäre das Alter der Hausärzte in den einzelnen Verbandsgemeinden erforderlich, um den Zeitpunkt ihres Ausscheidens einzuschätzen und die Information, in welchen Verbandsgemeinden zukünftig Nachbesetzungen gelingen. Die Altersangaben sind aus Datenschutzgründen nicht zugänglich und die Örtlichkeit zukünftigen Niederlassungen ist nicht vorher bestimmbar<sup>33</sup>.

Tabelle 11 Entwicklung der Hausärzte ohne Nachbesetzung bis 2020/2030 im Landkreis Vulkaneifel<sup>34</sup>

Gebiet	2014			2020			2030		
	Anzahl (Kopfzahl)	Anzahl Praxen	davon gefährdet	potenzielle Abgänge 2014/2020	dann noch vorhandene Hausärzte	Nachbesetzung 2014/2020 2020 Anz. Hausärzte	potenzielle Abgänge 2014/2030	dann noch vorhandene Hausärzte	Nachbesetzung. 2014/2030 2030 Anzahl Hausärzte
Vulkaneifel	42	28	5	20	22	4-5 26-27	35	7	8-9 15-16
VG Daun	17	9	1	8	9		12	5	
VG Gerolstein	7	6	1	ca. 3-4	ca. 3-4		7	0	
VG Hillesheim	9	5	1	ca. 4-5	ca. 4-5		8	1	
VG Kelberg	3	3		ca. 1-2	ca. 1-2		3	0	
VG Obere Kyll	7	5	2	ca. 3-4	ca. 3-4		6	1	

Anmerkung: Bei zwei Ärzten handelt es sich um Teilzeitbeschäftigten. Deshalb entspricht die Leistung der Gesamtzahl der für die Verwaltungsgemeinschaften aufgeführten 43 Ärzte nur der Kopfzahl von 42 Ärzten.

#### Perspektiven bis 2020

Kommt es zu dem in der Tabelle 11 aufgeführten Ärzterückgang infolge der Ruhestandseintritte, würden sich ohne Nachbesetzungen mit Ausnahme der Verbandsgemeinde Hillesheim bis 2020 bereits in den vier anderen Verbandsgemeinden Defizite in der Hausarztversorgung einstellen. In der VG Gerolstein, die bereits heute Versorgungsdefizite aufweist, würden sich diese massiv verstärken. Gleichfalls zeichnet sich aufgrund des Alters der Ärzte sowie der Bevölkerung Handlungsbedarf für die Verbandsgemeinden Kelberg und Obere Kyll ab. Wegen der nicht zugänglichen Information über das Alter der Ärzte kann der Rückgang nicht genau berechnet werden. Deshalb kann auch eine andere Ausprägung als in der Tabelle dargestellt eintreten. Ggf. sind Verbandsgemeinden von einem geringeren Rückgang betroffen, so dass auch die Versorgungsdefizite geringer wären. In dem Fall wären

<sup>33</sup> Bei Altersangaben handelt es sich um personenbezogene Daten, die grundsätzlich unter Datenschutz stehen. Darauf wurde auch von der Geschäftsführung der KV-Rheinland-Pfalz auf eine Anfrage von Schade / Winkel im Frühjahr verwiesen. Zudem befürchten Ärzte, dass beim Bekanntwerden ihres absehbaren Ruhestands Patienten frühzeitig zu anderen Praxen abwandern. Das würde wirtschaftliche Nachteile bedeuten und die Chancen, die Praxis an einen Nachfolger zu veräußern, noch weiter verringern.

<sup>34</sup> Die Anzahl der Hausärzte in den Verbandsgemeinden wurde durch anteilmäßige Umrechnung des Ärzterückgangs in Kreis ermittelt. Deshalb sind exakte Aussagen zum Teil nicht möglich, so dass ca.-Angaben „von bis zu“ zu treffen sind.

jedoch der Rückgang und die damit verbundenen Defizite in anderen Verbandsgemeinden umso stärker ausgeprägt.

Da von Nachbesetzungen auszugehen ist, werden die Defizite geringer sein, als für die einzelnen Verbandsgemeinden in der Tabelle dargestellt ist. Die voraussichtlich bis 2020 zu erwartenden vier bis fünf erfolgreichen Nachbesetzungen reichen jedoch bei weitem nicht zum Ausgleich der Ruhestandler aus. Wenn die Nachbesetzungen sich etwa gleichmäßig auf die Verbandsgemeinden verteilen, würden weiterhin massive Versorgungsdefizite für die Verbandsgemeinde Gerolstein sowie auch Defizite für die Verbandsgemeinden Daun, Kelberg und Teilen der Oberen Kyll entstehen. Bei einer ungleichmäßigen Verteilung erfolgreicher Nachbesetzungen würde sich wiederum eine günstigere Versorgung in einzelnen Verbandsgemeinden ergeben sowie umgekehrt in anderen Gemeinden eine noch schlechtere Versorgung.

### **Perspektiven bis 2030**

Bis 2030 wird sich die Situation ohne strukturelle Veränderungen aufgrund der bis dahin erfolgten Ruhestandseintritte massiv verschärfen. Ohne Nachbesetzungen wäre überall von gravierenden Versorgungsproblemen auszugehen. Die bis dahin wahrscheinlichen Nachbesetzungen können die Versorgungsprobleme jedoch nur begrenzt mindern, sodass für sämtliche Verbandsgemeinden große Versorgungsprobleme zu erwarten wären. Diese wären umso gravierender, je weniger Nachbesetzungen in einer Verbandsgemeinde gelingen. Besonders problematisch ist die Perspektive für die ländlichen Räume. Die Hausarztichte ist dort am geringsten. In der Verbandsgemeinde Kelberg und im südwestlichen Raum der Verbandsgemeinde Daun gibt es in der Fläche keinen Hausarztpraxis (siehe Karte 1). Zudem sind Mehrbehandlerpraxen in der Fläche kaum vertreten. Dadurch stellen sich die Versorgungsperspektiven für die Fläche noch ungünstiger dar, da aufgrund des veränderten Rollenverständnis junger Mediziner/innen ein deutlicher Hang zur Angestelltentätigkeit und wenig Bereitschaft für die Tätigkeit als selbstständiger Arzt in einer Einzelpraxis besteht (siehe Kapitel 5). Außerdem muss nach den derzeitigen deutschlandweiten Erfahrungen von einer geringeren Bereitschaft junger Mediziner/innen für eine Niederlassung und beruflichen Tätigkeit in ländlichen Räumen ausgegangen werden (siehe Kapitel 5). Das erschwert zusätzlich die Nachbesetzung in ländlichen Räumen. Infolgedessen spricht einiges dafür, dass Nachbesetzungen am ehesten in den Zentren gelingen. Das gilt vor allem für Daun als Kreisstadt auch wegen der Nähe zum örtlichen Krankenhaus (Fortbildung usw.) sowie für Hillesheim wegen der bereits vorhandenen Mehrbehandlerpraxen und der günstigen Einwohnerentwicklung. Besonders problematisch ist wie oben angeführt die Entwicklung für die Verbandsgemeinde Gerolstein einzuschätzen. Die Verbandsgemeinde weist zwar mit Gerolstein als zweitgrößte Stadt und durch das Krankenhaus positive Merkmale für Mediziner auf. Wegen der dort bevorstehenden Ruhestandseintritte könnten sich die jedoch heute bereits bestehenden sowie für 2020 anzunehmenden Versorgungsdefizite weiter verschärfen. Zudem gibt es in dieser Verbandsgemeinde keine Mehrbehandlerpraxen, was die Attraktivität für junge Mediziner einschränken dürfte.

#### **4.1.3 Fachärzte**

Die Bedarfsberechnung erfolgt anhand der Bevölkerungsgröße, deren voraussichtlicher Entwicklung bis 2020 und 2030 sowie der Richtwerte der KV für die ärztliche Versorgung, die durch den Demografie-Faktor modifiziert wurde.

In der Vulkaneifel praktizieren nach den Angaben des Landkreises 52 Fachärzte (siehe AH Tab. 4). Nach neusten Angaben der KV<sup>35</sup> ist sogar eine Kopfzahl von 54 Fachärzten tätig. Infolge von Teilzeittätigkeit und dgl. reduziert sich die rechnerische Anzahl gemäß der Angaben im KV-Kreisatlas auf 46 Fachärzte, für die 41,7 Versorgungsaufträge bestehen.<sup>36</sup> Die derzeitige Ausstattung ist mit Ausnahme der Unterversorgung in den Fachgebieten Urologie sowie noch defizitärer für Psychotherapeuten als gut einzustufen.

### *Entwicklung bis 2020*

Von der Altersstruktur her werden von den Fachärzten innerhalb der nächsten vier bis acht Jahre, d. h. bis 2019 / 2023, etwa die Hälfte ausscheiden. Darunter befinden sich vier Kinderärzte, die 2015 altersbedingt ihre Tätigkeit einstellen werden. Aktuell besteht die Chance der Nachbesetzung einer Zulassung nur in Daun. Hier wird ein bevorstehendes größeres Defizit deutlich. In Anbetracht der insgesamt bislang guten Facharztbesetzung ergibt sich für den Zeitraum bis 2020 und die Folgejahre - ausgenommen der prekären Zahl bei Kinderärzten, Urologen und Psychotherapeuten- kein Versorgungsengpass. Die reale Situation kann jedoch anders sein, wenn die Ruhestandseintritte in Bereichen erfolgen, die nur knapp oder nur mit einem oder zwei Fachärzten besetzt sind. In dem Fall würde eine fachbezogene Unterversorgung entstehen. Die kann aber auf der Basis der vorliegenden Daten nicht vorausberechnet werden. Dafür müsste das jeweilige Alter der einzelnen Fachärzte bekannt sein. Diese Informationen sind jedoch wegen des Datenschutzes nicht zugänglich (siehe Einleitung S.6-7 u. Anm. 33, S. 35).

### *Entwicklung bis 2030*

Der Versorgungsbedarf reduziert sich infolge des Bevölkerungsrückgangs nur gering auf 22 Versorgungsaufträge für Fachärzte sowie für neun Psychotherapeuten. Da gemäß der Angaben der KV 2013 bereits 69 % der Fachärzte ein Alter von 50 und mehr Jahren hatten<sup>37</sup>, werden von den vorhandenen 54 Fachärzten bis 2028 etwa 32 ausscheiden, bis 2030 werden es voraussichtlich sogar 46 sein<sup>38</sup>. Ohne Nachbesetzungen wären dann nur noch acht Fachärzte im Kreis tätig. Diese Entwicklungsperspektiven sprechen dafür, dass im **Zeitraum von etwa 2021 bis 2028 ein erheblicher Bedarf für Neubesetzungen von Facharztpraxen**, bzw. für eine dortige Tätigkeit (freiberuflich oder angestellt) ansteht, da sonst eine Unterversorgung unausweichlich ist. Da der Ruhestandseintritt die einzelnen medizinischen Fachgebiete, je nach dem (nicht bekannten) Alter der heute dort tätigen Ärzte sehr unterschiedlich treffen kann, ist zudem damit zu rechnen, dass diese **Entwicklung einzelne Fachgebiete besonders betrifft**. Deshalb bedarf es auch im Facharztbereich frühzeitigen Einstellungsaktivitäten, um eine zukünftige Unterversorgung zu vermeiden. Aufgrund der ansteigenden Alterung der Bevölkerung vermindert sich gleichfalls die Einwohnerzahl, die ein Facharzt im jeweiligen Fachgebiet versorgen kann. Die altersabhängigen Veränderungen der Versorgungsanforderungen sind jedoch nicht so wesentlich, sie beinhalten allerdings eine gewisse Verschärfung evtl. bevorstehender Probleme.

### *Regionale Ausprägung*

Die Facharztpraxen des Landkreises Vulkaneifel sind mit Ausnahme einer Praxis ausschließlich in den drei Städten Daun, Gerolstein und Hillesheim gelegen (siehe Karte 1). Die Perspektiven ähneln zeit-

<sup>35</sup> Angaben der KV Rheinland-Pfalz vom 25.6.2014.

<sup>36</sup> Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung: Kreis Vulkaneifel, Mainz 2013, S. 24.

<sup>37</sup> Kreisatlas zur vertragsärztlichen Versorgung: Kreis Vulkaneifel, Mainz 2013, S. 26.

<sup>38</sup> Datenangaben der KV Rheinland-Pfalz vom 25.6.2014.


lich versetzt den bezüglich der Hausärzte getroffenen Prognosen. Nach 2020 muss mit einem hohen Abgang infolge Ruhestandseintritte gerechnet werden. Es ist davon auszugehen, dass gleichfalls Probleme für eine ausreichende Nachbesetzung bestehen. Diese könnten sich etwas günstiger als bei den Hausärzten darstellen, da es kaum um Nachbesetzungen in der Fläche des ländlichen Raumes, sondern um Nachbesetzungen in den Städten des Kreises geht. Ohne strukturelle Maßnahmen ist tendenziell von einer geringeren Versorgungsleistung durch Facharztpraxen auszugehen. Abhängig davon, welche Fachärzte altersbedingt ausscheiden und für welche Fachrichtungen Nachbesetzungen gelingen, müssen für die einzelnen Gebiete der Facharztversorgung Versorgungsprobleme erwartet werden. Da kaum bekannt ist, welche Fachärzte altersbedingt ausscheiden und nicht vorhersehbar ist, in welchen Fachrichtungen Nachbesetzungen gelingen, können hierzu schwerlich Aussagen getroffen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die bereits heute bestehenden Defizite in der Versorgung mit Urologen und Psychotherapeuten sowie die in Kürze eintretenden Defizite an Kinderarzt-Praxen künftig auch in weiteren Fachrichtungen auftreten. Ohne strukturelle Veränderungen ist von einer rückläufigen Facharztversorgung auszugehen. Das bedingt schwierige Terminvereinbarungen mit langen Wartezeiten und tendenziell eine weitere Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung in der Fläche des ländlichen Raumes. Eine gewisse Entlastung ist jedoch durch das Ausweichen der Patienten zu Facharztpraxen in benachbarten Kreisen zu erwarten, was in absehbarer Zeit vor allem für Kinderärzte gelten dürfte. Welche Versorgungsleistungen dadurch möglich sind, lässt sich jedoch kaum vorhersagen, da über den Facharztbesatz und dessen Altersdurchschnitt in den benachbarten Kreisen keine Informationen vorliegen bzw. ebenfalls Angaben zum Alter nicht zugänglich sind.

#### **4.1.4 Ärztliche Versorgung in Krankenhäusern**

Das Krankenhaus in Gerolstein wies in der jüngeren Vergangenheit Probleme bei der Nachbesetzung von Facharztstellen auf. Die oben angesprochene bevorstehende Entwicklung bei den Fachärzten wird auch die personelle Ausstattung der Krankenhäuser betreffen. Genaue Aussagen sind dazu nicht möglich, da die Altersstruktur der Ärzte in den Krankenhäusern nicht bekannt und aufgrund des Datenschutzes ebenso nicht zugänglich ist. Die Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich sprechen dafür, dass die Ärzte in den Krankenhäusern tendenziell etwas jünger als die in den niedergelassenen Praxen sind. Da die Ärzte in den Krankenhäusern ihren Dienst im Angestelltenverhältnis erbringen, entsprechen die Arbeitsstellen weit eher dem veränderten Rollenverständnis junger Mediziner/innen. Von daher ist davon auszugehen, dass die Wiederbesetzung eher möglich ist als für niedergelassene Fachärzte, die in den Ruhestand gehen. Demnach liegt auch hier eine wichtige Aufgabe in der Integration ausländischer Ärzte, wobei es vor allem auf deren Deutschkenntnisse ankommt. In den Krankenhäusern sind viele Ärzte mit Migrationshintergrund tätig. Das wird sich auch künftig kaum ändern. Deshalb wird für die Sicherung des ärztlichen Personals der Zugang von Ärzten mit

Anlage 2 zu Rundschreiben Nr. 467/14 der KGRP

**LÄNDLICHE  
KRANKENHAUSVERSORGUNG  
HEUTE UND 2020**



**Vertragsarztsituation im Einzugsbereich kritisch**

Die ambulante ärztliche Versorgung im Einzugsgebiet wird von vielen ländlichen Krankenhäusern kritisch gesehen. So ist nur jedes zweite Stichprobenkrankenhaus der Auffassung, dass im eigenen Einzugsgebiet ausreichend Hausärzte vorhanden sind.

Versorgungsdefizite in der ambulanten ärztlichen Versorgung haben unmittelbar Auswirkungen auf die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus. Fast zwei Drittel der Krankenhäuser in ländlichen Regionen mit einer nicht ausreichenden Anzahl an Hausärzten von vermehrten Patientenzugängen in ihrer Notaufnahme.

DKI DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT BDO

Quelle: DKI Deutsche Krankenhausinstitut, Anlage 2 zu Rundschreiben Nr. 167/14 der KGRP

ausländischem Hintergrund eine hohe Bedeutung haben. Folglich kommt Maßnahmen, die den Zugang erleichtern, eine wesentliche Bedeutung für die Sicherung des ärztlichen Personals in Krankenhäusern zu. Insgesamt ist daraus zu schließen, dass es auch in Krankenhäusern zu ärztlichen Personalengpässen kommen könnte. Diese werden aber nicht in dem Maße wie bei den niedergelassenen Fachärzten auftreten und dem Trend kann durch geeignete Maßnahmen wie die gezielte Förderung der Integration von Ärzten mit Migrationshintergrund entgegengewirkt werden.

## **4.2 Bedarf Versorgung mit Pflegeleistungen und weiterer Gesundheitsdienste**

### **Zukünftige Bedarfsentwicklung**

Für die Entwicklung des zukünftigen Bedarfs an Pflegekapazitäten sind zwei Faktoren von wesentlicher Bedeutung. Zum einen steigt die Lebenserwartung und damit für längere Zeit sowohl die Anzahl älterer Mitbürger als auch das von diesen erreichte Lebensalter. Zum anderen bleiben die älteren Einwohner statistisch nachweisbar länger fit, so dass sich die steigende Alterung nicht voll auf den Pflegebedarf auswirkt. Die genaue Ausprägung dieser Entwicklung wird in der Literatur unterschiedlich eingeschätzt.

In der Tabelle 12 sind die Angaben zum Pflegebedarf für Rheinland-Pfalz sowie für das Bundesgebiet aufgeführt. Die Angaben für Rheinland-Pfalz beruhen auf landesstatistischer Datenauswertung und sind daher für eine präzise Betrachtung geeignet. Die Bundesangaben haben wiederum den Vorteil, in ambulante Pflege und in vollstationäre Pflege zu differenzieren. Da diese Angaben für Rheinland-Pfalz fehlen, wurde die Aufteilung der Pflegeformen aus den Bundesdaten auf die Daten von Rheinland-Pfalz bezogen. Die damit unvermeidliche Ungenauigkeit wird hier jedoch als nicht zu erheblich

angesehen - in Anbetracht der ebenfalls unvermeidlichen Ungenauigkeiten und Unsicherheiten jeglicher Bevölkerungsvorausberechnungen bzw. Bevölkerungsprognosen sowie der hohen Wahrscheinlichkeit, dass für die Aufgliederung in ambulante und stationäre Pflegefälle deutschlandweit eine ähnliche Tendenz besteht.

### Entwicklung bis 2020

Bis 2020 ist für die zukünftige Entwicklung mit einem weiteren Anstieg des ambulanten Pflegebedarfs zu rechnen. Demnach könnte sich der Bedarf von derzeitigen 961 Pflegefällen um etwa ein Drittel auf 1.280 erhöhen. Der stationäre Pflegebedarf der Bevölkerung des Landkreises wird hingegen bei etwa 674 Plätzen liegen und damit die derzeitige Belegung um 44 Plätze überschreiten. Dafür reichen die bestehenden Kapazitäten, die derzeit 779 Plätze umfassen, voll aus. Deshalb kommt es vermutlich nicht zu einem zusätzlichen Kapazitätsbedarf. Die Auslastung und der Bedarf könnten sich jedoch durch auswärtige Pflegeheimbewohner deutlich verändern. Dadurch könnte eine volle Auslastung bestehender Kapazitäten erfolgen oder sogar zusätzliche Kapazitäten benötigt werden.

Tabelle 12 Pflegebedarf in Abhängigkeit zum Lebensalter

Alter	Rheinland-Pfalz <sup>39</sup>	Statistisches Bundesamt (2013) Pflegestatistik 2011 <sup>40</sup>		
	Pflegequote	Pflegequote	davon ambulant	davon stationär
60 – 65 Jahre	1,3%	1,8%	78,1%	21,9%
65 – 70 Jahre	2,3%	2,8%	77,0%	23,0%
70 – 75 Jahre	4,3%	4,8%	75,5%	24,5%
75 - 80 Jahre	9,2%	9,8%	73,8%	26,2%
80 – 85 Jahre	18,4%	20,5%	69,9%	30,1%
85 – 90 Jahre	35,1%	38,0%	62,6%	37,4%
90 und mehr Jahre	51,8%	57,8%	54,0%	46,0%

### Entwicklung bis 2030

Bis 2030 setzt sich diese Entwicklung fort. Der ambulante Pflegebedarf könnte dann aufgrund der Zunahme der Seniorenzahl auf 1.954 Pflegefälle steigen, d. h. um fast 1.000 Fälle zunehmen und sich damit mehr als verdoppeln. Zugleich ist damit zu rechnen, dass der Anteil der familiären Pflege, der heute in Rheinland-Pfalz etwa 31,7 % der Pflegefälle ausmacht, zurückgeht. Dafür sprechen die rückläufige Entwicklung der Kinderanzahl in den Familien, die beruflich bedingte Abwesenheit von erwachsenen Kindern und anderen Familienmitgliedern sowie der demografisch bedingte Rückgang der Frauen im Alter von 45 bis 65 Jahren, die bislang den wesentlichen Teil familiärer Hilfe leisten. Deshalb ist davon auszugehen, dass dem zukünftig ansteigenden Pflegebedarf geringere familiäre Hilfskapazitäten gegenüber stehen. Das spricht für erheblichen zusätzlichen Personalbedarf, ohne den diese Leistungsausweitung nicht machbar ist. In der stationären Pflege steigt der Versorgungsbedarf für die Bevölkerung der Vulkaneifel auf etwa 780 Plätze. Damit werden die bestehenden Ka-

<sup>39</sup> König, J.: Rheinland-Pfalz 2050: Pflegevorausberechnung. Die Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Pflegebedarf, in: Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz 2010/03, S. 174

<sup>40</sup> www.sozialpolitik-aktuell.de, Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg Essen, abbVI12



kapazitäten voll ausgelastet. Für die Aufnahme von auswärtigen Pflegefällen wären dann keine Kapazitäten frei, bzw. würden bei einer Belegung durch Auswärtige diese Plätze für die Versorgung der einheimischen Bevölkerung des Landkreises fehlen.

Tabelle 13 Zukünftige Entwicklung des ambulanten und stationären Pflegebedarfs

Altersgruppe	2020				2030			
	Person.	Pflegefälle	ambulant	stationär	Person.	Pflegefälle	ambulant	stationär
65 bis unter 70 Jahre	4.191	96	74	22	4.808	111	85	26
70 bis unter 75 Jahre	3.303	142	107	35	4.265	183	138	45
75 bis unter 80 Jahre	2.632	242	179	63	3.463	319	235	84
80 bis unter 85 Jahre	2.774	510	356	154	2.406	443	310	133
85 bis unter 90 Jahre	1.448	508	318	190	1.458	512	320	192
90 und mehr Jahre	880	456	246	210	1.258	652	352	300
<b>gesamt</b>	<b>15.228</b>	<b>1.954</b>	<b>1.280</b>	<b>674</b>	<b>17.658</b>	<b>2.220</b>	<b>1.440</b>	<b>780</b>

Die Herausforderungen für die zukünftige Entwicklung liegen vor allem in der Anpassung der Kapazitäten der ambulanten Pflege an die bevorstehende wachsende Bedarfsentwicklung. Diese Herausforderungen beginnen bereits in nächster Zeit bzw. im Zeitraum bis 2020. Sie werden sich danach weiter verstärken. In der stationären Pflege geht es zunächst um die Bewältigung bestehender Überkapazitäten. Diese könnten durch gezielte Werbung auswärtigen Interessenten angeboten werden und damit ein Handlungs- und Wirtschaftsfaktor im Sinne Gesundland-Vulkaneifel darstellen.

Die Stabilität des Pflegeangebotes hängt jedoch entscheidend davon ab, ob die akutmedizinische Versorgung im Bereich der haus- und fachärztlichen Grundversorgung bei dem sich abzeichnenden Ärztemangel und der Neustrukturierung der Praxisstrukturen auf angestellte Teilzeit-Ärzte und -Ärztinnen sichergestellt werden kann. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist bei den vorliegenden Pflegekonzepten und von denen im Landkreis Vulkaneifel ansässigen Dienstleistern der Pflege bisher immer unterstellt worden.

Bei einer derartigen Ausrichtung sind jedoch zugleich die finanziellen Folgen für den Kreis zu berücksichtigen. Bei den stationären Pflegefällen reichen die Renten häufig nicht zur Kostendeckung aus, sodass die Sozialhilfe die Lücke schließen muss. In Anbetracht der vielen Personen mit gebrochener Erwerbsbiographie, Beschäftigungen im Niedriglohnssektor und den Rentenperspektiven, die für eine weitere Rentenabsenkung sprechen, ist mit einem wachsenden Bedarf für Zuschüsse aus der Sozialhilfe zur Abdeckung der Pflegekosten zu rechnen. Das spricht dafür, die Kapazitäten nach Möglichkeit auf den Versorgungsbedarf der eigenen Bevölkerung zu beschränken. Deshalb ist eine Anwerbung von Pflegepatienten aus Räumen außerhalb des Landkreises nach Möglichkeit auf die Ausfüllung nicht genutzter Überkapazitäten zu begrenzen. Von einem **Ausbau der stationären Kapazitäten über den Bedarf der ansässigen Bevölkerung hinaus ist** wegen des dann wahrscheinlichen hohen Anstiegs der Aufwendungen für Sozialhilfe **abzuraten**. Eine Ausnahme von dieser Empfehlung erscheint nur insoweit vertretbar, wenn dadurch die räumliche Verteilung der Pflegeeinrichtungen deutlich verbessert wird, insbesondere bezüglich der Anbindung der Fläche ländlicher Räume.

### **Weiter Gesundheitsdienste**

Für die weiteren Gesundheitsdienste wie insbesondere Apotheken, Krankengymnastik, Physiotherapeuten ist ebenfalls trotz der rückläufigen Bevölkerungsentwicklung mit wachsendem Bedarf zu rechnen. Das gilt vor allem deshalb, weil bis 2030 der **Anteil und die Anzahl der Senioren** in der Bevölkerung weiter **ansteigen** und wegen des ansteigenden Lebensalters sowie ebenfalls, weil **gesundheitliche Prävention** zukünftig noch wesentlich größere Bedeutung bekommt. Um die Herausforderungen der Zukunft - schon allein aus finanziellen Gründen - zu bewältigen, kommt es u. a. darauf an, die Selbstbestimmtheit der Senioren sowie deren eigenständige Haushaltsführung möglichst lange zu erhalten. Hier kann gesundheitliche Prävention einen wesentlichen Beitrag leisten. Deshalb sind die Kapazitäten entsprechend der Bedarfsentwicklung sukzessiv auszuweiten und anzupassen. Dabei kommt den Apotheken in zweifacher Hinsicht eine hohe Bedeutung zu - einerseits wegen der abgestimmten Medikamentenversorgung multimorbider Patienten und zum anderen zur Sicherung der Medikamentenversorgung in der Fläche. Zur Versorgung der Patienten in der Fläche ist auch in den anderen Bereichen mit einem wachsenden Versorgungsbedarf älterer, nicht-mobiler Patienten zu rechnen, dem durch geeignete Angebotsformen wie insbesondere mobilen Diensten zu entsprechen ist. Auch dies unterstellt die Stabilität insbesondere der hausärztlichen Versorgung. Das gilt auch deshalb, weil die wohnortnahe Ausgabe der Rezepte für die Gesundheitsdienstleister von der Existenz der Hausärzte auf lokaler Basis abhängig ist.

### **Fazit**

Ohne strukturelle Veränderungen zeichnet sich bei einer Fortsetzung der bisherigen Entwicklung folgende Perspektive ab: Die Hausärzte erfahren aufgrund der Ruhestandseintritte bereits bis 2020 einen hohen Abgang, der sich um Anschluss weiter fortsetzt und nicht durch Nachbesetzungen ausgeglichen werden kann. Dadurch stehen hohe Versorgungsdefizite bevor, die sämtliche Verbandsgemeinden betreffen, aber voraussichtlich besonders in der Fläche und in der Verbandsgemeinde Gerolstein ausgeprägt sind. Den Fachärzten steht zeitlich leicht versetzt eine ähnliche Entwicklung bevor, die ebenfalls zu einer Ausdünnung und damit zur Reduzierung der Facharztpraxen führt. Voraussichtlich kann der Rückgang am günstigsten in Daun und mit Einschränkungen in Hillesheim bewältigt werden. Die heute bestehenden Versorgungsdefizite in der Urologie und Psychotherapie sowie die in Verlauf dieses Jahres absehbaren Defizite in der Versorgung mit Kinderärzten werden zukünftig weitere Fachgebiete betreffen. Genaue Aussagen dazu sind aufgrund des begrenzten Datenzugangs jedoch nicht möglich. Ggf. können Versorgungsdefizite durch Patientenbesuche von Fachärz-

ten außerhalb des Kreises etwas gemindert werden. In den Krankenhäusern könnten die bereits heute bestehenden personellen Probleme weiter zunehmen, so dass im noch größerem Umfang ausländisches Personal anzuwerben ist (wenn das gelingt), um die Leistungen zu erhalten.

Im Pflegebereich ist trotz des Bevölkerungsrückgangs infolge der Zunahme älterer Mitbürger, des Anstiegs des Lebensalters und der rückläufigen familiären Hilfe- und Pflegeleistungen mit steigendem Bedarf zu rechnen. Der Kreis verfügt über ein gutes, breites Versorgungsangebot, das zumindest bis etwa 2020 ausreichen wird. Das stationäre Angebot, das heute nur durch Aufnahme von Personen außerhalb des Kreises Vulkaneifel weitgehend auszulasten ist, sollte zukünftig nur dann erweitert werden, wenn es die Versorgung der ansässigen Bevölkerung erfordert. Sonst könnten zusätzliche Soziallasten auf den Kreis zukommen. Bei einer Erweiterung von Kapazitäten sollten diese vor allem in der Fläche mit fehlenden Angeboten geschaffen werden. Für die ambulante Pflege ist aufgrund des steigenden Pflegebedarfs und der rückläufigen familiären Leistungen mit wachsendem Kapazitätsbedarf zu rechnen, damit möglichst viele Senioren/Seniorinnen lange eine eigenständige Hausführung ermöglicht wird. Das ist aufgrund der Bedürfnisse der alten Menschen als auch aus Kostengründen anzustreben, da ambulant versorgte Patienten bislang weitaus geringere Soziallasten beinhalten. Für die Zukunft zeichnen sich deutliche personelle Engpässe für ausreichendes Pflegefachpersonal ab. Dieses Problem muss bewältigt werden, um den Leistungen und der zukünftigen Bedarfsentwicklung zu entsprechen. Eine entscheidende Grundvoraussetzung für Erhalt und Entwicklung der Pflegeleistungen ist die Bewältigung der angeführten ärztlichen Versorgungsprobleme unerlässlich, da sonst die Existenz vieler Einrichtungen und Leistungen gefährdet wäre. Für die weiteren Gesundheitsberufe und Dienste ist aufgrund der Alterung der Bevölkerung ebenfalls mit einem Bedarfsanstieg zu rechnen. Das gilt vor allem für Dienste der Prävention, da diese ebenfalls einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung der Eigenständigkeit älterer Einwohner leisten.



## 5 Besondere Rahmenbedingungen der Konzeptentwicklung

Für die Entwicklung des Konzeptes sind zwei besondere Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Die Reduktion der Allgemeinmediziner, mit denen sich die Bedingungen für die Hausarztversorgung erheblich verschärfen, was zu größtem Handlungsdruck führt sowie die gesetzlichen Veränderungen, mit denen auf diese Herausforderungen reagiert wurde bzw. wird.

### 5.1 Veränderungen der Hausarztversorgung und Handlungsoptionen

Seit über acht Jahren hat sich die Ausbildungsquote für hausärztlich Fachärzte von einem stabilen Durchschnittsbedarf von 2.400 Hausärzten um die **Hälfte** des Bedarfes auf ca. 1.200 Fachärzte p.a. abgesenkt.<sup>41</sup> Die freien Hausarztstellenmöglichkeiten liegen bei 3000. Eine Reserve von früher ausgebildeten Hausärzten von 15.000 hat inzwischen ein Durchschnittsalter über 50 Jahre erreicht, ist **primär im urbanen Umfeld fixiert** und steht auch **nicht für selbstständige Niederlassungskonzepte** zur Verfügung. Diese Hausarztreserve arbeitet entweder gar nicht als Allgemeinarzt oder ist tätig im Krankenhaus, in der Pharmaindustrie oder Medizinischem Dienst der Krankenkassen. Zudem besteht die Angst, bei der Verdoppelung des medizinischen Fachwissens alle drei Jahre, dass die eigene Wissens Ebene nicht mehr den Praxisanforderungen genügt (siehe Tab. AH 9).

**Ärzte Zeitung, 26.11.2014**

*These zu angehenden Ärzten*

**Angst vor der Allgemeinmedizin**

**Warum lassen sich so wenige junge Ärzte als Hausärzte nieder? Weil sie Angst davor haben, glaubt der Gesundheitsweiser Gerlach - und nennt eine weitere Ursache: Es fehlen Vorbilder.**

*Von Christian Beneker*

*Viele junge Mediziner haben tatsächlich existenzielle Ängste", so Gerlach. Es ziehe sie deshalb nach dem Studium oft eher in den öffentlichen Dienst als in die Niederlassung, sagte Gerlach am Rande der Veranstaltung "Gesundheitsversorgung vor Ort zukunftsgerecht gestalten" in Hannover.*

*"Auf die Allgemeinmedizin bezogen fürchten sie die Breite des Faches und die Verantwortung, die sie übernehmen müssen, wenn ein Patient mit unspezifischen Kopf- oder Bauchschmerzen in die Praxis kommt", betonte Gerlach.*

Der hausärztliche Nachwuchs, der bereit ist, im ambulanten Sektor zu arbeiten, ist inzwischen zu ca. 63 % weiblich = 560 Ärztinnen p.a. 340 Nachwuchsärzte sind männlich. 80 % von ihnen bevorzugen die Selbständigkeit, 20 % ein Angestelltenverhältnis. 300 Hausarztabsolventen von jährlich 1.200 Ärzten wollen nicht ärztlich sondern eher im Bereich Wissenschaft/Pharmaindustrie arbeiten. Im Gegensatz zum früheren Facharztabschlussalter zwischen 33 und 35 Jahren haben heute die Ärztinnen bei der Facharztprüfung ein Abschlussalter zwischen **41 und 44 Jahren**. Ihr Ehepartner / Lebenspartner ist sozial im urbanen Umfeld beruflich und wohnmäßig integriert. Dieser ärztliche Nachwuchs wünscht überwiegend eine Teilzeitbeschäftigung, in zeitlich fest begrenzter rein ärztlicher Tätigkeit. Das bedingt Arbeitsbedingungen, die von der Praxis- und Personalorganisation und Bürokratie (Verwaltung, Dokumentation, Abrechnung usw.) entbinden. Zudem streben wegen der hohen Arbeitsbelastung auch viele junge Ärztinnen sowie Ärzte nicht mehr die Tätigkeit als selbstständig niedergelassener Arzt an. Außerdem werden Möglichkeiten zu hoher Flexibilität im Sinne von Wechselmöglichkeiten gewünscht. Das traditionelle, kleinteilige Selbstständigkeitsmodell, in dem der Arzt 30 Jahre

<sup>41</sup> SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Gutachten 2014 – Randziffer 446

an einem Ort in der Mehrfachfunktion als Arzt, Organisator und Investor tätig ist, wird teilweise bereits als „Auslaufmodell“ eingestuft. Es stehen umfassende strukturelle Veränderungen bevor, die einem **Wandel des Berufsbildes** nahe kommen.

Künftig ist davon auszugehen, dass im ländlichen Bereich **nur 25%** der frei werdenden Zulassungen **nachbesetzt** werden. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen begründet das mit der Bevorzugung des urbanen Raumes zu Lasten des ländlichen Raumes.<sup>42</sup> Selbst wenn die Bestrebungen, mehr Studenten für die Allgemeinmedizin zu gewinnen, erfolgreich sind, werden diese frühestens 2025/2030 Wirkungen zeigen. Deshalb müssen die in dieser Zeit verbleibenden Praxen ihre Leistungsfähigkeit um 50-70% steigern. Das verlangt **umfassende strukturelle Veränderungen**, für deren Umsetzung voraussichtlich ein Stufenprozess von etwa zehn Jahren zu veranschlagen ist. Dabei darf es jedoch zu keiner Zeit zu Versorgungslücken kommen. Deshalb muss es bereits mit einem **Vorlauf von zwei bis fünf Jahren** vor einer Praxisaufgabe zu Auffanglösungen kommen durch Gespräche mit wachstumsorientierten Praxen oder – bei Nichtinteresse innerhalb der innerärztlichen regionalen Ärzteschaft – mit Krankenhäusern und ggf. Kommunen.

Eine bedeutende Chance besteht darin, dass die Praxen von Ruheständlern, also Abgeberpraxen, von Ärzten oder subsidiär von anderen Trägern übernommen werden. Das könnten im Landkreis Vulkaneifel Mehrbehandlerpraxen, sowie Praxen, die sich zu Mehrbehandlern ausweiten, oder auch MVZ getragen von Krankenhäusern, Wohlfahrtsverbänden oder auch von Kommunen (siehe a. AH Tab. 7 ) sein. Zur Abgabe von Praxen ist es wichtig, frühzeitig Vereinbarungen zu treffen, die die Übernahme regeln. Das gilt als Rückversicherung des Abgebers und Kalkulation des zukünftigen Trägers sowie auch zur Sicherung des Personals in der Abgeberpraxis, das damit eine Perspektive zum Verbleib in der Praxis erhält. Dabei ist ein gleitender Übergang des Abgebers sinnvoll und anzustreben. Dieser könnte in der Form erfolgen, dass der Inhaber bzw. die Inhaberin der Abgeberpraxis zunächst voll, dann nur noch an bestimmten Tagen mitarbeitet, die nach seinem bzw. ihrem Bedarf im Zeitverlauf reduziert werden. Damit werden die Kenntnisse über den Patientenstamm an die neuen Träger weitergegeben, und es kann durch den Abgeber ein gewisses Coaching für die neuen dort tätigen Medizinern erfolgen. Zudem würde ein Teil der Ärzte einen gleitenden Übergang bevorzugen. Zwei Drittel der in der Vulkaneifel befragten Ärzte wären bereit, drei bis fünf Jahre noch als Teilzeitärzte in ihrer Abgeberpraxis angestellt weiter zu arbeiten<sup>43</sup>. Die Ärzte führten jedoch an, selbst dazu keine Initiative zu wagen, denn im Falle einer öffentlichen Diskussion könnten ihre Patienten verunsichert werden und abwandern.

Ein weiteres Problem kann darin liegen, dass Ärzte in Hinblick auf ihren nahenden Ruhestand bezweifeln, dass sich für sie die Umstellung auf neue Strukturen, wie den unten erläuterten Einsatz delegativer Konzepte, noch lohnt. Das gilt vor allem, wenn eine spätere Übernahme der Praxis fraglich ist, was in Anbetracht des geringen Hausarzneimittelwachstums verständlich ist. Deshalb bedarf es besonderer Kooperationsformen als Auffanglösung. Das wird inzwischen auch vom Deutschen Ärztetag gesehen (siehe AH. 6). Diese könnten als Übernehmer der Abgeberpraxen auftreten und somit diesen eine Sicherheit geben, dass sich ihre Investitionen und Mühen für derartige strukturelle Veränderungen letztlich lohnen und bei Abgabe der Praxis auch auszahlt.

---

<sup>42</sup> SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Gutachten 2014 - Abschnitt 6, Randziffer 441

<sup>43</sup> Ergebnisse aus den Interview/Gesprächen von Ärzten, die im Rahmen der Projektbearbeitung geführt wurden.

Dabei besteht jedoch ein Problem: Die Mehrzahl der befragten Ärzte lehnen im Falle einer Praxisaufgabe die anschließende Mitarbeit als Angestellter bei einem früheren Kollegen, zu dem sie vordem im Wettbewerb standen, ab. Sie würden einen anderen Träger bevorzugen. Diese Aufgabe könnten fachlich wie auch rechtlich gut Krankenhäuser übernehmen. Das wird aber wiederum wegen der dann ggf. übermächtigen Konkurrenz abgelehnt. Zumal wäre damit eine Konzentration zu Lasten der Versorgung in der Fläche zu befürchten. Berufspolitische Vertreter der Hausärzteschaft haben sich in der Vergangenheit gegen eine solche generelle Grundlösung des Engagements von Krankenhäusern ausgesprochen, was gleichfalls auch für die neue Möglichkeit einer Trägerschaft durch Kommunen gilt. Dadurch kam es bereits zum Boykott von Krankenhäusern. Deshalb ist es sinnvoll, in derartigen Fällen die regional ansässigen Ärzte zwecks Bildung einer innerärztlichen Auffanglösung<sup>44</sup> anzusprechen und möglichst zu gewinnen. Nur wenn das nicht gelingt, sind andere Optionen zu nutzen, wofür dann auch eher eine Akzeptanz erreichbar erscheint. Wenn Management-Know-how und berufspolitische freiberufliche Werthaltung mit einem erfolgreichen Ärztenetz als Anfangsbetreuung für zwei bis drei Jahre ins Auge gefasst werden, wären die Vorbehalte ggf. geringer.

In den Gesprächen mit den Ärzten im Landkreis Vulkaneifel wurden zum Teil Interesse und Mitwirkungsbereitschaft an einer Gründungsgesellschaft angemeldet, soweit das ihre verfügbare Zeit nicht gefährdet. Zugleich wird eine externe Unterstützung durch den Landkreis, Kommunen, Krankenhäusern und Wohlfahrtsverbänden erwartet. Diese wurde bereits von Seiten des Krankenhauses in Daun und des DRK sowie der Caritas in Gerolstein wie auch als Bereitschaft von Verbandsgemeinden signalisiert<sup>45</sup>.

Ein weiteres, ebenfalls grundsätzliches Problem liegt in dem niedrigen Kostendeckungsgrad älterer Patienten, wenn diese nicht mobil sind. Ca. 80 % der Patienten sind jedoch mobil und suchen ihren Hausarzt im Einzugsbereich von 30 km und mehr auf, d. h. ggf. auch in benachbarten Kreisen. Diese Gruppe - ca. 15.000 Patienten - ist bei der bevorstehenden Aufgabe von ca. 15 Praxen weniger gefährdet. Sie lösen aber ggf. ihre Rezepte nicht in Apotheken/Sanitätshäusern im Landkreis Vulkaneifel ein, was dort wiederum zu wirtschaftlichen Schäden führen würde. Da in den ländlichen Räumen im Durchschnitt eine Hausarztpraxis 1.000 bis 1.100 Patienten versorgt, aber in den Städten nur 800, liegt zudem eine gewisse Reserve in der Mitversorgung ländlicher Patienten durch städtische Praxen, wenn die Patienten mobil sind.

Entscheidend sind die 20/30 % weniger mobile Patienten - bei einer Praxis mit 1.000 und 1.100 Patienten / Quartal etwa 300 - die auf Betreuung im Heim- und Hausbesuchsbereich und regelmäßige Arztkontakte angewiesen sind. Diese Patienten, die überwiegend über 65 Jahre alt sind, benötigen drei bis 15 Arztkontakte pro Quartal, die etwa 50 % der ärztlichen Arbeitszeit und Kontakte binden. Diese Patientengruppe, die in der Fläche wohnt, benötigt ein Schutz- und Versorgungskonzept, wenn 20 Hausarztpraxen in den nächsten Jahren aufgeben. Das sehen auch die befragten Ärzte des Landkreises. Ein Hausarzt benötigt für einen Heim- oder Hausbesuch einen Zeitaufwand von 20 bis 30 Minuten, wobei von einem betriebswirtschaftlich notwendigen Mindestumsatz von ca. 100 €/Stunde auszugehen ist. Ein neuer Patient, der die Praxis aufsucht, erfordert hingegen nur einen Zeitaufwand von max. 15 Min. Das bedeutet, dass mit jeder durch Haus- und Heimbesuche ersparten Stunde ein Hausarzt vier neue Patienten mit jeweiliger Basiskalkulation von 60.00€ abrechnen kann,

<sup>44</sup> Konzepte, die von den Ärzten eines Praxisnetzes als Auffang-Modell innerärztlich getragen werden, gibt es u. a. in Brandenburg und im Lahn-Dill-Kreis

<sup>45</sup> Aussagen in den Gesprächen, die mit den Leitungen der Krankenhäuser sowie Wohlfahrtsverbänden im Rahmen des Projektes geführt wurden.

was 240.00 €/Stunde entspricht. Deshalb beinhalten Patienten, die wenige Arztkontakte erfordern, für den Arzt eine hohe Rentabilität. Hingegen sind ältere Patienten mit einer Vielzahl erforderlicher Kontakte schlichtweg hochgradig unrentabel. Seit dem 1.1.2015 besteht jedoch die Möglichkeit ca. 75% der Haus- und Heimbefuche an nichtärztliche Praxisassistenten (VERAH Versorgungsassistent/in Hausarztpraxis, NÄPA nichtärztliche Praxisassistentinnen) kostendeckend zu übertragen. Dadurch kann der hohe, unrentable Zeitaufwand für die Befuche vermieden werden und die eingesparte Arztzeit lässt sich für die Versorgung neuer bzw. zusätzlicher Patienten nutzen. Der Handlungsbedarf zur Umstellung auf neue Strukturen besteht vor allem in ländlichen Räumen (siehe AH 10), schon allein, um die zeitaufwendigen Patientenbesuche in der Fläche zu reduzieren.

Bei der VERAH handelt es sich um eine speziell ausgebildete Hausarztassistentin oder einen -Assistenten, der/die in der Erstellung ärztlicher Dokumentationen geschult ist und bei Patientenhausbesuchen eigenständig niederschwellige medizinische Leistungen vornimmt. Sie ist dabei mit dem Arzt ihrer Praxis IT-mäßig verbunden, so dass dieser ohne den zeitaufwendigen persönlichen Patientenbesuch die Kontrolle behält. Typische Tätigkeiten sind z. B. Blutdruckmessungen und dgl. Die Resultate werden dem Arzt per mobiler IT-Schaltung direkt übermittelt. Ausgehend von den übermittelten Werten kann der Arzt anordnen, die bisherige Behandlung fortzusetzen oder Änderungen, wie z. B. beim Medikamenteneinsatz anordnen, oder anhand der Werte erkennen, dass kurzfristig sein persönlicher Kontakt mit dem Patienten erforderlich ist. Der Einsatz der VERAH bringt für den Arzt vor allem sehr hohe Zeitersparnisse für die gesundheitliche Betreuung älterer multimorbider Patienten, die trotz gleichbleibender Patientenwerte einen hohen Zeitaufwand infolge der notwendigen Hausbesuche erfordern. Die Ausbildung und die Einsatzmöglichkeiten der NÄPA sind vergleichbar.

Die Ausbildungskosten für einer derartigen Praxisassistentin VERAH liegen bei 2.400 €. Die ausbildungsbedingte Abwesenheit in der Praxis beläuft sich auf etwa vier Wochen. Bei den betreffenden Mitarbeiterinnen besteht in der Folge die Erwartung einer Lohnerhöhung von heute durchschnittlich 2.200 € oder weniger auf 25.000 bis 27.000 €/Jahr. In Rheinland-Pfalz gibt es jedoch im Gegensatz zu anderen Bundesländern z. Z. keine Vorbilder/Vorbildstrukturen für delegative Praxen. In Ostdeutschland wurden diese Kräfte bereits unter der Bezeichnung AGnES<sup>46</sup> seit über fünf Jahren mit Erfolg in ländlichen Regionen in Absprache mit den Krankenkassen eingeführt. In Bayern und Baden-Württemberg hat der Hausarztverband Verträge über die Vergütung der delegativen Kräfte abgeschlossen. In dieser Qualifikation ausgebildetes Personal wird es in Rheinland-Pfalz voraussichtlich erst in einem Jahren im größerem Umfang geben, da die Ausbildungskapazitäten noch im Aufbau sind.

Wenn die Zukunft wegen der deutlich geringeren Anzahl der Hausärzte in delegativen Arztpraxen zur Versorgung von mehr Patienten liegt, ist das heute für viele Ärzte und Patienten schwer vorstellbar und beinhalten hohe Akzeptanzhürden. Deshalb muss durch umfassende Informationen und Schulungsangebote auf eine Sensibilisierung hingewirkt werden. Schließlich handelt sich um umfassende, aber unerlässliche strukturelle Veränderungen, die letztlich wie oben dargelegt einem großen Wandel gleich kommen.

Bereits heute delegieren in 20 % der in der Vulkaneifel befragten Praxen bereits Teilleistungen, d. h. von den 40 Zulassungen haben sich bereits acht mit Delegationskonzepten vertraut gemacht. 50 % (20 Praxen) können sich Delegationen vorstellen, wenn sie bezüglich der Personalinvestitionen ren-

---

<sup>46</sup> AGnES – Arztentlastende, gemeindenahе, e-health-gestützte, systemische Intervention



tabel, der Verbleib der Helferinnen gewährleistet, die Akzeptanz der Patienten gegeben und das geeignete Personal verfügbar ist sowie der eigene Zeitaufwand überschaubar bleibt. 30% der Praxen in der Vulkaneifel lehnen es ab, weil die individuelle Arztidentität/das Werteverhalten und die Qualitätsaspekte aus Sicht der befragten Hausärzte gefährdet wären.

## 5.2 Gesetzliche Veränderungen und Wirkungszusammenhänge

Der Gesetzgeber hat auf die Probleme und Herausforderungen der ärztlichen Versorgung, insbesondere der Sicherung der Hausarztversorgung, im ländlichen Raum reagiert und nachstehende Veränderungen eingeleitet, die bereits heute Geltung haben oder innerhalb des Jahres 2015, spätestens 2016 Rechtskraft erlangen:

- Kommunen und/oder Kreis können Träger ärztlicher Einrichtungen sein und in diesen Einrichtungen Ärzte anstellen (ab Ende 2015 Rechtskraft).
- MVZ (Medizinische Versorgungszentren) können auch fachgleich sein (Wegfall der alten Vorgabe, dass in einem MVZ mindestens zwei unterschiedliche Fachrichtungen vertreten sein müssen) (2015 Rechtskraft).
- Starke Förderung von Delegation (Die Regelung, dass ein Arzt auch bei durch NÄPa/ VERAHs versorgten Patienten ein Kontrollbesuch beim Patienten je Quartal durchführen muss, entfällt. Der persönliche Kontakt Arzt- Patienten ist nur dann zwingend, wenn die gesundheitlichen Daten - erhoben und kontrolliert durch eine NÄPa/VERAH - für Änderungen in der medizinischen Versorgung sprechen) (2015 Rechtskraft).
- NÄPa/VERAHs können zukünftig in der Regelversorgung abgerechnet werden (ab 2015).
- NÄPa/VERAHs sollen nicht nur für Patienten-Hausbesuche eingesetzt werden, sondern auch in der Praxis zur ärztlichen Entlastung, um den Arzt von der Tätigkeit für Dokumentation, Gutachten, durch Erstellung von Bausteinen sowie bei Abrechnungen, Verordnungen für die Pflege usw. durch Übernahme oder wesentliche Vorbereitung zu entlasten, was dem Arzt bis zu 30 - 50% Zeitersparnis bringen kann (Zimmerassistent/nichtärztliche Geschäftsführung).
- Wenn der Hausarzt umfassend delegiert, kann er bis zu 30 - 50% seiner Arbeitszeit dadurch zurückgewinnen und somit quasi die doppelte Patientenanzahl bewältigen. Theoretisch kann dann eine 1.000 Scheine-Praxis 2.000 Scheine bewältigen. Dies verlangt im persönlichen Wertekanon/Grundhaltung und in den Praxisprozessen einen völlig neuen langfristigen Aufbau. Patienten, die häufige Arztkontakte erfordern (mehr als 1,5 Arztkontakte je Quartal) sind betriebswirtschaftlich ein Defizitgeschäft, was durch die gesetzlichen Veränderungen ausgeglichen werden soll.
- Auf Grundlage von Sondervereinbarungen zwischen KV und Krankenkasse/n besteht zukünftig die Möglichkeit, für Patienten mit erforderlichen mehrfachen Arztkontakten im Haus und Heimbereich zur Grundvergütung von 50 bis 60 €/Patient/Quartal nun zusätzlich 60 bis 120 €/Patient /Quartal zu vereinbaren. Eine solche Lösung kann mit der Gründung eines Praxisnetzes wie das Modell Bünde langfristig mit KV und Krankenkassen angegangen werden (vgl. Bünde/ Münster/Brandenburg).
- Der Einfluss der Fachärzte durch ihr zahlenmäßiges Übergewicht in den KV Körperschaften kann sich nicht mehr zum Nachteil der Hausärzte auswirken. Die Hausärzte regeln zukünftig - durch gesetzliche Vorgabe - innerhalb der KV ihre Angelegenheiten eigenständig. Die Krankenkassen stellen bestimmte Geldsumme zur Vergütung der medizinischen Leistungen bereit. Die Verteilung wird durch die KV geregelt. Die Probleme der Benachteiligung der Hausärzte sind bekannt, durch gesetzliche Regelungen wird zukünftig eine bessere und angemessene Größe der Honorarmittel für Hausärzte vorgegeben (2016 Rechtskraft).

- Als Kennzahl für eine Unterversorgung mit Hausärzten galt bislang die Größe von 75% der Bedarfsplanungsgröße von 100 %. Zukünftig wird als Kennzahl 90% vorgeschlagen. In dem Fall ist ein Vergütungsaufschlag von 50% auf die bisherigen Vergütungssätze geplant, der für die nächsten zehn Jahre gewährt werden soll.
- Strukturfonds der KV-en sollen die Finanzierung übernehmen.
- Rücknahme der derzeitigen Regresspflicht, die dazu führen kann, dass Hausärzte in der Fläche unter dem Handlungsdruck problematischer Erkrankungen mehr Medikamente als im vorgegebenen Medikamentenkontingent verschreiben. Diese Mehrkosten müssen sie dann übernehmen und aus ihren Honorarmitteln begleichen bzw. müssen sie diese Mehrausgaben an die Krankenkassen zurückzahlen. Zukünftig soll es stattdessen eine Beratung geben. Bei Hausärzten mit auffällig hoher Medikamentenverschreibung erfolgt (durch die EDV-Abrechnungen schnell ersichtlich) eine Klärung und Beratung, um die Ursachen einzugrenzen. Nur bei fachlich nicht akzeptablen Ursachen soll es bei Fortsetzung dieser hohen Aufwendungen Regressansprüche geben (ab 2016). Denkbar wäre auch der Einsatz frühzeitiger Analyse-Tools, die im Markt angeboten werden.

### **Weitere wesentliche Veränderungen**

Die innerärztliche Berufspolitik, getragen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB) und Bundesärztekammer, hat bewusst und fast unbemerkt von eigenen Mitgliedern die Weichen für ein delegatives Versorgungskonzept gestellt. Damit hat sie auf Drohungen der Gesundheitspolitik für den Fall des Scheiterns der Flächenversorgung durch selbständige niedergelassenen Ärzte reagiert, den Kassenärztlichen Körperschaften ihre Anhörungs- und Mitgestaltungsrechte wegzunehmen und den Sicherstellungsauftrag an Ländergremien, Krankenkassen oder Landkreisen und Kommunen zu übertragen.

Die Körperschaft der Ärzteschaft, KVB und Bundesärztekammer haben gegenüber der Politik dem Modellvorhaben in der Pflege heilberufliche Tätigkeiten Pflegekräften zu übertragen zugestimmt (Beispiel: Modellversuch der Verbandsgemeinde Daun). Ziel ist aber ein innerärztliches berufspolitisches Konzept, das durch Delegation die heilkundliche Rolle anderer Gesundheitsberufe überflüssig macht, weil die Versorgung durch Ärzte und durch ärztliche Delegation gut funktioniert.

Die neuen gesetzlichen Regelungen beinhalten wesentliche Verbesserungen für die Hausarztversorgung, die Attraktivität dieses Arztberufes, Entlastung, sowie für tragfähige Versorgungslösungen für Patienten mit hohem Arztkontaktbedarf. Sie benötigen aber Anlaufzeit und frühzeitige Vorbereitungsarbeit:

- Für Ärzte, die darauf zügig reagieren, ist mit zwei bis vier Jahren Anlaufzeit zu rechnen,
- für Ärzte, die eher langsam und unter wachsenden Problemdruck reagieren, wird die Anlaufzeit fünf bis sieben Jahre und mehr erfordern. Der Übergang von der höchstpersönlichen anlassbezogenen Versorgung zu einer präventionssystematischen Team-Praxis ist vielleicht auch einen Generationenfrage.

Deshalb wird die Umsetzung tendenziell eher längerfristig, d. h. in vier bis sechs Jahren greifen. Da wegen der bevorstehenden Verrentungswelle von Hausärzten die Probleme bereits zwischen 2016 und 2018 auftreten werden, **muss so zeitig wie möglich gehandelt** und mit der **Umsetzung begonnen werden**. Zudem wird sich die tatsächliche Umsetzung als konkret sichtbares Beispiel begünstigend auf den Einstieg in neue Strukturen auf viele andere Ärzte als Beispiel vor Ort auswirken.

### Fazit

Der Abgang von Hausärzten durch ihren Ruhestandseintritt kann nur zu etwa einem Viertel nachbesetzt werden, weil es viel zu wenig Studenten der Allgemeinmedizin gibt und der medizinische Nachwuchs – zu fast zwei Drittel weiblich - ein verändertes Berufsverständnis hat (stärker familienorientiert, bevorzugte Tätigkeit im Angestelltenverhältnis statt Selbstständigkeit) und zudem eine starke Orientierung an Verdichtungsräume besteht. Zudem werden bis zu 50% der ärztlichen Leistungen durch ältere, multimorbide und oft unmobile Patienten gebunden, die viele Arztkontakte erfordern - häufig als Heim- und Hausbesuche. Aufgrund der wachsenden Bevölkerungsalterung wird diese Belastung weiter zunehmen. Die ärztliche Versorgung kann deshalb nur dann gesichert werden, wenn die Praxen durch umfassende strukturelle Veränderungen ihre Leistungen wesentlich steigern. Das ist möglich, insbesondere durch die Delegation niederschwelliger medizinischer Leistungen sowie Entlastung vom hohen Bürokratieaufwand durch speziell ausgebildete Hilfskräfte, die gerade auch für - Haus- und Heimbefuche einsetzbar sind. Dadurch kann der Arzt zeitlich entlastet werden und deutlich mehr Patienten versorgen. Außerdem sind verstärkt Gelegenheiten zur ärztlichen Tätigkeit im Angestelltenverhältnis wie auch Möglichkeiten für Einpendler in Teilzeittätigkeit zu schaffen, um für das veränderte Berufsverständnis junger Ärzte und Ärztinnen attraktiv zu sein. Diese Voraussetzungen bieten sich am ehesten in Mehrbehandlerpraxen. Sie beschäftigen bereits heute im Landkreis Vulkaneifel Ärzte im Anstellungsverhältnis und haben sich schon zum Teil mit delegativen Konzepten vertraut gemacht.

Diese strukturellen Veränderungen erfordern jedoch mehrere Jahre Zeit und es ist nur ein Teil der Ärzte im Landkreis dazu bereit. Wegen des Aufwandes, der scheinbaren Unsicherheiten und Risiken scheuen sich Ärzte vor diesen Veränderungen, wenn ihr Ruhestand in zehn bis 15 Jahren bevorsteht. Deshalb bedarf es Auffanglösungen für die Praxen von Ruheständlern. Es gilt, sowohl verwaiste Praxen zu übernehmen, um deren Bestand zu erhalten, als auch eine sichere Perspektive für die spätere Übernahme von Praxen, die heute die strukturellen Veränderungen vornehmen, zu schaffen. Damit ließen sich die angeführten Vorbehalte ausräumen und mehr Ärzte für die erforderlichen Veränderungen gewinnen. In einem derartigen Konzept könnte der Praxisinhaber einen gleitenden Übergang vereinbaren, d. h. dass er zeitlich sukzessiv seine Mitarbeit begrenzt, insbesondere durch Reduzierung auf rein medizinische Tätigkeiten. Damit wird sein Patientenwissen an junge Mediziner weitergegeben, die nun im Angestelltenverhältnis in der Praxis arbeiten. Die strukturelle Umstellung erfolgt somit gleitend und die Patienten erfahren keine abrupte Veränderung ihrer medizinischen Bezugsperson. Zudem wird das Personal der Praxis durch diese Perspektive gehalten.

Als Träger derartiger Auffanglösungen können eine innerärztliche Praxisstruktur, Krankenhäuser, Wohlfahrtsverbände und ab Ende 2015 auch Kommunen und Kreis oder diese in Kooperation fungieren. Dabei ist eine innerärztliche Lösung zu bevorzugen, um Konflikte zu vermeiden, da sich sonst ggf. konkurrierende Leistungsüberschneidungen, z. B. zur Pflege ergeben können. Da jedoch ein Teil der an diesem Konzept interessierten und zur Mitwirkung bereiten Mediziner statt einer Mitarbeit bei einem ehemals konkurrierenden selbständigen Kollegen und Mitwettbewerbser einen neutralen Träger bevorzugt, ist hier eine ausgewogene Lösung zu suchen, in die möglichst alle Interessen eingebunden sind. Ein Teil der ansässigen Ärzte sowie die Krankenhäuser Daun und Gerolstein, das DRK und die Caritas in Gerolstein haben ihr Interesse an der Mitwirkung an derartigen Lösungen bekundet. Da diese Veränderungen einen mehrjährigen Vorlauf erfordern, muss möglichst zügig gehandelt werden.

Die neuen gesetzlichen Regelungen unterstützen diese Ausrichtung, insbesondere durch starke Förderung der Delegation, Regelungen zur Abrechnung der dafür eingesetzten Kräfte sowie Möglichkeiten für Sonderregelungen, mit denen der hohe Aufwand für Patienten, die häufige Haus- und Heimbesuche erfordern, wesentlich verbessert wird und Veränderungen für die Feststellung einer Unter-versorgung, mit der zugleich deutliche höhere Honorarzuwendungen erfolgen. Außerdem wird dem Kreis und den Kommunen zukünftig mehr Verantwortung zugeschrieben, da diese ab Jahresende ebenfalls als Träger medizinischer Einrichtungen wie MVZ (Medizinische Versorgungszentren) agieren und Ärzte anstellen können.

## 6 Konzept zur Sicherung und Entwicklung der Gesundheitsversorgung

Die Aufgabenstellung bestand darin, ein umfassendes Konzept zur Sicherung der zukünftigen Gesundheitsversorgung in der Vulkaneifel zu erstellen. Deshalb ist das Konzept darauf ausgerichtet, die vorhandenen **Potenziale** möglichst **optimal einzubeziehen**, den **veränderten Rahmenbedingungen** der **medizinischen Versorgung zu entsprechen** und die **erforderlichen strukturellen Veränderungen** einzuleiten und **auf die Umsetzung hinzuwirken**. Durch **Vernetzung** werden **Synergieeffekte** erreicht. Damit und durch **strukturelle Veränderungen** kann die Versorgung in nächster Zukunft und auch langfristig gesichert werden. Zugleich wird damit auf eine Weiterentwicklung durch Zuzüge hingewirkt. Durch das Konzept wird auf attraktive Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich hingewirkt, um damit die personellen Voraussetzungen zu sichern und zu verbessern. Kernbestandteile des Konzepts sind das enge Zusammenwirken der drei Aktionsebenen der ärztlichen Versorgung und deren Verknüpfung mit dem Kreis, den Kommunen und den weiteren Leistungserbringern im Landkreis, die in der Pflege und im Gesundheitswesen tätig sind. Außerdem sind zur Berücksichtigung der regionalen Zusammenhänge die Beziehungen der ärztlichen Versorgung in den Räumen der beiden Verbandsgemeinden Daun und Kelberg, in den drei Verbandsgemeinden Gerolstein, Hillesheim und Obere Kyll sowie auch die Beziehungen der Krankenhäuser über die Kreisgrenzen hinweg zu beachten.

### 6.1 Grundsätze zur Umsetzung

Als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des Konzepts müssen sich darin die Belange der Akteure des Gesundheitswesens im Landkreis wiederfinden, und zwar möglichst derart, dass es ihnen als Handlungsrahmen zu Eigen wird. Deshalb ist das Konzept derart auszurichten, dass es **sowohl die unveränderte Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit der Akteure ermöglicht**, aber **zugleich geeignete Ansätze zu strukturellen Veränderungen zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen** bietet, die **als Optionen** von allen genutzt werden können. Demgemäß wurden für die Konzeptentwicklung nachstehende Grundsätze aufgestellt:

- Das Konzept ist als Option zu entwickeln, d. h. es erfolgt kein Zwang und Dirigismus, sondern es werden Angebote zur Verbesserung geschaffen, die den ansässigen Medizinerinnen und Akteuren zu deren Nutzung optional angeboten werden.
- Mit dem Konzept ist sicherzustellen, dass sämtliche Gruppen der Bevölkerung medizinisch und gesundheitlich ausreichend versorgt werden.
- Das Konzept muss sich auch unter ungünstigen personellen Bedingungen für die Sicherung, möglichst zugleich auch für eine Verbesserung der gesundheitlichen - insbesondere der medizinischen - Versorgung eignen.
- Die Versorgung von chronisch kranken, multimorbiden, nicht-mobilen Patienten muss gesichert werden, insbesondere schon drei bis fünf Jahre vor dem Ruhestandseintritt ihres/ihrer bislang betreuenden Hausarztes/-ärztin.
- Das Konzept muss dazu geeignet sein, den Umbruch in der medizinischen Versorgung vom „klassischen“ Arzt in einer Einzelpraxis zu modernen Mehrbehandlerpraxen mit angestellten Ärzten sowie nichtärztlicher betriebswirtschaftlicher Führung dergestalt zu bewältigen, dass die Gesundheitsversorgung im Kreis einschließlich in der Fläche für die Bevölkerung gesichert wird und das Personal der Praxen in der Gesundheitsversorgung eine sichere Perspektive hat.

- Den Mitarbeitern/rinnen und Patienten von Hausarztpraxen soll eine bereits heute sichtbare Berufs- sowie Versorgungsperspektive für die Zeit nach dem Ruhestandseintritt des Praxisinhabers bzw. der Inhaberin gegeben werden. Dies muss unter Einbindung des Landkreises und der Kommunen als Initiatoren der vorgesehenen zukunftsfähigen Haus- und Facharztversorgung geschehen.
- Das Konzept soll die drei Eckpunkte der medizinischen Versorgung Allgemeinmedizin, Fachärzte und Kliniken einvernehmlich und abgestimmt, im Sinne einer wechselseitig sich stärkenden Ergänzung, vereinen.
- Mit dem Konzept soll die Effizienz (Versorgung der Bürger, Leistungskraft der Ärzte, ärztliche Fortbildung, insbesondere auch die eigene Wirtschaftlichkeit von Praxen und Kliniken) der gesundheitlichen und medizinischen Regional-Versorgung verbessert werden.
- Das Konzept ist derart auszurichten, dass sowohl traditionelle Praxen in vertrauter Weise unverändert weiter existieren können, als auch zugleich Möglichkeiten für innovative neue Entwicklungen angeboten werden. Es soll keiner schlechter gestellt werden. Es werden damit aber Möglichkeiten zur Verbesserung angeboten, die alle Ärzte im Interesse der zukunftssicheren Versorgung der Patienten nutzen können.
- Außerdem sind Möglichkeiten anzubieten, mit denen traditionelle Praxen sich ggf. auch nur mit Teilleistungen in die Veränderungen einbringen können oder eine schrittweise Übernahme je nach Leistungskraft und Bereitschaft eines zukünftigen Ruheständlers durch eine moderne Mehrbehandlerpraxis mit angestellten Abgeberärzten erfolgt. Diese integrieren stufenweise Teilzeitärzte aus dem Bereich Nachwuchs und Wiedereinsteiger über 50 Jahren.
- Für das Konzept sollen während der Laufzeit des Projektes interessierte Mediziner/innen gewonnen werden, die bereits mit der Umsetzung beginnen (Das Ziel wurde erreicht: Einige Praxen haben inzwischen mit der Umsetzung begonnen).
- Das Konzept ist dergestalt zu entwickeln, dass es wirtschaftlich tragfähig ist, d. h. es ist insgesamt ohne Bezuschussung/Dauerdefizit gleich wie bei öffentlichen Krankenhäusern umsetzbar. Dafür ggf. erforderliche Anfangsinvestitionen sind sicher durch den damit ermöglichten Zusatzgewinn problemlos zu finanzieren. Denkbar wäre, dass der Veränderungs- und Umsetzungsprozessprozess durch externe Spezialisten betreut werden kann, die über den Einsatz von Fördermitteln finanziert werden.
- In dem Konzept ist hinreichend der Bedarf für Patienten aus der ambulanten und stationären Pflege und das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser einzubinden.
- Es sind sämtliche anderen Bereiche der Gesundheitsversorgung (Pflege, Krankengymnastik, Physiotherapie und Apotheken) im Sinne eines Gesamtversorgungskonzeptes abgestimmt einzubinden (Gesundheitsnetz/Praxisnetz mit integrierter Versorgung).

## 6.2 Steuerungsorganisation: Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales

Zur Umsetzung des Kernbereiches der gesundheitlichen Versorgung, nämlich der Sicherung der Hausarztversorgung, Facharztversorgung und Krankenhausversorgung, ist das Konzept auf eine innermedizinische Lösung zur Umsetzung ausgerichtet. Das Konzept muss in erster Linie von diesen Akteuren getragen werden und ist auch von diesen umzusetzen. Zugleich ist dabei eine enge Verknüpfung mit der Pflege einzugehen, da zwischen ärztlicher Versorgung und Pflege enge Wirkungsbeziehungen bestehen. Zur Umsetzung eines übergreifenden Konzepts im Sinne der Entwicklung zur *Gesundheitsregion Landkreis Vulkaneifel* bedarf es der Einbindung sämtlicher Akteure sowie der darauf ausgerichteten Maßnahmen. Die Aktivitäten zur Umsetzung sind zu initiieren und durch koordinierende Abstimmung ist auf ein umfassendes Zusammenwirken sämtlicher Akteure hinzuwirken. Als geeignete Organisationseinheit wird die Bildung des *Koordinierungs-Forums Gesundheit und Soziales* als Maßnahme für die Aktivitäten initiierende und koordinierende Steuerung empfohlen. Das

*Koordinierungs-Forum* dient der gemeinsamen Information, übernimmt Organisationsaufgaben und ist Clearingstelle (auch deshalb ist die kommunale Beteiligung wichtig) für Konflikte. Weil die KV diese Regional-Funktion für die Ärzte nicht wahrnehmen kann, muss die Organisation und Abstimmung von einer regionalen Organisation erbracht werden. Dafür stehen die Kommunen wegen ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge der Bevölkerung in der Pflicht. Darauf sind auch neue gesetzliche Regelungen des Gesundheitswesens ausgerichtet (siehe 5.2).

Das *Koordinierungs-Forum* sollte für alle Personen und Institutionen, die im Gesundheitswesen der Vulkaneifel tätig sind, offen sein. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass keine Interessengruppe ein dominierendes Gewicht erhält, das zu einer einseitigen Ausrichtung führt. Diese Aufgabe könnte vor allem dem Kreis und der kommunalen Seite obliegen. Zu den Kernaufgaben des *Koordinierungs-Forums* gehört in möglichst einvernehmlicher Abstimmung mit den Mitgliedern die Auswahl von Handlungsschwerpunkten und die Vorbereitung der Umsetzung der dafür im Konzept dargelegten Maßnahmen und die Initiierung der erforderlichen Umsetzungsaktivitäten. Inbegriffen ist die Bildung oder Initiierung von Arbeitsgruppen sowie deren Organisation und Betreuung/Moderation in der Anfangsphase. Das *Koordinierungs-Forum* sollte mit den Arbeitsgruppen Zielvereinbarungen treffen, um Verbindlichkeiten herzustellen. Die Arbeitsgruppen und Akteure haben nach der Unterstützung durch das Koordinierungs-Forum in einer Anfangsphase die Zielvereinbarungen in eigenständiger Arbeit und Maßnahmen umzusetzen und dem Forum Bericht zu erstatten. Außerdem ist eine Evaluierung der Erreichung der Zielvereinbarungen im vereinbarten Zeitraum anzustreben.

Abbildung 10 Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales



Für die Abstimmung und Koordinierung des Kernbereichs der gesundheitlichen Versorgung durch Hausärzte, Fachärzte und Krankenhäuser ist das Konzept auf eine innerärztliche Lösung ausgerichtet. In den Bereichen, für die eine enge Beziehung zur Pflege besteht, sind die Dienstleister der Pflege im erforderlichen Umfang einzubeziehen. Die Abstimmung und Koordinierung der ärztlichen Versorgung mit den anderen Leistungsträgern der Gesundheitsversorgung sowie Ansätze zu deren Sicherung und Entwicklung ist Aufgabe des *Koordinierung-Forums*.

### Kommunen als Koordinator bei Primärversorgung und Pflege

**802.** Zu den systembezogenen Aufgaben gehören:

1. Bündelung und Integration der für eine umfassende wohnortnahe pflegerische Versorgung erforderlichen Versorgungsdienste und -angebote in der jeweiligen Region,
2. Herstellung enger Kooperationsbeziehungen zu anderen Instanzen und Diensten der pflegerischen Versorgung, ebenso zur medizinischen und rehabilitativen Versorgung,
3. Initiierung von Vernetzungs- und Koordinationsprozessen,
4. Regionale Versorgungsplanung: *community health assessment*, Identifizierung von Lücken und Defiziten in der regionalen (pflegerischen) Versorgungsstruktur, Initiierung von Maßnahmen zur Schließung bestehender Versorgungslücken,
5. Initiierung und Einbindung bürgerschaftlichen Engagements.

SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen:  
Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Langfassung des Sondergutachten 2009 vom 30.6.2009

### 6.3 Sicherung und Entwicklung der Hausarztversorgung

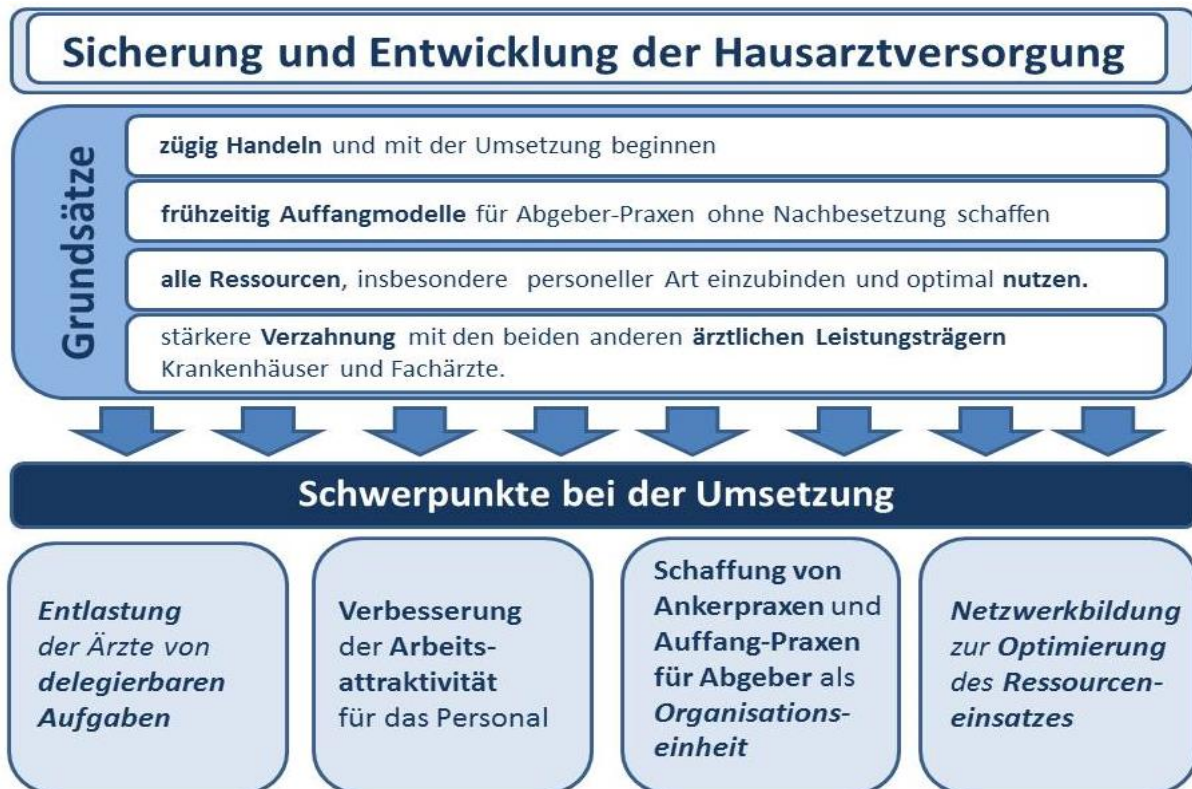
Für die Sicherung der Hausarztversorgung besteht aufgrund der in Teilräumen vorhandenen Versorgungsdefizite sowie aufgrund der in den nächsten Jahren bevorstehenden hohen Anzahl von ruhestandsbedingten Praxisaufgaben bereits in nächster Zukunft ein sehr hoher Handlungsbedarf. Da die neuen gesetzlichen Regelungen sowie konzeptionelle Möglichkeiten erst in etwa drei bis sechs Jahren greifen, bedarf es eines **Konzeptes**, mit dem verhältnismäßig **kurzfristig die Versorgung gesichert** werden kann. Es muss **zugleich** auch für die **Sicherung der längerfristigen** gesundheitlichen Versorgung geeignet sein. Das Konzept muss sich deshalb sowohl für die Bewältigung der Herausforderungen der nahen Zukunft als auch für die langfristige Entwicklung eignen. Zur kurzfristigen sowie auch langfristigen erforderlichen Sicherung der gesundheitlichen Versorgung sieht das Konzept die Einleitung der nachstehend aufgeführten Maßnahmen vor:

- Entlastung der Ärzte
- Verbesserungen für höhere Arbeitsattraktivität
- Grundsicherung durch Ankerpraxen und Auffanglösungen
- Netzwerkbildung zur Leistungsoptimierung



**Grundsätze der inhaltlichen und sachlichen Konzeptausbildung**

Abbildung 11 Sicherung und Entwicklung der Hausarztversorgung

**6.3.1 Entlastung**

Die oben angeführte notwendige Leistungsoptimierung der Ärztinnen und Ärzte lässt sich wie dargestellt vor allem durch Entlastung erreichen. Die zeitaufwendige Dokumentation und delegierbare Leistungen im niederschweligen ärztlichen Bereich werden unter Kontrolle eines Arztes bzw. einer Ärztin durch besonders ausgebildete Kräfte VERAHs (**VER**sorgungs**Assistentin** in **Hausarztpraxis**)<sup>47</sup>/NäPas (nichtärztliche Praxisassistentin) zur Entlastung der Ärzte ausgeführt, die dadurch Zeit gewinnen und so mehr Patienten behandeln können. Durch den Einsatz von VERAHs oder NäPas könnte auch die ärztliche Betreuung von Patienten, die Haus- oder Heimbefuche erfordern, weit weniger Zeit beanspruchen und damit rentabel für den Arzt werden. Gleichzeitig entwickeln die Krankenhäuser, ein gemeinsam getragenes MVZ oder die Geschäftsführung eines Praxisnetzes Serviceleistungen, die sie den Ärzten zu deren Entlastung anbieten.

Geeignete Maßnahmen zur Umsetzung des Entlastungskonzepts:

- **Entlastung** der Ärzte durch VERAH/NäPa, die **Haus- und Heimbefuche** durchführen, **Dokumentation** und weitere delegierbare Leistungen in den Praxen zur Entlastung der Ärzte übernehmen. Durch die Delegation können Hausärzte mehr Patienten versorgen und zugleich ihren Umsatz erhöhen und damit ihre Praxisrentabilität stärken (siehe Tab. AH 10). Hausärzte können dadurch ohne qualitative Einbußen mehr Patienten betreuen.
- **Schulungsangebote** zur Ausbildung als VERAH durch den Hausarztverband Rheinland-Pfalz (es gibt bereits Praxen, die real in die Ausbildung eingestiegen sind).

<sup>47</sup> Zum Begriff siehe S. 49

- Eine **Netzwerkstruktur** der **Krankenhäuser** Daun, Gerolstein und Trier entwickelt ein Konzept zur **Personalakquisition** für Hausärzte und Fachärzte, das niedergelassene Ärzte bei Bedarf nutzen können. Hierzu gehören auch bei der ärztlichen und nichtärztlichen Personalgewinnung die Berufsgestaltungsmöglichkeiten im Großraum, sowohl an Krankenhäusern, als auch in niedergelassenen Praxen (duale Karrieren). Ziel ist es, den Nachwuchsärzten eine ganzheitliche lebenslange Karriere und Wohnmöglichkeit im Bereich Großregion Vulkaneifel und Trier zu ermöglichen (Stadt hilft Land – Hand in Hand).
- **Krankenhäuser (Trier/Daun/Gerolstein)** bieten **entlastende Dienstleistungen** an: Bausteine für Arztbriefe, Controlling, Abrechnung, Verwaltungsaufgaben, Qualitätsmanagement und dgl., die niedergelassene Hausärzte und Fachärzte bei Bedarf nutzen können. Diese Leistungen werden auch in der Fläche angeboten. Davon kann auch eine von Ärzten getragene Auffangpraxis (siehe unten) für Abgeber profitieren.
- Einsatz von **IT-Programmen** für systematisierte **Diagnoseablaufstrukturen**, mit denen nicht-ärztliche Assistenten nach einem entwickelten System Patienten abfragen und die Antworten in den Computer eingeben. Der erkennt daraus mögliche (leitlinienorientierte) Krankheitsbilder und gibt ergänzende Fragen vor, die weiter abzufragen und in den Computer einzugeben sind. Die Ergebnisse werden dem Arzt vorgelegt, der die Diagnose verantwortlich erstellt. Aufgrund dieser Vorbereitung kann der Arzt schnell und fundiert mit geringerem Zeitaufwand das Krankheitsbild bestimmen.
- Prüfung, wie weit ggf. **Pflegepersonal** in der Pflege **niederschwellige medizinische Leistungen** in Beauftragung ausführen kann. Dazu sind vertragliche Regelungen zwischen der betreuenden Arztpraxis und der/des jeweiligen Pflegeeinrichtung/ Pflegedienst zu treffen, in denen der Leistungsumfang und das Verhältnis zwischen Arzt/ärztlichen Leistungen und Aufsicht gegenüber dem betreffenden Pflegepersonal genau zu definieren sind. Ggf. sind spezielle Schulungen vom dafür einzusetzenden Pflegepersonal zu absolvieren, vgl. auch Modellprojekt der Verbandsgemeinde Daun zum Heilkundeinsatz von Pflegekräften.
- Gesundheitsberufe, die an FHs ausgebildet wurden oder nach europäischem Universitätsrecht in Deutschland ausgebildet werden, stehen in drei bis sechs Jahren verstärkt zur delegativen Entlastung des Arztes zur Verfügung. Auf der Grundlage der von ihnen erstellten qualifizierten Diagnose kann der Arzt wesentlich schneller und mit geringerem Zeitaufwand seine abschließende Diagnose erstellen. Das erhöht seine Behandlungskapazität, wobei ein Teil des Mehrumsatzes für die Hilfskräfte aufzuwenden ist, da deren Leistungen bei den Kassen nur zum Teil abrechenbar sind.
- Bezüglich der **Ausbildung** des speziell qualifizierten Personals und Schulung der Angehörigen/Patienten, insbesondere bei chronischen Krankheitsbildern und altersmedizinischen Schwerpunkten, gibt es **Zusagen** der **Pharmaindustrie**, sich daran zu **beteiligen**, soweit transparent auch Krankenkassen beteiligt sind.

### 6.3.2 Personalsicherung durch verbesserte Arbeitsattraktivität

Es werden Arbeitsbedingungen geschaffen, die dem veränderten Rollen- und Berufsverständnis junger Ärzte entsprechen. Hierfür sind vor allem Möglichkeiten zur Beschäftigung in Vollzeit oder Teilzeit im Angestelltenverhältnis in den Praxen auszuweiten. Da inzwischen nahezu zwei Drittel der Medizinstudenten weiblich sind, kommt neben der Angestelltentätigkeit einer Kinderbetreuung, die sich an den beruflichen Bedingungen von Ärztinnen ausrichtet - wie insbesondere Spät- und Nachtdienste sowie Wochenend- und Feiertagsarbeit - besondere Bedeutung zu. Dafür sind geeignete Kinderbetreuungsmöglichkeiten zu schaffen. Die genannten Anforderungen gelten gleichfalls für Ärzte in Krankenhäusern, für das Personal von Pflegeeinrichtungen sowie für Fachärzte, die Bereitschafts-

dienst leisten. Außerdem sind geeignete Voraussetzungen für das Einpendeln von Ärzten aus Verdichtungsräumen wie Köln/Bonn zu schaffen. Das kann z. B. durch die Bereitstellung von Appartements für ärztliches Personal sein, das nur tageweise im Landkreis tätig ist. Weiterhin gilt es, durch ein breites, flexibles Angebot, wie z. B. duale Tätigkeit im Krankenhaus und in einer Praxis, die Attraktivität zu erhöhen und zugleich ein qualifiziertes, hochwertiges Weiter- und Fortbildungsangebot zu schaffen. Außerdem sind die Voraussetzungen für die Mitarbeit ausländischer Ärzte durch ein entsprechendes Schulungs- und Betreuungsangebot zu verbessern.

Geeignete Maßnahmen zur Umsetzung des Konzepts zur Personalsicherung und Erhöhung der Arbeitsattraktivität:

- **Frauenfreundliche Arbeitszeiten** durch Angebote für Teilzeitarbeit sowie im Angestelltenverhältnis ohne unternehmerische Verantwortung und organisatorische Pflichten.
- Externzentrierte Unterstützung bei Abrechnung, Dokumentation, Ausstellung von Gutachten/ Bescheinigungen, Befreiung von Zusatzpflichten für Bereitschaftsdienste etc., genau begrenzte Arbeitszeit.
- Angebote für **duale Tätigkeit** im Krankenhaus und in Praxen.
- Verbesserte Möglichkeiten zum **Arbeitspendeln** durch zu schaffende Kindergärten, die auch am Wochenende geöffnet sind und deren Öffnungs- und Betreuungszeiten sich an den zeitlichen Arbeitsbedingungen im ärztlichen Bereich sowie in der Pflege ausrichten.
- Bereitstellung von Appartements als Quartier für Teilzeitpendler, die nur zwei oder drei Tage in der Woche hier tätig sind.
- Hilfestellung beim Pendeln durch Organisation von Fahrgemeinschaften, ggf. Bereitstellung eines Transportdienstes, z. B. eines Pkws vom Einsatzort zu Bahnanbindungen an der Mosel und in Gerolstein.
- Die von den **Krankenhäuser** betriebene **Personalakquisition** wirbt als bundesweit agierendes Netzwerk neue Mitarbeiter und bietet als Anreiz gemeinsame Ausbildung und Einbeziehung der Praxen, Fortbildung vom Standort der Ausbildung aus sowie danach berufliche Einstiegsmöglichkeiten und Existenz als Mitarbeiter/in im Krankenhaus, in Arztpraxen, duale Tätigkeit im Krankenhaus und Praxis oder zur selbstständigen Tätigkeit als niedergelassene/r Ärztin bzw. Arzt. Unterstützung bei Wohnungssuche, Schul- und Kindergartenangeboten, Berufstätigkeit für Ehepartner in Verbindung mit IHK, Handwerkskammer, Wirtschaftsförderung<sup>48</sup>.
- Abstimmung der Maßnahmen mit dem **DRK-Rettungsdienst**, der derzeit vertraglich mit 66 Ärzten arbeitet, die größtenteils einpendeln und tageweise tätig sind. Kontaktaufnahme zu diesen Ärzten, um zu prüfen, inwieweit unter ihnen eine Bereitschaft zur Tätigkeit in Hausarztpraxen im Landkreis besteht, wenn sie die fachlichen Voraussetzungen erfüllen.
- Kontaktherstellung zur Gesundheitsregion Bonn-Köln (Region mit sehr hoher Lebensqualität), um aus diesem Raum Mediziner zum Einpendeln zu gewinnen.
- In großen Praxen Ankerpraxen/**Mehrbehandlerpraxen spezialisiert** sich jeweils ein Arzt zusätzlich zu den üblichen Tagesaufgaben auf eines der hauptsächlichen Krankheitsbilder (Diabetes, Rheuma, Schlaganfallfolgen, Kreislauf/Bluthochdruck und dgl.), sodass in diesen Praxen zugleich Spezialwissen vorhanden ist.
- Für **ausländische Ärzte** ist eine **Grundanlaufstelle** zur Bewältigung aller formalen Hindernisse für deren Beruf und auch die Bedürfnisse der dazugehörenden Familie zu schaffen.

<sup>48</sup> Der Unterstützung außerhalb der eigentlichen Berufsausübung kann wesentliche Bedeutung zukommen, wie z. B. die in diesem Bereich erfolgten Maßnahmen zur Abwendung des ärztlichen Versorgungsnotstandes der Stadt Elster-Werda in Brandenburg belegen.

Außerdem verfügt Herr Leyendecker, Krankenhaus Daun, in diesem Bereich über besondere Erfahrung, die zu nutzen ist.

- **Fachärzte aus Krankenhäusern** arbeiten ggf. an bestimmten Wochentagen, soweit es vertragsrechtlich konform mit Zweigstellen möglich ist, **in Praxen in der Fläche** mit, um das Facharztangebot für nicht-mobile Patienten in der Fläche zu verbessern. Das gilt gleichfalls für die Verzahnung zwischen Hausärzten und Fachbehandlungen in Krankenhäusern, ggf. ergänzt durch telemedizinische Konzil-Schaltung (siehe 6.3.4). Dadurch kann sowohl eine Verbesserung der Patientenversorgung als auch der beruflichen Weiterbildung und Erfahrungsbereicherung erzielt werden, womit auch die Attraktivität der Arbeitsbedingungen erhöht wird.
- Durch den Landkreis wird das Thema „**Nachwuchserwartungen für Medizinabsolventen aus der Vulkaneifel**“ bearbeitet, worin ggf. alle Einwohner der Vulkaneifel einzubeziehen sind, in denen familiäre Beziehungen zu Nachwuchsmedizinern (Medizinstudenten) bestehen. Diese Aufgabe kann auch als Unteraufgabe durch das *Koordinierungs-Forum* wahrgenommen werden.
- Der **Arbeitskreis „Nachwuchs“** dient zum einen zur Information über Arbeitsmöglichkeiten für junge Mediziner in der Vulkaneifel und zum anderen der Recherche von Erwartungen der Medizinstudenten, damit diesen zwecks Attraktivitätserhöhung möglichst entsprechen werden kann.
- Einstellung der neuen Ausbildungsberufe der FHs für Facharztassistenten (siehe oben Entlastung).
- Die großen **Krankenhäuser** Daun, Prüm, Gerolstein/Bitburg und Trier schaffen in Kooperation ein attraktives **Fortbildungsangebot** und arbeiten in der **Weiterbildung** zusammen, womit die Region wesentlich attraktiver für die jungen Mediziner wird, die darauf Wert legen, in den rasanten medizinischen Fortschritt eingebunden zu sein.
- **Krankenhäuser** bieten **Schulungen/Fallbesprechungen** für die häufigsten Krankheitsbilder wie Schlaganfall, Rheuma, Diabetes an, erhöhen dadurch die Arbeitsattraktivität für nichtärztliches Personal in der Vulkaneifel und verbessern ebenfalls die Patientenversorgung.
- Zur **Ausbildung** des erforderlichen **Entlastungspersonals** für die Büroorganisation (QM, Abrechnung, Dokumentation, Arztbriefe) wird ein Ausbildungspool inklusive **Trainingszentrum** mit den **Krankenhäusern** in Daun und Gerolstein gebildet. Das Konzept berücksichtigt altersmedizinische Aspekte bei multimorbiden Patienten mit hohem Betreuungsaufwand. In der Ausbildung werden die erforderlichen Kenntnisse der Telematik berücksichtigt.
- Bezüglich des Engpasses an Nachwuchs und der Verteuerung der Ausbildungskosten sowie der Risiken ist zu prüfen, ob eine **Netzwerkbildung** all derjenigen Leistungsträger zu schaffen ist, die wie Heim- und Pflegeträger, Kommunen, Apotheken und Landkreise von den Rezepten von Hausärzten und Erhaltung einer wohnortnahen Versorgungsstruktur leben. Denkbar sind Mitbeteiligungsmodelle sowie in Grenzen Foren, die als Träger eines Pilotprojektes die Managementebene stellen und in der Lage sind, eine Mischkalkulation durchzuführen.
- In Abstimmung mit zuständigen Ärzten eine **Einbeziehung von Pflegefachkräften** (ggf. mit speziellen vorbereitenden Schulungen).
- Zur Sicherung der **Pflegeleistungen** ist **frühzeitig** ausreichendes **Personal zu akquirieren**.
- Es sind **Ausbildungskapazitäten** im Kreis oder in Kreisnähe zu schaffen, in denen **Pflegehilfspersonal** mit einjähriger Ausbildung zur Pflegefachkraft (dreijährige Ausbildung) fortgebildet wird.

### 6.3.3 Sicherung der Hausarztleistungen und Auffangorganisation für Abgeber-Praxen

Die Sicherung der Hausarztversorgung wird durch ein zweigleisiges Konzept verfolgt, dessen Grundbestandteile sind:

- Ankerpraxen, die durch ihre Marktbedeutung eine besondere regionale Ausstrahlung haben,
- Auffangorganisation zum Erhalt von Abgeberpraxen, für die es keine Nachfolger gibt – durch niedergelassene Ärzte als Mitgesellschafter getragen.

#### **Ankerpraxen:**

Als Ankerpraxen werden hier Mehrbehandlerpraxen bezeichnet, die sich bereits auf die veränderten strukturellen Bedingungen ausrichten. In diesen Praxen sind mehrere Ärzte tätig, bei der Möglichkeit, im Angestelltenverhältnis zu arbeiten. Diese Praxen setzen die neuen Entlastungsmöglichkeiten durch Dokumentationsassistentinnen (ggf. VERAHs) sowie VERAH-/NäPas für Hausbesuche und Patientenbetreuung ein. Zur Sicherung der Hausarztversorgung sollte mindestens eine Ankerpraxis in jeder Verbandsgemeinde bestehen. Die Ankerpraxen sollen möglichst die Praxen von Kollegen/Kolleginnen, die in den Ruhestand treten, aber keinen Nachfolger finden, übernehmen und als Filialen fortführen. Denkbar sind auch abgesprochene dezentrale Strukturen mit Filialen in mehreren Verbandsgemeinden durch eine Ankerpraxis. Dies gilt, weil schon jetzt Versorgungsstrukturen aus Daun und Hillesheim in die Gebiete anderer Verbandsgemeinden ausstrahlen.

Geeignete Maßnahmen zur Umsetzung des Konzepts Ankerpraxen

- Eine Ankerpraxis sollte mittel- und langfristig im Raum der Verbandsgemeinden Daun und Kelberg sowie im Raum der Verbandsgemeinden Gerolstein, Hillesheim und Obere Kyll geschaffen werden, wobei darauf hinzuwirken ist, dass längerfristig in jeder **Verbandsgemeinde mindestens eine Ankerpraxis** besteht. In den Verbandsgemeinden Daun (Stadt Daun), Obere Kyll (Stadtkyll) und Hillesheim (Stadt Hillesheim) haben ansässige Mediziner Interesse bekundet. Gerolstein kann als Schlüsselstandort einer auswärtigen Praxis eine dauerbesetzte Zweigstelle sein.
- Die Ankerpraxen sollten Mehrbehandlerpraxen mit zwei bis drei und mehr Ärzten (auch unter Einbeziehung von Angestellten) sein, die möglichst ergänzend dezentral Filialpraxen zur Versorgung in der Fläche unterhalten.
- Ankerpraxen stellen sich als Pilotpraxen dar und zur beispielhaften Veranschaulichung der neuen Möglichkeiten auf die strukturellen Veränderungen ein.

#### **Auffangorganisation für Abgeberpraxen**

Da wie oben dargestellt nur für 25 % der Praxen bei einem Ruhestandseintritt die Übernahme durch einen Nachfolger wahrscheinlich ist und Ärzte mit absehbarem Ruhestandseintritt in zehn bis 15 Jahre häufig Vorbehalte gegen strukturelle Umstellungen haben, bedarf es Auffanglösungen zum Erhalt dieser Praxen (siehe Kapitel 5.1). Für die Trägerschaft der Auffanglösung gibt es die oben angeführten unterschiedlichen Möglichkeiten. Von den vom Gesetzgeber vorgegebenen Möglichkeiten als Träger der Auffangorganisation bzw. der von diesen übernommenen Praxen, wie die durch niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und in Zukunft Kommunen (Ende 2015) sowie indirekt Wohlfahrtsverbände (wenn ihnen gehörende Krankenhäuser/Reha-Kliniken als Träger auftreten), kommt für den Landkreis Vulkaneifel derzeit Krankenhäusern und Wohlfahrtsverbänden Bedeutung zu. In den Gesprächen haben diese ihr Interesse sowie Bereitschaft bekundet, wenn keine innerärztlichen Lösungen machbar sind (siehe Kapitel 7). Für die Abgeberpraxen, die von der Auffangorganisation be-

trieben werden, sind im Wesentlichen die gleichen Maßnahmen wie im Fall der Ankerpraxen relevant.

Ärzte, die ihren Ruhestand absehen, können sich in diese Organisationen - Ankerpraxis oder Auffangorganisation - einbringen, indem sie ihre Praxis zu einem vereinbarten Zeitraum zu vereinbarten Bedingungen einbringen. Diese Bedingungen können sich derart gestalten:

- Die Praxis wird zum vereinbarten Zeitpunkt zu vereinbarten finanziellen Bedingungen bei unmittelbarem Ausscheiden des Inhabers abgegeben und übernommen.
- Die Praxis wird zunächst gemeinsam geführt, d. h. vom bisherigen Praxisinhaber, der aber nun durch Personal und Leistungen der Auffangorganisation oder einer Ankerpraxis unterstützt wird, insbesondere bezüglich der Dokumentation und der Entlastung durch VERAH/NäPas, bei einer Übernahme zu den vereinbarten finanziellen Bedingungen zu einem späteren Zeitpunkt. Finanzielle Erwartungen sind hier eher symbolisch zu sehen, weil durch den Nachwuchsmangel die ideellen Werte extrem reduziert sind. Für einen erfolgreichen Hausarzt ist es oft leichter, die Praxis zu schließen, als sich noch einer aufwendigen Übertragungsprozedur zu unterziehen.
- Der Praxisinhaber arbeitet nur noch an bestimmten Tagen mit, die ggf. sukzessiv im zeitlichen Verlauf entsprechend des Wunsches des Praxisinhabers reduziert werden, bis das vollständige Ausscheiden erfolgt. Preise und Zeitpunkte der Vergütung sind juristisch und steuerlich individuell abzusprechen.

Die besonderen Vorteile dieses Konzeptes liegen, wie oben angesprochen wurde (5.1, S. 47) darin, dass die Abgeberärzte noch eine Weile in ihrer alten Praxis mitarbeiten und somit für das neue medizinische Personal aus jungen angestellten Ärzten/Ärztinnen Coaching-Funktionen übernehmen und ihr Wissen über ihre Patienten weitergeben können. Außerdem dürfte sich dadurch die Bereitschaft mancher Mediziner erhöhen, nach Erreichen des Rentenalters tageweise weiter zu arbeiten, womit sich der ärztliche Personalbestand erhöhen würde.

Die Finanzierung erfolgt über die Abrechnung der behandelten Patienten. Auch deshalb ist die angeführte Form eines gleitenden Übergangs wichtig, weil dann die Patienten weitgehend der Praxis erhalten bleiben. Ggf. werden für eine kurze Anlaufzeit Mittel benötigt, die durch die Träger bereitzustellen sind oder durch Kredite der örtlichen Sparkasse/Volksbank, der durch die Tätigkeit der Praxis innerhalb von drei bis maximal fünf Jahren (ratenabhängig) zurückgezahlt wird.

### ***Weitere Aufgaben und Möglichkeiten der Ankerpraxen und Auffangorganisation***

- Die **Auffangorganisation regelt ebenfalls Besuche zur Haus- und Heimbetreuung**. Dafür können spezialisierte nicht ärztliche Praxisassistenten oder/und ein Arzt/Ärztin, ggf. in Teilzeitanstellung, eingesetzt werden. Die Ärzte werden dadurch entlastet und können dadurch mehr Patienten versorgen. Durch den Mehrumsatz können die zusätzlich benötigten Personalkapazitäten finanziert werden. Zum Einstieg wird ein Testmodell initiiert. Das Pilotprojekt sollte durch die Ärzteschaft selbst mit Hilfe des Landkreises erarbeitet werden. Allerdings gibt es Befürchtungen bezüglich Rentabilität und Zeitaufwand durch die verbleibenden schon jetzt ausgelasteten Praxisinhaber.

- Die **übernommene Praxis** kann ggf. als MVZ weiterentwickelt und **fortgeführt** werden. Ärzte-Austausch: Gemeint sind in der Auffang-Pilot-Praxis angestellte Ärzte, sodass infolge von Teilzeittätigkeiten und vor allem durch Fluktuation des ärztlichen Personals Patienten nicht immer vom gleichen Arzt bzw. der gleichen Ärztin versorgt werden können. Dafür kommt der Mitarbeit einer **VERAH/NäPa als Dauerbezugs-Kontaktansprechpartner** wesentliche Bedeutung zu, für
  - die Dokumentation, so dass die Teilzeit-Ärzte immer detailliert und zeitnah über die Patienten mit einer höheren Kontaktfrequenz für längere Zeit informiert werden und
  - die VERAH/NäPa als Daueransprechpartner/in für die Patienten. Anstelle eines einzelnen Arztes ist in diesen Praxen zukünftig eine VERAH/NäPa die dauerhafte Bezugsperson. Ihr obliegt zugleich die Information der Ärzte und Abstimmung für den jeweiligen Patienten. Nach den vorliegenden Erfahrungen kann eine VERAH / NäPa diese Aufgabe für ca. 400 Patienten leisten.
- Facharztpraxen, deren Inhaber **ohne Nachfolger** bzw. Wiederbesetzung in den Ruhestand treten, könnten von den **Auffangpraxen oder Krankenhäuser übernommen** werden. Sie betreiben den Altstandort zunächst als MVZ-Sattelitenstandort mit dem Abgeber als Teilzeitarzt weiter und suchen Nachwuchs, wobei jedoch eine **Reprivatisierung** bei Fortsetzung ihrer bisherigen Tätigkeit **anzustreben** ist, wenn sich später ein Nachfolger findet. Dabei ist eine fortgesetzte kooperative Zusammenarbeit und bleibende Beteiligung des Krankenhauses vorstellbar. Ziel ist es, das Selbstständigkeitsideal auch in einer Zeit weiterzuentwickeln, die vom Zeitgeist aktuell eher in Angestellten-Kategorien denkt.

#### 6.3.4 **Netzwerkbildung zur Optimierung des Ressourceneinsatzes**

Zur Optimierung der Nutzung der vorhandenen Ressourcen und leistungssteigernden Weiterentwicklung wird ein enges Netzwerk zwischen den Haus- und Fachärzten und Krankenhäusern, dem Kreis und den Kommunen sowie zu den weiteren Leistungsträgern des Gesundheitswesens, insbesondere der Pflege und Apotheken, im Kreis entwickelt. Kernbereich ist ferner die Einbindung von Allgemeinmedizinern in Krankenhäuser-Notfallaufnahmen.

*SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen  
Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche  
Gutachten 2014*

**Akutstationäre Versorgung**  
*Notfallversorgung im ländlichen Raum*

**Allgemeinmediziner in Krankenhaus-Notaufnahme integrieren – sinnvoll?**  
*So entsteht hier – ebenso wie durch Vergütungsregelungen im Rettungsdienst - ein falscher Anreiz zur stationären Aufnahme. Inzwischen haben einige Krankenhäuser **Fachärzte für Allgemeinmedizin in ihre Notaufnahmen eingebunden**, die einen nennenswerten Anteil der Patienten mit wenig Aufwand erstversorgen und wieder in die vertragsärztliche Versorgung vermitteln können.*

Die Einrichtung von Telematik-Konferenzen zum Fachaustausch zwischen Hausärzten, Krankenhäusern und Fachärzten, die Schaffung dualer Arbeitsmöglichkeiten im Krankenhaus und Praxis, mit den niedergelassenen Ärzten abgestimmte Serviceangebote der Krankenhäuser, Fortbildungsorganisation und Angebote durch die Krankenhäuser und die Abstimmung und der Austausch mit den anderen Leistungsträgern der Pflege und im Gesundheitsbereich durch das **Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales**.

Geeignete Maßnahmen zur Netzbildung sind:

- Vereinbarungen zwischen **Allgemeinmedizinern** und **Krankenhäusern** über deren **Mitwirkung** an der **Versorgung altersmedizinischer Patienten**. Dieses Konzept funktioniert nur, wenn es zu einer zeitlichen Entlastung niedergelassener Allgemeinmediziner kommt, sodass sie in Krankenhäusern mitwirken können. Denkbar wäre es auch, wenn an einem Standort die Mitwirkung mehrerer Hausärzte am Krankenhaus möglich wäre und dies nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führt. Ggf. könnten niedergelassene Hausärzte auch ergänzend neben der Selbstständigkeit gleichzeitig bis zu 13 Stunden als Angestellte im Krankenhaus tätig sein.
- **Abstimmung** mit **Apotheken** über ein **Medikamentenmanagement**.
- **Abstimmung** zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern und abgestimmte Schaffung der technischen Voraussetzungen für **IT-gestützte Konzil-Schaltungen / Patientenakten / Befundberichte**.
- **Vereinbarungen** zwischen Hausärzten und Krankenhäusern zur Schaffung von **dualen Arbeitsplätzen**.
- **Abstimmung** zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern für die Entwicklung eines bedarfsgerechten **Serviceangebots zur Bürokratiebewältigung**, Abrechnung und Personalakquisition in den Praxen.
- **Austausch** und **Abstimmung** mit **sämtlichen Akteuren** des Gesundheitswesens im Kreisgebiet in dem *Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales*.
- Bei Bedarf **Festlegung** von **Prioritäten** durch das *Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales*. Die Umsetzung kann als Dauerfunktion auch bestimmten Personen übertragen werden.

#### 6.4 Sicherung und Entwicklung der Facharztversorgung

Die Versorgung mit niedergelassenen Fachärzten gestaltet sich momentan wie bereits ausgeführt ausreichend bis gut, wenngleich bereits Defizite für Urologen und Psychotherapeuten bestehen, die in naher Zukunft ebenso Kinderärzte und Gynäkologen betreffen werden. Außerdem gibt es nahezu keine Fachärzte in der Fläche. Aufgrund der Altersstruktur steht hier zeitlich etwas versetzt eine ähnliche Entwicklung wie bei den Hausärzten bevor (siehe Kapitel 4). Die Sicherung der Facharztversorgung erfordert zunächst den bestehenden oder in naher Zukunft bevorstehenden Defiziten zu begegnen und mittel- bis langfristig die Folgen der vielen Ruhestandseintritte zu bewältigen. Für die nächste Zukunft besteht vor allem ein hoher Handlungsbedarf in den Bereichen:

- Kinderarzt und Gynäkologe sowie
- Urologie und Psychotherapie

Die bevorstehenden Defizite bei den Kinderärzten und Gynäkologen müssen unbedingt verhindert werden, da beiden Facharztqualifikationen unmittelbare Bedeutung für die zukünftige Bevölkerungsentwicklung zukommt. Der Versorgungsbedarf könnte zumindest zum Teil von Ärzten außerhalb des Kreises wie von Kinderarztpraxen in Prüm/Wittlich/Mayen ausgeglichen werden. Derartige Defizite könnten sich dennoch negativ auf die Geburtenentwicklung sowie auf das Wanderungsverhalten junger Familien auswirken. Deshalb ist diesem Schwund unbedingt beizeiten zu begegnen. Die Voraussetzungen zur Sicherung der Facharztversorgung könnten sich etwas günstiger als bei den Hausärzten stellen. Die Facharztausbildung erfährt großen Zuspruch bei den Medizinstudenten, sodass die



Nachwuchsprobleme geringer als bei den Hausärzten ausfallen. Die Praxen im Landkreis Vulkaneifel, die zukünftig nach zu besetzen sind, liegen fast ausnahmslos in den Zentren. Deshalb haben die Vorbehalte gegenüber ländlichen Räumen nicht eine so hohe Bedeutung. Eine Unsicherheit zur Einschätzung der zukünftigen Entwicklung liegt aber darin, dass es aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Eingrenzung möglich ist, welche Facharztqualifikationen durch Ruhestandseintritte zu welchem Zeitpunkt verloren gehen. Bei der Vielzahl von Facharztqualifikationen ist es zudem unsicher, ob die Fachärzte, die im Landkreis in den Ruhestand gehen, tatsächlich ersetzt werden können. Deshalb sind die Herausforderungen für die Sicherung der Facharztversorgung durchaus mit denen der Hausärzte vergleichbar, wenngleich zeitlich etwas versetzt. Folglich wurde in Anlehnung an die Konzeption für die Hausarztversorgung eine vergleichbare Konzeption für die Sicherung der Versorgung mit Fachärzten entwickelt. Sie basiert auf fünf Schwerpunkten:

Abbildung 12 Sicherung und Entwicklung der Facharztversorgung



### Entlastung

Zur **Entlastung** der Fachärzte sind ebenfalls wie für Hausärzte Leistungen im niederschwelligem Bereich sowie zur Bewältigung der Bürokratie an geeignetes, hierzu **besonders ausgebildetes Hilfspersonal zu delegieren**. Zur Bürokratiebewältigung sind nichtärztliche Praxisassistentinnen/NäPas einzusetzen sowie neue IT-Programme und dafür ausgebildete Assistenzkräfte. Mit diesen kann der zeitliche Aufwand der Ärzte für Diagnosen ohne Qualitätseinbußen wesentlich vermindert werden. Außerdem sollte die Personalakquisition wie für Hausärzte vorgeschlagen, durch einen Servicedienst der Krankenhäuser erfolgen. Durch diese Maßnahmen können Fachärzte deutlich mehr Patienten betreuen und versorgen sowie im Organisationsaufwand entlastet werden. Dennoch ist auch hier zu beachten, dass Selbstständige es nicht gerne sehen, dass Außenstehende Einblick in interne Zahlenwerke/Ablaufstrukturen haben. Beispiele sind privatärztliche Verrechnungsstellen, oft als Selbsthilfeorganisation der Berufsträger.

### **Personal, Verbesserung der Arbeitsattraktivität**

Zur **Verbesserung** des Personalzugangs und der **Arbeitsattraktivität** gilt der gleiche **Ansatz wie** für **Hausärzte**, d. h. Arbeitsbedingungen zu schaffen für Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit im Angestelltenverhältnis, Kinderbetreuungsmöglichkeiten, die sich an den ärztlichen Arbeitszeiten ausrichten und Verbesserung der Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung durch entsprechende Angebote der Krankenhäuser, Angebote zur dualen Tätigkeit im Krankenhaus und in einer Praxis, gezielte Schaffung günstiger Voraussetzungen für einpendelnde temporär tätige Ärzte sowie Verbesserungen für die Einbindung ausländischer Ärzte. Außerdem sind die Kontakte zu den Ärzten zu nutzen, die für das DRK im Rettungsdienst tätig sind, um ggf. einige davon für die Mitarbeit in Facharztpraxen zu gewinnen. Auch der Einsatz von neuen an Fachhochschulen ausgebildeten Physiotherapeuten stellt eine Chance dar.

### **Auffang-Praxen für Facharzt-Abgeber**

Die Problematik, dass bei besonders wichtigen Arztpraxen zum Ruhestandseintritt des Inhabers bzw. der Inhaberin kein Nachfolger die Praxis übernimmt, zeichnet sich bereits im nächsten Jahr bei den Kinderärzten ab. Diese Problematik dürfte im zeitlichen Verlauf weitere Facharztpraxen betreffen. Deshalb ist zur **Sicherung der Facharztversorgung** ggf. ergänzend eine **Organisationseinheit zum Auffang von Praxen** für Abgeber **ohne Nachfolger** erforderlich. Diese Organisation könnte sowohl auf die Praxisübernahme von Fachärzten als auch von Hausärzten ausgerichtet werden. Zunächst sollte innerärztlich versucht werden, mit selbstständigen Facharztpraxen ein Auffang-, Fortführungs- und lokales Versorgungskonzept insbesondere für altersmedizinische Patienten im Facharztsektor zu entwickeln. Wenn hier keine innerärztliche Lösung der niedergelassenen Fachärzte zustande kommt, könnten verwaiste Facharztpraxen von Krankenhäusern erworben werden, die sie danach mit angestellten Ärzten als MVZ weiter betreiben. Allerdings trifft jedes Handeln nicht ärztlicher Träger als potenzielle Wettbewerber auf innere Abwehr der verbleibenden Berufsträger. Hierdurch sind möglicherweise Interessengegensätze angelegt zwischen Landkreisen und Kommunen als Vertreter der Daseinsvorsorge und dem natürlichen Eigeninteresse der verbleibenden Praxen mit ihrem Wunsch nach Patientengewinnung. Dieser Aspekt könnte jedoch an Bedeutung verlieren, wenn es aufgrund fehlender Nachbesetzungen der Praxen von Ruheständlern zur Überlastung der verbleibenden niedergelassenen Fachärzte kommt.

### **Temporärer Einsatz in der Fläche**

Zur Sicherung der **Facharztversorgung** für nicht-mobile Patienten **in der Fläche** muss versucht werden, Fachärzte für **temporäre Mitwirkung in den Praxen niedergelassener Hausärzte** in der Fläche zu gewinnen. In Anbetracht der hohen Auslastung der Facharztpraxen, die zukünftig infolge der Ruhestandseintritte noch zunehmen wird, sind zur Umsetzung dieser Maßnahme die Chancen jedoch sehr begrenzt. Deshalb ist zu prüfen, inwieweit dafür **einpendelnde Ärzte**, die privat für Heime tätig sind, ggf. in Frage kommen oder ob ggf. aus den **Auffangpraxen** für Facharzt-Abgeber Fachärzte diese **Versorgungsaufgabe übernehmen** können. Weitere Lösungsansätze werden aus der Übertragung von Delegation an Mitarbeiter von Fachärzten und Einsatz von Telematik entstehen. Hier gibt es getestete Modelle. Außerdem könnte in **Krankenhäusern** ebenfalls die Möglichkeit für **duale Tätigkeit** geschaffen werden, so dass der Facharzt an bestimmten Tagen im Krankenhaus und an den anderen in Praxen in der Fläche tätig ist.

### **Netzwerkbildung zur Optimierung des Ressourceneinsatzes .**

Maßnahmen zur Sicherung der **Facharztversorgung** sind gleichfalls umfassend in die zu schaffenden **Netzstrukturen** des Gesundheitswesens im Landkreis Vulkaneifel **einzubinden**. Deshalb gelten dafür die gleichen Ausführungen, die für die Hausärzte getroffen wurden (siehe 6.3.4).

Geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Facharztversorgung sind:

- Beschäftigungsangebote für Teilzeit- oder **Vollzeitanstellungen**.
- Es werden Berufsbilder zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen entwickelt, mit denen eine „**Doppelkarriere**“ mit Teilzeittätigkeit im Krankenhaus und Teilzeittätigkeit in einer Praxis ermöglicht wird.
- Mit Krankenhäusern **abgestimmte Angebote für duale Tätigkeit** (Praxis/Krankenhaus) , insbesondere zur Versorgung in der Fläche. Das gilt gleichfalls für die Verzahnung zwischen Hausärzten und Fachbehandlungen in Krankenhäusern/Facharztpraxen in Oberzentren/externen Standorten (Radiologie, Kinderärzte), ggf. ergänzt durch telemedizinische Konzile (siehe oben Personal).
- Einsatz von Dokumentationsassistentinnen/NäPas zur **Bürokratieentlastung**.
- **Entlastung** von Fachärzten **durch** an Fachhochschulen spezielle ausgebildete **Assistenzkräfte** für wichtige Facharztgebiete wie Urologie, Augenkrankheiten usw. Durch deren Einsatz lässt sich der zeitliche Aufwand für Diagnosen durch die Vorbereitung dieser Kräfte wesentlich reduzieren (siehe Hausärzte, S. 58).
- Einrichtung von **IT-Konferenzschaltungen** zur kurzfristigen, schnellen Kontaktaufnahme und Abstimmung zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern für Diagnosen und Behandlungsplanung von Patienten.
- Eine Netzwerkstruktur der **Krankenhäuser** Daun, Gerolstein, Trier entwickelt ein **Service-Konzept** zur **Personalakquisition** für Hausärzte und Fachärzte, das niedergelassene Ärzte bei Bedarf nutzen können.
- Krankenhäuser (Trier/Daun/Gerolstein) bieten **entlastende Dienstleistungen** an: Bausteine für Arztbriefe, Controlling, Abrechnung, Verwaltungsaufgaben, Qualitätsmanagement und dgl., die niedergelassene Hausärzte und Fachärzte bei Bedarf nutzen können. Diese Leistungen werden auch in der Fläche angeboten. Davon kann auch eine von Ärzten getragene Auffangpraxis (siehe unten) für Abgeber profitieren. Alternativ werden die Entlastungen bei einem MVZ oder der Geschäftsführung eines Praxisnetzes angesiedelt.

### **6.5 Sicherung und Entwicklung der Krankenhäuser**

Den Krankenhäusern kommt zur Sicherung der Grundversorgung sowie des zukünftigen Bedarfs bei Weiterbildungs- und Schulungsangeboten sowie medizinischen Servicediensten und der Abstimmung und Organisation der gesundheitlichen Versorgung wichtige Bedeutung zu. Wegen der fortschreitenden Spezialisierung zur Behandlung schwieriger Krankheiten ist gleichfalls eine optimale Nutzung der vorhandenen Potenziale wichtig. Weitere Anstöße einer Zusammenarbeit der Krankenhäuser im Kreis sowie auch mit Krankenhäusern außerhalb der Kreisgrenzen entstehen durch Reformmaßnahmen der Gesetzgebung. Das gilt insbesondere für eine **kooperative Zusammenarbeit** der Krankenhäuser in **Daun, Prüm und Bitburg** untereinander, in die auch das Krankenhaus in **Gerolstein** einzubinden ist, sowie mit den leistungsstarken Krankenhäusern in **Trier**. Außerdem ist von einem Anstieg von über 50% des Anteils altersmedizinischer Fälle auszugehen. Dafür ist die **Berücksichtigung** der Ausrichtung auf die **Querschnittszusammenhänge** im Rahmen der **Altersmedizin** von hoher Relevanz. Diese könnte am ehesten durch **Einbeziehung von Hausärzten und Netzwerken** geleistet werden.

Zur Sicherung des ärztlichen Personals in den Krankenhäusern wird ausländischen Ärzten weiterhin große Bedeutung zukommen. Deshalb sind dafür Betreuungsformen für Coaching, Sprache, Schulungs- und Ausbildungsangebote zur Angleichung der beruflichen Qualifikation an die Anforderungen in Deutschland sowie zur Erlangung der ärztlichen Berufszulassung zu organisieren. Zur Verbesserung des Personalzugangs von Allgemeinmedizinern ist in Abstimmung mit den Praxen ein Ausbildungsangebot zu schaffen, in dem Assistenzärzte in einem verbindlichen Zeitrahmen sämtliche Ausbildungsbereiche der Allgemeinmedizin in diesen Krankenhäusern absolvieren können und später Zugriff auf aktuelle Fortbildungsangebote haben. In der Allgemeinmedizin als breites Querschnittsfach ist ein besonders gutes Fortbildungsangebot in der Fläche notwendig.

Geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Facharztversorgung in Krankenhäusern sind:

- Kooperation und **Zusammenarbeit** der Krankenhäuser **Daun, Prüm, Gerolstein/Bitburg** und **Trier** im Weiter- und Fortbildungsangeboten sowie für Serviceleistungen zum Kennenlernen der Vulkaneifel und Betreuungsaspekten für Ehepartner/Kinder.
- In Krankenhäusern Ergänzung der Notaufnahme bei **Integration** von breit qualifizierten niedergelassenen **Allgemeinmedizinern** sowie für kurzstationären Aufenthalt in der Altersmedizin sowie als koordinierende Betreuungsärzte für verschiedene Fachabteilungen des Krankenhauses **für die Behandlungsplanung multimorbider Patienten**.
- Einrichtung von **Kurzlieger-Stationen** für die Gruppe multimorbider Patienten, die nur einer kurzen Intervention bedürfen und deren Schwerpunkt der Versorgungsbetreuung ambulant durch ein multiprofessionelles Team bestimmt wird.
- **Temporäre Mitarbeit** von Fachärzten aus Krankenhäusern **in der Fläche** in Praxen niedergelassener Ärzte, insbesondere in den Auffangpraxen und Ankerpraxen. Zu berücksichtigen ist dabei der Mangel an Fachärzten am Krankenhaus, die Beherrschung der deutschen Sprache und die Modalitäten von Abrechnung und Dokumentation im niedergelassenen Bereich.
- Einrichtung von **IT-Schaltungen** zur kurzfristigen, schnellen Kontaktaufnahme und Abstimmung zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern bei Diagnosen und Behandlungsplanung von Patienten. Hier fehlen oft noch schnelle Internet-Verbindungen und die Klärung von Vergütungsfragen.

### **Weiter- und Fortbildung**

- Die Krankenhäuser Daun, Prüm, Gerolstein/Bitburg und Mutterhaus und Brüder-Krankenhaus Trier schaffen in Kooperation ein **attraktives Fortbildungsangebot** und arbeiten in der Weiterbildung zusammen, womit die Region wesentlich attraktiver für junge Mediziner wird, die Wert darauf legen, in dem rasanten medizinischen Fortschritt eingebunden zu sein.
- Krankenhäuser bieten Mitarbeitern **intersektorale Schulungen** für die häufigsten Krankheitsbilder wie Schlaganfall, Rheuma, Diabetes an und erhöhen damit die Arbeitsattraktivität und das Zusammengehörigkeitsgefühl für das nichtärztliche Personal in der Vulkaneifel und verbessern ebenfalls die Patientenversorgung.
- **Zur Ausbildung** des erforderlichen **Entlastungspersonals** für Büroorganisation (QM, Abrechnung, Dokumentation, Arztbriefe) wird ein **Ausbildungspool und Trainingszentrum mit** den Krankenhäusern in Daun und Gerolstein gebildet. Das Konzept berücksichtigt altersmedizinische Aspekte bei multimorbiden Patienten mit hohem Betreuungsaufwand. In der Ausbildung werden die erforderlichen Kenntnisse der Telematik und Prävention vermittelt.

### Sicherung Personal

- Eine Netzwerkstruktur der Krankenhäuser Daun, Gerolstein, Trier entwickelt ein Konzept zur **Personalakquisition**, Bindung und dauerhafter Qualifizierung für Hausärzte und Fachärzte, das niedergelassene Ärzte bei Bedarf nutzen können.
- Für **ausländische Ärzte** ist eine **Anlaufstelle** für umfassende **Integration** zu schaffen. Herr Prokurist Leyendecker, Krankenhaus Daun, hat in diesem Bereich besondere Erfahrung, die zu nutzen ist.
- Die Krankenhäuser **unterstützen** in Kooperation **zuzugsinteressierte Ärzte** bei der Wohnungssuche, Schul- und Kindergartenangeboten, Berufstätigkeit für Ehepartner in Verbindung mit IHK, Handwerkskammer, Wirtschaftsförderung. Ein Konzept einer Willkommens- und Integrationskultur wäre zu entwickeln, wie es oft schon bei der Wirtschaftsförderung besteht.

### Dienstleistungen

- Krankenhäuser (Trier/Daun/Gerolstein) bieten **entlastende Dienstleistungen** - ggf. mit Auffang-MVZ und zu gründendem Praxismanagement - an: Bausteine für Arztbriefe, Controlling, Abrechnung, Verwaltungsaufgaben, Qualitätsmanagement und dgl., die niedergelassene Hausärzte und Fachärzte der ganzen Region bei Bedarf nutzen können. Entscheidend wird auch die Frage sein, wer die Vorfinanzierung und die Kostenverteilung übernimmt. Das Risiko liegt in dem Verharren in alten Gewohnheiten und der schwierigen Motivation Neues anzugehen, wenn die Perspektiven der Praxisfortführung nicht gegeben sind.

## 6.6 Sicherung und Entwicklung der Apothekenversorgung

Den Apotheken kommt zur Sicherung der ambulanten Medikamentenversorgung wichtige Bedeutung zu. Das gilt vor allem wegen der Zunahme hoch betagter, multimorbider Patienten. Dazu ist in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten ein **Medikamentenmanagement** aufzubauen, wofür Allgemeinmediziner und Pflege ein wichtiges Bindeglied sind, da sie die Zusammenhänge und Wirkungsweisen unterschiedlicher Krankheitsbilder umfassend einschätzen können. Zugleich gilt es, die **Medikamentenversorgung für nicht-mobile Patienten** in der Fläche zu **sichern**. Da aufgrund der Bedenken der Apothekerkammer wegen evtl. Wettbewerbsverzerrung das Modellvorhaben der VI-SAVIA-Abgabeterminals nicht fortgeführt wird, ist zu prüfen, inwiefern sich das Modell der Apotheken-Briefkästen zur Sicherung der Medikamentenversorgung in Fläche eignet.

Bei diesem Modell wird in Ortschaften ohne Apotheke ein **Apothekenbriefkasten** aufgestellt, in den Patienten ihre Rezepte mit Adresse einwerfen. Der Briefkasten wird von der zuständigen Apotheke geleert, die dann das Medikament per Post zur Wohnadresse des Patienten schickt. Die Einrichtung von Apothekenbriefkästen erfordert jedoch die Genehmigung der Apothekerkammer Rheinland-Pfalz. Wenn sich im Landkreis diesbezügliche Versorgungsprobleme abzeichnen, ist mit den Apotheken, die in der Nähe des betroffenen Raumes bzw. dieser Räume liegen, Kontakt aufzunehmen, um Interessenten für das Vorhaben zu gewinnen und bei der Kammer zwecks Genehmigung vorstellig zu werden. Diese Aufgabe wäre von dem *Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales* zu verfolgen, die dafür ggf. eine spezielle Arbeitsgruppe einrichtet.

Darüber hinaus gibt es **internetbasierte Applikationen**, in den ein Arzt Rezepte sofort auf das Handy eines Patienten überspielen kann. Dieser entscheidet als Patient, an welche Apotheke seiner Wahl er das Rezept weiterleitet. Gleiches ist möglich- im Rahmen der freien Auswahl des Leistungserbringers

– bezüglich der Weiterleitung von Rezepten an Pflege, Physiotherapeut oder Sanitätshaus. Mit einer frühzeitigen Einführung eines solchen elektronischen App-Systems kann sichergestellt werden, dass auch bei Verlagerung von Praxisstandorten die bisherige Infrastruktur aufrechterhalten werden kann. Nur die Einführung und Gewährung von solchen Modellen verlangt drei Jahre Transformationszeit (Konzept Galeria-Vital – Gesundes Krefeld).

Geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Medikamentenversorgung sind:

- **Abstimmung** von Fachärzten/Hausärzten und Krankenhaus-**Entlassungsmanagement** mit Apotheken zur Entwicklung eines Medikamentenmanagements, ggf. bei Bildung einer darauf ausgerichteten Arbeitsgruppe.
- **Beobachtung** des **Raumes** (über Informationen der Bürger, des Vereins Bürger für Bürger Daun e. V., der Hausärzte und Apotheken), um frühzeitig Versorgungsdefizite festzustellen.
- In Ortschaften in der Fläche **ländlicher Räume** ohne gut erreichbare Apotheke Einrichtung von **Apothekenbriefkästen**, insbesondere bei größerem Bevölkerungsanteil hochbetagter Personen und Einführung **internetbasierte Applikationen**.

## 6.7 Sicherung und Entwicklung der Pflege

Die Sicherung der ambulanten und stationären Pflege steht ebenfalls vor großen Herausforderungen, da wegen der zunehmenden Seniorenzahl etwa bis 2035 von einem Wachstum, insbesondere von einem deutlichen Anstieg hoch und sehr hoch betagter Einwohner (siehe 4.2) auszugehen ist. Da gleichzeitig die familiären Leistungen sinken, muss mit einem Anstieg des Bedarfs an professioneller Pflege gerechnet werden. Die großen Herausforderungen in der Pflege liegen in der Sicherung:

- der akutmedizinischen Versorgung
- ausreichenden Fachpersonales
- Bewältigung der finanziellen Kosten
- ausreichender ambulanter Pflege
- ausreichender stationärer Pflege
- präventiver Maßnahmen
- Medikamentenmanagement

In der Verbandsgemeinde Daun wurde im Rahmen deren Teilnahme am Bundeswettbewerb Regionale Daseinsvorsorge ein qualifiziertes Pflegekonzept mit ergänzenden Heilkundefunktionen entwickelt und im **Masterplan „Pflegerische Versorgung“** dargestellt. Der Bundeswettbewerb ist darauf ausgelegt, Konzepte zu entwickeln, die sich für die betreffende Region wie auch zur Übertragung auf andere Regionen eignen. Das Konzept ist eine Alternative, falls es innerärztlich nicht gelingt, durch Delegation und Vernetzung unter ärztlicher Verantwortung und exklusiver Heilkundefunktion bei Ärzten angesiedelt, um bis 2020 zu beweisen, dass die Ärzteschaft mit weniger Ärzten danach mehr Patienten intensiver und systematischer versorgen kann als mit dem jetzigen Modell der anlassbezogenen Versorgung. Ein enger Austausch aller verantwortlichen Mandatsträger ist angebracht, um Konfrontation zwischen Heilkunde-Initiative der Pflege und ärztlichen Besitzstands-Wahrungsinteressen zu vermeiden und Synergien zu entwickeln.

### Ärztliche Versorgung

Die Sicherung einer ausreichenden **ärztlichen Versorgung** ist **Grundvoraussetzung** für den Fortbestand und eventuelle Ausweitung der stationären und ambulanten Pflegeleistungen. Nur wenn diese

gewährt ist, haben die Pflegedienste eine sichere Zukunft. Deshalb kommt der oben angeführten Umsetzung des Konzeptes zur Sicherung der Hausarztversorgung ebenfalls grundlegende Bedeutung für die Pflege im Landkreis Vulkaneifel zu. Außerdem ist auf qualifizierte Pflegeverordnungen der Ärzte hinzuwirken und Zeitverzögerungen und unnötige Effizienzverluste in der Arbeit der Pflegedienste zu vermeiden. Dieses kann durch Netzbildung mit Praxen und Krankenhäusern erreicht werden. Weiterhin sollten zur Verbesserung der strukturierten Patientenversorgung Wund-Netz-Lösungen eingerichtet werden. Verträge zur besseren Heimversorgung zwischen KV, GKV unter Einbeziehung von Hausärzten und Pflege (Modell Bünde/NRW) wären zielführend.

### **Ausreichendes Fachpersonal für den Pflegebereich**

Die meisten Pflegedienste und Einrichtungen haben bereits heute Probleme bei der Sicherung ausreichenden Fachpersonals und erwarten eine weitere Verschärfung. Als Lösungsansatz haben sich bewährt und sind daher zu verfolgen:

- **Familienfreundliche Arbeitsbedingungen** wie flexible Teilzeitarbeit für junge Mütter. Diesbezüglich kommt dem oben angeführten Konzept zur Einrichtung von erweiterten Kinderbetreuungskapazitäten für den Nachwuchs von Ärztinnen Bedeutung zu, da deren diesbezügliche Bedürfnisse ähnlich wie die vieler Pflegekräfte sind.
- Schaffung von **Schulungsangeboten**, mit dem geeignete einjährig qualifizierte Hilfskräfte und Hauptschulabsolventen zur Pflegefachkraft ausgebildet werden. Dabei sollten die dem Real-schulabschluss vergleichbaren Anforderungen an Hauptschulabsolventen auf die Fächer beschränkt werden, die für den Pflegeberuf bedeutsam sind. Diese Überlegungen sind auf den Workshops zur Projektdurchführung der Pflegeschule Daun angetragen worden. Mit der Pflegeschule Daun ist ein entsprechendes Konzept zu entwickeln und in Abstimmung mit dem Sozialministerium und den zuständigen Berufsorganisationen zur Umsetzung zu bringen.

Ein positiver Aspekt könnte sich mittelfristig dadurch ergeben, dass **Pflegefachkräften** mehr **Heil-kundekompetenz** zugebilligt wird, womit der Beruf an Attraktivität gewinnen dürfte. Gleichfalls haben sich **Öffentlichkeitsveranstaltungen** der Pflegeschule Daun mit den Pflegediensten bewährt, um Schulabgängern für diesen Beruf zu interessieren. Außerdem gilt es den hohen Dokumentations- und Abrechnungsaufwand zu reduzieren, der heute bis zu 30% der Arbeitszeit des Personals erfordert. Weiterhin ist zu prüfen, wie weit einjährig qualifizierte Pflegehilfskräfte zum Teil auf den **Personalschlüssel angerechnet** werden können (z. B. zu einem Drittel, zur Hälfte usw).

### **Bewältigung der finanziellen Kosten**

Eine große Herausforderung liegt in der Bewältigung der Kosten. Bereits heute reichen in der stationären Pflege die Renten der Patienten häufig nicht zur Deckung der Kosten aus, sodass Zuschüsse der Sozialhilfe erforderlich werden. Dieses Problem wird wie oben dargestellt zukünftig weiter wachsen (siehe 4.2, S. 42). Aus diesem Grunde sollte nach Möglichkeit versucht werden, den **ansteigenden Pflegebedarf durch ambulante Dienste zu bewältigen**, da diese deutlich geringere Kosten verursachen und bislang nur wenig Sozialhilfe beanspruchen. Für die Pflegedienste liegt wiederum ein großes **Kostenproblem** darin, das Pflegefälle zu **niedrig eingestuft** werden, sodass die bezahlte Zeit nicht für eine ordnungsgemäße Pflege ausreicht. Diesbezüglich sollte das *Koordinierungs-Forum* über den Kreis im Sozialministerium und bei den Kostenträgern vorstellig werden und auf eine sachgerechte Leistungsvergütung hinwirken.

### *Ausreichende ambulante Pflege*

Die **Kapazitäten** der **ambulanten Pflege** müssen voraussichtlich aufgrund des Bedarfsanstieges **erhöht werden**. Gleichzeitig gilt es, in die Pflegestufen auch Personen mit eingeschränkter Selbstständigkeit wie etwa Demenzkranke aufzunehmen. Es bedarf gleichzeitig einer **Ausweitung** der **ehrenamtlichen Hilfe**, sodass die Voraussetzungen für eine möglichst lange eigenständige Haushaltsführung der Senioren weiterhin verbessert werden. Der Kreis weist diesbezüglich ein großes Angebot an Seniorenhilfsdiensten und -leistungen auf, das jedoch in den einzelnen Gemeinden sehr unterschiedlich ausgebildet ist. Als tangierende Maßnahmen gilt es, in den Kommunen konsequent die öffentlichen Räume barrierefrei auszubilden und gleichfalls diesbezüglich auch auf die Privatwirtschaft, insbesondere auf die Anbieter von Waren und haushaltsorientierten Dienstleistungen, einzuwirken. Gleichfalls muss dem **Defizit** an **altengerechten**, barrierefreien **Wohnungen entgegengewirkt** werden. Dies verlangt Investitionen und Anreizsysteme bei engen öffentlichen Spielräumen.

### *Ausreichende stationäre Pflege*

Die stationären Pflegekapazitäten sind heute mehr als quantitativ ausreichend (vereinzelt Unterauslastung und Versorgung von Patientenzugängen aus Gebieten außerhalb des Kreises aus dem Raum Köln). Sie reichen auch für den absehbaren Bedarfsanstieg aus. Eine **Kapazitätsausweitung durch Neu- oder Umbauen ist nur dort anzuraten, wo Versorgungsprobleme in der Fläche bestehen** bzw. wo für weniger mobile Einwohner große Probleme entstehen, Kontakt zu Verwandten und Freunden zu halten, wenn diese in ein Pflegeheim kommen. Soweit das nicht zutrifft, ist vom Kapazitätsausbau abzuraten, da zu dessen rentabler Bewirtschaftung Heimbewohner aus Räumen außerhalb des Kreises anzuwerben wären. In dem Fall läuft der Kreis Gefahr, durch geschickte Wohnortmanipulationen<sup>49</sup> für diese Personen ebenfalls die Kosten der Sozialhilfe zu tragen.

### *Präventiven Maßnahmen*

Die gesundheitliche Beschaffenheit der Senioren ist durch präventive Maßnahmen zu verbessern. Das gilt sowohl für die Behandlung durch Ärzte als auch für ambulante Pflegeleistungen bis hin zu stationären Pflegeleistungen. Diesbezüglich ist auf ein Pflegeheim im Kreis zu verweisen, in dem innerhalb der letzten zehn Jahre drei Insassen durch präventive Maßnahmen wieder in die Selbstständigkeit der eigenen Haushaltsführung zurück kamen und danach erst Jahre später dauerhafte Bewohner des Pflegeheimes wurden. Den gesundheitlich präventiven Maßnahmen kommt zudem für die Umsetzung des Zieles, Seniorinnen und Senioren möglichst eine lange eigenständige Haushaltsführung zu ermöglichen, ebenfalls größte Bedeutung zu. Diesbezüglich gilt es, die Ansätze aus dem Konzept, die für die Verbandsgemeinde Daun mit dem MORO-Modellvorhaben entwickelt wurden, unter Berücksichtigung der ortsspezifischen Gegebenheiten und Belange auch in andere Gemeinden anzuwenden.

### *Medikamentenmanagement*

Mit den betreuenden Hausärzten, Fachärzten und dem Krankenhaus-Entlassungsmanagement und Apotheken ist ein Medikamentenmanagement aufzubauen und abzustimmen, das für multimorbid erkrankte Insassen eine optimal abgestimmte sichere Medikamentenversorgung garantiert.

---

<sup>49</sup> Der Kreis ist nur bei Personen, die mindestens ein halbes Jahr im Kreis ihren ersten Wohnsitz haben, bei deren Bedarf zu Leistungen der Sozialhilfe verpflichtet. Durch Scheinwohnsitze kann diese Zeit mit geringem Aufwand überbrückt werden, sodass dem Kreis dann die Kosten zufallen.



Geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Pflegeversorgung sind:

- Sicherung der ärztlichen Versorgung durch Umsetzung des oben angeführten **Konzepts** zur **Hausarztversorgung**, um die Arbeitskraft abgehender Ärzte solange wie möglich insbesondere auch für die Heim- und Hausbesuchsversorgung zu sichern und zeitgleich neue Versorgungskonzepte aufzubauen.
- Beim Eintritt von ärztlichen massiven Versorgungsproblemen Zusammenschluss zur **Anwerbung temporär einpendelnder Ärzte** von außen, bei gemeinsamer Kostenbewältigung.
- Der **Masterplan „Pflegerische Versorgung“** der Verbandsgemeinde Daun ist unter Beachtung der jeweiligen örtlichen Gegebenheiten mit entsprechenden Modifikationen auch **von den anderen Verbandsgemeinden** zu beobachten und als Alternativmodell zu sehen, wenn innovative Arztansätze zur Versorgungssicherheit sich nicht ausreichend schnell entwickeln.
- **Ausbildungsangebote** in den Pflegeheimen.
- Flexible mütterfreundliche **Arbeitsbedingungen**.
- Verbandsgemeinden schaffen nach Bedarf **Kinderbetreuungseinrichtungen**, die den beruflichen Anforderungen der Pfleger/Pflegerinnen wie ebenfalls von Ärzten/Ärztinnen und Berufe mit vergleichbarem Arbeitszeiteinsatz angepasst sind. Diese können auch von anderen Berufen mit Beanspruchung am Abend/nachts und am Wochenende genutzt werden, wie auch von Gesundheitseinrichtungen außerhalb des Landkreises wie Mandercheid und Bad Bertrich.
- Ausweitung der Leistungen der Pflegeschule Daun, insbesondere auch zur **Fortbildung geeigneter** einjährig qualifizierter **Hilfskräfte** zur Pflegefachkraft und für Hauptschüler, in Abstimmung mit dem Sozialministerium Rheinland-Pfalz und zuständigen Berufsverbänden.
- Werbewirksame **Informationsveranstaltungen** der Pflegeschule Daun mit Pflegediensten.
- **Reduzierung** des hohen **Bürokratieaufwandes**, ggf. durch Serviceleistungen von außen.
- Zur Bewältigung der Kosten ist der bevorstehenden Anstieg im Pflegebedarf so weit wie möglich durch **ambulante Dienste** abzudecken.
- Zur Sicherung der Qualität der Pflege und der Rentabilität dieser Leistungen sind die **Pflegefälle** entsprechend des **tatsächlichen Bedarfs einzustufen** und auf eine zügige Bearbeitung der Pflegeanträge durch die Krankenkassen hinzuwirken (ggf. durch Intervention des Kreises im Sozialministerium und bei den Krankenkassen). Gleichfalls ist darauf hinzuwirken, dass die **Pflegeverordnungen** durch Ärzte über Netzwerk-Kommunikation derart **qualifiziert abgefasst** werden, dass sie von den Krankenkassen unproblematisch akzeptiert werden. Dies geht nur durch verbesserte Kommunikation/Vertrauensbildung und ggf. Anreizmodelle, wie Pilotprojekte in Berlin-Brandenburg und NRW zeigen.
- Berücksichtigung von Personen mit eingeschränkter Selbstständigkeit, die bisher keine Pflegestufe erhalten, vor allem Demenzkranke.
- Seniorenhilfsdienste und diesbezügliche **ehrenamtliche Tätigkeiten** sind auszuweiten.
- Das Angebot **seniorenfreundlicher/barrierefreier Wohnungen** ist, wenn möglich, durch Umbauten, sonst durch „bezahlbare“ Neubauten zu erhöhen, wozu auf Bauträger einzuwirken ist.
- Zur Bedürfnisberücksichtigung der Senioren, insbesondere im vorpflegerischen und ambulanten Pflegebereich, ist in den Gemeinden für die ehrenamtliche Tätigkeit als **Seniorenbeirätin/-beirat** oder Seniorenbeauftragte/r zu werben.
- In Verbandsgemeinden ist für **öffentliche Räume** konsequent **Barrierefreiheit** zu schaffen.

- Die Verbandsgemeinden wirken auf die **Privatwirtschaft**, insbesondere auf den Einzelhandel und haushaltsorientierte Dienstleister, auf die Schaffung von **Barrierefreiheit** hin.
- Die **stationären Pflegeeinrichtungen** sind zu **erhalten** und zu **sichern**. Bei Auslastungsproblemen sind die Kapazitäten nach außen zu vermarkten. Die Außenvermarktung ist entsprechend der Bedarfsentwicklung der Kreisbevölkerung zurückzufahren.
- Neue und **zusätzliche stationäre Pflegekapazitäten** sind **nur in der Fläche** zu schaffen, wenn von dort die bestehenden Einrichtungen durch weniger mobile Personen kaum noch erreichbar sind.
- Die ärztlichen **Behandlungen**, die ambulante und die stationäre Pflege sind nach Möglichkeit **auf Prävention auszurichten**, zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Mitbürger/innen und zum langen Erhalt der Eigenständigkeit.
- Die Pflegedienste und -einrichtungen entwickeln mit den Apotheken und den Ärzten ambulant/stationär ein **Medikamentenmanagement**, wenn dafür Bedarf entsteht. Maßstab könnte das Modell KV Sachsen-ABDA sein.
- Einrichtung von **Wundtherapiestützpunkten** an zentralen Stellen.
- Prüfung, inwieweit **niederschwellige medizinische Versorgungsaufgaben** durch Ärzte **an Pflegefachkräfte delegiert** werden können, in Ergänzung des neuen Einsatzes nichtärztlicher Praxisassistentenkräfte.
- Hinwirken auf das Sozialministerium, um **Teilanrechnung** einjährig qualifizierter **Pflegehilfskräfte auf den Personalschlüssel** zu erreichen (z. B. zu einem Drittel, zur Hälfte usw.).

## 6.8 Sicherung und Entwicklung weitere tangierender Gesundheitsleistungen

Den weiteren Dienstleistern wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und vergleichbaren Berufsgruppen kommt ebenfalls größere Bedeutung zu. Das gilt **vor allem für Prävention** sowie gesundheitliche und medizinische **Rehabilitation**. Deshalb sind diese in regionale Versorgungsnetzwerke einzubinden, um eine möglichst umfassende Abstimmung mit den Ärzten und der Pflege zum Wohl der Patienten zu erreichen.

Eine weitere Möglichkeit liegt in der Entwicklung des Konzepts **Gesundland Vulkaneifel**, das gemeinsam mit den Gast- und Tourismusgewerbe und den Akteuren des Gesundheitswesens zu entwickeln und zu vermarkten ist. Dazu können z. B. Hotelangebote gehören, die für bestimmte Krankheitsbilder Leistungsprofile anbieten, die etwa abgestimmte Mahlzeiten (z. B. bei Diabetes), ärztliche Untersuchung und Betreuung sowie weitere Leistungen, wie darauf ausgerichtete Krankengymnastik, umfassen. Dafür könnte das *Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales* gemeinsam mit der Wirtschaftsförderung des Kreises die Interessenten und Akteure zusammenbringen, damit diese ein derartiges Konzept entwickeln. Die Leistungsträger der tangierenden Gesundheitsbereiche würden dadurch zusätzliche Klientel erhalten, die Hotels und Gastronomie zusätzliche Kunden und die Ärzte durch die Behandlung weitere Patienten zusätzliche Einnahmen. In Anbetracht des knappen Hausarztbesatzes und zukünftig auch knappen Facharztbesatz muss dafür ggf. weiteres ärztliches Teilzeit-Personal gewonnen werden. Vorstellbar wäre die Anwerbung von Einpendlern auf Honorarbasis, ähnlich wie das DRK seinen Rettungsdienst sichert. Gleichfalls ist die Wirtschaft einzubeziehen, um ggf. bestimmte Produkte, die für Senioren und für die Bewältigung von Krankheitsbildern helfen, aufzunehmen und mit zu vermarkten. Hier wäre verstärkt an Bewegungs- und Muskeltrainingskonzepte zu denken. Auch der Ausbau von seniorengerechten e-Bike/Tri-Bike-Konzepten könnte helfen.

Geeignete Maßnahmen zur Sicherung der ganzheitlichen medizinischen Versorgung kurativ und präventiv sind (nicht abschließend sondern beispielhaft):

- Einbeziehung und Abstimmung der weiteren Dienstleister wie Physiotherapeuten, in der Krankengymnastik durch *Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales* als zentrale Kommunikationsplattform, um das Zusammenwirken weiter zu verbessern. Es gilt das historisch getrennte System der **Spartenorganisation der Gesundheitsberufe auf lokaler Ebene zusammenzuführen**. Das Nebeneinander von Kammern, Berufsverbänden, KV, IHK gefährdet die ganzheitliche Netzwerkversorgung der älteren Personengruppen bei Wegfall wichtiger Träger der Hausarztversorgung.
- **Abstimmung** zwischen interessierten Ärzten, tangierenden Gesundheitsdiensten, Hotellerie, Gastronomie und der Wirtschaft **zur Entwicklung von krankheitsspezifischen Angeboten**, wobei der Schwerpunkt auf REHA und präventiven Angeboten Leistungen in Verbindung mit Erholung in einer schönen Natur/Landschaft liegen sollte. Auf diese Schwerpunkte ist die Vermarktung auszurichten, da Krankheit ein Negativimage hat. („Keine Chance für Rheuma und Diabetes durch Bewegung und Ernährung.“)

### Fazit

Das Konzept zur Sicherung und Entwicklung der Gesundheitsversorgung ist darauf ausgerichtet, die vorhandenen Potenziale möglichst optimal einzubeziehen, den veränderten Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung zu entsprechen und die **erforderlichen strukturellen Veränderungen unter Beachtung der regionalen Zusammenhänge** einzuleiten und **umzusetzen**. Für die abgestimmte Einbindung der Potenziale ist eine übergreifende Koordinierungsorganisation zu bilden. Für das **Konzept** gelten als **Grundsätze**, dass es zur **Sicherung der Gesundheitsversorgung** geeignet und mit den **vorhandenen Potenzialen** nicht durch Dirigismus, sondern **auf freiwilliger Basis durch örtliche Akteure umsetzbar sein muss**. Deshalb muss die Fortführung der ärztlichen Tätigkeit in traditioneller Form als auch die Umstellung auf die zukünftig notwendigen strukturellen Veränderungen bei Nutzung der neuen gesetzlichen und organisatorischen Möglichkeiten vereinbar sein.

Zur Sicherung der Hausarztversorgung sind die Allgemeinmediziner zu entlasten und ihre Leistungskraft zu erhöhen, was durch **Delegation niederschwelliger medizinischer** Tätigkeiten, Nutzung neuer organisatorischer Lösungen sowie neue Servicedienste durch Krankenhäuser (Personalakquisition, Abrechnungshilfe usw.) und Anwendung neuer Entwicklungen im IT-Bereich ermöglicht wird. Hierfür sind insbesondere **Mehrbehandlerpraxen auszuweiten**. Durch den Einsatz dieser Kräfte kann die Versorgung unmobiler Patienten in der Fläche gesichert werden, denn so lassen sich auch Haus- und Heimbesuche kostendeckend erbringen. Zugleich sind Praxen beim Ruhestandseintritt von Inhabern ohne Nachfolger von einer **Auffangorganisation** zu übernehmen und fortzuführen. Dafür sind **gleitende Übergänge** anzustreben. Durch ein zeitlich sukzessives Ausscheiden des Inhabers findet kein abrupter Wechsel für Patienten statt und das Praxispersonal wird weiter beschäftigt. Als Träger dieser Organisation wird eine innerärztliche Lösung empfohlen, wobei jedoch von ärztlicher Seite eine unterstützende Beteiligung durch Kreis und Kommunen, Krankenhäusern und Wohlfahrtsverbände erwartet wird. Zur Attraktivitätserhöhung wird dem veränderten Rollenbild junger Mediziner entsprochen, indem die Möglichkeit zur Beschäftigung im Angestellten Verhältnis, ggf. auch als Pendler geschaffen wird und mit den Krankenhäusern **Fortbildungsangebote** und **Regelausbildungsgänge für Allgemeinmedizin** entwickelt werden. Weiterhin sind Möglichkeiten für duale Tätigkeiten in Krankenhäusern und Hausarztpraxen zu schaffen und die Kommunen sollten einen Beitrag durch **Kinderbetreuungsangebote** leisten, die sich an den Dienstzeiten von Ärzten und Personal im Gesundheitswesen wie Pflege ausrichten. Außerdem wird sukzessiv ein Netzwerk entwickelt, in dem

Hausärzte verstärkt mit Krankenhäusern und Fachärzten kooperieren und gleichfalls einen **engabgestimmten Kontakt** zur Medikamentenversorgung, zur Pflege und weiteren tangierenden **Gesundheitsberufen** eingehen.

Zur **Sicherung der Facharztversorgung**, die zeitlich versetzt vor ähnlichen Herausforderungen wie die Hausarztversorgung steht, sind in vergleichbarer Vorgehensweise Entlastungen sowie Verbesserungen der Arbeitsattraktivität vorzunehmen und ebenfalls **Auffanglösungen** für nicht nachzubesetzende Praxen zu schaffen. Ggf. sind dafür Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Trägerschaft von Krankenhäusern oder Wohlfahrtsverbänden zu bilden. Außerdem ist durch den **mobilen Einsatz** von Fachärzten (Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Hausarztpraxen), die an bestimmten Tagen dort ihren Dienst verrichten, die Versorgung **in der Fläche** zu verbessern.

Die Sicherung und Leistungssteigerung der **Krankenhäuser** kann über eine **kooperative Zusammenarbeit** der Krankenhäuser in Daun, Prüm und Bitburg untereinander, in die auch das Krankenhaus in Gerolstein einzubinden ist, sowie mit den leistungsstarken Krankenhäusern in Trier hergestellt werden. Die Krankenhäuser entwickeln ein attraktives Fortbildungsangebot, die oben angeführten Möglichkeiten zur Regelausbildung in der Allgemeinmedizin, duale (Krankenhaus/Praxis) Tätigkeitsangebote und Servicedienste für niedergelassene Arztpraxen. Aufgrund des bevorstehenden hohen Anstieges altersmedizinischer Fälle (über 50%) bedarf es einer **stärkeren Querschnittsorientierung**, die durch Einbindung und Kooperation mit Allgemeinmedizinern/Hausärzten erreicht werden kann. Zur Sicherung ihres Personals wird das Angebot zur Einbindung ausländischer Mediziner weiter verstärkt und ausgebaut.

Zur Sicherung und Entwicklung der Apothekenversorgung ist in Abstimmung zwischen Apotheken, Ärzten und Pflege nach Bedarf ein **Medikamentenmanagement** aufzubauen. Bei Defiziten der Medikamentenversorgung in der Fläche ist in Abstimmung mit der Apothekerkammer auf Apothekenbriefkästen hinzuwirken. Weiterhin sind bei Bedarf neue technische Möglichkeiten zu nutzen, wie internetbasierte Applikationen, in denen ein Arzt Rezepte direkt auf das Handy eines Patienten überspielen kann.

Zur Sicherung der Pflege ist die wichtigste Voraussetzung, die ärztlichen Versorgung sicherzustellen und somit die erfolgreiche Umsetzung des oben aufgeführten Konzepts und die Sicherung ausreichenden Fachpersonals. Zur Sicherung des Fachpersonals ist das **Bildungsangebots der Pflegeschule Daun** auszuweiten, insbesondere für **Nachschulung geeigneter Hilfskräfte** und Hauptschüler sowie eine weitere Verstärkung der **Werbeaktivitäten** und Information durch gemeinsame Öffentlichkeitsauftritte mit Pflegeleistungsträgern, insbesondere auch an den allgemeinbildenden Schulen der Sekundarstufe I. Die voraussichtliche **Ausweitung** des Pflegebedarfes (mehr Senioren, rückläufige familiäre Leistungen) ist unter Erhaltung der stationären Kapazitäten **vor allem** auf die **ambulante Versorgung** auszurichten. Das entspricht dem vorrangigen Wunsch älterer Mitbürger und kann kostengünstig eher bewältigt werden. Stationäre Kapazitäten sollten nur bei nachweislichem Bedarf der im Kreis ansässigen Bevölkerung in der Fläche ausgeweitet werden. Für die Verbandsgemeinde Daun liegt mit dem **Masterplan „Pflegerische Versorgung“** ein qualifiziertes, übertragbares Konzept vor, das unter Beachtung der jeweiligen örtlichen Gegebenheiten mit entsprechenden Modifikationen zu beobachten und als Alternativmodell zu nutzen ist.

Die weiteren Dienstleister des Kreises wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und vergleichbare Berufsgruppen sind vor allem bezüglich der **gesundheitlichen Prävention** einzubinden. Weiterhin empfiehlt es sich, gemeinsam mit den Gast- und Tourismusgewerbe und den Akteuren des

Gesundheitswesen **Angebote zur Verknüpfung von Gesundheitsvorsorge und Urlaub** zu entwickeln und vermarkten, wie z. B. auf bestimmte Krankheitsbilder bezogene Angebote von der Unterbringung über Gastronomie bis hin zur gesundheitlichen Betreuung durch Ärzte und Krankengymnastik und dgl., wobei auch die Wirtschaft zwecks Offerte entsprechender Produkte einzubeziehen ist.



## 7 Organisation und Umsetzungsmaßnahmen

Die Herausforderungen zur Sicherung der Gesundheitlichen Versorgung sind sehr vielfältig. Dies gilt ebenfalls für die konzeptionellen Möglichkeiten und Ansätze. Auf Grundlage des derzeitigen theoretischen Kenntnis- und praxisnahen Erfahrungsstandes sind im 6. Kapitel der Ansatz und die dafür erforderlichen Maßnahmen dargestellt, die sich für die Sicherung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung des Landkreises Vulkaneifel eignen. Mit der Umsetzung des Ansatzes und der aufgeführten Maßnahmen **kann dem Ziel entsprochen werden**, den **Landkreis Vulkaneifel zu einer Gesundheitsregion zu entwickeln**. Aufgrund der umfassenden Anforderungen an ein regionales Gesundheitskonzept, den vielfältigen Erfordernissen, den jeweiligen Teilräumen bzw. Verbandsgemeinden zu entsprechen, handelt es sich um eine **Vielzahl konzeptioneller Möglichkeiten**, deren **Umsetzung** aufgrund der materiellen und personellen Ressourcen **nur zeitlich gestreckt möglich** ist. Deshalb sind für die Umsetzung der Maßnahmen Prioritäten zu setzen, die sich nach dem dringlichsten Handlungsbedarf richten. Die **vordringlichsten Maßnahmen** sind der Aufbau einer **geeigneten Umsetzungsorganisation** sowie die **Abwendung der in naher Zukunft absehbaren ärztlichen Versorgungsprobleme, insbesondere der Hausarztversorgung**. Dabei ist zugleich eine enge Verknüpfung mit den konzeptionellen Überlegungen für die Entwicklung der Krankenhäuser, deren Zusammenarbeit mit den Hausärzten sowie der Zunahme von Serviceangeboten und der Sicherung der Facharztversorgung und der Pflege erforderlich. Der Sicherung der Hausarztversorgung kommt insbesondere für die Sicherung der Pflege große Bedeutung zu.

### 7.1 Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales

Zur Umsetzung des Konzeptes sind die wesentlichen Akteure des Gesundheitswesens im Landkreis Vulkaneifel einzubinden, deren Aktivitäten abzustimmen und zu koordinieren. Hierfür ist das *Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales* zu bilden. Dem *Koordinierungs-Forum* kommen zugleich als wichtige Aufgabe die Initiierung und der Anschub von Umsetzungsmaßnahmen zu. Dabei handelt es sich um eine dauerhaften Auftrag, der unter Federführung des Kreises in enger Verbindung mit der kommunalen Seite auszufüllen ist. Das Forum ist die zentrale Lenkungs- und Koordinierungsebene und damit der eigentliche Motor zur Umsetzung des Konzeptes. Dem Kreis fällt die zentrale Aufgabe zu, sämtliche Akteure des Gesundheitswesens einzubinden. Aus den einzelnen Gruppen der Leistungsträger sind in Abstimmung mit diesen geeignete Vertreter auszuwählen. Das *Koordinierungs-Forum* hat die Aufgabe, aus den vielfältigen konzeptionellen Möglichkeiten diejenigen auszuwählen, deren Durchführung entsprechend des Handlungsbedarfes Priorität einzuräumen ist, um sie den zuständigen politischen Entscheidungsträgern zuzuführen und bei Beschlussfassung die für die Umsetzung erforderlichen Aktivitäten zu initiieren. Dafür ist auch die Mitwirkungsbereitschaft für konkrete Umsetzungsaktivitäten der dafür zuständigen Leistungsträger wie z. B. der Pflegedienste als wichtiges Kriterium einzubeziehen.

Das Forum ist die Kommunikationsplattform zur ganzheitlichen Entwicklung der öffentlichen Daseinsvorsorge auf regionaler Ebene unter Einbeziehung des ambulanten ärztlichen Sektors, der bislang ausschließlich bei KV und Landesausschuss übergeordnet – nicht regional – angesiedelt war. Zur Ausfüllung dieser vielfältigen Aufgabe sind durch das Koordinierungsforum Arbeitsgruppen zu initiieren, die die Umsetzung der Maßnahmen vorbereiten und präzisieren. Der zeitliche Bestand der Arbeitsgruppen kann je nach Maßnahme sehr unterschiedlich sein. Es kann Maßnahmen geben, die ggf. eine Daueraufgabe darstellen, wie z. B. die Koordination und das Hinwirken auf eine abgestimmte Zu-

sammenarbeit ärztlicher Leistungen, Medikamentenversorgung und Pflege. Bei den meisten dargestellten Maßnahmen handelt es sich jedoch um zeitlich befristete Aufgaben, die mit der erfolgreichen Umsetzung enden.

### **Startphase:**

Für die Startphase empfiehlt es sich, die Aktivitäten zunächst auf die wichtigsten Bereiche zu konzentrieren, d. h. dort, wo der größte Handlungsbedarf mit den weitreichendsten Konsequenzen für den Kreis besteht. Das sind:

- Hausarztversorgung
- Krankenhausentwicklung
- Facharztversorgung und
- Pflege

Um die Umsetzung des Konzeptes effizient anzugehen und die verfügbaren personellen Ressourcen nicht zu überfordern, sollte der Einstieg zunächst auf diese Leistungsträger beschränkt werden. Außerdem ist wegen der Öffentlichkeitswirkung zu überlegen, ob die Bürgerschaft ebenfalls, z. B. durch Beteiligung des *Verein Bürger für Bürger Daun e. V.* einzubeziehen ist, dessen Tätigkeit aber dann über die Verbandsgemeinde Daun ausgeweitet werden müsste. Diese Handlungsschwerpunkte sind deshalb zu empfehlen, weil sie zentrale bzw. entscheidende Bedeutung für die Sicherung der Gesundheitsversorgung des Kreises haben, zumal die Leistungsträger der anderen Bereiche davon abhängen. Durch die Beschränkung der Einstiegsaktivitäten auf diese Handlungsschwerpunkte sind Umsetzungserfolge wahrscheinlich, zumal einige örtliche Akteure bereits mit der Realisierung begonnen haben und die wichtigsten dafür vorgeschlagenen Maßnahmen keine finanziellen Belastungen für den Kreis beinhalten.

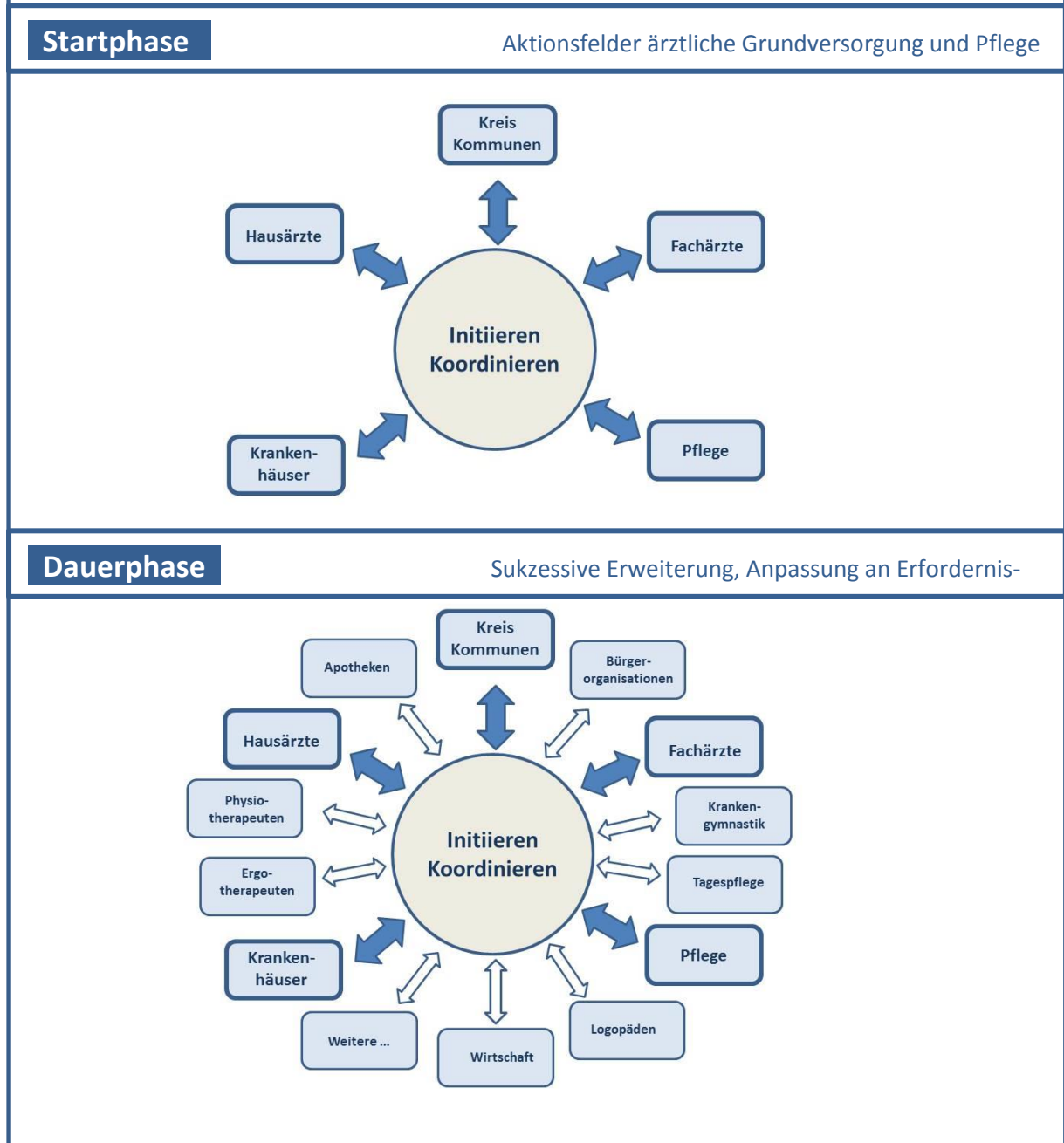
Den Umsetzungserfolgen in der Startphase kommt wesentliche Bedeutung zu, da diese entscheidend für die Tragfähigkeit und konkrete Annahme des Konzepts durch die örtlichen Akteure sind. Wenn das erreicht wird, kann nach allgemeinen Erfahrungen damit gerechnet werden, dass die Umsetzung zum Selbstläufer wird und die örtlichen Akteure diese größtenteils in selbstständiger Arbeitsweise fortführen. Zum Einstieg in die Umsetzung empfiehlt es sich, zu den vier Schwerpunkten Arbeitsgruppen zu bilden, wobei je nach anvisierten Maßnahmen ein fachübergreifendes Zusammenwirken sinnvoll ist (nicht zwingend vier Arbeitsgruppen, sondern ggf. nur eine, zwei oder drei). Wenn sich jedoch aus der Mitte der Dienstleister tangierender Gesundheitsgebieten Akteure finden, die ebenfalls in die Umsetzung in ihrem Bereich einsteigen wollen, sind diese ebenso frühzeitig einzubinden. Das bedingt aber eigenständiges Arbeiten dieser Akteure, wenngleich dann die koordinierende Abstimmung ebenfalls durch das *Koordinierungs-Forum* erfolgen sollte.

Für den Einstieg in die Projektumsetzung empfiehlt es sich, dass das *Koordinierungs-Forum* im ersten Jahr pro Quartal zusammenkommt. Dabei sind zunächst die angedachten Maßnahmen abzustimmen und dafür auf Zielvereinbarungen hinzuwirken, um die notwendige Verbindlichkeit zu schaffen, die dann auch zum „Antriebsmotor“ wird. Ein quartalsmäßiger Turnus ist deshalb zu empfehlen, damit die Aktivitäten nicht ermüden und umgekehrt die Zeit zwischen den Zusammenkünften für die Ausarbeitung und Einleitung von Maßnahmen ausreichen zu lassen. Für die Aktivitäten werden aber kaum vierteljährliche Zusammenkünfte ausreichen. Deshalb werden abhängig von den konkreten Erfordernissen zur Umsetzung der anvisierten Maßnahme weitere Zusammenkünfte erforderlich, die eigenständig vom jeweiligen Arbeitsschwerpunkt durchzuführen sind. Wegen der Bedeutung und zur



Überwindung von Anfangshemmnissen könnte in dieser Phase eine Unterstützung durch externe, fachkundige Experten hilfreich sein, die beraten, moderieren und ggf. auch für einzelne Umsetzungsschritte wie z. B. bei Kooperationsverhandlungen zwischen den Krankenhäusern zur Entwicklung von Service- oder Fortbildungsangeboten für niedergelassene Ärzte hinzugezogen werden.

Abbildung 13 Umsetzung der Arbeit Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales



**Längerfristige Umsetzung:**

Im zeitlichen Verlauf sind dann sukzessiv die Dienstleister aus den anderen Gesundheitsbereichen zur Umsetzung der weiteren Maßnahmen des Konzeptes einzubeziehen. Hierzu empfiehlt sich die Durchführung einer Veranstaltung durch das *Koordinierungs-Forum* nach dem ersten Umsetzungsjahr, zu der die anderen Dienstleister des Gesundheitswesens eingeladen werden. Dort sind die ersten Umsetzungsergebnisse (Erfolge) vorzustellen und zugleich für eine Mitwirkung bei der Realisie-

rung der Maßnahmen zu werben, die im Konzept für die anderen Bereiche entwickelt wurden. Zugleich gilt es, die Umsetzung weitgehend zu verselbstständigen, d. h. dass die Aufgabe vorrangig durch die Akteure in den einzelnen Schwerpunkten zu erfolgen hat. Das *Koordinierungs-Forum* hat dann den Auftrag, auf die Verzahnung der unterschiedlichen Schwerpunkte hinzuwirken. Für die Ausweitung der Aktivitäten sollten zwei Kriterien maßgeblich sein: Der reale Handlungsbedarf und die tatsächliche Bereitschaft der jeweiligen Akteure an der Umsetzung mitzuwirken. Außerdem obliegt dem *Koordinierungs-Forum*, auf neue bislang nicht angeführte konzeptionelle Schritte und Maßnahmen hinzuwirken, die sich aufgrund veränderter Bedingungen oder neuer Gesetze im zeitlichen Verlauf, heute noch nicht vorhersehbar, ergeben könnten.

## 7.2 Sicherung der ärztlichen Versorgung

Für die Sicherung der ärztlichen Versorgung sollten die während der Erarbeitung der vorliegenden Konzeption dargelegte Bereitschaft zur Mitwirkung und Beteiligung an der Umsetzung aufgegriffen werden. Dem *Koordinierungs-Forum* kommt wie oben dargelegt wurde die Aufgabe zu, die relevanten Akteure zusammenzuführen und erste Umsetzungsschritte zu initiieren und dafür durch Zielvereinbarungen möglichst Verbindlichkeiten zu erreichen. Außerdem gilt es auf Querbezüge hinzuwirken, wie auf eine angemessene Einbeziehung des Pflegebereiches mit entsprechendem Austausch mit den ärztlichen Akteuren. Dafür sollte auf die Bildung von Arbeitsgruppen hingewirkt werden.

### Hausarztversorgung

In nächster Zeit kommt der Sicherung der Hausarztversorgung, aufgrund des oben angeführten Handlungsbedarfs (siehe Kapitel 3 und 4) vordringlich und große Bedeutung zu. Dabei geht es vor allem darum, bei potenzieller Aufgabe von Praxen ohne Nachfolger deren Erhalt frühzeitig zu sichern. Zugleich gilt es die Leistungsfähigkeit, insbesondere durch Delegation im Bereich niederschwelliger medizinischer Leistungen, zu erhöhen sowie die zeitliche Beanspruchung durch bürokratische Aufgaben mittels entlastender Serviceangebote zu mindern. Ebenfalls kommt Maßnahmen zur Attraktivitätsverbesserung für junge Mediziner/innen wichtige Bedeutung zu, wie insbesondere die Schaffung von Arbeitsplätzen im Angestelltenverhältnis sowie ein verbessertes Fortbildungs- und Weiterbildungsangebot, insbesondere durch Leistungen in Verbindung mit Krankenhäusern. Die vorrangig erforderlichen Schritte liegen in Maßnahmen zur Umsetzung der Konzeption der

- Ankerpraxen
- Auffanglösungen
- Krankenhäuser

Aufgrund der Gesprächsergebnisse mit ansässigen Medizinern und Vertretern der Krankenhäuser konnte eine Sensibilisierung für diese Herausforderungen und damit das Interesse und die Bereitschaft zur Umsetzung der dafür erforderlichen Maßnahmen erreicht werden. Deshalb kann die Konzeption der Ankerpraxen als innerärztliche Maßnahme umgesetzt werden. Die Auffanglösungen werden durch Ankerpraxen geleistet. Für die Abgeberpraxen, wo dies nicht zum Tragen kommt, sind die Träger der Auffanglösung Krankenhäuser und Wohlfahrtsverbände. Hierfür wurde von diesen ebenfalls Interesse und Umsetzungsbereitschaft bekundet. Die Ankerpraxen und Auffangpraxen entsprechen dabei den veränderten strukturellen Erfordernissen, wie Anwendung leistungssteigernder Delegation, Angebote für Anstellung von Medizinern oder betriebswirtschaftliches Management, sodass sie diese Möglichkeiten anschaulich für Inhaber traditionell geführter Praxen verdeutlichen. Ankerpraxen werden derzeit für jede Verbandsgemeinde vorbereitet. In Ergänzung dieser Maßnahmen

sollten weitere Schritte zur Sicherung der Hausarztversorgung folgen, wie z. B. die Attraktivität für ärztliche Pendler zu erhöhen oder Kinderbetreuungsmöglichkeiten den Dienstzeiten im Gesundheitswesen anzupassen. Diese Maßnahmen sind jedoch nicht innerärztlich lösbar und erfordern deshalb Initiativen durch das *Koordinierungs-Forum*.

Die medizinische und geschäftliche Leitung des Krankenhauses Gerolstein sieht aktivierende strukturelle Veränderungen für das Krankenhaus vor, die sich vorteilhaft auf das Konzept auswirken. Das Krankenhaus will zukünftig stärker mit den niedergelassenen Fach- und Hausärzten zusammenarbeiten und sich aktiv in die Fort- und Weiterbildung einbringen. Damit bestehen günstige Voraussetzungen für die im Konzept vorgesehene duale Tätigkeit und Ausbildung im Krankenhaus und in Praxen niedergelassener Ärzte sowie für die Entwicklung einer Regelausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin im Landkreis Vulkaneifel.

Um dafür die notwendigen Umsetzungsschritte zu initiieren oder bereits bestehende Umsetzungsaktivitäten zu stärken, sollte das Koordinierungsforum mit den Hausärzten, die bereits während der Erarbeitung des Konzeptes Umsetzungs- und Mitwirkungsinteresse bekundeten Kontakt aufnehmen. Als Eintritt in die Umsetzung sollte auf die Bildung einer Arbeitsgruppe der betreffenden Hausärzte hingewirkt werden, um dafür Erfahrungen auszutauschen, bei Bedarf auf unterstützende Beratungen durch Experten hinzuwirken. Durch die Arbeitsgruppe ist zugleich zu klären, welche Ruhestandseintritte bevorstehen, welche Nachbesetzungslösungen es gibt und wie weit im Bedarfsfall eine innerärztliche Lösung machbar ist.

In der Arbeitsgruppe sollte weiterhin der Bedarf für Service, Fort- und Weiterbildung durch Krankenhäuser geklärt und im gemeinsamen Austausch spezifiziert werden sowie die Möglichkeiten und das Interesse in Praxen für die Mitwirkung an einem Angebot für duale Arbeitstätigkeit im Krankenhaus und in einer Praxis. Dafür sollte auf Zielvereinbarungen zur Vorbereitung vertraglicher Vereinbarungen hingewirkt werden. Weiterhin ist zu klären, welcher Bedarf an Kinderbetreuung besteht, die sich an die ärztlichen Dienstzeiten ausrichtet. Im Bedarfsfall sollte das Koordinierungsforum auf die von der räumlichen Lage und den Möglichkeiten her geeigneten Kommunen einwirken. Nach dem erfolgreichen Eintritt in die Umsetzung und Abarbeitung der aufgeführten ersten Schritte ist je nach Handlungsbedarf und Umsetzungsmöglichkeiten, insbesondere hinsichtlich der Mitwirkungsbereitschaft der relevanten Akteure, die Umsetzung weiterer konzeptioneller Vorschläge anzugehen.

### **Facharztversorgung**

Zur Sicherung der Facharztversorgung, die in einigen Jahren eine ähnliche Relevanz wie die der Hausärzte erhalten wird, sind die gleichen konzeptionellen Maßnahmen wie für Hausärzte anzuwenden, d. h. vor allem Maßnahmen zur Attraktivitätserhöhung und Effizienzerhöhung durch Entlastung. Deshalb gelten für die Sicherung der Facharztversorgung die Aussagen sowie empfohlenen Maßnahmen die für die Hausärzte getroffen wurden. Es wird empfohlen, dass das Koordinierungs-Forum dann auch auf die Bildung einer Arbeitsgruppe der Fachärzte hinwirkt, oder sie könnten sich in die Arbeitsgruppe der Hausärzte einbringen. Auf jeden Fall ist auf einen engen Austausch hinzuwirken, zum einen weil die Fachärzte aus den dann voraussichtlichen Umsetzungserfahrungen der Hausarztpraxen wichtige Anregungen bekommen könnten und zum anderen weil ein enger Austausch der ärztlichen Fachdisziplinen unter Einbeziehung der Hausärzte wegen der steigenden Zahl morbider Patienten immer wichtiger wird.

Der Bezug zu Krankenhäusern ist ähnlich. Deshalb gelten auch die getroffenen Aussagen und Empfehlungen. Sie sind jedoch in Hinblick auf die unterschiedlichen Fachrichtungen der Fachärzte und deren Belange zu erweitern.

### **Krankenhäuser**

Den Krankenhäusern kommt wie oben dargelegt wurde in mehrfacher Hinsicht wichtige Bedeutung zu. Zur Entwicklung der angeführten Serviceleistungen für Arztpraxen, für ein attraktives Fortbildungs- und Weiterbildungsangebot sowie zur Stärkung der Zusammenarbeit und Entwicklung von Arbeitsangeboten für duale Tätigkeiten gilt es zum einen auf die Kooperation der Krankenhäuser in Daun und Gerolstein unter Einbeziehung der in Trier und Prüm hinzuwirken und zum anderen dafür eine Arbeitsgruppe zu initiieren. Die Bereitschaft für derartige Aktivitäten wurde während der Projektdurchführung von Seiten der Krankenhäuser bekundet. Dafür sollte eine entsprechende Arbeitsgruppe der Krankenhäuser hingewirkt werden, die im Austausch mit der angeführten Arbeitsgruppe der Ärzte entsprechende Angebote entwickeln. Wegen der großen Bedeutung dieser Aktivitäten sollte auf entsprechende Zielvereinbarungen nachdrücklich hingewirkt werden.

### **7.3 Sicherung der Pflege und weiterer Dienstleister des Gesundheitswesens**

Zur Sicherung der Pflege ist durch das *Koordinierungs-Forum Gesundheit und Soziales* in der Startphase auf eine ausreichende Berücksichtigung deren Belange in den ärztlichen Arbeitsgruppen hinzuwirken. Das könnte durch Konsultationen und Kontaktpflege des Vertreters bzw. der Vertreterin der Pflege im *Koordinierungs-Forum* mit den ärztlichen Arbeitsgruppen erfolgen. Zur Umsetzung der dargestellten konzeptionellen Maßnahmen sind im weiteren zeitlichen Verlauf die dafür relevanten Akteure zusammenzubringen und in Arbeitsgruppen zu gliedern. Zur Weiterentwicklung und Verbesserungen der Pflegeausbildung ist die Pflegeschule Daun anzusprechen, die diesbezüglich bereits aktiv ist und mit der dazu bereits Gespräche stattfanden. Diesen Aktivitäten kommt in Anbetracht der sich abzeichnenden zukünftigen Personalprobleme des Pflegebereiches große Bedeutung zu.

Zur Verbesserung des Zusammenwirkens von Pflege, Hausärzten und Fachärzten sind die neuen vertraglichen Möglichkeiten zu nutzen. Der Anstoß könnte vom *Koordinierungs-Forum* ausgehen. Dafür gilt es Interesse bei den Ärzten zu erzeugen, die Interessierten Akteure zusammenzubringen und auf entsprechende Vereinbarungen hinzuwirken.

Im weiteren Verlauf sollten zunehmend auch die anderen Dienstleister des Gesundheitswesens einbezogen werden. Dafür könnte das *Koordinierungs-Forum* für die Umsetzung der angeführten konzeptionellen Maßnahmen werden. Zur Vorbereitung und dem Einstieg in die Umsetzung empfiehlt es sich, dass diese Dienstleister sich in eine der bereits existierenden Arbeitsgruppen einbringen, wenn die inhaltlichen Interessenlagen passen. Anderen Falls wären je nach Maßnahme eigene Arbeitsgruppen zu bilden, wobei jedoch auf einen engen Austausch zu den bestehenden Gruppen zu achten ist, um möglichst hohe Synergieeffekte und wenig Doppelarbeit zu erzeugen.

### Fazit

Zur Sicherung der Gesundheitsversorgung im Landkreis Vulkaneifel wurde eine Konzeption zur strukturellen Weiterentwicklung und Leistungssteigerung der ärztlichen Versorgung entwickelt, die den veränderten Rahmenbedingungen Rechnung trägt und die zugleich auf eine abgestimmte Einbindung der Vielzahl weiterer Akteure und Leistungsträger ausgerichtet ist. Dafür ist als koordinierende Steuerungsebene das *Forum für Gesundheit und Soziales* zu bilden, in das sämtliche Akteursgruppen einzubinden sind. Zur Sicherung der ärztlichen Versorgung konnten im Rahmen der Projektdurchführung ärztliche Leistungsträger sensibilisiert und gewonnen werden, so dass sich in nächster Zeit erste Hausarztpraxen sowie die Krankenhäuser auf die veränderten Rahmenbedingungen einstellen werden. Damit können Praxen von Ruheständlern erhalten werden und durch das Zusammenwirken der Akteure auch Leistungssteigerungen erreicht werden. Die Maßnahmen dieser konzeptionellen Vorgehensweise können auch auf die Sicherung der Facharztversorgung ausgeweitet werden, um erste diesbezügliche Versorgungsdefizite auszugleichen. Dabei zeichnen sich weiterführende Kooperationen zwischen Hausärzten und Fachärzten ab, hierzu gibt es im Landkreis bereits Interessenten mit Umsetzungsbereitschaft. Zur Sicherung der Pflege arbeitet die Pflegeschule Daun an erweiterten Angeboten. Mittels verstärkter Zusammenarbeit der Akteure kann durch Nutzung neuer vertraglicher Möglichkeiten eine qualitative Verbesserung erreicht werden.



## 8 Anhang

Tab. AH 1 Einwohner und Einwohnerentwicklung sowie Gruppen mit besonderer Relevanz für die medizinische Versorgung:

Gebiet	2010/2011						2020					
	Einwohner	männlich	weiblich	unter 18 Jahre	65-80 Jahre	über 80 Jahre	Einwohner	männlich	weiblich	unter 18 Jahre	65-80 Jahre	über 80 Jahre
VG Daun	23.151 22.928	11.425	11.726	4.337	3.690	1.426	21.663	10.523	11.140	3.387	3.694	2.019
VG Gerolstein	13.733 13.537	6.785	6.948	2.551	2.181	880	13.094	6.515	6.579	2.077	2.260	1.082
VG Hillesheim	8.622 8.529	4.219	4.403	1.789	1.360	604	8.427	4.153	4.274	1.591	1.447	688
VG Kelberg	7.183 7.134	3.688	3.495	1.322	1.116	473	6.722	3.481	3.241	1.066	1.198	538
VG Obere Kyll	8.578 8.520	4.254	4.324	1.511	1.566	642	7.791	3.881	3.910	1.045	1.530	775
<b>LK Vulkaneifel</b>	<b>61.267 62.659</b>	<b>30.371</b>	<b>30.896</b>	<b>11.510</b>	<b>9.913</b>	<b>4.055</b>	<b>57.707</b>	<b>28.559</b>	<b>29.148</b>	<b>9.171</b>	<b>10.126</b>	<b>5.102</b>

Gebiet	2030					
	Einwohner	männlich	weiblich	unter 18 Jahre	65-80 Jahre	über 80 Jahre
VG Daun	20.241	9.685	10.556	3.081	4.647	1.938
VG Gerolstein	12.422	6.202	6.240	1.882	2.842	1.075
VG Hillesheim	8.181	4.038	4.143	1.426	1.779	752
VG Kelberg	6.396	3.310	3.086	967	1.573	573
VG Obere Kyll	7.077	3.523	3.554	963	1.696	768
<b>LK Vulkaneifel</b>	<b>54.347</b>	<b>26.775</b>	<b>27.603</b>	<b>8.329</b>	<b>12.536</b>	<b>5.122</b>

Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz



Tab. AH 2 Einwohner und Einwohnerentwicklung sowie Gruppen mit besonderer Relevanz für die Senioren-Versorgung und Pflege:

Gebiet	2010/2011						
	Frauen 45-65 Jahre	65 bis u. 70 Jahre	70 bis u. 75 Jahre	75 bis u. 80 Jahre	80 u. älter	85 bis u. 90 Jahre und älter	90 Jahre u. älter
VG Daun	3.386	1.138	1.517	1.035	1.456		
VG Gerolstein	2.090	696	901	584	880		
VG Hillesheim	1.215	470	515	375	604		
VG Kelberg	1.046	375	446	295	473		
VG Obere Kyll	1.245	511	613	442	642		
LK Vulkaneifel	8.982	3.190	3.992	2.731	4.055	3.439	625

Gebiet	2020						
	Frauen 45-65 Jahre	65 bis u. 70 Jahre	70 bis u. 75 Jahre	75 bis u. 80 Jahre	80 u. älter	85 bis u. 90 Jahre und älter	90 Jahre u. älter
VG Daun	3.500	1.549	1.195	950	2.019		
VG Gerolstein	2.186	981	747	532	1.082		
VG Hillesheim	1.336	562	458	426	688		
VG Kelberg	1.076	509	376	313	538		
VG Obere Kyll	1.235	592	527	411	775		
LK Vulkaneifel	9.333	4.191	3.303	2.632	5.102	4.222	880

Gebiet	2030						
	Frauen 45-65 Jahre	65 bis u. 70 Jahre	70 bis u. 75 Jahre	75 bis u. 80 Jahre	80 u. älter	85 bis u. 90 Jahre und älter	90 Jahre u. älter
VG Daun	2.994	1.813	1.538	1.296	1.947		
VG Gerolstein	1.808	1.090	964	788	1.079		
VG Hillesheim	1.233	664	623	491	753		
VG Kelberg	923	604	539	430	574		
VG Obere Kyll	1.017	637	601	458	769		
LK Vulkaneifel	7.975	4.808	4.265	3.463	5.122	3.679	1.258

Quelle: Datenauszug Sommer 2014 von der Obersten Landesplanung Rheinland-Pfalz

Tab. AH 3 Berechnung des Facharztbedarfs unter Einbeziehung des Demografie-Faktors:

Facharzt	Berechnung Arztbedarf bei Berücksichtigung Demografie-Faktors	
Hausärzte	2010	$\frac{79,4 + (20,6 \times 2,567)}{77,2 + (22,8 \times 2,567)} = \frac{132,28}{135,73} = 0,975 \times 1.671 = 1.629 \text{ Ew./Hausarzt}$
	2030	$\frac{71,1 + (28,9 \times 2,567)}{67,5 + (32,5 \times 2,567)} = \frac{145,3}{150,92} = 0,963 \times 1,871 = 1.609 \text{ Ew./Hausarzt}$
	2060	$\frac{63,9 + (36,1 \times 2,567)}{57,4 + (42,6 \times 2,567)} = \frac{156,6}{166,75} = 0,93,9 \times 1,671 = 1.569 \text{ Ew./Hausarzt}$
Augenärzte	2010	$\frac{79,4 + (20,6 \times 6,741)}{77,2 + (22,8 \times 6,741)} = \frac{138,87}{153,70} = 0,904 \times 20,664 = 18.680 \text{ Ew./Augenarzt}$
	2030	$\frac{71,1 + (28,9 \times 6,741)}{67,5 + (32,5 \times 6,741)} = \frac{265,9}{286,6} = 0,928 \times 20,664 = 19.176 \text{ Ew./ Augenarzt}$
Chirurgen	2010	$\frac{79,4 + (20,6 \times 1,459)}{77,2 + (22,8 \times 1,459)} = \frac{109,46}{110,47} = 0,991 \times 39.711 = 39.354 \text{ Ew./ Chirurg}$
	2030	$\frac{71,1 + (28,9 \times 1,459)}{67,5 + (32,5 \times 1,459)} = \frac{113,27}{114,92} = 0,986 \times 39.711 = 39.155 \text{ Ew./ Augenarzt}$
Hals-Nasen-Ohren	2010	$\frac{79,4 + (20,6 \times 1,353)}{77,2 + (22,8 \times 1,353)} = \frac{107,27}{108,05} = 0,993 \times 31.768 = 31.546 \text{ Ew./ Chirurg}$
	2030	$\frac{71,1 + (28,9 \times 1,353)}{67,5 + (32,5 \times 1,353)} = \frac{110,20}{111,47} = 0,989 \times 31.768 = 31.419 \text{ Ew./ Augenarzt}$
Innere Medizin	2010	$\frac{79,4 + (20,6 \times 4,168)}{77,2 + (22,8 \times 4,168)} = \frac{165,26}{172,23} = 0,960 \times 21.508 = 20.648 \text{ Ew./ Internist}$
	2030	$\frac{71,1 + (28,9 \times 4,168)}{67,5 + (32,5 \times 4,168)} = \frac{191,56}{202,96} = 0,944 \times 21.508 = 20.304 \text{ Ew./ Internist}$
Hautärzte	2010	$\frac{79,4 + (20,6 \times 1,862)}{77,2 + (22,8 \times 1,862)} = \frac{117,76}{119,65} = 0,984 \times 40.042 = 39.401 \text{ Ew./ Hautarzt}$
	2030	$\frac{71,1 + (28,9 \times 1,862)}{67,5 + (32,5 \times 1,862)} = \frac{124,91}{128,02} = 0,976 \times 40.042 = 39.081 \text{ Ew./ Hautarzt}$
Orthopäden	2010	$\frac{79,4 + (20,6 \times 2,030)}{77,2 + (22,8 \times 2,030)} = \frac{121,22}{123,48} = 0,982 \times 23.813 = 23.384 \text{ Ew./ Orthopädie}$
	2030	$\frac{71,1 + (28,9 \times 2,030)}{67,5 + (32,5 \times 2,030)} = \frac{129,77}{133,48} = 0,972 \times 23.813 = 23.146 \text{ Ew./ Orthopädie}$
Urologen	2010	$\frac{79,4 + (20,6 \times 5,681)}{77,2 + (22,8 \times 5,681)} = \frac{196,43}{206,73} = 0,95 \times 47.189 = 44.830 \text{ Ew./ Urologe}$
	2030	$\frac{71,1 + (28,9 \times 5,681)}{67,5 + (32,5 \times 5,681)} = \frac{235,28}{252,13} = 0,933 \times 47.189 = 44.027 \text{ Ew./ Urologe}$

Tab. AH 4 Situation und Bedarfsentwicklung der ärztlichen Versorgung im Landkreis Vulkaneifel

Versorgungsbedarf, berechnet auf Grundlage der Einwohner und bevorstehenden Einwohnerentwicklung bis 2020 und 2030 und den mit dem Demografiefaktor modifizierten Richtwerten der KV für die Einwohner, die von einem Facharzt der jeweiligen Fachrichtung versorgt werden können. (3 Teile)

Arztgruppe	Relativzahl-Soll (Ew/Arzt)	2010		
		Bevölkerung	Vorhandene Ärzte	Reale Soll-Ausstattung Ew/Arzt, Ew/Vers. Auftrag
<b>Landkreis Vulkaneifel</b>				
Hausärzte	1 : 1.671 Richtwert mit Demografiefaktor 2030 1 : 1.609	62.629	46/41,7 Vers. Aufträge	1.502
<b>Fachärzte</b>				
	Relativzahl-Soll (Ew/Arzt)	Bevölkerung	Vorhandene Ärzte	Reale Soll-Ausstattung Ew/Arzt, Ew/Vers. Auftrag
Augenärzte	1 : 20.664	62.629	5	12.526
Internisten	1 : 23.148 1 : 31.878		15	4.175
Chirurgen	1 : 39.711		2	31.315
Frauenärzte	1 : 6.042 <sup>50</sup>	30.896	7	15.448
Hautärzte	1 : 40.042	62.629	2	31.315
HNO-Ärzte	1 : 31.768		2	31.315
Nervenärzte	1 : 31.183		2	31.315
Orthopäden	1 : 23.813		6	10.438
Psychotherapeuten	1 : 5.953		2	31.315
Urologen	1 : 47.189		1	62.629
Kinderärzte	1 : 3.859 <sup>51</sup>	11.510	5	2.302
<b>gesamt</b>			<b>49 (41,7)</b>	

<sup>50</sup> Auf weibliche Bevölkerung bezogen

<sup>51</sup> Auf Bevölkerung bis unter 18 Jahre bezogen

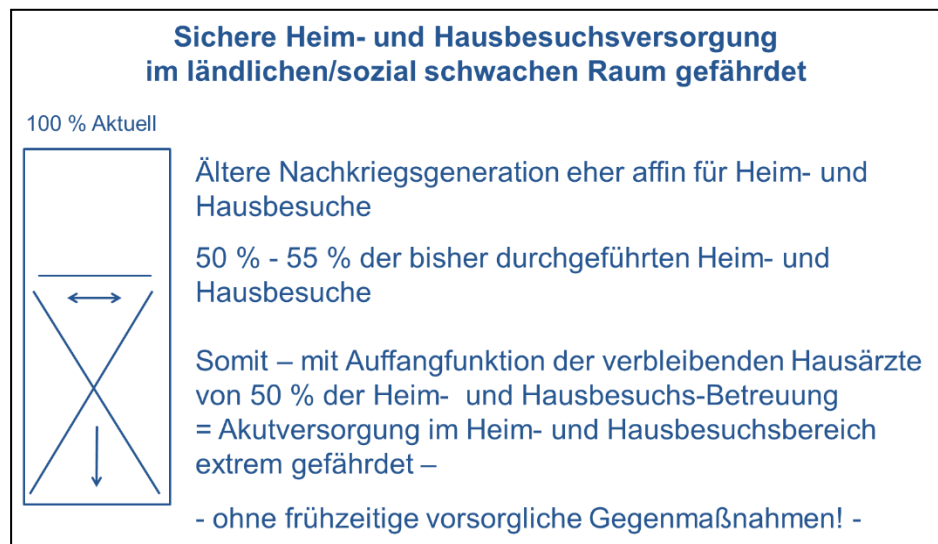
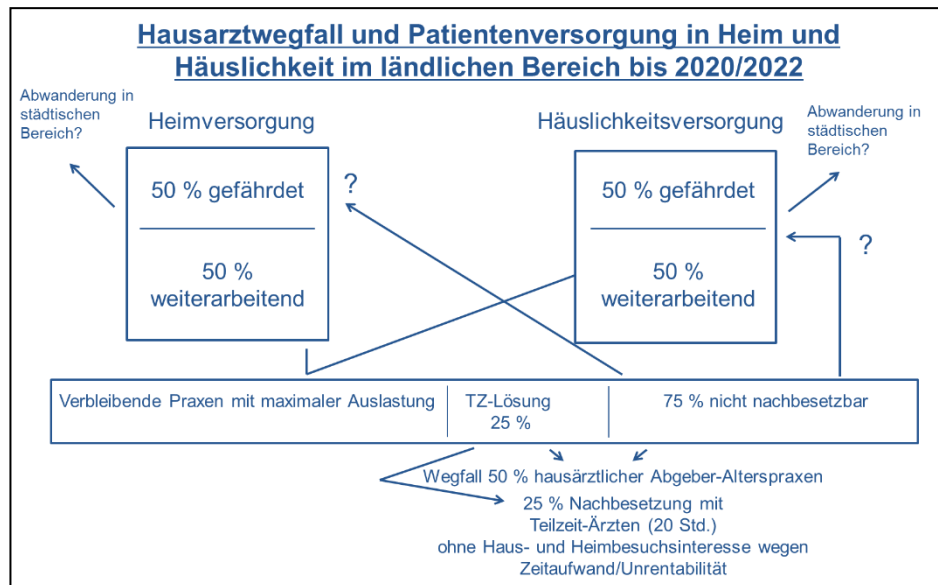
Arztgruppe		2020			
		Bevölkerung	Voraus- sichtlicher Abgang Bis 2020	Vorhandene Ärzte	Reale Soll-Ausstattung Ew/Arzt Ew/Vers. auftrag
<b>Landkreis Vulkaneifel</b>					
Hausärzte		57.707	50% Nach- beset- zungsbe- darf	ca. 22 + 4-5 mit Wieder- besetzung = 26-27 Ärzte	2.137 bis 2.220 bis EW/A
<b>Fachärzte</b>					
		Bevölkerung	Versor- gungs- bedarf		
Augenärzte		57.707	3		
Internisten			2-3		
Chirurgen			1,5		
Frauenärzte		29.148	5		
Hautärzte		57.707	1,5		
HNO-Ärzte			2		
Nervenärzte			2		
Orthopäden			2,5		
Psychothera- peuten			10		
Urologen			1		
Kinderärzte		9.171	2,5		
<b>gesamt</b>			<b>23 +10 Psycho- therapeut</b>	<b>24 ohne Psychothera- peut</b>	

Quelle: Datengrundlage VK Atlas Vulkaneifel und Angaben des Landkreises, eigene Berechnungen

Arztgruppe		2030			
		Bevölkerung	voraus- sichtlicher Abgang 2012-2030	dann vorhandene Ärzte	Reale Soll-Ausstattung Ew/Arzt Ew/Vers. auftrag
<b>Landkreis Vulkaneifel</b>					
Hausärzte		54.347	35 Ärzte	7 + Wiederbes. +4-5 (2010 2020) + 4 (2020- 2030) = 15-16	3.397-3.623 Ew/A
<b>Fachärzte</b>					
		Bevölkerung	Versor- gungs- bedarf		
Augenärzte		54.347	3		
Internisten			2-2,5		
Chirurgen			1,5		
Frauenärzte		27.603	4,5		
Hautärzte		54.347	1,5		
HNO-Ärzte			2		
Nervenärzte			2		
Orthopäden			2,5		
Psychothera- peuten			9		
Urologen			1		
Kinderärzte		8.329	2		
<b>gesamt</b>			<b>22 + 9 Psycho- therapeut</b>		

Quelle: Datengrundlage VK Atlas Vulkaneifel und Angaben des Landkreises, eigene Berechnungen

Tab. AH 5 Hausarztversorgung Heim- und Hausbesuche:



**Hausarztreduktion bis 2022 gefährdet 50 % der Versorgung von Patienten im Heim- und Hausbesuchsbereich im ländlichen Raum**

- Kettenreaktion:
- Heimschließungen
  - Wegzug der älteren Patienten in der Hausbesuchsphase
  - Überforderung der oft noch berufstätigen Angehörigen
  - Wegzug von Betrieben
  - Preisverfall Wohnraum/Gewerbe
  - Insolvenz/Aufgabe der nachgeordneten, von Hausarztrezepten abhängigen Gesundheitsberufe
    - Pflegedienste
    - Apotheken
    - Physiotherapeuten

**Soziale Daseinsvorsorge – Was nun?  
Umzug aller Pflegefälle in die urbanen Räumen?**

Tab. AH 6 EntschlieÙung zu ärztlichen Kooperationsformen:



## 115. Deutscher Ärztetag Nürnberg, 22.05. – 25.05.2012

### EntschlieÙung zur Förderung ärztlicher Kooperationsformen

Haus- und fachärztliche Gemeinschaftspraxen mit mehreren, zum Teil auch angestellten Ärztinnen und Ärzten werden die Versorgungslandschaft zunehmend prägen. Die **Sicherstellung** der haus- und fachärztlichen Versorgung, insbesondere auf dem Lande, **erfordert die Entwicklung und Erprobung innovativer Konzepte**. Bei Bedarf gehören hierzu auch **kommunale Fahr- und Transportmöglichkeiten** für Patienten zur ärztlichen Versorgung im Sinne einer Verbesserung der Infrastruktur im ländlichen Raum.

- **Gemeinschaftspraxen** im Gebiet und gebietsübergreifend, Versorgungspraxen, **fachärztliche Satellitenpraxen mit ggf. abwechselnder Besetzung durch unterschiedliche Fachärztinnen und Fachärzte**, Ärztehäuser oder regionale Versorgungszentren.
- **Kooperation** in Praxisnetzen durch Vernetzung von Ärzten einer Region, ggf. einschließlich **anderer Gesundheitsberufe, möglichst unter Einbeziehung des stationären Bereichs** und insbesondere der Regelung des Übergangs zwischen den **einzelnen Versorgungsbereichen** (ambulant /stationär / ambulant).
- **Intensivierung** der Kooperation von Haus- und Fachärzten mit den **Pflegekräften** im Pflegeheim und mit den **ambulanten Pflegediensten**.

### Appell an die nachwachsende Ärztegeneration

In dieser Generation besteht eine klare **Präferenz** für **geregelt und vor allem planbare Arbeitszeiten**, auch in Teilzeit, mit dem Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf im kollegialen Ärzteteam.

Gewünscht wird auch eine verstärkte Möglichkeit **sektorenübergreifender Patientenversorgung**, des **wissenschaftlichen Austausches** mit Kollegen und der Versorgung von Patienten mit einem interessanten breiten Spektrum an Krankheiten und Therapien.

Tab. AH 7 Kommunen als Koordinator der Primärversorgung:

**Kommunen als Koordinator bei Primärversorgung und Pflege**

**802.** Zu den systembezogenen Aufgaben gehören:

1. Bündelung und Integration der für eine umfassende wohnortnahe pflegerische Versorgung erforderlichen Versorgungsdienste und -angebote in der jeweiligen Region, Herstellung enger Kooperationsbeziehungen zu anderen Instanzen und Diensten der pflegerischen Versorgung, ebenso zur medizinischen und rehabilitativen Versorgung,
2. Initiierung von Vernetzungs- und Koordinationsprozessen,
3. Regionale Versorgungsplanung: *community health assessment*, Identifizierung von Lücken und Defiziten in der regionalen (pflegerischen) Versorgungsstruktur, Initiierung von Maßnahmen zur Schließung bestehender Versorgungslücken,
4. Initiierung und Einbindung bürgerschaftlichen Engagements.
5. Der kleinteilige niedergelassene selbstständige Arzt **investierte selbst mittels Kreditaufnahme und organisierte selbst** Bestellwesen, Abrechnung, Dokumentation, IT-Nutzung, Personalwesen und erledigte alle Bürokratieauflagen. Dies beanspruchte bis zu 50 % seiner Arbeitszeit von bis zu 70 Stunden pro Woche.


SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen


Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens


Sondergutachten 2009


Tab. AH 8 Optimierung, Rentabilität nichtärztlicher Praxisassistenten:


Thema	agnes <sup>zwei</sup>	AGnES
Einsatzgebiet	Einsatz im Land Brandenburg unterliegt keiner bedarfsplanerischen Beschränkung	ausschließlich unterversorgte bzw. von Unterversorgung bedrohte Gebiete
Aufgaben	Fallmanagement	ausschließlich delegationsfähige Leistungen im Hausbesuch auf Anweisung des Hausarztes
Anbindung	Anstellung beim Hausarzt, Facharzt, Ärztenetz, Ärztehaus, MVZ oder bei einer Einrichtung der KV, wird für mehrere Ärzte tätig	ausschließlich bei einem Hausarzt
Qualifikation	Modulare Schulung (129 UE): Modul A – IGiB Schulung (33 UE) Zertifikat Modul A Modul B – Fallmanagement (96 UE) Zertifikat Modul B/DGCC-Basisquali. (UE= Unterrichtseinheit, á 45 Min.)	Qualifikation über Landesärztekammer: nichtärztliche Praxisassistentin
Vergütung	IGiB-Vertrag: 40,- € Fallpauschale (max. 3x im Quartal)	17,00 € je Hausbesuch bzw. 12,50 € bei gleicher sozialer Gemeinschaft
Versicherte/ Zielgruppe	primär alte bzw. multimorbide und in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen - aber auch chronisch Kranke mit ausgewählten Indikationen Orientierung am individuellen Versorgungsbedarf Auch Überleitungs-/Entlassungsmanagement	Immobil und mind. eine chronische Erkrankung und über 65 Jahre oder eine Erkrankung mit intensiver ärztlicher Betreuung ab 65 Jahre oder akute Erkrankung mit Erfordernis einer intensiven ärztlichen Betreuung


Innovative  
Gesundheitsversorgung  
in Brandenburg


Eine Arbeitsgemeinschaft  
nach § 219 SGB V der


AOK  
Allgemeine  
Omnibus-Kassen


KVBB  
Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg


BARMER  
GEK  
Bürgerversicherung  
auf Gegenseite

Folie 1



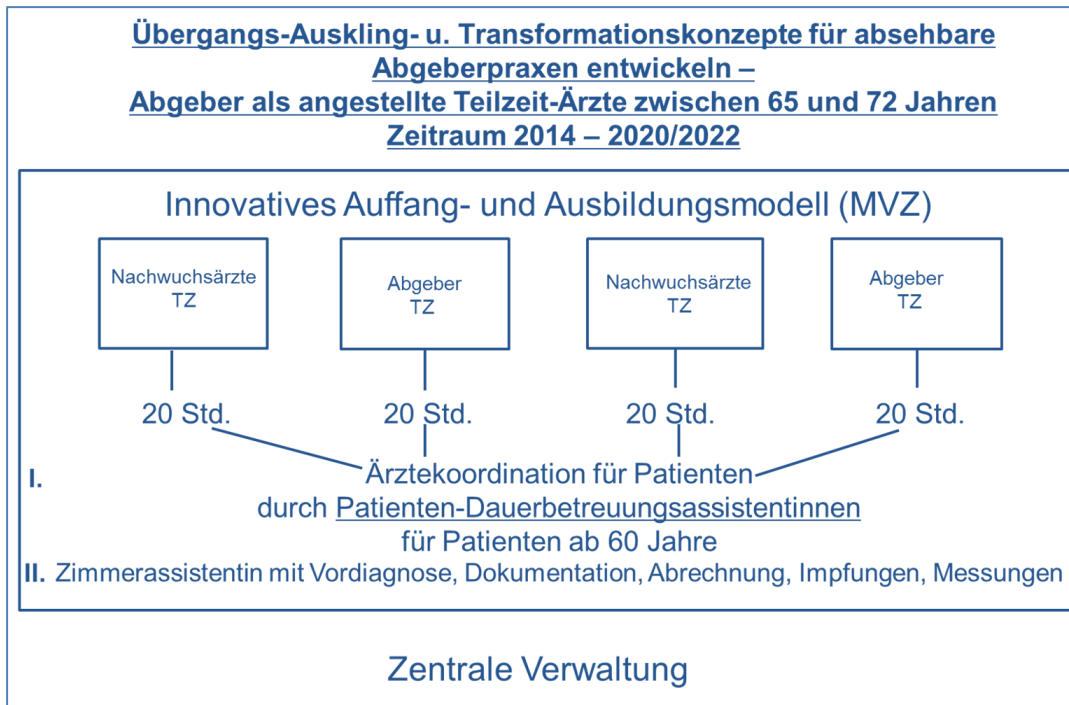
Tab. AH 9 Medizinische Wissensentwicklung:



AH 10 Weiterentwicklung der Hausarztversorgung in ländlichen Räumen durch Umorientierung und neue Strukturen

Es muss betriebswirtschaftlich, organisatorisch und kommunikativ ein neues Versorgungsmodell für den ländlichen Raum aufgebaut werden. All dies lag bisher in der Hand einzelner oder kleinteiliger Hausarztorganisationsmodelle auf Basis der höchstpersönlichen Mittelpunktfunktion des selbstständigen Arztes. In diesem Modell wird die nichtärztliche Versorgungsassistentin (NäPa) eine die Teilzeitärzte umfassend ergänzende zentrale Anlaufstelle für ältere Patienten. Diese Funktion der höchstpersönlichen Betreuung hat über drei Generationen der immer mit voller Arbeitszeit zur Verfügung stehende Hausarzt geleistet. Außerhalb der Heilkunde übernimmt nun die nichtärztliche Praxisassistentin im Bereich zentrale Anlaufstelle für Zuwendung/psychosoziale Aktivierung diese Funktion. Personen mit dieser umfassenden Kompetenz sind im Markt kaum verfügbar und verlangen eine neue betriebswirtschaftliche Kalkulation.

Dies verlangt eine nicht mehr wie bisher von Ärzten höchstpersönlich getragene umfassende Praxisstruktur, sondern die Neuerung, dass alle Managementfunktionen für die hausärztliche Versorgung von nichtärztlichen Fachberufen aufgebaut werden. Dies hat es in der Vergangenheit bisher nur im Facharztbereich gegeben, die mit professionellen Geschäftsführern, QM-Verantwortlichen, Dokumentations- und Abrechnungsspezialisten arbeiten. Insbesondere auch deshalb, weil Patienten ab 65 Jahren – neben den nicht immer in der Woche anwesenden Teilzeitärzten – nunmehr einen festen, zusätzlichen und ergänzenden nichtärztlichen Ansprechpartner aus der Praxis erhalten. Wo früher ein einzelner Ansprecharzt war, entsteht nun eine Verantwortung auf der den Ärzten zuarbeitenden nichtärztlichen Betreuungsebene.



Das Modell entwickelt darüber hinaus einen Ersatz für die wegfallende Dauerbetreuungsfunktion des tradierten höchstpersönlich zur Verfügung stehenden Hausarztes durch eine nichtärztliche Versorgungsassistentin/ „hausärztliche Kranken- und Betreuungsschwester“.

So hat der Patient additiv neben den wechselnden Teilzeitärzten einen verlässlichen Daueransprechpartner in der Praxis bei Routinekontrollen und im Heim- und Hausbesuchsbereich.

Diese dauerbetreuende Praxisassistentin (NäPa) koordiniert die Arztbetreuung und die Entscheidungsstrukturen zu allen relevanten Schnittstellen, zur Pflege, Physiotherapie, Ehrenamt, Apotheken und Angehörigen. Dieses innovative Transformationsmodell zur Absicherung des ländlichen Raumes wohnortnah zu strukturieren, kalkulieren, umzusetzen und damit Erfahrungen zu sammeln, ist Aufgabe des Arbeitskreises sowie eines konkreten Umsetzungsmodells.

Zur Abstimmung und Koordinierung der Krankenhäuser ist eine Arbeitsgruppe/ ein Handlungsteam aus deren Vertretern zu bilden. Dieser Arbeitsbereich hat ebenfalls sehr hohe Priorität, da etliche Maßnahmen des Konzepts wie die Serviceleistungen für Arztpraxen, die Schulung des benötigten Hilfspersonals, die Entwicklung eines attraktiven Fort- und Weiterbildungsangebotes für Ärzte, die duale Berufstätigkeit oder das Angebot für eine zeitlich gesicherte Ausbildung zum Allgemeinmediziner von den Krankenhäusern zu leisten sind. Da einige dieser Aufgaben dauerhaft sind, ist die Arbeitsgruppe auf langjährige Zusammenarbeit auszurichten.

Schaffung und Sicherung eines attraktiven Fortbildungsangebotes ist ein weiteres Schlüsselthema. Dieser Arbeitsgruppe ist hohe Priorität zuzumessen, da von dem Fortbildungsangebot auch die Attraktivität der Arbeitsplätze in der Vulkaneifel für junge Mediziner abhängt. Da Fortbildung eine unerlässliche Daueraufgabe ist, muss die Arbeitsgruppe auf langjährige Zusammenarbeit ausgerichtet sein. Im Hinblick auf eine Wissensverdoppelung im ärztlichen Wissensbereich im Zeitraum von drei Jahren ist ein ständiger Zugang zu neuem Wissen existenzielle Notwendigkeit.

## 9 Quellenverzeichnis

Comunomed Institut (Hrsg.): Neue Aufgabenfelder der Kommunen/Landkreise durch die Große Koalition. Umbrüche im Gesundheitswesen- und Demografiebereich, durch Landflucht für den ländlichen und sozial schwachen städtischen Bereich sterbender Industrien, Wiesbaden 2014.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst altersfragen, Heft 05, September /Oktober 2012.

DKI Deutsche Krankenhausinstitut, Vertragsarztsituation im Einzugsbereich kritisch, Anlage 2 zu Rundschreiben Nr. 167/14 der KGRP.

Dunkel, G.: NRW-Gesundheitsministerin Babara Steffen informiert sich in Bünde über die örtliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern, in: [http://www.nw-news.de/em/cms/globals/print.php?em\\_ssc=M...](http://www.nw-news.de/em/cms/globals/print.php?em_ssc=M...)

Egger, Th.: Medizinische Grundversorgung, Bern 2012.

Gemeinsamer Bundesausschuss (der Kassenärztlichen Vereinigung) (Hrsg.): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), 1.1.2013, letzte Änderung in Kraft getreten 26.2.2014.

Gesundheit, Beiträge in BWZG Baden-Württemberg Gemeinde Zeitung, Artikel von Winkler, F., Steffen, G., Blum, S., Binnig, W., Reinl, M., Steinhilber, S-M., Schmid, S., Eidenmüller, U., 2014, H. 6, S. 220-221.

Gutachten für Generationen - Zusammenland Rheinland-Pfalz, in: RheinlandPfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit, Demografie, <http://msagd.rlp.de/demografie/...>

Hessische Ministerium für Soziale und Integration und kassenärztliche Versorgung Hessen: Regionales Gesundheitsreport 2014, Gesundheit und pflegerische Versorgung, Daten – fakten - Ausblicke, Wiesbaden 2014.

Ickler, G.: Pflegebedürftige Menschen 2011, in: Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz, 03.2013, S. 238-240.

Initiative Gesundheitsförderung Brandenburg: Rentabilität nicht ärztlicher Pr5axisassistentinnen Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Positionierung der kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Koalitionsvertrag von CDU, CSI und SPD zum Abschnitt Gesundheit und Pflege (18. Legislaturperiode).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Ich bin Ärztin und wünsche mir mehr Zeit für Sie, Berlin, o. J.

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Gutachten zur vertragsärztlichen Versorgung Landkreis Vulkaneifel, Mainz 2013.

König, Julia: Rheinland-Pfalz 2050: Pflegevorausberechnung. Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Pflegebedarf, in: Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz, 03.2010, S. 173-183 Krankenhausbedarfsplan 2010, Mainz 2010.

Krankenhausaufenthalt und medizinische Diagnose, in: <http://www.google.de/imgres?imgurl=http://www.bmfsfj.de/doku/Pu...>

Krankenhaus Maria Hilf Daun (Hrsg.). Gesund werden – gesund bleiben, Hauszeitung Frühjahr 2014.

Landesplanung, Ländliche Räume, Daseinsvorsorge, in: RheinlandPfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit, Demografie, <http://msagd.rlp.de/demografie/landesplanung-laendliche-raeume...>  
Landkreis Vulkaneifel: Homepage Internet, Stand 2014.

Landkreis Vulkaneifel: Datenblätter zum stand Ärzte, Fachärzte, Pflege, weiter Gesundheitsdienstleister, die Frühjahr 2014 übergeben wurden.

Masterplan Pflege, Aktionsprogrammregionale Daseinsvorsorge MORO, IfR Institut für Regionalmanagement, MoReDatA GmbH, Oktober 2013.

Oberste Landesplanung Rheinland-Pfälzische Landesplanung: Bevölkerungsvorausberechnung differenziert nach Altersgruppen, Verfügungsstellung der Daten Frühjahr 2014.

Rapold, Th.: Kommune sucht Ärzte, in: Gewerbe, Energie und Versorgung, Netzwerk, 07/08/2014.

Rheinland-Pfalz Statistisches Landesamt: 2012 Statistische Berichte: Pflegeeinrichtungen und Pflegegeldempfänger am 15. bzw. 31. Dezember 2011, Ergebnisse der Pflegestatistik, Bad Ems 2012.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2014.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration –Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Langfassung Sondergutachtens 2009 vom 30.6.2009.

Schade, H.-J.: Comunomed – Vorgehensstruktur, Wiesbaden 2013.

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB): Positionspapier: Die medizinische Grundversorgung in den berggebieten und ländlichen Räumen, Stand Dez. 2014.

Statistische Landesamt Reinland-Pfalz: 3. Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung bis 2060 (Basisjahr 2010), Bad Ems 2012.

Tourismus in Rheinland-Pfalz, in: RheinlandPfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit, Demografie, <http://msagd.rlp.de/demografie/Wirtschaft/Tourismus...>

Verbandsgemeinde Daun (Hrsg.): Prozess zur Transformation der Vision Gesunde Verbandsgemeinde Daun, Zukunftspreis Heimat 2014, Daun 2014.

Verein Bürger für Bürger Daun: Interviewaussagen.

WEGE-Büro der VGV Daun (Hrsg.): Die Vision der gesunden Verbandsgemeinde Daun, Daun Oktober 2013.

WEGE-Büro der VGV Daun (Hrsg.): Dauner Thesen 2011, 2012, 2013.

WEGE-Büro der VGV Daun (Hrsg.): Der Wege-Prozess und seine Projekte, Stand: September 2014.

Zukunftsprogramm „Gesundheit und Pflege – 2020“ in: RheinlandPfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit, Demografie, PDF 1 Gesundheit\_und\_Pflege\_MSAGD\_01.pdf  
<http://msagd.rlp.de/presse/einzelansicht/archive/2014/march/arricl...>