

KREIS BERGSTRASSE

**Konzept
zur Gründung des
Netzwerks Ortsnahe Versorgung Ried
(NORIE)**

05.07.2019 Kögel

Inhalt

I. Ausgangslage

1. Allgemeiner Fachkräftemangel

2. Ärztliche Nachfolgesituation

II. Ansprüche der Nachfolgeneration

III. Attraktivität der Regionen

IV. Versorgungssituation im Kreis Bergstraße

V. Vorbild: Netzwerk Ortsnahe Versorgung Odenwald (NOVO)

VI. Netzwerk Ortsnahe Versorgung Ried (NORIE)

1. Geografie

2. Ziel

3. Schwerpunkte

4. Struktur

I. Ausgangslage

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht in den nächsten Jahren trotz einer grundsätzlich guten Ausgangslage vor vielfältigen Herausforderungen. Der medizinische Fortschritt, Veränderungen in der regionalen Verteilung von Patientinnen und Patienten und medizinischen Versorgungsangeboten sowie der demografische Wandel sind hier wichtige Stichworte. Letzterer manifestiert sich aufgrund einer steigenden Lebenserwartung in einem prägnanten Wandel im Altersaufbau der Bevölkerung. Deutschland hat inzwischen, nach Japan, die zweitälteste Bevölkerung der Welt. Dies führt dazu, dass auch der Anteil der Menschen, die an chronischen Erkrankungen leiden, stetig zunimmt. Deren Versorgung ist besonders aufwändig und bindet natürlich auch große finanzielle Ressourcen.

Wird die Bevölkerung im Durchschnitt älter, ändern sich auch die Krankheitsbilder der Patienten und ihre Pflegebedürfnisse. Aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters wird außerdem eine immer größere Anzahl von Menschen zeitgleich unter mehreren Krankheiten leiden (Multimorbidität). Krankheiten wie Demenz und altersbedingte Depressionen nehmen zu, die in enger Beziehung zur Hochaltrigkeit stehen. Entsprechend wird der Pflegebedarf zunehmen. Auch Präventionsprogramme werden eine immer wichtigere Rolle spielen.

Aktuell diskutiert wird in diesem Zusammenhang daher das Thema eines allgemeinen Fachkräftemangels:

In Deutschland gibt es zahlreiche Branchen, in denen Unternehmen und andere Akteure nach Fachkräften suchen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung kommt in seinem Gutachten allerdings zu dem Schluss, dass es in Deutschland im Jahr 2017 noch keinen flächendeckenden Fachkräftemangel gibt, mit einer Ausnahme: dem Gesundheitswesen. Fachkrankenpflege und Aufsicht der Krankenpflege im Gesundheitswesen seien demgemäß die am deutlichsten ausgeprägten Engpassberufe für Spezialisten.

Neben der Verbesserung der Kinderbetreuung und der Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit gälte es darüber hinaus, einen Rückstand Deutschlands bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens abzubauen. Dafür brauche es mehr Innovationsoffenheit im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der digitalen Angebote, der Telemedizin, der Robotik und der Sensorik. Diese Ansätze böten nicht nur das Potenzial, dem wachsenden Fachkräftemangel mittelfristig entgegenzuwirken. Sie könnten weiterhin einen wichtigen Lösungsansatz für die medizinische Versorgung ländlicher und strukturschwacher Regionen bieten.

Somit werden auch neue Technologien im Gesundheitswesen eine immer wichtigere Rolle spielen - für eine bessere Versorgung der Patienten zu Hause sowie in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen. Entsprechend bietet die Digitalisierung des Gesundheitswesens eine große Chance, da sie bestehende Versorgungsangebote unterstützt, sehr schnell medizinisches Fachwissen zu den Menschen bringt und Distanzen überbrücken kann. Damit kann sie ein Schlüssel zu einer weiterhin wohnortnahen Versorgung sein.

1. Allgemeiner Fachkräftemangel

Es ist eine öffentliche Debatte zu beobachten, in der zumindest Einigkeit darüber besteht, dass die demografisch bedingte Zunahme der Pflegebedürftigen bei einem gleichzeitigen Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials künftig zu Personalengpässen führen bzw. bestehende Probleme im Bereich Personal in den Einrichtungen der Altenpflege weiter verschärfen werden.

Durch die weit in die Gesellschaft hineinreichenden Entwicklungen und Arbeitsbedingungen in der Pflege interessieren sich nicht ausreichend junge Menschen für die Berufsgruppen des Altenpflegers und des Gesundheits- und Krankenpflegers. Die Pflegeberufe erscheinen den potenziellen Berufseinsteigern nicht attraktiv genug.

Qualifiziertes Fachpersonal in Arztpraxen wird ebenfalls zunehmend schwieriger zu finden. So bleiben die Zahlen der Auszubildenden zu medizinischen Fachanstellten zwar auf einem hohen Niveau, aber viele wandern nach der Ausbildung in besser bezahlte Jobs ab.

Doch diese Fachkräfte werden mehr denn je zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte gebraucht. Zum Beispiel übernehmen sie besonders in den ländlichen Gebieten delegationsfähige Leistungen wie z.B. Hausbesuche und sichern so im Team mit den Medizinern die Grundversorgung. Diese Aufwertung führt neben einem geänderten Selbstverständnis auch zu einer Steigerung der Motivation und Arbeitszufriedenheit des überwiegend weiblichen Personals in den Praxen.

Nicht einfach ist auch die finanzielle Situation. Die Honorare für Ärztinnen und Ärzte stehen häufig in der Kritik, doch müssen die Mediziner auch die Gehälter ihrer Angestellten davon bestreiten.

Neben diesem Mangel in den Gesundheits- und Pflegeberufen sind Probleme bei der Nachbesetzung von Arztpraxen mit Medizinern, insbesondere in Bezug auf die allgemeinmedizinische Versorgung in strukturschwachen, sog. „ländlichen Räumen“ schon seit geraumer Zeit akut – vor allem im Bereich der Allgemeinmedizin. Die Versorgungslage in den Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung übersteigt im allgemeinen die Grenze zur Überversorgung, die bei 110% festgelegt ist. Doch auch hier zeigt sich ein hoher Altersdurchschnitt, so dass mittelfristig auch hier Nachwuchsprobleme auftauchen werden.

Auch in statistisch bisher gut oder gar überversorgten Mittelzentren zeigen sich immer öfter Schwierigkeiten bei der Nachfolge, so dass die Eingrenzung auf den ländlichen Raum der Realität nicht mehr gerecht wird.

Denn eine älter werdende und zu großen Teilen kurz vor dem Pensionsalter stehende Ärzteschaft sieht sich deutschlandweit wiederum einer Generation von Nachwuchsmedizinern mit gewandelten Erwartungen an Arbeitsalltag und Umfeld gegenüber.

Um auch in Zukunft eine hochwertige allgemeinmedizinische Versorgung sicherzustellen, wird es also von entscheidender Bedeutung sein, die „Ressource Arzt“ besser zu nutzen. Ein wichtiges Thema ist hierbei die Delegation nicht-ärztlicher Aufgaben an speziell dafür weitergebildete Fachkräfte, im besten Fall unterstützt durch telemedizinische Elemente.

Der Wandel des Berufsverständnisses bei der heranwachsenden Medizinergeneration beinhaltet weiterhin u.a. die Abkehr von der Mentalität der „Alleinkämpfer mit 24-Stunden-Erreichbarkeit“. Die jungen Ärztinnen und Ärzte fordern Teamarbeit sowie Flexibilität in Form von Gemeinschaftspraxen oder lokalen Gesundheitszentren mit Anstellungsmöglichkeiten und möglichst unterschiedlichen Fachrichtungen (work life balance).

Allein die baulichen Voraussetzungen der bisherigen Einzelpraxen machen derartige zukunftsfähigen Modelle vor Ort oft schwierig und befördern Anfragen an Kommunen nach neuen oder zu sanierenden Objekten in kommunaler oder privater Trägerschaft.

Generell wird also der zunehmenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ein sich vermindertes Arbeitskräftepotential mit neuen Anforderungen an die Form der Berufsausübung gegenüberstehen.

2. Ärztliche Nachfolgesituation

Während in Großstädten wie Frankfurt, München oder Hamburg noch immer teils große Summen für die Übernahme einer Praxis bezahlt werden, sieht es im ländlichen Raum eher schlechter aus. Das hat vor allem zwei Gründe: Zum ersten gibt es insgesamt immer weniger junge Mediziner, die sich in einer Praxis niederlassen wollen, auf der anderen Seite wird die Ärzteschaft jedoch immer älter und die Konkurrenz um die wenigen Nachfolger wächst. Weiterhin wächst der Bedarf an ärztlicher Versorgung immer schneller.

Durch die Alterung der Gesellschaft wird das Gesundheitswesen und die Pflege somit eine zunehmende Anzahl von älteren Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf versorgen müssen. Laut Prognose des Statistischen Landesamtes in Hessen sind im Kreis Bergstraße bis zum Jahr 2030 deutliche Rückgänge der jungen Bevölkerung zu verzeichnen, während der Anteil der älteren Bevölkerung bei den 65-Jährigen und Älteren ansteigt.

Nur jeder zweite niedergelassene Vertreter der Ärzteschaft findet einen Nachfolger/eine Nachfolgerin für seine Praxis – Tendenz sinkend. Die Gründe für den Fachärztemangel sind vielfältig. Laut Bundesärztekammer hat die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für angehenden ärztliches Personal die höchste Priorität. An zweiter Stelle folgt der Wunsch nach geregelten und flexibel gestalteten Arbeitszeiten. Diese Bedingungen sind in der Stadt eher erfüllbar, als auf dem Land, wo das Einzugsgebiet der Patienten entsprechend größer ist. Immer mehr angehende Mediziner entscheiden sich daher für eine (Teilzeit-)Anstellung in einer Klinik und gegen eine Niederlassung.

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die Patienten in Deutschland in einer Arztpraxis behandeln, ist zwar auch 2017 weiter gestiegen. In diesem Bereich hatte Deutschland fast 3000 mehr Mediziner als noch 2016. Doch besonders stark zugenommen hat die Zahl der Vertragsärztinnen und -ärzte, die nur als Angestellte in einer bestehenden Praxis arbeiten. Sie stieg um knapp zehn Prozent auf 31.477 Personen. Demgegenüber ist die Zahl der niedergelassenen Mediziner um 1361 auf insgesamt 105.934 zurückgegangen.

Nach Ansicht des Marburger Bunds, der Gewerkschaft der angestellten Ärztinnen und Ärzte, setzt sich damit ein seit einigen Jahren zu beobachtender Strukturwandel in der Versorgung fort: weg von der Einzelpraxis hin zu Praxen und medizinischen Versorgungszentren mit angestellten Fachkräften. Die klassische Einzelpraxis werde zum Auslaufmodell.

Gestützt wird diese These auch dadurch, dass die Praxisinhabenden im Durchschnitt in den vergangenen Jahren immer älter geworden sind. Rund 45 Prozent der niedergelassenen freiberuflich Tätigen gehören der Altersgruppe der 50- bis 59-jährigen an; ein Fünftel ist zwischen 60 und 65 Jahre alt, und jede(r) Zehnte ist sogar älter als 65 Jahre. Im Vergleich dazu ist die Gruppe der Angestellten jünger: Hier sind 43,6 Prozent im Alter zwischen 35 und 49 Jahren. (Quelle: Handelsblatt, 29.03.18)

II. Ansprüche der Nachfolgegeneration

Die bessere Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben ist wie erwähnt eine zentrale Forderung von jungen Ärztinnen und Ärzten. In allen Fachrichtungen sind die Rahmenbedingungen für die Familie der wichtigste Aspekt bei der Niederlassungsentscheidung. Dazu gehört eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, ein ausreichendes Schul- und Betreuungsangebot für die Kinder sowie gute berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für den Lebenspartner.

Es zeigt sich weiterhin, dass sich immer mehr Frauen für das Medizinstudium entscheiden. Zum 31.12.2016 lag laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer der Anteil der Frauen an den berufstätigen Ärzten in Gesamtdeutschland bei über 45%. Da in den Erstsemestern der Anteil der Frauen ansteigt, wird sich die Zahl der Ärztinnen weiter erhöhen: Laut Statistik sind 70 Prozent der Absolventen im Studium weiblich.

Die junge Generation der medizinischen Fachkräfte setzt andere Prioritäten und ist nicht bereit 60 Stunden die Woche zu arbeiten. Sie hat den Wunsch, dass die gesetzlichen Arbeitszeitregelungen auch für sie gelten. Das Thema Work-Life-Balance gewinnt immer mehr an Bedeutung. Mit dem Beruf als Allgemeinmediziner muss ein Privatleben mit der Familie und unterschiedlichen Freizeitaktivitäten in Einklang gebracht werden.

Zudem scheuen immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte das wirtschaftliche Risiko einer eigenen Praxisniederlassung und die damit verbundenen bürokratischen Hürden. Immer mehr wünschen sich deshalb eine Beschäftigung im Angestelltenverhältnis oder in Teilzeitbeschäftigung. Diese Entwicklung bestätigt sich bereits in der immer weiter ansteigenden Zahl der angestellten Mediziner.

Außerdem möchte die kommende Generation nicht abgeschottet als Einzelkämpfer arbeiten, sondern wünscht sich vermehrt Arbeit im Team. Auch der Wunsch nach Kooperation mit anderen Medizinern zur besseren Behandlung des Patienten nimmt zu. Infrastrukturelle Gegebenheiten vor Ort wie Kinderbetreuungsangebote, Verkehrsanbindungen und Berufsangebote für den Partner werden zunehmend bedeutender.

Eine Einzelpraxis zu gründen oder zu übernehmen, kommt für viele junge Ärztinnen und Ärzte daher nicht (mehr) in Frage.

III. Attraktivität der Regionen

Ein Hemmnis bei der Wiederbesetzung freiwerdender Arztsitze im ländlichen Raum ist die vermeintliche mangelnde Attraktivität. Die Regionen müssen ein lebenswertes Umfeld bieten, das die Menschen in ihrer heimatlichen Region bindet und Fachkräfte anlockt. Das erfordert vor allem ausreichende Verkehrsverbindungen und eine gute Gesundheitsversorgung, möglichst umfassende Bildungschancen und ein attraktives Kulturangebot.

Eine gute allgemeinmedizinische Versorgungsstruktur und die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen für ärztliches Personal sind Basis einer umfassenden und hochwertigen gesundheitlichen Versorgung auf Gemeinde-, Stadt- und Landkreisebene.

Ein weiterer Aspekt ist wichtig: Die Gesundheitswirtschaft ist für die ländlichen Räume mit ihren bevorzugten klimatischen und landschaftlichen Bedingungen ein wachsender Wirtschaftssektor. Eine leistungsfähige Organisationsstruktur ist Voraussetzung für seine Zukunftsfähigkeit.

Das Gesamtobjekt ländliche Räume wird aber nur erfolgreich sein, wenn es getragen wird von dem eigenen Engagement aller regionalen Akteure, seien es Private oder Institutionen. Die Verstärkung der Kooperation in allen Bereichen ist dabei besonders wichtig. Gerade hierin haben die Menschen mit ihrer Bereitschaft zu persönlicher Verantwortung verbunden mit ihrer engen Beziehung zu ihrer Region erhebliche Wettbewerbsvorteile gegenüber den Städten.

Im Kontext der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum sind Städte und Gemeinden aufgerufen, attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Mediziner zur Niederlassung veranlassen könnten. Dies bedeutet, dass es eine möglichst umfassende, funktionierende Infrastruktur im Ort gibt. Die Gemeinden wissen, dass es sich hierbei um einen Standortfaktor handelt, der wiederum ein wichtiger Baustein für eine gute Infrastrukturausstattung ist. Einerseits spielt das Vorhandensein von Ärztinnen und Ärzten eine Rolle, wenn es darum geht, Menschen im Ort zu halten. Andererseits wird sich die Bevölkerung gerade in den betroffenen Gebieten zunehmend aus älteren oder sogar hochbetagten Menschen zusammensetzen, die auf wohnortnahe ärztliche Hilfe eher als jüngere Generationen angewiesen sind.

Die Kreise und Kommunen sind grundsätzlich kein Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Zuständig für die ambulante medizinische Versorgung ist die Kassenärztliche Vereinigung. Kreise und Kommunen wollen sich jedoch in die ambulante ärztliche Versorgung einbringen.

Gerade im ländlichen Raum ist daher die Vernetzung aller vorhandenen Beteiligten weiter voranzutreiben.

Vor diesem Hintergrund wurde im Sommer 2016 vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration ein Runder Tisch initiiert, um mit dem Kreis Bergstraße und dem Odenwaldkreis sowie beteiligten Akteuren aus dem Gesundheitswesen gemeinsam Aktivitäten zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen im Vorderen Odenwald abzustimmen.

Die wiedergewählte schwarz-grüne Landesregierung in Hessen hat sich in ihrem Koalitionsvertrag die flächendeckende Sicherstellung der Versorgung zum Ziel gesetzt.

Festgehalten und weiter konkretisiert sind die Pläne im "Hessischen Gesundheitspakt 3.0".

Die Partner vereinbaren darin breit aufgestellte Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgung in Gesundheit und Pflege. Schwerpunkte sind die Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen und die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung auch mithilfe von telemedizinischen Anwendungen. Die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kommunikation soll zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten intensiviert werden.

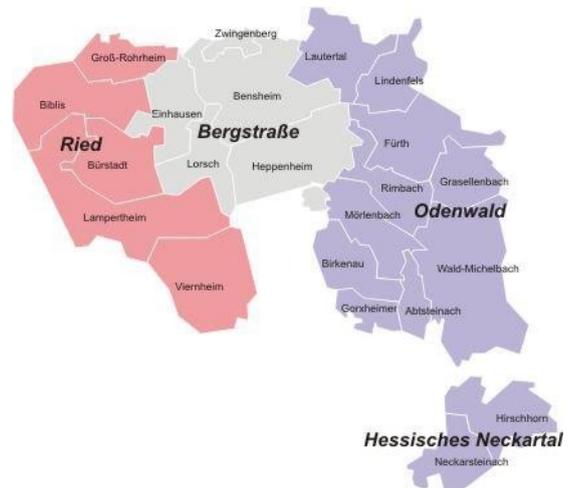
Auch der Kreis Bergstraße und die Kommunen im Ried möchten daher ein neues Netzwerk gründen.

IV. Versorgungssituation im Kreis Bergstraße

Der Kreis Bergstraße mit etwa 264.000 Einwohnern und einer Fläche von 719 Quadratkilometern liegt inmitten der Wirtschaftsräume Rhein-Main im Norden und Rhein-Neckar im Süden und ist daher naturgemäß von starker Pendleraktivität geprägt. Ein Teil des Kreises liegt im Odenwald, der andere befindet sich in der Oberrheinischen Tiefebene und gehört zum Teil zum Hessischen Ried.



Quelle: Wikipedia Commons, Hagar66



Quelle: unbekannt

Grundsätzlich lässt sich lt. „PROGNOS ZUKUNFTSATLAS“ gegenüber dem Jahr 2013 eine Verbesserung im Hinblick auf die Zukunftschancen im Kreis Bergstraße feststellen. Vom Jahr 2010 auf das Jahr 2013 war zunächst ein neutraler Trend zu konstatieren, nun steigt der Landkreis jedoch auf.

Die ärztliche Versorgung im Landkreis ist allerdings heterogen:

Die Bergstraße, vor allem die Mittelzentren sind überwiegend ausreichend versorgt, dort konzentriert sich sowohl haus- als auch fachärztliches Personal. Aber auch hier bleiben bereits Arztsitze unbesetzt.

Im Ried und im Odenwald sind deutliche Tendenzen hin zur allgemeinmedizinischen Unter-versorgung erkennbar, teilweise liegt diese schon vor.

Das Neckartal orientiert sich eher in Richtung Baden-Württemberg (Weinheim, Heidelberg).

Entwicklung der Versorgung

Die Versorgungssituation im hausärztlichen Bereich des Kreises hat sich im ländlichen Raum des Kreises in den letzten Jahren deutlich verschlechtert:

Die gemeindebezogenen, fiktiven Versorgungsgrade lagen 2018 in 7 Gemeinden unter 75% und somit im unterversorgten Bereich. Im Jahr 2016 waren lediglich 3 Gemeinden nicht ausreichend mit Hausärztinnen und -ärzten versorgt, wobei z.B. die Bewohner von Neckarsteinach durch eine Zweigstelle versorgt werden.

Neben Gemeinden im NOVO-Gebiet des Vorderen Odenwalds ist deutlich erkennbar, dass auch Kommunen im Ried bereits in 2018 teilweise dramatisch unterversorgt waren (Biblis, Bürstadt), in 2019 werden weitere Praxis-Schließungen stattfinden, z.B. in Lorsch.

2016:

Ermittlung gemeindebezogener, fiktiver Versorgungsgrade

Ort	Einwohner je Ort ¹	Anzahl VA ²	Verhältnis Arzt/Einwohner	Angepasste Verhältniszahl ³	Fiktiver Versorgungsgrad in %
Kreis Bergstraße					
Abtsteinach	2.370	4,00	593	1.670	281,92
Bensheim, St.	39.551	24,00	1.648	1.662	100,82
Biblis	8.850	4,00	2.213	1.675	75,71
Birkenau	9.946	7,00	1.421	1.603	112,85
Bürstadt, St.	15.802	8,00	1.975	1.673	84,67
Einhausen	6.232	3,00	2.077	1.684	81,05
Fürth	10.401	5,00	2.080	1.674	80,47
Gorxheimertal	4.049	2,00	2.025	1.637	80,84
Grasellenbach	3.932	2,00	1.966	1.637	83,29
Groß-Rohrheim	3.773	3,50	1.078	1.643	152,39
Heppenheim (Berg.), Krst.	25.001	12,75	1.961	1.645	83,87
Hirschhorn (Neckar), St.	3.452	4,00	863	1.581	183,20
Lampertheim, St.	31.851	20,50	1.554	1.635	105,22
Lautertal (Odenwald)	7.193	3,00	2.398	1.649	68,77
Lindenfels, St.	5.050	4,00	1.263	1.599	126,63
Lorsch, Karolingerstadt	13.413	9,00	1.490	1.682	112,88
Mörtenbach	9.885	4,50	2.197	1.638	74,58
Neckarsteinach, St.	3.870	0,00	0	1.605	0,00
Rimbach	8.478	9,00	942	1.621	172,11
Viernheim, St.	33.276	18,50	1.799	1.677	93,24
Wald-Michelbach	10.569	6,50	1.626	1.628	100,12
Zwingenberg, St.	6.878	6,00	1.146	1.711	149,24

Hinweis: Die Angaben in dieser Tabelle werden gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie, jedoch ohne Übernahmepraxen (=Praxen, die nicht besetzt sind und sich aktuell in einem Ausschreibungsverfahren befinden) dargestellt

Quelle: Statistisches Landesamt Hessen; Stand 31.12.2014; Arztbestand 01.03.2016

² VA = Versorgungsaufträge, Stand: 01.03.2016

³ = Ausgehend von der im Rahmen der Bedarfsplanung anzunehmenden allgemeinen Verhältniszahl von 1.671 Einwohnern je Versorgungsauftrag ergibt sich bei Multiplikation mit dem Demographiefaktor die dargestellte angepasste Verhältniszahl

2018:

ERMITTLUNG GEMEINDEBEZOGENER, FIKTIVER VERSORGUNGSGRAD E

Ort	Einwohner je Ort ¹	Anzahl VA ²	Verhältnis Arzt/Einwohner	Verhältniszahl	Angepasste Verhältniszahl ³	Fiktiver Versorgungsgrad in %
Kreis Bergstraße						
Abtsteinach	2.360	4	590	1.671	1.659	281,13
Bensheim	40.051	24,5	1.635	1.671	1.658	101,41
Biblis	8.910	3	2.970	1.671	1.669	56,19
Birkenau	9.933	8	1.242	1.671	1.601	128,97
Bürstadt	16.060	7	2.294	1.671	1.674	72,96
Einhausen	6.281	3	2.094	1.671	1.678	80,13
Fürth	10.465	5	2.093	1.671	1.669	79,73
Gorxheimertal	4.160	3	1.387	1.671	1.636	117,98
Grasellenbach	3.995	1	3.995	1.671	1.640	41,06
Groß-Rohrheim	3.768	3,5	1.077	1.671	1.642	152,54
Heppenheim (Bergstraße)	25.284	12,75	1.983	1.671	1.646	83,02
Hirschhorn (Neckar)	3.436	4,75	723	1.671	1.576	217,92
Lampertheim	32.303	20,5	1.576	1.671	1.638	103,95
Lautertal (Odenwald)	7.201	3	2.400	1.671	1.636	68,17
Lindenfels	5.086	2	2.543	1.671	1.602	63,01
Lorsch	13.515	9	1.502	1.671	1.676	111,60
Mörlenbach	9.972	4	2.493	1.671	1.633	65,50
Neckarsteinach, St.	3.889	0	0	1.671	1.606	0,00
Rimbach	8.571	8	1.071	1.671	1.620	151,24
Viernheim	34.146	20	1.707	1.671	1.681	98,44
Wald-Michelbach	10.614	8	1.327	1.671	1.625	122,47
Zwingenberg	6.928	6	1.155	1.671	1.700	147,19

Hinweis: Die Angaben in dieser Tabelle werden gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie, jedoch ohne Übernahmepraxen (=Praxen, die nicht besetzt sind und sich aktuell in einem Ausschreibungsverfahren befinden) dargestellt.

¹ Quelle: Statistisches Landesamt Hessen; Stand 31.12.2015

² VA=Versorgungsaufträge, Stand 01.03.2017

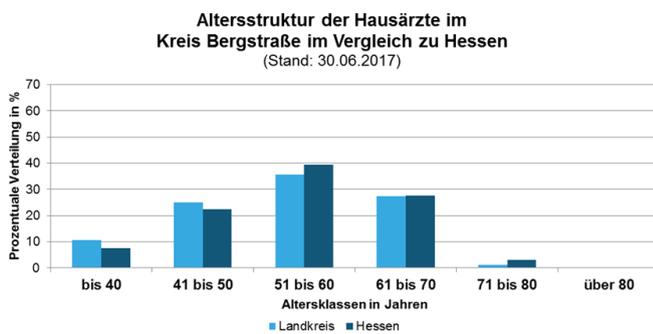
³ = Ausgehend von der im Rahmen der Bedarfsplanung anzunehmenden allgemeinen Verhältniszahl von 1.671 Einwohnern je Versorgungsauftrag ergibt sich bei Multiplikation mit dem Demografiefaktor die dargestellte angepasste Verhältniszahl

Quelle: Fokus Gesundheit, KVH 2018

Die niedergelassenen Allgemeinmediziner im Landkreis Bergstraße sind im Vergleich zu den Kolleginnen und Kollegen in Hessen im Schnitt marginal jünger. Insgesamt liegen 13 Städte und Gemeinden über dem Durchschnitt für den Landkreis Bergstraße von 53,87 Jahren.

Es ist deutlich erkennbar, dass die Nachfolgesuche für Haus- UND Fachärztinnen und -ärzte im Kreis Bergstraße mittelfristig akut werden wird bzw. es schon ist.

Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner:



Ø-Alter liegt über dem Hessendurchschnitt
 Ø-Alter liegt unter dem Hessendurchschnitt
 kein Arzt/Psychotherapeut niedergelassen

Hausärzte ¹	
Landkreis/Ort	Durchschnittsalter in Jahren
Abtsteinach	58,75
Bensheim	54,92
Biblis	44,67
Birkenau	56,63
Bürstadt	54,57
Einhausen	61,50
Fürth	51,80
Gorxheimertal	54,67
Grasellenbach	58,00
Groß-Rohrheim	50,50
Heppenheim (Bergstraße)	54,27
Hirschhorn (Neckar)	48,80
Lampertheim	52,81
Lautertal (Odenwald)	52,67
Lindenfels	64,25
Lorsch	58,89
Mörlenbach	58,75
Rimbach	56,25
Viernheim	47,80
Wald-Michelbach	55,00
Zwingenberg	53,14
Ø-Alter der Hausärzte im LK	53,87
Ø-Alter der Hausärzte in Hessen	55,10

¹ Stand: 30.06.2017

Nachfolgebedarf für die Hausärzte bis 2030		
Arztgruppe	NBB für 2030 in % für den LK	NBB für 2030 in % für Hessen
Hausärzte	56%	61%

Tabelle 10 - Nachfolgebedarf Hausärzte

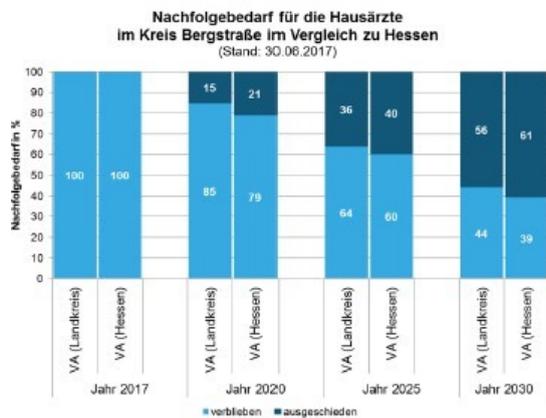


Abbildung 49 – Nachfolgebedarf Hausärzte

Quellen: Fokus Gesundheit, KVH 2018

Allgemeine Fachärztinnen und –ärzte:

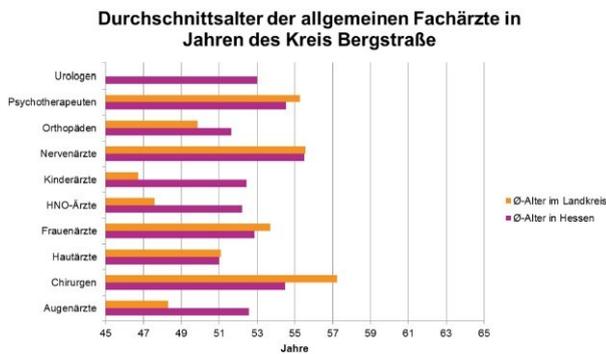
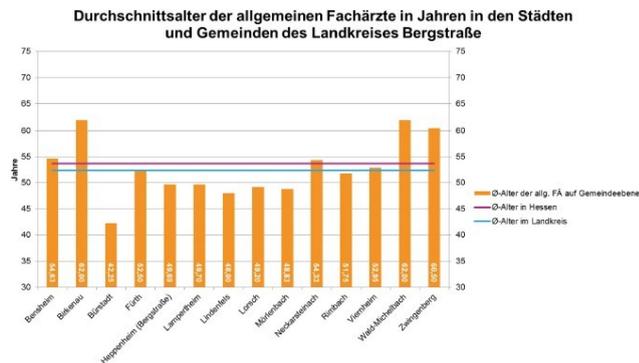


Abbildung 47 – Durchschnittsalter nach Fachrichtungen



Nachfolgebedarf für die allgemeinen Fachärzte bis 2030		
Arztgruppe	NBB für 2030 in % für den LK	NBB für 2030 in % für Hessen
Augenärzte	12%	51%
Chirurgen	68%	60%
Hautärzte	30%	43%
Frauenärzte	61%	54%
HNO-Ärzte	23%	46%
Kinderärzte	18%	52%
Nervenärzte	56%	58%
Orthopäden	40%	46%
Psychotherapeuten	66%	64%
Urologen	0%	53%

Tabelle 11 Nachfolgebedarf allgemeine Fachärzte gesamt

Quellen: Fokus Gesundheit, KVH 2018

V. Vorbild: Netzwerk Ortsnahe Versorgung Odenwald (NOVO)

Zur Koordination der Aktivitäten im Bereich Gesundheitswesen wurde 2017 das **Netzwerk Ortsnahe Versorgung Odenwald (NOVO)** des Kreises Bergstraße gegründet.

Ziel des Netzwerks ist es, gemeinsam mit allen Akteuren vor Ort eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige gesundheitliche und pflegerische Gesundheitsversorgung zu entwickeln und langfristig zukunftsfähig zu unterstützen. NOVO bringt die unterschiedlichen Beteiligten an einen Tisch wie z.B. Kommunen, die Kassenärztliche Vereinigung, Mediziner, Apotheken, die Bereiche Pflege, Reha, Prävention sowie Selbsthilfe-Vereine etc. Die Bedarfe vor Ort werden analysiert und daraus Maßnahmen und konkrete Projekte entwickelt.

Vor diesem Hintergrund haben die Gemeinden Abtsteinach, Birkenau, Fürth, Grasellenbach, Lautertal, Mörlenbach, Rimbach und Wald-Michelbach sowie die Stadt Lindenfels im Jahr 2017 eine kommunale Arbeitsgemeinschaft gegründet und vereinbart, unter Federführung des Kreises Bergstraße im Bereich der Gesundheitsversorgung zu kooperieren um die medizinischen Grundversorgung in dieser Teilregion des Kreises bedarfsgerecht und nachhaltig zu unterstützen.

Doch die Schwierigkeiten in der Nachfolge- und Fachkräftesuche lassen sich nicht auf den Vorderen Odenwald begrenzen.

Da uns mittlerweile aus vielen Bereichen des Kreises Anfragen zu Information, Beratung und Begleitung erreichen, möchten wir eine neue Interkommunale Zusammenarbeit nach dem Vorbild von NOVO für die Teilregion Ried einrichten:

VI. Netzwerk Ortsnahe Versorgung Ried – NORIE

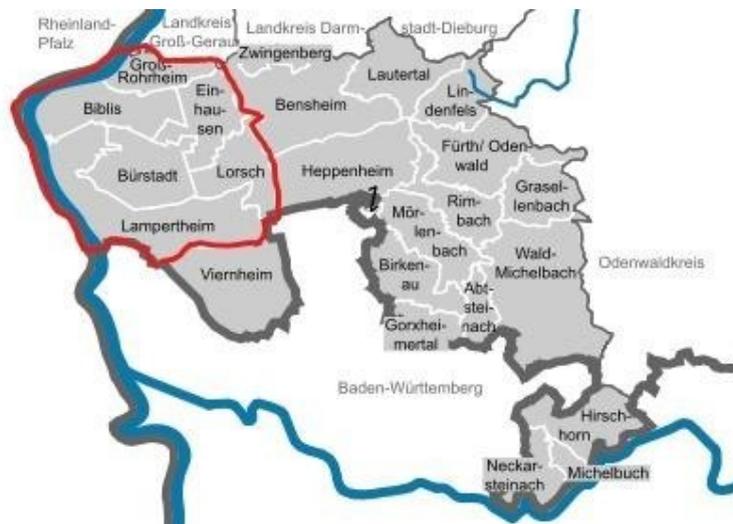
1. Geografie

Das hessische bzw. südhessische Ried ist der hessische Teil der Oberrheinischen Tiefebene zwischen Rhein und Bergstraße, sowie zwischen Main und Lampertheim. Es liegt im Städteviereck Mainz, Darmstadt bzw. Mannheim und Heidelberg. Die Region ist Wohnsitz für viele Pendler aus dem Rhein-Main-Gebiet und dem Rhein- Neckar-Raum. Zum Hessischen Ried gehören insgesamt 17 Städte mit 35 Stadtteilen.

Das Gebiet der neuen Interkommunalen Zusammenarbeit in Form einer Kommunalen Arbeitsgemeinschaft zur bedarfsgerechten und nachhaltigen Unterstützung der medizinischen Grundversorgung soll die folgenden Kommunen umfassen:

- Biblis (8.800 EW)
- Bürstadt (15.638 EW)
- Einhausen (6.107 EW)
- Groß-Rohrheim (3.777 EW)
- Lampertheim (31.298 EW)
- Lorsch (12.891 EW)

Gesamt: 78.511 EW



Quelle: Wikipedia Commons, Hagar66 sowie eigene Bearbeitung

2. Ziel

Wie zuvor dargelegt, hat sich die ambulante medizinische Versorgung in der Teilregion Ried in den letzten Jahren verschlechtert. Bereits kurz- bis mittelfristig, je nach der individuellen Versorgungssituation vor Ort, werden die Herausforderungen wachsen.

Die örtlichen Gegebenheiten sowie die daraus entstehenden Bedarfe sind in den einzelnen Kommunen durchaus unterschiedlich. Gemeinsam ist ihnen jedoch das Ziel, die Grundversorgung ihrer Bevölkerung zukunftssicher weiterzuentwickeln.

Die Kompetenz des Kreises mit der NOVO-Geschäftsstelle sowie die Erfahrungen und Projekte aus dem NOVO-Gebiet können hier einen wichtigen Beitrag leisten:

Der Kreis mit der Geschäftsstelle

- erarbeitet, entwickelt und koordiniert Konzepte und Projekte.
- plant und führt Sitzungen und Veranstaltungen durch.
- ist Ansprechpartner für verschiedene Zielgruppen wie z.B. Ärztinnen und Ärzte, Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, Lenkungsgruppe, Runder Tisch, Ministerien etc.
- kümmert sich um alle internen und externen Anfragen sowie die gesamte Kommunikation im Bereich des Netzwerks.
- pflegt das Netzwerk mit den Kontakten und baut diese stetig aus.
- gestaltet und betreut Druckerzeugnisse des Netzwerks.
- erstellt und hält den Internetauftritt aktuell.
- ...

3. Schwerpunkte

a) Integrierte Versorgungskonzepte

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung ist mit einer Zunahme von älteren Patientinnen und Patienten zu rechnen, die an chronischen Erkrankungen leiden und einen zunehmend multiplen Hilfebedarf haben. Mithilfe integrierter Versorgungskonzepte soll daher eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren erreicht werden. Kooperationspartner werden die Haus- und Fachärzte sowie die nicht ärztlichen Leistungserbringer wie bspw. Rehabilitationseinrichtungen, Arztnetze, Pflegeeinrichtungen, Physiotherapeuten, Apotheken und Sanitätshäuser sein. Die enge Kooperation wird die Qualität der Patientenversorgung erhöhen und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung verbessern.

b) Bedarfsgerechte Unterstützung und Weiterentwicklung der haus- und fachärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der überregionalen Patientenströme

Die mögliche Verdichtung der medizinischen Kompetenzen soll zu einer Bündelung der Patientenströme der beteiligten Kommunen führen. Es soll eine enge und fachliche Zusammenarbeit im Rahmen von NORIE erfolgen.

c) Diskussion alternativer Gesellschaftsformen ärztlicher Versorgung

Mit den letzten Gesundheitsreformen hat der Gesetzgeber neue Gestaltungsmöglichkeiten der ambulanten ärztlichen Tätigkeit geschaffen. Die neuen Arten der Krankenversorgung können die Qualität der Behandlung verbessern und Kosten verringern wie zum Beispiel:

- Ärzte- bzw. Praxisnetze sind regionale oder lokale Verbünde von Arztpraxen zur besseren und geregelteren Zusammenarbeit in der Patientenversorgung.
- Gemeinschaftspraxen, Ärztehäuser oder Medizinische Versorgungszentren. Letztere sind Einrichtungen, in denen Vertragsärzte und/oder angestellte Ärzte tätig werden können. Neben der Steigerung der Attraktivität für Nachwuchsmediziner sollen MVZ eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand ermöglichen.

Siehe auch unter k)

d) Telemedizin und E-Health

Durch die Etablierung einer telemedizinischen Patientenversorgung können die Leistungen der Gesundheitsversorgung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei ärztlichen Entscheidungsberatungen über räumliche und/oder zeitliche Distanz hinweg erbracht werden. Dies ermöglicht eine enge Anbindung der Bewohnerinnen und Bewohner insbesondere in ländlichen Regionen an die medizinische Versorgung und stellt die Basis für vernetzte und moderne Gesundheitsversorgungsstrukturen dar.

e) Qualifizierungsmöglichkeiten von nicht-ärztlichem Personal zur Ausübung arztentlastender Tätigkeiten

In Zusammenarbeit mit den Fachärzten soll ein Schulungsprogramm für nicht-ärztliches Personal eingeführt werden. Als Leitgedanke wird die Qualifizierungsoffensive VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) herangezogen: Medizinische Fachangestellte werden durch die Weiterbildung befähigt, den Hausarzt inner- und außerhalb der Praxis bei delegationsfähigen Tätigkeiten zu unterstützen und zu entlasten. So wird ermöglicht, dass Routineaufgaben wie z.B. Medikationsüberprüfung, Wundversorgung, Schmerztherapie und die Überwachung von Vitalfunktionen vor Ort beim Patienten erfolgen können. Auch wird geprüft, ob und inwieweit elektronische Kommunikation die Zusammenarbeit von Hausärzten und nicht-ärztlichem Personal verbessert werden kann.

f) Patientensteuerung in der Notfallversorgung

Das veränderte Selbstverständnis, die aus Patientensicht teilweise unklaren Zuständigkeiten sowie die Schwierigkeit, gesundheitliche Probleme richtig einzuschätzen, haben steigende Patientenzahlen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und im Rettungsdienst zur Folge. Für eine bessere Patientensteuerung sollen die Aufgaben und Zuständigkeiten der beteiligten Akteure wie z.B. niedergelassene Ärzte, Notdienstpraxen, Notfallambulanzen der Krankenhäuser, Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst klar formuliert und an die Bürger kommuniziert werden. Parallel gilt es die Angebote im niedergelassenen Bereich für besondere Patientengruppen auszubauen und die Patientenkompetenzen zu stärken.

Die Evaluierung des Modellprojekts in Frankfurt-Höchst ist abzuwarten: Dort sollte über eine gemeinsame Anmeldung die Versorgung ambulanter und stationärer Notfallpatienten schneller und passgenauer gesteuert werden.

g) Entlassmanagement

An der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung kommt es immer wieder zu Versorgungslücken. Durch ein funktionierendes Entlassmanagement kann dies verhindert werden. Hierfür soll die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den weiterbehandelnden Leistungserbringern, wie z.B. den Hausärzten und Pflegediensten, gestärkt werden. Gerade im Hinblick auf die gesetzliche Pflicht der Krankenhäuser zur Aufstellung eines Entlassplans und der Möglichkeit, Aufgaben an Hausärzte abzugeben, muss der Aufbau eines kooperativen Versorgungsnetzes Ziel der Bestrebungen sein.

In 2019 soll dieses Thema kreisübergreifend gemeinsam mit dem Odenwaldkreis auf alle Kliniken und Häuser der stationären Patientenversorgung ausgedehnt werden.

h) Zusammenarbeit mit den Metropolregionen Frankfurt/Rhein-Main und Rhein-Neckar

Der Kreis Bergstraße ist Mitglied der beiden Metropolregionen Rhein-Main und Rhein-Neckar. Aufgrund der grenznahen Lage zu Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Bayern ist es geboten, einige der hier formulierten Themen in Kooperation mit den zuständigen Vertretern der Metropolregionen abzustimmen sowie bei Bedarf gemeinsam umzusetzen.

i) Nachwuchsrekrutierung von ärztlichem Personal, z.B. Landpartie 2.0, Weiterbildungsverbund sowie Akademische Lehrpraxen

Das medizinische Personal genießt nach wie vor einen hohen Stellenwert in der Bevölkerung. Insbesondere die Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt ist mit einer besonderen Wertschätzung durch die Patienten verbunden. Dies wird in den öffentlichen Diskussionen meistens nicht berücksichtigt.

Voraussetzung jeglicher Werbung und Motivation für ein „Produkt“ ist ein positiver Ansatz der Werbeaussage und Werbekampagne. Dazu zählt auch, dass die Werbenden ein positives Bild vermitteln und nicht durch Betonung der Schwierigkeiten jegliche positive Besetzung unmöglich machen. Die positiven Seiten des Hausarztberufes sollten auf allen Ebenen im Rahmen von konzertierten Aktionen besser herausgestellt werden. Beispiele sind die im Kreis Bergstraße bereits bestehenden Maßnahmen und Projekte wie z.B. die Teilnahme an der Landpartie 2.0, eine neue Kooperation mit dem Universitätsklinikum Heidelberg und den Weiterbildungsverbund:

▪ Partner der Landpartie 2.0

Das innovative Lehrprojekt soll es interessierten Medizin-Studierenden ermöglichen, ab dem klinischen Studienabschnitt mehr praktische Erfahrungen in ländlich gelegenen Hausarztpraxen des Kreises Bergstraße zu sammeln. Hierzu werden bestehende curriculare Lehrveranstaltungen der Goethe-Universität Frankfurt sinnvoll miteinander verzahnt, sodass genügend Freiräume für das mehrsemestriges Lehrveranstaltungsprogramm geschaffen werden und für die Teilnehmer/Innen kein zeitlicher Mehraufwand entsteht. Mit der Teilnahme an diesem Projekt wird das Ziel verfolgt, junge Menschen bereits während des Medizinstudiums für den Beruf des Hausarztes zu begeistern und sie als Nachwuchskräfte für die Region zu gewinnen.

Aktuell nehmen 7 Praxen aus dem ländlichen Raum des Kreises teil, sowohl das NOVO-Gebiet als auch Kommunen der neuen NORIE-IKZ sind vertreten. Weitere Praxen möchten sich einbringen.

- Neue Kooperation mit dem Universitätsklinikum Heidelberg

In 2018 und 2019 übernimmt der Kreis die Fahrt- und Übernachtungskosten von Studierenden, die ihr Blockpraktikum Allgemeinmedizin in Akademischen Lehrpraxen im Kreis absolvieren. Eine Weiterführung ist geplant.

- Gründung und Erweiterung des Weiterbildungsverbundes

Die Verbundweiterbildung bietet einem Arzt in Weiterbildung neben einem verlässlichen Partner und Ansprechpartner auch eine Kontinuität in der Weiterbildung, attraktive Rahmenbedingungen und eine Planbarkeit der Lern- und Lebensphase während der gesamten Weiterbildung.

Um die Attraktivität des Kreises Bergstraße für Medizin-Studierende zu erhöhen, wurde ein Weiterbildungsverbund gegründet, dem aktuell das Kreiskrankenhaus Bergstraße, das Heilig Geist Hospital Bensheim, die Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, die Eleonorenklinik Lindenfels und 25 Haus- und Facharztpraxen angehören.

Dadurch kann die gesamte Zeit als Weiterbildungsassistent/-assistentin in Krankenhaus und Praxis lückenlos und ohne weitere Bewerbung oder Umzug absolviert werden.

Dieser Weiterbildungsverbund soll als Instrument dienen, Praxisstandorte im ländlichen Raum des Kreises attraktiver zu machen und gleichzeitig die Chance bieten, dass Hausärzte, die einen Nachfolger suchen, in Zukunft auf entsprechende Bewerber zurückgreifen können.

Der Verbund wird stetig ausgebaut.

- Engagement als Akademische Lehrpraxis

Das Fach Allgemeinmedizin hat durch die am 01.10.2003 in Kraft getretene Approbationsordnung einen größeren Stellenwert in der medizinischen Ausbildung erhalten. Diese erweiterte Rolle macht es notwendig, die Qualität der Lehre entsprechend zu sichern und weiter zu entwickeln.

Eine wirksame allgemeinmedizinische Lehre findet in der vertragsärztlichen Allgemeinpraxis durch Lehrbeauftragte und Lehrärzte statt. In Deutschland gibt es rund 4.500 sog. „akademische Lehrpraxen“. In den allgemeinmedizinischen Lehrpraxen kann das verpflichtende Blockpraktikum Allgemeinmedizin, Famulaturen sowie ein viermonatiger Abschnitt des praktischen Jahrs absolviert werden.

In diesen ausgewählten hausärztlichen Praxen sollen Medizinstudierende einen praxisnahen Einblick in die Tätigkeit eines Hausarztes bekommen und ihren Kenntnisstand erweitern können. Dieses Engagement hält zum einen die Praxis auf neuestem wissenschaftlichen Stand. Auch die Gewinnung von angestellten Medizinerinnen sowie von potentiellem Nachwuchs zur Praxisnachfolge kann so gefördert werden.

Der Kreis bewirbt dieses Engagement aktiv bei den niedergelassenen Medizinerinnen.

j) Lokale Gesundheitskonferenzen

Lokale Gesundheitskonferenzen sind ein geeignetes Instrument für die Moderation, Koordination, Entwicklung und Umsetzung von Handlungsempfehlungen und damit unverzichtbar für die Entwicklung von sektorenübergreifenden Kooperationen im Bereich Gesundheit und Pflege. Die Gesundheitskonferenzen sollen als Kommunikations- und Informationsplattformen fungieren und die beteiligten Akteure sektorenübergreifend bzw. fachspezifisch zusammenbringen.

Künftig soll die Gesundheitskonferenz auch als Instrument zur Umsetzung der kommunalen Gesundheitsstrategien dienen.

Auch der Austausch mit den neuen Gesundheitskonferenzen (ehem. Krankenhauskonferenzen) wird gem. den neuen gesetzlichen Regelungen gewährleistet.

k) Schaffung von attraktiven Arbeitsbedingungen für junge Ärztinnen und Ärzte

Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit bietet den Patienten eine verbesserte gesundheitliche Versorgung und jungen Ärztinnen und Ärzten attraktive Arbeitsbedingungen. Die allgemeinmedizinische Versorgung soll flexibler ausgerichtet werden, verschiedene Arbeitsformen und Arbeitszeitmodelle sind notwendig, um jungen Medizinern auch die Verwirklichung anderer Lebensbereiche wie Familie und Freizeit zu ermöglichen. Angesichts des zunehmenden Anteils weiblicher Allgemeinmedizinerinnen soll die Familienkompatibilität hierbei ein Kernthema darstellen.

Vor dem Hintergrund des hessischen Koalitionsvertrages sowie des „Hessischen Gesundheitspaktes 3.0“ werden auch im Kreis Bergstraße verstärkt neue Organisationsformen wie Ärztehäuser, Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zur Attraktivierung des Berufsstandes „Hausärztin/Hausarzt“ die Versorgungswirklichkeit bestimmen.

l) Nutzung der webbasierten Informationsplattform für junge Ärztinnen und Ärzte

Zur Stärkung der Attraktivität des Kreises Bergstraße für Medizin-Studierende und junge Mediziner soll die Transparenz der bestehenden Förderungsmöglichkeiten verbessert werden. Hierfür wurde eine webbasierte Informationsplattform eingerichtet, die eine Orientierung innerhalb der Unterstützungsangebote mit den beteiligten Akteuren, Veranstaltungen und Schwerpunkten erleichtert.

Ziel ist es, dass junge Ärztinnen und Ärzte auf die Besonderheiten der Region, wie bspw. die Teilnahme am Projekt „Landpartie 2.0“ oder den Weiterbildungsverbund aber auch die Förderungen von Allgemeinmedizinern durch die Nachwuchskampagne der Kassenärztliche Vereinigung und den Hessischen Gesundheitspakt 2.0 des Landes aufmerksam werden. Diese Plattform wird stetig aktualisiert und ausgebaut.

4. Struktur

Die neue Kommunale Arbeitsgemeinschaft soll in Anlehnung an NOVO den Namen **NORIE** erhalten:

N etzwerk
O rtsnahe Versorgung
RIE d

Struktur und Organisation mit einer vom Kreis getragenen Geschäftsstelle sollen beibehalten werden.

Die Geschäftsstelle soll durch zwei Personen besetzt werden:

- a) Leitung der Geschäftsstelle als Koordinations- und Planungsebene
- b) Sachbearbeitung als Arbeitsebene