



# Bezirksregierung Arnberg

## Geschäftsstelle des Regionalrates

E-Mail-Adresse: geschaeftsstelle.regionalrat@bezreg-arnsberg.nrw.de

Tel.: 02931/82-2341, 2324 oder 2306 Fax.: 02931/82-46177

Regionalratssitzung am:	09.12.2010	Vorlage:	30/05/10
Vorberatung in:	PK..... <input type="checkbox"/>	SK..... <input checked="" type="checkbox"/>	VK..... <input type="checkbox"/>
TOP 5:	Medizinische Versorgung des ländlichen Raumes – Information		
Berichterstatter:	Abteilungsdirektor Milk		
Bearbeiterin:	Regierungsbeschäftigte Dr. Rentelmann		

### Beschluss

Der Regionalrat beschließt einstimmig:

Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

Grundsätzlich erfolgt die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung im ländlichen wie im urbanen Bereich entweder ambulant durch die niedergelassenen Ärzte oder stationär durch die Krankenhäuser. Weitere Beteiligte an der medizinischen Versorgung sind ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen und Apotheken. Kostenträger der jeweiligen Maßnahmen sind die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen. Weitere Akteure sind die Ärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Pharmakonzerne und der weitere große Bereich der Gesundheitswirtschaft. Unser Gesundheitssystem ist komplex und wird von ganz unterschiedlichen Richtungen her beeinflusst.

Um die medizinische Versorgung in Deutschland zu verstehen, ist es nötig, die verschiedenen Partner in unserem Gesundheitssystem zu betrachten.

### **Ärztliche Ausbildung**

In den vergangenen 10 Jahren hat sich im Rahmen des Medizinstudiums eine Entwicklung eingestellt, dass deutlich weniger Studenten das Studium erfolgreich abschließen. Ca. 40 % der Studierenden brechen ihr Studium vorzeitig ab. Von den verbleibenden Studenten entschließen sich ca. 50 % in die Wirtschaft oder Forschung zu gehen. Somit ist die Zahl der tatsächlich ärztlich tätigen Studienabgänger stetig gesunken.

Nach dem erfolgreichen Studium der Humanmedizin wird auf Antrag des Arztes von der Bezirksregierung die Approbation erteilt. Danach erfolgt in der Regel an einem Krankenhaus mit Weiterbildungsermächtigung die Aus- und Weiterbildung zum Facharzt. Ohne eine Facharztqualifikation ist in Deutschland nicht einmal eine Praxisvertretung möglich. De facto bedeutet dies: Man hat zwar ein abgeschlossenes Studium, aber immer noch keinen Beruf, in dem man sich selbstständig machen könnte.

Nach einer Facharztweiterbildung (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, etc.) besteht die Möglichkeit der Niederlassung oder der weiteren Beschäftigung im klinischen Bereich. Dies ist der Zeitpunkt, an dem sich Ärzte für eine Tätigkeit im Ausland, in der Wissenschaft oder der Wirtschaft interessieren.

Unverändert ist die Ausbildung in Deutschland so gut, dass auch für Länder wie Dänemark, Norwegen und England vor allem in Deutschland ausgebildete Fachärzte von Interesse sind.

### **Krankenhäuser**

Nach Abschluss des Studiums erfolgt, wie bereits beschrieben, in der Regel die Weiterbildung zum Facharzt in einer Klinik.

Zu Zeiten, als die Zahl der Studienabgänger höher war und in Krankenhäusern eine Ärzteschwemme beobachtet wurde, wurden Weiterbildungsverträge geschlossen. Dies bedeutet,

dass der Vertrag in dem Moment beendet war, in dem der Arzt die Facharztprüfung abgelegt hatte.

Mit Verminderung der Arztdichte versuchten die Krankenhäuser, die von ihnen ausgebildeten Ärzte zu halten, indem zunehmend wieder unbefristete Verträge geschlossen wurden. Dies hatte zur Folge, dass Fachärzte über Jahre hinweg als Assistenzarzt eingesetzt wurden, ohne Aussicht auf eine Position als Oberarzt. Nachdem nun auch im klinischen Bereich ein Fachärztemangel herrscht und zum Teil die klinische Ausbildung neuer Ärzte durch Fachärzte gefährdet ist, kann ein Facharzt jederzeit eine Oberarztposition anstreben und übernehmen.

Die Arbeitsbelastung in den Kliniken ist gerade in Zeiten des Personalmangels sehr unterschiedlich. Kleinere Häuser der Regelversorgung fordern deutlich mehr Nacht- und Wochenenddienste als große Kliniken. Gerade die kleinen Häuser in ländlichen Regionen weisen oft nicht besetzbare Arztstellen auf. Eine Lösung für diese Kliniken besteht darin, Ärzte aus der Europäischen Union anzuwerben.

Auch so genannte Honorarärzte werden beschäftigt. Dies sind Ärzte, welche freiberuflich Honorarverträge mit den Krankenhäusern schließen. Sie werden über begrenzte Zeiträume beschäftigt und höher bezahlt als der reguläre Assistenzarzt oder Oberarzt.

### **Niederlassung**

Die Niederlassung ist entweder als Vertragsarzt der Kassenärztlichen Vereinigung (KV Arzt) oder im Rahmen einer privatärztlichen Praxis möglich. Grundlage dieser beiden Möglichkeiten sind die zwei Versicherungsformen in Deutschland.

Als Vertragsarzt der Kassenärztlichen Vereinigung kann der Arzt einen KV Sitz beantragen. In den Ballungsgebieten gibt es Wartelisten für die Niederlassung. Eine freie Niederlassung ist in der Regel nicht möglich. Eine Ausnahme stellen unterversorgte Gebiete dar. Dies trifft in der Regel für die ländlichen Gebiete zu, aber es ist auch ein Nord-Süd- und West-Ostgefälle zu beobachten.

Die KV hat Versorgungsgebiete eingeteilt. Diese Gebietseinteilung ist häufig in Anlehnung an kommunale Strukturen erfolgt. Maß für die erforderliche Arztdichte pro Gebiet ist die Einwohnerzahl. Die Berechnung lautet daher: Einwohner pro Arzt (s. **Anlage 2**).

Auch der Kauf einer Praxis mit KV Sitz muss von der KV genehmigt werden; gibt es Konkurrenz Bewerber, entscheidet ggf. die KV, wer den Sitz erhält. Eine Verlegung der Praxis – auch innerhalb des Versorgungsgebietes – ist nur mit Zustimmung der KV möglich.

Als KV Arzt erhält man eine bestimmte Scheinzahl (1 Schein = 1 Kassenpatient), welche pro Quartal abgerechnet werden darf. Über Fallpauschalen und Punktwerte erfolgt die Honorierung.

rung. Alle Kosten der Unterhaltung der Praxis (Personal, Miete, Geräte, etc.) sind von dem Praxisinhaber zu tragen. Diese Kosten fallen für einen Arzt im Krankenhaus nicht an. Ein Vergleich des Einkommens in der Niederlassung mit einem Einkommen in der Klinik ist daher nicht sinnvoll. – Vor einigen Jahren wollte die KV ein so genanntes Mindesteinkommen für KV Ärzte garantieren. Dieses sollte einem Oberarzteinkommen entsprechen. Durch fallende Punktwerte und die Fallpauschalen konnte dies nicht realisiert werden. – Weiterhin spielen drohende Regresse eine wichtige Rolle. Ein Regress in Höhe von 200.000,- € bringt eine Praxis sehr schnell in die Insolvenz.

Ein Arzt in einer privatärztlichen Praxis darf kostenpflichtig nur Privatpatienten behandeln. Patienten, welche gesetzlich versichert sind, können diese Ärzte zwar auch konsultieren, erhalten die Kosten jedoch von ihrer Krankenkasse nicht erstattet. Diese Form der Niederlassung entspricht tatsächlich einer Selbstständigkeit.

Mit der Übernahme der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sind auch die Zeiten außerhalb der Praxisöffnungszeiten abzudecken. Daher ist ein niedergelassener Arzt verpflichtet, an den kassenärztlichen Notdiensten teilzunehmen. Dies gilt nach der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe für alle niedergelassenen, auch für die privatärztlich tätigen Ärzte.

Die Dienstzeiten lauten wie folgt:

- samstags, 8.00 Uhr, bis montags, 7.00 Uhr
- mittwochs, 13.00 Uhr, bis donnerstags, 7.00 Uhr
- gesetzliche Feiertage von 20.00 Uhr des Vorabends bis 7.00 Uhr des darauf folgenden Werktages
- am 24.12. und 31.12. jeweils ab 8.00 Uhr, sofern es sich bei diesen Tagen um Werk-tage handelt.

Durch die abnehmende Zahl an niedergelassenen Ärzten und den steigenden Altersdurchschnitt gerade in ländlichen Gebieten war eine Neustrukturierung der kassenärztlichen Notdienste unumgänglich. Die Versorgungsgebiete für die kassenärztlichen Notdienste wurden vergrößert, und es wurden an Kliniken häufig Notpraxen eingerichtet. Diese Notpraxen sind außerhalb der regulären Öffnungszeiten mit Hausärzten besetzt, sodass ein Patient mit einer akuten Erkrankung (z. B. Grippe) jederzeit einen Arzt aufsuchen kann. Für notwendige Hausbesuche steht ein weiterer Arzt zur Verfügung. Einige Notpraxen haben auch einen Shuttle-service eingerichtet und holen Patienten zuhause ab.

Diese Dienste sind unabhängig von der notärztlichen Versorgung. Die Bereitstellung von Notärzten ist eine kommunale Aufgabe.

## Auslandstätigkeit

Um als deutscher Arzt im Ausland tätig zu werden, muss man ein „certificate of good standing“ bei der Bezirksregierung beantragen und im Zielland den Behörden vorlegen.

Im Regierungsbezirk Arnsberg wurden im Jahr 2010 bisher 25 Zertifikate ausgestellt. Ob diese Ärzte an den Wochenenden im Ausland tätig oder komplett ausgewandert sind, lässt sich nicht nachvollziehen.

## Statistik

Die Bundesärztekammer veröffentlichte mit dem Bundesgesundheitsministerium die den **Anlagen 1-4** zu entnehmenden statistischen Auswertungen.

Seit 1993 kam es in der Bundesrepublik Deutschland zu einem Anstieg der Ärztezahl von 259.981 auf 319.697 im Jahr 2008; zeitgleich nahm die Zahl der Einwohner pro Arzt ab (von 313 auf 257). Der Anteil der weiblichen Ärzte stieg von 34,7 % auf 41,5 % an (s. **Anlage 1**). Auch in NRW stieg die Zahl der berufstätigen Ärzte von 67.592 im Jahr 2007 auf 68.639 im Jahr 2008 und die Anzahl der Einwohner je Arzt blieb nahezu konstant bei 266 bzw. 262 (s. **Anlage 2**). In NRW arbeiten 21,5 % aller in Deutschland tätigen Ärzte (s. **Anlagen 1 und 2**, Stand 31.12.2008).

Auch die Zahl der von der KV zugelassenen bzw. ermächtigten Ärzte stieg bundesweit von 115.469 im Jahr 1993 auf 134.172 im Jahr 2007 an. Demgegenüber nahm die Einwohnerzahl je Arzt auch hier ab (von 704 auf 613, s. **Anlage 3**).

Nach Angaben der Landesärztekammern wanderten im Jahr 2008 **3.065** Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland aus. Dem gegenüber steht die Zahl der zuwandernden Ärzte.

Die Zahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärzte stieg von 16.080 im Jahr 2006 auf 18.105 im Jahr 2008 an. Knapp 20 % dieser Ärzte arbeiten im niedergelassenen Bereich. Zahlen aus 2009 liegen noch nicht vor.

Zum Ende des Jahres 2007 lag die Zahl der in NRW zugelassenen Vertragsärzte bei 25.016. Davon waren 11.989 Ärzte hausärztlich tätig (KV Nordrhein 6.629 und KV Westfalen-Lippe 5.360 Ärzte). Demgegenüber standen 13.027 Fachärzte (KV Nordrhein 7.605 und KV Westfalen Lippe 5.422 Ärzte, s. **Anlage 4**).

## Hausärzte-Förderrichtlinie

Am 09. Dezember 2009 sind die Richtlinien des seinerzeitigen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) zur Förderung der Allgemeinmedizin in Gemeinden, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann (Hausärzte-Förderrichtlinie), in Kraft getreten. Sie sind zunächst bis zum 31. Dezember 2010 befristet. Nach den Richtlinien können Ärztinnen und Ärzte, die in einer Förderregion eine vertragsärztliche Tätigkeit als Hausärztin

oder Hausarzt aufnehmen, eine finanzielle Förderung erhalten. Die Höhe der Förderung beträgt:

**bis zu 50.000 Euro** bei Niederlassung in einer Gemeinde, in der die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht,

**bis zu 25.000 Euro** bei Niederlassung in einer Gemeinde, in der die hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet erscheint,

**bis zu 10.000 Euro** bei Gründung oder Übernahme einer Zweigpraxis in einer Gemeinde, in der die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht.

Daneben können Hausarztpraxen in einer förderungsfähigen Gemeinde, die eine Weiterbildungsassistentin oder einen Weiterbildungsassistenten beschäftigen, eine finanzielle Förderung von **bis zu 775 Euro monatlich** erhalten. Der maximale Förderzeitraum bei einer Vollzeitätigkeit beträgt 24 Monate. Mit der Antragstellung verpflichtet sich die Hausarztpraxis, die Förderung an die jeweiligen Jungmediziner weiterzugeben.

Es gibt im Regierungsbezirk Arnsberg mit Stand vom 15. Oktober 2010 **14** Gemeinden, in denen eine Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht und **10** Gemeinden, in denen die hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet erscheint. Die Liste der förderungsfähigen Gemeinden wird regelmäßig auf Grund erfolgter Bewilligungen aktualisiert (s. **Anlagen 5 und 6**).

Die Anträge sind an das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) zu stellen und werden von dort aus auch bewilligt. Die verwaltungsmäßige Abwicklung und die Entscheidungsbefugnis über Unwirksamkeit, Rücknahme, Widerruf des Zuwendungsbescheids, Rückforderung der Zuwendung und Verzinsung (§§ 48, 49, 49a Verwaltungsverfahrensgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen VwVfG NRW) wird von den Bezirksregierungen wahrgenommen.

Nach derzeitigem Kenntnisstand wurden 35 Anträge aus dem Bereich NRW positiv beschieden.

### **Krankenhäuser – Krankenhausförderung, Krankenhausrahmenplan**

Der Grundsatz des Krankenhauswesens ist die Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerecht gestuften wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser. Zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser werden die in den Krankenhausplan des Landes NRW aufgenommenen Krankenhäuser gefördert. Für Bauvorhaben und zur Wiederbeschaffung von Anlagegütern wird **jedes** Krankenhaus pauschal gefördert. Des Weiteren besteht in besonderen Fällen die Möglichkeit der Gewährung eines sogenannten

„Besonderen Betrages“. Die Umsetzung des Koalitionsvertrages, welcher einen Sonderfonds für Krankenhäuser avisiert, bleibt abzuwarten.

Die Planung der Krankenhäuser orientiert sich an den Rahmenvorgaben des Landes. Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Bestimmungen für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität. Zur Zeit gelten die Rahmenvorgaben aus dem Jahr 2001. Die Veröffentlichung der neuen Vorgaben des Krankenhausrahmenplans des Landes Nordrhein-Westfalen soll im Frühjahr 2011 durch das MGEPA erfolgen.

Auf Basis dieser Rahmenvorgaben werden die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe in den fünf Versorgungsgebieten, die zum Regierungsbezirk Arnsberg gehören, Verhandlungen über regionale Planungskonzepte führen.

Positiv wie negativ abgeschlossene regionale Planungskonzepte werden von der Bezirksregierung vorgeprüft und dem MGEPA zur abschließenden Entscheidung vorgelegt. Gleichzeitig wird das regionale Planungskonzept über die unteren Gesundheitsbehörden den kommunalen Gesundheitskonferenzen vorgelegt, um ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das MGEPA prüft eigenständig und hört die betroffenen Krankenhäuser und die Beteiligten an. Die Entscheidung des Ministeriums wird der Bezirksregierung per Erlass mitgeteilt und in einem Feststellungsbescheid an den Krankenhausträger umgesetzt.

Der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser hat im Verlauf der letzten Jahre deutlich zugenommen. Frei werdende Arztstellen in Kliniken sind heute nicht mehr leicht zu besetzen, und oft erfolgt der Rückgriff auf ausländische Ärzte. Ob die Kliniken auf Dauer ihrem Ausbildungsauftrag nachkommen können, hängt wesentlich davon ab, ob es gelingt, auch wieder vermehrt Fachärzte an die Kliniken zu binden. Ein neuer Ansatz dafür ist die Bildung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) unter Leitung der Klinik.

Wesentliche Schwerpunkte für die medizinische Versorgung in ländlichen Bereichen sind die Krankenhäuser und die Ärzte. Daher wurden die weiteren Beteiligten, wie stationäre und ambulante Pflege, Apotheken und Pharmakonzerne, nicht weiter erörtert.

gez. Dr. Gerd Bollermann