

# **Vortrag Bitzen Gemeinde und Städtetag**

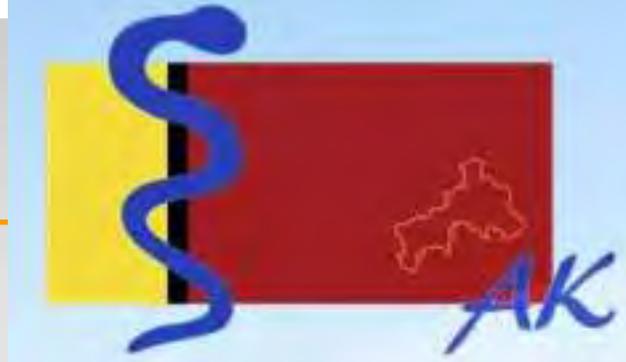
# Dr. Klaus Kohlhas, FA für Innere und Allgemeinmedizin Gebhardshain



**POLITIK**

# Agenda

---



## Aus- und Einblicke in die Ärzteversorgung im ländlichen Raum **LANDKREIS ALTENKIRCHEN**

## **Bundesweite Versorgungslandschaft**

# **Demographie oder Die Macht der Zahlen**

- Zahl der Menschen weltweit, die fließend die indigene Sprache AYAPANECO sprechen
- 2 !

**Demographie oder  
Die Macht der Zahlen**

- Zahl der Menschen weltweit, die fließend die indigene Sprache AYAPANECO sprechen,
- aber wegen eines Streites seit Jahrzehnten nicht mehr miteinander reden :

- 2 !

## The last two speakers of the language Ayapaneco won't speak to each other.

Manuel Segovia and Isidro Velazquez from the town of Ayapa in Mexico are the last known speakers of the indigenous language Ayapaneco. Lately, they've been frustrating anthropologists because they refuse to talk to each other. Because of their



# Hausarzt ist ein schöner Beruf!

---

Hausärztliche Arbeit ist **patientenorientiert** und **abwechslungsreich**.

Der Hausarzt steht für **Vertrauen** und **Verlässlichkeit in die Qualität** der ärztlichen Versorgung.

Statistisch gesehen **erreichen** derzeit noch rund 88 Prozent der Bundesbürger ihren Hausarzt in weniger als 15 Minuten (Quelle KBV) .



# Wo sind die Probleme ?

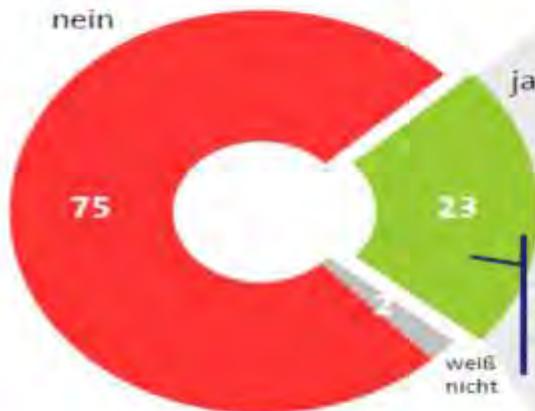
- Bundesweit stehen über 2000 Praxen leer

## Zukunft der Praxis:

fast jeder Vierte plant Praxisabgabe in nächsten fünf Jahren

ÄRZTEMONITOR

Konkrete Pläne, in den nächsten fünf Jahren die Praxis abzugeben



Dauer bis zur geplanten Praxisabgabe



In der Gruppe ab 60 Jahre 64%



### Frage:

- Haben Sie konkrete Pläne, in den nächsten fünf Jahren Ihre Praxis abzugeben?
- Und in wie viel Jahren planen Sie diese Praxisabgabe?

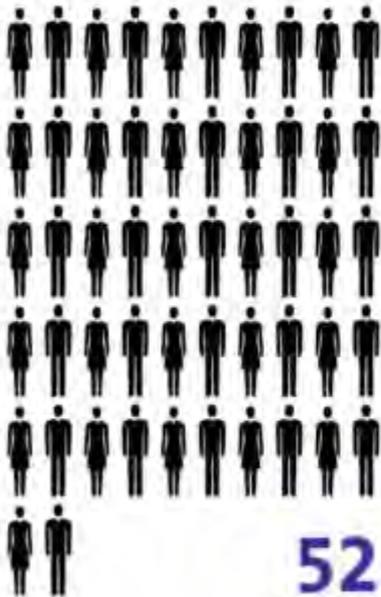
# Arbeitsbelastung und Patientenkontakte

**Behandelte Patienten pro Tag:**  
im Schnitt täglich über 50 Patienten bei Hausärzten

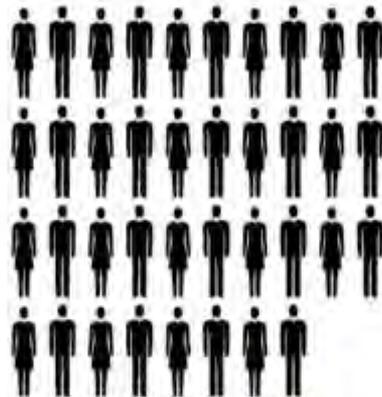


Ärzte

Hausärzte



Fachärzte



ARZTEMONITOR



Psychotherapeuten



Frage:

Wie viele Patienten behandeln Sie selbst am Tag durchschnittlich?

absolute Zahlen

infas

# Arbeitsbelastung und Patientenkontakte

**TABELLE 2**

## Arbeitsbelastung und Zahl der Patientenkontakte der Ärzte laut eigener Angabe

	D	AUS	CAN	NL	NZ	UK	USA
durchschnittliche Wochenarbeitszeit* <sup>1</sup> davon für:	50,6* <sup>2</sup>	39,9	44,9	48,1	41,5	45,1	45,9
persönlichen Kontakt* <sup>1</sup>	31,4	31,2	32,5	31,1	29,4	28,6	32,5
Tätigkeit für Patienten ohne Kontakt* <sup>1</sup> Forschung, Bildung, Lehre	6,0	4,1	5,8	6,0	6,5	7,8	6,8
Qualitätsverbesserung* <sup>1</sup>	5,4* <sup>2</sup>	2,0	2,6	3,1	2,3	3,3	2,4
Verwaltung, Dokumentation, Rechnungserstellung, Finanzen* <sup>1</sup>	6,8* <sup>2</sup>	1,5	2,0	4,8	1,9	3,4	2,3
Andere Praxistätigkeiten* <sup>1</sup>	1,2	1,1	2,1	2,9	1,5	2,0	2,0
Zahl der Patientenkontakte pro Woche	243* <sup>2</sup>	128	122	141	112	154	102
Durchschnittliche Zeit pro Patientenkontakt (min)	7,8	14,6	16,0	13,2	15,8	11,1	19,1

\*<sup>1</sup> Angaben in Stunden

\*<sup>2</sup> signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder ( $p < 0,05$ )  
D, Deutschland; AUS, Australien; CAN, Kanada; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; UK, Großbritannien



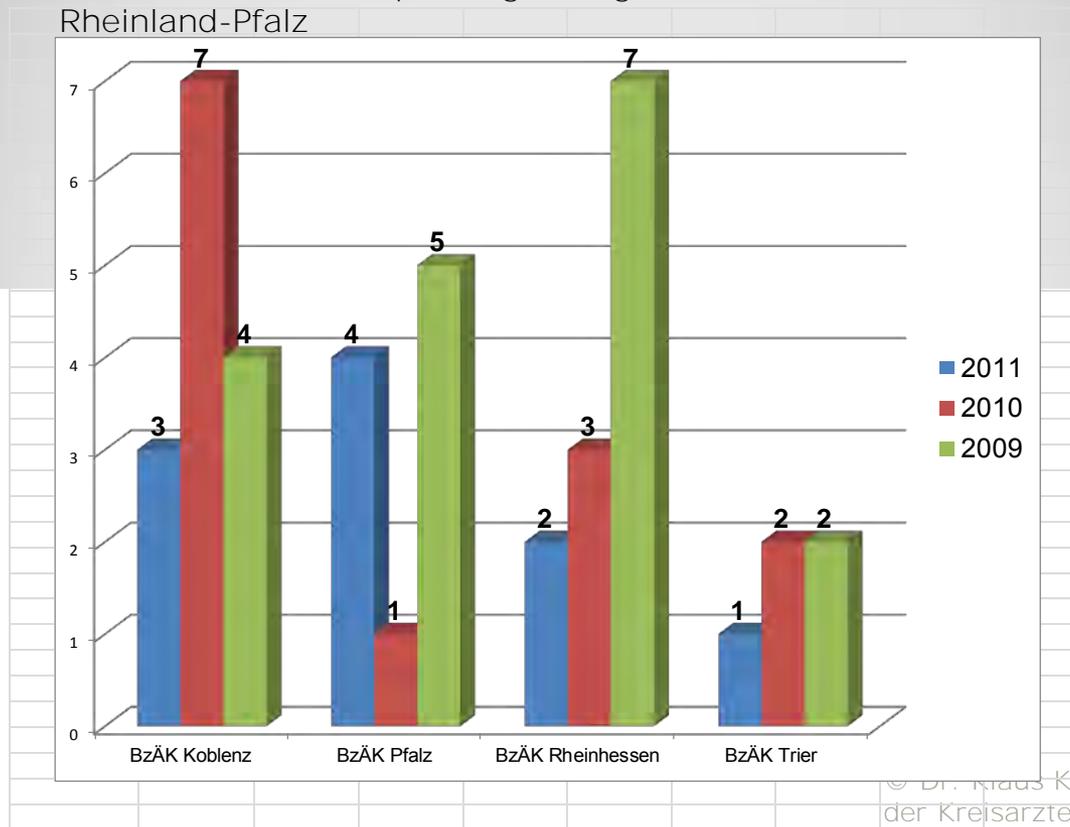
# Hausarzt ist ein schöner Beruf! Aber auch eine aussterbende Spezies?

**Bestandene  
Facharztprüfungen  
Allgemeinmedizin in  
Rheinland-Pfalz**

© Dr. Klaus Kohlhas, Obmann  
der Kreisärzteschaft  
Altenkirchen

# Hausarzt ist ein schöner Beruf! Aber auch eine aussterbende Spezies?

Bestandene Facharztprüfungen Allgemeinmedizin in  
Rheinland-Pfalz



2009=18  
2010=13  
2011=10

# Wo sind die Probleme?

- Arbeitsverdichtung
- Altersstruktur und Ausblick in RLP und Kreis AK
- Die Wünsche der Jungen
- Möglichkeiten der Problemlösung
- Fazit

# Arbeitsverdichtung

---

**Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten ist in den vergangenen Jahren gewachsen und wird auch weiter steigen (hochspezialisierte Einrichtung, Bedarf in Industrie, Forschung, Ausland, MDK... ).**

Weitere Gründe hierfür:

- der medizinische Fortschritt und **ökonomische Verdichtungsprozesse** (DRG Vergütungsstruktur im Krankenhaus )
- der demografische Wandel in der Bevölkerung,
- der erhöhte Anteil von Teilzeitstellen (Frauenquote)
- Hinzu kommen offizielle Arbeitszeitverkürzungen /EU Recht 2005
- Die Folgen der Arbeitszeitverkürzung wurde in **keiner Weise** durch Studienplatzzuwächse politisch geregelt

# Folgen :

- Mit Studenten aus Deutschland ließ sich diese Situation nicht auffangen
- Aquirrierung von Ärzten aus dem Ausland
- Problem der **Kommunikation**
- Einhaltung med. Standards
- **Krankenhäuser als „Einflugschneisen“** der Niederlassung fallen weg



# Altersstruktur im Kreis AK

Städte	bis 34 Jahre	35-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-65 Jahre	über 65 Jahre
Alsdorf	0	0	0	0	1	0
Altenkirchen	0	0	0	1	1	1
Betzdorf	0	0	2	7	0	0
Birken-Honigessen	0	0	0	0	1	0
Daaden	0	0	0	2	1	0
Elkenroth	0	0	0	1	2	0
Flammersfeld	0	0	0	2	0	0
Friesenhagen	0	0	0	1	1	0
Gebhardshain	0	0	1	2	0	0
Hamm	0	0	1	3	1	0
Herdorf	0	0	1	3	0	0
Horhausen	0	0	2	3	0	0
Katzwinkel	0	0	0	1	0	0
Kirchen	0	0	1	2	1	1
Mudersbach	1	0	1	1	0	1
Niederfischbach	0	1	1	2	0	1
Oberlahr	0	0	0	1	0	0
Rosenheim	0	0	0	1	0	0
Scheuerfeld	0	0	1	0	0	0
Weitefeld	0	0	0	1	0	0
Weyerbusch	0	0	0	1	0	0
Wissen	0	0	0	1	2	0
<b>Altenkirchen (Kreis)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>4</b>

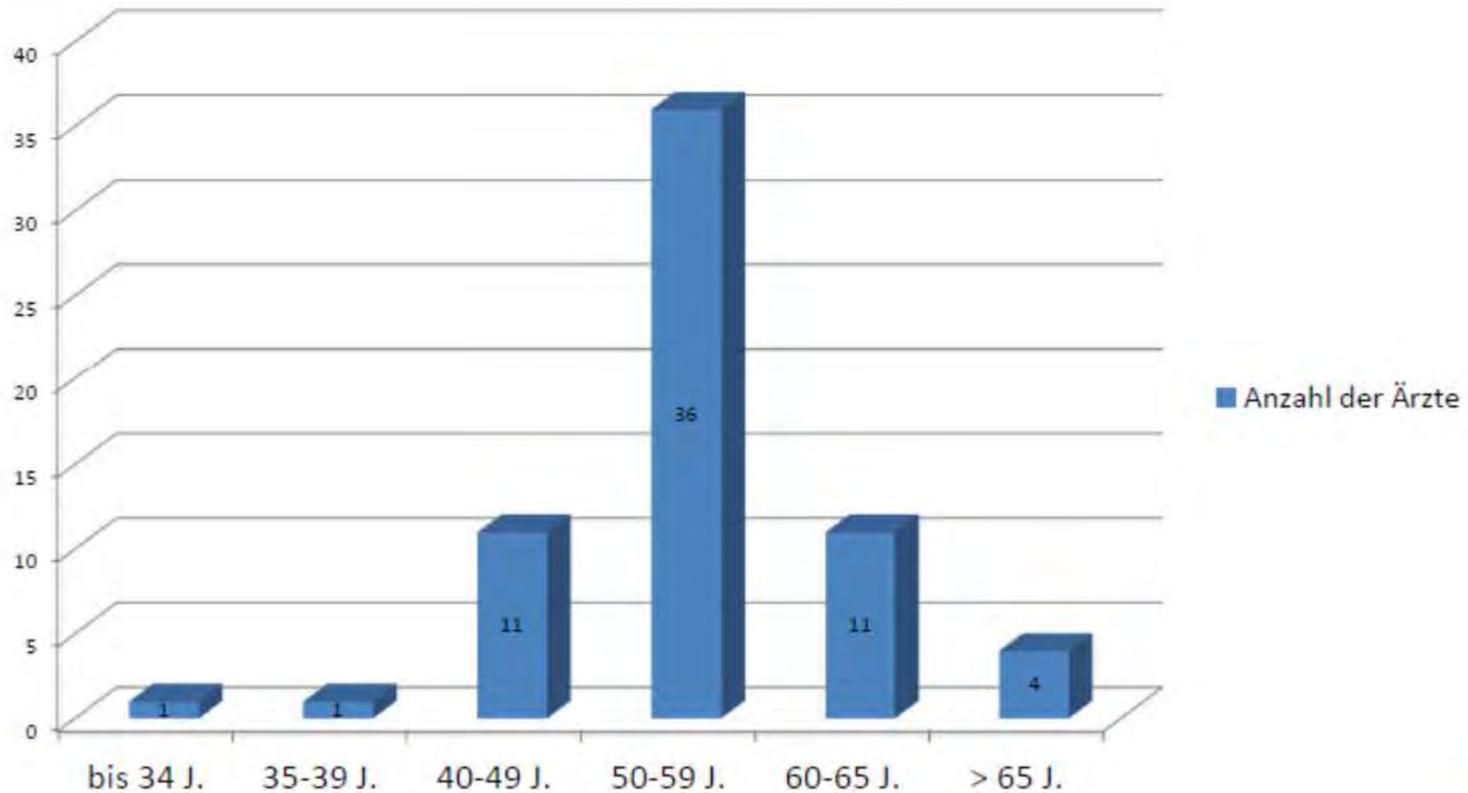
# Situation in Altenkirchen

Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

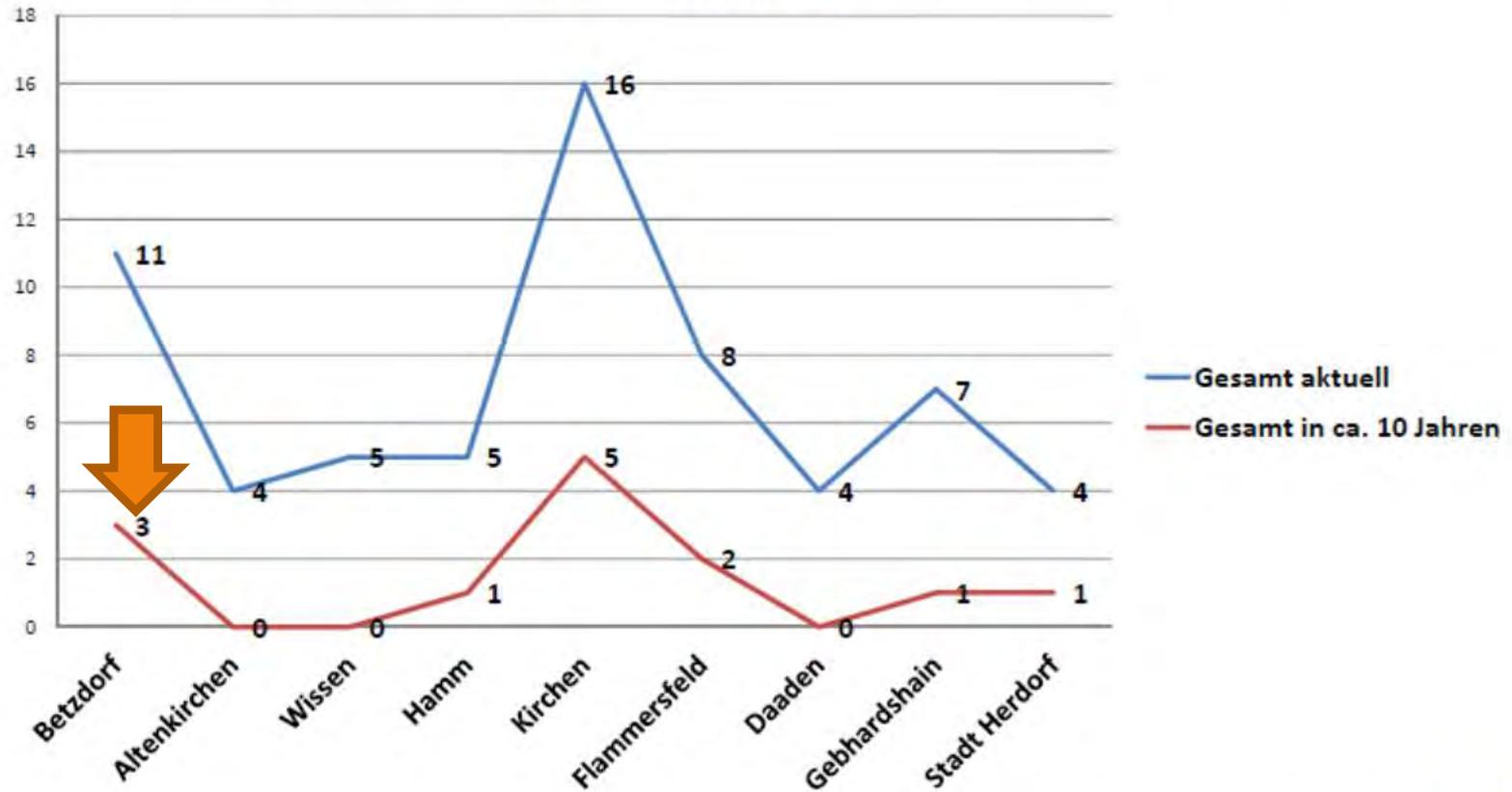
© Dr. Klaus Kohlhas, Obmann der  
Kreisärzteschaft Altenkirchen

### Altersstruktur der Allgemeinmediziner im Landkreis Altenkirchen

Quelle: Landesärztekammer RLP: Stand 2011

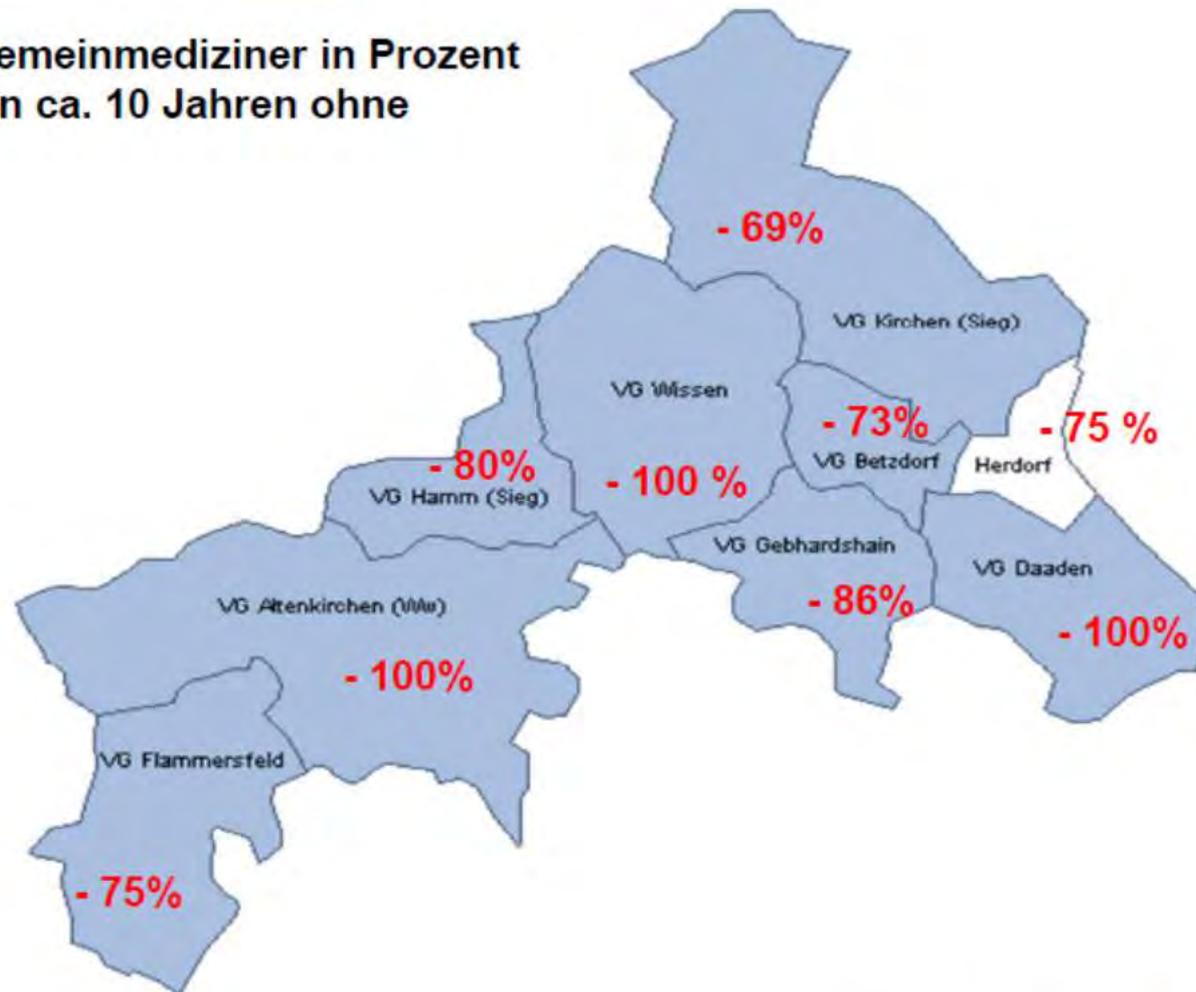


Annahme: Anzahl Allgemeinmediziner in ca. 10 Jahren im Falle ohne Nachfolge



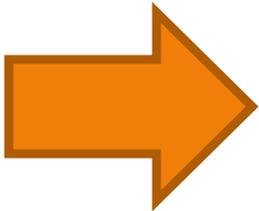


**Verlust an Allgemeinmediziner in Prozent  
in den nächsten ca. 10 Jahren ohne  
Nachfolge**



Fazit:

- es wird deutlich, dass in den nächsten 5 bis 10 Jahren ein Großteil der aktuell praktizierenden Hausärzte nicht mehr tätig sein wird
- Eine Ausbildung, bis dass ein Arzt sich niederlassen kann, dauert ca. 10 Jahre !



**Was sind die Ursachen  
des Ärztemangels ?**

# Kritik an Arbeitsbedingungen

---

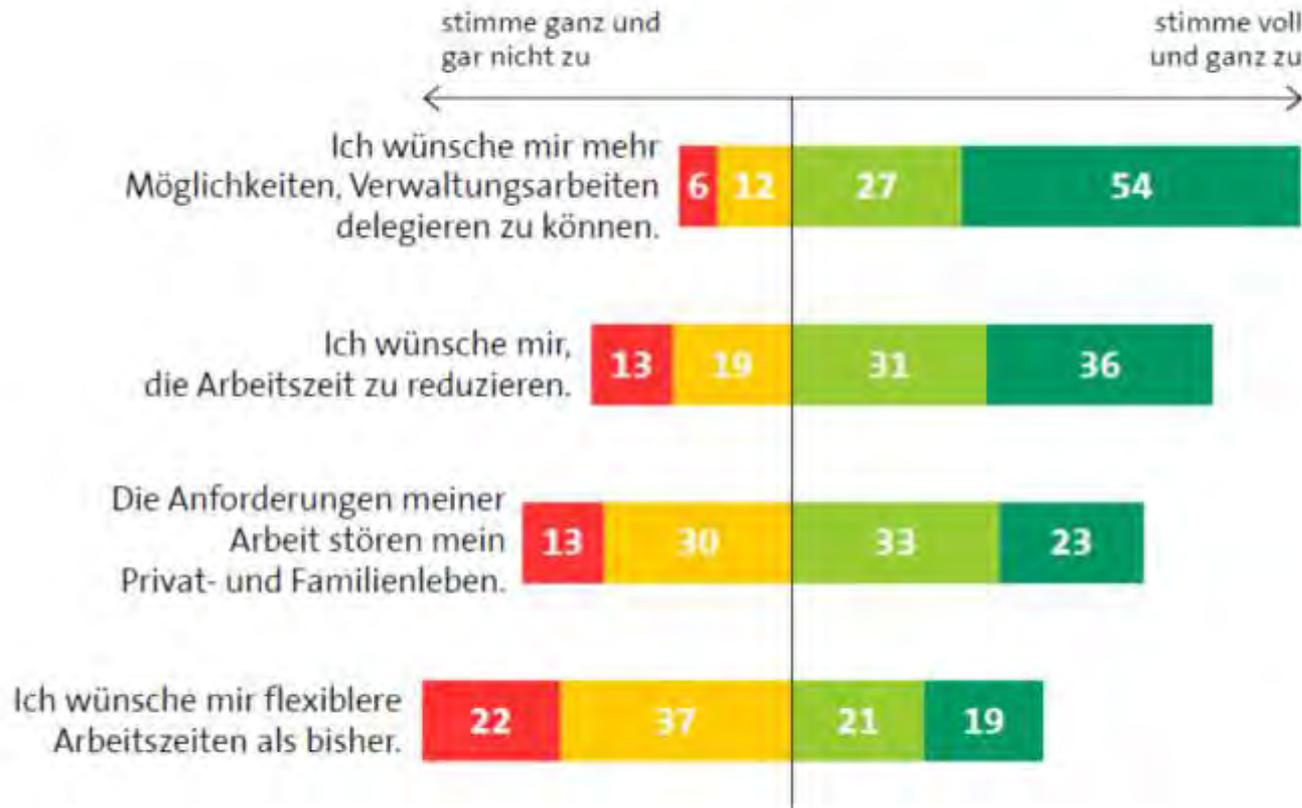
## Ärzte hängen die Patiententätigkeit an den Nagel

- wegen viel zu hoher Arbeitszeiten
- weil sie kaum Zeit fürs Privatleben haben
- weil sie den kollegialen Austausch vermissen
- weil sie zu wenig Zeit für Patienten haben
- wegen viel zu viel Bürokratie
- ...und wandern ab in Industrie, Forschung, Krankenkassen, MDK, Versicherungen

Nach dem Studium arbeiten 12 Prozent der Absolventen **nicht kurativ**. Junge Ärzte wandern teilweise ins Ausland ab; im Jahr 2010 waren insgesamt **17.000 Ärzte** im Ausland tätig (Quelle BÄK + KBV).

## Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf:

vier Fünftel wünschen mehr Delegation von Verwaltungsarbeiten



Ärzte

### Frage:

Jetzt lese ich Ihnen einige Aussagen zur Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben vor. Sagen Sie mir bitte wieder, ob Sie diesen voll und ganz, eher, eher nicht oder ganz und gar nicht zustimmen.

Angaben in Prozent; n=8.079;  
an 100% Fehlende: weiß nicht

# Genderspezifischer Ausblick

---

- Medizin wird **weiblich**
- Uni Mainz : Medizinstudentinnen machen mehr als 70% der Studierenden aus ; LÄK RLP Statistik 2011: 39,9 % der Berufstätigen sind Ärztinnen.
- Wichtig sind eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie (gute Kinderbetreuung- Kindergarten an Krankenhäuser sind Standortvorteil, Job des Partners, Teilzeitmöglichkeiten).

# Die Wünsche der Jungen

---

Die kommende Ärztegeneration weiß genau, was sie will (Umfrage Uni Trier/KBV).

Junge Ärztinnen und Ärzte wollen bei der Arbeit leben:

- mit geregelten Arbeitszeiten
- mit Zeit für Freizeit und Familie
- mit Teamarbeit und viel Austausch mit Kollegen.
- Work/life balance

# Die Wünsche der Jungen

---

Unsere Nachwuchsärzte gehören zur Y-Generation.

- Sie haben die Macht der Demographie.
- Sie sind jung, qualifiziert und selbstbewusst.
- Sie erwarten spannende Arbeit und gute Gehälter
- Und : Sie können sich Ihren Arbeitsplatz zwischen Flensburg und Mittenwald frei wählen-  
**warum dann Westerwald ?**



# **Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze**

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz  
– VÄndG –

Gesetzesbeschluss des Deutschen  
Bundestages vom 27.10.2006

**Gesetz zur Änderung des  
Vertragsarztrechts und anderer  
Gesetze**

**Keine juristische Expertise !**

Vertragsarztänderungsgesetz  
– VÄndG –

Gesetzesbeschluss des Deutschen  
Bundestages vom 27.10.2006

# VÄndG vom 27.10.2006



- I. Gegenstand und Ziel der Regelungen**
- II. Lockerung der Altersgrenzen**
- III. Teilzulassung**
- IV. Erleichterte Anstellung**
- V. Zweigpraxis**
- VI. Berufsausübungsgemeinschaft – Überblick**
- VII. Überörtliche Gemeinschaftspraxis**
- VIII. Teil-Gemeinschaftspraxis**
- IX. Leistungserbringergemeinschaft**
- X. Tätigkeit in Klinik und Praxis**
- XI. Medizinisches Versorgungszentrum**
- XII. Exkurs: Gesundheitsreform (GKV-WSG)**



## II. Lockerung der Altersgrenzen

- Vollständige Abschaffung der Altersgrenze 55 Jahre für die Zulassung
- Abschaffung der Altersgrenze 68 Jahre für die Beendigung vertragsärztlicher Tätigkeit bei festgestellter (drohender oder bestehender) Unterversorgung



# Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)

- **fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen** aus mindestens zwei unterschiedlichen Facharztbereichen an einem Ort (Vertragsarztsitzprinzip, überörtliche MVZ ausgeschlossen)
- Anstellungen von Ärzten ist möglich
- MVZ kann **gemeinsam** mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern betrieben werden: also Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken, Krankenhäusern, Pflegediensten, Rehabilitationseinrichtungen, Zahntechnikern, Hebammen Sanitätshäuser betrieben werden, Beteiligungen von nicht Leistungserbringern zum Zwecke der Kapitalbeschaffung wie z.B. Kapitalgesellschaften sind möglich
- Gründer eines MVZ: **nur Leistungserbringern** im Sinne des SGB V.

# MVZ

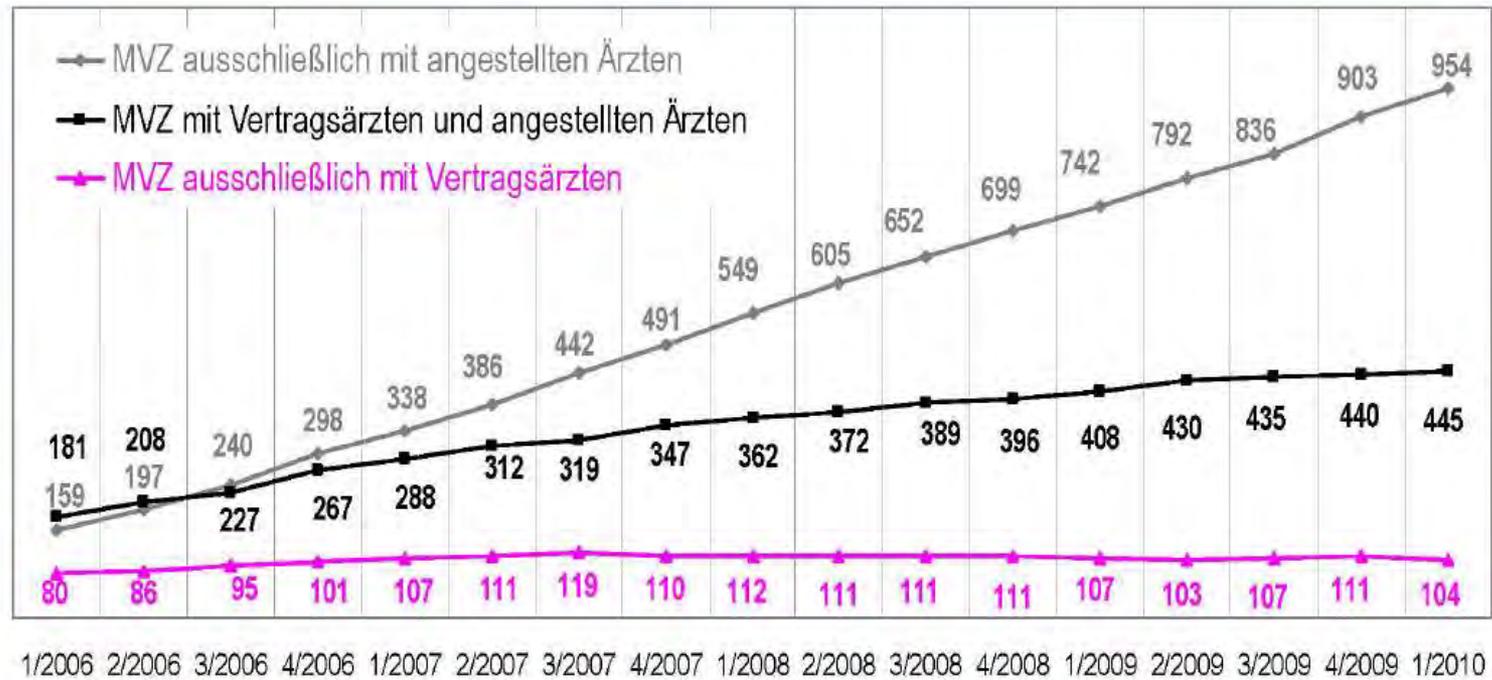
- **MVZ wird von KV zugelassen und unterliegt der Bedarfsplanung** (d.h. in gesperrten Gebieten kann nur eine bestehende Praxis eingebunden oder gekauft werden)
- Angestellte Krankenhausärzte können erstmals **gleichzeitig** in der ambulanten Versorgung in einem MVZ tätig sein (gleiche Tätigkeit im KH und Praxis)
- Vertragsärzte die ihren Sitz in ein MVZ eingebracht haben, können in ein Angestelltenverhältnis wechseln, dann aber **keine** Rückkehr mehr in Einzelpraxis
- **Häufigste Rechtsformen:** GmbH, GbR und Partnergesellschaften, bei Beteiligung von Krankenhäusern meist GmbH, dann Ärzte als Angestellte tätig.
- **GROKO : fachgleiche MVZ** sollen möglich werden

# Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)

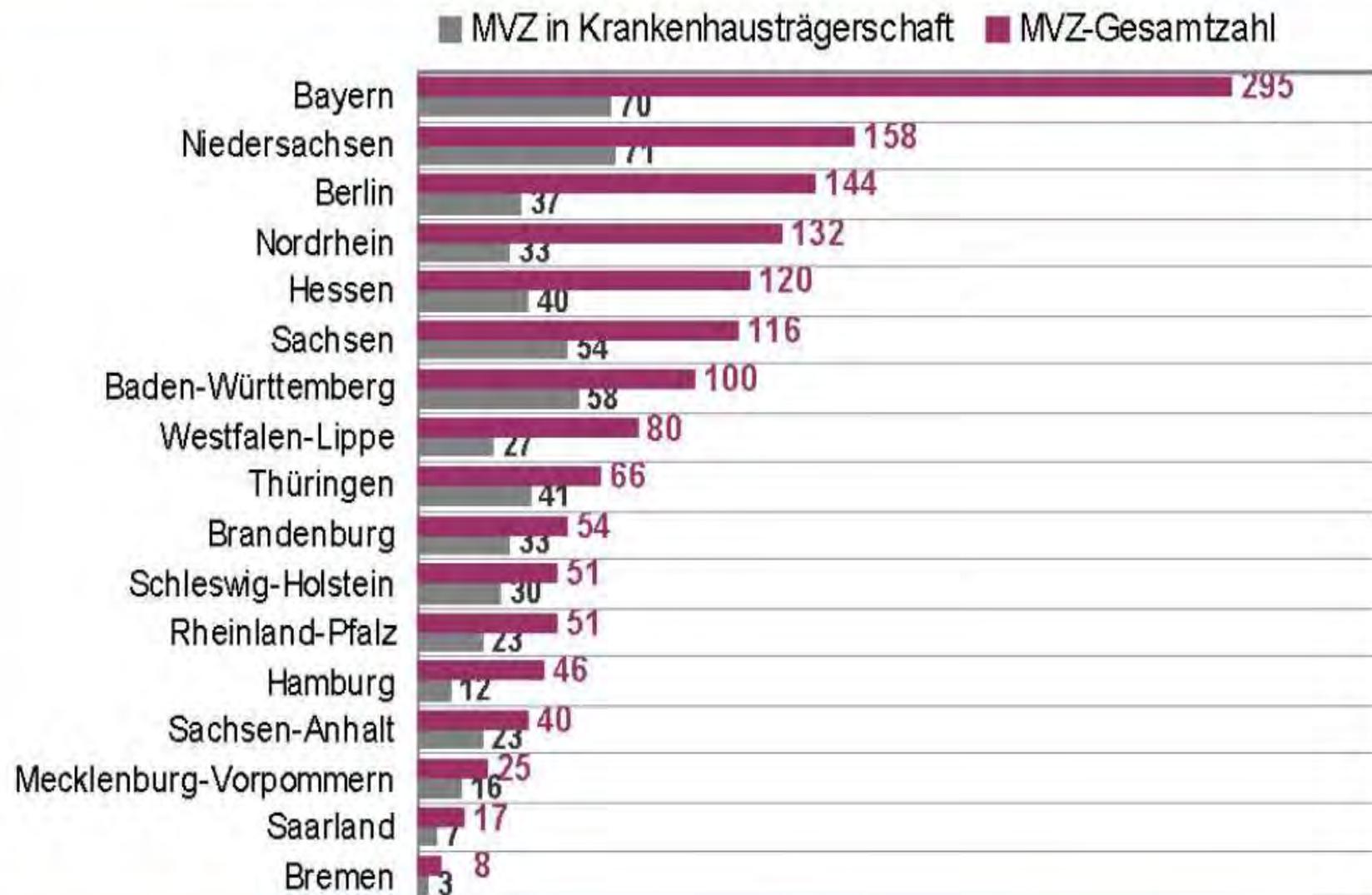
- Durchschnittliche Größe: 4-5 Ärzte (davon 75% im Angestelltenverhältnis)
- Meist Hausärzte und Internisten, dann Laborärzte und Chirurgen
- Trägerschaft: 37% in Trägerschaft von Krankenhäusern, 56% in der Hand von Vertragsärzten, zunehmend gründen auch große Klinikträger wie Asklepios, Helios, Rhön-Kliniken, Sana etc. MVZ, die dann bestehende Arztsitze aufkaufen
- niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten befürchten deshalb zunehmenden Verdrängungswettbewerb, Forderungen, Kapitalgesellschaften die Trägerschaft von MVZ zu untersagen, hat BMG abgelehnt
- Auch Krankenkassen (TK in Hamburg und Köln im MVZ Atrio-Med) über Betreiber (Health-Care-Manager HCM) indirekt beteiligt

# MVZ-Grundtypen

## Gesamtentwicklung bundesweit



# Regionale Verteilung der MVZ nach Bundesländern



# (Über-)örtliche Berufsausübungsgemeinschaften = GP

- Praxen können sich auch **überörtlich** auf Dauer verbindlich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen
- Einzelne Praxen und Praxisstandorte bleiben bestehen
- Unbegrenzte Zahl von Ärzten oder PP/KJP mit Kassensitz
- Zusammenschluss kann einzelne Leistungen oder gesamte Versorgung betreffen
- Beteiligten Partner können wechselnd an den verschiedenen Standorten tätig sein (am eigenen Standort mindestens 20 Stunden)
- Alle Einnahmen und Ausgaben, in den jeweiligen Einzelstandorten ermittelt, werden zusammengeführt, Gewinnverteilung nach vereinbartem Schlüssel
- Kostenvorteile durch Zusammenlegungen im Verwaltungsbereich, EDV-System, Einkauf, gemeinsame Nutzung von Geräten, Service, einheitliches Marketing

# Teilgemeinschaftspraxen (TGP)

- Zusammenschluss von Ärzten zur gemeinsamen Behandlung von Patienten ohne örtlichen Zusammenschluss, jeder Beteiligte erbringt **bestimmtes Leistungsspektrum**
- **Einzelne Praxen bleiben bestehen**
- TGP muss keine eigenen Räume haben, aber ist eigenes Unternehmen
- Keine TGP möglich, die **nur** medizinisch-technische Leistungen auf Veranlassung der übrigen TGP-Mitglieder erbringen (z.B. Laborärzte, Radiologen)
- Zuweisung **gegen Entgelt** ist untersagt

# Zweigpraxis (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz VändG seit 2007)

- Filiale einer Hauptpraxis
- Filiale kann auch in einem anderen KV-Bezirk liegen
- Filiale muss zur Verbesserung der Versorgung in entsprechendem KV-Bezirk beitragen
- Zusätzliches Abrechnungsbudget wird nicht zugestanden, falls keine Versorgungslücke besteht

# Die Wünsche der Jungen

---

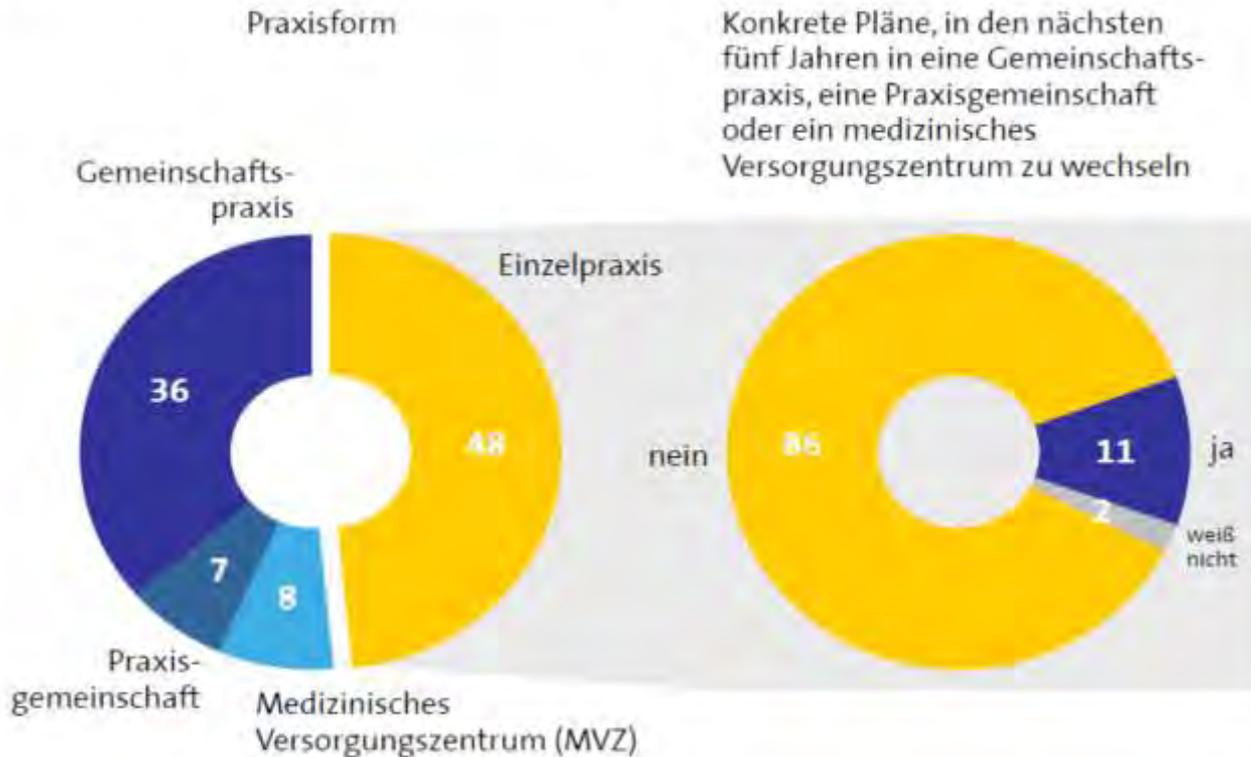
Geld und Karriere allein machen sie nicht glücklich. (Umfrage Uni Trier/ KBV).

Die Nachwuchs-Generation will:

- keine Einzelpraxis
- kein hohes finanzielles Risiko für eine eigene Praxis
- keine frühe Entscheidung für ein Leben lang.

# Die Wünsche der „Alten“

**Praxisstruktur - Art der Praxis und Zukunftspläne:**  
jeder Zweite in Einzelpraxis tätig



ÄRZTEMONITOR  
BKS TELEMONITOR

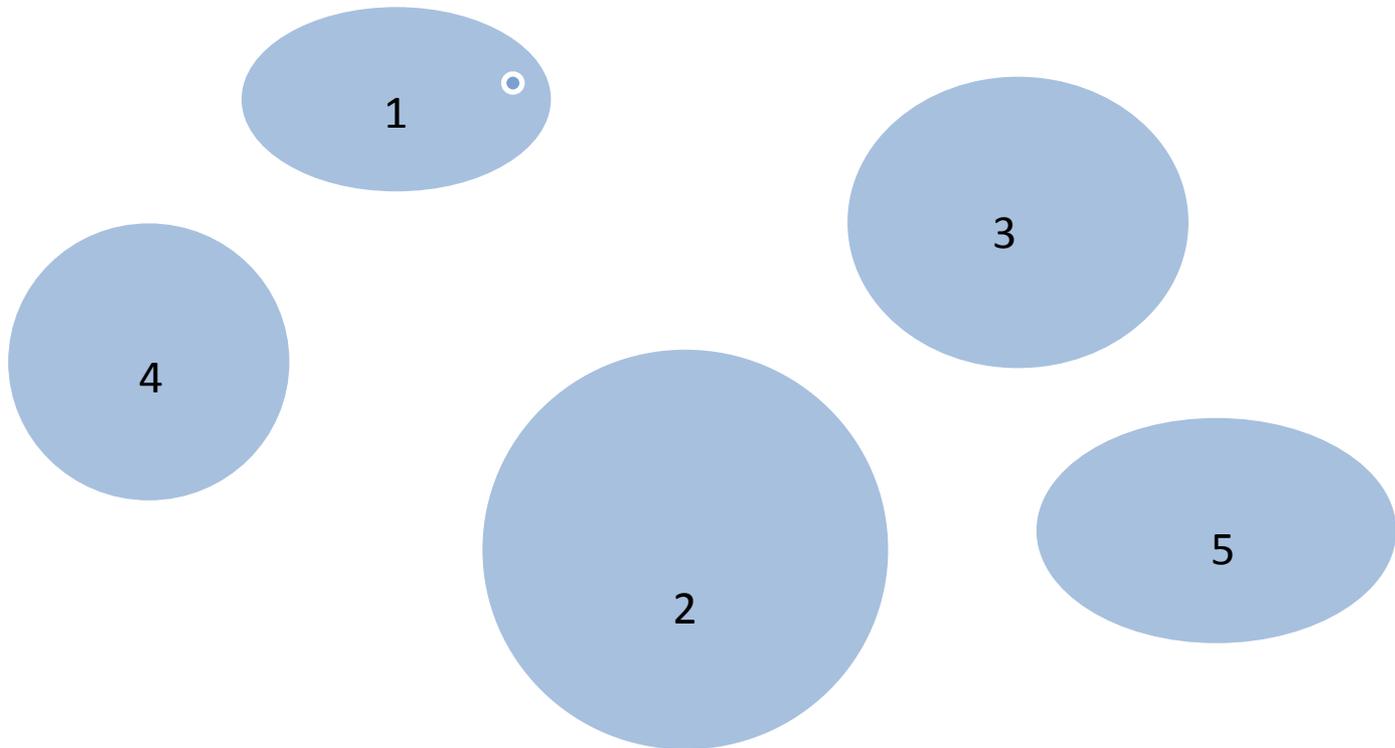


**Frage:**

- Praktizieren Sie derzeit in einer Einzelpraxis, einer Gemeinschaftspraxis, einer Praxisgemeinschaft oder einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)?
- Haben Sie konkrete Pläne, in den nächsten fünf Jahren in eine Gemeinschaftspraxis, eine Praxisgemeinschaft oder ein medizinisches Versorgungszentrum zu wechseln?

Angaben in Prozent; n=8.079

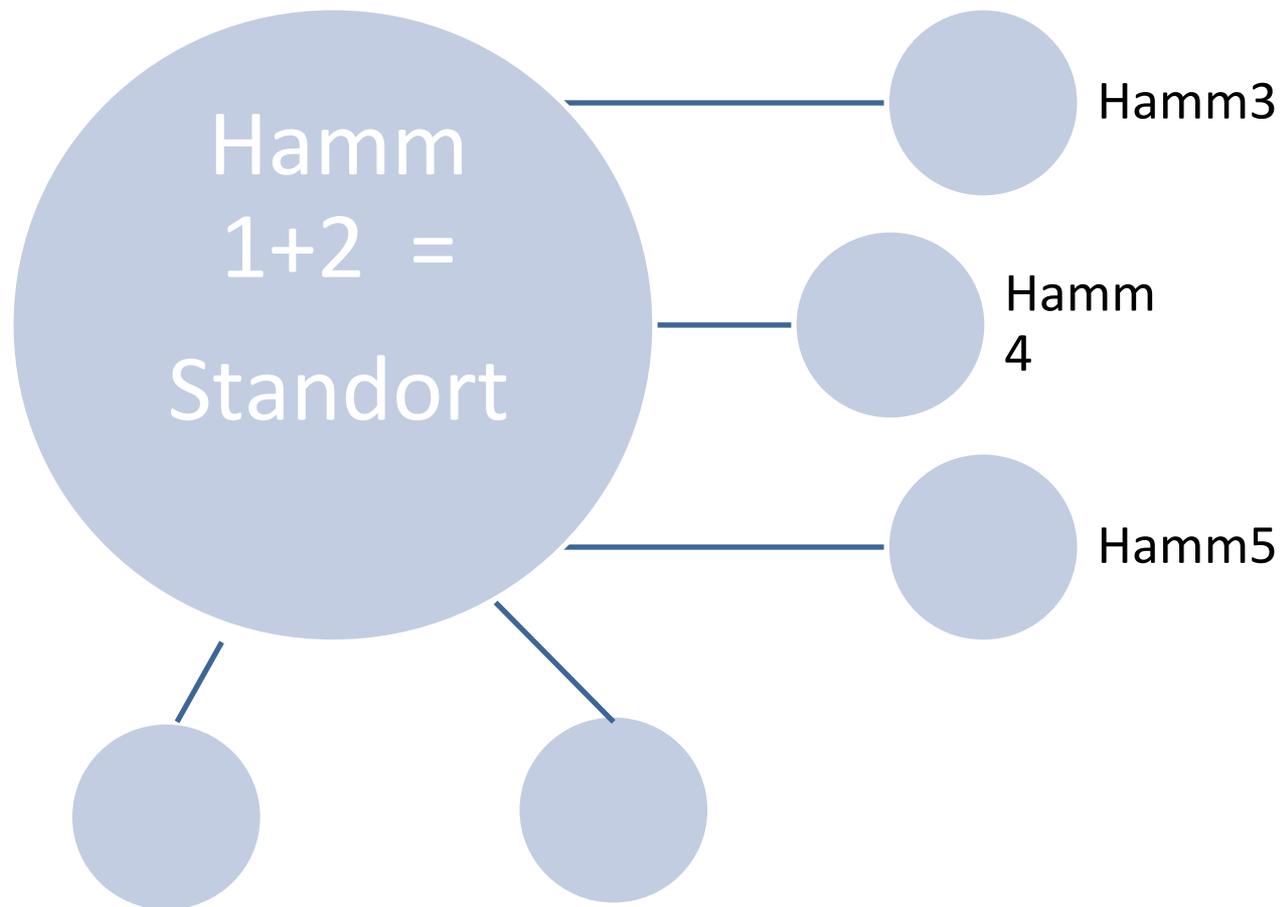
# Fiktive Situation in VB Hamm



Apotheke

Sanitätshaus

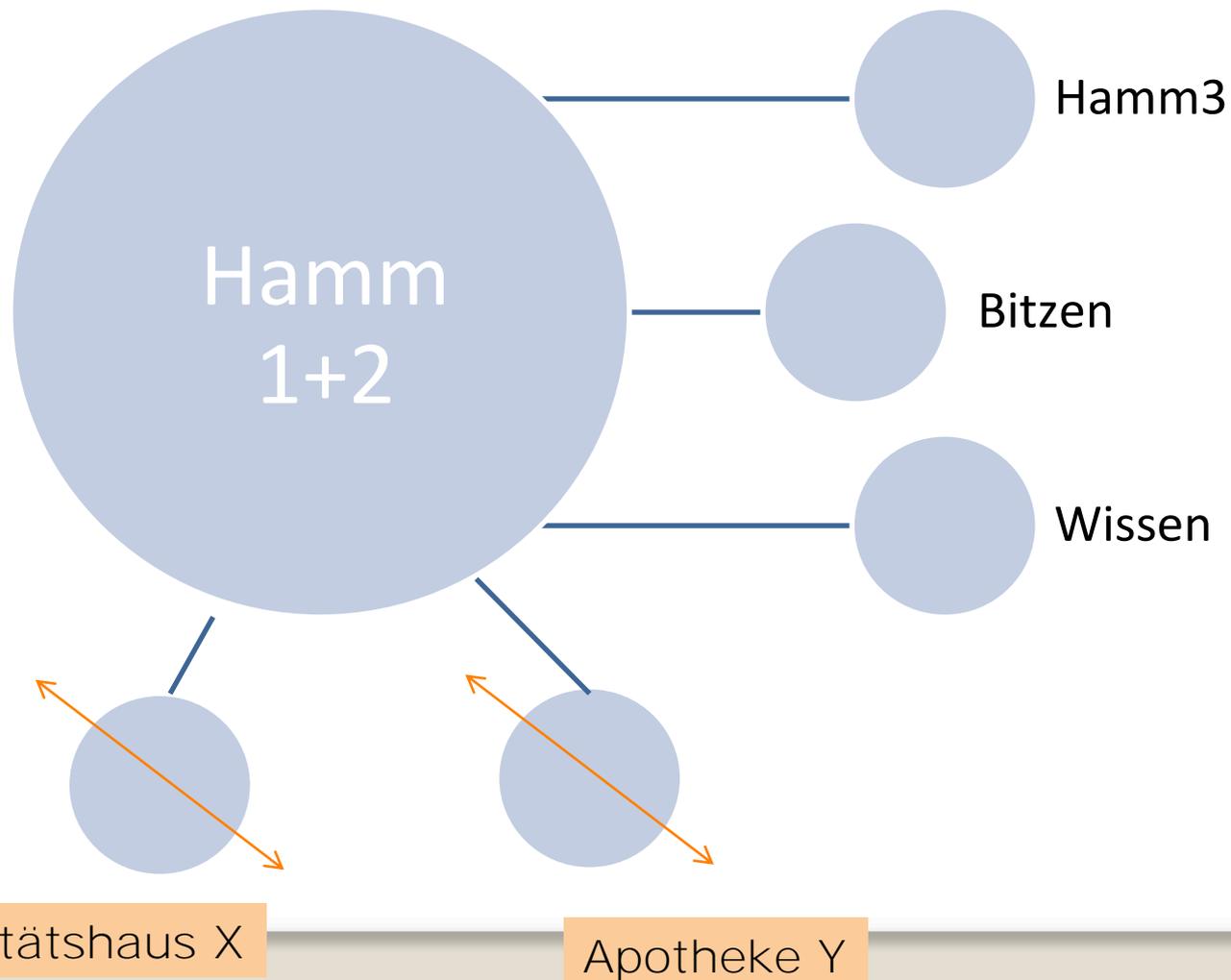
# MVZ als kooperatives Modell



Sanitätshaus X

Apotheke Y

# Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft als kooperatives Modell



# Ausblick auf weitere bundesweite Entwicklung

- **Konzentrationen** von Leistungsanbietern auch im ambulanten und ländlichen Sektor
- **Ambulante Versorgung wird vermehrt von Kliniken und MVZ oder größeren Berufsausübungsgemeinschaften( GP)** übernommen, die häufiger auch von Kapitalgesellschaften und großen Krankenhäusern betrieben werden (offenbar politisch gewollt)
- Krankenkassen schließen zukünftig nur **Selektivverträge**, die sich ökonomisch rechnen im Sinne von Einsparpotentialen (auch im Sinne von Einsparungen bei anderen Leistungsanbietern)

# Wo fehlt es vor ORT ?

- Ärztliche Versorgungsbezirke zu wenig **regionalisiert**



## Bedarfsplanung 2012: freie Sitze hausärztliche Versorgung




PLANUNGSBEREICH	Niederlassungs- möglichkeiten
Altenkirchen	0
Alzey	0
Andernach	5,5
Bad Bergzabern	2,5
Bad Dürkheim	3,5
Bad Ems	0
Bad Kreuznach	0
Bad Neuenahr-Ahrweiler	0
Bernkastel-Kues/Traben-Trarbach	0
Betzdorf/Kirchen/Wissen	0
Bingen	0
Bitburg	0
Boppard	0
Cochem	6,5
Dahn	0
Daun	0,5
Diez	8
Frankenthal	1
Germersheim	4,5
Gerolstein	0
Grünstadt	6
Hermeskeil	0
Idar-Oberstein/Birkenfeld	0
Ingelheim	0
Kaiserslautern	0

PLANUNGSBEREICH	Niederlassungs- möglichkeiten
Kandel/Wörth	0
Kirchheimbolanden	0
Kirn	2
Koblenz/Lahnstein	0
Kusel	0
Landau	0
Landstuhl	0,5
Linz	4
Ludwigshafen	1,5
Mainz	0
Mayen	0
Montabaur	0
Neustadt a.d.W.	0
Neuwied	0
Pirmasens	0
Prüm	2,5
Saarburg	3,5
Simmern	0
Speyer	4
St. Goar/St. Goarshausen	0
Trier	9
Westerburg/Hachenburg	6,5
Wittlich	2,5
Worms	1
Zweibrücken	7,5

# Freie Berufe



# Freie Berufe



Freie Berufe definieren sich über:

- Fachlich UNABHÄNGIGE Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Allgemeinheit

# Freie Berufe



Der Arzt als freier Beruf ist ein im Westerwald seit dem 18. Jahrhundert bestehendes Versorgungsmodell der ländlichen Region mit vielfachen –**soziokulturellen** Beziehungen: Mein Doktor im Dorf

**Wirtschaftlichen Beziehungen:** Altenheim, Pflegestation, Apotheke, Industrieunternehmen

# Freie Berufe



Der Arzt als freier Beruf in ländlichen Regionen

- Soll aufgegeben werden weil bildungspolitische Versäumnisse nicht eine höhere Studentenanzahl zeitnah eingerichtet haben ???
- Soll aufgegeben werden weil es weder Kassenärztliche Vereinigung noch Gesundheitspolitik schafft eine Besserstellung der ländlichen Regionen in der Finanzierung als Anreizmodell zu inaugurieren ???



# Freie Berufe



**Jeder 4. Hausarzt hört bis 2020 auf !**

**Wir haben kein Wissensproblem,  
wir haben ein Handlungsproblem**

# Wir machen unsere Hausaufgaben

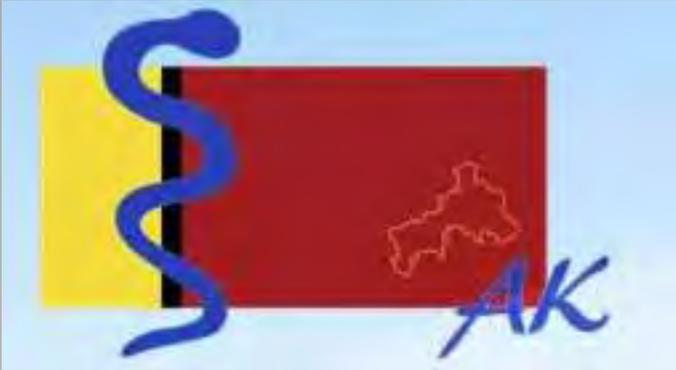
- Abend der Allgemeinmedizin für Studierende an der Uni Mainz
- Fachtagung Vereinbarkeit Familie und Beruf
- Lehrpraxen der Uni Mainz und Bonn
- Schaffen eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin
- Masterplan mit dem Ministerium, der KV, dem Hausärzteverband und der Universität
- Modelle zur Verbundweiterbildung
- Quereinstieg Allgemeinmedizin ( zB. Chirurgie, Gynäkologie)
- Weiterbildung in Teilzeit

# Fazit

---

- Die Wünsche der nachrückenden Ärztegeneration müssen wir ernstnehmen.
- Wir brauchen auch den Mut, mit neuen Versorgungsmodellen alte Zöpfe zu modellieren
- -und die Energie, neue Wege auch auszuprobieren.
- Dabei sollten gewachsene Strukturen- Arzt als freier Beruf- nicht alternativlos zerschlagen werden
- **„Der Zufall begünstigt nur den vorbereiteten Geist“ -franz. Bakteriologe Louis Pasteur**

# Hausarzt ist ein schöner Beruf !



Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit -  
Dr.med. K. Kohlhas

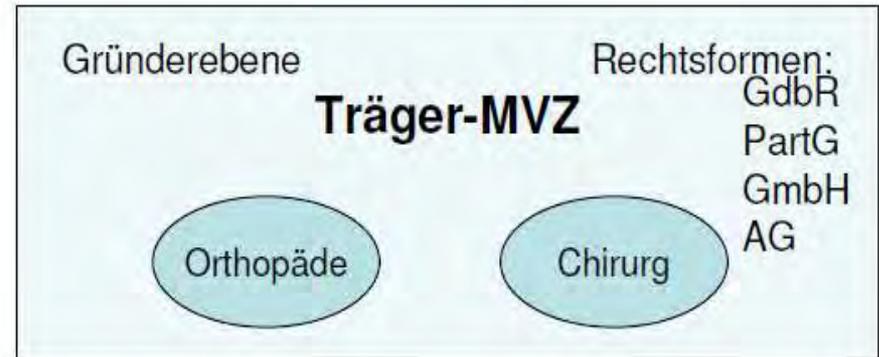
# MVZ: Begriffsdefinitionen

- Fachübergreifende Tätigkeit
  - Die Kombination verschiedener ärztlicher Fachgebiete (z.B. Hausärzte und Fachärzte)
  - Zusammenarbeit zwischen Ärzten mit anderen Gesundheitsberufen als Kombination von verschiedenen sonstigen Elementen ambulanter Versorgung (z.B. Krankenhäuser, Heil- und Hilfsmittelerbringer, Apotheken, häusliche Pflegedienste etc.)

# MVZ: Ärztlich geleitete Einrichtungen

- Die Grundsätze des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus sind für den Bereich medizinischer Versorgungszentren anwendbar. Hiernach ist in einem medizinischen Versorgungszentrum **mindestens ein leitender Arzt** zu bestimmen, der vom Träger des medizinischen Versorgungszentrums weisungsunabhängig ist und die **Gesamtverantwortung** für die von den angestellten Ärzten erbrachten ärztlichen Leistungen trägt. Hierzu zählen unter anderem auch die ordnungsgemäße Abrechnung, die Führung der ärztlichen Unterlagen über Patienten, die Erstellung von Arztberichten sowie die Beachtung der einschlägigen Rechtsvorschriften, insbesondere des Vertragsarztrechts.

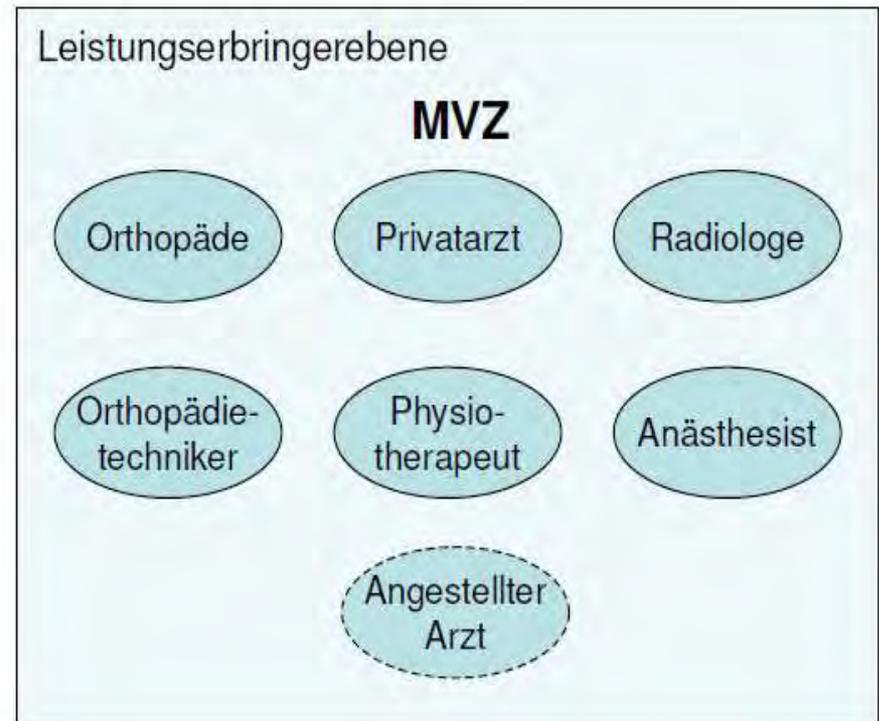
# MVZ:



## Tätigkeit von Ärzten

auf der Leistungserbringerebene

- **Angestellte**
- **niedergelassene Vertragsärzte**
- **in einem Kombinationsmodell**
- **Integration von Privatärzten**
- **Aufnahme nichtärztlicher Leistungserbringer**



# Unterschiedliche Arzteinkommen

Durchschnittliches jährliches Gesamteinkommen nach Abzug der Praxiskosten, vor persönlichen Steuern und Abgaben in Euro



Allgemeinmediziner	116 000 €
Kinderarzt	124 000
Neurologe, Psychiater	128 000
Hals-Nasen-Ohren-Arzt	144 000
Frauenarzt	145 000
Chirurg	148 000

# Arbeitsverdichtung

---

- Mehr Ärzte (statistisch gesehen) und zugleich Ärztemangel schließen sich nicht aus:
- Der medizinische Fortschritt führt dazu, dass immer mehr Spezialisten (Pädiater, Radiologen im Kreis AK) nötig werden.
- Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die Teilzeitarbeit wünschen, steigt.
- Durchschnittliche Arbeitszeit eines niedergelassenen Landarztes:  
48-62 h (ohne Dienste)

# Netzorganisationen

- Zweckverband: Zusammenschluss von Ärzten in einem Praxisverbundnetz um besseres Einkommen zu erzielen (z.B. durch Vermeidung von Mehrfachleistungen, gemeinsamer Einkauf, gemeinsame Kostenkontrolle etc.)
- Gesellschaft entwickelt Modelle und verhandelt Verträge mit Kassen (Integrationsversorgung, Hausarztzentrierte Versorgung, besondere Versorgungsformen, Beratertätigkeit)
- Netze reichen von regionalen Netzen mit wenigen Beteiligten bis hin zu bundesweit tätigen Großnetzen (z.B. MEDI)
- Netze mit Beteiligung der KV (z.B. MEDI), ohne Beteiligung der KV aber mit KK (z.B. Ärztenetz Berlin), Netze ohne KV und ohne KK (z.B. MED-EON)
- Patienten müssen sich in Netzbehandlung einschreiben

# Netzorganisationen am Beispiel

## MEDI

- Bundesweit 13.000 Mitglieder, 6500 in B-W
- Gesellschaft entscheidet über Beitritt eines Mitgliedes (Balance Hausarzt, Facharzt, Verbesserung der Versorgung in einem Gebiet)
- MEDI hat mit AOK für Baden-Württemberg Hausärztevertrag geschlossen, 2000 angemeldete Ärzte, dort werden feste Pauschalen statt Einzelleistungen abgerechnet
- Zusätzliche direkte Verträge mit einzelnen Kassen
- Eigene Software zur Abrechnung

# Motive für die Gründung eines MVZ aus Krankenhaussicht:

- Flankierung des Kerngeschäfts / Stärkung des eigenen Standorts
- Chance der weiteren Positionierung in der ambulanten Versorgung
- Organisation der Schnittstellen ambulant / stationär
- Verbesserung der Kooperationen stationär/ambulant sowie ambulant/ambulant
- Interdisziplinäre Kooperation zwischen Vertragsärzten und nicht-ärztlichen Leistungserbringern (z. B. Physiotherapeuten, Logopäden etc.)
- Sicherung und Steuerung von Zuweisungen / feste Patientenbindung
- Kostensenkung durch bessere Ressourcenauslastung (z. B. durch gemeinsame Nutzung von OP-Kapazitäten, medizinischen Geräten etc.) und Preisrabatte bei Kettenbildung
- Erschließung neuer Gewinnpotentiale, insbesondere durch Partizipation an Erträgen aus dem ambulanten Leistungsbereich
- Unterversorgung (z. B. in ländlichen Regionen)

# Freie Berufe



# Freie Berufe



# Freie Berufe



## Motive für die Gründung eines MVZ aus Sicht der niedergelassenen Ärzte:

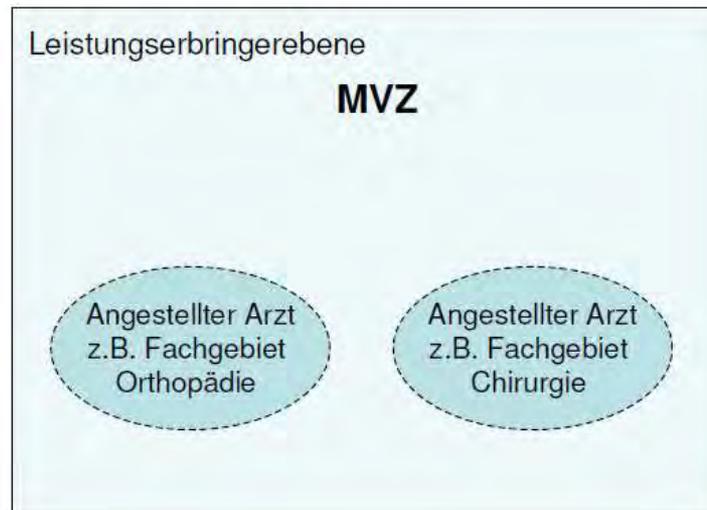
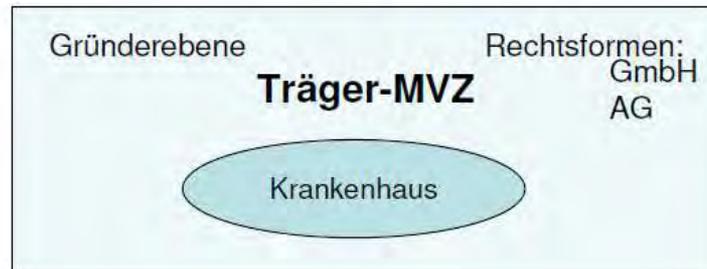
- **Realisierung von Kostendegressionspotentialen**
  - (Kooperative Nutzung z.B. von Räumen, Apparaten, EDV sowie Bestellmengenvorteile beim Einkauf von z.B. Praxis- und Laborbedarf)
- **Synergieeffekte**
  - z.B. bei ambulanten Operationen, wenn Eingriffe zeitlich zusammengelegt werden können
  - bei fachübergreifender Tätigkeit können Krankheitsbilder durch Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern koordiniert behandelt werden
- **Verbesserung der Wettbewerbssituation**
  - z.B. Reputationseffekte, MVZ-interne Weiterleitungen, zentrales Marketing
- **Zugang zur stationären Versorgung**
  - Verflechtung von Kapital zwischen MVZ und zugelassener Klinik auf Gesellschafterebene, Kompetenzzentrum ambulant/stationär
- **Zugang zu weiteren Geschäftsfeldern**
  - z.B. Erschließung neuer Gewinnpotentiale, Beteiligungen an Wellness-GmbH, Nahrungsergänzungsmittel-GmbH oder ein Fitness-Center
- **Als Gesellschafter:**  
keine Altersgrenze (68. Lebensjahr) / Beteiligung am Gewinn

# MVZ: Organisationsformen

Gem. § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V „alle zulässigen Organisationsformen“

- **Personengesellschaften**  
(GdbR und Partnerschaftsgesellschaft)
- **Kapitalgesellschaft**  
insbesondere GmbH und AG
- **Sehr zweifelhaft**  
OHG, KG, GmbH & CoKG, nicht wirtschaftlicher eingetragener Verein, Genossenschaften

# MVZ:

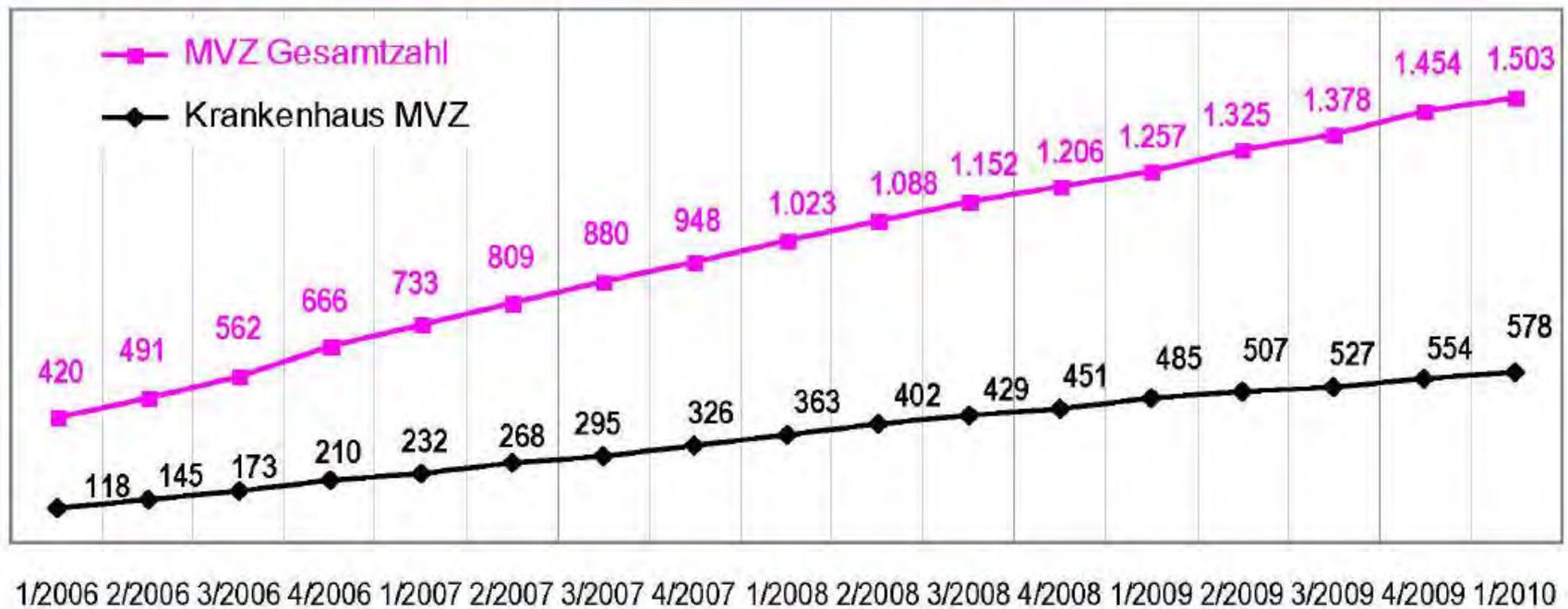


## MVZ in MBO-Ä nicht explizit erwähnt Berufsrecht im Lichte des Vertragsarztrechts

- Varianten der beruflichen Kooperation gem. § 18 MBO-Ä
  - MVZ als **Berufsausübungsgemeinschaft**  
„Freiberufler-MVZ“
  - MVZ als **Organisationsgemeinschaft**  
Vertragsarzt will mit „Angestellten-MVZ“ zusammenarbeiten
  - MVZ als **Einzel-Praxis**  
Vertragsarzt gründet mit Arzt anderer Fachgruppe ein MVZ und stellt diesen und ggf. weitere Ärzte an
  - Möglich: keine Kooperation i.S.d. § 18 MBO-Ä  
Krankenhaus gründet MVZ mit angestellten Ärzten
  - Problematisch: Krankenhaus gründet MVZ unter Einbeziehung von Vertragsärzten  
(Krankenhäuser können gem. § 23b Abs. 1 MBO-Ä keine Gesellschafter einer Ärztegesellschaft sein)



## MVZ Gründungen bundesweit: Steigende Anzahl an Krankenhaus MVZ



	Praxisnetze als Modellvorhaben (§ 63 ff SGB V)	Praxisnetze als Strukturverträge (§ 73 a SGB V)	MVZ (§ 95 SGB V)	Hausarztzentrierte Versorgung (§73 b SGB V)	besondere Versorgungsaufträge (§73c SGB V) „Vertragswerkstatt“	Integrierte Versorgung (§ 140 a ff SGB V)
<b>Inhalt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs-, Vergütungsformen</li> <li>▪ Maximal Dauer von 8 Jahren</li> <li>▪ Wissenschaftliche Begleitung erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausarzt oder Ärzteverbund bekommen Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung übertragen</li> <li>▪ Optimierung der Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im ambulanten Bereich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen</li> <li>▪ Ärzte können als Vertragsärzte oder Angestellte arbeiten</li> <li>▪ gründungsberechtigt sind alle Leistungserbringer, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag am System der GKV teilnehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Koordinierungsfunktion des Hausarztes</li> <li>▪ Facharztzugang grundsätzlich nur über Hausarzt</li> <li>▪ Krankenkassen sollen Modell anbieten</li> <li>▪ Versicherte müssen sich bei Wahl ein Jahr einschreiben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lösungen für besondere Versorgungsbedürfnisse</li> <li>▪ Förderung der Qualität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sektoren- oder fächerübergreifende Versorgung</li> <li>▪ außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen</li> <li>▪ keine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen möglich</li> </ul>
<b>vertragliche Ebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gesamtvertraglich oder einzelvertraglich</li> <li>▪ Regelung von Grundsätzen in Bundesmantelverträgen möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gesamtvertraglich</li> <li>▪ einzelne Krankenkassen mit Kassenärztlichen Vereinigungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es gelten die Regelungen für Vertragsärzte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einzelvertraglich, das heißt Krankenkassen mit einzelnen Ärzten oder Ärzteguppen oder MVZ</li> <li>▪ kein Anspruch auf Vertragsabschluss für Vertragsärzte</li> <li>▪ gesamtvertraglich in Bezug auf Inhalt, Anforderungen und Vergütung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bundesmantelvertraglich</li> <li>▪ gesamtvertraglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ einzelvertraglich, das heißt Krankenkassen mit zugelassenen Leistungserbringern (Vertragsärzte, Krankenhäuser und andere)</li> </ul>
<b>Finanzierung / Vergütung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsatz der Beitragssatzstabilität</li> <li>▪ Mehraufwendungen können mit Einsparungen verrechnet werden</li> <li>▪ Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Möglichkeit, Budgetverantwortung auf Arzt oder Ärzteverbund zu übertragen (Honorarnetz)</li> <li>▪ Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ grundsätzlich innerhalb der Gesamtvergütung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angelegenheit der Vertragspartner</li> <li>▪ Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ extrabudgetär</li> <li>▪ Anschubfinanzierung in Höhe bis zu ein Prozent der Gesamtvergütung und der Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser</li> </ul>
<b>Versorgungsrealität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schätzungen gehen von mehreren hundert Praxisnetzen aus</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 562 MVZ (Stand drittes Quartal 2006)</li> <li>▪ durchschnittliche Größe von vier Ärzten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hausarztmodelle in 12 Bundesländern</li> <li>▪ Insgesamt 3,5 Millionen eingeschriebene Patienten (Stand August 2006)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KBV hat bisher 5 Vertragskonzepte entwickelt</li> <li>▪ Es existieren bereits zahlreiche Verträge auf Landesebene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3.045 von Krankenkassen gemeldete Verträge (drittes Quartal 2006)</li> <li>▪ insgesamt 3,8 Millionen eingeschriebene Patienten</li> </ul>
<b>Gesetzliche Grundlage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2. GKV-Neuordnungsgesetz, (NOG), 1.7.1997</li> <li>▪ Änderungen durch GKV-Gesundheitsreform 2000, 1.1.2000</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zweites GKV-Neuordnungsgesetz (NOG), 1.7.1997</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), 1.1.2004</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), 1.1.2004</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), 1.1.2004</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GKV-Gesundheitsreform 2000, 1.1.2000</li> <li>▪ Neuregelung durch GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), 1.1.2004</li> </ul>

# Das Krankenhaus

- KH-Träger:
  - Staatliche/kommunale KH: 36% der Häuser, 52% der Betten, **seit 1993 -30%**
  - Freie-gemeinnützige KH: 38% der Häuser, 36% der Betten, **seit 1993 -20%**
  - Private KH: 26% der Häuser, 12% der Betten, **seit 1993 +30% Häuser, +95% Betten**
- Versorgungsarten:
  - Krankenhäuser der Akutversorgung
  - Sonderkrankenhäuser (z.B. Suchterkrankungen, Psychiatrien)
  - Reha-Kliniken

**Institut für Allgemeinmedizin**

# Gesetzliche Grundlagen I

## MVZ: Gesetzliche Grundlagen

- fachübergreifend; mindestens zwei verschiedene Fachbereiche, die an der medizinischen Versorgung teilnehmen
- ärztliche Leitung: ärztliche MVZ-Gründer müssen zugelassen oder ermächtigt sein bzw. per Vertrag an der med. Versorgung teilnehmen und in der Trägergesellschaft verbleiben
- auch Krankenhäuser und andere Leistungserbringer können MVZ-Gründer sein und unterliegen ebenfalls der Bedarfsplanung
- angestellte Ärzte müssen ins Arztregister eingetragen sein und unterliegen der Bedarfsplanung
- Teilnahme nicht-ärztlicher Leistungserbringer erlaubt (z.B. Apotheken, Physiotherapie, PD)



# MVZ: Gesetzliche Grundlagen II

- Zulassung des MVZ richtet sich nach der Bedarfsplanung
- Zulassung erfolgt durch Zulassungsausschuss der KV
- Ablehnung erfolgt, wenn Zulassungsbeschränkung für ein Fachgebiet gegeben ist
- frei werdender KV-Sitz kann von MVZ übernommen werden
- Zulassung örtlich getrennter Zweigstellen bedürfen der KV-Genehmigung
- **MVZ erhält keine Gelder aus der „1%- Versorgung“**
- Vertragsform: z.B. GmbH, BGB, AG, KG...



# I. Gegenstand und Ziel der Regelungen

- Vertragsarztrecht „zeitgemäßer“ gestalten (= Steigerung von zeitgemäß oder antiquiert?), insbesondere:
  - Umsetzung der Liberalisierung und Flexibilisierung des ärztlichen Berufsrechts
  - „Klarstellungsbedarf“ hinsichtlich medizinischer Versorgungszentren (MVZ)
  - Behebung regionaler Versorgungsprobleme
- 

# III.1. Teilzulassung

- Beschränkung des Versorgungsauftrags auf die Hälfte durch Erklärung gegenüber dem ZA
- Möglich bei Neuzulassung oder bestehender Zulassung
- (Wieder-)Aufstocken bei Überversorgung problematisch
- Nachbesetzung des abgegebenen halben Vertragsarztsitzes ungeklärt
- Zeitlicher Umfang der TZ muss noch näher bestimmt werden (RVO des Bundesministeriums für Gesundheit)
- Zulässiger zeitlicher Umfang einer Nebentätigkeit noch ungeklärt (2 x 13 h = 26 h?)

# IV.1. Erleichterte Anstellung von Ärzten

- Anstellung einer \*grundsätzlich unbeschränkten Anzahl von Ärzten mit flexibler Arbeitszeit:
- Wenn Fachgebiet des anzustellenden Arztes nicht zulassungsbeschränkt, Anstellung möglich ohne Leistungsbegrenzung auch bei abweichendem Fachgebiet des Prinzipals (berufsrechtlich zweifelhaft und steuerrechtlich riskant wegen Gewerblichkeit!)
- Im Falle von Zulassungsbeschränkungen für angestellten Arzt Anstellung nur bei Fachgebietenidentität und Inkaufnahme von Leistungsbegrenzung zulässig
- Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, wenn ein „zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf“ innerhalb eines Planungsbereichs förmlich festgestellt wurde

# V.1. Zweigpraxis

- Tätigkeit mit Sprechstunde und ähnlichen Leistungen außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten ohne zahlenmäßig Beschränkung, wenn
  - a. die Versorgung an den weiteren Orten verbessert und
  - b. die ordnungsgemäße Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird
- Überschreitung von Planungsbereich, Zulassungsbezirk und KV-Bezirk zulässig:
- Anspruch auf Genehmigung durch die KV, wenn alle Orte innerhalb desselben KV-Bezirks
- Anspruch auf Ermächtigung durch den dort zuständigen ZA bei Überschreitung des KV-Bezirks

# VI. Berufsausübungsgemeinschaft

## - Überblick -

- Im Gesetz Abkehr vom Begriff „Gemeinschaftspraxis“
- Zulässig unter allen zur *vertragsärztlichen* Versorgung zugelassenen Leistungserbringern (Vertragsarzt, MVZ und Psychotherapeut)
- Zulässig unter allen zur *vertragszahnärztlichen* Versorgung zugelassenen Leistungserbringern (ausschließlich Vertragszahnärzte)
- Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft (gemeinsamer Vertragsarztsitz oder Vertragszahnarztsitz)
- Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (von verschiedenen Vertragsarztsitzen aus)
- Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (örtlich und überörtlich)

# VII. Überörtliche Gemeinschaftspraxis

- Kooperation der Inhaber verschiedener Vertragsarztsitze ohne zahlenmäßige Beschränkung
- Erfüllung der Versorgungspflicht muss - unter Mitwirkung angestellter Ärzte - am jeweiligen Vertragsarztsitz gewährleistet sein
- Mitglied und angestellter Arzt dürfen jeweils nur zeitlich begrenzt an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder tätig sein
- Überschreitung von Zulassungs- und KV-Bezirk möglich
- Vorherige Genehmigung durch ZA erforderlich
- Gesellschaftszweck ggf. problematisch
- Hohe Haftungsrisiken für Mitglieder

# VIII. Teil-Gemeinschaftspraxis

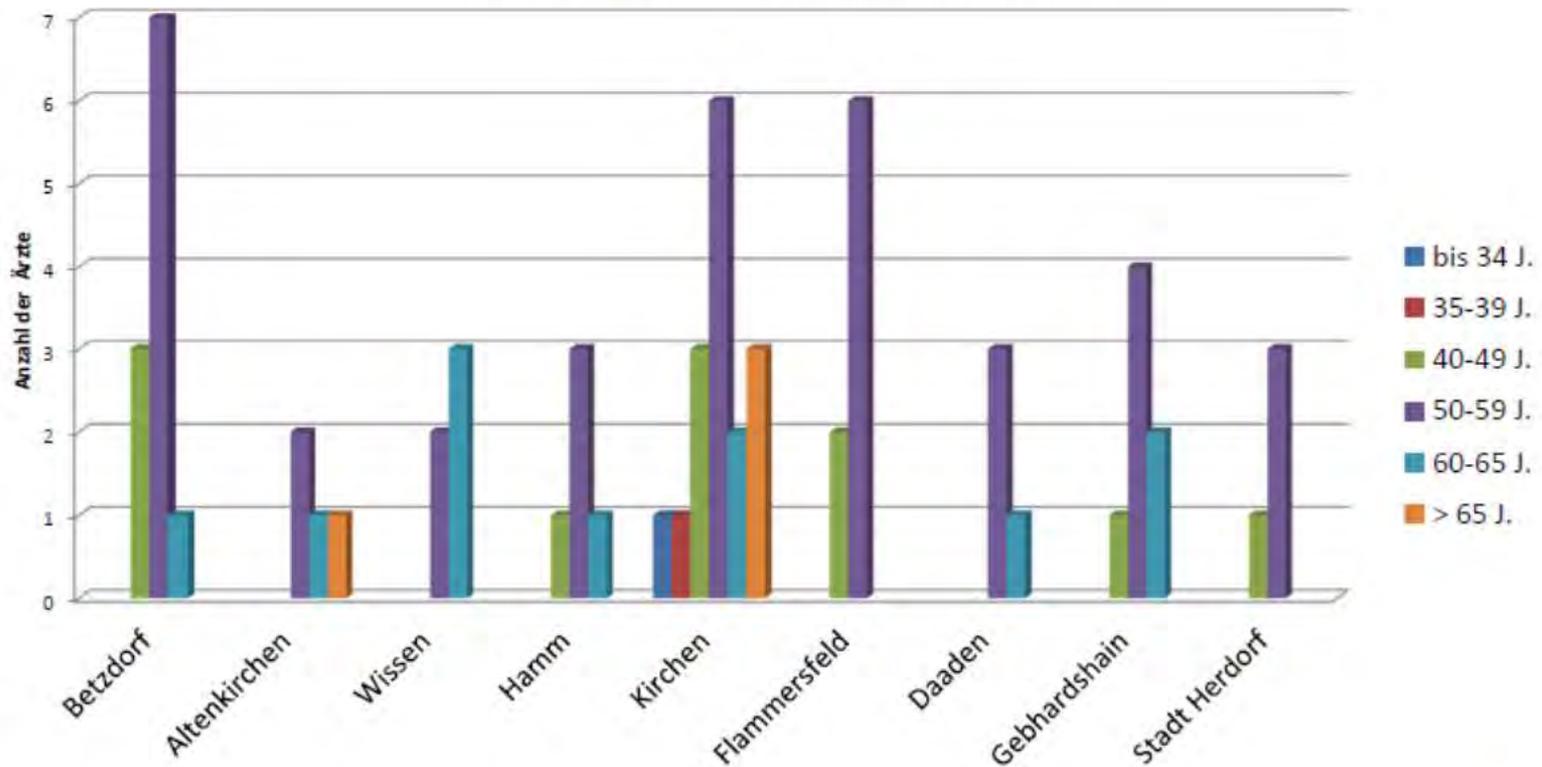
- Örtlich und überörtlich möglich
- Begrenzung der Gemeinschaftspraxis auf einen Leistungsausschnitt (nicht grundsätzlich neu)
- Gemeinsame Schnittmenge an Leistungen nötig?
- Vertragsarztrechtlich nicht zulässig zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen mit überweisungsberechtigten Leistungserbringern
- Berufsrechtlich ist jede Zuweisung gegen Entgelt verboten; Gewinnverteilung darf keinen „Kickback“-Ersatz darstellen

- 
- **Stat. Sektor** : 2010 hatten bereits drei Viertel der Krankenhäuser Probleme, ihre Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Je Einrichtung fehlten durchschnittlich 3,6 ärztliche Vollzeitkräfte (Diskussionen in der Besetzung des Rettungsdienstes) . Hochgerechnet waren demnach 5500 Arztstellen in den Kliniken vakant (Quelle Deutsches Krankenhausinstitut)
  - **Amb. Sektor** : Im Jahre 2020 gibt es etwa 7 000 weniger Hausärzte als 2010 (Quelle KBV).

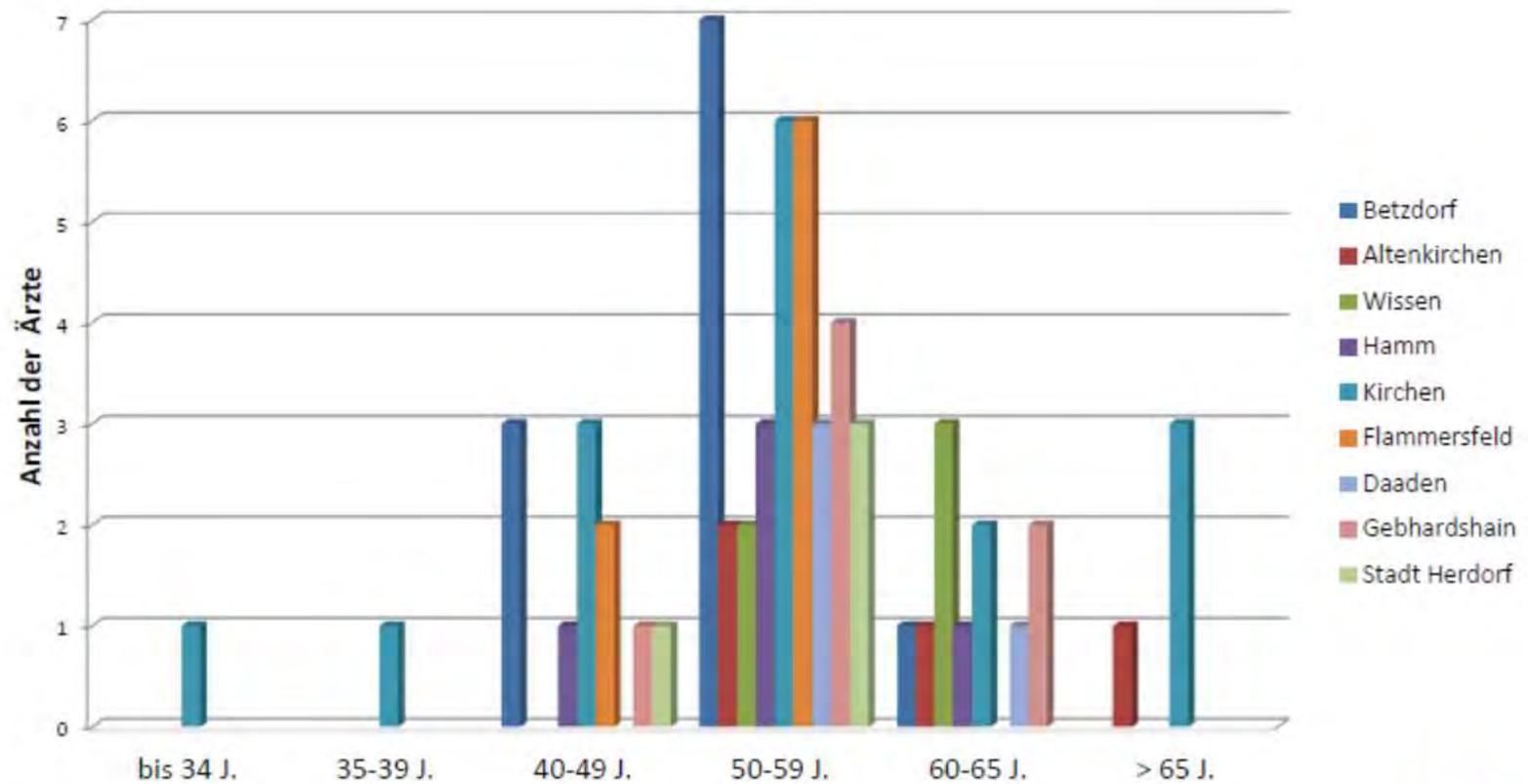
## Auswirkungen der Arbeitsverdichtung

### Altersstruktur der Allgemeinmediziner

Quelle: Landesärztekammer RLP 2011



### Altersstruktur der Allgemeinmediziner in den Verbandsgemeinden Quelle: Landesärztekammer RLP 2011



- 
- Den einen Königsweg scheint es nicht zu geben.
  - Viele kleine Bausteine sind wichtig.
  - Kooperationen ermöglichen kurzfristig Besserung.
  - Die Kommunen müssen helfen, ein gutes Umfeld zu schaffen.
  - Gemeinsam müssen wir Lösungen erarbeiten, damit der Arztberuf die Attraktivität bekommt, die er verdient.

Dafür setzen wir uns ein!

**Fazit**

---

Im stationären Bereich:

- Die interdisziplinäre Fachabteilung mit Angeboten der stationären Grundversorgung.
- Kleine Kliniken lösen sich von festen Fachabteilungen und setzen auf fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte.
- Die Verbundweiter- und -fortbildung.

**Möglichkeiten**

# Möglichkeiten die wir anbieten

---

Im ambulanten Bereich:

- Verbände gründen, Synergien nutzen
- Ärztehäuser über Kommunen finanzieren (Eine Gemeinde ohne Arzt verliert Standortvorteil)
- Günstige Konditionen für Bauflächen und Kredite
- MVZs in ärztlicher Hand
- Chancen des GKV-Strukturgesetz nutzen:  
Zweigniederlassungen, Angestellte in der Praxis
- Vernetzungsstrukturen stationärer und ambulanten Bereich nutzen was Aus- und Weiterbildung tangiert  
(Stichwort : Verbundweiterbildung )
- Ärztliche Kollegen aus dem Ausland  
Kontaktmöglichkeiten ins ambulante System bieten

- Veränderungen in den Jahren 2000-2011

**Altersstruktur in RLP**

- 
- Wichtig ist der Blick in **die Altersaufteilung**. Hier ist Fakt, dass der Großteil der erfassten Ärzte in einem Alter ist, der in Kürze in **Ruhestand** gehen wird. Junge Ärzte rücken aber zu wenig nach.
  - Das bedeutet, dass es sowohl im stationären Bereich als auch im niedergelassenen Bereich in wenigen Jahren Lücken geben wird.
  - Die **Schere** zwischen der Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die in den nächsten Jahren in Ruhestand gehen werden, und dem nachrückenden Nachwuchs wird sich immer weiter öffnen.

## Altersstruktur

---

## Ärzte zwischen 34 und 39 Jahren

im Jahr 2000: 4868

im Jahr 2011: 4110 = minus 15,6 %

## Ärzte zwischen 40 und 59 Jahren

im Jahr 2000: 7472

Im Jahr 2011: 9518 = plus 27,4 %

## Ärzte über 60 Jahre

im Jahr 2000: 1104

im Jahr 2011: 2502 = plus 126,4 %

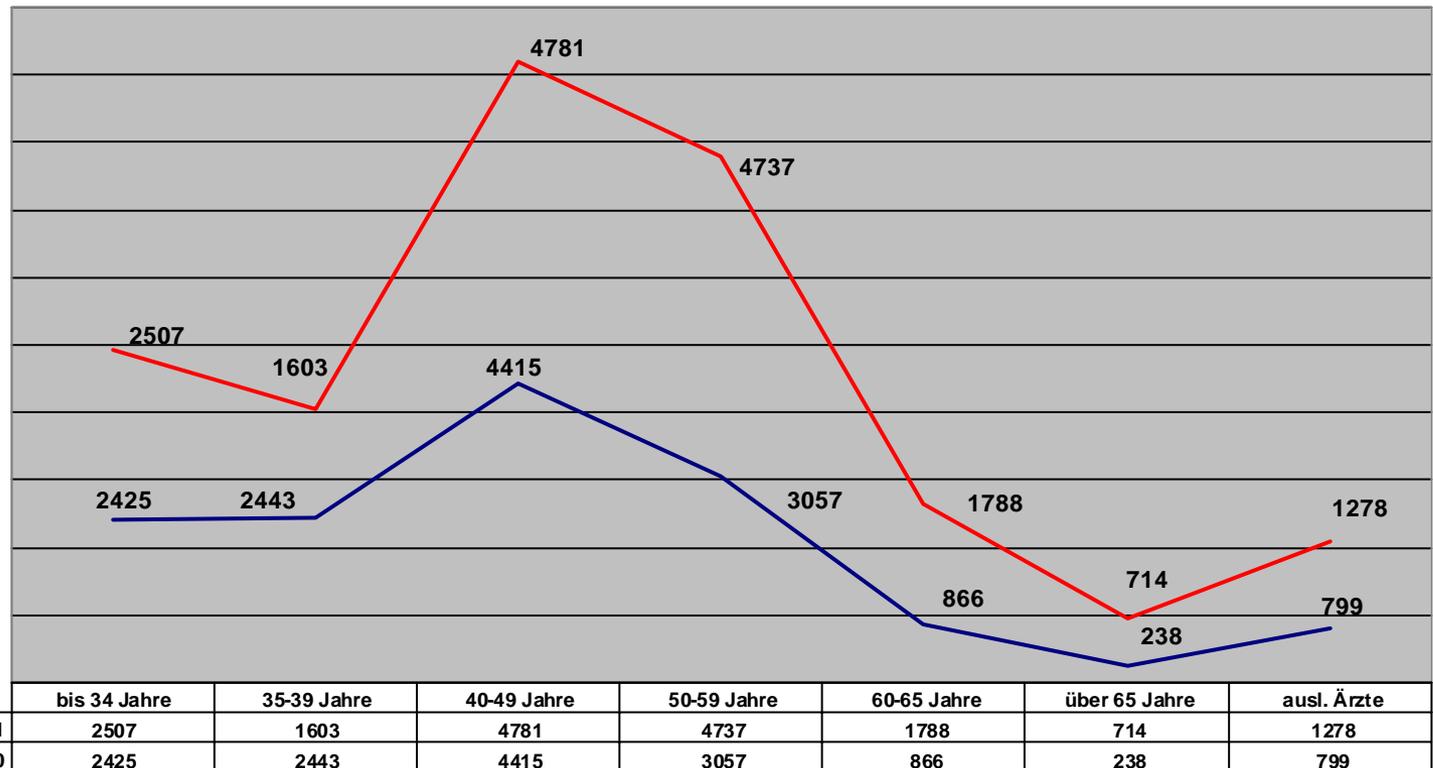
# Altersstruktur in RLP

# Altersstruktur in RLP

Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte

2011 insgesamt 16.130

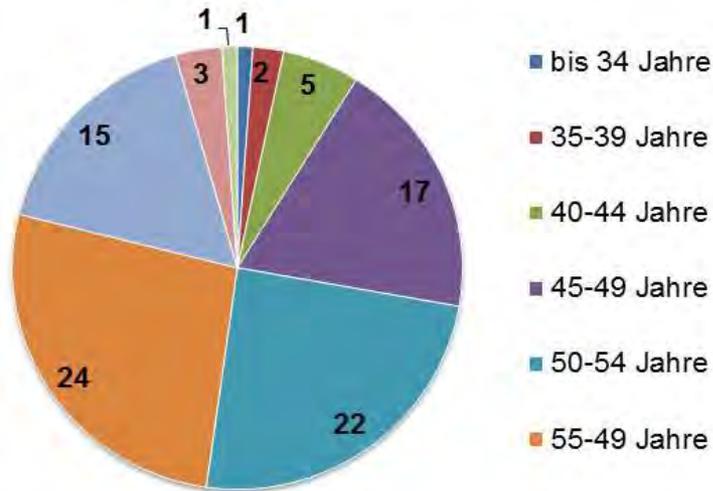
2000 insgesamt 13.444



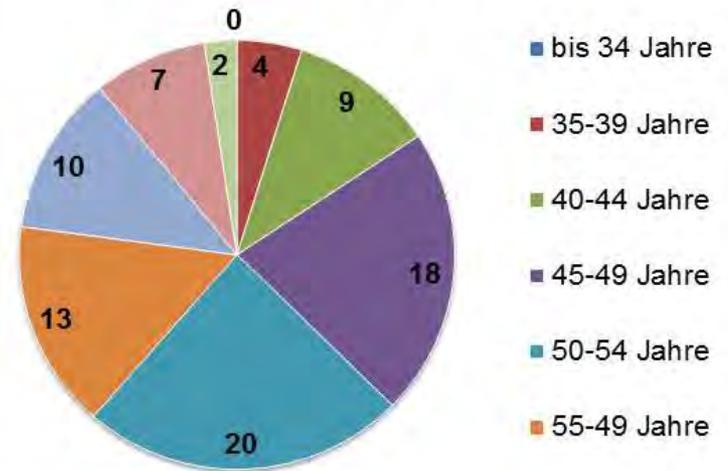
Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

© Dr. Klaus Kohlhas, Obmann der Kreisärzteschaft Altenkirchen

**Hausärzte**  
Kreis Altenkirchen (n=90)



**Fachärzte**  
(incl. Kinderärzte)  
Kreis Altenkirchen (n= 83)



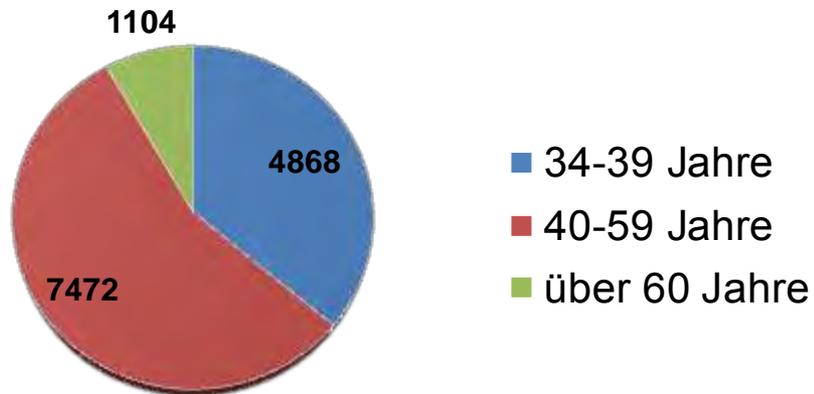
	bis 34 Jahre	35-39 Jahre	40-44 Jahre	45-49 Jahre	50-54 Jahre	55-49 Jahre	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70 Jahre und älter	gesamt
Hausärzte	1	2	5	17	22	24	15	3	1	90
Fachärzte (incl. Kinderärzte)	0	4	9	18	20	13	10	7	2	83

# Situation in Altenkirchen

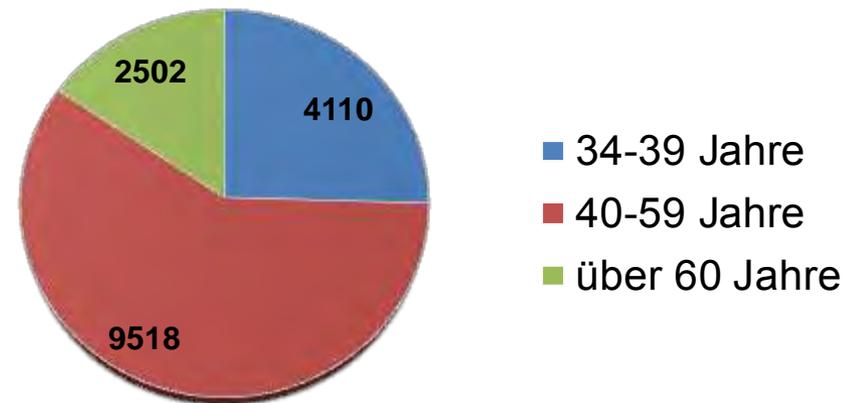
Quelle: KV RLP  
© Dr. Klaus Kohlhas, Obmann  
der Kreisärzteschaft  
Altenkirchen

# Altersstruktur in RLP

**Berufstätige im Jahr 2000**  
n = 13 444

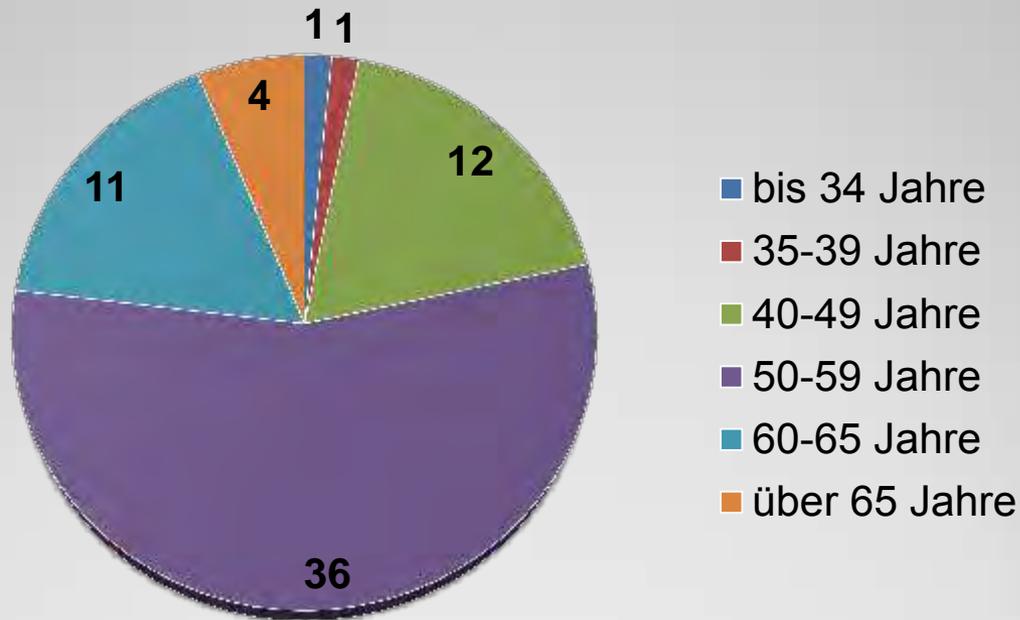


**Berufstätige im Jahr 2011**  
n = 16 130



Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

berufstätige Allgemeinmediziner  
Kreis Altenkirchen (n=65)



# Situation in Altenkirchen

Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
Kreisärzteschaft Altenkirchen

- 
- Der demografische Wandel führt dazu, dass immer mehr ältere Menschen einen steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen haben werden.
  - Immer mehr Patienten müssen in immer kürzerer Zeit versorgt werden.

Fazit:

Die Arbeit muss auf  
immer mehr Köpfe verteilt werden.

# Arbeitsverdichtung



Landesärztekammer  
Rheinland-Pfalz

# Ärzteversorgung im ländlichen Raum LANDKREIS ALTENKIRCHEN

# Hausärzte sind zentrale Ansprechpartner

Der diesjährige Deutsche Ärztetag hat die hausärztliche Versorgung ganz besonders unterstützt:

- Hausärzte sind die zentralen Ansprechpartner für die akute Versorgung und die kontinuierliche, oft lebenslange Betreuung der Bürgerinnen und Bürger bei allen gesundheitlichen Problemen.
- Hausärzte haben eine hohe Verantwortung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.
- Hausärzte lösen unter anderem gesundheitliche Probleme und kooperieren dabei mit anderen Fachärzten oder nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

# Hausarzt ist ein schöner Beruf!

---

Hausärztliche Arbeit ist patientenorientiert und abwechslungsreich.

Der Hausarzt steht für Vertrauen und Verlässlichkeit in die Qualität der ärztlichen Versorgung.

Statistisch gesehen erreichen derzeit noch rund 88 Prozent der Bundesbürger ihren Hausarzt in weniger als 15 Minuten (Quelle KBV) .

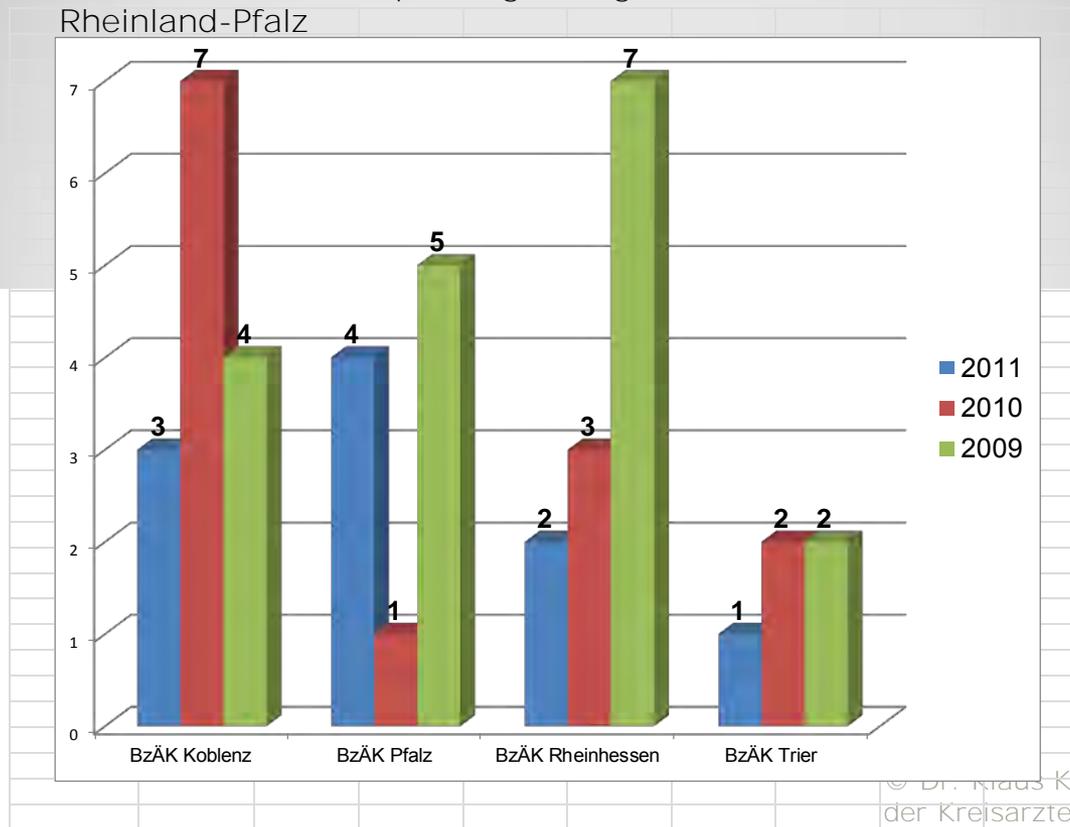
# Hausarzt ist ein schöner Beruf! Aber auch eine aussterbende Spezies?

---

Bestandene Facharztprüfungen Allgemeinmedizin in  
Rheinland-Pfalz

# Hausarzt ist ein schöner Beruf! Aber auch eine aussterbende Spezies?

Bestandene Facharztprüfungen Allgemeinmedizin in  
Rheinland-Pfalz



2009=18  
2010=13  
2011=10

# Wo sind die Probleme?

- Arbeitsverdichtung
- Altersstruktur und Ausblick in RLP und Kreis AK
- Die Wünsche der Jungen
- Möglichkeiten
- Fazit

---

**Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten ist in den vergangenen Jahren gewachsen und wird auch weiter steigen (hochspezialisierte Einrichtung, Bedarf in Industrie, Forschung, Ausland, MDK...).**

Weitere Gründe hierfür:

- der medizinische Fortschritt und ökonomische Verdichtungsprozesse (DRG Vergütungsstruktur im Krankenhaus )
- der demografische Wandel in der Bevölkerung,
- der erhöhte Anteil von Teilzeitstellen (Frauenquote im Studium versus Frauenquote im niedergelassenen Bereich)

**Arbeitsverdichtung**

- 
- **Stat. Sektor** : 2010 hatten bereits drei Viertel der Krankenhäuser Probleme, ihre Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Je Einrichtung fehlten durchschnittlich 3,6 ärztliche Vollzeitkräfte (Diskussionen in der Besetzung des Rettungsdienstes) . Hochgerechnet waren demnach 5500 Arztstellen in den Kliniken vakant (Quelle Deutsches Krankenhausinstitut)

- **Amb. Sektor** : Im Jahre 2020 gibt es etwa 7 000 weniger Hausärzte als 2010 (Quelle KBV).

## Auswirkungen der Arbeitsverdichtung

- 
- Mehr Ärzte (statistisch gesehen) und zugleich Ärztemangel schließen sich nicht aus:
  - Der medizinische Fortschritt führt dazu, dass immer mehr Spezialisten ( Pädiater, Radiologen im Kreis AK) nötig werden.
  - Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die Teilzeitarbeit wünschen, steigt.
  - Hinzu kommen offizielle Arbeitszeitverkürzungen.

## **Arbeitsverdichtung**

- Veränderungen in den Jahren 2000-2011

**Altersstruktur in RLP**

- 
- Wichtig ist der Blick in **die Altersaufteilung**. Hier ist Fakt, dass der Großteil der erfassten Ärzte in einem Alter ist, der in Kürze in **Ruhestand** gehen wird. Junge Ärzte rücken aber zu wenig nach.
  - Das bedeutet, dass es sowohl im stationären Bereich als auch im niedergelassenen Bereich in wenigen Jahren Lücken geben wird.
  - Die **Schere** zwischen der Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die in den nächsten Jahren in Ruhestand gehen werden, und dem nachrückenden Nachwuchs wird sich immer weiter öffnen.

## Altersstruktur

---

## Ärzte zwischen 34 und 39 Jahren

im Jahr 2000: 4868

im Jahr 2011: 4110 = minus 15,6 %

## Ärzte zwischen 40 und 59 Jahren

im Jahr 2000: 7472

Im Jahr 2011: 9518 = plus 27,4 %

## Ärzte über 60 Jahre

im Jahr 2000: 1104

im Jahr 2011: 2502 = plus 126,4 %

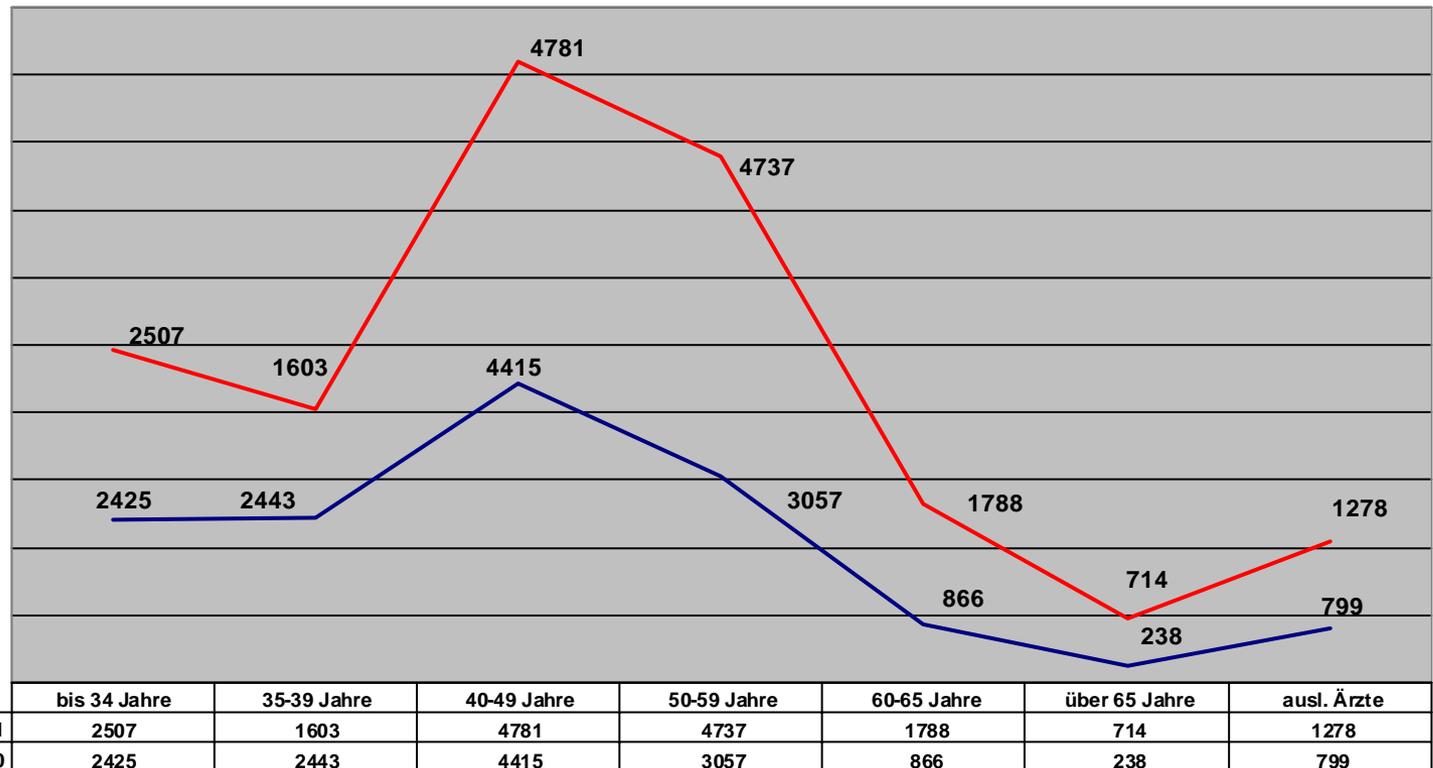
# Altersstruktur in RLP

# Altersstruktur in RLP

Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte

2011 insgesamt 16.130

2000 insgesamt 13.444



Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

© Dr. Klaus Kohlhas, Obmann der Kreisärzteschaft Altenkirchen

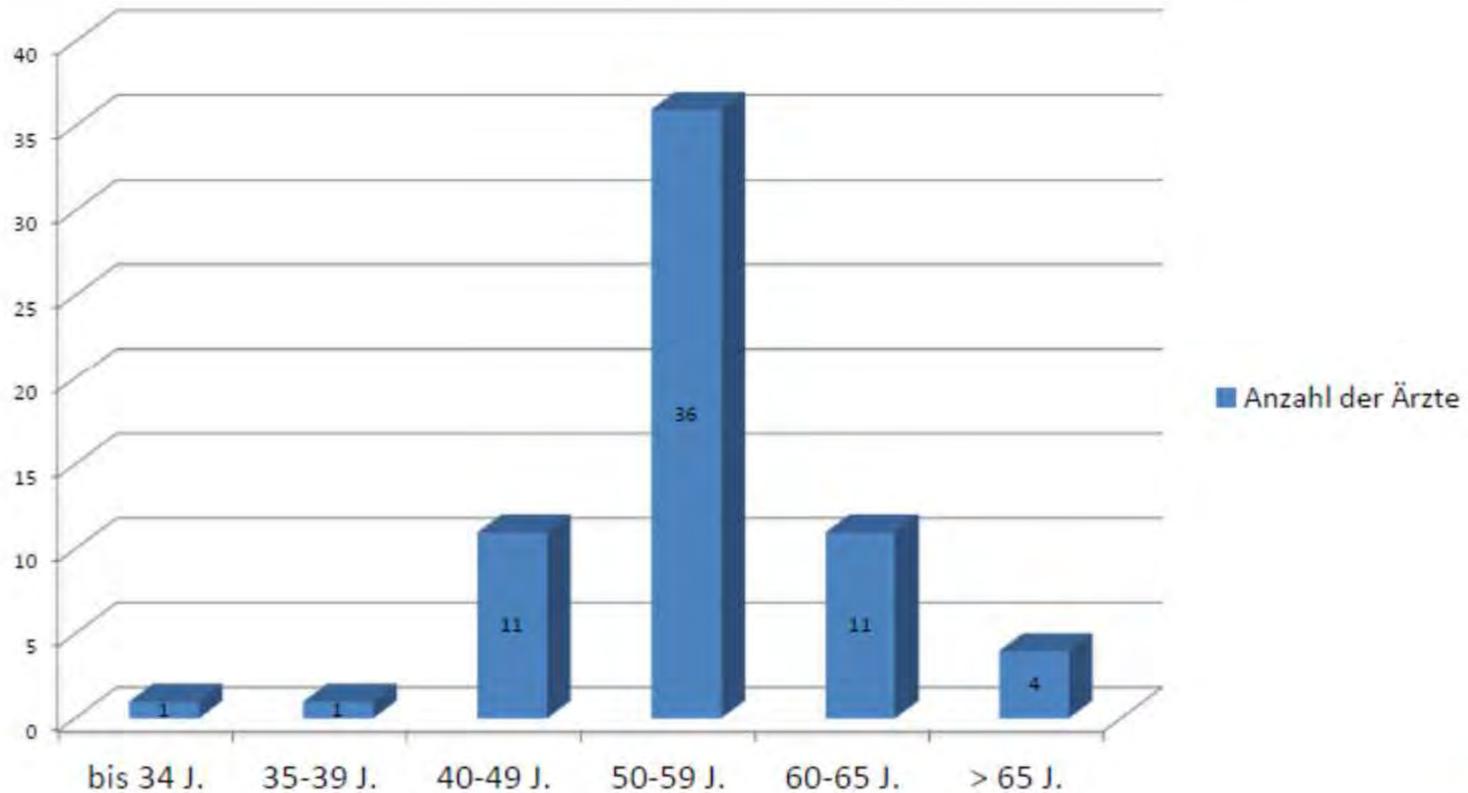
**Altersstruktur im Kreis AK**

Städte	bis 34 Jahre	35-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-65 Jahre	über 65 Jahre
Alsdorf	0	0	0	0	1	0
Altenkirchen	0	0	0	1	1	1
Betzdorf	0	0	2	7	0	0
Birken-Honigessen	0	0	0	0	1	0
Daaden	0	0	0	2	1	0
Elkenroth	0	0	0	1	2	0
Flammersfeld	0	0	0	2	0	0
Friesenhagen	0	0	0	1	1	0
Gebhardshain	0	0	1	2	0	0
Hamm	0	0	1	3	1	0
Herdorf	0	0	1	3	0	0
Horhausen	0	0	2	3	0	0
Katzwinkel	0	0	0	1	0	0
Kirchen	0	0	1	2	1	1
Mudersbach	1	0	1	1	0	1
Niederfischbach	0	1	1	2	0	1
Oberlahr	0	0	0	1	0	0
Rosenheim	0	0	0	1	0	0
Scheuerfeld	0	0	1	0	0	0
Weitefeld	0	0	0	1	0	0
Weyerbusch	0	0	0	1	0	0
Wissen	0	0	0	1	2	0
<b>Altenkirchen (Kreis)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>4</b>

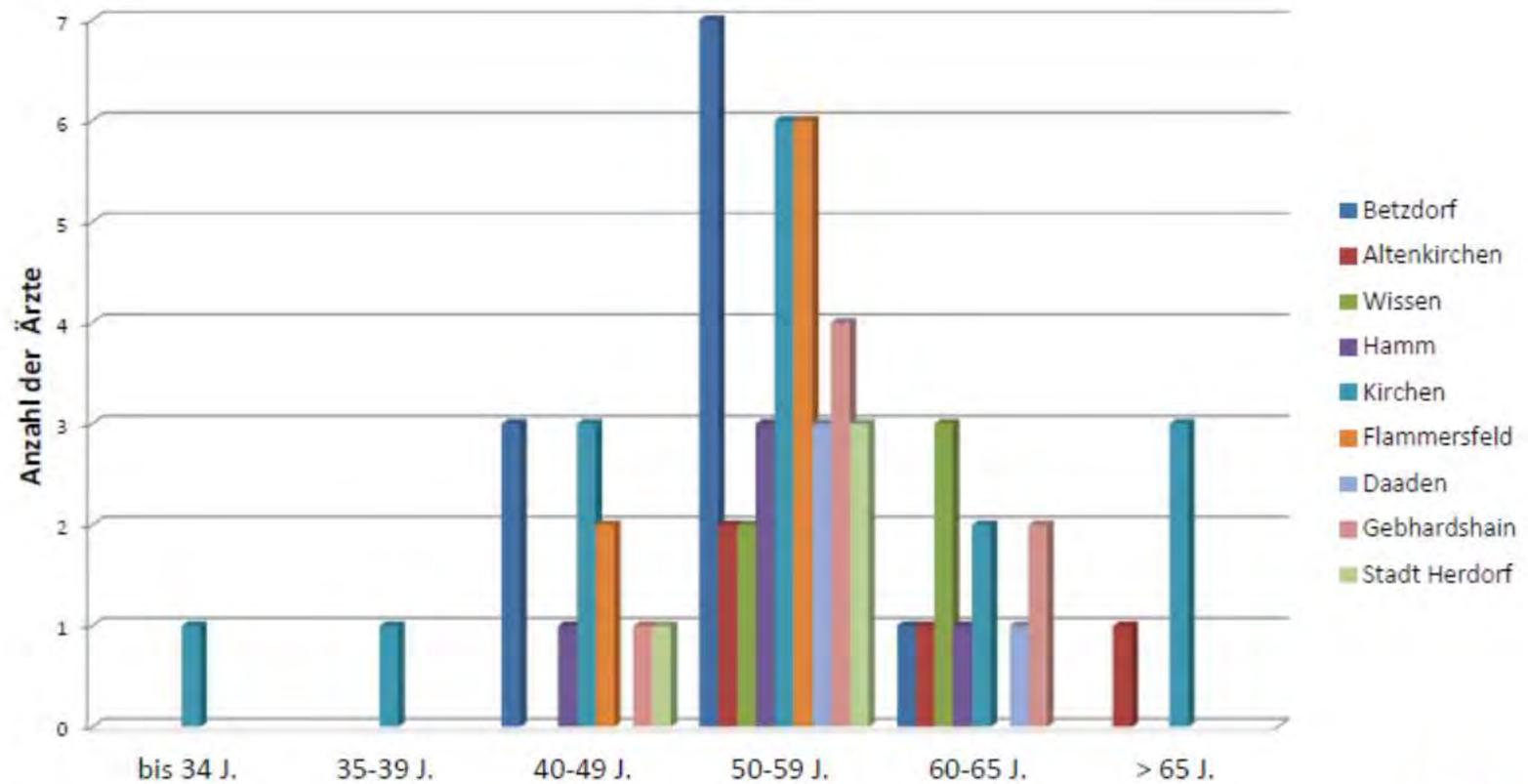
Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
Kreisärzteschaft Altenkirchen

### Altersstruktur der Allgemeinmediziner im Landkreis Altenkirchen

Quelle: Landesärztekammer RLP: Stand 2011

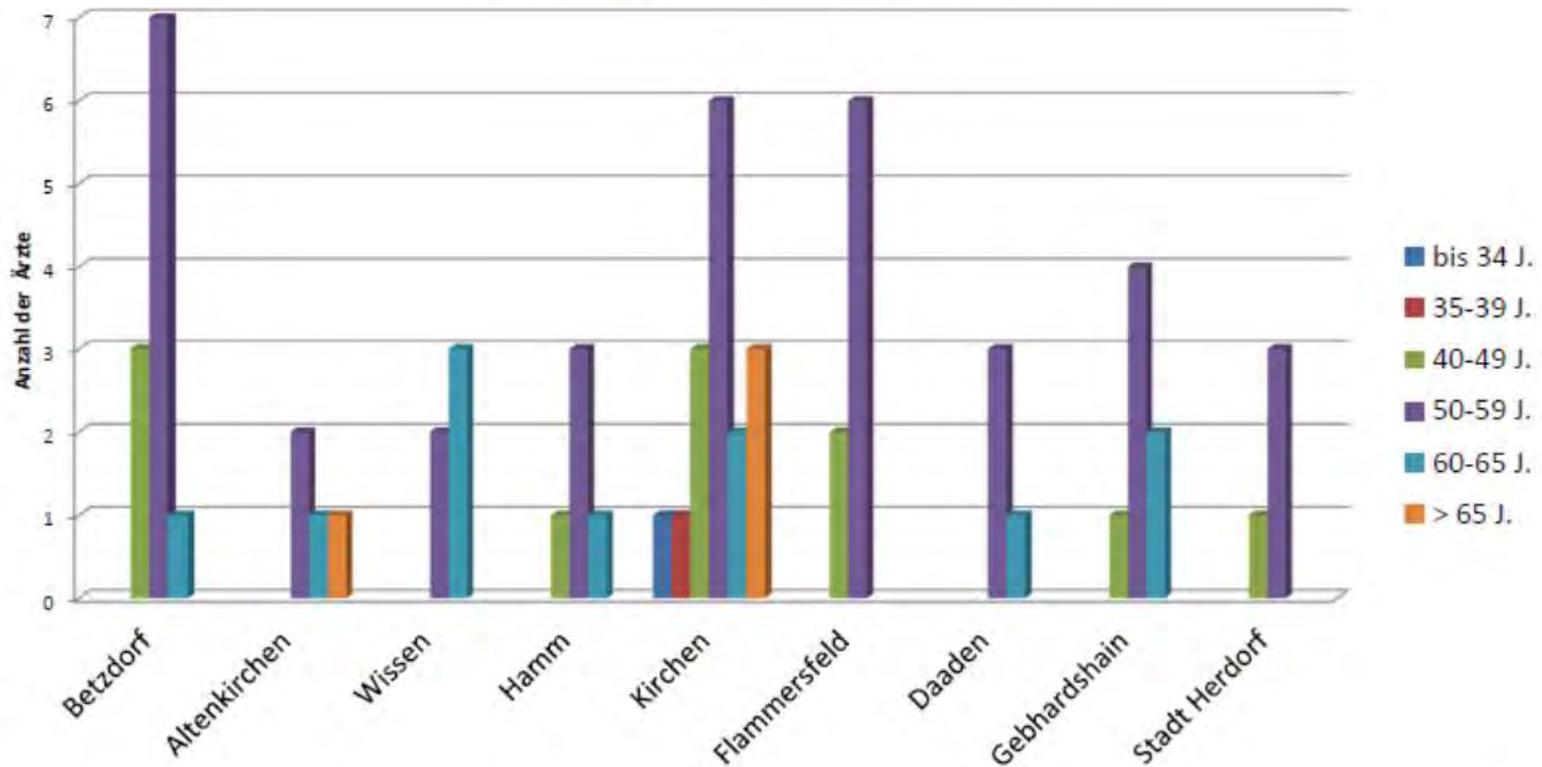


### Altersstruktur der Allgemeinmediziner in den Verbandsgemeinden Quelle: Landesärztekammer RLP 2011



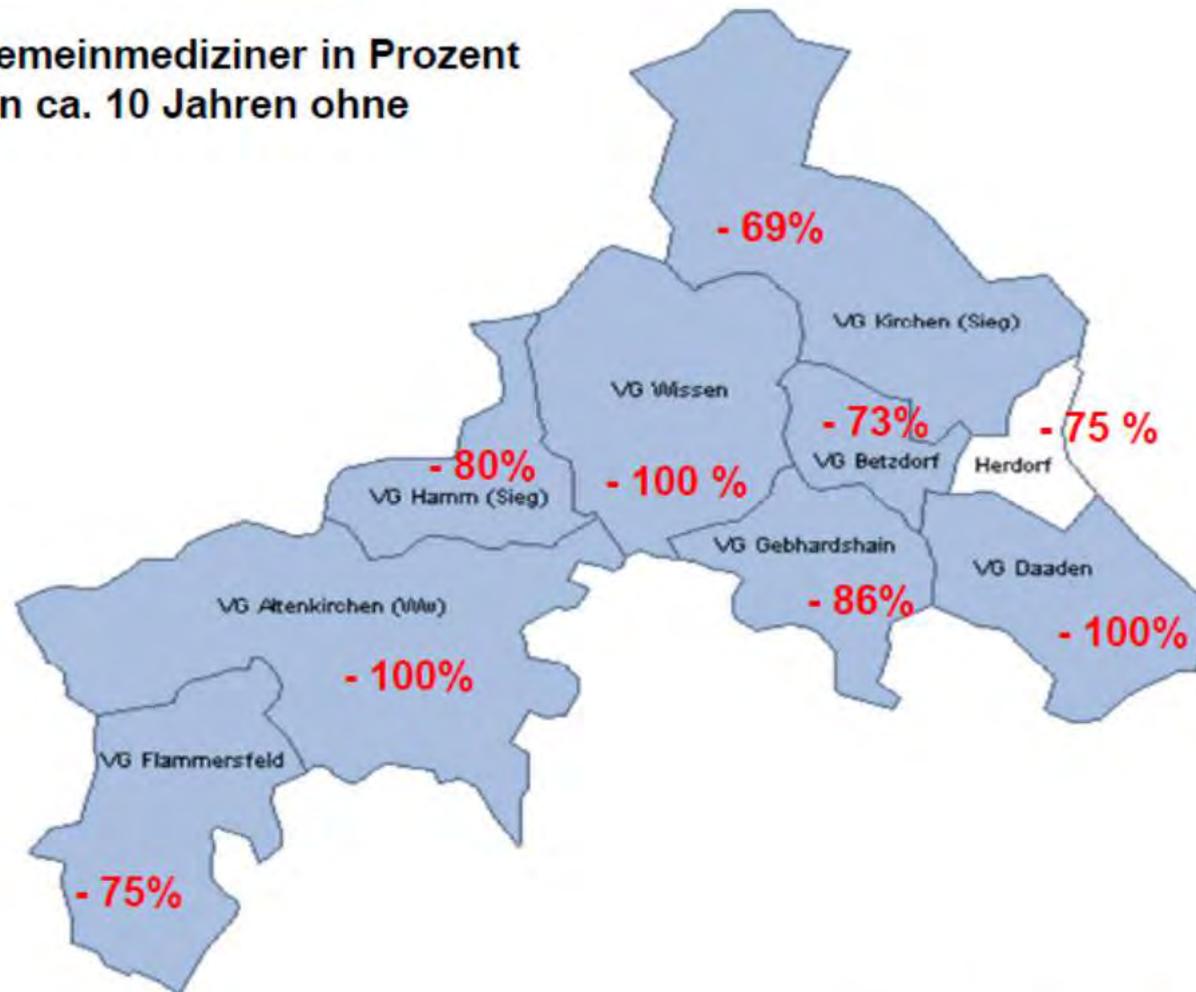
### Altersstruktur der Allgemeinmediziner

Quelle: Landesärztekammer RLP 2011

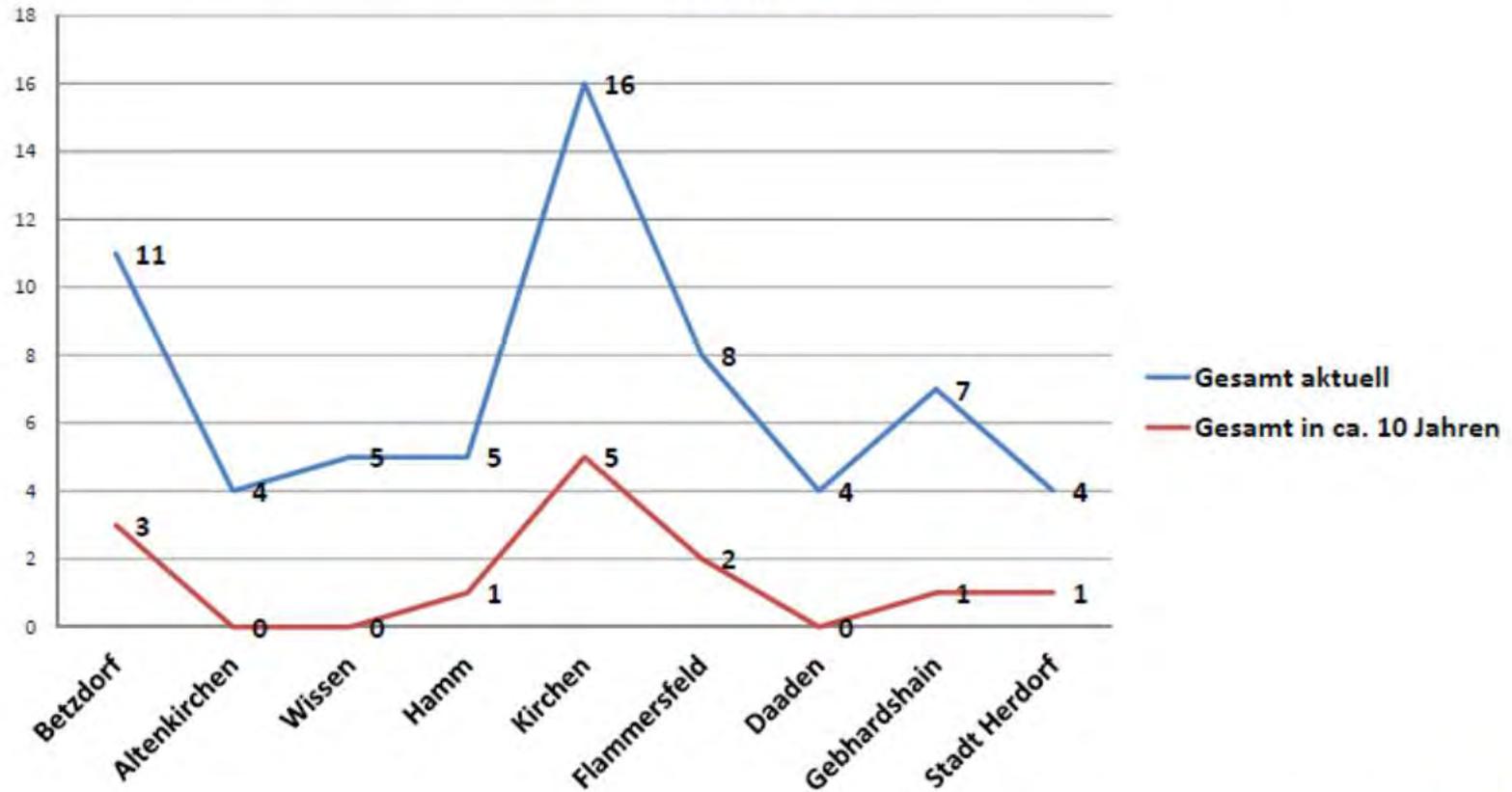




**Verlust an Allgemeinmediziner in Prozent  
in den nächsten ca. 10 Jahren ohne  
Nachfolge**



**Annahme: Anzahl Allgemeinmediziner in ca. 10 Jahren im Falle ohne Nachfolge**



Fazit:

- es wird deutlich, dass in den nächsten 5 bis 10 Jahren ein Großteil der aktuell praktizierenden Hausärzte nicht mehr tätig sein wird
- Eine Ausbildung, bis dass ein Arzt sich niederlassen kann, dauert ca. 10 Jahre !



**Was sind die Ursachen des  
Ärztemangels ?**

# Kritik an Arbeitsbedingungen

Ärzte hängen die Patiententätigkeit an den  
Nagel

- wegen viel zu hoher Arbeitszeiten
- weil sie kaum Zeit fürs Privatleben haben
- weil sie den kollegialen Austausch vermissen
- weil sie zu wenig Zeit für Patienten haben
- wegen viel zu viel Bürokratie
- **...und wandern ab in Industrie, Forschung, Krankenkassen, MDK, Versicherungen**

Nach dem Studium arbeiten 12 Prozent der Absolventen nicht kurativ. Junge Ärzte wandern teilweise ins Ausland ab; im Jahr 2010 waren insgesamt 17.000 Ärzte im Ausland tätig (Quelle BÄK + KBV).

- 
- Medizinische Versorgung braucht Planungssicherheit (aktuelle EBM Reform, GOÄ von 1996 )
  - Ärztinnen und Ärzte brauchen verlässliche Arbeitsbedingungen.
  - Medizin wird weiblich
  - Uni Mainz : Medizinstudentinnen machen mehr als 70% der Studierenden aus ; LÄK RLP Statistik 2011: 39,9 % der Berufstätigen sind Ärztinnen.
  - Wichtig sind auch eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie (gute Kinderbetreuung-Kindergarten an Krankenhäuser sind Standortvorteil, Job des Partners, Teilzeitmöglichkeiten).

## Ausblick

---

Die kommende Ärztegeneration weiß genau, was sie will (Umfrage Uni Trier/ KBV).

Junge Ärztinnen und Ärzte wollen bei der Arbeit leben:

- mit geregelten Arbeitszeiten
- mit viel Zeit für Freizeit und Familie
- mit Teamarbeit und viel Austausch mit Kollegen.

## Die Wünsche der Jungen

---

Unsere Nachwuchsärzte gehören zur Y-Generation.

- Sie haben die Macht der Demographie.
- Sie werden weltweit bald jeden zweiten Arbeitnehmer stellen.
- Sie sind jung, qualifiziert und selbstbewusst.
- Sie erwarten spannende Arbeit und gute Gehälter
- Und : Sie können sich Ihren Arbeitsplatz zwischen Flensburg und Mittenwald frei wählen- warum dann Westerwald ? Imagebroschüren

## Die Wünsche der Jungen

---

Geld und Karriere allein machen sie nicht glücklich. (Umfrage Uni Trier/ KBV).

Die Nachwuchs-Generation will:

- keine Einzelpraxis
- kein hohes finanzielles Risiko für eine eigene Praxis
- keine frühe Entscheidung für ein Leben lang.

## Die Wünsche der Jungen

# Möglichkeiten die wir anbieten

---

Im ambulanten Bereich:

- Verbünde gründen, Synergien nutzen
- Ärztehäuser über Kommunen finanzieren (Eine Gemeinde ohne Arzt verliert Standortvorteil)
- Günstige Konditionen für Bauflächen und Kredite
- MVZs in ärztlicher Hand
- Chancen des GKV-Strukturgesetz nutzen:  
Zweigniederlassungen, Angestellte in der Praxis
- Vernetzungsstrukturen stationärer und ambulanter Bereich nutzen was Aus- und Weiterbildung tangiert  
(Stichwort : Verbundweiterbildung )
- Ärztliche Kollegen aus dem Ausland  
Kontaktmöglichkeiten ins ambulante System bieten

# Wir machen unsere Hausaufgaben

- Abend der Allgemeinmedizin für Studierende an der Uni Mainz
- Fachtagung Vereinbarkeit Familie und Beruf
- Lehrpraxen der Uni Mainz und Bonn
- Schaffen eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin
- Masterplan mit dem Ministerium, der KV, dem Hausärzteverband und der Universität
- Modelle zur Verbundweiterbildung
- Quereinstieg Allgemeinmedizin ( zB. Chirurgie, Gynäkologie)
- Weiterbildung in Teilzeit

- Ärztliche Versorgungsbezirke zu wenig regionalisiert
- Honorierungsstrukturen in hausärztlich wie fachärztlich unterversorgten Gebieten muß attraktiver gestaltet werden (Bsp. Zahnärzte)

**Wo fehlt 's noch ?**

- 
- Die Wünsche der nachrückenden Ärztegeneration müssen wir ernstnehmen.
  - Wir brauchen auch den Mut, mit neuen Versorgungsmodellen alte Zöpfe abzuschneiden
  - -und die Energie, neue Wege auch auszuprobieren.
  - **„Der Zufall begünstigt nur den vorbereiteten Geist“** -franz. Bakteriologe Louis Pasteur

Fazit



Landesärztekammer  
Rheinland-Pfalz

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- 
- Den einen Königsweg scheint es nicht zu geben.
  - Viele kleine Bausteine sind wichtig.
  - Kooperationen ermöglichen kurzfristig Besserung.
  - Die Kommunen müssen helfen, ein gutes Umfeld zu schaffen.
  - Gemeinsam müssen wir Lösungen erarbeiten, damit der Arztberuf die Attraktivität bekommt, die er verdient.

Dafür setzen wir uns ein!

**Fazit**

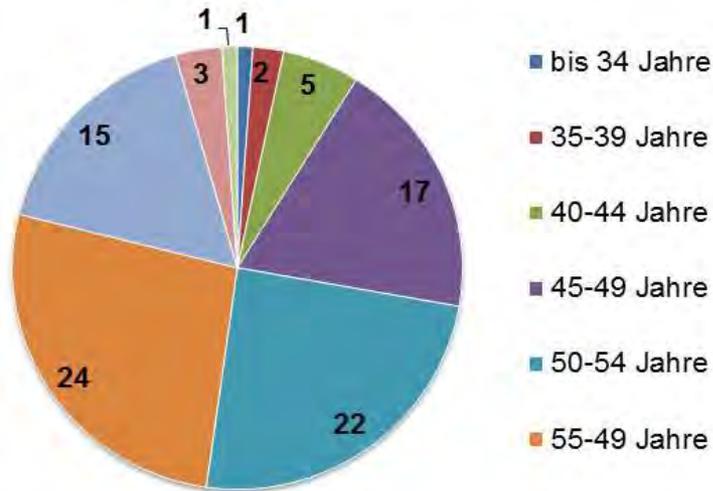
---

Im stationären Bereich:

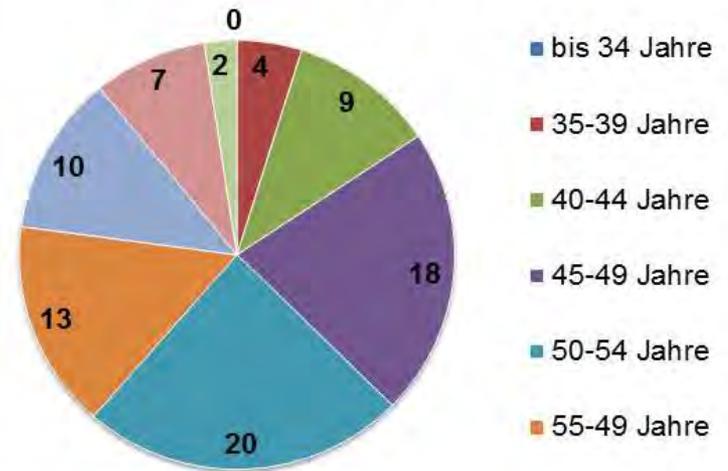
- Die interdisziplinäre Fachabteilung mit Angeboten der stationären Grundversorgung.
- Kleine Kliniken lösen sich von festen Fachabteilungen und setzen auf fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte.
- Die Verbundweiter- und -fortbildung.

**Möglichkeiten**

**Hausärzte**  
Kreis Altenkirchen (n=90)



**Fachärzte**  
(incl. Kinderärzte)  
Kreis Altenkirchen (n= 83)



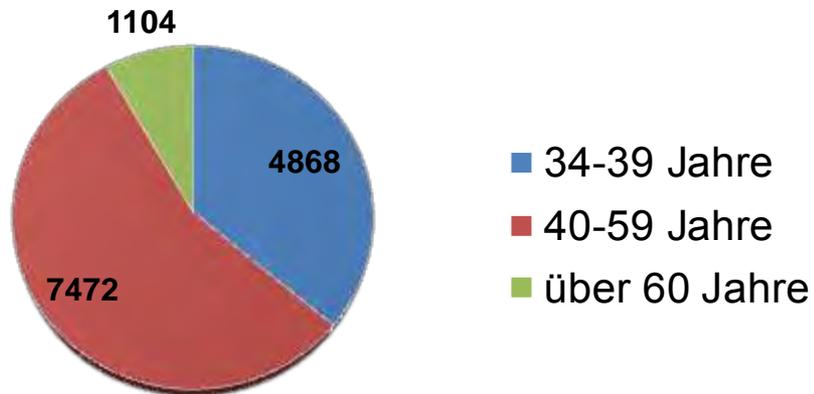
	bis 34 Jahre	35-39 Jahre	40-44 Jahre	45-49 Jahre	50-54 Jahre	55-49 Jahre	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70 Jahre und älter	gesamt
Hausärzte	1	2	5	17	22	24	15	3	1	90
Fachärzte (incl. Kinderärzte)	0	4	9	18	20	13	10	7	2	83

# Situation in Altenkirchen

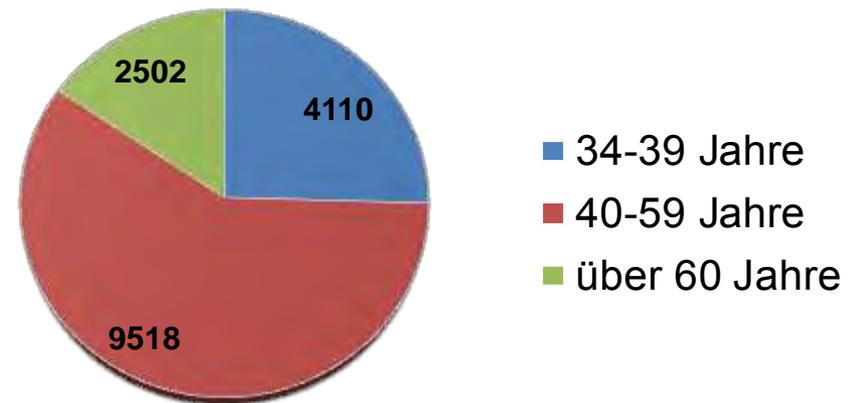
Quelle: KV RLP  
© Dr. Klaus Kohlhas, Obmann  
der Kreisärzteschaft  
Altenkirchen

# Altersstruktur in RLP

**Berufstätige im Jahr 2000**  
n = 13 444

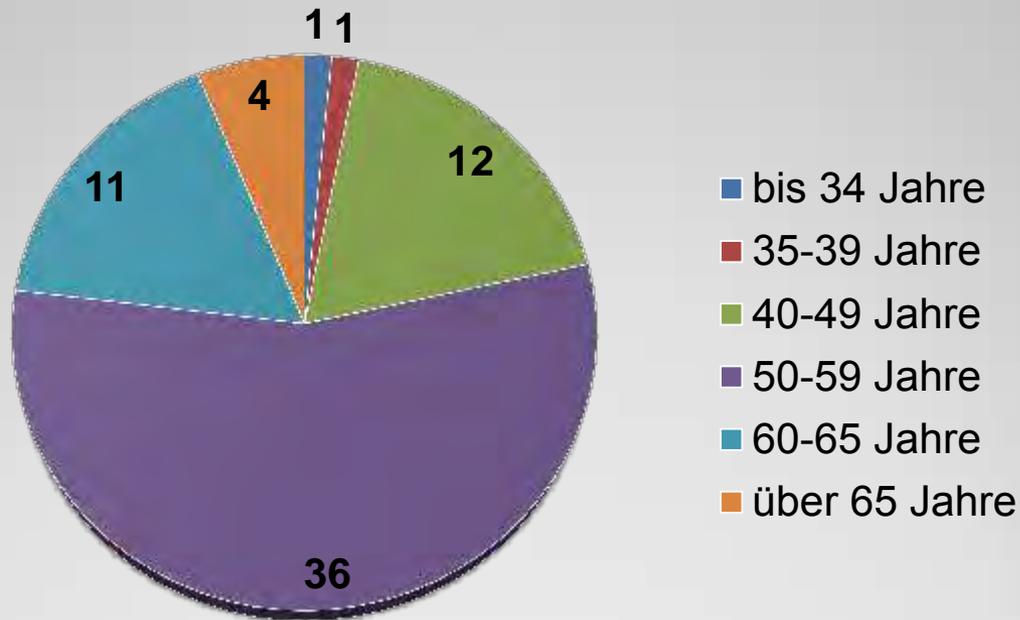


**Berufstätige im Jahr 2011**  
n = 16 130



Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

berufstätige Allgemeinmediziner  
Kreis Altenkirchen (n=65)



# Situation in Altenkirchen

Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
Kreisärzteschaft Altenkirchen

- 
- Der demografische Wandel führt dazu, dass immer mehr ältere Menschen einen steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen haben werden.
  - Immer mehr Patienten müssen in immer kürzerer Zeit versorgt werden.

Fazit:

Die Arbeit muss auf immer mehr Köpfe verteilt werden.

# Arbeitsverdichtung



Landesärztekammer  
Rheinland-Pfalz

# Ärzteversorgung im ländlichen Raum LANDKREIS ALTENKIRCHEN

# Hausärzte sind zentrale Ansprechpartner

---

Der diesjährige Deutsche Ärztetag hat die hausärztliche Versorgung ganz besonders unterstützt:

- Hausärzte sind die zentralen Ansprechpartner für die akute Versorgung und die kontinuierliche, oft lebenslange Betreuung der Bürgerinnen und Bürger bei allen gesundheitlichen Problemen.
- Hausärzte haben eine hohe Verantwortung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.
- Hausärzte lösen unter anderem gesundheitliche Probleme und kooperieren dabei mit anderen Fachärzten oder nichtärztlichen Gesundheitsberufen.

# Hausarzt ist ein schöner Beruf!

---

Hausärztliche Arbeit ist patientenorientiert und abwechslungsreich.

Der Hausarzt steht für Vertrauen und Verlässlichkeit in die Qualität der ärztlichen Versorgung.

Statistisch gesehen erreichen derzeit noch rund 88 Prozent der Bundesbürger ihren Hausarzt in weniger als 15 Minuten (Quelle KBV) .

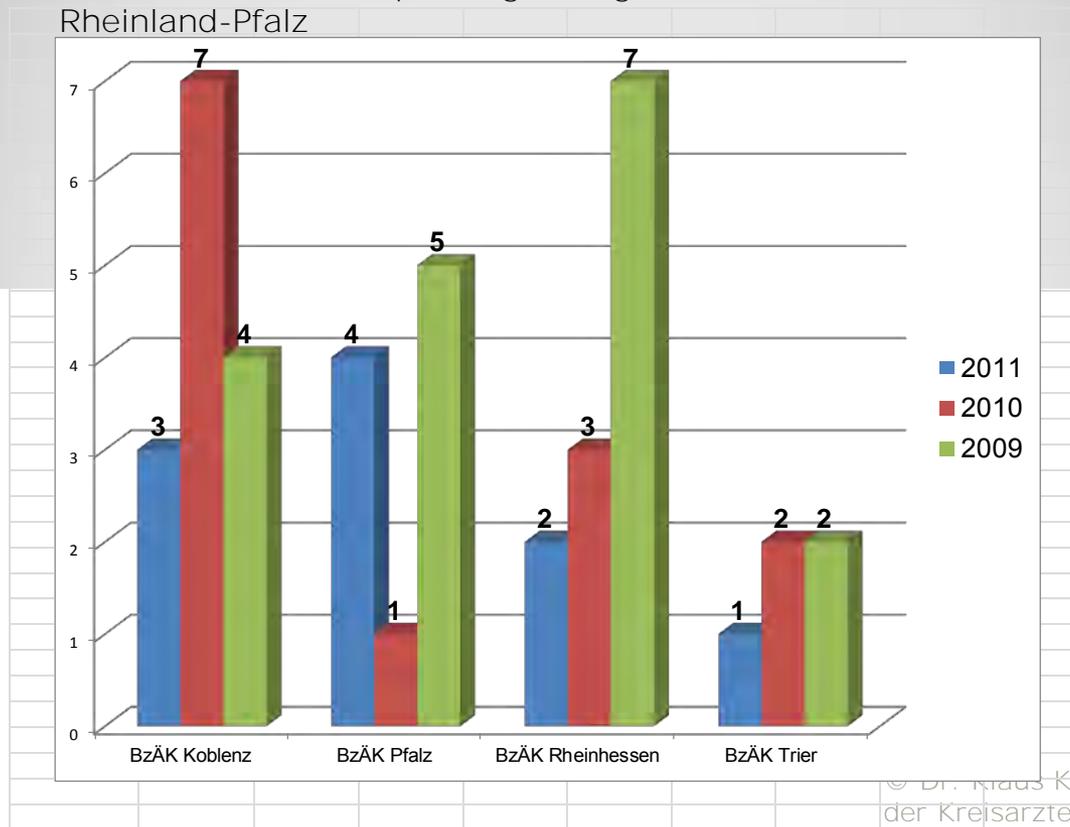
# Hausarzt ist ein schöner Beruf! Aber auch eine aussterbende Spezies?

---

Bestandene Facharztprüfungen Allgemeinmedizin in  
Rheinland-Pfalz

# Hausarzt ist ein schöner Beruf! Aber auch eine aussterbende Spezies?

Bestandene Facharztprüfungen Allgemeinmedizin in  
Rheinland-Pfalz



2009=18  
2010=13  
2011=10

# Wo sind die Probleme?

- Arbeitsverdichtung
- Altersstruktur und Ausblick in RLP und Kreis AK
- Die Wünsche der Jungen
- Möglichkeiten
- Fazit

---

**Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten ist in den vergangenen Jahren gewachsen und wird auch weiter steigen (hochspezialisierte Einrichtung, Bedarf in Industrie, Forschung, Ausland, MDK...).**

Weitere Gründe hierfür:

- der medizinische Fortschritt und ökonomische Verdichtungsprozesse (DRG Vergütungsstruktur im Krankenhaus )
- der demografische Wandel in der Bevölkerung,
- der erhöhte Anteil von Teilzeitstellen (Frauenquote im Studium versus Frauenquote im niedergelassenen Bereich)

**Arbeitsverdichtung**

- 
- **Stat. Sektor** : 2010 hatten bereits drei Viertel der Krankenhäuser Probleme, ihre Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Je Einrichtung fehlten durchschnittlich 3,6 ärztliche Vollzeitkräfte (Diskussionen in der Besetzung des Rettungsdienstes) . Hochgerechnet waren demnach 5500 Arztstellen in den Kliniken vakant (Quelle Deutsches Krankenhausinstitut)

- **Amb. Sektor** : Im Jahre 2020 gibt es etwa 7 000 weniger Hausärzte als 2010 (Quelle KBV).

## Auswirkungen der Arbeitsverdichtung

- 
- Mehr Ärzte (statistisch gesehen) und zugleich Ärztemangel schließen sich nicht aus:
  - Der medizinische Fortschritt führt dazu, dass immer mehr Spezialisten (Pädiater, Radiologen im Kreis AK) nötig werden.
  - Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die Teilzeitarbeit wünschen, steigt.
  - Hinzu kommen offizielle Arbeitszeitverkürzungen.

## **Arbeitsverdichtung**

- Veränderungen in den Jahren 2000-2011

**Altersstruktur in RLP**

- 
- Wichtig ist der Blick in **die Altersaufteilung**. Hier ist Fakt, dass der Großteil der erfassten Ärzte in einem Alter ist, der in Kürze in **Ruhestand** gehen wird. Junge Ärzte rücken aber zu wenig nach.
  - Das bedeutet, dass es sowohl im stationären Bereich als auch im niedergelassenen Bereich in wenigen Jahren Lücken geben wird.
  - Die **Schere** zwischen der Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die in den nächsten Jahren in Ruhestand gehen werden, und dem nachrückenden Nachwuchs wird sich immer weiter öffnen.

## Altersstruktur

---

## Ärzte zwischen 34 und 39 Jahren

im Jahr 2000: 4868

im Jahr 2011: 4110 = minus 15,6 %

## Ärzte zwischen 40 und 59 Jahren

im Jahr 2000: 7472

Im Jahr 2011: 9518 = plus 27,4 %

## Ärzte über 60 Jahre

im Jahr 2000: 1104

im Jahr 2011: 2502 = plus 126,4 %

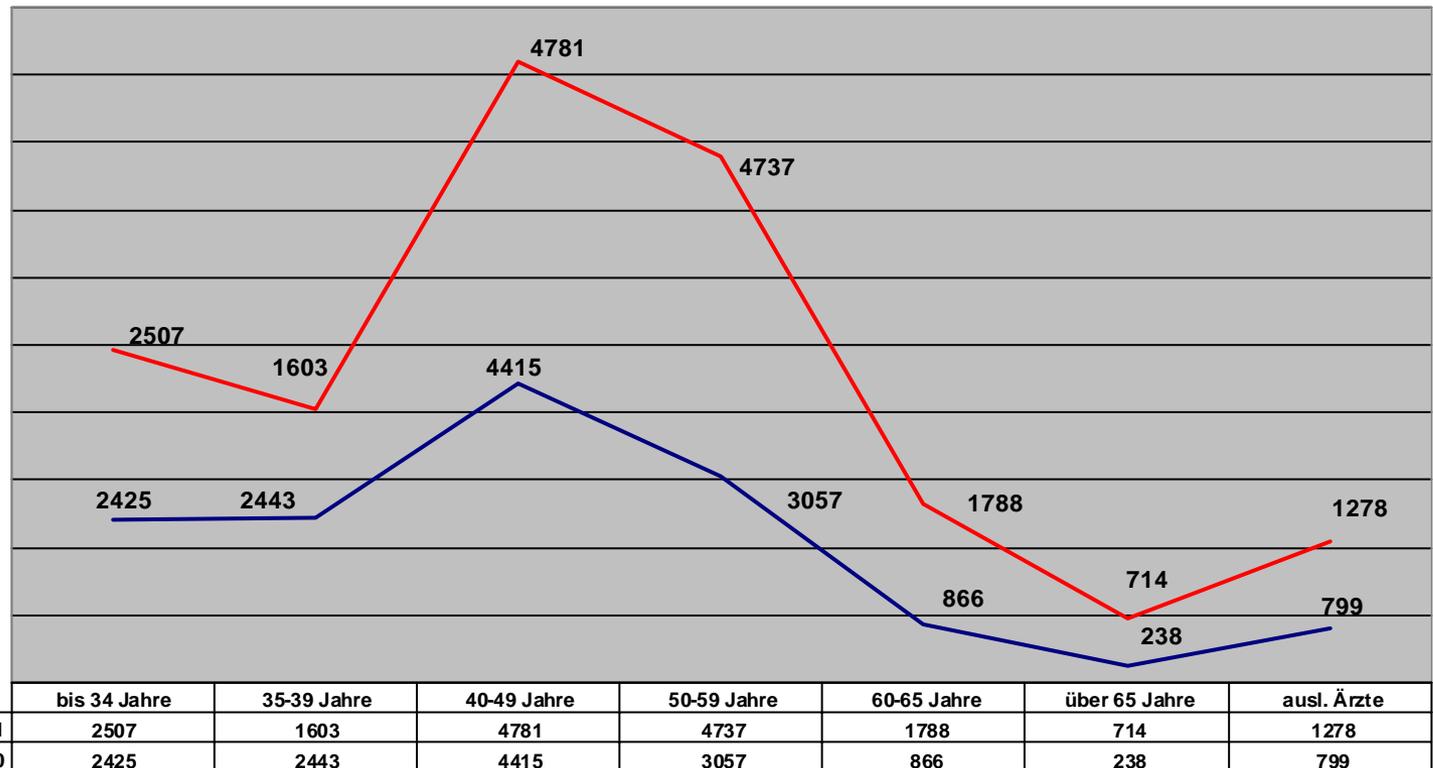
# Altersstruktur in RLP

# Altersstruktur in RLP

Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte

2011 insgesamt 16.130

2000 insgesamt 13.444



Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

© Dr. Klaus Kohlhas, Obmann der Kreisärzteschaft Altenkirchen

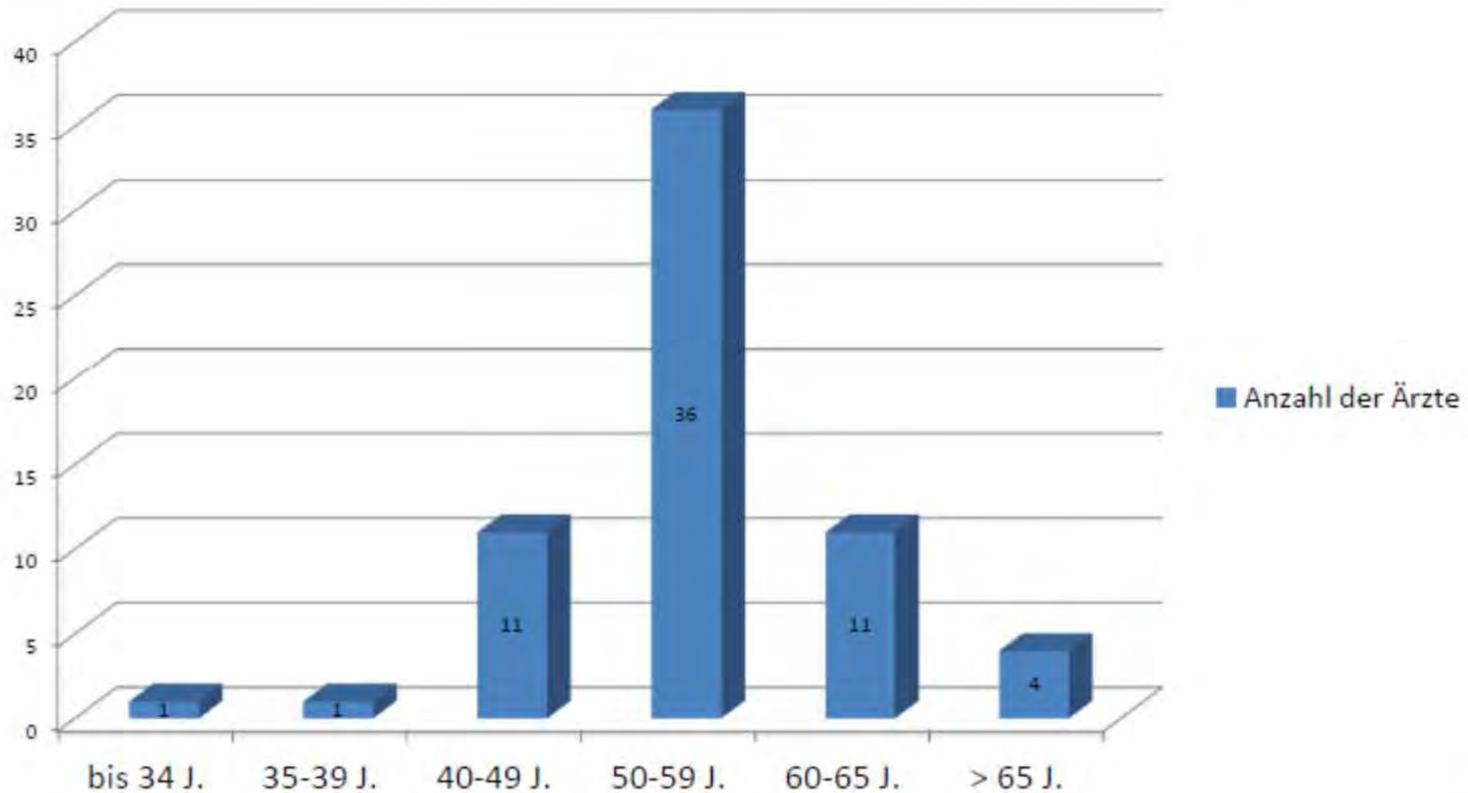
**Altersstruktur im Kreis AK**

Städte	bis 34 Jahre	35-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-65 Jahre	über 65 Jahre
Alsdorf	0	0	0	0	1	0
Altenkirchen	0	0	0	1	1	1
Betzdorf	0	0	2	7	0	0
Birken-Honigessen	0	0	0	0	1	0
Daaden	0	0	0	2	1	0
Elkenroth	0	0	0	1	2	0
Flammersfeld	0	0	0	2	0	0
Friesenhagen	0	0	0	1	1	0
Gebhardshain	0	0	1	2	0	0
Hamm	0	0	1	3	1	0
Herdorf	0	0	1	3	0	0
Horhausen	0	0	2	3	0	0
Katzwinkel	0	0	0	1	0	0
Kirchen	0	0	1	2	1	1
Mudersbach	1	0	1	1	0	1
Niederfischbach	0	1	1	2	0	1
Oberlahr	0	0	0	1	0	0
Rosenheim	0	0	0	1	0	0
Scheuerfeld	0	0	1	0	0	0
Weitefeld	0	0	0	1	0	0
Weyerbusch	0	0	0	1	0	0
Wissen	0	0	0	1	2	0
<b>Altenkirchen (Kreis)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>4</b>

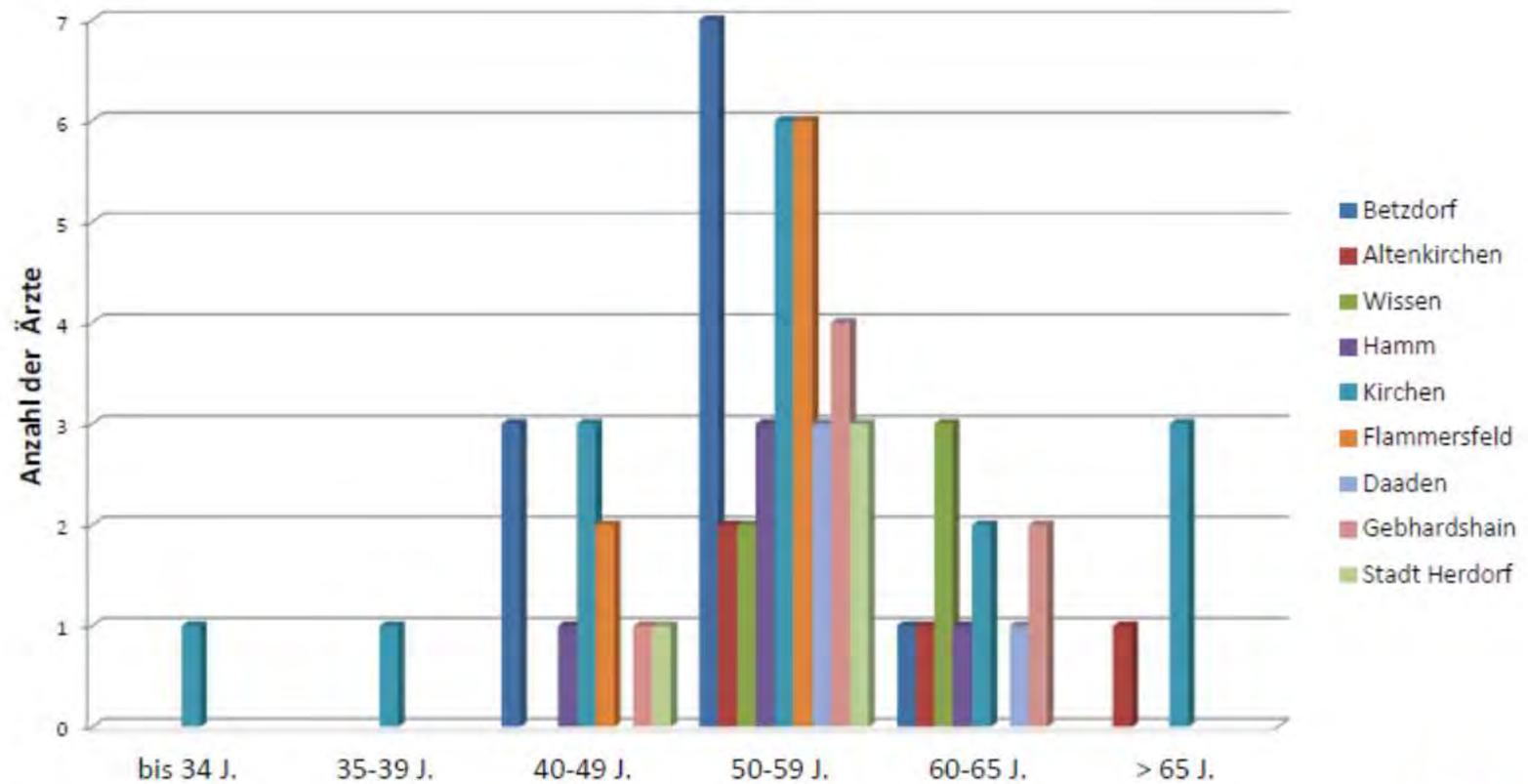
Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
Kreisärzteschaft Altenkirchen

### Altersstruktur der Allgemeinmediziner im Landkreis Altenkirchen

Quelle: Landesärztekammer RLP: Stand 2011

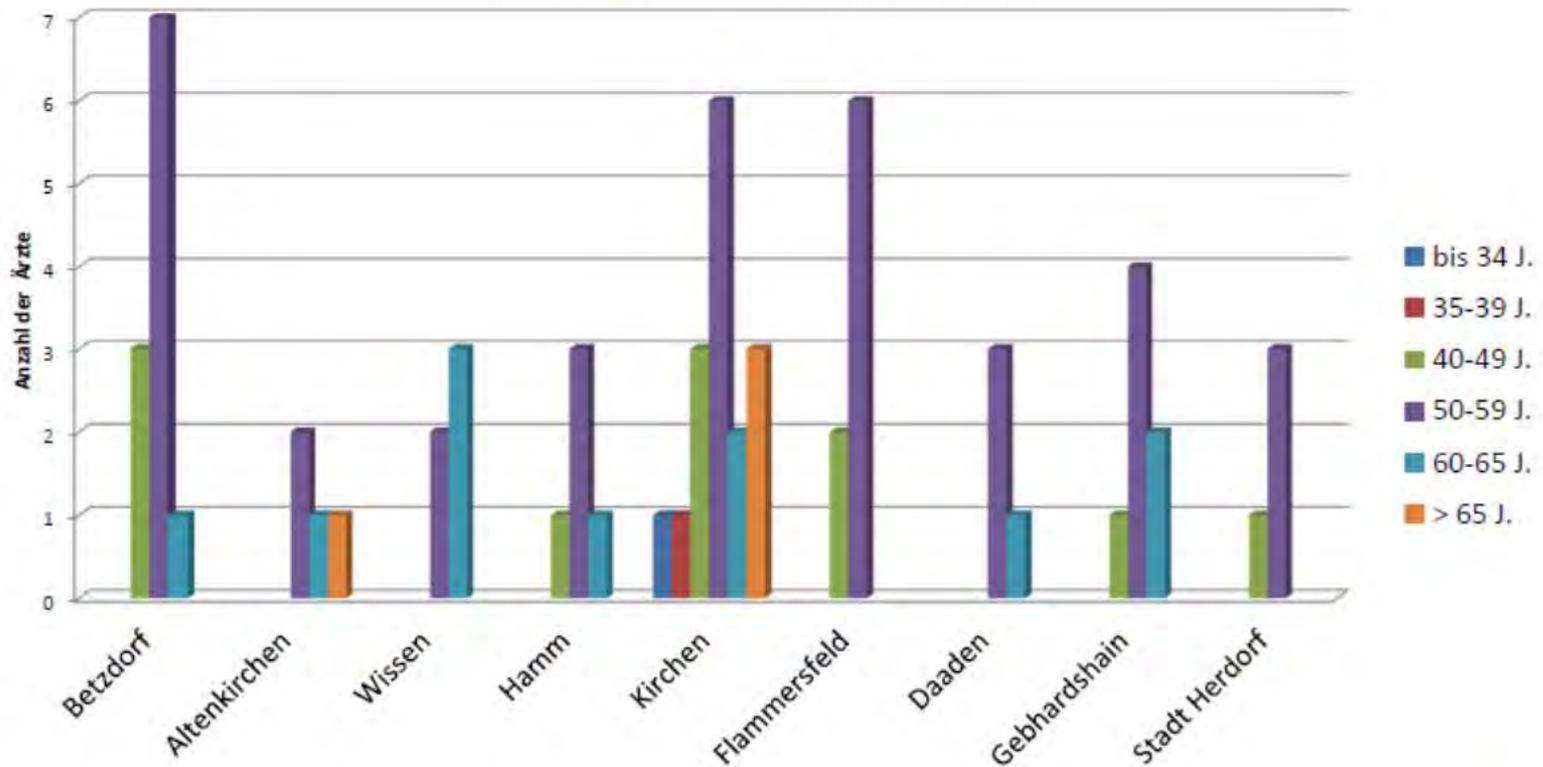


### Altersstruktur der Allgemeinmediziner in den Verbandsgemeinden Quelle: Landesärztekammer RLP 2011



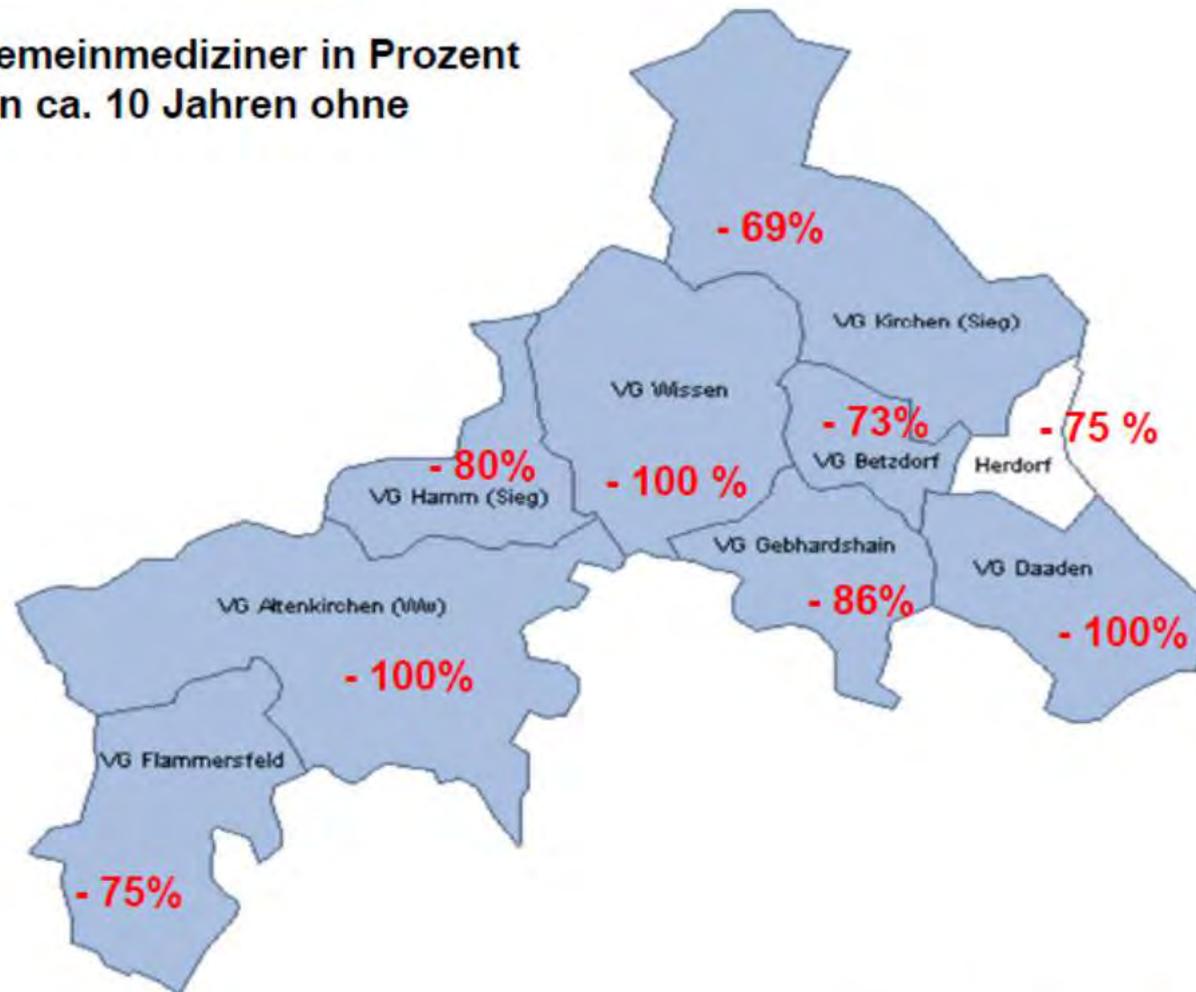
### Altersstruktur der Allgemeinmediziner

Quelle: Landesärztekammer RLP 2011

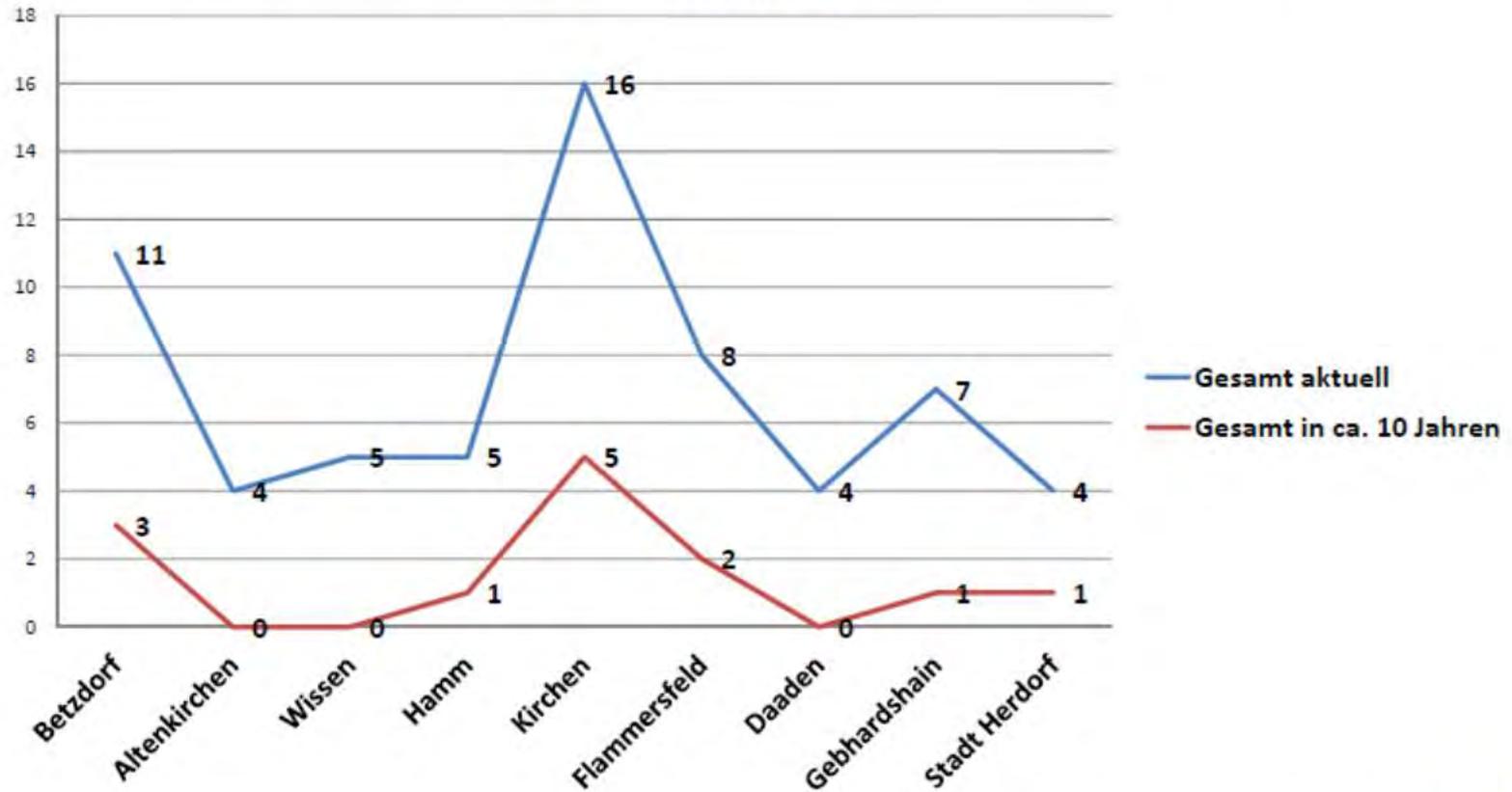




**Verlust an Allgemeinmediziner in Prozent  
in den nächsten ca. 10 Jahren ohne  
Nachfolge**



**Annahme: Anzahl Allgemeinmediziner in ca. 10 Jahren im Falle ohne Nachfolge**



Fazit:

- es wird deutlich, dass in den nächsten 5 bis 10 Jahren ein Großteil der aktuell praktizierenden Hausärzte nicht mehr tätig sein wird
- Eine Ausbildung, bis dass ein Arzt sich niederlassen kann, dauert ca. 10 Jahre !



**Was sind die Ursachen des  
Ärzttemangels ?**

# Kritik an Arbeitsbedingungen

Ärzte hängen die Patiententätigkeit an den  
Nagel

- wegen viel zu hoher Arbeitszeiten
- weil sie kaum Zeit fürs Privatleben haben
- weil sie den kollegialen Austausch vermissen
- weil sie zu wenig Zeit für Patienten haben
- wegen viel zu viel Bürokratie
- **...und wandern ab in Industrie, Forschung, Krankenkassen, MDK, Versicherungen**

Nach dem Studium arbeiten 12 Prozent der Absolventen nicht kurativ. Junge Ärzte wandern teilweise ins Ausland ab; im Jahr 2010 waren insgesamt 17.000 Ärzte im Ausland tätig (Quelle BÄK + KBV).

- 
- Medizinische Versorgung braucht Planungssicherheit (aktuelle EBM Reform, GOÄ von 1996 )
  - Ärztinnen und Ärzte brauchen verlässliche Arbeitsbedingungen.
  - Medizin wird weiblich
  - Uni Mainz : Medizinstudentinnen machen mehr als 70% der Studierenden aus ; LÄK RLP Statistik 2011: 39,9 % der Berufstätigen sind Ärztinnen.
  - Wichtig sind auch eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie (gute Kinderbetreuung-Kindergarten an Krankenhäuser sind Standortvorteil, Job des Partners, Teilzeitmöglichkeiten).

## Ausblick

---

Die kommende Ärztegeneration weiß genau, was sie will (Umfrage Uni Trier/ KBV).

Junge Ärztinnen und Ärzte wollen bei der Arbeit leben:

- mit geregelten Arbeitszeiten
- mit viel Zeit für Freizeit und Familie
- mit Teamarbeit und viel Austausch mit Kollegen.

## Die Wünsche der Jungen

---

Unsere Nachwuchsärzte gehören zur Y-Generation.

- Sie haben die Macht der Demographie.
- Sie werden weltweit bald jeden zweiten Arbeitnehmer stellen.
- Sie sind jung, qualifiziert und selbstbewusst.
- Sie erwarten spannende Arbeit und gute Gehälter
- Und : Sie können sich Ihren Arbeitsplatz zwischen Flensburg und Mittenwald frei wählen- warum dann Westerwald ? Imagebroschüren

## Die Wünsche der Jungen

---

Geld und Karriere allein machen sie nicht glücklich. (Umfrage Uni Trier/ KBV).

Die Nachwuchs-Generation will:

- keine Einzelpraxis
- kein hohes finanzielles Risiko für eine eigene Praxis
- keine frühe Entscheidung für ein Leben lang.

## Die Wünsche der Jungen

# Möglichkeiten die wir anbieten

---

Im ambulanten Bereich:

- Verbände gründen, Synergien nutzen
- Ärzthäuser über Kommunen finanzieren (Eine Gemeinde ohne Arzt verliert Standortvorteil)
- Günstige Konditionen für Bauflächen und Kredite
- MVZs in ärztlicher Hand
- Chancen des GKV-Strukturgesetz nutzen:  
Zweigniederlassungen, Angestellte in der Praxis
- Vernetzungsstrukturen stationärer und ambulanten Bereich nutzen was Aus- und Weiterbildung tangiert  
(Stichwort : Verbundweiterbildung )
- Ärztliche Kollegen aus dem Ausland  
Kontaktmöglichkeiten ins ambulante System bieten

# Wir machen unsere Hausaufgaben

- Abend der Allgemeinmedizin für Studierende an der Uni Mainz
- Fachtagung Vereinbarkeit Familie und Beruf
- Lehrpraxen der Uni Mainz und Bonn
- Schaffen eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin
- Masterplan mit dem Ministerium, der KV, dem Hausärzterverband und der Universität
- Modelle zur Verbundweiterbildung
- Quereinstieg Allgemeinmedizin ( zB. Chirurgie, Gynäkologie)
- Weiterbildung in Teilzeit

- Ärztliche Versorgungsbezirke zu wenig regionalisiert
- Honorierungsstrukturen in hausärztlich wie fachärztlich unterversorgten Gebieten muß attraktiver gestaltet werden (Bsp. Zahnärzte)

**Wo fehlt 's noch ?**

- 
- Die Wünsche der nachrückenden Ärztegeneration müssen wir ernstnehmen.
  - Wir brauchen auch den Mut, mit neuen Versorgungsmodellen alte Zöpfe abzuschneiden
  - -und die Energie, neue Wege auch auszuprobieren.
  - **„Der Zufall begünstigt nur den vorbereiteten Geist“** -franz. Bakteriologe Louis Pasteur

Fazit



Landesärztekammer  
Rheinland-Pfalz

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- 
- Den einen Königsweg scheint es nicht zu geben.
  - Viele kleine Bausteine sind wichtig.
  - Kooperationen ermöglichen kurzfristig Besserung.
  - Die Kommunen müssen helfen, ein gutes Umfeld zu schaffen.
  - Gemeinsam müssen wir Lösungen erarbeiten, damit der Arztberuf die Attraktivität bekommt, die er verdient.

Dafür setzen wir uns ein!

**Fazit**

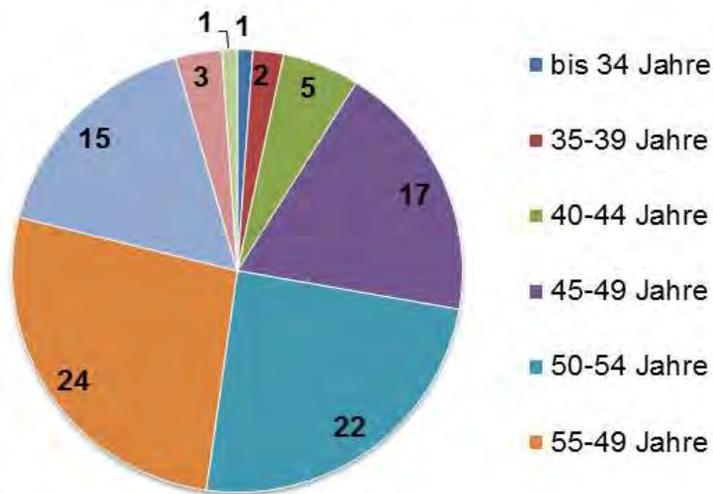
---

Im stationären Bereich:

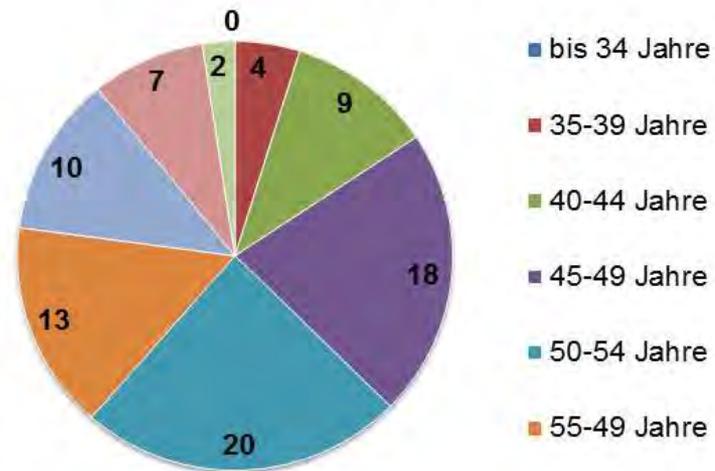
- Die interdisziplinäre Fachabteilung mit Angeboten der stationären Grundversorgung.
- Kleine Kliniken lösen sich von festen Fachabteilungen und setzen auf fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte.
- Die Verbundweiter- und -fortbildung.

**Möglichkeiten**

**Hausärzte**  
Kreis Altenkirchen (n=90)



**Fachärzte**  
(incl. Kinderärzte)  
Kreis Altenkirchen (n= 83)



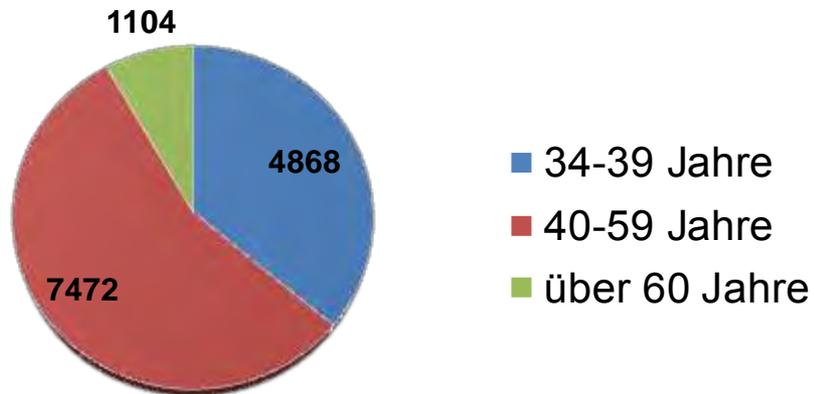
	bis 34 Jahre	35-39 Jahre	40-44 Jahre	45-49 Jahre	50-54 Jahre	55-49 Jahre	60-64 Jahre	65-69 Jahre	70 Jahre und älter	gesamt
Hausärzte	1	2	5	17	22	24	15	3	1	90
Fachärzte (incl. Kinderärzte)	0	4	9	18	20	13	10	7	2	83

# Situation in Altenkirchen

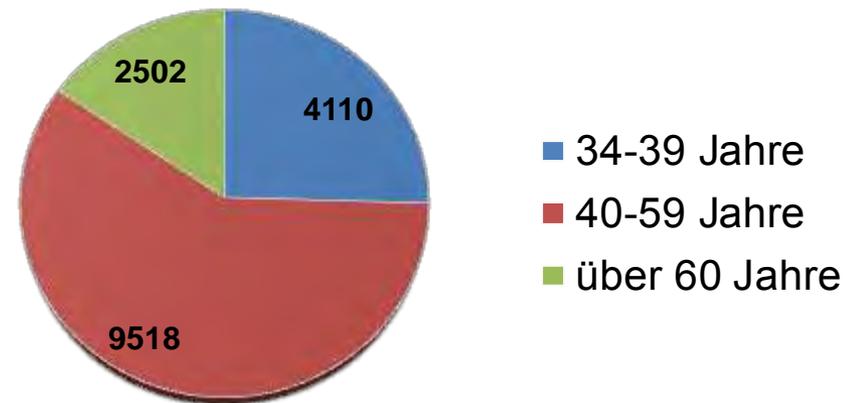
Quelle: KV RLP  
© Dr. Klaus Kohlhas, Obmann  
der Kreisärzteschaft  
Altenkirchen

# Altersstruktur in RLP

**Berufstätige im Jahr 2000**  
n = 13 444

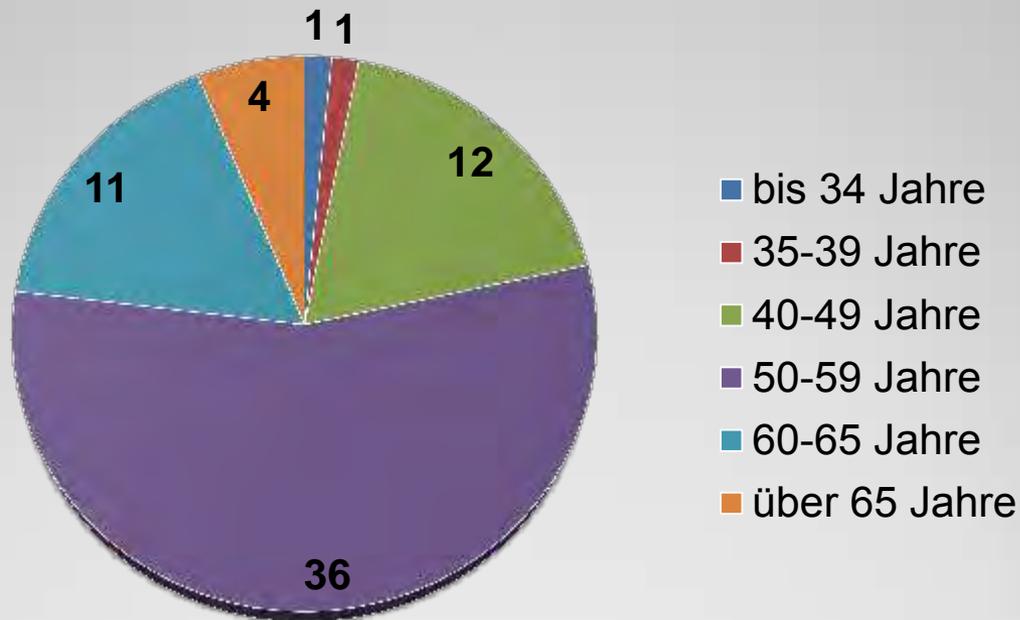


**Berufstätige im Jahr 2011**  
n = 16 130



Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

berufstätige Allgemeinmediziner  
Kreis Altenkirchen (n=65)



# Situation in Altenkirchen

Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
Kreisärzteschaft Altenkirchen

- 
- Der demografische Wandel führt dazu, dass immer mehr ältere Menschen einen steigenden Bedarf an medizinischen Leistungen haben werden.
  - Immer mehr Patienten müssen in immer kürzerer Zeit versorgt werden.

Fazit:

Die Arbeit muss auf  
immer mehr Köpfe verteilt werden.

# Arbeitsverdichtung