**Zukunftssichere Versorgung des ländlichen Bereichs durch Neuordnung der Versorgungsstrukturen unter Schirmherrschaft von Kommunen**

**Ausgangssituation der Bedarfsplanung 2013:**

1. Neue Einnahmenverteilung zw. Haus-/Fachärzten
2. Grund- vs. spezialisierte Versorgung (Größere Versorgerpraxen werden gestärkt)
3. Konzentration der Bedarfsplanung auf sogenannte Mittelbereiche der Raumordnung (statt 400 Landkreise/Städte sind in Zukunft >800 hausärztliche Planungsbereiche vorgesehen ⇒ es ergeben sich einige 100 neu geöffnete Hausarztzulassungen, die aber physisch nicht nachbesetzt werden können)
   1. Erhöhung von nicht nachbesetzbaren HA-Stellen von 2000 auf 3000.
   2. 600 neu ausgeschriebene Zulassungen der fachärztlichen Grundversorgung.
   3. 3 von 6 ländlichen Gemeinden haben bis 2020 keinen wohnortnahen Versorger.
   4. Um das geografische Zentrum eines Mittelbereiches (Mittelzentrum/Oberzentrum nach der Raumordnung) mit Krankenhaus und Fachärzten entsteht ein Kranz von 20 bis 30 Standorten mit insgesamt ca. 100 bis 130 Hausärzten.
   5. Diese Portalpraxen sind Schlüsselentscheider. Sie weisen den Fachärzten und gegebenenfalls konkurrierenden Krankenhäusern in geografischen Einzugsbereichen die Patienten zu.
   6. Die wohnortnahe Versorgung erweitert sich von 10 km und 10 Minuten auf bis zu 40 km und 40 Minuten Anfahrtszeit. Gemildert wird dieser Konflikt durch Konzepte von Bring- und Holdiensten für Patienten, die auch außerhalb der öffentlichen Verkehrsmittel die Patienten zu Arztpraxen, Krankenhäusern, Einkaufszentren etc. bringen.
4. Aus Angst vor Mitspracherechten von Ländern und Kommunen haben Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sich nur minimal bewegt. Faktisch hat man sich durch die Akzeptanz des Ausblutens der Randbereiche des ländlichen Raumes von der Philosophie der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung getrennt.

**Hausarztbereich:**

1. Ein sterbender Beruf mit 75%-igem Rückgang innerhalb der letzten fünf Jahre.
2. Bis zum Jahr 2020 scheiden pro Jahr 2.400 Hausärzte aus.
3. Seit fünf Jahren rücken im Durchschnitt nur noch 800 Nachwuchshausärzte pro Jahr nach.
4. Das heißt, es würden ca. 11.000 Hausärzte zusätzlich gebraucht, um den demografischen Wandel aufzufangen", sagte die KBV-Vorstandsfrau. 2012 hätten aber gerade einmal 949 Hausärzte ihre Weiterbildung abgeschlossen.
5. Damit gehen bis 2020 im ländlichen Raum ca. 50 % der Hausärzte ihre Berufstätigkeit wegen Überalterung auf, ohne dass es in 80 % der Fälle zu einer Nachfolge kommt.
6. Davon sind 60 % Frauen, die ihr Facharztdiplom aufgrund einer primär auf Teilzeitfunktion beruhenden Weiterbildung erst mit 41 Jahren erhalten. Damit minimiert sich die Bereitschaft, sich zu verändern oder im ländlichen Raum sich noch 20 Jahre zu verschulden in extremem Maße.
7. Jeder potentielle Hausarzt kann aus zehn offenen Stellen im Hausarztsektor und im Krankenhaus auswählen.
8. Generell herrscht bei Haus- und Fachärzten ein 20 - 40 prozentiger Produktivitätsverlust am Arbeitsplatz durch eine geringere Leistungszeit. Das Rollenbild der Selbstständigkeit mit einem Ansatz von Risikotragung, Verschuldung und 20 % zusätzlicher Arbeitszeit durch unternehmerische Funktion hat keinen Mehrwert mehr. Es werden genau begrenzte Voll- und Teilzeittätigkeiten auf der Basis hoher Angestelltenvergütungen gewünscht.
9. Die Nachbesetzungsquote mit Teilzeitärzten in neu zu schaffenden Organisationsformen von Mehrbehandlerpraxen liegt bei maximal 20%.
10. Somit suchen 50% der Patienten der gleitend ausscheidenden Hausärzte des ländlichen Raumes eine neue, stabile Versorgungskonzeption, um im ländlichen Umfeld als Heimat gut versorgt und betreut ihr Leben angstfrei gestalten zu können.
11. Aber das Geld für die hausärztlichen Patienten der ausgeschiedenen Regionen kann 1:1 in die verbleibenden Auffangpraxen kanalisiert werden. Die Krankenkassen zahlen für die Versorgung der Patienten und nicht für die Menge der Arztköpfe ⇒ Darin besteht die zentrale Chance im Hausarztbereich mit weniger Ärzten und mehr Patienten delegativ mehr Geld verdienen zu können, wenn man sich neuer, prozessoptimierender Versorgungsstrukturen bedient.
12. Die Statistik zeigt, dass schon jetzt 20 % - 30 % der Ärzte noch mit über 65 Jahren arbeiten. Dennoch stand im Mittelpunkt der Überlegung, über das 65. Lebensjahr hinaus weiterzuarbeiten, die Hoffnung auf kurzfristige Vollübertragung von Patienten, Personal und Praxis.
13. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat errechnet, dass 15 % chronisch kranker Dauerpatienten die Hälfte der Zeit der Ärzte bei einer höchstpersönlichen Leistungskonzeption in Anspruch nehmen. Diese Patienten sind alle dem Arzt und der Praxis bekannt und benötigen zu 95 % nur Kontrolltermine bzw. psychoaktivierende Zuwendungstermine. Die 15 % an chronisch kranken, primär über 70 Jahre alten Patienten benötigen Dauerkontrolle und verursachen pro Quartal 2.000 von 4.000 Patientenkontakten eines Ø Hausarztes. Bei 1.000 Patienten und mehr nehmen diese 50% der ärztlichen Arbeitszeit in Anspruch.
    1. Dies sind bei einer Durchschnittspraxis mit 1.000 Patienten pro Quartal 150 Patienten. Sie verursachen 50 % des tradierten Kontakt- und Zeitaufwandes. Diesen Versorgungsanteil übertragen nun die Kassenärztlichen Vereinigungen - ohne Mengenbegrenzung - im Osten der Bundesrepublik auf die vom Deutschen Hausärzteverband entwickelte VERsorgungsAssistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®).
    2. Würde eine tradierte Arztpraxis 30 - 50 % der bisher höchstpersönlichen Leistungsbereiche delegieren - in der Hausarztpraxis an die VERAH®, in der Gynäkologiepraxis an Hebammen, in der Augenarztpraxis an Optometristen, in der HNO-Praxis an Akustiker - bräuchte man nicht so viel ärztlichen Nachwuchs. Die Gelder der nicht nachbesetzten Zulassungen würden hierfür zur Verfügung stehen.
    3. Damit entsteht beispielsweise bei einer Praxis mit vier Behandlern mit je 1.000 Scheinen/2.000 Kontakten durch Delegation max. eine freie Valenz pro Behandler von 30 bis 50 % der tradierten Kontakte.
    4. Delegativ schafft eine besonders qualifizierte VERsorgungsAssistentin in der Hausarztpraxis = VERAH® in einer etablierten Praxis mit 1.000 Scheinen und 3.000 Kontakten pro Quartal - in der mittelfristigen Optimalorganisation - einen Freiraum von 20 Arbeitsstunden pro Woche für den Arzt und übernimmt die Hälfte der Patientenkontakte, insbesondere hinsichtlich der 15 % = 150 Patienten mit chronischen Krankheitsbildern einer 1.000-Scheine-Praxis, die einen Hochfrequenzkontaktbedarf haben.
       1. 150 Patienten von 1.000 pro Quart. = 10 bis 20 Kontakte p.q. = Ø 13 Kontakte p.q. à 10 Minuten in der Praxis
       2. Davon 2 % = 20 Patienten in Häuslichkeit/Heim mit 13 Kontakten inkl. Fahrtzeit = +/- 30 Minuten pro Patient
       3. 260 Kontakte = Zeitaufwand 130 Stunden (von 60 Arbeitstagen)= 13 Arbeitstage à 10 Stunden p.q.
    5. Würde jedes Jahr ein Abgeber mit 1.000 Scheinen integriert, erhielte jede Zulassung 350 weitere Patienten mit einem fünfzigprozentigen Delegationspotenzial, welches bei den älteren, chronisch kranken Patienten liegt.
    6. Betriebswirtschaftlich gesehen ist für den Arzt jeder weitere höchstpersönliche Kontakt über den zweiten Kontakt hinaus ohne jede Vergütung.
    7. Dies ergäbe bei einem unterstellten Honorar von EUR 120,00 pro Stunde für einen 10-Minuten-Kontakt einen betriebswirtschaftlichen Verlust in Höhe von EUR 20,00.
    8. Kommt jetzt anstelle dieses betriebswirtschaftlichen Verlustes ein neuer Patient mit zwei Kontakten pro Quartal hinzu, entsteht wiederum eine Vergütungsstruktur von EUR 50,00 plus.
    9. Dies bedeutet 50 % mehr Arztzeit für neue Privat- und Kassenpatienten von den 60.000 Ärzten, die von insgesamt 140.000 Ärzten aufgeben. Dies ist die Aufgabe bis 2020. Faktisch bedeutet dies für die aktiven Ärzte eine Einkommensverdoppelung und mehr, weil die Kassenärztliche Vereinigung die Vergütungsanteile nicht nachbesetzter Zulassungen in die Auffangpraxen steuern muss.
    10. Viele Arztpraxen, die Entlastung suchen, stellen sich die Frage, ob es sinnhaft ist, zwei Teilzeitärztinnen auf eine tradierte Vollzeit-Arztfunktion zu setzen. In der Realität erreichen sie maximal 35 Stunden pro Monat bei Kosten von rund EUR 90.000,00 brutto im Jahr.
    11. Den 35 Arztstunden im Monat stehen Investitionen in gegebenenfalls insgesamt drei Versorgungsassistentinnen mit einem Zeitvolumen von insgesamt 120 Stunden im Monat gegenüber.
    12. Statt 10-Minuten-Kontakte können hier dem Patienten aus dem chronischen Krankheitsbereich 15-Minuten-Kontakte angeboten werden. Dies wären in der Detailbetrachtung vier Patientenkontakte pro Stunde. Hochgerechnet auf einen Arbeitstag der VERAH® (sieben Stunden) ergibt dies 28 Kontakte. Bei 60 Arbeitstagen pro Quartal wären dies 1.680 Kontakte für Patienten innerhalb einer 1.000-Scheine-Praxis mit insgesamt 3.000 Kontakten als Normwert.
14. Im Osten Deutschlands wird für jede eingesetzte VERAH® pro chronisch Krankem EUR 5,00 pro Quartal gezahlt und es werden bis zu drei Hausbesuche mit je EUR 17,00 pro Quartal vergütet. Ähnlich positiv sieht dies der Hausarztvertrag zwischen Deutschem Hausärzteverband/MEDI und AOK in Baden-Württemberg vor.
    1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen im Osten Deutschlands haben schon die Mengenbegrenzung/RLV-Auflagen für Hausarztpraxen größtenteils aufgehoben und die Delegation an VERAH®s gestattet. Dies sogar in Einvernehmen mit den Krankenkassen und nicht nur im Sonderfall der hausarztzentrierten Versorgung außerhalb des KV-Systems.
    2. Vorreiter in diesem Bereich der Delegation waren die Hausärzteverbände in Bayern und Baden-Württemberg. Inzwischen gibt es schon 4.000 Versorgungsassistentinnen in der Bundesrepublik - Tendenz steigend. Die neuen Hausarztverträge mit AOK und Techniker Krankenkasse in Hessen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen gehen in die gleiche Richtung.
15. Nimmt der wachstums- und zukunftsorientierte Praxisinhaber primär die Privatpatienten = ca. 100 mit einem Umsatzwert von 200 % und einem Gewinnwert von 300 % auf, so könnte er alleine drei bis vier Privatpatientenanteile von Abgebern übernehmen. Die Kassenpatienten delegativ, aber auch ertragreich integrierten.

**Facharztbereich:**

1. Der Facharztbereich sieht von der Gesamtabsolventenzahl besser aus. Scheinbar 3% Zuwachs von der Kopfzahl, aber inhaltlich auch hier 60% Frauen mit anderen Berufskonzepten als die tradierten männlichen Generationen bisher.
2. Viele neue fachärztliche Nischenfächer
3. 60 % Kolleginnen mit Teilzeitbedürfnissen
4. Generelle Reduzierung - unabhängig vom Geschlecht - der Alltagsarbeitszeit pro Tag um zwei Stunden = 20 % weniger Ressourcen verfügbar
5. Sogenannte "Generation Y" = Versuch soziale Bedürfnisse zu einer Synthese zu bringen mit der Konsequenz, dass zunächst jede Form von Selbstständigkeit, zeitlichem Mehraufwand und Risiko ausgeschlossen wird
6. Auch im Facharztbereich muss wegen der Feminisierung und der Unattraktivität des ländlichen Raums mit einem Engpass von bis zu 50 % nicht nachbesetzbarerer frei werdender Facharztstellen gerechnet werden. Insbesondere im Bereich konservativer Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Gynäkologie, Dermatologie und Neurologie
7. Hinzu kommt das Ausscheiden von ca. 20.000 Krankenhausärzten, obwohl schon jetzt 5.000 bis 6.000 Krankenhausstellen unbesetzt sind.

**Aufgabe der Kommunalpolitik:**

1. Schirmherr für regionale Zukunftskonferenzen für betroffene Gesundheits-Akteure
2. Vernetzte Gesundheit
3. Einbeziehung der Bürger in mehr eigenverantwortliches Verhalten
4. Nutzung moderner Telematik-Strukturen

**Timeline Umsetzungsprozess / zu lösende Aufgabenfelder:**

Die komplexe Materie kann durch den Einsatz von Experten mit ihrem fachlichen Hintergrund und der Kompetenz/Autorität der Fachmoderatoren zusammen mit einem regionalen Koordinator aus dem Bereich der kommunalen Körperschaften in einem Prozess von 18 bis 30 Monaten neu strukturiert werden. Schließen sich regional zwischen 15 bis 25, an diesem Prozess Beteiligte und Interessierte zusammen, entstehen mit Anschubfinanzierungen aus Fördergeldern relativ schnell sich selbst finanzierende und organisierende neue regionale Organisationsprozesse.

1. Neuordnung zwischen abzugebenden und auffangenden Hausarztpraxen und Erfassung veränderungsbereiter Innovatoren und kooperativer Abgeber.
2. Festlegung von strategischen Immobilienstandorten und den Ausbau in Stufenprozessen bis 2020 unter Berücksichtigung der zur Aufgabe von Standorten von Ärzten noch bestehenden tradierten Infrastruktur.
3. Zusammenspiel zwischen Hausärzten und angestellten Ärzten im Krankenhaus im Bereich Diagnostik, Therapie, Medikation, personellem Austausch, Fallkonferenzen.
4. Gemeinsame ärztliche und nichtärztliche Personalwerbung für die Region.
5. Zusammenspiel zwischen ambulanten Fachärzten und fachgleichen Krankenhausabteilungen - auch zur Übernahme von Krankenhausverantwortung im stationären Bereich/Überlassung von Krankenhausärzten für den ambulanten Bereich.
6. Versorgungskette niedergelassener Arzt, Krankenhaus, Entlassung, Reha, Pflege, Physiotherapie, Apotheke, Pflege, Orthopädietechnik, Sanitätshaus unter Einbindung der Krankenkassen im Hinblick auf Genehmigung von Versorgungsanträgen, Gutachten, etc.
7. Entwicklung von Versorgungspfaden nach Indikation, IV-Konzepte
8. Einbeziehung von Patienten-Organisationen, pharmazeutischen und medizintechnischer Firmen mit entsprechender Forschungskompetenz und Indikationsbereiche. Hier sind auch regionale Besonderheiten und standespolitische Interessen zwischen Hausarztverband, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zu berücksichtigen.
9. Schaffung eines "Wir-Gefühles" für eine neue integrierte regionale gemeinsame Verantwortung der Unterstützung von Landrat, interkommunalen Bürgermeistern, etc.
10. Gemeinsame Strukturen für Tag- und Nacht-Kindergärten für alle Berufe, die nachts und am Wochenende arbeiten. Hierzu gehören Kindergärten mit einer 7 x 24 Stunden-Struktur, Zurverfügungstellung von Plätzen bei Tagesmüttern, Betreuung von Kindern in Urlaubszeiten und wenn die Eltern gemeinsam an Fortbildungen teilnehmen oder durch Angehörigenpflege gebunden sind. Ggfs. Schaffung von Spezialschulen wie dem WEISE-Konzept Wetzlar; Karriereberatung für mitarbeitende Ehepartner, Vermittlung von Wohnungen, Zweitwohnungen; Angebot kostenloser Mitgliedschaften im Sport und in sozialen Vereinigungen (Golf, Reiten, Luftfahrt, Rotary, Lions, etc.)
11. Nutzung von beteiligten Institutionen/Stakeholdern - auch außerhalb der medizinischen Versorgungskette wie regional-Banken (Volksbank, Sparkasse, Spezialbanken, regionaler Steuerberater, Anwälte, Beratungspartner der Krankenhäuser im Bereich Wirtschaftsprüfung/Beratung, Einbeziehung von Indikationsspezialisten für verbesserte Indikationslösungen des einzelnen erkrankten Bürgers im Umgang mit seiner Krankheiten durch Medizintechnik, Pharmaindustrie bei Diabetes, Schlaganfall, Krebs und Case-Management Krankenkassen.
12. Das Krankenhaus wird attraktiver mit gemeinsamer Arzt-/ Personalwerbung mit dem ambulanten Sektor und dualen Karrieren gleichzeitig ambulant/stationär
13. Vorteile in der Stabilität von Zuweisungsstrukturen, ökonomischer Langfristplanung, Stabilität und Attraktivität personeller Verflechtung
14. Ambulante Gesundheitszentren auf dem Krankenhausgelände steigern die Attraktivität des Krankenhausstandortes im Wettbewerb, auch mit Kurzzeitpflege, Betreutem Wohnen auf dem Grundstück/Grundstücksumgebung.
15. Ambulante Zentren gestatten mittelfristig auch die Verlagerung von stationären Krankenhausabteilungen im Rahmen von Arbeitsteilungen mit zentraleren Standorten in der Region unter Beibehaltung der fachärztlichen Anlaufstellen, die dann schon historisch aus Krankenhausärzten und niedergelassenen Fach-/Hausärzten bestehen.
16. Abgebende Hausärzte können gemeinsame Konzepte für Versorgung von Hausbesuchspatienten, Heimpatienten in den verwaisenden Gemeinden und umliegenden Gemeindeteilen entwickeln; ferner Übernahme der Modalitäten gegen Entgelt auch ohne Nachfolger - durch die frühzeitige und langfristige Integration Ihrer Patienten und ihres Personals in einem fünfjährigen Adaptionsprozess in die Struktur der sich entwickelnden Auffangpraxen. Diese haben keine Fallzahlbegrenzung und können die für die Abgeber verfügbaren Gelder aus dem regionalen KV-Topf erhalten.
17. Auffangpraxen können sich zwei Jahre auf neuartige Delegation mit Versorgungsassistentin vorbereiten: Auswahl der Personen, Fortbildung, Integration dieser Personen in ein neues Muster der Versorgung zwischen dem ärztlichen Personal, den Ärzten selbst und dem Patienten.
18. Fachärzte des ambulanten Sektors werden gleichzeitig Chefärzte/leitende Ärzte des Krankenhauses. Beide Seiten erhalten Mehrwerte aus Kompetenz, Kostenreduktion, telematischem und persönlichem Daueraustausch.
19. Banken und ihre Partner können über ihren Bereich der in Zukunft wachsenden Schlüsselkunden des Gesundheitsbereiches wegfallende Umsätze aus Einzelpraxen auffangen und langfristige Grundstücks- und Investitionskredite ausreichen.
20. Die neuen Versorgungsstrukturen unterstützende Steuerberater, Finanzberater und Rechtsanwälte können durch ihre Unterstützungskompetenz neue Kunden aus der Region gewinnen und die wegfallenden kleinteiligen Beratungsmandate durch wachsende, konzentrierte Praxisstrukturen auffangen.
21. Bürgermeister und Landräte haben belastbare, frühzeitige, zukunftsorientierte Versorgungsstrukturen, die Arbeitsplätze, Wohnwerte, Attraktivität bei der Neuansiedlung von Unternehmen sichern.
22. Apotheker, Orthopädietechnik, Sanitätshäuser, Physiotherapiepraxen, Zahnarztpraxen können den Wandel mit berechnen, sind in die strategischen Veränderungen ihrer Zuweiser eingebunden und können somit gemeinsame Konzepte entwickeln, kleinere Mitwettbewerber integrieren und somit regionale Versorgung besser planen und absichern.
23. Älter werdende Patienten können angstfrei selbständig ein längeres Leben in der eigenen Häuslichkeit planen. Sie werden ärztlich betreut, ohne Überforderung mit neuartigem Assistenzsystem im Wohnbereich vertraut; können durch die Erfahrung der Medizintechnik, Pharmaindustrie, Apotheken neue Messvorgänge am Körper mit einbringen, die unmittelbar die datengeschützten Werte zum Arzt senden. Ferner entsteht durch die Dauerberatung die Chance einer stabileren Verhaltensänderung bei Diabetes, etc. Somit können sie auch davon ausgehen, dass bei Wegzug von jüngeren pflegenden Angehörigen dennoch eine gute Zukunft an ihrem Wohnort haben. Gleichzeitig sind die pflegenden Angehörige durch den Zugriff auf neue Versorgungsstrukturen entlastet.

**Strategische Planung:**

1. Der KBV-Vorstand stellt in Aussicht, innerhalb von fünf Jahren die Fallzahlbegrenzung aufzuheben.
2. Somit ergeben sich zwei Gewinner aus dieser Zukunftsperspektive: Auf der einen Seite Inhaber von Praxisstrukturen, die gut organisieren können und in der Lage sind sowohl angestellte Ärzte wie auch innovative, nichtärztliche Mitarbeiter einzustellen, zu bezahlen und zu würdigen. Auf der anderen Seite die Abgeberpraxen, die im Rahmen mittelfristiger Abgabeplanung sich in delegativ arbeitende Wachstumspraxen einfügen wollen und können.
3. Da die Geldsumme für die ausscheidenden - nicht mehr nachbesetzbaren - Praxisabgeber in der regionalen kassenärztlichen Verfügungsmacht verbleiben, stehen diese Honorarbeträge für eine neuartige delegative Versorgung zur Verfügung. Grob vereinfacht ergibt sich bei gleicher Arbeitszeit für die verbleibenden Ärzte durch delegative Strukturen die Möglichkeit der Verdoppelung der Einkommen.
4. Gleichzeitig entsteht mit dem Ausscheidensprozess von ca. 40 % der Hausärzte von der Kopfzahl bis 2020 ein Konzentrationsprozess frei werdende Patientengruppen auf die verbleibenden Praxen, die den innovativen Zukunftsstrukturen gerecht werden.
   1. Von zehn Zulassungen und acht Standorten konzentriert sich die Versorgung einer Region bis 2020 auf eine Praxisstruktur von 2 Mehrbehandlerpraxen mit drei bis sechs Zulassungen und eine weitere Praxis mit zwei bis vier Zulassungen.
   2. Damit ergeben sich in einem Bereich von 20.000 Menschen faktisch nur noch zwei Anlaufstellen für hausärztliche Versorgung. Diese bieten dann oligopolistische Flächen - Portalstrukturen - die ab 2020 die Versorgung und Zuweisung einer ganzen geografischen Einheit steuern.
5. In Delegation und Mengenausweitung auf der Basis angestellter Voll- und Teilzeitärzte liegt das Potenzial für unternehmerische Praxisinhaber mit Gewinnverdoppelung und mehr. Dieser Personenkreis wird eine kleine Elite von 10 bis 15 % der Ärzte sein. Damit ergibt sich bis zum Jahr 2020 durch auslaufende Einzelpraxisstrukturen ein extremer Konzentrationsprozess. Viele auch noch vorhandene tradierte Partnerschaftsmodelle werden durch Angestelltenmodelle ohne Haftung und Risiko abgelöst.
6. Das, was berufspolitisch nicht offen gesagt werden darf, liegt auf der Hand. In Zukunft verdienen nur die kleinen Gruppen von Unternehmerärzten richtig Geld, die Mehrbehandlerpraxen mit Angestellten auf allen Ebenen führen können.
7. Bisher hieß das Paradigma: "Überversorgung - zu viele Nachwuchsärzte". Der Nachwuchs wurde zum Vergütungskonkurrenten in einem gedeckelten System.
8. Konsequenz aus der Überversorgung war eine umfassende höchstpersönliche Leistungskonzeption ohne Delegation. Berufspolitisch begrenzte man die Abrechnungsmenge um möglichst vielen Ärzten eine Existenz zu gewährleisten.
9. Das neue Paradigma bis zum Jahr 2020 lautet: "Haus- und Fachärztemangel". Dies bedeutet, das Geld aus nicht nachbesetzbaren Zulassungen in nicht überversorgten Gebieten steht zur Verfügung, um mit weniger Ärzten mehr Patienten in größeren Einheiten delegativ, telematisch und mit allen Gesundheitsberufen vernetzt besser zu versorgen. Dies ist eine gewaltige und spannende Herausforderung mit Chancen für alle Beteiligten. Gleichzeitig ist es ein mühsamer Neubewertungs- und Ablösungsprozess von tradierten Modellen.
10. Von 80 % der verbleibenden Ärzte zu erwarten, sie sollen delegieren und mehr Patienten versorgen, ist unmöglich. Diese Gruppe hat im Schwerpunkt schon unterdurchschnittliche Praxen, die nicht von einem delegativen Organisationsansatz ausgehen. Deshalb schwankt im Markt die Behandlungsfähigkeit zwischen 600 und 800 Patienten pro Quartal und Zulassung. Extrem gut organisierte Praxisinhaber haben dagegen bis zum 2,5fachen des Durchschnittes an Patientenzahlen.
11. Daraus ergibt sich, dass es ab jetzt darum geht, delegative Konzepte umzusetzen, wissenschaftlich zu begleiten und das Wissen dann standardisiert umzusetzen. Die Untersuchung von Prof. Gerlach über den sinnhaften Einsatz der VERsorgungsAssistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®) ist in Baden-Württemberg bereits abgeschlossen und vom Sachverständigenrat 2012 als Empfehlung für die Bundesrepublik übernommen worden.