



„Wo sind die denn?“

## Impulsvortrag **Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – MVZ und Rettungsdienst in neuer Rolle?**

**20. Rettungsdienstsymposium des DRK-Landesverbandes Hessen e.V. | 17.11.2023 | Hohenroda**

Dr. med. **Bernhard Landers**, FA Innere Medizin/Diabetologie + ärztlicher Leiter MVZ Mayen  
geschäftsführender Gesellschafter Valea Gesundheit GmbH, stellv. Vorstandsvorsitzender BMVZ e.V.

## VALEA Gesundheit GmbH

### Hausärztlich-Diabetologische Versorgung

#### **Kennzahlen** | Stand 01.11.2023:

- 4 MVZ (Mayen, Andernach, Kaisersesch, Neuwied) mit 6 Standorten (MVZ Nebenbetriebsstätten in Monreal und Ochtendung)
- > 40.000 Abrechnungsfälle p.a. (für 2023)
- > 70 Mitarbeiter:innen
- 16 Ärzte (Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Diabetologie, Kardiologie, Geriatrie, Palliativmedizin, Sportmedizin)
- **Durchschnittsalter Ärzte: 58 Jahre**

# Aktuelle Aussichten

- drei **zukünftige Megatrends**:  
Digitalisierung, Demografie und Dekarbonisierung
- Der **Fachkräftemangel** wird von den meisten deutschen Unternehmen als größtes Geschäftsrisiko der Zukunft eingeschätzt
- Im Oktober 2022 waren saison- und kalenderbereinigt rund 45,46 Millionen Erwerbstätige mit Wohnsitz in Deutschland registriert (Inländerkonzept)
- Dem deutschen Arbeitsmarkt gehen bis 2035 sieben Millionen Arbeitskräfte verloren
- Der **demografische Wandel** trifft die Gesundheitsbranche doppelt, da parallel das Durchschnittsalter von Pflegenden und anderen Health Professionals steigt
- ⇒ **2035 können knapp 1,8 Millionen Stellen im deutschen Gesundheitswesen nicht mehr besetzt werden; das entspricht einem Engpass von rund 35 % (aktuell rd. 7 %)**
- weltweit trägt der Gesundheitssektor mit 4,4 % zu den CO<sup>2</sup>-Emissionen bei, das dt. Gesundheitswesen hat mit 5,2 % an CO<sup>2</sup>-Emissionen großen Anteil am **Klimawandel**

# Vorhersage Vertragsärzte I

Quelle: SVR Gutachten |  
Bedarfsgerechte Steuerung der  
Gesundheitsversorgung 2018

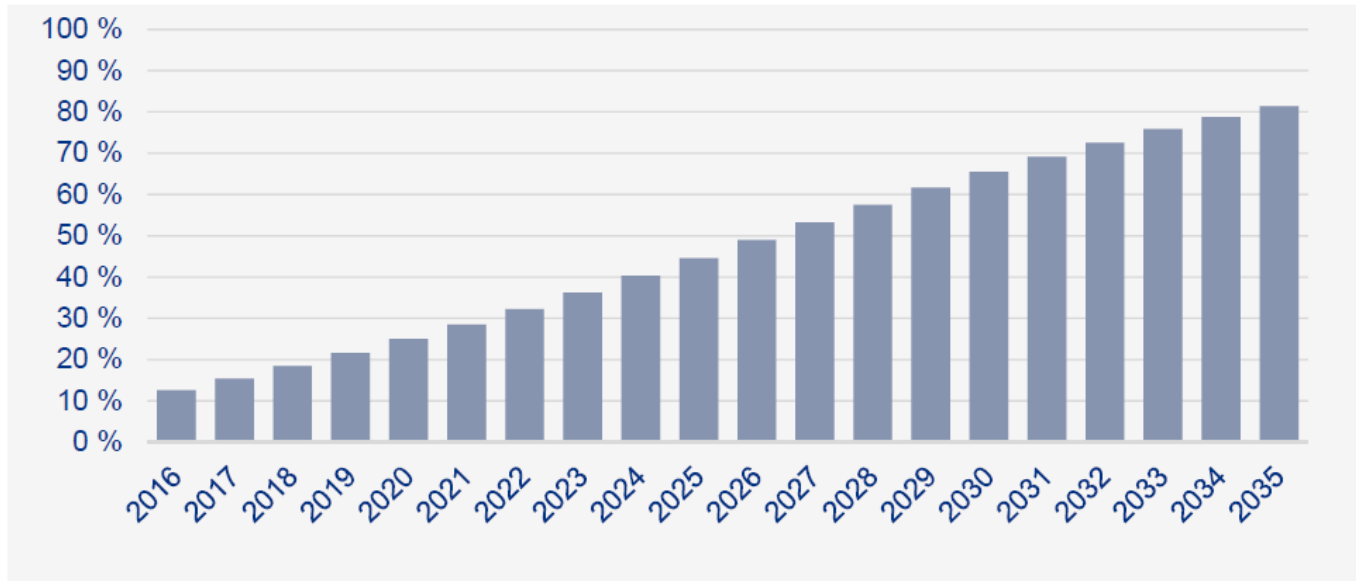


Abbildung 3-5: Kumulierter Bruttoersatzbedarf mit einem Austrittsalter aus der vertragsärztlichen Versorgung von 65 Jahren für die Jahre von 2016 bis 2035

Der hier dargestellte kumulierte Bruttoersatzbedarf ergibt sich allein basierend auf dem altersbedingten Ausscheiden der Ärzte aus der vertragsärztlichen Versorgung.

# Vorhersage Vertragsärzte II

- Zunahme des Anteils der **Ärztinnen an der Gesamtärzteschaft**:  
2000: bei ca. 32 %  
2016: bei ca. 45 %,  
**Tendenz steigend**: ca. 66 % Humanmedizinstudentinnen
- Rückgang Teilnahme-/Versorgungsumfang generell  
**höhere Teilzeitquote** bei Ärztinnen
- eine landärztliche Tätigkeit / Praxisübernahme können sich nur wenige Ärzte vorstellen.

*Auf die Frage: „**Wo möchten Sie auf keinen Fall arbeiten?**“ sprachen sich in einer bundesweiten Umfrage der Universität Trier, an der 13,5% aller Medizinstudierenden in Deutschland teilnahmen,*

⇒ **46,4%** der jungen Ärzte **gegen** eine Tätigkeit in Kommunen mit **weniger als 2000 Einwohnern** aus.

⇒ **Gemeinden mit bis zu 5000 Einwohnern stießen bei 39,4%** der Befragten **auf Ablehnung**.

# Mein Fazit:

1. **Wir haben keine Mitarbeitersuche**, sondern eine Arbeitgebersuche
2. **Wir brauchen nicht weitere „Arbeitgeber“**, die sich gegenseitig „überbieten“
3. **Es betrifft nicht nur den ärztlichen Bereich**, sondern das gesamte Gesundheitswesen
4. **Es werden die relevanten, zukunftsweisenden Themen** nicht im erforderlichen Maße angegangen
5. **Notwendige Strukturreformen** können / werden nicht beschlossen
6. **(Teilzeit-) Anstellungsverhältnisse** werden zunehmen, Selbstständigkeit wird abnehmen
7. **Digitalisierung wird** zunächst mehr Ressourcen als bisher benötigen
8. **Mitarbeiterzufriedenheit wird** gegenüber dem Gehalt eine größere Bedeutung erfahren.
9. **Aktuell s. HÄPPI Konzept des Hausarztverband Rheinland-Pfalz**

# Welche neue Rolle?



## Wann rufen wir „Vertragsärzte“ den Rettungsdienst:

- **Fall 1:**  
Bekannter Patient mit metabolischem Syndrom, Diabetes mellitus Typ 2, art. Hypertonie, bek. 2-G KHK, thorakales Oppressionsgefühl
- **Fall 2:**  
Bekannter Patient, ähnliches Risikoprofil wie Fall 1, wird von Tochter in Praxis gebracht mit ca. seit 1 Stunde Lähmung des re Arms und re hängendem Mundwinkel

**Fazit:** In der Praxis erfolgt Erstversorgung, Vorgeschichte ist bekannt, Krankenhaus wurde informiert, adäquates Rettungsmittel wurde angefordert, Pat. solange bei laufen-dem Praxisbetrieb (MVZ-Struktur) überwacht, Erstversorgung mit ASS etc. erfolgt.

**In Zukunft:** Weniger Hausärzte, mehr „unbekannte“ Patienten, immer schlechtere tel. Erreichbarkeiten ...



# Fallbeispiele Patient – Rettungsdienst

## Wann rufen ambulante Patienten den Rettungsdienst (außerhalb Praxiszeiten):

- **Fall 1:**  
„Habe meinen Hausarzt am Wochenende nicht erreicht“, „brauchte Hilfe“, Brennen beim Wasserlassen und zunehmende Exikose...
- **Fall 2:**  
„Schwindel“ „hoher Blutdruck“, Tochter ruft Rettungsdienst, durch Vergrößerung der BDZ Bereiche war die zuständige BDZ Praxis zu weiter entfernt, im ermessens der Angehörigen, „dauert mir zu lange“...

**Fazit:** Patient bzw. Angehöriger entscheidet nach subjektiver Symptomatik über die Dringlichkeit der Behandlung und die Art des Transportmittels

# Fallbeispiele Patient – Rettungsdienst

- **Fall 3:**

In Klinik: hypertensive Entgleisung, Ausschluss Herzinfarkt, Coro erfolgt bisherige antihypertensive Dualtherapie Dosis verdoppelt und 3. Medikament dazu. Entlassung nach 4 Tagen, Donnerstags. Kein Kontakt Hausarzt.

Sonntag Synkope erneute Krankenhauseinweisung mit RTW, in anderes Haus, da 1. Klinik wohl keine Kapazität hatte, dort RR 80/60 gemessen, es wurden nun 2 neue Antihypertensiva angesetzt und „sicherheitshalber“(lt. Arztbrief) ein Cardio MRT veranlasst.

Nach Entlassung Vorstellung bei Hausarzt. Das psychoemotionale Problem, welches die hypertensive Krise auslöste, konnte detektiert werden, Lösungsansätze wurden gegeben, die ursprüngliche Medikation wurde fortgeführt, erneut wurde ein „Notfallplan“ ausgehändigt, RR seither stabil...

**Fazit:** Informationsdefizit? Strukturproblem?

# Welche Lösungsvorschläge gibt es?

## Gesundheitsexperten befürworten eine organisatorische Neuordnung der Notfallversorgung

- klare Zuständigkeiten und eine sektorenübergreifende Versorgung
- Steuerung von/durch Krankenhäuser und Arztpraxen in Notfällen
- Etablierung strukturierter medizinischer Ersteinschätzung in Deutschland (SmED)
- unabhängig vom Ort der Erstvorstellung nach vergleichbaren Grundsätzen die Patienten in die für sie geeignete Versorgungsebene zu vermitteln

## Und was meinen die betroffenen Akteure KBV/KV, DKG, BÄK, SpiV-GKV, DBRD etc.?

<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw23-pa-gesundheit-notfallversorgung-844792>

# Reform der Notfallversorgung

## Vorschläge anhand der genannten Praxisbeispiele

### ABER

- **Keine „neuen“ Zwischenebenen**, da einerseits Personal fehlt und andererseits trotz (zukünftiger Planspiele) ePA etc. Informationslücken zunehmen werden
- **Implementation einer Ausbildung in medizinischer Grundversorgung für alle Ärzte** im Rahmen der Ausbildung in Praxen, da dies in immer spezialisierteren Kliniken nicht mehr gelehrt werden kann
- **Koordinations- & Informationsaufwand einplanen** - die Zuordnung zur Erstversorgung, der dortige Versorgungsauftrag, etc. muss allen Handelnden bekannt sein
- **Bestehende ambulante Versorgungsstrukturen stärken**, statt neue Ebenen einzuziehen | Eine gute Erreichbarkeit der Regelversorgung verhindert aktiv ‚falsch-positive‘ Notfälle
- **Mehrwert größerer Praxisstrukturen (MVZ/BAG/Arztnetze) anerkennen** | hierfür Steine aus dem Weg räumen (Abrechnungsnachteile, Schwierigkeiten als ärztlicher MVZ-Gründer, etc.)

# Welche Rollenverteilung sehe ich?

- **die ambulante Versorgung ist und bleibt zentral**, um vermeidbare Notfälle auch tatsächlich zu verhindern und die Rettungsdienste so zu entlasten
  - hierzu gehört eine flächendeckende Erreichbarkeit (auch mit Fachärzten) ebenso wie eine verlässlicher Finanzierungsrahmen
  - die ambulante Zentrenbildung auf regionaler Ebene in Kooperationsstrukturen hilft dabei, in Zeiten von Arbeitskräftemangel, Ressourcen effizient einzusetzen
- ⇒ **Es ist wichtig und richtig**, den Notdienst zu reformieren.  
**Parallel müssen aber** die (noch) sehr guten ambulanten Regelstrukturen bzgl. ihres Wertes für die Notfallprävention stärker wertgeschätzt und in die Reformüberlegungen eingebunden werden.

**Valea Gesundheit GmbH**

**Herr Dr. med. Bernhard Landers**

eMail: [bernhardlanders@valea-medizin.de](mailto:bernhardlanders@valea-medizin.de)

Koblenzer Str. 40 b | 56727 Mayen

**Bundesverband MVZ e.V.**

**Herr Dr. med. Bernhard Landers**

eMail: [b.landiers@bmvz.de](mailto:b.landiers@bmvz.de)

Schumannstr. 18 | 10117 Berlin

**COPYRIGHT-VERMERK** : Alle Bilder und Texte dieser Folien unterliegen urheberrechtlichem Schutz. Unberechtigte Weitergabe, Vervielfältigung der Folien oder Teile davon ist nur mit Erlaubnis des Verfassers gestattet.