

**Grundaspekte des Kurzvortrags und Stellungnahmen von  
RA H.-J. Schade anlässlich der Veranstaltung des Land-  
kreises Altenkirchen,**

**am Dienstag den 18. April 2017**

**zum Thema:**

**Perspektiven für eine gesicherte ambulante Versorgung  
im Landkreis Altenkirchen – 3. Demographiekonferenz**

**Strategisches Ziel:**

Es gilt den veränderten Rahmenbedingungen, die durch die Alterung der Patienten entstanden sind, als auch die Prägung der ärztlichen Nachwuchsgenerationen mit ihrer überwiegend weiblichen Ärzteschaft mit Angestelltenwunsch - statt kleinteilige Selbständigkeit - in neue Versorgungsstrukturen einzubinden.

Im Landkreis werden 60 Hausärzte bis 2023 ihre Praxistätigkeit aufgeben, statistisch können 12 nachbesetzt werden. Für die Patienten von 48 Praxen müssen neue intensive Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Das sind rund 48.000 Menschen im Landkreis.

MAXIMILIAN GUIDO BROGLIE <sup>2</sup>  
Fachanwalt für Medizinrecht,  
Fachanwalt für Sozialrecht,

STEFANIE PRANSCHKE-SCHADE <sup>1</sup>  
Fachanwältin für Medizinrecht,  
Mediatorin

HANS-JOACHIM A. SCHADE <sup>3</sup>  
Fachanwalt für Medizinrecht,  
Mediator

DIRK R. HARTMANN <sup>1</sup>  
Fachanwalt für Medizinrecht,  
Mediator  
Lehrbeauftragter Hochschule RheinMain

ISABEL BÖHM <sup>1</sup>  
Fachanwältin für Medizinrecht

DR. JUR. FLORIAN HÖLZEL <sup>1</sup>  
Fachanwalt für Medizinrecht,  
Mediator, Mag. rer. publ.

vertretungsberechtigt an allen  
Land- und Oberlandesgerichten

<sup>1</sup> Richard-Wagner-Straße 81  
65193 Wiesbaden  
Tel.: +49 (0) 611 18095-0  
Fax: +49 (0) 611 18095-18

<sup>2</sup> Oranienburger Straße 12  
10178 Berlin

<sup>3</sup> Georgenstraße 13  
80799 München

E-mail: [bsp@arztrecht.de](mailto:bsp@arztrecht.de)  
<http://www.arztrecht.de>

Wiesbadener Volksbank e.G.  
Kto.-Nr.: 64 900 00 (BLZ 510 900 00)  
IBAN: DE 59 510 900 000 006 490 000  
BIC: WIBADE5W

Commerzbank AG, Weinheim  
Kto.-Nr.: 37 555 27 (BLZ 670 400 31)  
IBAN: DE 63 6704 0031 0375 5527 00  
BIC: COBADEFFXXX

FA Wiesbaden  
Umsatzsteuer-Nr. 40 308 30433

---

Die deutsche Ärzteschaft, die Krankenkassen und die Gesundheitspolitik haben hier in den letzten 10 Jahren die Rechtsrahmen verändert und so die Möglichkeit neuer Versorgungsstrukturen geschaffen.

Dazu gehören größere Mehrbehandlerpraxen, Delegationslösungen, die bis zu 50% der bisherigen Arbeitszeit eines Arztes an nichtärztliche Teammitglieder übertragen können. Ferner neue Versorgungsmodelle, beruhend auf besserer Medizintechnik und insbesondere auch auf Telemedizin.

Werden in solchen Konzepten auch noch niedergelassene Haus- und Facharztpraxen miteinander, mit gemeinsamer Patientenakte und Telemedizin verbunden, unter Einbindung von Krankenhäusern, Pflege, Apotheke und Physiotherapie, können sofort auf der Basis der erfolgreichen tradierten Hausarztversorgung der Vergangenheit mit ihren kleinteiligen Selbständigkeitsstrukturen in einem Stufenprozess neue Wege gegangen werden. Es bedarf allerdings gesellschaftlicher Initiativen außerhalb der überalterten Ärzteschaft um dies machtvoll umzusetzen.

Die Veränderungen bedürfen aber der konkreten Umsetzung, um mit Hilfe der regionalen Bevölkerung - die eingebunden werden muss - in diesen Veränderungsprozess allen Beteiligten die Vorteile dieser neuen von der Gesetzgebung ermöglichten Versorgungsstrukturen darzustellen.

Diese Modellstrukturen sind vom Sachverständigenrat der Bundesregierung beschrieben. Sie stehen im Mittelpunkt der Förderung der Robert-Bosch-Stiftung im Gesundheitswesen und sind auch zu teilen schon im Alltag von spezialisierten Diabetespraxen umgestellt und vollzogen worden.

---

Der ländliche Raum hat hier die Möglichkeit, durch die enge Verbindung zwischen Verwaltung, professionellen medizinischen Berufsgruppen und Bevölkerung sowie Krankenkassen und Wohlfahrtsverbänden, Kirchen, wesentliche schneller und effektiver ein auf persönlichem Vertrauen und Kenntnis beruhenden Versorgungsprozess zu initiieren.

Das Modell/Leuchtturmprojekt muss die Aufmerksamkeit vom ärztlichem Nachwuchs wecken, neugierig machen und den Wunsch auslösen dort mitzuwirken und gleichzeitig bei der älter werdenden Bevölkerung, die davon auch im Köln-Bonner Raum und im Ruhrgebiet davon liest, den Wunsch auslösen, genauso selbst im Alter betreut zu werden.

Da die Mehrzahl der in Zukunft im ländlichen Raum arbeitenden Ärztinnen ihre Facharztprüfung für Allgemeinmedizin mit ca. 43 Jahren macht, sind diese schon im städtischen Umfeld gebunden. Der Ehemann, in der Regel als Akademiker, ist etwas älter und schon in einer führenden Funktion in der Gesellschaft tätig. Die Kinder sind in Kindergärten und Schulen integriert. Statt einer Niederlassung auf dem Lande ist nun nach allen Untersuchungen sinnhaft, das man diesen Ärztinnen Auspendelmöglichkeiten zum Arbeiten auf dem Lande anbietet. Über die Zugverbindungen ist der Landkreis hier in Wissen in einer Stunde erreichbar. In Verbindung mit einer Zweitwohnung/Ferienhauslösung kann eine Ärztin mit nur einer Übernachtung faktisch 20 Stunden hier ihre Arbeitskraft auf Teilzeitbasis zur Verfügung stellen. Entscheidend ist, dass ihre Teilzeittätigkeit von der Bevölkerung und den Patienten begrüßt wird, ihr die Arbeit sinnhaft ist und bei wissenschaftlicher Überprüfung die neuen Modelle besser sind als gegebenenfalls die tradierten uns bisher so gut versorgenden Versorgungskonzepte.

---

Neben den Ärztinnen und Ärzten müssen medizinische Fachangestellte begeistert werden mehr Verantwortung zu übernehmen und es darf die bewährten Kräfte einer Hausarztpraxis nicht bedrohen, wenn noch mehr Computertätigkeit und Internet und Telemedizin zum Einsatz kommt. All dies bedarf bei Ärzten und Mitarbeiterinnen sowie bei Patienten Geduld.

Aus diesem Grunde muss auch das Vertrauen der Bevölkerung im Vorfeld gewonnen werden durch eine entsprechende Informationspolitik, durch das praktische Vorführen der neuen technischen Versorgungsformen und insbesondere müssen auch Angehörige und Ehrenamt, professionelle Pflege und Apotheke von den neuen integrierten Konzepten überzeugt werden.

Neben der Bevölkerung des Landkreises muss auch die Bevölkerung des städtischen Bereiches über Presseberichte, Rundfunk und Fernsehen und Internet über neue Versorgungsstrukturen des ländlichen Raums informiert werden. Es muss ein Dialog und eine Neugierde entstehen, sowie eine Verblüffung, dass es möglich ist, innovativste, modernste, technisch basierte Versorgungsstrukturen im ländlichen Naturbereich so aufzubauen, dass sich Technik und die Vorteile des ländlichen Naturbereichs ergänzen. Der Naturraum wird mit seiner Luft, einen Wander-/Fahrradweg, Wassersportmöglichkeiten, seiner geschätzten Nachbarschaftshilfe assoziiert. Arbeitstitel Natur und Gesundheitsregion Rhein-Sieg med. plus.

Gleichzeitig verlangt die neue Assoziation den Zugang zu umfassender medizinischer Versorgung mit vorbildhaftem Charakter für den städtischen Bereich.

---

Idealtypisch wird dies im 7. Altenbericht der Bundesregierung beschrieben, in dem wissenschaftliche Experten, benannt von allen politischen Parteien konsensual die Zukunft der Optimalversorgung einer älter werdenden Gesellschaft, insbesondere im ländlichen Raum und im sozialschwachen Ballungsraum, darstellen.

Die Sensibilisierung des Landkreises zu den Demographiethemem und die Vorarbeiten die Bürgermeister Schneider und die Gemeindeverwaltungen der nunmehrigen Stadt Daaden-Herdorf geleistet haben, ließen hier entsprechende Modellstrukturen zu verwirklichen.

Dies allerdings nur, wenn Sie auf den Konsens eines großen Teils der tradierten Ärzteschaft, der anderen Heil- und Hilfsberufe, der Politik, der Wohlfahrtsverbände, der Kirchen, der Landfrauen, stoßen. Ein so sensibles Gebilde wie das tradierte Gesundheitssystem kann nur in vorsichtigen Schritten über Informationen und Vertrauen und konkretes Erleben über mehrere Jahre weiterentwickelt werden. Zentral ist dabei zur Markenbildung eine ständige mediale Berichterstattung auch im Einzugsbereich des Landkreises in den Metropolregionen Köln-Bonn und Ruhrgebiet.

Dringend sind allerdings im Landkreis die Bedürfnisse der Praxisabgeber, die zu 60% innerhalb der nächsten 5 Jahre ihre Praxen aufgeben werden müssen und denen man konkrete Aufanglösungen anbieten muss, die sie und ihre Patienten und ihr Personal in gemeinsame zukunftsfähige Strukturen führt. Dies kann nur gehen, wenn gleichzeitig auch die weiterarbeitenden Praxisinhaber mit ihren unterschiedlichen Konzepten eine solche Veränderung mittragen und gegebenenfalls freiwillig mitarbeiten.

---

Da in einer Hausarztpraxis mit einer älter werdenden Gesellschaft schon zurzeit 20% der älteren Patienten über 65 Jahre sind, 60% der Kontakte und der Arbeitszeit der Praxis im Quartal binden, zeigt sich das bei einem noch stärkeren älter werden die Anregungen, die der 7. Altenbericht der Bundesregierung gibt, genau zum richtigen Zeitpunkt kommen.

Er fordert zusammen mit Handwerk, Sparkassen und Volksbanken, den Ausbau der Wohnungen der älteren Bevölkerung zu barrierearmen und barrierefreien Wohnmöglichkeiten, die mit technischen Assistenzsystemen und Technikanschlüssen für Telemedizin so ausgestattet sind, dass in Ergänzung zur Arztpraxis die Wohnung zum zentralen Gesundheitsstandort einer älter werdenden Gesellschaft wird.

Dies kann allerdings bei der immer stärkeren Vereinsamung älterer Menschen nur dadurch geschehen, dass gleichzeitig die verbleibenden Angehörigen, die Nachbarschaftshilfe, das Ehrenamt, die Vereine in diesen Veränderungs- und Betreuungsprozess eingebunden sind. Nur wenn alle die neuen Möglichkeiten kennen, können sie auch eingesetzt werden und diejenigen die in neue Strukturen investieren müssen, haben dann auch die Kraft und die Zuversicht, dass es sich lohnt.

In den vertraulichen Vorgesprächen und auch in Diskussionsrunden zeigte sich, dass es der zentrale Wunsch vieler verbleibender unternehmerischer Ärzte ist, dass es zu einer stärkeren Mobilisierung und Erreichbarkeit des verbliebenen ärztlichen Nachwuchses kommt, damit auch die Region diese Ärzte mit einsetzen kann. Diese Mobilisierung des Nachwuchses insbesondere aber auch die Veränderung des ländlichen Raums, als ein Ort modernster medizinischer Versorgung kombiniert mit Natur,

---

kann nicht alleine mit wenigen Anzeigen geleistet werden. Dies ist ein kontinuierlicher Projektprozess der einen Zeitraum von 3-5 Jahren dauerhaft umfassen muss. Ohne ein großes unterstützendes Netzwerk und die Verinnerlichung von Teamstrukturen, Telemedizin, Assistenz in der Versorgung und Vernetzung aller im Landkreis wohnenden Bürger, Firmen und Institutionen wird es nicht gehen.

Aber mit einer vom Landkreis und den Bürgermeistern unterstützten Initiative, getragen von den Institutionen des Gesundheitswesens und der Gesellschaft, könnte es mit Sicherheit umfassend erfolgreich sein.

Entscheidend für die neue Generation der überwiegend weiblichen ärztlichen Teilzeitkräfte mit Angestelltenwunsch wird es sein, dass durch Untersuchungen genau beschriebene innovative Organisationskonzept für eine ärztliche Tätigkeit zu schaffen. Dieses neue Konzept verlangt die Möglichkeit rund 50% der bisher vom Arzt durchgeführten Tätigkeit an qualifizierte Mitarbeiter zu delegieren. Dies verlangt einen umfassenden Umstellungsprozess in der Praxis und ein Umgehen zwischen Ärzten und Mitarbeitern auf Augenhöhe. Dies verlangt einen völlig anderen Kommunikationsstil und regelmäßiger Reflektionsphasen. Gleichzeitig einen umfassenden Informationsinput über die neuen Möglichkeiten im Tatsächlichen und in der rechtlichen und ökonomischen Bewertung und Einsatzebene. Geschieht dies über ins Auge gefasste Netzwerkstrukturen und an ein oder zwei Modellprojekten, entsteht die Möglichkeit modernste medizinische Versorgungsstrukturen zu kombinieren mit dem regelmäßigen Arbeiten in einer Naturregion, wofür hier der Landkreis Altenkirchen mit dem Naturraum Sieg-Westerwald psychologisch steht.

---

Ziel ist es, eine Verzahnung zwischen städtischem Raum und ländlichem Raum zu schaffen, wie es typisch ist für den städtischen Raum München, wo es für Ärzte selbstverständlich ist, eine Zweitwohnung an den oberbayrischen Seen oder im Kitzbühler Raum zu haben. Gleiche Strukturen gibt es in Hamburg mit den Seebädern und den Inseln. Für den Köln-Bonner Raum gilt dies für Teile der Eifel und der Mosel.

Ärzte werden fragen, ob solche Ideen schon verwirklicht worden sind und wo man etwas vielleicht von Kollegen lernen könnte.

Dies bedeutet, es gilt im Landkreis eine Gruppe innovativer Ärzte zu finden, die sich neue Versorgungsformen und Organisationsstruktur mit Delegation, Telemedizin und Vernetzung auf die Fahnen geschrieben haben.

In Nordrhein-Westfalen sind hier ärztliche Zusammenschlüsse in Bünde, in Siegen und in Köln-Süd zu nennen, die von den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen als besonders innovativ und vorbildhaft beschrieben sind.

Durch Vermittlung von Herrn Coenen der hier heute auch anwesend ist, ist es gelungen, in Köln zwei mögliche Unterstützungspartner zu gewinnen, die hier beispielhaft innerärztliche Vorbilder und wissenschaftliche Kompetenz verkörpern.

Das überwiegend fachärztlich geprägte Gesundheitsnetz Köln-Süd und die Praxishochschule Köln mit ihrem Ausbildungsschwerpunkt „ärztliche Entlastungsstrukturen“ seien hier genannt. Anwesend ist heute Frau Prof. Kurscheid für die Fachhochschule. Herr Dr. med. Flügel-Bleienheuft, Vorsitzender des Ärztenetzes und Fachinternist ist in Urlaub und lässt grüßen.

---

## **Hausarztmedizin und Pflege gemeinsam betrachten?**

Den Markt beherrschen – von der Gedankenwelt – zwei Konzepte.

Um den Patienten mit weniger Ärzten – von der Anzahl – versorgen zu können, überlegt man, viele Dinge zu delegieren. Delegation innerhalb der Arztpraxis bisher ärztlich tradiert übernommene Funktionen zur Entlastung weiter zu übertragen an qualifizierte Mitarbeiterinnen mit den Ausbildungsgängen VERAH oder NÄPA. Denkbar ist auch der Einsatz von Krankenschwestern.

Der andere Weg der insbesondere von den Interessenvertretern der Pflege vorgeschlagen wird, ist der Weg die Pflege zu akademisieren und der Pflege Heilkundefunktionen zu übertragen. Hierzu gibt es auch schon in Rheinland-Pfalz Modellversuche wie in Daun.

Ein Weg der sich in Nordhessen erfolgreich gezeigt hat, ist die Entscheidung einer Hausarztpraxis von der Eigentumsseite her zusätzlich einen Pflegedienst zu betreiben. Damit wird ein Optimum von Funktionen gemeinsam genutzt. Die Klammer ist die Gesellschafterseite.

Auch aus Erfahrungsberichten aus den Modellprojekten des MORO-Programms gibt es Hinweise.

Hier ist es so, dass die Überlegung getroffen wird, Mitarbeiter der Pflege zusätzlich einen weiteren Arbeitgeber zu gestatten. Dies ist die Arztpraxis. Damit könnte eine Krankenpflegerin eines Wohlfahrtsverbandes oder privaten Pflegedienstes mit einer zweiten Arbeitsstelle in einer großen Hausarztpraxis arbeiten.

---

Sie hätte damit Zugang zu den Daten, zu den Ärzten und zu schnellen Entscheidungen. Sie könnte auch jederzeit anlässlich ihres Besuches, soweit notwendig, eine Videokonferenz mit Ärzten schalten oder sonstige Entscheidungen ärztlich sich treffen lassen.

Einen weiteren, dritten Weg, finden wir indirekt im 7. Altenbericht der Bundesregierung vom November 2016. Dort wird angeregt, dass die Kommunen, die medizinische Versorgungszentren selbst oder mit Partnern aus dem Bereich niedergelassene Vertragsärzte oder Krankenhaus betreiben können, die Wohlfahrtsverbände in stärkerem Maße auffordern sollten, ihre breiten Kompetenzen im Bereich Pflege ambulant/stationär, Sozialdienste, ärztliches Rettungswesen etc. einzubringen.

Viele Wohlfahrtsverbände und auch private stationäre Pflegeanbieter sind auch Eigentümer von Krankenhäusern. Diese Krankenhäuser haben auch die Berechtigung medizinische Versorgungszentren zu betreiben.

Jedes Krankenhaus irgendwo in der Bundesrepublik kann an allen Stellen in der Bundesrepublik medizinische Versorgungszentren errichten.

Damit ist es den Wohlfahrtsverbänden wie DRK, Caritas, Diakonie und großen privaten Anbietern möglich, gegebenenfalls zusammen mit Kommunen oder anstelle von Kommunen und empfehlenswerter Weise im Rahmen von Leuchtturmprojekten mit interessierten engagierten Unternehmerärzten, Hausarztzentren zu betreiben. Würden diese die Kriterien an ein nachwuchsattractives Organisationskonzept erfüllen, könnten über diese breitgetragenen Trainingspraxen die Anregungen an die anderen interessierten Marktteilnehmer gebracht werden.

---

Damit könnten Kommunen und Landkreise sich auch des medizinischen Know-hows unter Vertrautheit mit den Bedürfnissen unserer älter werdenden Generation betrauen. In einem Hintergrundgespräch drückte beispielsweise Herr Gonzalez von der Geschäftsführung des Landesverbandes des DRK in Rheinland-Pfalz seine Bereitschaft aus, unter Berücksichtigung der Aufsichtsgremien und im Rahmen von Wettbewerbsneutralität diesen Gedanken mit zu prüfen. Dies bedeutet, würde ein solches Konzept einer vorbildhaften und in Landkreis profilierenden neuen Gesundheitskonzeption für ältere Menschen von der breiten Bevölkerung im Rahmen partizipatorischer Prozesse im Sinne von Workshops, Befragungen etc. unterstützt, könnten Gemeinden/Städte, die die Problematik ausscheidende Ärzte jetzt schon besonders prüfen, mit interessierten Unternehmerärzten und auch Wohlfahrtsverbänden Umsetzungsansätze angehen. Bei Institutionen wie Caritas, Diakonie und DRK, könnte man über Kirchen, Vereine, Ehrenamt, eine breite Mobilisierung und Unterstützung für solche Konzepte zusammen mit den Vertretern der politischen Parteien angehen. Gleichzeitig könnten vertrauensvolle Vernetzungs- und auch gegebenenfalls Eigentümeransätze verwirklicht werden.

Die Modelle wären kein Gegeneinander verschiedener, historisch getrennter Leistungserbringer, wie Ärzteschaft und Pflege sondern ein verantwortungsvolles, schrittweise vorsichtiges Herantasten an neue sinnvolle, der Bevölkerung dienende Versorgungsformen.

Unter der Führung/Koordinierung von Landkreisen könnten somit die Kommunen und die tradierten Träger der Pflege neue Konzepte angehen und so mit Hilfe der übergeordneten Kreisinitiative nachwuchsattraktive neue Hausarztzentren schaffen. Die

---

Positionierung des ländlichen Raums war nicht nur als Naturraum sondern als optimal medizinisch vernetzten Innovationsraum zu schaffen und durch die Einbindung historisch gewachsener und breit aufgestellter Institutionen wie der Wohlfahrtsverbände einen sozial abgedeckten Fortschrittsraum der Kirchen, Vereine, Nachbarschaftshilfe, Sozialdienst, ambulante und stationäre Pflege und Ehrenamt eingebunden hat, eröffnen.

H.-J. Schade  
Rechtsanwalt und Mediator  
Fachanwalt für Medizinrecht