

Wiesbaden

Sonnenberger Str. 16  
65193 Wiesbaden  
Fon: 0611/1809 50  
Fax: 0611/1809 518

München

Georgenstraße 13  
80799 München  
Fon: 089/33037731  
Fax: 089/33037732

Berlin:

Oranienburger Str. 12  
10178 Berlin-Mitte  
Fon: 030/28091809  
Fax: 030/28091944

London

Lockharts Solicitors  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9 LS, UK  
Tel. +44 (0)20 7383 7111  
Fax: +44 (0)20 7383 7117



**Hans-Joachim Schade**  
**Rechtsanwalt**  
**Fachanwalt für Medizinrecht**

# Hausärztliche Zukunftssicherung

**Frühzeitig haus- und fachärztliche  
Unterversorgung kompensieren**

**Nachhaltig mit weniger Ärzten und immobiler  
werdender Gesellschaft besser versorgen**

**Landratsamt Bad Hersfeld  
23. Juni 2010**

# I. Hessisches Krankenhausgesetz stärkt hausärztliche Zukunftssicherung mit kommunal gesteuerten Gesundheitskonferenzen

## II. Weiterentwicklung der hausärztlichen Praxisstruktur und Verbesserung der Standortfaktoren aus strategischer und juristischer Sicht der jetzt schon bestehenden Möglichkeiten

## III. Ist-Situation

## Engpass: hausärztlicher Nachwuchs

<u>Hessen</u>	<u>Ausscheiden</u>	<u>Niederlassung</u>
---------------	--------------------	----------------------

2007	190	187
------	-----	-----

2008	193	90
------	-----	----

bis

2020 nur 50 % der benötigten Allgemeinärzte  
vorhanden, davon 60 % Frauen und mehr

GKV Spitzenverband fordert ein konzentriertes koordiniertes Vorgehen aller beteiligten Akteure (Kommunen, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung)



## **Gemeinsame Erklärung zur Förderung der Kooperation zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Klinikverbund Hessen GmbH**

- I. Der Bundesgesetzgeber hat zwar in den vergangenen Jahren verschiedene Integrationsansätze geschaffen. Die Entwicklung kann aber nur durch die **medizinischen Leistungsträger** selbst vorangebracht werden. Voraussetzung dafür ist der Abbau von systembedingten Konflikten (insbesondere durch Gesetzgeber und Krankenkassen verursacht) zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken auf dem Wege eines verstärkten kooperativen Miteinander, das die Interessen der Patientinnen und Patienten im Fokus hat.



# Gemeinsame Erklärung zur Förderung der Kooperation zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Klinikverbund Hessen GmbH

## II. Scheitern der bisherigen institutionellen Träger

Dieser Abbau systembedingter Konflikte ist durch die auf Selbstverwaltungsebene vorhandenen Verträge und Rahmenempfehlungen oder durch andere institutionelle Regelungen nicht bewältigbar. Hierzu bedarf es **anderer Kooperationsformen**, die zur Konfliktbewältigung und zur patientenorientierten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Lage sind. Darüber hinaus waren die **bisherigen institutionellen Strukturen nicht in der Lage**, auf künftige Herausforderungen im Gesundheitswesen, z.B. künftige **Entwicklung der Zahl und Struktur von Ärzten in der Niederlassung und in der Klinik**, sachgerechte Antworten zu geben.

# Hilfsversuch ist die Novellierung des hessischen Krankenhausgesetzes 2011 Entwurf, Stand 3.5.2010

## § 21 Gesundheitskonferenzen

(1) In jedem Versorgungsgebiet nach § 17 Abs. 5 wird eine Gesundheitskonferenz gebildet. Sie hat die Aufgabe,

1. die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und mit den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten einen intensiven Dialog zu führen, insbesondere soll sie

- a) drohende Unterversorgung erkennen,
- b) Qualitätsdefizite aufdecken,
- c) Vorschläge zur Optimierung der Versorgung machen,
- d) die Bildung von Kooperationen und Versorgungsnetzwerken nach § 17 Abs. 8 unterstützen und moderieren und
- e) dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium jährlich über die Entwicklung der regionalen Versorgung berichten,

2. dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium Vorschläge für die Durchführung und Weiterentwicklung des Krankenhausplanes nach § 19 zu machen und entsprechende Anträge der Krankenhausträger zu beurteilen,
  
3. die Entwürfe der Krankenhausbauprogramme zu beraten und dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium eigene Vorschläge für die Entscheidung nach § 22 Abs. 1 vorzulegen.

(2) Einer Gesundheitskonferenz gehören als Mitglieder an:

1. die Träger der Krankenhäuser im Versorgungsgebiet mit fünf Vertreterinnen und Vertretern,
2. die Krankenkassen im Versorgungsgebiet mit fünf Vertreterinnen und Vertretern, hiervon eine oder einer vom Landesausschuss Hessen des Verbandes der privaten Krankenversicherung,
3. die Kreise und kreisfreien Städte im Versorgungsgebiet mit je einer Vertreterin oder einem Vertreter,
4. die Kassenärztliche Vereinigung mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,
5. die Landesärztekammer mit einer Vertreterin oder einem Vertreter,
6. die Patientenorganisationen mit einer Vertreterin oder einem Vertreter.

# **These: Überörtliche hausärztliche BAG's mit externer Managemententlastung**

sind in der Lage

- 1) Versorgung in zumutbarer Entfernung sicherzustellen
- 2) Zeitnahe Versorgung anzubieten mit Hilfe von Bring- und Holddiensten von Kommunen und intersektoralen Versorgungsstrukturen

Neuartige, delegative Hausarztpraxis  
versus  
tradierte höchstpersönliche  
Zuwendungspraxis

## **neu in der BAG:**

Entlastung der Organisation und Verwaltung  
durch Geschäftsführung (nichtärztlich)  
erforderlich (vgl. der kaufmännische  
Geschäftsführer im Krankenhaus)



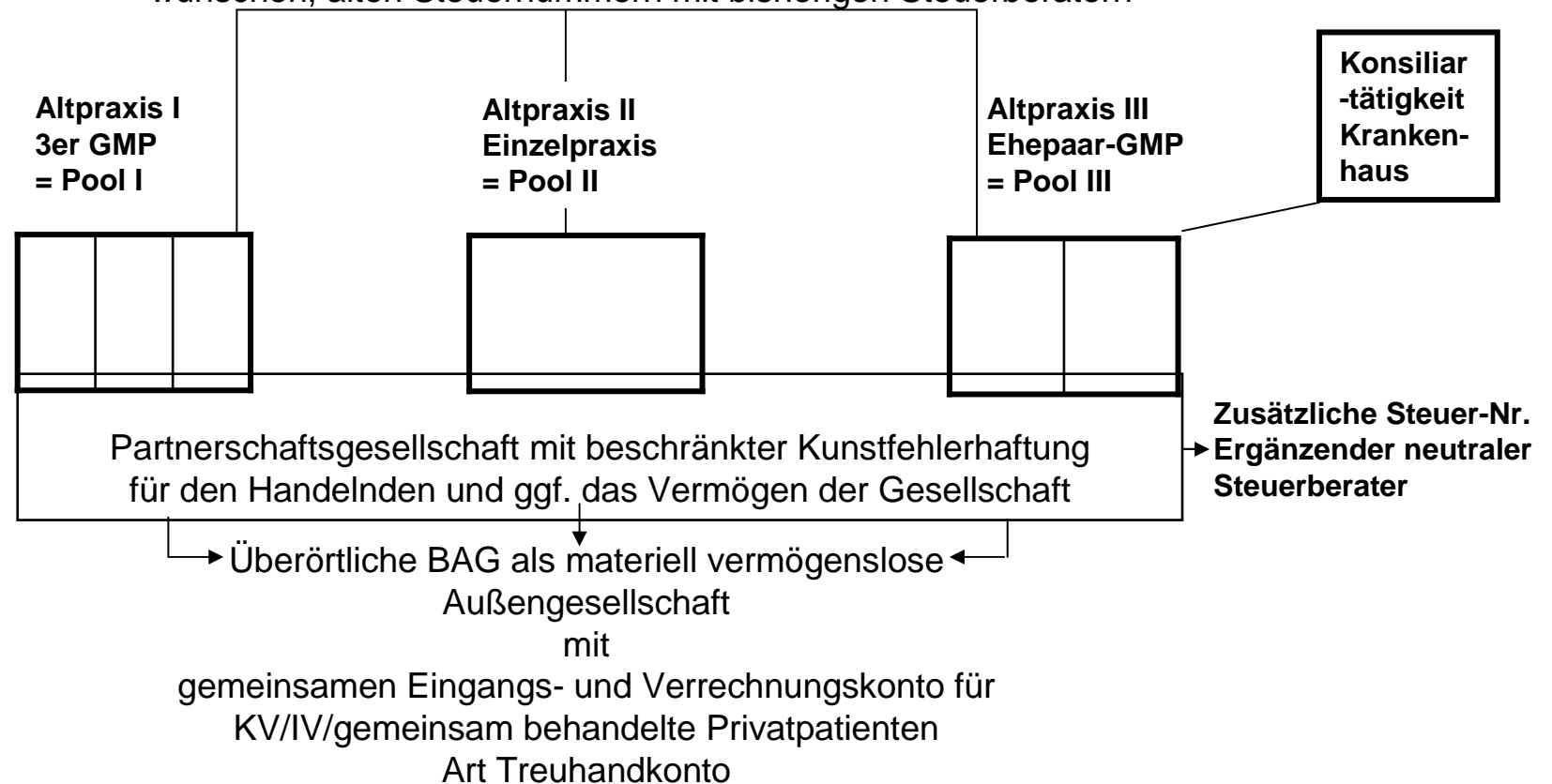
## Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit Beibehaltung der Altstrukturen (Sparten-Lösung)

### Wirtschaftliche Erhaltung der bisherigen Kosten- und Gewinn-/Umsatzstruktur pro Standort/Pool und vertraulicher G+V/Steuererklärung

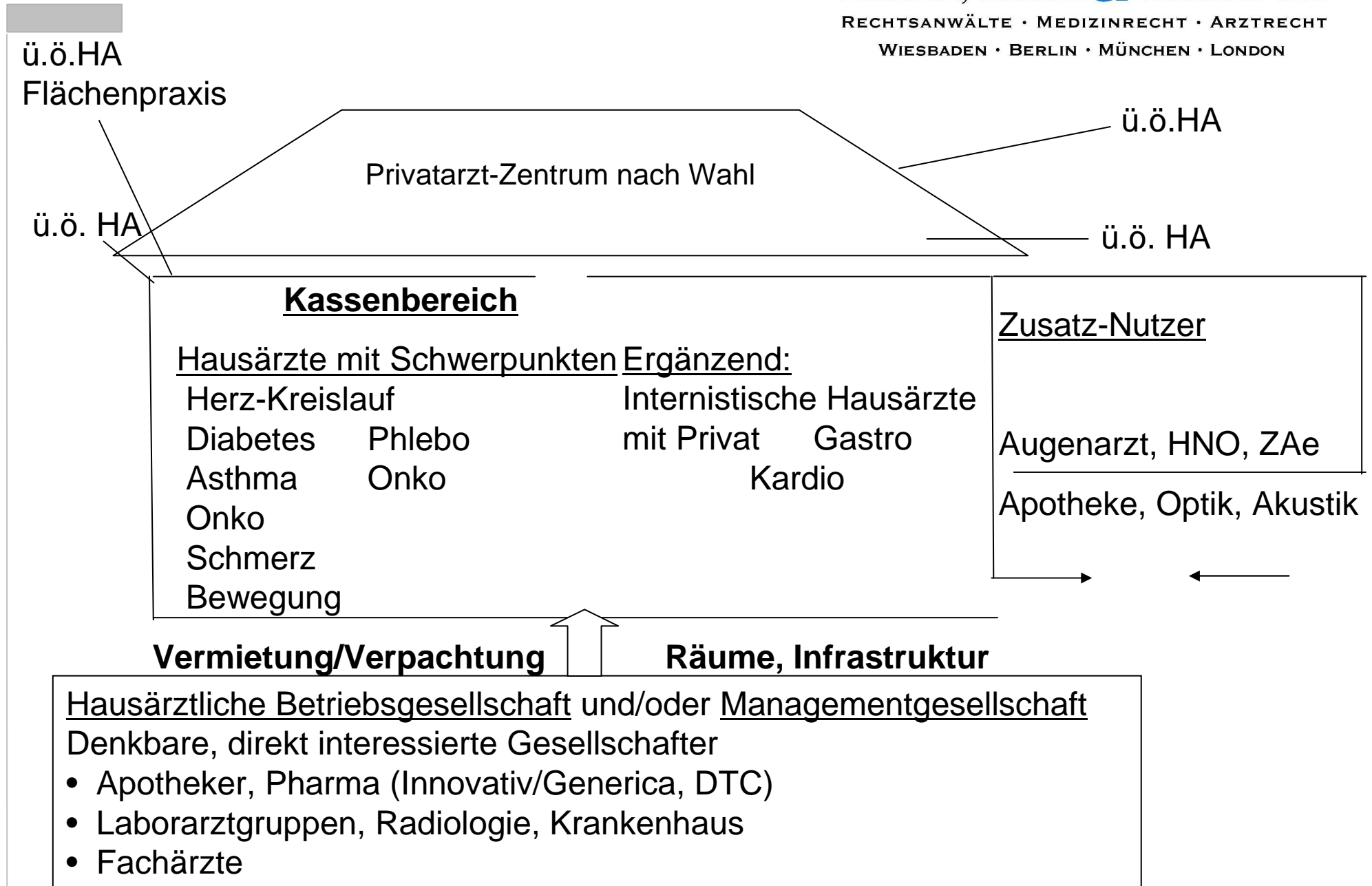
Außen gemeinsam – Innen max. wirtschaftlich getrennt

Bisherige Strukturen bleiben erhalten bei:

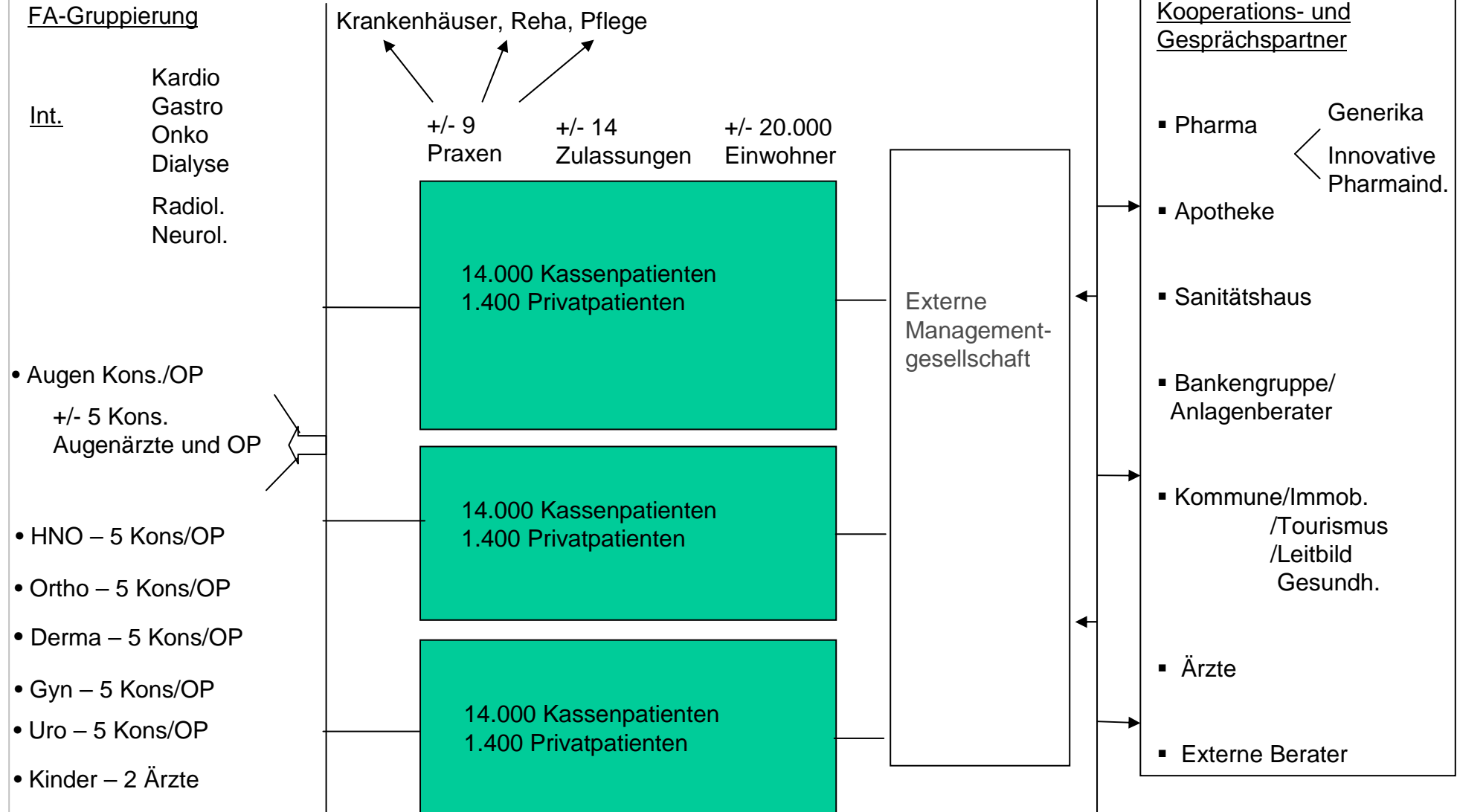
Nach Standort getrennt: Miete, Kredit, Eigentum, Einnahmen von Privatpatienten, die nur Standortbehandlung wünschen, alten Steuernummern mit bisherigen Steuerberatern



Gemeinsamer Auftritt, Arbeitsteilung, Nutzung von BAG/GMP-Zuschlägen, steuerliche Zusammenführung von Personal/Ideelle Werte zu Buchwerten/anteilige Verrechnung gemeinsam behandelter Patienten konservativ/operativ/ambulant/stationär/Labor/ bildgebende Verfahren mit ½ Zulassung Radiologie



**Übersichtliche, gleichberechtigte, besitzstandswahrende, selbständige, kooperative, regionale Weiterentwicklung Hausarztgruppierungen**



## Ziel: Regionales Vorsorgekonzept gegen Ärztemangel und für Dauerbetreuung chronisch kranker alter Menschen

### Säule I:

Weiterentwicklung freiberuflicher Strukturen mit nachwuchsgerechten Arbeitsplätzen als Vollzeit- / Teilzeit-Partner / Angestellter durch überörtliche BAGs und Übernahme-Integrations-Partnerschaft für Abgeber

### Säule II:

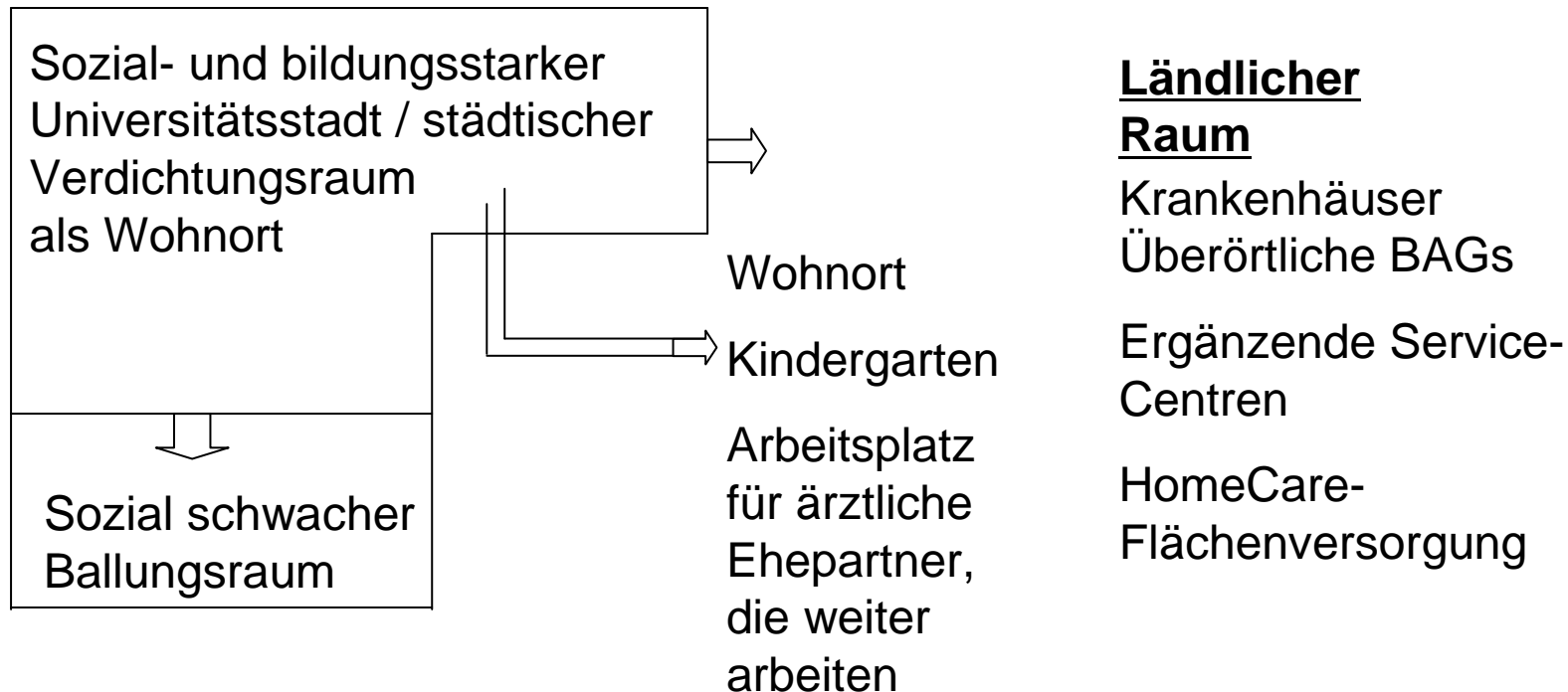
Point-of-Service-Strukturen  
Ganzheitliches Gesundheitsdienstleistungs-Center mit Krankenhaus  
Kommune-Landkreis für Hausärzte und Fachärzte  
Ergänzende Anlaufstelle neben Hauptpraxis-Standorten mit Pflege, Heil-/Hilfsberufen, Verbindungsstelle zu ÖGD, Sozialamt, Einwohnermeldeamt

### Säule III:

Regionale, vertikale Vollversorgung nach SVR Primärversorgungs-Modell, Prof. Gerlach  
KBV mit KV, Krankenkassen  
GKV-Leistungspartner mit Sanitätshäusern  
Apotheken  
Pharmafirmen  
Zahnärzten

**Räumliche Dimension  
und ergänzende Großraum-Dienstleistungen in  
Planungsbereichen: Großraum-Gesundheitsregionen, Metropolbereich, IHK-Bereich,  
Bezirks-KV, Bereich Regierungspräsident**

**Pendel-Strukturen**



**Verbundlösung** für Weiterbildung

Kindergarten

Patienten-Bring- und Holdienste

[www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)

# Herausforderungen für Praxisabgeber über 55

## Übersorgte, wettbewerbs- intensive Premium-Wohn- und Arbeitsregion

- Sehr viele Single-Haushalte
- Grenz-Rentabilität der Praxen
- Extreme Konkurrenz durch Krankenhäuser und MVZ

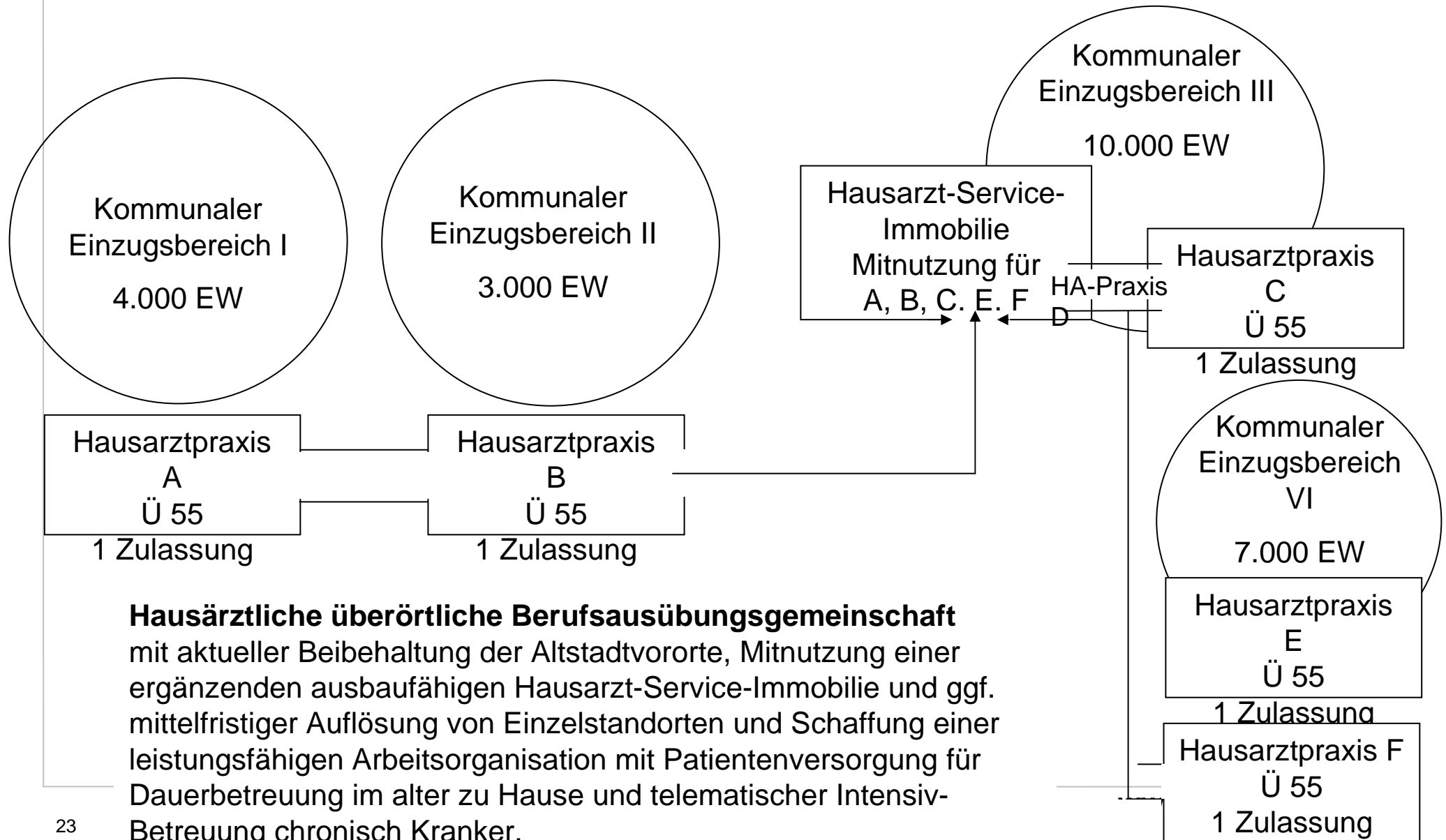
## Sozial schwache und ethnisch segregierte Ballungsgebiete (Armutgebiete)

- alleinstehende, arbeitslose Mütter mit mehreren Kindern
- ethnische Segregation: Mangel an sinnvollem Sprach-Kulturverständnis
- kaum Kontinuität

## Ländlicher Raum Aus Patientensicht und gesundheits-gesellschafts- politisch vgl. Sonder- gutachten [www.svr- gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)

- Profil Einzelpraxis /2er GMP (Ehepaar)
- immer mehr Patienten
- Patienten mehrfach krank – über 65 Jahre
- immer immobilier
- immer mehr Konflikte und Hausbesuche
- soziale Verantwortung für immer unselbständigere Menschen
- Verantwortung und Umgang mit Patienten mit Migrations-Hintergrund und deren Kindern

## Hausärztliche Versorgungssicherung im ländlichen Raum mit vielen Klein-Kommunen



**Hausärztliche überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft** mit aktueller Beibehaltung der Altstadtvororte, Mitnutzung einer ergänzenden ausbaufähigen Hausarzt-Service-Immobilie und ggf. mittelfristiger Auflösung von Einzelstandorten und Schaffung einer leistungsfähigen Arbeitsorganisation mit Patientenversorgung für Dauerbetreuung im alter zu Hause und telematischer Intensiv-Betreuung chronisch Kranker.

## **Schlussfolgerungen aus 70 % Erhöhung der Patientenmenge wegen Nichtbesetzungsmöglichkeit**

**+**

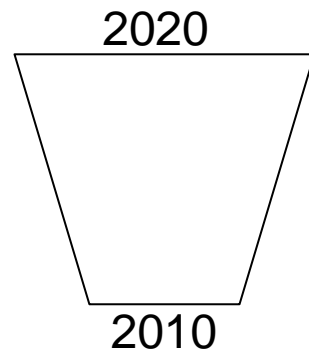
**30 % erhöhte Versorgungsbedarf der älteren, länger lebenden chronisch  
kranken Patienten, die immer mehr ihre Selbständigkeit verlieren**

### **Wie 2010-2020 gestalten?**

Anforderungen an

→ Bestehende HA-Praxen Ü 35 – 55 Weiterarbeits-Generation

Ü 55 – 68 Abgeber-Generation



→ Kommunal-Politiker

→ Patienten/Angehörige/Bürger

→ Vertreter der Krankenkassen

→ Apotheker

Engeres /engstes Zusammenwirken der lokalen Hausärzte

Neue ergänzende Organisationsformen: Delegativ-/IT-Betreuung-permanente Home-Care-Betreuung

Stufenweise zusammenwachsendes räumliches und organisatorisches Zusammenwirken



## **Kurzübersicht über die Engpässe der Hausarztgeneration Ü-55**

- Keine Kraft der Organisationsfähigkeit für Integrierung und Bezahlung neuer Versorgungsassistentinnen für telemedizinische Dauerbetreuung und Hausbesuche
- In Einzelpraxis kaum Möglichkeiten für professionelle Vertretung für Urlaub, Krankheit, Notfall
- Keine Fähigkeit, gesehene innere Sinnhaftigkeit, in Gesundheitsimmobilien zu investieren, umzuziehen, wenn keine Nachfolge in Sicht und auch kein Ausgleich der ggf. notwendigen Altersinvestitionen
- Kaum Personen im Markt vorhanden, die fair zwischen den unterschiedlichen Hausärzten ab 55 Jahren kommunizieren können
- Angst, sich in Systeme einzufügen, die eine psychosozial andersartige Hauptgesellschaft von Gemeinschaftspraxen der nachfolgenden Generationen entwickelt haben.



## Gesundheit im Zentrum

### Mindeststandards hinsichtlich Infrastruktur

- mind. 5 Facharztgruppen, perspektivisch 10, jedoch immer
  - Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie, HNO
- Fakultative Einbindung weiterer Leistungserbringer
- Räumliche und technische Infrastruktur, z. B.
  - Gestaltung des Wartebereichs, Ambiente, Kalt-/Warmgetränke
  - Geräteausstattung
  - Gemeinsame EDV / gemeinsame elektronische Patientenakte
  - Parkplätze/Erreichbarkeit mit öffentlichem Nahverkehr
  - Controlling/Evaluation

Dr. Dirk Janssen  
BKK - Landesverband NORD





## Gesundheit im Zentrum

### Servicestandards

- Schnelle Terminvergabe
- Wartezeit max. 30 Minuten
- Öffnungszeiten bis mind. 19.00 Uhr, nach Bedarf Samstags
- Erinnerungsservice für Vorsorgeleistungen
- Beschwerdemanagement

### Kriterien für Nachhaltigkeit der Vertragsbeziehungen

- Indikatoren z. B. Rechtsform, Referenzen, erkennbare Unternehmensphilosophie, Serviceorientierung, finanzielle Situation

Dr. Dirk Janssen  
BKK - Landesverband NORD





## Gesundheit im Zentrum

### Abschluss von Kooperationsverträgen

- Vergabe / Nutzung des Gütesiegels
- Sicherstellung der Servicequalität
- Weiterentwicklung der Zusammenarbeit
  - Integrierte Versorgung § 140 ff. SGB V
  - Besondere ambulante ärztliche Versorgung § 73c SGB V
  - Entwicklung von Behandlungspfaden

### Controlling/Evaluation

- Patientenbefragung
- Teilnahmequote DMP
- Teilnahmequote an IV-Verträgen
- Arzneimittelverordnung

Dr. Dirk Janssen  
BKK - Landesverband NORD





## Modell auch für ländliche Regionen?

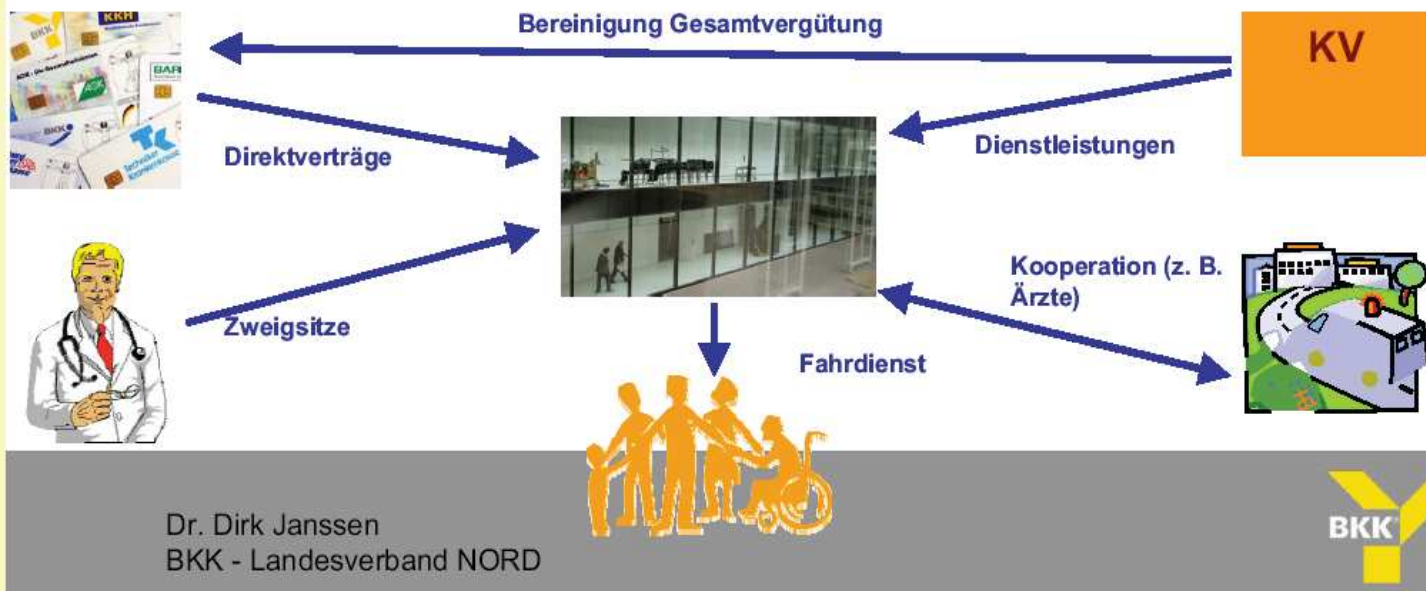
- Etablierung von Gesundheitsimmobilien
- Ärzte z. B. in Form von Zweigpraxen
- Kooperation mit Krankenhäusern
- Weitere Leistungserbringer (Apotheke, Sanitätshaus, Pflegedienst, Physiotherapeut etc.)
- Fahrdienste
- Vergütung über Direktverträge § 73c / 140a SGB V
- Bereinigung der Gesamtvergütung bei KV





## Modell auch für ländliche Regionen!

- Einbindung der Politik (Land, Landkreis)
- Beteiligung der KV
- Betreibergesellschaft für laufende Organisation
- Gewinnung von Investoren



Dr. Dirk Janssen  
BKK - Landesverband NORD

**Statt 1000 Patienten – 2000 Patienten betreuen**  
**Verdoppelung der Kontakt-Kapazitäten**

Neustrukturierung der hausärztlichen  
Kontaktstruktur

statt 4 persönlichen Hausarzt-Kontakten

2 persönliche und 4 delegative telefonische und ggf.  
Hausbesuchskontakten

(Skype auf Fernseher geschaltet)

## Reaktions-Überlegung auf Überbelastung verbleibender Hausarztpraxen bei Nicht-Nachbesetzbarkeit von Abgeberpraxen

Je höher die Kontaktquote  
desto mehr Potential für  
Privatpatienten und IGeL-  
Leistungen

### Die hausärztliche 200%-Praxis

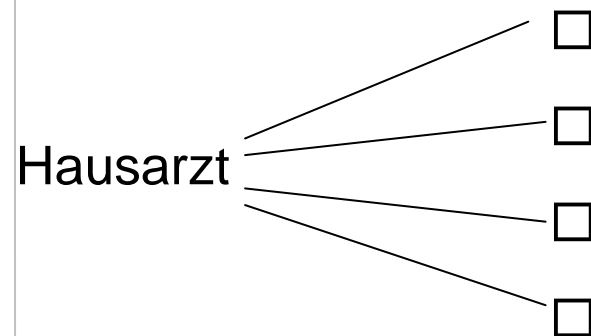
Verdoppelung der ärztlichen Leistungsfähigkeit durch entlastende  
Kommunikations- und Therapie-Assistentin mit telekommunikativer System-  
Betreuung (Skype) und Hausbesuche

Statt 1.000 Patienten mit 4 Arztkontakten  
2.000 Patienten mit 2 Arztkontakten  
und 4 System-Dauerbetreuungs-  
Assistenz-Kontakten

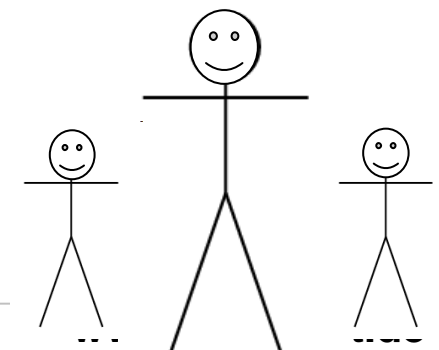
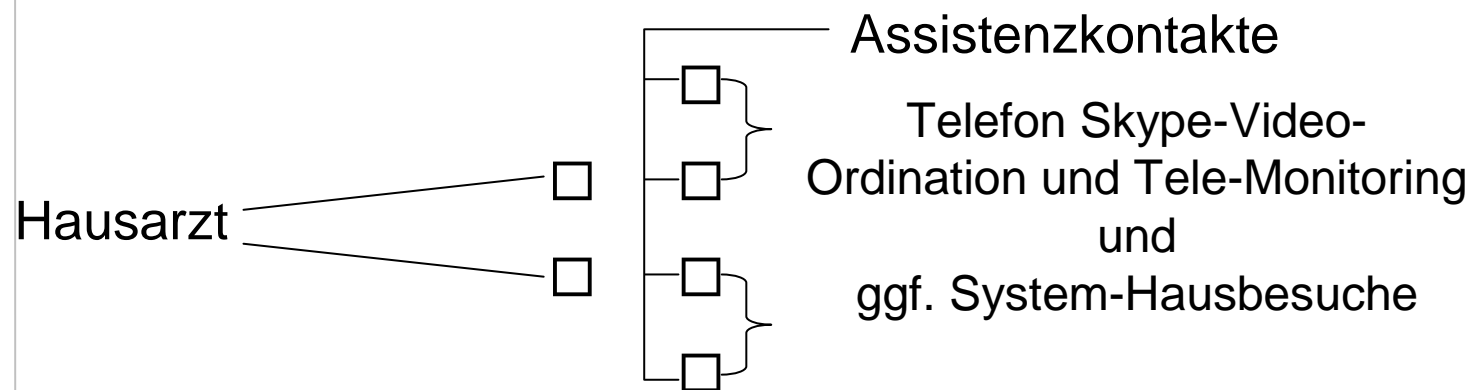


## Altes Modell:

4 Arzt-Kontakte pro Patient und Quartal



## Zukunfts-Option:



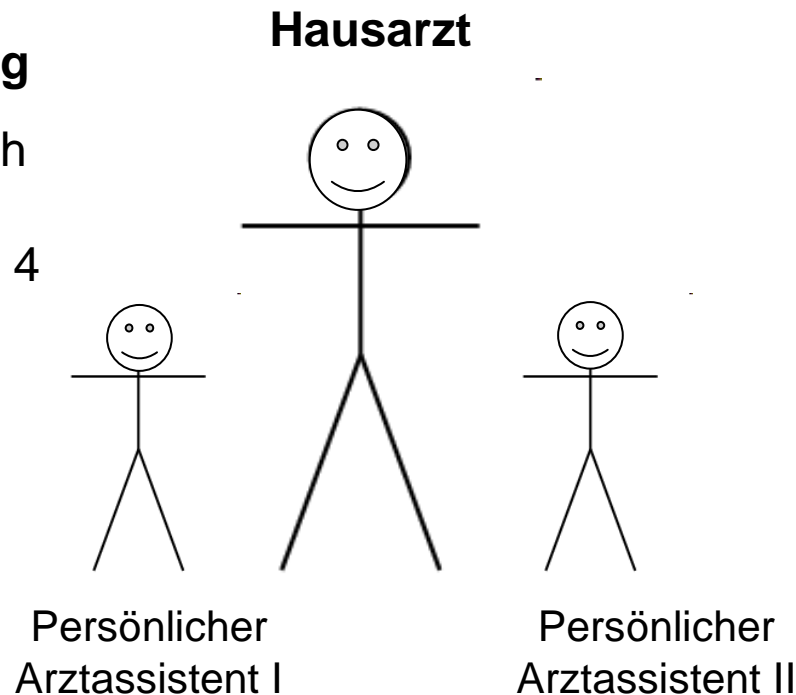
## Heimat konkret lieben/umgestalten

### Notwendigkeit der 200 % Hausarztpraxis

### Verdoppelung der Leistungs- und Hinwendungsfähigkeit des Hausarztes

#### Chronic Care Betreuung

Eine dauerhafte mehrfach  
erkrankten älteren  
Menschen \_\_\_\_\_ statt 4  
Kontakte pro Quartal 6  
Kontakte



Durch Verweigerung der  
Tätigkeit auf dem Lande,  
max. 25 % Nachbeset-  
zungschance, müssen  
statistisch die verwaisten  
Patienten (75%) durch  
weniger Ärzte und  
gleichzeitige intensive  
Versorgung betreut werden

# Umfassendere hausärztliche Versorgungsmodelle unter Erhalt von Zuwendung und psycho-sozialer Betreuung/Verantwortung

## Erweitertes Hinwendungs-Modell

### Delegation an Arzt-Assistentin

Ganzheitliche Anamnese und Festlegung intensiver Betreuungs-Intervalle durch

- I. Tele-Medizinische Betreuung
- II. Hausbesuchsstruktur

### Konsiliarische Koordination:

**Hausarzt**  
Bis zu 4 und mehr Kontakte p.a  
„Nur Arztzentriertes“ Mittelpunkt  
Modell

Tradiertes fokussiertes ausschließlich auf Hausarzt als Mittelpunkt ausgerichtetes Diagnose- und Therapiemodell

### Antwort:

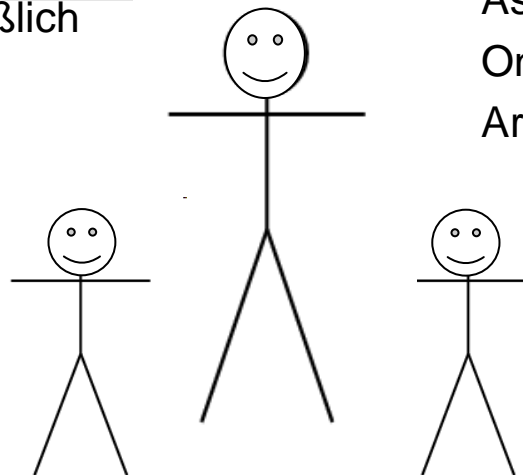
200 % Praxis  
Verdoppelung der Leistungsfähigkeit durch entlastende Therapie-Assistentin

### Delegation an kollegiale Subspezialisten

Denkbare ärztlich-vertiefende Betreuung gleichzeitiger chronischer Krankheitsbilder mit hausärztlichen Kollegen und Schwerpunktbildung

- Diabetes
- Gerontologie/Demenz
- Herzinsuffizienz
- Schmerz
- Palliativ-Versorgung
- Asthma
- Onkologie
- Arthrose/Rheuma

**200 % Praxis**  
statt 1000-2000 Patienten  
statt 4 Hausarzt-Patienten-Kontakte  
2 durch Arzt und  
4 durch Assistenten

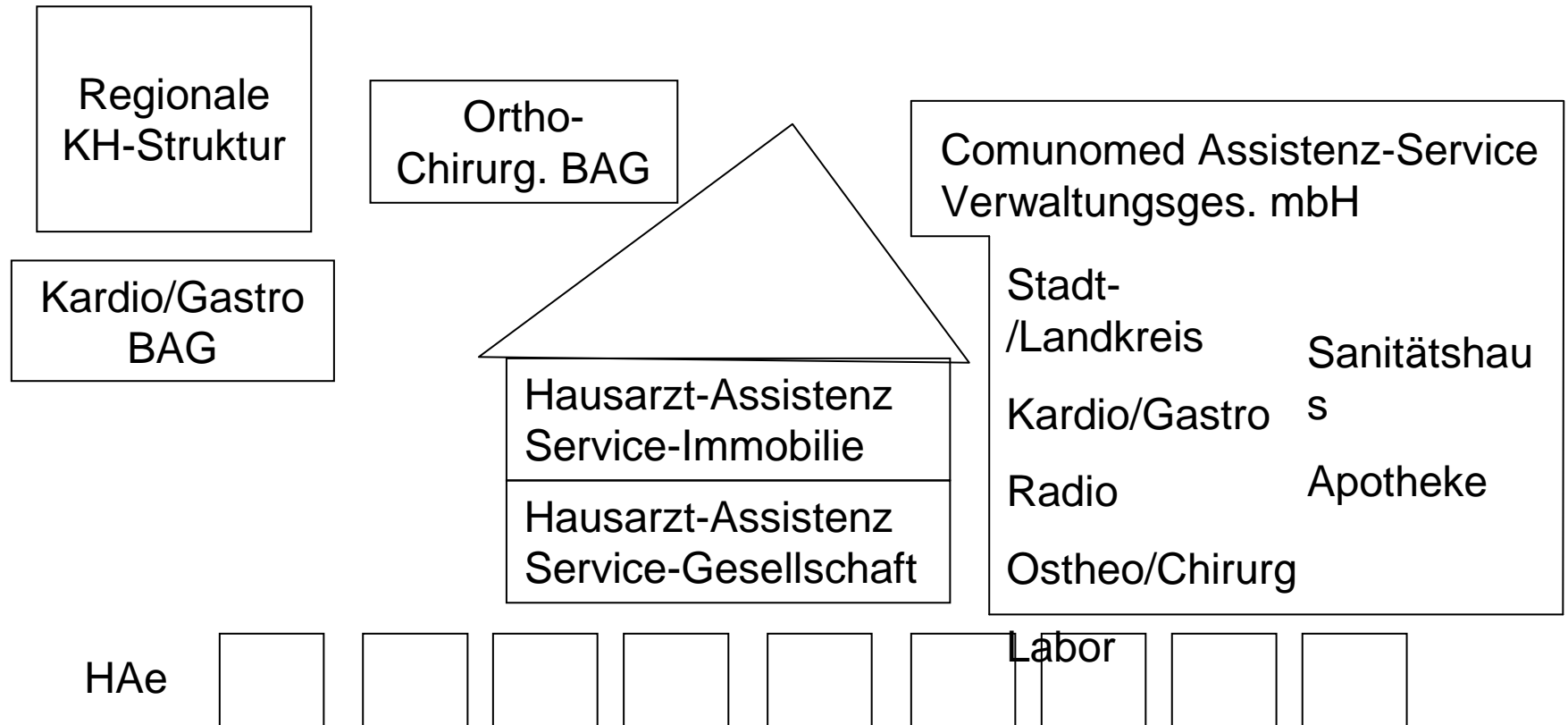


## Übersicht über ideale und ökonomische Vorteile einen üBAG für Hausärzte/API mit standardortergänzender Gesundheits-Service-Immobilie und kommunaler Unterstützung

### Spezifisch für Hausarztgeneration Ü 55 und generell für Hausärzte in Einzelpraxen und Gemeinschaftspraxen

- I. • Verwaltungsgesellschaft sichert – ggf. mit Bürgschaft von Kommune - Abgeber einen Verkaufspreis bei entsprechender Praxisgröße und betreutem Patientengut  
Preis: +/- 50.000/60.000 bei 1.000 Patienten pro Quartal
- Keine Kosten der Mitnutzung der Zentral-Immobilie bei weiterbestehendem Praxisstandort  
Verbilligung durch Umlage an andere Mitnutzer der Gesundheitsimmobilie wie von Zulassung profitierende Apotheken / Sanitätshäuser / Zuschuss Kommune
- Zeitliche Bürokratie und Managemententlastung durch professionelle, externes Verwaltungsmanagement (Comunomed-Verwaltungsgesellschaft)
- Zugriff auf entlastende vorgehaltene angestellte Hausärzte für Urlaub / Krankheit / Fortbildung / Notdienst / Vorbereitung auf potentielle Übernahme von Funktionen ausscheidender Abgeber
- Möglichkeit des Abschlusses eines Krankenkassen-Direktvertrages ohne Fallzahlbegrenzung
- Honorarstabilisierung durch Medikamenten-Budget-Vereinbarung mit Krankenkasse
- Kostensenkung der Infrastruktur einer Praxis durch Umzug in Zentral-Immobilie = 10 % bei € 200.000 = € 20.000 p.a.

## Facharztgruppen müssen ihr Existenzrecht durch Unterstützung des Hausarzt-Sektors absichern



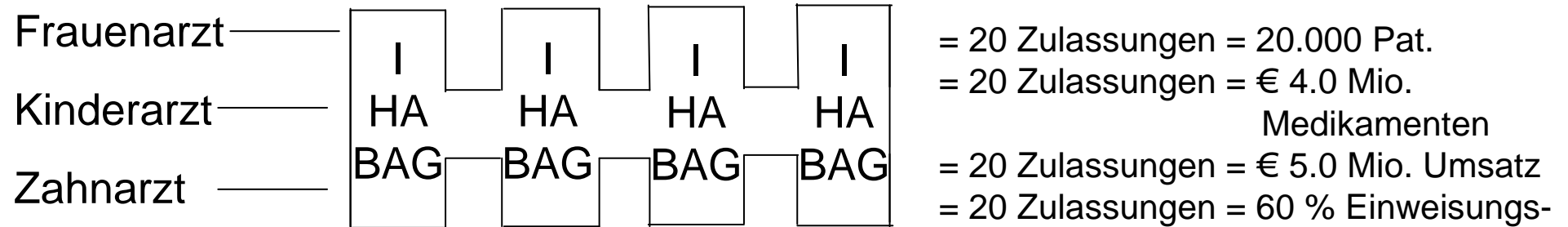
**Ziel sind 2 Unterstützungsbereiche von Kommunen und Hausarzt-Partnern wie FAe, KH, Apotheke**

1. Hausarzt-Assistenz-Service GmbH für Patientenakte, QM, Direktvertrag, Medikamente, Rabattvertrag
2. Haus- und Primärarzt: Teilzeit- Multifunktionsräume

## Abgestimmte Strukturen – Nachhaltigkeit/Verlässlichkeit Auswirkungen auf Synergiepartner

### Synergie-Modell

I. Betreuung mehrerer nicht konkurrierender Selbständiger  
 Regionale hausärztliche BAG mit gleichgerichteten Qualitäts-Service und  
 Marktführungsinteressen



Patienten  
 KH  
 Apotheke  
 Pharma  
 Sanitätshaus

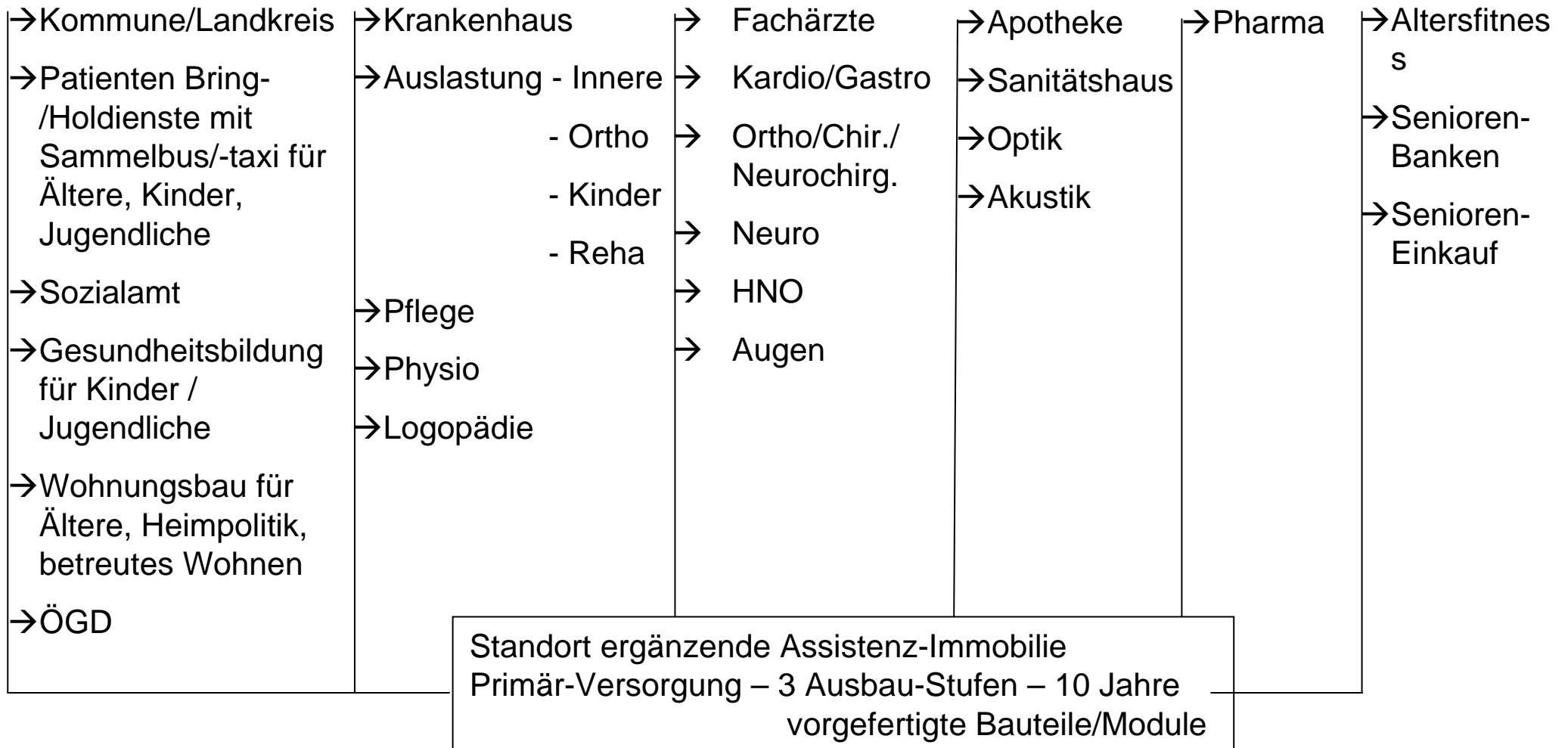
#### Dienstleistungs-Übersicht

Institut für hausärztliche  
 Versorgungsstrukturen  
 Ehepaar RAe St. Pranschke-Schade  
 und H.-J. Schade  
 und  
 Netzwerk-Partner

Physiotherapie  
 = 20 Zulassungen = € 800T  
 Privatumsatz € 400T IGeL

## Abgestimmte Strukturen – Nachhaltigkeit /Verlässlichkeit Auswirkungen auf Synergiepartner

### II.



*Stefanie Pranschke-Schade*  
*Mediatorin*  
*H.-J. Schade*  
*RAe für Medizinrecht*

## **Professionelle Moderation**

### **Mediation der Selbstorganisation regionaler Gesundheitsversorgung**

**Dienstleistungen für folgende Zielgruppen,  
getrennt – oder nach Absprache – synergistisch:**

- Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Ärztenetze
- Reha/Pflege
- Apotheken, Sanitätshäuser
- Pharmazeutische Industrie, Medizintechnik
- IT-Branche und Banken im Gesundheitswesen
- Gesetzliche Krankenkassen und deren Managementgesellschaften
- Kommunen, Landkreise
- Steuerberater und Rechtsanwälte im Gesundheitswesen

---

Vorträge, Intensiv-Workshops, Moderation/Strukturierung von Versorgungsprojekten,  
Dauerbegleitung von Berufsausübungsgemeinschaften/Dienstleistungsgesellschaften

Konzeptentwicklung für Dienstleistungsanbieter

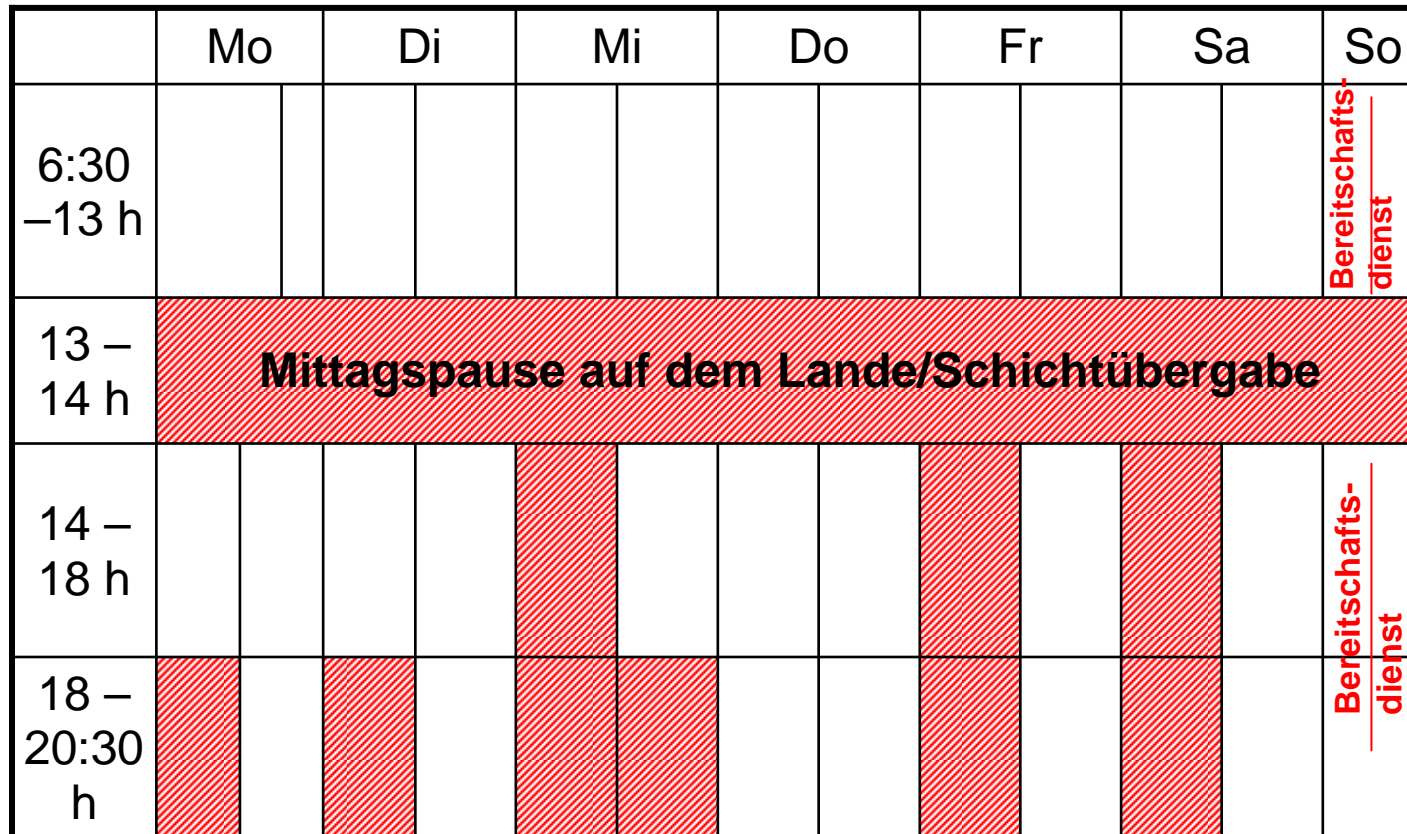


## Schichtsystem eines Micro-HA-Assistenz-Service-Zentrum

Errichtung und Einrichtung durch Apotheker/offen für jeden Hausarzt durch BAG

Grundbedarf 180 qm :  
 Für 2 Ärzte pro Schicht

1. Stufe 120 qm oder PG mit Praxiszweigstelle  
 für 1 Arzt pro Schicht



Bedarf: 6 Ärzte à 14 Std. = 2 Schichten

oder

mit 2 ½ angestellten Ärzten der BAG

= 30 % Senkung  
 falsch-positive  
 Krankenhaus-  
 Einweisungen

 = kein Dienst

# Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit