

## **Ende der Bedarfsplanung zum 1.7.2011 Radikale, wettbewerbsorientierte Neuordnung der ambulant-stationären Versorgungslandschaft**

Das Wettbewerbstärkungsgesetz wird spätestens zum 1.4.2007 in Kraft treten.

Die öffentlich diskutierte Frage der Finanzierung verstellt den Blick auf grundlegende Neustrukturierungen des Gesundheitswesens.

Die wichtigsten Aspekte sind:

1. Ende der ärztlichen Bedarfsplanung zum 1.7.2011
2. Möglichkeit für eine oder mehrere sich zusammenschließende Kassen mit einzelnen Arztgruppen exklusive Versorgungsverträge für alle ihre Mitglieder zu schließen
3. Nur noch unattraktiv vergütete Basisversorgung wird über KV abgewickelt.

### **5-jährige schmerzhafteste Anpassungszeit!**

Unangenehme Wahrheiten brauchen Zeit bis sie innerlich verarbeitet sind und eine Neuorientierung zulassen. Die bisher kaum thematisierte Absicht des Gesetzgebers die bisherige Funktion der KV´en zum 1.7.2011 zu beenden, ist ein radikaler Bruch für die tradierte ärztliche, freiberufliche Berufsgestaltung.

### **Unauffällige, indirekte Ankündigung des Systemwechsels**

§ 87 Abs. 7 SGB V nach dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz:

"(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz.2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Abs. 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, **ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.**"

### **Doch nur unverbindlich?**

Zunächst wird der Arzt als Leser dieses Paragraphen eher eine unverbindliche Überlegung des Gesetzgebers vermuten, D.h. er geht davon aus, es sei noch nichts endgültig beschlossen.

Dennoch hat diese Ankündigung verfassungsrechtliche Bedeutung.

Jeder Eingriff – auch in einen sozialrechtlichen Zulassungsstatus – braucht nach der Rechtsprechung eine 5-jährige Frist, damit sich die Betroffenen auf eine neue unternehmerische Situation vorbereiten können. Ansonsten könnten Sie auf einen enteignungsgleichen Eingriff in Eigentumsrechte klagen.

### Ende der Bedarfsplanung 01.07.2011

### Vor- und Nachteil der Fortführung einer Einzelpraxis im Vergleich mit fachgleicher, überörtlicher Gemeinschaftspraxis

Vorteile Einzelpraxis:	Nachteile Einzelpraxis:
Eigenständigkeit, Unabhängigkeit bis zum Schluss	Ab 2009 keine Verkaufsfähigkeit = Verlust des ideellen Wertes +/- € 100.000,--
Keiner schaut in die Buchhaltung, alles wird selbst gemacht: <ul style="list-style-type: none"><li>- Abrechnung,</li><li>- Marketing,</li><li>- Einkauf</li></ul>	Keine Kostensenkung durch gemeinsames Management = 15% Umsatzverlust p.a.
Aufrechterhaltung des Kassenarzt-Systems	In Zukunft erhöhte Praxisgebühr bis € 25,--, Wegfall von weiteren 20% Patienten = € 40.000,-- p. a.
Individueller Widerstand gegen direkte Sonderverträge, ausgeschrieben durch die Krankenkassen	Verlust von ca. 100 in Zukunft gut bezahlter Patienten, die in Sonderprogrammen gemeinsam mit Kollegen besser bezahlt werden = € 20.000,-- p.a.

### Bankkredit für eine Zukunft basierend auf Wettbewerb?

Wer im vertragsärztlichen Bereich investiert, muss wissen, bis wann er seine Investitionen abgeschrieben haben muss. Wer einen Praxiskredit aufnimmt, muss somit kalkulieren, dass er ihn spätestens nach 5 Jahren zurückzahlen kann. Spätestens dann kann auch die angekündigte Neustrukturierung wirken. Mit dieser Ankündigung formuliert der Sozialrechtsgeber, dass ab jetzt kein Arzt mehr im Glauben auf die Dauerhaftigkeit einer Zulassung eine wirtschaftliche Existenz planen kann, bzw. er ab jetzt unternehmerisch alles daran setzen muss, dass innerhalb von 5 Jahren getätigte Investitionen abgeschrieben sind.

Banken werden daher kaum noch bereit sein, eine „klassische“ Einzelpraxis zu finanzieren. Sie werden einen Businessplan verlangen, der vorsieht, dass der finanzierende Arzt durch eine Kooperation in der Lage ist, dauerhaft direkter Vertragspartner von Krankenkassen zu sein. Auch alle, die noch längerfristige Verträge aus der Vergangenheit haben, werden von der Bank aufgefordert, Details vorzulegen, wie sie innerhalb von 5 Jahren die Kredite zurückzahlen können.

### Auswirkungen für Praxisabgeber

Jeder Praxisabgeber muss diese verklausulierte politische Ankündigung ernst nehmen. Der Gesetzgeber kann nach dem Ablauf der verfassungsrechtlich vorgeschriebenen 5-Jahres-Vorinformationsfrist jederzeit von der Bedarfsplanung abrücken und hat es auch tatsächlich vor.

Spätestens in zwei Jahren beginnt daher ein noch stärkerer Abwärtstrend bei der Verwertung von Einzelpraxen. Gleichzeitig können sich jetzt auch Panikreaktionen sofort auf den Verkaufspreis auswirken.

Wer jetzt nicht gemeinsam ein Kooperationsmodell aufbaut oder in eine Kooperation eintritt, gefährdet aller Wahrscheinlichkeit nach das bisher konzipierte Lebenswerk.

### **Ausscheidensregelungen von Gemeinschaftspraxen müssen überarbeitet werden**

Viele Gemeinschaftspraxisverträge sehen vor, dass die verbleibenden Gesellschafter zu einer vereinbarten Formel den ideellen Wert (Wert der Zulassung) und den materiellen Wert übernehmen. Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 ist ab jetzt äußerst kritisch dem Abgeber ein Preis zu zahlen, der künftig von den verbleibenden Gesellschaftern nicht mehr erwirtschaftbar ist.

Somit müssten theoretisch alle Gemeinschaftspraxisverträge wegen **Wegfall der Geschäftsgrundlage** (Dauerhaftigkeit der Bedarfsplanung) gekündigt werden. Wer den Fehler macht, länger zu warten – ohne mit seinen Partnern zu reden – und den Vertrag neu zu ordnen, muss sich sofort entgegen halten lassen, dass er trotz der neuen Rechtslage die Übernahmeverpflichtung mit dem festgelegten Preis als sinnvoll anerkannt habe.

Damit würde einem schweigend unterstellt, dass in jedem Fall der vertraglich vereinbarte Übernahmepreis zu zahlen sei.

### **Überblick über die Transformationsphase**

Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 beginnt ab jetzt eine 5-jährige Transformationsperiode bisheriger niedergelassener Tätigkeit als Freiberufler.

Es ist der Übergang vom bisherigen sektoral abgeschotteten, kollektivvertraglich gestalteten Sachleistungsprinzip zum wettbewerbsorientierten, öffentlich ausgeschriebenen Versorgungskonzept auf der Basis individueller Verträge zwischen Krankenkassen und niedergelassenen, freiwillig organisierten Arztgruppierungen, regional, landesweit oder bundesweit.

Wer innerhalb der um den Auftrag konkurrierenden Arztgruppierungen die entsprechenden Qualitätsstandards, Servicestrukturen, Anforderungskriterien und ggf. Mindestmengen für bestimmte Krankheitsbilder nicht erfüllt, fällt automatisch als Teilnehmer der zukünftigen kassenärztlichen Versorgung aus.

### **Kartellrecht verhindert Wettbewerb ausschließende regionale Netzwerkschlüsse!**

Das Ende der Bedarfsplanung heißt auch, dass Krankenkassen einzeln oder im Verbund bis zu einer Grenze von ca. 35 % Marktanteil in einem größeren Versorgungsbereich wie Rhein-Main/Rhein-Neckar / Hamburg / München / Berlin die Versorgung der Patienten nach Indikationen oder nach Fachgebieten ausschreiben.

Ärztegruppen – selbst ortsübergreifend als Gemeinschaftspraxen unternehmerisch zusammengeschlossen – und darüber hinaus als Bewerbungsgemeinschaften nach bestimmten Kriterien verbunden, geben ihre Angebote ab. Dieser öffentliche Ausschreibungsvorgang nach EU-Recht beschreibt Qualität und Anforderungsprofil.

### **Ausschreibung bedeutet sowohl Qualitäts- als auch Preiswertbewerb**

Die Arztgruppierung oder der Verbund von Arztgruppierungen gibt bei der Ausschreibungskommission sein Angebot ab. Der günstigste Preis mit dem Versprechen, die ausgeschriebene Qualität- und Servicestruktur zu erfüllen, erhält den Zuschlag.

### **Ende des bisherigen KV-Schutzkonzeptes**

Die niedergelassene Ärzteschaft mit ihrer kontinuierlich steigenden Anzahl von Ärzten (40% in den letzten 10 Jahren) sieht den Grund für ihre selbst eingeschätzte schlechte wirtschaftliche Situation in dem Vorhandensein der KVen.

Bei genauer Betrachtung wird man feststellen müssen, dass es nie eine bessere und für Arztpraxen stabilere Form freiberuflicher Versorgungsstrukturen gegeben hat. Berufspolitisch war das bisherige freiberufliche – auf Einzelpraxen und Kollektivvertrag beruhende System - für niedergelassene Ärzte und auch getrennt für den Krankenhausbereich, ein praktisch nie als wertvoll eingeschätzter paradiesischer Zustand.

KVen schlossen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweite Vereinbarungen ab und man konnte eine genau definierte Geldsumme über die Länder-KVen den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stellen.

In welche Krankheitsbilder die Mittel fließen und die Frage, ob die Versorgung von Halbgesunden wirklich notwendig ist, sowie welche Qualitätskriterien zu stellen seien, wurde nie direkt von den Krankenkassen als Vertragspartner vorgegeben und kontrolliert.

Die Bedarfsplanung ließ es zu, dass in überversorgten Gebieten – die objektiv überflüssigen Zulassungen – dennoch weiter verkauft werden konnten.

Schwere Krankheitsbilder = ca. 20 % der Patienten des niedergelassenen Sektors, Akutpatienten = 30 % der Behandlungen und die Dauerbetreuung von zuwendungsintensiven Gesundheitsstörungen = 50 % der zu behandelnden Nachfrager, wurden über den EBM unterschiedslos über Verdachtsdiagnosen konfliktfrei abgerechnet. Ziel der die Ärzteinteressen vertretenden KV war ohne Wettbewerb allen niedergelassenen Ärzten eine Existenzsicherung zu geben. Dieses System geht mit Erlass des Wettbewerbsförderungsgesetzes zum 1.7.2011 zu Ende.

### **Realistisch: 1/3 der unterdurchschnittlichen Praxen geben auf / wechseln ins Angestellten-Verhältnis**

Gesetzgeber und Gesundheitsministerium haben gegenüber den Berufsverbänden unmissverständlich klar gemacht, dass es für den niedergelassenen Bereich keine weiteren Mittel gibt. Im Gegenteil, die Politik sieht im Europavergleich in Deutschland eine sektorale Überversorgung von ca. 40 %. Gleichzeitig sieht sie im Bereich durch Kostenlosigkeit der Leistung/Sachleistungsprinzip eine Übernachfrage von 40 % bei nicht indizierten Gesundheitsstörungen.

Diese werden durch die Erhöhung der Praxisgebühren neuartig definierten Komplexgebühren leise aus der Alltagsnachfrage der Praxen herausgedrängt.

Mengenbegrenzung heißt konkret 30 bis 40 % der ärztlichen Tätigkeit im Bereich pastoral mitbetreuter Gesundheitsleistungen für nicht eigenverantwortlich handelnde Bundesbürger werden in Zukunft indirekt nicht mehr bezahlt. Die Eintrittsebene in die Arztpraxis wird auf € 15,00 bis € 30,00 erhöht, und damit indirekt die weitere Nachfrage um 15 bis 25 % gesenkt.

Politisch wird dabei argumentiert werden, dass die sozial schwachen Personengruppen und die tatsächlich existentiell kranken Menschen eine Befreiung von der Praxisgebühr erhalten.

Genauso einschneidend ist der politische Tatbestand, dass die bisherige KV-Verteilungsaufgabe die Krankenkassen alleine oder in Verbänden unmittelbar übernehmen und die Versorgungsangebote im existentiell kranken Bereich fachgruppenspezifisch oder indikationsorientiert/interdisziplinär im Wettbewerb ausschreiben.

Die Dauer der Versorgungsverträge wird zwischen zwei und fünf Jahren liegen und insoweit eine ausreichende Kalkulationssicherheit bieten.

Damit entsteht innerhalb der Krankenkassen gegenüber den Versicherten ein Wettbewerb, welche Krankenkassen mit welchen Arztgruppen am besten bestimmte Krankheitsbilder versorgen kann.

Es entsteht ein radikaler Paradigmenwechsel unter betriebswirtschaftlichen Aspekten. Stand bisher unbewusst die Versorgung von Menschen mit geringem Risiko für einen Medikamentenregress im Mittelpunkt der Einzelpraxis, so entsteht jetzt ein Wettbewerb um die jeweils größte Menge gleichartiger Krankheitsbilder, die auf der Basis des Risikostrukturausgleichs neu definiert werden. Dieser Krankheitswettbewerb umfasst 50 und 70 Krankheitsbilder.

### **Im Mittelpunkt: Krankheits-Schwerpunktbereiche**

Statt breiter KV-Versorgung für 20 % existentiell Kranker und für eine Mehrzahl Halbgesunder entsteht ein Wettbewerb um die in Zukunft bis doppelt so hoch bezahlten indikationsorientierten - in der Gruppe ausgeschriebenen - Krankheitsbilder.

### **Marktführer in Krankheitsbildern statt Behandlungsspezialist für Halbgesunde**

Der berufspolitische Offenbarungseid liegt darin, dass die etablierten Führer der Ärzteschaft in Kammer, KV, Berufsverband, freien Verbänden ihre Mitgliedsärzte seit ca. 10 Jahren nicht auf dieses veränderte, gesundheitspolitische Szenario vorbereitet haben. Die lange gesellschaftspolitische Vorbereitungszeit durch hervorragende Ausarbeitungen in Sachverständigengutachten, Bundestagsanhörungen, von Krankenkassen und Politik in Auftrag gegebenen Forschungsstudien wurde nicht berücksichtigt.

Der verständliche Wunsch das Alte zu erhalten, führte zum Ausfiltern der Konflikte.

### **Was bedeutet dies für den niedergelassenen Arzt?**

Die Gesellschaft und die sich neu zu bildenden ortsübergreifenden Gemeinschaften müssen sich nun auf den harten Kern von Krankheitsbildern im Bereich Diabetes, Asthma, Rheuma, Onkologie, Arthrose, Herz-Kreislauf, Schlaganfall konzentrieren. Hinzu kommen 30 % Abklärungsdiagnostik und Behandlung von akutmedizinischen Konflikten.

Auf der Strecke bleiben die Krankheitsbilder, die oft als „Gesundheitsstörungen“ bezeichnet werden. Dies bedeutet, es sind Krankheitsbilder mit seelisch-geistigen Ursachen bedingt durch Wertewandel, Zerstörung von Ehe- und Familienstrukturen, steigender Angst um den Arbeitsplatz, sonstige emotionale/soziale Stressstrukturen.

Dieser Bereich wird wiederum stärker dem Segment Eigenverantwortung, Bildung, Religion zugeordnet. Hier hat historisch die Ärzteschaft – freiwillig und auch mit ökonomischen Nutzen – eine Pufferfunktion übernommen, die jetzt im Rahmen einer gesellschaftlichen Güteabwägung/Triage leise umgepolt wird. Dies wird auch an dem vom Gesundheitsministerium zitierten Mengen an Arztkontakten deutlich.

Nach Einführung der Praxisgebühr hat der deutsche Patient im Durchschnitt 10,4 Arztkontakte pro Jahr. Im Vergleich dazu hat in England ein Patient 5 Arztkontakte bei hälftiger Ärztemenge und sogar längerer Lebenserwartung. Im Europavergleich arbeiten in Deutschland 30 bis 50 % zu viel Ärzte. Der Vorteil ist eine deutlich geringere Wartezeit und eine wesentlich komfortablere Versorgung. Nun sehen sich die gesellschaftlich Verantwortlichen nicht mehr in der Lage, diesen Prozess weiter aufrecht zu erhalten.

### **Erschließung von Rationalisierungsreserven**

Übernehmen nun professionell gemanagte regionale Arztgruppen – von der eigenen unternehmerischen Rationalisierung profitierend - die Versorgung, kommt die Bundesrepublik mit 30 bis 50 % weniger Ärzten mit einer höheren Qualität aus. Diese These wird naturgemäß mit Worthülsen und Weltuntergangsprognosen von den berufsständischen Organisationen bekämpft.

### **Nicht dem Wortnebel glauben – handeln!**

Strategisch wird es um Folgendes gehen.

1. Zunächst sollten sich übersichtliche fachgleiche Arztgruppen bilden, die in einer geografisch verbundenen Ebene das Ziel haben, maximal 25 bis 30 % Marktanteil zu haben. Aufbauen sollte man allerdings auf kleine Gruppen von 5 bis 7 zusammenarbeitenden Praxen, weil nur dann Effizienz, Verlässlichkeit und organisatorische Steuerbarkeit – ggf. auch durch externe Managementgesellschaften - entsteht.
2. Je mehr man sich in der Werbung und der Qualität so schnell wie möglich auf richtige existentielle Krankheitsbilder konzentriert, desto rentabler wird man. Statt mit 10 Zulassungen 10.000 Patienten breit zu behandeln, sollte sich nun ein Arzt innerhalb der Gruppe um alle dort befindlichen 600-800 Diabetespatienten, ein anderer um 300 onkologische Patienten, und wiederum ein anderer Arzt um 400 Asthmapatienten kümmern. Statt Mitarbeiterinnen mit breitem Spektrum können nun hoch qualifizierte Krankenschwestern zusammen mit den jeweiligen Ärzten Expertenteams bilden, die an Drittstandorten oder mobil sich umfassend und professionell wohnortnah um die Schwerpunkt-Krankheitsbilder kümmern.

Die Ärzte müssen sich dabei klar machen, dass 300 existentiell Kranke den ökonomischen Gegenwert von 600 Halbgesunden haben.

Damit entsteht eine Rückbesinnung auf die ursprünglich echte, notwendige kurative Medizin und gleichzeitig eine Verstärkung durch entsprechend spezialisierte Mitarbeiterinnen.

Die heimliche Vergütungsbotschaft aus dem neu geordneten Risikostrukturausgleich ist, wieder richtig Arzt sein für optimale Krankenversorgung.

### **Extreme – unbewusste mentale Widerstände**

Die Konflikte liegen nicht in der objektiven Fähigkeit der betroffenen Ärzte das entsprechende medizinische Wissen neu aufzubauen.

Die Konflikte liegen aller Wahrscheinlichkeit darin, dass es zu einem Zusammenstoß zwischen vergangenheitsorientierten Trägheitselementen, emotionalen Sicherheitskomponenten und neuartiger, gesellschaftlicher Herausforderung kommt.

Die Erfahrung zeigt, dass Menschen jeglichen Berufes nach einer gewissen Zeit eine standardisierte Routine in Halbtrance entwickeln. Um dem Menschen in seiner Routine Sicherheit zu geben, filtern Neuroschaltkreise neue Entwicklungen aus und bestätigen den Menschen in seiner Einschätzung. Dies bringt Ruhe und Verlässlichkeit in den Alltag.

Hinzu kommt eine so starke Informationsdichte zu wissenschaftlichen, organisatorischen und politischen Umbrüchen, die wiederum zu einer geistigen Wahrnehmungssperre führen.

Wird dies noch durch berufspolitische Botschaften verstärkt, entsteht ein Abkoppeln von der jeweiligen wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen oder berufspolitischen Situation. Dies ist die Situation, mit der jetzt der niedergelassene Sektor und der Krankenhaussektor konfrontiert werden.

### **Wieder richtig kurativer Arzt sein – vielleicht doch eine Verbesserung ?**

Wieder richtiger Arzt für eine optimale Krankenversorgung zu sein, ist die Botschaft der Neuordnung des Einnahme- und Ausgabesektors der gesetzlichen Krankenversicherung. Je mehr Facharztgruppen erkennen, dass es jetzt gilt, fachgleich/horizontal sich zu spezialisieren, desto mehr Geld, Berufssicherheit und Erfolg hat eine Facharztgruppe. Dies insbesondere auch, weil es zu einer umfassenden personellen Verschmelzung wechselseitig mit dem Krankenhaussektor kommen kann. Damit kann sich die bisher nur dem Krankenhaussektor zugeschriebene Fachkompetenz auch umfassend im niedergelassenen Bereich – auch in der gleichen Person – niederschlagen.

Der Krankenhausarzt mit Nebentätigkeitsgenehmigung im niedergelassenen Bereich kann wohnortnah sein Kompetenz in die Diagnostik einbringen und den Patienten auch im Krankenhaus begleiten und die Wiedereingliederung in den ambulanten Sektor überwachen.

Damit kommt es auch zu einem erweiterten Know-How-Transfer zwischen Krankenhaus, Forschung und niedergelassenem Sektor.

All das könnte auch als gesellschaftlicher Fortschritt betrachtet werden.

### **Spezialisierte Betreuungsverträge mit der GKV ersetzen Bedarfsplanung**

In Zukunft können somit Arztgruppen unternehmerisch organisiert Drittstandorte wie Krankenhäuser, Einkaufszentren oder andere gut gelegene Praxisstandorte 7 x 24 Stunden gemeinsam nutzen und dort Schwerpunkt- und Notfallpatienten wohnortnah versorgen.

Die betriebswirtschaftliche Auslastung durch Call-Center, Geräte, Raum- und Personalnutzung steigt überproportional.

Damit ergeben sich Einspar-/ Rationalisierungspotentiale von 15 bis 25 % der Kosten für Miete, Geräte, Auslastung, Reparatur, Personaleinsatz, Einkauf, etc. Dies sind bei € 200.000, -- Umsatz in der Einzelpraxis rund 20 % Ersparnis oder € 40.000,-- pro Jahr. Bei 10 Zulassungen ergeben sich somit zur Bezahlung externer Managementfunktionen und zur Verbesserung der Infrastruktur freiwerdende Gelder von € 400.000, --.

Gleichzeitig ergeben sich durch gemeinsame Verwaltung/Management Zeiterparnisse von 20 %. Dies sind wiederum bei € 200.000, -- Jahresumsatz pro Zulassung, € 40.000, -- mehr Zeit pro Zulassung, nicht budgetiert Schwerkranke zu versorgen oder im Bereich Selbstzahlender Medizin Innovation und sinnvolle Früherkennung anzubieten.

Gleichzeitig wird es zu einer dramatischen Steigerung des Abschlusses von privaten Zusatzversicherungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung geben, die diese frei werdende Zeitreserven auch ökonomisch vergüten.

Des weiteren werden sich weitere Zusatzeinnahmen ergeben, weil viele Arztgruppen auch mit ihrer effektiven Art und ihren Teams im Bereich der operativen und invasiven Versorgung an Stelle von Krankenhausangestellten tätig sein werden.

Es kommt somit unter Berücksichtigung der Überkapazitäten am Krankenhaus auch zu Geldeinnahmen des niedergelassenen Sektors, die aus nachhaltigen Rationalisierungsreserven am Krankenhaus entstehen.

Insoweit wirkt der Sieg des Marburger Bundes bei den Tarifverhandlungen möglicherweise als Initialzündung zu einem noch schnelleren und radikaleren Umbau des Krankenhauses mit der Aufgabe von ca. 30 % Krankenhäuser und der Verlagerung von Krankenhausaufgaben in einen gemeinsamen dritten, ambulanten stationären Versorgungssektor.

Damit entsteht eine ökonomische Erschließungsreserve von Geld in einem Zeitraum von fünf Jahren, der ca. € 100.000,-- umfasst. Ein Effekt, der vehement bestritten werden wird, dem aber eine zentrale ökonomische Rolle zukommen wird.

### **Rationalisierungs- und Optimierungsdiskussion beginnt erst jetzt**

So kommt es zum Ergebnis, dass mit ca. 2/3 der niedergelassenen Ärzte 40 % Ersparnis erzielt werden kann, ohne dass es zu Versorgungsengpässen bei existentiellen Krankheiten kommt.

Hinzu kommen Einnahmen aus der Erzielung durch weiterverkaufte Arbeitskraft ans Krankenhaus; ferner Erträge aus modifizierter privatmedizinischer Zuwendung, sinnvoller Früherkennung, aktiver salutogenetischer individueller Ressourcenoptimierung und naturgemäß auch aus Einnahmen durch private Zusatzversicherungen im Bereich Innovation/ Naturheilverfahren.

Konkret heißt dies, diejenigen Ärzte, die sich spezialisierend zusammenschließen werden effektiver arbeiten und mehr verdienen als die jetzige Gruppe breit aufgestellter, viele Ressourcen verbrauchende Einzelpraxen auf der Basis des Kollektivvertrages.

Der ideelle Wert eines Partneranteils innerhalb einer Arztgruppierung wird in Zukunft nach dem Ertragswertverfahren berechnet. Eine Arztpraxis wird dann nur als Anteil in einer Gruppe zu bewerten sein, wenn diese Funktion qualifiziert, ohne jede große Veränderung in der Einnahmen- und Ablaufstruktur weiter besetzbar ist.

Damit kommt es zum Übergang von einer höchstpersönlichen medizinischen Leistung zu mehr standardisierten, effektiven auf hohem Niveau ablaufenden Versorgungsbegriffen analog dem Krankenhaus. Entscheidend sind für die Bewertung und Beurteilung dauerhafter gesellschaftlicher Nutzen und Funktion.

D.h. ein Drittel bis 50 % aller Praxen verlieren ihren bisherigen Praxiswert innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre. Weitere 50 % der Praxen verdoppeln bis verdreifachen ihren bisherigen ideellen Wert, weil sie dauerhaft nachgefragte auf Wettbewerb orientierte Marktmodelle anbieten mit stabilen Einnahmen aus qualitätsgesicherten Vertragsbeziehungen mit Krankenkassen oder aber auch mit wesentlich auf privat- und zusatzversicherten Patienten.

Die Zeit wird den Sieger in diesem verdeckten Krieg um Besitzstände prämiieren.

Die Richtigkeit der dargestellten Prognose ist eine Frage des Zeitpunktes der gesellschaftlichen Trendwende. Sie wird irgendwo zwischen 2007 und 2011 liegen.

Die Trendwende ist schmerzhaft und erfolgreich zugleich. Sie ist eine Frage der Betroffenheit und eine Frage inwieweit die betroffenen Berufskreise diese Veränderung als Chance begreifen.

H.-J. Schade  
Rechtsanwalt  
Broglie, Schade & Partner GBR  
Rechtsanwälte  
Wiesbaden - Berlin - München  
[www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)

## **Ende der Bedarfsplanung zum 1.7.2011 Radikale, wettbewerbsorientierte Neuordnung der ambulant-stationären Versorgungslandschaft**

Das Wettbewerbstärkungsgesetz wird spätestens zum 1.4.2007 in Kraft treten.

Die öffentlich diskutierte Frage der Finanzierung verstellt den Blick auf grundlegende Neustrukturierungen des Gesundheitswesens.

Die wichtigsten Aspekte sind:

1. Ende der ärztlichen Bedarfsplanung zum 1.7.2011
2. Möglichkeit für eine oder mehrere sich zusammenschließende Kassen mit einzelnen Arztgruppen exklusive Versorgungsverträge für alle ihre Mitglieder zu schließen
3. Nur noch unattraktiv vergütete Basisversorgung wird über KV abgewickelt.

### **5-jährige schmerzhafteste Anpassungszeit!**

Unangenehme Wahrheiten brauchen Zeit bis sie innerlich verarbeitet sind und eine Neuorientierung zulassen. Die bisher kaum thematisierte Absicht des Gesetzgebers die bisherige Funktion der KV´en zum 1.7.2011 zu beenden, ist ein radikaler Bruch für die tradierte ärztliche, freiberufliche Berufsgestaltung.

### **Unauffällige, indirekte Ankündigung des Systemwechsels**

§ 87 Abs. 7 SGB V nach dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz:

"(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz.2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Abs. 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, **ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.**"

### **Doch nur unverbindlich?**

Zunächst wird der Arzt als Leser dieses Paragraphen eher eine unverbindliche Überlegung des Gesetzgebers vermuten, D.h. er geht davon aus, es sei noch nichts endgültig beschlossen.

Dennoch hat diese Ankündigung verfassungsrechtliche Bedeutung.

Jeder Eingriff – auch in einen sozialrechtlichen Zulassungsstatus – braucht nach der Rechtsprechung eine 5-jährige Frist, damit sich die Betroffenen auf eine neue unternehmerische Situation vorbereiten können. Ansonsten könnten Sie auf einen enteignungsgleichen Eingriff in Eigentumsrechte klagen.

### Ende der Bedarfsplanung 01.07.2011

### Vor- und Nachteil der Fortführung einer Einzelpraxis im Vergleich mit fachgleicher, überörtlicher Gemeinschaftspraxis

Vorteile Einzelpraxis:	Nachteile Einzelpraxis:
Eigenständigkeit, Unabhängigkeit bis zum Schluss	Ab 2009 keine Verkaufsfähigkeit = Verlust des ideellen Wertes +/- € 100.000,--
Keiner schaut in die Buchhaltung, alles wird selbst gemacht: <ul style="list-style-type: none"><li>- Abrechnung,</li><li>- Marketing,</li><li>- Einkauf</li></ul>	Keine Kostensenkung durch gemeinsames Management = 15% Umsatzverlust p.a.
Aufrechterhaltung des Kassenarzt-Systems	In Zukunft erhöhte Praxisgebühr bis € 25,--, Wegfall von weiteren 20% Patienten = € 40.000,-- p. a.
Individueller Widerstand gegen direkte Sonderverträge, ausgeschrieben durch die Krankenkassen	Verlust von ca. 100 in Zukunft gut bezahlter Patienten, die in Sonderprogrammen gemeinsam mit Kollegen besser bezahlt werden = € 20.000,-- p.a.

### Bankkredit für eine Zukunft basierend auf Wettbewerb?

Wer im vertragsärztlichen Bereich investiert, muss wissen, bis wann er seine Investitionen abgeschrieben haben muss. Wer einen Praxiskredit aufnimmt, muss somit kalkulieren, dass er ihn spätestens nach 5 Jahren zurückzahlen kann. Spätestens dann kann auch die angekündigte Neustrukturierung wirken. Mit dieser Ankündigung formuliert der Sozialrechtsgeber, dass ab jetzt kein Arzt mehr im Glauben auf die Dauerhaftigkeit einer Zulassung eine wirtschaftliche Existenz planen kann, bzw. er ab jetzt unternehmerisch alles daran setzen muss, dass innerhalb von 5 Jahren getätigte Investitionen abgeschrieben sind.

Banken werden daher kaum noch bereit sein, eine „klassische“ Einzelpraxis zu finanzieren. Sie werden einen Businessplan verlangen, der vorsieht, dass der finanzierende Arzt durch eine Kooperation in der Lage ist, dauerhaft direkter Vertragspartner von Krankenkassen zu sein. Auch alle, die noch längerfristige Verträge aus der Vergangenheit haben, werden von der Bank aufgefordert, Details vorzulegen, wie sie innerhalb von 5 Jahren die Kredite zurückzahlen können.

### Auswirkungen für Praxisabgeber

Jeder Praxisabgeber muss diese verklausulierte politische Ankündigung ernst nehmen. Der Gesetzgeber kann nach dem Ablauf der verfassungsrechtlich vorgeschriebenen 5-Jahres-Vorinformationsfrist jederzeit von der Bedarfsplanung abrücken und hat es auch tatsächlich vor.

Spätestens in zwei Jahren beginnt daher ein noch stärkerer Abwärtstrend bei der Verwertung von Einzelpraxen. Gleichzeitig können sich jetzt auch Panikreaktionen sofort auf den Verkaufspreis auswirken.

Wer jetzt nicht gemeinsam ein Kooperationsmodell aufbaut oder in eine Kooperation eintritt, gefährdet aller Wahrscheinlichkeit nach das bisher konzipierte Lebenswerk.

### **Ausscheidensregelungen von Gemeinschaftspraxen müssen überarbeitet werden**

Viele Gemeinschaftspraxisverträge sehen vor, dass die verbleibenden Gesellschafter zu einer vereinbarten Formel den ideellen Wert (Wert der Zulassung) und den materiellen Wert übernehmen. Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 ist ab jetzt äußerst kritisch dem Abgeber ein Preis zu zahlen, der künftig von den verbleibenden Gesellschaftern nicht mehr erwirtschaftbar ist.

Somit müssten theoretisch alle Gemeinschaftspraxisverträge wegen **Wegfall der Geschäftsgrundlage** (Dauerhaftigkeit der Bedarfsplanung) gekündigt werden. Wer den Fehler macht, länger zu warten – ohne mit seinen Partnern zu reden – und den Vertrag neu zu ordnen, muss sich sofort entgegen halten lassen, dass er trotz der neuen Rechtslage die Übernahmeverpflichtung mit dem festgelegten Preis als sinnvoll anerkannt habe.

Damit würde einem schweigend unterstellt, dass in jedem Fall der vertraglich vereinbarte Übernahmepreis zu zahlen sei.

### **Überblick über die Transformationsphase**

Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 beginnt ab jetzt eine 5-jährige Transformationsperiode bisheriger niedergelassener Tätigkeit als Freiberufler.

Es ist der Übergang vom bisherigen sektoral abgeschotteten, kollektivvertraglich gestalteten Sachleistungsprinzip zum wettbewerbsorientierten, öffentlich ausgeschriebenen Versorgungskonzept auf der Basis individueller Verträge zwischen Krankenkassen und niedergelassenen, freiwillig organisierten Arztgruppierungen, regional, landesweit oder bundesweit.

Wer innerhalb der um den Auftrag konkurrierenden Arztgruppierungen die entsprechenden Qualitätsstandards, Servicestrukturen, Anforderungskriterien und ggf. Mindestmengen für bestimmte Krankheitsbilder nicht erfüllt, fällt automatisch als Teilnehmer der zukünftigen kassenärztlichen Versorgung aus.

### **Kartellrecht verhindert Wettbewerb ausschließende regionale Netzwerkschlüsse!**

Das Ende der Bedarfsplanung heißt auch, dass Krankenkassen einzeln oder im Verbund bis zu einer Grenze von ca. 35 % Marktanteil in einem größeren Versorgungsbereich wie Rhein-Main/Rhein-Neckar / Hamburg / München / Berlin die Versorgung der Patienten nach Indikationen oder nach Fachgebieten ausschreiben.

Ärztegruppen – selbst ortsübergreifend als Gemeinschaftspraxen unternehmerisch zusammengeschlossen – und darüber hinaus als Bewerbungsgemeinschaften nach bestimmten Kriterien verbunden, geben ihre Angebote ab. Dieser öffentliche Ausschreibungsvorgang nach EU-Recht beschreibt Qualität und Anforderungsprofil.

### **Ausschreibung bedeutet sowohl Qualitäts- als auch Preiswertbewerb**

Die Arztgruppierung oder der Verbund von Arztgruppierungen gibt bei der Ausschreibungskommission sein Angebot ab. Der günstigste Preis mit dem Versprechen, die ausgeschriebene Qualität- und Servicestruktur zu erfüllen, erhält den Zuschlag.

### **Ende des bisherigen KV-Schutzkonzeptes**

Die niedergelassene Ärzteschaft mit ihrer kontinuierlich steigenden Anzahl von Ärzten (40% in den letzten 10 Jahren) sieht den Grund für ihre selbst eingeschätzte schlechte wirtschaftliche Situation in dem Vorhandensein der KVen.

Bei genauer Betrachtung wird man feststellen müssen, dass es nie eine bessere und für Arztpraxen stabilere Form freiberuflicher Versorgungsstrukturen gegeben hat. Berufspolitisch war das bisherige freiberufliche – auf Einzelpraxen und Kollektivvertrag beruhende System - für niedergelassene Ärzte und auch getrennt für den Krankenhausbereich, ein praktisch nie als wertvoll eingeschätzter paradiesischer Zustand.

KVen schlossen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweite Vereinbarungen ab und man konnte eine genau definierte Geldsumme über die Länder-KVen den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stellen.

In welche Krankheitsbilder die Mittel fließen und die Frage, ob die Versorgung von Halbgesunden wirklich notwendig ist, sowie welche Qualitätskriterien zu stellen seien, wurde nie direkt von den Krankenkassen als Vertragspartner vorgegeben und kontrolliert.

Die Bedarfsplanung ließ es zu, dass in überversorgten Gebieten – die objektiv überflüssigen Zulassungen – dennoch weiter verkauft werden konnten.

Schwere Krankheitsbilder = ca. 20 % der Patienten des niedergelassenen Sektors, Akutpatienten = 30 % der Behandlungen und die Dauerbetreuung von zuwendungsintensiven Gesundheitsstörungen = 50 % der zu behandelnden Nachfrager, wurden über den EBM unterschiedslos über Verdachtsdiagnosen konfliktfrei abgerechnet. Ziel der die Ärzteinteressen vertretenden KV war ohne Wettbewerb allen niedergelassenen Ärzten eine Existenzsicherung zu geben. Dieses System geht mit Erlass des Wettbewerbsförderungsgesetzes zum 1.7.2011 zu Ende.

### **Realistisch: 1/3 der unterdurchschnittlichen Praxen geben auf / wechseln ins Angestellten-Verhältnis**

Gesetzgeber und Gesundheitsministerium haben gegenüber den Berufsverbänden unmissverständlich klar gemacht, dass es für den niedergelassenen Bereich keine weiteren Mittel gibt. Im Gegenteil, die Politik sieht im Europavergleich in Deutschland eine sektorale Überversorgung von ca. 40 %. Gleichzeitig sieht sie im Bereich durch Kostenlosigkeit der Leistung/Sachleistungsprinzip eine Übernachfrage von 40 % bei nicht indizierten Gesundheitsstörungen.

Diese werden durch die Erhöhung der Praxisgebühren neuartig definierten Komplexgebühren leise aus der Alltagsnachfrage der Praxen herausgedrängt.

Mengenbegrenzung heißt konkret 30 bis 40 % der ärztlichen Tätigkeit im Bereich pastoral mitbetreuter Gesundheitsleistungen für nicht eigenverantwortlich handelnde Bundesbürger werden in Zukunft indirekt nicht mehr bezahlt. Die Eintrittsebene in die Arztpraxis wird auf € 15,00 bis € 30,00 erhöht, und damit indirekt die weitere Nachfrage um 15 bis 25 % gesenkt.

Politisch wird dabei argumentiert werden, dass die sozial schwachen Personengruppen und die tatsächlich existentiell kranken Menschen eine Befreiung von der Praxisgebühr erhalten.

Genauso einschneidend ist der politische Tatbestand, dass die bisherige KV-Verteilungsaufgabe die Krankenkassen alleine oder in Verbänden unmittelbar übernehmen und die Versorgungsangebote im existentiell kranken Bereich fachgruppenspezifisch oder indikationsorientiert/interdisziplinär im Wettbewerb ausschreiben.

Die Dauer der Versorgungsverträge wird zwischen zwei und fünf Jahren liegen und insoweit eine ausreichende Kalkulationssicherheit bieten.

Damit entsteht innerhalb der Krankenkassen gegenüber den Versicherten ein Wettbewerb, welche Krankenkassen mit welchen Arztgruppen am besten bestimmte Krankheitsbilder versorgen kann.

Es entsteht ein radikaler Paradigmenwechsel unter betriebswirtschaftlichen Aspekten. Stand bisher unbewusst die Versorgung von Menschen mit geringem Risiko für einen Medikamentenregress im Mittelpunkt der Einzelpraxis, so entsteht jetzt ein Wettbewerb um die jeweils größte Menge gleichartiger Krankheitsbilder, die auf der Basis des Risikostrukturausgleichs neu definiert werden. Dieser Krankheitswettbewerb umfasst 50 und 70 Krankheitsbilder.

### **Im Mittelpunkt: Krankheits-Schwerpunktbereiche**

Statt breiter KV-Versorgung für 20 % existentiell Kranker und für eine Mehrzahl Halbgesunder entsteht ein Wettbewerb um die in Zukunft bis doppelt so hoch bezahlten indikationsorientierten - in der Gruppe ausgeschriebenen - Krankheitsbilder.

### **Marktführer in Krankheitsbildern statt Behandlungsspezialist für Halbgesunde**

Der berufspolitische Offenbarungseid liegt darin, dass die etablierten Führer der Ärzteschaft in Kammer, KV, Berufsverband, freien Verbänden ihre Mitgliedsärzte seit ca. 10 Jahren nicht auf dieses veränderte, gesundheitspolitische Szenario vorbereitet haben. Die lange gesellschaftspolitische Vorbereitungszeit durch hervorragende Ausarbeitungen in Sachverständigengutachten, Bundestagsanhörungen, von Krankenkassen und Politik in Auftrag gegebenen Forschungsstudien wurde nicht berücksichtigt.

Der verständliche Wunsch das Alte zu erhalten, führte zum Ausfiltern der Konflikte.

### **Was bedeutet dies für den niedergelassenen Arzt?**

Die Gesellschaft und die sich neu zu bildenden ortsübergreifenden Gemeinschaften müssen sich nun auf den harten Kern von Krankheitsbildern im Bereich Diabetes, Asthma, Rheuma, Onkologie, Arthrose, Herz-Kreislauf, Schlaganfall konzentrieren. Hinzu kommen 30 % Abklärungsdiagnostik und Behandlung von akutmedizinischen Konflikten.

Auf der Strecke bleiben die Krankheitsbilder, die oft als „Gesundheitsstörungen“ bezeichnet werden. Dies bedeutet, es sind Krankheitsbilder mit seelisch-geistigen Ursachen bedingt durch Wertewandel, Zerstörung von Ehe- und Familienstrukturen, steigender Angst um den Arbeitsplatz, sonstige emotionale/soziale Stressstrukturen.

Dieser Bereich wird wiederum stärker dem Segment Eigenverantwortung, Bildung, Religion zugeordnet. Hier hat historisch die Ärzteschaft – freiwillig und auch mit ökonomischen Nutzen – eine Pufferfunktion übernommen, die jetzt im Rahmen einer gesellschaftlichen Güteabwägung/Triage leise umgepolt wird. Dies wird auch an dem vom Gesundheitsministerium zitierten Mengen an Arztkontakten deutlich.

Nach Einführung der Praxisgebühr hat der deutsche Patient im Durchschnitt 10,4 Arztkontakte pro Jahr. Im Vergleich dazu hat in England ein Patient 5 Arztkontakte bei hälftiger Ärztemenge und sogar längerer Lebenserwartung. Im Europavergleich arbeiten in Deutschland 30 bis 50 % zu viel Ärzte. Der Vorteil ist eine deutlich geringere Wartezeit und eine wesentlich komfortablere Versorgung. Nun sehen sich die gesellschaftlich Verantwortlichen nicht mehr in der Lage, diesen Prozess weiter aufrecht zu erhalten.

### **Erschließung von Rationalisierungsreserven**

Übernehmen nun professionell gemanagte regionale Arztgruppen – von der eigenen unternehmerischen Rationalisierung profitierend - die Versorgung, kommt die Bundesrepublik mit 30 bis 50 % weniger Ärzten mit einer höheren Qualität aus. Diese These wird naturgemäß mit Worthülsen und Weltuntergangsprognosen von den berufsständischen Organisationen bekämpft.

### **Nicht dem Wortnebel glauben – handeln!**

Strategisch wird es um Folgendes gehen.

1. Zunächst sollten sich übersichtliche fachgleiche Arztgruppen bilden, die in einer geografisch verbundenen Ebene das Ziel haben, maximal 25 bis 30 % Marktanteil zu haben. Aufbauen sollte man allerdings auf kleine Gruppen von 5 bis 7 zusammenarbeitenden Praxen, weil nur dann Effizienz, Verlässlichkeit und organisatorische Steuerbarkeit – ggf. auch durch externe Managementgesellschaften - entsteht.
2. Je mehr man sich in der Werbung und der Qualität so schnell wie möglich auf richtige existentielle Krankheitsbilder konzentriert, desto rentabler wird man. Statt mit 10 Zulassungen 10.000 Patienten breit zu behandeln, sollte sich nun ein Arzt innerhalb der Gruppe um alle dort befindlichen 600-800 Diabetespatienten, ein anderer um 300 onkologische Patienten, und wiederum ein anderer Arzt um 400 Asthmapatienten kümmern. Statt Mitarbeiterinnen mit breitem Spektrum können nun hoch qualifizierte Krankenschwestern zusammen mit den jeweiligen Ärzten Expertenteams bilden, die an Drittstandorten oder mobil sich umfassend und professionell wohnortnah um die Schwerpunkt-Krankheitsbilder kümmern.

Die Ärzte müssen sich dabei klar machen, dass 300 existentiell Kranke den ökonomischen Gegenwert von 600 Halbgesunden haben.

Damit entsteht eine Rückbesinnung auf die ursprünglich echte, notwendige kurative Medizin und gleichzeitig eine Verstärkung durch entsprechend spezialisierte Mitarbeiterinnen.

Die heimliche Vergütungsbotschaft aus dem neu geordneten Risikostrukturausgleich ist, wieder richtig Arzt sein für optimale Krankenversorgung.

### **Extreme – unbewusste mentale Widerstände**

Die Konflikte liegen nicht in der objektiven Fähigkeit der betroffenen Ärzte das entsprechende medizinische Wissen neu aufzubauen.

Die Konflikte liegen aller Wahrscheinlichkeit darin, dass es zu einem Zusammenstoß zwischen vergangenheitsorientierten Trägheitselementen, emotionalen Sicherheitskomponenten und neuartiger, gesellschaftlicher Herausforderung kommt.

Die Erfahrung zeigt, dass Menschen jeglichen Berufes nach einer gewissen Zeit eine standardisierte Routine in Halbtrance entwickeln. Um dem Menschen in seiner Routine Sicherheit zu geben, filtern Neuroschaltkreise neue Entwicklungen aus und bestätigen den Menschen in seiner Einschätzung. Dies bringt Ruhe und Verlässlichkeit in den Alltag.

Hinzu kommt eine so starke Informationsdichte zu wissenschaftlichen, organisatorischen und politischen Umbrüchen, die wiederum zu einer geistigen Wahrnehmungssperre führen.

Wird dies noch durch berufspolitische Botschaften verstärkt, entsteht ein Abkoppeln von der jeweiligen wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen oder berufspolitischen Situation. Dies ist die Situation, mit der jetzt der niedergelassene Sektor und der Krankenhaussektor konfrontiert werden.

### **Wieder richtig kurativer Arzt sein – vielleicht doch eine Verbesserung ?**

Wieder richtiger Arzt für eine optimale Krankenversorgung zu sein, ist die Botschaft der Neuordnung des Einnahme- und Ausgabesektors der gesetzlichen Krankenversicherung. Je mehr Facharztgruppen erkennen, dass es jetzt gilt, fachgleich/horizontal sich zu spezialisieren, desto mehr Geld, Berufssicherheit und Erfolg hat eine Facharztgruppe. Dies insbesondere auch, weil es zu einer umfassenden personellen Verschmelzung wechselseitig mit dem Krankenhaussektor kommen kann. Damit kann sich die bisher nur dem Krankenhaussektor zugeschriebene Fachkompetenz auch umfassend im niedergelassenen Bereich – auch in der gleichen Person – niederschlagen.

Der Krankenhausarzt mit Nebentätigkeitsgenehmigung im niedergelassenen Bereich kann wohnortnah sein Kompetenz in die Diagnostik einbringen und den Patienten auch im Krankenhaus begleiten und die Wiedereingliederung in den ambulanten Sektor überwachen.

Damit kommt es auch zu einem erweiterten Know-How-Transfer zwischen Krankenhaus, Forschung und niedergelassenem Sektor.

All das könnte auch als gesellschaftlicher Fortschritt betrachtet werden.

### **Spezialisierte Betreuungsverträge mit der GKV ersetzen Bedarfsplanung**

In Zukunft können somit Arztgruppen unternehmerisch organisiert Drittstandorte wie Krankenhäuser, Einkaufszentren oder andere gut gelegene Praxisstandorte 7 x 24 Stunden gemeinsam nutzen und dort Schwerpunkt- und Notfallpatienten wohnortnah versorgen.

Die betriebswirtschaftliche Auslastung durch Call-Center, Geräte, Raum- und Personalnutzung steigt überproportional.

Damit ergeben sich Einspar-/ Rationalisierungspotentiale von 15 bis 25 % der Kosten für Miete, Geräte, Auslastung, Reparatur, Personaleinsatz, Einkauf, etc. Dies sind bei € 200.000, -- Umsatz in der Einzelpraxis rund 20 % Ersparnis oder € 40.000,-- pro Jahr. Bei 10 Zulassungen ergeben sich somit zur Bezahlung externer Managementfunktionen und zur Verbesserung der Infrastruktur freiwerdende Gelder von € 400.000, --.

Gleichzeitig ergeben sich durch gemeinsame Verwaltung/Management Zeiterparnisse von 20 %. Dies sind wiederum bei € 200.000, -- Jahresumsatz pro Zulassung, € 40.000, -- mehr Zeit pro Zulassung, nicht budgetiert Schwerkranke zu versorgen oder im Bereich Selbstzahlender Medizin Innovation und sinnvolle Früherkennung anzubieten.

Gleichzeitig wird es zu einer dramatischen Steigerung des Abschlusses von privaten Zusatzversicherungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung geben, die diese frei werdende Zeitreserven auch ökonomisch vergüten.

Des weiteren werden sich weitere Zusatzeinnahmen ergeben, weil viele Arztgruppen auch mit ihrer effektiven Art und ihren Teams im Bereich der operativen und invasiven Versorgung an Stelle von Krankenhausangestellten tätig sein werden.

Es kommt somit unter Berücksichtigung der Überkapazitäten am Krankenhaus auch zu Geldeinnahmen des niedergelassenen Sektors, die aus nachhaltigen Rationalisierungsreserven am Krankenhaus entstehen.

Insoweit wirkt der Sieg des Marburger Bundes bei den Tarifverhandlungen möglicherweise als Initialzündung zu einem noch schnelleren und radikaleren Umbau des Krankenhauses mit der Aufgabe von ca. 30 % Krankenhäuser und der Verlagerung von Krankenhausaufgaben in einen gemeinsamen dritten, ambulanten stationären Versorgungssektor.

Damit entsteht eine ökonomische Erschließungsreserve von Geld in einem Zeitraum von fünf Jahren, der ca. € 100.000,-- umfasst. Ein Effekt, der vehement bestritten werden wird, dem aber eine zentrale ökonomische Rolle zukommen wird.

### **Rationalisierungs- und Optimierungsdiskussion beginnt erst jetzt**

So kommt es zum Ergebnis, dass mit ca. 2/3 der niedergelassenen Ärzte 40 % Ersparnis erzielt werden kann, ohne dass es zu Versorgungsengpässen bei existentiellen Krankheiten kommt.

Hinzu kommen Einnahmen aus der Erzielung durch weiterverkaufte Arbeitskraft ans Krankenhaus; ferner Erträge aus modifizierter privatmedizinischer Zuwendung, sinnvoller Früherkennung, aktiver salutogenetischer individueller Ressourcenoptimierung und naturgemäß auch aus Einnahmen durch private Zusatzversicherungen im Bereich Innovation/ Naturheilverfahren.

Konkret heißt dies, diejenigen Ärzte, die sich spezialisierend zusammenschließen werden effektiver arbeiten und mehr verdienen als die jetzige Gruppe breit aufgestellter, viele Ressourcen verbrauchende Einzelpraxen auf der Basis des Kollektivvertrages.

Der ideelle Wert eines Partneranteils innerhalb einer Arztgruppierung wird in Zukunft nach dem Ertragswertverfahren berechnet. Eine Arztpraxis wird dann nur als Anteil in einer Gruppe zu bewerten sein, wenn diese Funktion qualifiziert, ohne jede große Veränderung in der Einnahmen- und Ablaufstruktur weiter besetzbar ist.

Damit kommt es zum Übergang von einer höchstpersönlichen medizinischen Leistung zu mehr standardisierten, effektiven auf hohem Niveau ablaufenden Versorgungsbegriffen analog dem Krankenhaus. Entscheidend sind für die Bewertung und Beurteilung dauerhafter gesellschaftlicher Nutzen und Funktion.

D.h. ein Drittel bis 50 % aller Praxen verlieren ihren bisherigen Praxiswert innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre. Weitere 50 % der Praxen verdoppeln bis verdreifachen ihren bisherigen ideellen Wert, weil sie dauerhaft nachgefragte auf Wettbewerb orientierte Marktmodelle anbieten mit stabilen Einnahmen aus qualitätsgesicherten Vertragsbeziehungen mit Krankenkassen oder aber auch mit wesentlich auf privat- und zusatzversicherten Patienten.

Die Zeit wird den Sieger in diesem verdeckten Krieg um Besitzstände prämiieren.

Die Richtigkeit der dargestellten Prognose ist eine Frage des Zeitpunktes der gesellschaftlichen Trendwende. Sie wird irgendwo zwischen 2007 und 2011 liegen.

Die Trendwende ist schmerzhaft und erfolgreich zugleich. Sie ist eine Frage der Betroffenheit und eine Frage inwieweit die betroffenen Berufskreise diese Veränderung als Chance begreifen.

H.-J. Schade  
Rechtsanwalt  
Broglie, Schade & Partner GBR  
Rechtsanwälte  
Wiesbaden - Berlin - München  
[www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)

## **Ende der Bedarfsplanung zum 1.7.2011 Radikale, wettbewerbsorientierte Neuordnung der ambulant-stationären Versorgungslandschaft**

Das Wettbewerbstärkungsgesetz wird spätestens zum 1.4.2007 in Kraft treten.

Die öffentlich diskutierte Frage der Finanzierung verstellt den Blick auf grundlegende Neustrukturierungen des Gesundheitswesens.

Die wichtigsten Aspekte sind:

1. Ende der ärztlichen Bedarfsplanung zum 1.7.2011
2. Möglichkeit für eine oder mehrere sich zusammenschließende Kassen mit einzelnen Arztgruppen exklusive Versorgungsverträge für alle ihre Mitglieder zu schließen
3. Nur noch unattraktiv vergütete Basisversorgung wird über KV abgewickelt.

### **5-jährige schmerzhafteste Anpassungszeit!**

Unangenehme Wahrheiten brauchen Zeit bis sie innerlich verarbeitet sind und eine Neuorientierung zulassen. Die bisher kaum thematisierte Absicht des Gesetzgebers die bisherige Funktion der KV´en zum 1.7.2011 zu beenden, ist ein radikaler Bruch für die tradierte ärztliche, freiberufliche Berufsgestaltung.

### **Unauffällige, indirekte Ankündigung des Systemwechsels**

§ 87 Abs. 7 SGB V nach dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz:

"(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz.2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Abs. 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, **ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.**"

### **Doch nur unverbindlich?**

Zunächst wird der Arzt als Leser dieses Paragraphen eher eine unverbindliche Überlegung des Gesetzgebers vermuten, D.h. er geht davon aus, es sei noch nichts endgültig beschlossen.

Dennoch hat diese Ankündigung verfassungsrechtliche Bedeutung.

Jeder Eingriff – auch in einen sozialrechtlichen Zulassungsstatus – braucht nach der Rechtsprechung eine 5-jährige Frist, damit sich die Betroffenen auf eine neue unternehmerische Situation vorbereiten können. Ansonsten könnten Sie auf einen enteignungsgleichen Eingriff in Eigentumsrechte klagen.

### Ende der Bedarfsplanung 01.07.2011

### Vor- und Nachteil der Fortführung einer Einzelpraxis im Vergleich mit fachgleicher, überörtlicher Gemeinschaftspraxis

Vorteile Einzelpraxis:	Nachteile Einzelpraxis:
Eigenständigkeit, Unabhängigkeit bis zum Schluss	Ab 2009 keine Verkaufsfähigkeit = Verlust des ideellen Wertes +/- € 100.000,--
Keiner schaut in die Buchhaltung, alles wird selbst gemacht: <ul style="list-style-type: none"><li>- Abrechnung,</li><li>- Marketing,</li><li>- Einkauf</li></ul>	Keine Kostensenkung durch gemeinsames Management = 15% Umsatzverlust p.a.
Aufrechterhaltung des Kassenarzt-Systems	In Zukunft erhöhte Praxisgebühr bis € 25,--, Wegfall von weiteren 20% Patienten = € 40.000,-- p. a.
Individueller Widerstand gegen direkte Sonderverträge, ausgeschrieben durch die Krankenkassen	Verlust von ca. 100 in Zukunft gut bezahlter Patienten, die in Sonderprogrammen gemeinsam mit Kollegen besser bezahlt werden = € 20.000,-- p.a.

### Bankkredit für eine Zukunft basierend auf Wettbewerb?

Wer im vertragsärztlichen Bereich investiert, muss wissen, bis wann er seine Investitionen abgeschrieben haben muss. Wer einen Praxiskredit aufnimmt, muss somit kalkulieren, dass er ihn spätestens nach 5 Jahren zurückzahlen kann. Spätestens dann kann auch die angekündigte Neustrukturierung wirken. Mit dieser Ankündigung formuliert der Sozialrechtsgeber, dass ab jetzt kein Arzt mehr im Glauben auf die Dauerhaftigkeit einer Zulassung eine wirtschaftliche Existenz planen kann, bzw. er ab jetzt unternehmerisch alles daran setzen muss, dass innerhalb von 5 Jahren getätigte Investitionen abgeschrieben sind.

Banken werden daher kaum noch bereit sein, eine „klassische“ Einzelpraxis zu finanzieren. Sie werden einen Businessplan verlangen, der vorsieht, dass der finanzierende Arzt durch eine Kooperation in der Lage ist, dauerhaft direkter Vertragspartner von Krankenkassen zu sein. Auch alle, die noch längerfristige Verträge aus der Vergangenheit haben, werden von der Bank aufgefordert, Details vorzulegen, wie sie innerhalb von 5 Jahren die Kredite zurückzahlen können.

### Auswirkungen für Praxisabgeber

Jeder Praxisabgeber muss diese verklausulierte politische Ankündigung ernst nehmen. Der Gesetzgeber kann nach dem Ablauf der verfassungsrechtlich vorgeschriebenen 5-Jahres-Vorinformationsfrist jederzeit von der Bedarfsplanung abrücken und hat es auch tatsächlich vor.

Spätestens in zwei Jahren beginnt daher ein noch stärkerer Abwärtstrend bei der Verwertung von Einzelpraxen. Gleichzeitig können sich jetzt auch Panikreaktionen sofort auf den Verkaufspreis auswirken.

Wer jetzt nicht gemeinsam ein Kooperationsmodell aufbaut oder in eine Kooperation eintritt, gefährdet aller Wahrscheinlichkeit nach das bisher konzipierte Lebenswerk.

### **Ausscheidensregelungen von Gemeinschaftspraxen müssen überarbeitet werden**

Viele Gemeinschaftspraxisverträge sehen vor, dass die verbleibenden Gesellschafter zu einer vereinbarten Formel den ideellen Wert (Wert der Zulassung) und den materiellen Wert übernehmen. Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 ist ab jetzt äußerst kritisch dem Abgeber ein Preis zu zahlen, der künftig von den verbleibenden Gesellschaftern nicht mehr erwirtschaftbar ist.

Somit müssten theoretisch alle Gemeinschaftspraxisverträge wegen **Wegfall der Geschäftsgrundlage** (Dauerhaftigkeit der Bedarfsplanung) gekündigt werden. Wer den Fehler macht, länger zu warten – ohne mit seinen Partnern zu reden – und den Vertrag neu zu ordnen, muss sich sofort entgegen halten lassen, dass er trotz der neuen Rechtslage die Übernahmeverpflichtung mit dem festgelegten Preis als sinnvoll anerkannt habe.

Damit würde einem schweigend unterstellt, dass in jedem Fall der vertraglich vereinbarte Übernahmepreis zu zahlen sei.

### **Überblick über die Transformationsphase**

Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 beginnt ab jetzt eine 5-jährige Transformationsperiode bisheriger niedergelassener Tätigkeit als Freiberufler.

Es ist der Übergang vom bisherigen sektoral abgeschotteten, kollektivvertraglich gestalteten Sachleistungsprinzip zum wettbewerbsorientierten, öffentlich ausgeschriebenen Versorgungskonzept auf der Basis individueller Verträge zwischen Krankenkassen und niedergelassenen, freiwillig organisierten Arztgruppierungen, regional, landesweit oder bundesweit.

Wer innerhalb der um den Auftrag konkurrierenden Arztgruppierungen die entsprechenden Qualitätsstandards, Servicestrukturen, Anforderungskriterien und ggf. Mindestmengen für bestimmte Krankheitsbilder nicht erfüllt, fällt automatisch als Teilnehmer der zukünftigen kassenärztlichen Versorgung aus.

### **Kartellrecht verhindert Wettbewerb ausschließende regionale Netzwerkschlüsse!**

Das Ende der Bedarfsplanung heißt auch, dass Krankenkassen einzeln oder im Verbund bis zu einer Grenze von ca. 35 % Marktanteil in einem größeren Versorgungsbereich wie Rhein-Main/Rhein-Neckar / Hamburg / München / Berlin die Versorgung der Patienten nach Indikationen oder nach Fachgebieten ausschreiben.

Ärztegruppen – selbst ortsübergreifend als Gemeinschaftspraxen unternehmerisch zusammengeschlossen – und darüber hinaus als Bewerbungsgemeinschaften nach bestimmten Kriterien verbunden, geben ihre Angebote ab. Dieser öffentliche Ausschreibungsvorgang nach EU-Recht beschreibt Qualität und Anforderungsprofil.

### **Ausschreibung bedeutet sowohl Qualitäts- als auch Preiswertbewerb**

Die Arztgruppierung oder der Verbund von Arztgruppierungen gibt bei der Ausschreibungskommission sein Angebot ab. Der günstigste Preis mit dem Versprechen, die ausgeschriebene Qualität- und Servicestruktur zu erfüllen, erhält den Zuschlag.

### **Ende des bisherigen KV-Schutzkonzeptes**

Die niedergelassene Ärzteschaft mit ihrer kontinuierlich steigenden Anzahl von Ärzten (40% in den letzten 10 Jahren) sieht den Grund für ihre selbst eingeschätzte schlechte wirtschaftliche Situation in dem Vorhandensein der KVen.

Bei genauer Betrachtung wird man feststellen müssen, dass es nie eine bessere und für Arztpraxen stabilere Form freiberuflicher Versorgungsstrukturen gegeben hat. Berufspolitisch war das bisherige freiberufliche – auf Einzelpraxen und Kollektivvertrag beruhende System - für niedergelassene Ärzte und auch getrennt für den Krankenhausbereich, ein praktisch nie als wertvoll eingeschätzter paradiesischer Zustand.

KVen schlossen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweite Vereinbarungen ab und man konnte eine genau definierte Geldsumme über die Länder-KVen den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stellen.

In welche Krankheitsbilder die Mittel flossen und die Frage, ob die Versorgung von Halbgesunden wirklich notwendig ist, sowie welche Qualitätskriterien zu stellen seien, wurde nie direkt von den Krankenkassen als Vertragspartner vorgegeben und kontrolliert.

Die Bedarfsplanung ließ es zu, dass in überversorgten Gebieten – die objektiv überflüssigen Zulassungen – dennoch weiter verkauft werden konnten.

Schwere Krankheitsbilder = ca. 20 % der Patienten des niedergelassenen Sektors, Akutpatienten = 30 % der Behandlungen und die Dauerbetreuung von zuwendungsintensiven Gesundheitsstörungen = 50 % der zu behandelnden Nachfrager, wurden über den EBM unterschiedslos über Verdachtsdiagnosen konfliktfrei abgerechnet. Ziel der die Ärzteinteressen vertretenden KV war ohne Wettbewerb allen niedergelassenen Ärzten eine Existenzsicherung zu geben. Dieses System geht mit Erlass des Wettbewerbsförderungsgesetzes zum 1.7.2011 zu Ende.

### **Realistisch: 1/3 der unterdurchschnittlichen Praxen geben auf / wechseln ins Angestellten-Verhältnis**

Gesetzgeber und Gesundheitsministerium haben gegenüber den Berufsverbänden unmissverständlich klar gemacht, dass es für den niedergelassenen Bereich keine weiteren Mittel gibt. Im Gegenteil, die Politik sieht im Europavergleich in Deutschland eine sektorale Überversorgung von ca. 40 %. Gleichzeitig sieht sie im Bereich durch Kostenlosigkeit der Leistung/Sachleistungsprinzip eine Übernachfrage von 40 % bei nicht indizierten Gesundheitsstörungen.

Diese werden durch die Erhöhung der Praxisgebühren neuartig definierten Komplexgebühren leise aus der Alltagsnachfrage der Praxen herausgedrängt.

Mengenbegrenzung heißt konkret 30 bis 40 % der ärztlichen Tätigkeit im Bereich pastoral mitbetreuter Gesundheitsleistungen für nicht eigenverantwortlich handelnde Bundesbürger werden in Zukunft indirekt nicht mehr bezahlt. Die Eintrittsebene in die Arztpraxis wird auf € 15,00 bis € 30,00 erhöht, und damit indirekt die weitere Nachfrage um 15 bis 25 % gesenkt.

Politisch wird dabei argumentiert werden, dass die sozial schwachen Personengruppen und die tatsächlich existentiell kranken Menschen eine Befreiung von der Praxisgebühr erhalten.

Genauso einschneidend ist der politische Tatbestand, dass die bisherige KV-Verteilungsaufgabe die Krankenkassen alleine oder in Verbänden unmittelbar übernehmen und die Versorgungsangebote im existentiell kranken Bereich fachgruppenspezifisch oder indikationsorientiert/interdisziplinär im Wettbewerb ausschreiben.

Die Dauer der Versorgungsverträge wird zwischen zwei und fünf Jahren liegen und insoweit eine ausreichende Kalkulationssicherheit bieten.

Damit entsteht innerhalb der Krankenkassen gegenüber den Versicherten ein Wettbewerb, welche Krankenkassen mit welchen Arztgruppen am besten bestimmte Krankheitsbilder versorgen kann.

Es entsteht ein radikaler Paradigmenwechsel unter betriebswirtschaftlichen Aspekten. Stand bisher unbewusst die Versorgung von Menschen mit geringem Risiko für einen Medikamentenregress im Mittelpunkt der Einzelpraxis, so entsteht jetzt ein Wettbewerb um die jeweils größte Menge gleichartiger Krankheitsbilder, die auf der Basis des Risikostrukturausgleichs neu definiert werden. Dieser Krankheitswettbewerb umfasst 50 und 70 Krankheitsbilder.

### **Im Mittelpunkt: Krankheits-Schwerpunktbereiche**

Statt breiter KV-Versorgung für 20 % existentiell Kranker und für eine Mehrzahl Halbgesunder entsteht ein Wettbewerb um die in Zukunft bis doppelt so hoch bezahlten indikationsorientierten - in der Gruppe ausgeschriebenen - Krankheitsbilder.

### **Marktführer in Krankheitsbildern statt Behandlungsspezialist für Halbgesunde**

Der berufspolitische Offenbarungseid liegt darin, dass die etablierten Führer der Ärzteschaft in Kammer, KV, Berufsverband, freien Verbänden ihre Mitgliedsärzte seit ca. 10 Jahren nicht auf dieses veränderte, gesundheitspolitische Szenario vorbereitet haben. Die lange gesellschaftspolitische Vorbereitungszeit durch hervorragende Ausarbeitungen in Sachverständigengutachten, Bundestagsanhörungen, von Krankenkassen und Politik in Auftrag gegebenen Forschungsstudien wurde nicht berücksichtigt.

Der verständliche Wunsch das Alte zu erhalten, führte zum Ausfiltern der Konflikte.

### **Was bedeutet dies für den niedergelassenen Arzt?**

Die Gesellschaft und die sich neu zu bildenden ortsübergreifenden Gemeinschaften müssen sich nun auf den harten Kern von Krankheitsbildern im Bereich Diabetes, Asthma, Rheuma, Onkologie, Arthrose, Herz-Kreislauf, Schlaganfall konzentrieren. Hinzu kommen 30 % Abklärungsdiagnostik und Behandlung von akutmedizinischen Konflikten.

Auf der Strecke bleiben die Krankheitsbilder, die oft als „Gesundheitsstörungen“ bezeichnet werden. Dies bedeutet, es sind Krankheitsbilder mit seelisch-geistigen Ursachen bedingt durch Wertewandel, Zerstörung von Ehe- und Familienstrukturen, steigender Angst um den Arbeitsplatz, sonstige emotionale/soziale Stressstrukturen.

Dieser Bereich wird wiederum stärker dem Segment Eigenverantwortung, Bildung, Religion zugeordnet. Hier hat historisch die Ärzteschaft – freiwillig und auch mit ökonomischen Nutzen – eine Pufferfunktion übernommen, die jetzt im Rahmen einer gesellschaftlichen Güteabwägung/Triage leise umgepolt wird. Dies wird auch an dem vom Gesundheitsministerium zitierten Mengen an Arztkontakten deutlich.

Nach Einführung der Praxisgebühr hat der deutsche Patient im Durchschnitt 10,4 Arztkontakte pro Jahr. Im Vergleich dazu hat in England ein Patient 5 Arztkontakte bei hälftiger Ärztemenge und sogar längerer Lebenserwartung. Im Europavergleich arbeiten in Deutschland 30 bis 50 % zu viel Ärzte. Der Vorteil ist eine deutlich geringere Wartezeit und eine wesentlich komfortablere Versorgung. Nun sehen sich die gesellschaftlich Verantwortlichen nicht mehr in der Lage, diesen Prozess weiter aufrecht zu erhalten.

### **Erschließung von Rationalisierungsreserven**

Übernehmen nun professionell gemanagte regionale Arztgruppen – von der eigenen unternehmerischen Rationalisierung profitierend - die Versorgung, kommt die Bundesrepublik mit 30 bis 50 % weniger Ärzten mit einer höheren Qualität aus. Diese These wird naturgemäß mit Worthülsen und Weltuntergangsprognosen von den berufsständischen Organisationen bekämpft.

### **Nicht dem Wortnebel glauben – handeln!**

Strategisch wird es um Folgendes gehen.

1. Zunächst sollten sich übersichtliche fachgleiche Arztgruppen bilden, die in einer geografisch verbundenen Ebene das Ziel haben, maximal 25 bis 30 % Marktanteil zu haben. Aufbauen sollte man allerdings auf kleine Gruppen von 5 bis 7 zusammenarbeitenden Praxen, weil nur dann Effizienz, Verlässlichkeit und organisatorische Steuerbarkeit – ggf. auch durch externe Managementgesellschaften - entsteht.
2. Je mehr man sich in der Werbung und der Qualität so schnell wie möglich auf richtige existentielle Krankheitsbilder konzentriert, desto rentabler wird man. Statt mit 10 Zulassungen 10.000 Patienten breit zu behandeln, sollte sich nun ein Arzt innerhalb der Gruppe um alle dort befindlichen 600-800 Diabetespatienten, ein anderer um 300 onkologische Patienten, und wiederum ein anderer Arzt um 400 Asthmapatienten kümmern. Statt Mitarbeiterinnen mit breitem Spektrum können nun hoch qualifizierte Krankenschwestern zusammen mit den jeweiligen Ärzten Expertenteams bilden, die an Drittstandorten oder mobil sich umfassend und professionell wohnortnah um die Schwerpunkt-Krankheitsbilder kümmern.

Die Ärzte müssen sich dabei klar machen, dass 300 existentiell Kranke den ökonomischen Gegenwert von 600 Halbgesunden haben.

Damit entsteht eine Rückbesinnung auf die ursprünglich echte, notwendige kurative Medizin und gleichzeitig eine Verstärkung durch entsprechend spezialisierte Mitarbeiterinnen.

Die heimliche Vergütungsbotschaft aus dem neu geordneten Risikostrukturausgleich ist, wieder richtig Arzt sein für optimale Krankenversorgung.

### **Extreme – unbewusste mentale Widerstände**

Die Konflikte liegen nicht in der objektiven Fähigkeit der betroffenen Ärzte das entsprechende medizinische Wissen neu aufzubauen.

Die Konflikte liegen aller Wahrscheinlichkeit darin, dass es zu einem Zusammenstoß zwischen vergangenheitsorientierten Trägheitselementen, emotionalen Sicherheitskomponenten und neuartiger, gesellschaftlicher Herausforderung kommt.

Die Erfahrung zeigt, dass Menschen jeglichen Berufes nach einer gewissen Zeit eine standardisierte Routine in Halbtrance entwickeln. Um dem Menschen in seiner Routine Sicherheit zu geben, filtern Neuroschaltkreise neue Entwicklungen aus und bestätigen den Menschen in seiner Einschätzung. Dies bringt Ruhe und Verlässlichkeit in den Alltag.

Hinzu kommt eine so starke Informationsdichte zu wissenschaftlichen, organisatorischen und politischen Umbrüchen, die wiederum zu einer geistigen Wahrnehmungssperre führen.

Wird dies noch durch berufspolitische Botschaften verstärkt, entsteht ein Abkoppeln von der jeweiligen wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen oder berufspolitischen Situation. Dies ist die Situation, mit der jetzt der niedergelassene Sektor und der Krankenhaussektor konfrontiert werden.

### **Wieder richtig kurativer Arzt sein – vielleicht doch eine Verbesserung ?**

Wieder richtiger Arzt für eine optimale Krankenversorgung zu sein, ist die Botschaft der Neuordnung des Einnahme- und Ausgabesektors der gesetzlichen Krankenversicherung. Je mehr Facharztgruppen erkennen, dass es jetzt gilt, fachgleich/horizontal sich zu spezialisieren, desto mehr Geld, Berufssicherheit und Erfolg hat eine Facharztgruppe. Dies insbesondere auch, weil es zu einer umfassenden personellen Verschmelzung wechselseitig mit dem Krankenhaussektor kommen kann. Damit kann sich die bisher nur dem Krankenhaussektor zugeschriebene Fachkompetenz auch umfassend im niedergelassenen Bereich – auch in der gleichen Person – niederschlagen.

Der Krankenhausarzt mit Nebentätigkeitsgenehmigung im niedergelassenen Bereich kann wohnortnah sein Kompetenz in die Diagnostik einbringen und den Patienten auch im Krankenhaus begleiten und die Wiedereingliederung in den ambulanten Sektor überwachen.

Damit kommt es auch zu einem erweiterten Know-How-Transfer zwischen Krankenhaus, Forschung und niedergelassenem Sektor.

All das könnte auch als gesellschaftlicher Fortschritt betrachtet werden.

### **Spezialisierte Betreuungsverträge mit der GKV ersetzen Bedarfsplanung**

In Zukunft können somit Arztgruppen unternehmerisch organisiert Drittstandorte wie Krankenhäuser, Einkaufszentren oder andere gut gelegene Praxisstandorte 7 x 24 Stunden gemeinsam nutzen und dort Schwerpunkt- und Notfallpatienten wohnortnah versorgen.

Die betriebswirtschaftliche Auslastung durch Call-Center, Geräte, Raum- und Personalnutzung steigt überproportional.

Damit ergeben sich Einspar-/ Rationalisierungspotentiale von 15 bis 25 % der Kosten für Miete, Geräte, Auslastung, Reparatur, Personaleinsatz, Einkauf, etc. Dies sind bei € 200.000, -- Umsatz in der Einzelpraxis rund 20 % Ersparnis oder € 40.000,-- pro Jahr. Bei 10 Zulassungen ergeben sich somit zur Bezahlung externer Managementfunktionen und zur Verbesserung der Infrastruktur freiwerdende Gelder von € 400.000, --.

Gleichzeitig ergeben sich durch gemeinsame Verwaltung/Management Zeiterparnisse von 20 %. Dies sind wiederum bei € 200.000, -- Jahresumsatz pro Zulassung, € 40.000, -- mehr Zeit pro Zulassung, nicht budgetiert Schwerkranke zu versorgen oder im Bereich Selbstzahlender Medizin Innovation und sinnvolle Früherkennung anzubieten.

Gleichzeitig wird es zu einer dramatischen Steigerung des Abschlusses von privaten Zusatzversicherungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung geben, die diese frei werdende Zeitreserven auch ökonomisch vergüten.

Des weiteren werden sich weitere Zusatzeinnahmen ergeben, weil viele Arztgruppen auch mit ihrer effektiven Art und ihren Teams im Bereich der operativen und invasiven Versorgung an Stelle von Krankenhausangestellten tätig sein werden.

Es kommt somit unter Berücksichtigung der Überkapazitäten am Krankenhaus auch zu Geldeinnahmen des niedergelassenen Sektors, die aus nachhaltigen Rationalisierungsreserven am Krankenhaus entstehen.

Insoweit wirkt der Sieg des Marburger Bundes bei den Tarifverhandlungen möglicherweise als Initialzündung zu einem noch schnelleren und radikaleren Umbau des Krankenhauses mit der Aufgabe von ca. 30 % Krankenhäuser und der Verlagerung von Krankenhausaufgaben in einen gemeinsamen dritten, ambulanten stationären Versorgungssektor.

Damit entsteht eine ökonomische Erschließungsreserve von Geld in einem Zeitraum von fünf Jahren, der ca. € 100.000,-- umfasst. Ein Effekt, der vehement bestritten werden wird, dem aber eine zentrale ökonomische Rolle zukommen wird.

### **Rationalisierungs- und Optimierungsdiskussion beginnt erst jetzt**

So kommt es zum Ergebnis, dass mit ca. 2/3 der niedergelassenen Ärzte 40 % Ersparnis erzielt werden kann, ohne dass es zu Versorgungsengpässen bei existentiellen Krankheiten kommt.

Hinzu kommen Einnahmen aus der Erzielung durch weiterverkaufte Arbeitskraft ans Krankenhaus; ferner Erträge aus modifizierter privatmedizinischer Zuwendung, sinnvoller Früherkennung, aktiver salutogenetischer individueller Ressourcenoptimierung und naturgemäß auch aus Einnahmen durch private Zusatzversicherungen im Bereich Innovation/ Naturheilverfahren.

Konkret heißt dies, diejenigen Ärzte, die sich spezialisierend zusammenschließen werden effektiver arbeiten und mehr verdienen als die jetzige Gruppe breit aufgestellter, viele Ressourcen verbrauchende Einzelpraxen auf der Basis des Kollektivvertrages.

Der ideelle Wert eines Partneranteils innerhalb einer Arztgruppierung wird in Zukunft nach dem Ertragswertverfahren berechnet. Eine Arztpraxis wird dann nur als Anteil in einer Gruppe zu bewerten sein, wenn diese Funktion qualifiziert, ohne jede große Veränderung in der Einnahmen- und Ablaufstruktur weiter besetzbar ist.

Damit kommt es zum Übergang von einer höchstpersönlichen medizinischen Leistung zu mehr standardisierten, effektiven auf hohem Niveau ablaufenden Versorgungsbegriffen analog dem Krankenhaus. Entscheidend sind für die Bewertung und Beurteilung dauerhafter gesellschaftlicher Nutzen und Funktion.

D.h. ein Drittel bis 50 % aller Praxen verlieren ihren bisherigen Praxiswert innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre. Weitere 50 % der Praxen verdoppeln bis verdreifachen ihren bisherigen ideellen Wert, weil sie dauerhaft nachgefragte auf Wettbewerb orientierte Marktmodelle anbieten mit stabilen Einnahmen aus qualitätsgesicherten Vertragsbeziehungen mit Krankenkassen oder aber auch mit wesentlich auf privat- und zusatzversicherten Patienten.

Die Zeit wird den Sieger in diesem verdeckten Krieg um Besitzstände prämiieren.

Die Richtigkeit der dargestellten Prognose ist eine Frage des Zeitpunktes der gesellschaftlichen Trendwende. Sie wird irgendwo zwischen 2007 und 2011 liegen.

Die Trendwende ist schmerzhaft und erfolgreich zugleich. Sie ist eine Frage der Betroffenheit und eine Frage inwieweit die betroffenen Berufskreise diese Veränderung als Chance begreifen.

H.-J. Schade  
Rechtsanwalt  
Broglie, Schade & Partner GBR  
Rechtsanwälte  
Wiesbaden - Berlin - München  
[www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)

## **Ende der Bedarfsplanung zum 1.7.2011 Radikale, wettbewerbsorientierte Neuordnung der ambulant-stationären Versorgungslandschaft**

Das Wettbewerbstärkungsgesetz wird spätestens zum 1.4.2007 in Kraft treten.

Die öffentlich diskutierte Frage der Finanzierung verstellt den Blick auf grundlegende Neustrukturierungen des Gesundheitswesens.

Die wichtigsten Aspekte sind:

1. Ende der ärztlichen Bedarfsplanung zum 1.7.2011
2. Möglichkeit für eine oder mehrere sich zusammenschließende Kassen mit einzelnen Arztgruppen exklusive Versorgungsverträge für alle ihre Mitglieder zu schließen
3. Nur noch unattraktiv vergütete Basisversorgung wird über KV abgewickelt.

### **5-jährige schmerzhafteste Anpassungszeit!**

Unangenehme Wahrheiten brauchen Zeit bis sie innerlich verarbeitet sind und eine Neuorientierung zulassen. Die bisher kaum thematisierte Absicht des Gesetzgebers die bisherige Funktion der KV´en zum 1.7.2011 zu beenden, ist ein radikaler Bruch für die tradierte ärztliche, freiberufliche Berufsgestaltung.

### **Unauffällige, indirekte Ankündigung des Systemwechsels**

§ 87 Abs. 7 SGB V nach dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz:

"(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz.2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Abs. 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, **ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.**"

### **Doch nur unverbindlich?**

Zunächst wird der Arzt als Leser dieses Paragraphen eher eine unverbindliche Überlegung des Gesetzgebers vermuten, D.h. er geht davon aus, es sei noch nichts endgültig beschlossen.

Dennoch hat diese Ankündigung verfassungsrechtliche Bedeutung.

Jeder Eingriff – auch in einen sozialrechtlichen Zulassungsstatus – braucht nach der Rechtsprechung eine 5-jährige Frist, damit sich die Betroffenen auf eine neue unternehmerische Situation vorbereiten können. Ansonsten könnten Sie auf einen enteignungsgleichen Eingriff in Eigentumsrechte klagen.

### Ende der Bedarfsplanung 01.07.2011

### Vor- und Nachteil der Fortführung einer Einzelpraxis im Vergleich mit fachgleicher, überörtlicher Gemeinschaftspraxis

Vorteile Einzelpraxis:	Nachteile Einzelpraxis:
Eigenständigkeit, Unabhängigkeit bis zum Schluss	Ab 2009 keine Verkaufsfähigkeit = Verlust des ideellen Wertes +/- € 100.000,-
Keiner schaut in die Buchhaltung, alles wird selbst gemacht: <ul style="list-style-type: none"><li>- Abrechnung,</li><li>- Marketing,</li><li>- Einkauf</li></ul>	Keine Kostensenkung durch gemeinsames Management = 15% Umsatzverlust p.a.
Aufrechterhaltung des Kassenarzt-Systems	In Zukunft erhöhte Praxisgebühr bis € 25,-, Wegfall von weiteren 20% Patienten = € 40.000,- p. a.
Individueller Widerstand gegen direkte Sonderverträge, ausgeschrieben durch die Krankenkassen	Verlust von ca. 100 in Zukunft gut bezahlter Patienten, die in Sonderprogrammen gemeinsam mit Kollegen besser bezahlt werden = € 20.000,- p.a.

### Bankkredit für eine Zukunft basierend auf Wettbewerb?

Wer im vertragsärztlichen Bereich investiert, muss wissen, bis wann er seine Investitionen abgeschrieben haben muss. Wer einen Praxiskredit aufnimmt, muss somit kalkulieren, dass er ihn spätestens nach 5 Jahren zurückzahlen kann. Spätestens dann kann auch die angekündigte Neustrukturierung wirken. Mit dieser Ankündigung formuliert der Sozialrechtsgeber, dass ab jetzt kein Arzt mehr im Glauben auf die Dauerhaftigkeit einer Zulassung eine wirtschaftliche Existenz planen kann, bzw. er ab jetzt unternehmerisch alles daran setzen muss, dass innerhalb von 5 Jahren getätigte Investitionen abgeschrieben sind.

Banken werden daher kaum noch bereit sein, eine „klassische“ Einzelpraxis zu finanzieren. Sie werden einen Businessplan verlangen, der vorsieht, dass der finanzierende Arzt durch eine Kooperation in der Lage ist, dauerhaft direkter Vertragspartner von Krankenkassen zu sein. Auch alle, die noch längerfristige Verträge aus der Vergangenheit haben, werden von der Bank aufgefordert, Details vorzulegen, wie sie innerhalb von 5 Jahren die Kredite zurückzahlen können.

### Auswirkungen für Praxisabgeber

Jeder Praxisabgeber muss diese verklausulierte politische Ankündigung ernst nehmen. Der Gesetzgeber kann nach dem Ablauf der verfassungsrechtlich vorgeschriebenen 5-Jahres-Vorinformationsfrist jederzeit von der Bedarfsplanung abrücken und hat es auch tatsächlich vor.

Spätestens in zwei Jahren beginnt daher ein noch stärkerer Abwärtstrend bei der Verwertung von Einzelpraxen. Gleichzeitig können sich jetzt auch Panikreaktionen sofort auf den Verkaufspreis auswirken.

Wer jetzt nicht gemeinsam ein Kooperationsmodell aufbaut oder in eine Kooperation eintritt, gefährdet aller Wahrscheinlichkeit nach das bisher konzipierte Lebenswerk.

### **Ausscheidensregelungen von Gemeinschaftspraxen müssen überarbeitet werden**

Viele Gemeinschaftspraxisverträge sehen vor, dass die verbleibenden Gesellschafter zu einer vereinbarten Formel den ideellen Wert (Wert der Zulassung) und den materiellen Wert übernehmen. Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 ist ab jetzt äußerst kritisch dem Abgeber ein Preis zu zahlen, der künftig von den verbleibenden Gesellschaftern nicht mehr erwirtschaftbar ist.

Somit müssten theoretisch alle Gemeinschaftspraxisverträge wegen **Wegfall der Geschäftsgrundlage** (Dauerhaftigkeit der Bedarfsplanung) gekündigt werden. Wer den Fehler macht, länger zu warten – ohne mit seinen Partnern zu reden – und den Vertrag neu zu ordnen, muss sich sofort entgegen halten lassen, dass er trotz der neuen Rechtslage die Übernahmeverpflichtung mit dem festgelegten Preis als sinnvoll anerkannt habe.

Damit würde einem schweigend unterstellt, dass in jedem Fall der vertraglich vereinbarte Übernahmepreis zu zahlen sei.

### **Überblick über die Transformationsphase**

Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 beginnt ab jetzt eine 5-jährige Transformationsperiode bisheriger niedergelassener Tätigkeit als Freiberufler.

Es ist der Übergang vom bisherigen sektoral abgeschotteten, kollektivvertraglich gestalteten Sachleistungsprinzip zum wettbewerbsorientierten, öffentlich ausgeschriebenen Versorgungskonzept auf der Basis individueller Verträge zwischen Krankenkassen und niedergelassenen, freiwillig organisierten Arztgruppierungen, regional, landesweit oder bundesweit.

Wer innerhalb der um den Auftrag konkurrierenden Arztgruppierungen die entsprechenden Qualitätsstandards, Servicestrukturen, Anforderungskriterien und ggf. Mindestmengen für bestimmte Krankheitsbilder nicht erfüllt, fällt automatisch als Teilnehmer der zukünftigen kassenärztlichen Versorgung aus.

### **Kartellrecht verhindert Wettbewerb ausschließende regionale Netzwerkschlüsse!**

Das Ende der Bedarfsplanung heißt auch, dass Krankenkassen einzeln oder im Verbund bis zu einer Grenze von ca. 35 % Marktanteil in einem größeren Versorgungsbereich wie Rhein-Main/Rhein-Neckar / Hamburg / München / Berlin die Versorgung der Patienten nach Indikationen oder nach Fachgebieten ausschreiben.

Ärztegruppen – selbst ortsübergreifend als Gemeinschaftspraxen unternehmerisch zusammengeschlossen – und darüber hinaus als Bewerbungsgemeinschaften nach bestimmten Kriterien verbunden, geben ihre Angebote ab. Dieser öffentliche Ausschreibungsvorgang nach EU-Recht beschreibt Qualität und Anforderungsprofil.

### **Ausschreibung bedeutet sowohl Qualitäts- als auch Preiswertbewerb**

Die Arztgruppierung oder der Verbund von Arztgruppierungen gibt bei der Ausschreibungskommission sein Angebot ab. Der günstigste Preis mit dem Versprechen, die ausgeschriebene Qualität- und Servicestruktur zu erfüllen, erhält den Zuschlag.

### **Ende des bisherigen KV-Schutzkonzeptes**

Die niedergelassene Ärzteschaft mit ihrer kontinuierlich steigenden Anzahl von Ärzten (40% in den letzten 10 Jahren) sieht den Grund für ihre selbst eingeschätzte schlechte wirtschaftliche Situation in dem Vorhandensein der KVen.

Bei genauer Betrachtung wird man feststellen müssen, dass es nie eine bessere und für Arztpraxen stabilere Form freiberuflicher Versorgungsstrukturen gegeben hat. Berufspolitisch war das bisherige freiberufliche – auf Einzelpraxen und Kollektivvertrag beruhende System - für niedergelassene Ärzte und auch getrennt für den Krankenhausbereich, ein praktisch nie als wertvoll eingeschätzter paradiesischer Zustand.

KVen schlossen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweite Vereinbarungen ab und man konnte eine genau definierte Geldsumme über die Länder-KVen den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stellen.

In welche Krankheitsbilder die Mittel flossen und die Frage, ob die Versorgung von Halbgesunden wirklich notwendig ist, sowie welche Qualitätskriterien zu stellen seien, wurde nie direkt von den Krankenkassen als Vertragspartner vorgegeben und kontrolliert.

Die Bedarfsplanung ließ es zu, dass in überversorgten Gebieten – die objektiv überflüssigen Zulassungen – dennoch weiter verkauft werden konnten.

Schwere Krankheitsbilder = ca. 20 % der Patienten des niedergelassenen Sektors, Akutpatienten = 30 % der Behandlungen und die Dauerbetreuung von zuwendungsintensiven Gesundheitsstörungen = 50 % der zu behandelnden Nachfrager, wurden über den EBM unterschiedslos über Verdachtsdiagnosen konfliktfrei abgerechnet. Ziel der die Ärzteinteressen vertretenden KV war ohne Wettbewerb allen niedergelassenen Ärzten eine Existenzsicherung zu geben. Dieses System geht mit Erlass des Wettbewerbsförderungsgesetzes zum 1.7.2011 zu Ende.

### **Realistisch: 1/3 der unterdurchschnittlichen Praxen geben auf / wechseln ins Angestellten-Verhältnis**

Gesetzgeber und Gesundheitsministerium haben gegenüber den Berufsverbänden unmissverständlich klar gemacht, dass es für den niedergelassenen Bereich keine weiteren Mittel gibt. Im Gegenteil, die Politik sieht im Europavergleich in Deutschland eine sektorale Überversorgung von ca. 40 %. Gleichzeitig sieht sie im Bereich durch Kostenlosigkeit der Leistung/Sachleistungsprinzip eine Übernachfrage von 40 % bei nicht indizierten Gesundheitsstörungen.

Diese werden durch die Erhöhung der Praxisgebühren neuartig definierten Komplexgebühren leise aus der Alltagsnachfrage der Praxen herausgedrängt.

Mengenbegrenzung heißt konkret 30 bis 40 % der ärztlichen Tätigkeit im Bereich pastoral mitbetreuter Gesundheitsleistungen für nicht eigenverantwortlich handelnde Bundesbürger werden in Zukunft indirekt nicht mehr bezahlt. Die Eintrittsebene in die Arztpraxis wird auf € 15,00 bis € 30,00 erhöht, und damit indirekt die weitere Nachfrage um 15 bis 25 % gesenkt.

Politisch wird dabei argumentiert werden, dass die sozial schwachen Personengruppen und die tatsächlich existentiell kranken Menschen eine Befreiung von der Praxisgebühr erhalten.

Genauso einschneidend ist der politische Tatbestand, dass die bisherige KV-Verteilungsaufgabe die Krankenkassen alleine oder in Verbänden unmittelbar übernehmen und die Versorgungsangebote im existentiell kranken Bereich fachgruppenspezifisch oder indikationsorientiert/interdisziplinär im Wettbewerb ausschreiben.

Die Dauer der Versorgungsverträge wird zwischen zwei und fünf Jahren liegen und insoweit eine ausreichende Kalkulationssicherheit bieten.

Damit entsteht innerhalb der Krankenkassen gegenüber den Versicherten ein Wettbewerb, welche Krankenkassen mit welchen Arztgruppen am besten bestimmte Krankheitsbilder versorgen kann.

Es entsteht ein radikaler Paradigmenwechsel unter betriebswirtschaftlichen Aspekten. Stand bisher unbewusst die Versorgung von Menschen mit geringem Risiko für einen Medikamentenregress im Mittelpunkt der Einzelpraxis, so entsteht jetzt ein Wettbewerb um die jeweils größte Menge gleichartiger Krankheitsbilder, die auf der Basis des Risikostrukturausgleichs neu definiert werden. Dieser Krankheitswettbewerb umfasst 50 und 70 Krankheitsbilder.

### **Im Mittelpunkt: Krankheits-Schwerpunktbereiche**

Statt breiter KV-Versorgung für 20 % existentiell Kranker und für eine Mehrzahl Halbgesunder entsteht ein Wettbewerb um die in Zukunft bis doppelt so hoch bezahlten indikationsorientierten - in der Gruppe ausgeschriebenen - Krankheitsbilder.

### **Marktführer in Krankheitsbildern statt Behandlungsspezialist für Halbgesunde**

Der berufspolitische Offenbarungseid liegt darin, dass die etablierten Führer der Ärzteschaft in Kammer, KV, Berufsverband, freien Verbänden ihre Mitgliedsärzte seit ca. 10 Jahren nicht auf dieses veränderte, gesundheitspolitische Szenario vorbereitet haben. Die lange gesellschaftspolitische Vorbereitungszeit durch hervorragende Ausarbeitungen in Sachverständigengutachten, Bundestagsanhörungen, von Krankenkassen und Politik in Auftrag gegebenen Forschungsstudien wurde nicht berücksichtigt.

Der verständliche Wunsch das Alte zu erhalten, führte zum Ausfiltern der Konflikte.

### **Was bedeutet dies für den niedergelassenen Arzt?**

Die Gesellschaft und die sich neu zu bildenden ortsübergreifenden Gemeinschaften müssen sich nun auf den harten Kern von Krankheitsbildern im Bereich Diabetes, Asthma, Rheuma, Onkologie, Arthrose, Herz-Kreislauf, Schlaganfall konzentrieren. Hinzu kommen 30 % Abklärungsdiagnostik und Behandlung von akutmedizinischen Konflikten.

Auf der Strecke bleiben die Krankheitsbilder, die oft als „Gesundheitsstörungen“ bezeichnet werden. Dies bedeutet, es sind Krankheitsbilder mit seelisch-geistigen Ursachen bedingt durch Wertewandel, Zerstörung von Ehe- und Familienstrukturen, steigender Angst um den Arbeitsplatz, sonstige emotionale/soziale Stressstrukturen.

Dieser Bereich wird wiederum stärker dem Segment Eigenverantwortung, Bildung, Religion zugeordnet. Hier hat historisch die Ärzteschaft – freiwillig und auch mit ökonomischen Nutzen – eine Pufferfunktion übernommen, die jetzt im Rahmen einer gesellschaftlichen Güteabwägung/Triage leise umgepolt wird. Dies wird auch an dem vom Gesundheitsministerium zitierten Mengen an Arztkontakten deutlich.

Nach Einführung der Praxisgebühr hat der deutsche Patient im Durchschnitt 10,4 Arztkontakte pro Jahr. Im Vergleich dazu hat in England ein Patient 5 Arztkontakte bei hälftiger Ärztemenge und sogar längerer Lebenserwartung. Im Europavergleich arbeiten in Deutschland 30 bis 50 % zu viel Ärzte. Der Vorteil ist eine deutlich geringere Wartezeit und eine wesentlich komfortablere Versorgung. Nun sehen sich die gesellschaftlich Verantwortlichen nicht mehr in der Lage, diesen Prozess weiter aufrecht zu erhalten.

### **Erschließung von Rationalisierungsreserven**

Übernehmen nun professionell gemanagte regionale Arztgruppen – von der eigenen unternehmerischen Rationalisierung profitierend - die Versorgung, kommt die Bundesrepublik mit 30 bis 50 % weniger Ärzten mit einer höheren Qualität aus. Diese These wird naturgemäß mit Worthülsen und Weltuntergangsprognosen von den berufsständischen Organisationen bekämpft.

### **Nicht dem Wortnebel glauben – handeln!**

Strategisch wird es um Folgendes gehen.

1. Zunächst sollten sich übersichtliche fachgleiche Arztgruppen bilden, die in einer geografisch verbundenen Ebene das Ziel haben, maximal 25 bis 30 % Marktanteil zu haben. Aufbauen sollte man allerdings auf kleine Gruppen von 5 bis 7 zusammenarbeitenden Praxen, weil nur dann Effizienz, Verlässlichkeit und organisatorische Steuerbarkeit – ggf. auch durch externe Managementgesellschaften - entsteht.
2. Je mehr man sich in der Werbung und der Qualität so schnell wie möglich auf richtige existentielle Krankheitsbilder konzentriert, desto rentabler wird man. Statt mit 10 Zulassungen 10.000 Patienten breit zu behandeln, sollte sich nun ein Arzt innerhalb der Gruppe um alle dort befindlichen 600-800 Diabetespatienten, ein anderer um 300 onkologische Patienten, und wiederum ein anderer Arzt um 400 Asthmapatienten kümmern. Statt Mitarbeiterinnen mit breitem Spektrum können nun hoch qualifizierte Krankenschwestern zusammen mit den jeweiligen Ärzten Expertenteams bilden, die an Drittstandorten oder mobil sich umfassend und professionell wohnortnah um die Schwerpunkt-Krankheitsbilder kümmern.

Die Ärzte müssen sich dabei klar machen, dass 300 existentiell Kranke den ökonomischen Gegenwert von 600 Halbgesunden haben.

Damit entsteht eine Rückbesinnung auf die ursprünglich echte, notwendige kurative Medizin und gleichzeitig eine Verstärkung durch entsprechend spezialisierte Mitarbeiterinnen.

Die heimliche Vergütungsbotschaft aus dem neu geordneten Risikostrukturausgleich ist, wieder richtig Arzt sein für optimale Krankenversorgung.

### **Extreme – unbewusste mentale Widerstände**

Die Konflikte liegen nicht in der objektiven Fähigkeit der betroffenen Ärzte das entsprechende medizinische Wissen neu aufzubauen.

Die Konflikte liegen aller Wahrscheinlichkeit darin, dass es zu einem Zusammenstoß zwischen vergangenheitsorientierten Trägheitselementen, emotionalen Sicherheitskomponenten und neuartiger, gesellschaftlicher Herausforderung kommt.

Die Erfahrung zeigt, dass Menschen jeglichen Berufes nach einer gewissen Zeit eine standardisierte Routine in Halbtrance entwickeln. Um dem Menschen in seiner Routine Sicherheit zu geben, filtern Neuroschaltkreise neue Entwicklungen aus und bestätigen den Menschen in seiner Einschätzung. Dies bringt Ruhe und Verlässlichkeit in den Alltag.

Hinzu kommt eine so starke Informationsdichte zu wissenschaftlichen, organisatorischen und politischen Umbrüchen, die wiederum zu einer geistigen Wahrnehmungssperre führen.

Wird dies noch durch berufspolitische Botschaften verstärkt, entsteht ein Abkoppeln von der jeweiligen wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen oder berufspolitischen Situation. Dies ist die Situation, mit der jetzt der niedergelassene Sektor und der Krankenhaussektor konfrontiert werden.

### **Wieder richtig kurativer Arzt sein – vielleicht doch eine Verbesserung ?**

Wieder richtiger Arzt für eine optimale Krankenversorgung zu sein, ist die Botschaft der Neuordnung des Einnahme- und Ausgabesektors der gesetzlichen Krankenversicherung. Je mehr Facharztgruppen erkennen, dass es jetzt gilt, fachgleich/horizontal sich zu spezialisieren, desto mehr Geld, Berufssicherheit und Erfolg hat eine Facharztgruppe. Dies insbesondere auch, weil es zu einer umfassenden personellen Verschmelzung wechselseitig mit dem Krankenhaussektor kommen kann. Damit kann sich die bisher nur dem Krankenhaussektor zugeschriebene Fachkompetenz auch umfassend im niedergelassenen Bereich – auch in der gleichen Person – niederschlagen.

Der Krankenhausarzt mit Nebentätigkeitsgenehmigung im niedergelassenen Bereich kann wohnortnah sein Kompetenz in die Diagnostik einbringen und den Patienten auch im Krankenhaus begleiten und die Wiedereingliederung in den ambulanten Sektor überwachen.

Damit kommt es auch zu einem erweiterten Know-How-Transfer zwischen Krankenhaus, Forschung und niedergelassenem Sektor.

All das könnte auch als gesellschaftlicher Fortschritt betrachtet werden.

### **Spezialisierte Betreuungsverträge mit der GKV ersetzen Bedarfsplanung**

In Zukunft können somit Arztgruppen unternehmerisch organisiert Drittstandorte wie Krankenhäuser, Einkaufszentren oder andere gut gelegene Praxisstandorte 7 x 24 Stunden gemeinsam nutzen und dort Schwerpunkt- und Notfallpatienten wohnortnah versorgen.

Die betriebswirtschaftliche Auslastung durch Call-Center, Geräte, Raum- und Personalnutzung steigt überproportional.

Damit ergeben sich Einspar-/ Rationalisierungspotentiale von 15 bis 25 % der Kosten für Miete, Geräte, Auslastung, Reparatur, Personaleinsatz, Einkauf, etc. Dies sind bei € 200.000, -- Umsatz in der Einzelpraxis rund 20 % Ersparnis oder € 40.000,-- pro Jahr. Bei 10 Zulassungen ergeben sich somit zur Bezahlung externer Managementfunktionen und zur Verbesserung der Infrastruktur freiwerdende Gelder von € 400.000, --.

Gleichzeitig ergeben sich durch gemeinsame Verwaltung/Management Zeiterparnisse von 20 %. Dies sind wiederum bei € 200.000, -- Jahresumsatz pro Zulassung, € 40.000, -- mehr Zeit pro Zulassung, nicht budgetiert Schwerkranke zu versorgen oder im Bereich Selbstzahlender Medizin Innovation und sinnvolle Früherkennung anzubieten.

Gleichzeitig wird es zu einer dramatischen Steigerung des Abschlusses von privaten Zusatzversicherungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung geben, die diese frei werdende Zeitreserven auch ökonomisch vergüten.

Des weiteren werden sich weitere Zusatzeinnahmen ergeben, weil viele Arztgruppen auch mit ihrer effektiven Art und ihren Teams im Bereich der operativen und invasiven Versorgung an Stelle von Krankenhausangestellten tätig sein werden.

Es kommt somit unter Berücksichtigung der Überkapazitäten am Krankenhaus auch zu Geldeinnahmen des niedergelassenen Sektors, die aus nachhaltigen Rationalisierungsreserven am Krankenhaus entstehen.

Insoweit wirkt der Sieg des Marburger Bundes bei den Tarifverhandlungen möglicherweise als Initialzündung zu einem noch schnelleren und radikaleren Umbau des Krankenhauses mit der Aufgabe von ca. 30 % Krankenhäuser und der Verlagerung von Krankenhausaufgaben in einen gemeinsamen dritten, ambulanten stationären Versorgungssektor.

Damit entsteht eine ökonomische Erschließungsreserve von Geld in einem Zeitraum von fünf Jahren, der ca. € 100.000,-- umfasst. Ein Effekt, der vehement bestritten werden wird, dem aber eine zentrale ökonomische Rolle zukommen wird.

### **Rationalisierungs- und Optimierungsdiskussion beginnt erst jetzt**

So kommt es zum Ergebnis, dass mit ca. 2/3 der niedergelassenen Ärzte 40 % Ersparnis erzielt werden kann, ohne dass es zu Versorgungsengpässen bei existentiellen Krankheiten kommt.

Hinzu kommen Einnahmen aus der Erzielung durch weiterverkaufte Arbeitskraft ans Krankenhaus; ferner Erträge aus modifizierter privatmedizinischer Zuwendung, sinnvoller Früherkennung, aktiver salutogenetischer individueller Ressourcenoptimierung und naturgemäß auch aus Einnahmen durch private Zusatzversicherungen im Bereich Innovation/ Naturheilverfahren.

Konkret heißt dies, diejenigen Ärzte, die sich spezialisierend zusammenschließen werden effektiver arbeiten und mehr verdienen als die jetzige Gruppe breit aufgestellter, viele Ressourcen verbrauchende Einzelpraxen auf der Basis des Kollektivvertrages.

Der ideelle Wert eines Partneranteils innerhalb einer Arztgruppierung wird in Zukunft nach dem Ertragswertverfahren berechnet. Eine Arztpraxis wird dann nur als Anteil in einer Gruppe zu bewerten sein, wenn diese Funktion qualifiziert, ohne jede große Veränderung in der Einnahmen- und Ablaufstruktur weiter besetzbar ist.

Damit kommt es zum Übergang von einer höchstpersönlichen medizinischen Leistung zu mehr standardisierten, effektiven auf hohem Niveau ablaufenden Versorgungsbegriffen analog dem Krankenhaus. Entscheidend sind für die Bewertung und Beurteilung dauerhafter gesellschaftlicher Nutzen und Funktion.

D.h. ein Drittel bis 50 % aller Praxen verlieren ihren bisherigen Praxiswert innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre. Weitere 50 % der Praxen verdoppeln bis verdreifachen ihren bisherigen ideellen Wert, weil sie dauerhaft nachgefragte auf Wettbewerb orientierte Marktmodelle anbieten mit stabilen Einnahmen aus qualitätsgesicherten Vertragsbeziehungen mit Krankenkassen oder aber auch mit wesentlich auf privat- und zusatzversicherten Patienten.

Die Zeit wird den Sieger in diesem verdeckten Krieg um Besitzstände prämiieren.

Die Richtigkeit der dargestellten Prognose ist eine Frage des Zeitpunktes der gesellschaftlichen Trendwende. Sie wird irgendwo zwischen 2007 und 2011 liegen.

Die Trendwende ist schmerzhaft und erfolgreich zugleich. Sie ist eine Frage der Betroffenheit und eine Frage inwieweit die betroffenen Berufskreise diese Veränderung als Chance begreifen.

H.-J. Schade  
Rechtsanwalt  
Broglie, Schade & Partner GBR  
Rechtsanwälte  
Wiesbaden - Berlin - München  
[www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)

## **Ende der Bedarfsplanung zum 1.7.2011 Radikale, wettbewerbsorientierte Neuordnung der ambulant-stationären Versorgungslandschaft**

Das Wettbewerbstärkungsgesetz wird spätestens zum 1.4.2007 in Kraft treten.

Die öffentlich diskutierte Frage der Finanzierung verstellt den Blick auf grundlegende Neustrukturierungen des Gesundheitswesens.

Die wichtigsten Aspekte sind:

1. Ende der ärztlichen Bedarfsplanung zum 1.7.2011
2. Möglichkeit für eine oder mehrere sich zusammenschließende Kassen mit einzelnen Arztgruppen exklusive Versorgungsverträge für alle ihre Mitglieder zu schließen
3. Nur noch unattraktiv vergütete Basisversorgung wird über KV abgewickelt.

### **5-jährige schmerzhafteste Anpassungszeit!**

Unangenehme Wahrheiten brauchen Zeit bis sie innerlich verarbeitet sind und eine Neuorientierung zulassen. Die bisher kaum thematisierte Absicht des Gesetzgebers die bisherige Funktion der KV´en zum 1.7.2011 zu beenden, ist ein radikaler Bruch für die tradierte ärztliche, freiberufliche Berufsgestaltung.

### **Unauffällige, indirekte Ankündigung des Systemwechsels**

§ 87 Abs. 7 SGB V nach dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz:

"(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz.2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Abs. 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, **ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.**"

### **Doch nur unverbindlich?**

Zunächst wird der Arzt als Leser dieses Paragraphen eher eine unverbindliche Überlegung des Gesetzgebers vermuten, D.h. er geht davon aus, es sei noch nichts endgültig beschlossen.

Dennoch hat diese Ankündigung verfassungsrechtliche Bedeutung.

Jeder Eingriff – auch in einen sozialrechtlichen Zulassungsstatus – braucht nach der Rechtsprechung eine 5-jährige Frist, damit sich die Betroffenen auf eine neue unternehmerische Situation vorbereiten können. Ansonsten könnten Sie auf einen enteignungsgleichen Eingriff in Eigentumsrechte klagen.

### Ende der Bedarfsplanung 01.07.2011

### Vor- und Nachteil der Fortführung einer Einzelpraxis im Vergleich mit fachgleicher, überörtlicher Gemeinschaftspraxis

Vorteile Einzelpraxis:	Nachteile Einzelpraxis:
Eigenständigkeit, Unabhängigkeit bis zum Schluss	Ab 2009 keine Verkaufsfähigkeit = Verlust des ideellen Wertes +/- € 100.000,--
Keiner schaut in die Buchhaltung, alles wird selbst gemacht: <ul style="list-style-type: none"><li>- Abrechnung,</li><li>- Marketing,</li><li>- Einkauf</li></ul>	Keine Kostensenkung durch gemeinsames Management = 15% Umsatzverlust p.a.
Aufrechterhaltung des Kassenarzt-Systems	In Zukunft erhöhte Praxisgebühr bis € 25,--, Wegfall von weiteren 20% Patienten = € 40.000,-- p. a.
Individueller Widerstand gegen direkte Sonderverträge, ausgeschrieben durch die Krankenkassen	Verlust von ca. 100 in Zukunft gut bezahlter Patienten, die in Sonderprogrammen gemeinsam mit Kollegen besser bezahlt werden = € 20.000,-- p.a.

### Bankkredit für eine Zukunft basierend auf Wettbewerb?

Wer im vertragsärztlichen Bereich investiert, muss wissen, bis wann er seine Investitionen abgeschrieben haben muss. Wer einen Praxiskredit aufnimmt, muss somit kalkulieren, dass er ihn spätestens nach 5 Jahren zurückzahlen kann. Spätestens dann kann auch die angekündigte Neustrukturierung wirken. Mit dieser Ankündigung formuliert der Sozialrechtsgeber, dass ab jetzt kein Arzt mehr im Glauben auf die Dauerhaftigkeit einer Zulassung eine wirtschaftliche Existenz planen kann, bzw. er ab jetzt unternehmerisch alles daran setzen muss, dass innerhalb von 5 Jahren getätigte Investitionen abgeschrieben sind.

Banken werden daher kaum noch bereit sein, eine „klassische“ Einzelpraxis zu finanzieren. Sie werden einen Businessplan verlangen, der vorsieht, dass der finanzierende Arzt durch eine Kooperation in der Lage ist, dauerhaft direkter Vertragspartner von Krankenkassen zu sein. Auch alle, die noch längerfristige Verträge aus der Vergangenheit haben, werden von der Bank aufgefordert, Details vorzulegen, wie sie innerhalb von 5 Jahren die Kredite zurückzahlen können.

### Auswirkungen für Praxisabgeber

Jeder Praxisabgeber muss diese verklausulierte politische Ankündigung ernst nehmen. Der Gesetzgeber kann nach dem Ablauf der verfassungsrechtlich vorgeschriebenen 5-Jahres-Vorinformationsfrist jederzeit von der Bedarfsplanung abrücken und hat es auch tatsächlich vor.

Spätestens in zwei Jahren beginnt daher ein noch stärkerer Abwärtstrend bei der Verwertung von Einzelpraxen. Gleichzeitig können sich jetzt auch Panikreaktionen sofort auf den Verkaufspreis auswirken.

Wer jetzt nicht gemeinsam ein Kooperationsmodell aufbaut oder in eine Kooperation eintritt, gefährdet aller Wahrscheinlichkeit nach das bisher konzipierte Lebenswerk.

### **Ausscheidensregelungen von Gemeinschaftspraxen müssen überarbeitet werden**

Viele Gemeinschaftspraxisverträge sehen vor, dass die verbleibenden Gesellschafter zu einer vereinbarten Formel den ideellen Wert (Wert der Zulassung) und den materiellen Wert übernehmen. Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 ist ab jetzt äußerst kritisch dem Abgeber ein Preis zu zahlen, der künftig von den verbleibenden Gesellschaftern nicht mehr erwirtschaftbar ist.

Somit müssten theoretisch alle Gemeinschaftspraxisverträge wegen **Wegfall der Geschäftsgrundlage** (Dauerhaftigkeit der Bedarfsplanung) gekündigt werden. Wer den Fehler macht, länger zu warten – ohne mit seinen Partnern zu reden – und den Vertrag neu zu ordnen, muss sich sofort entgegen halten lassen, dass er trotz der neuen Rechtslage die Übernahmeverpflichtung mit dem festgelegten Preis als sinnvoll anerkannt habe.

Damit würde einem schweigend unterstellt, dass in jedem Fall der vertraglich vereinbarte Übernahmepreis zu zahlen sei.

### **Überblick über die Transformationsphase**

Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 beginnt ab jetzt eine 5-jährige Transformationsperiode bisheriger niedergelassener Tätigkeit als Freiberufler.

Es ist der Übergang vom bisherigen sektoral abgeschotteten, kollektivvertraglich gestalteten Sachleistungsprinzip zum wettbewerbsorientierten, öffentlich ausgeschriebenen Versorgungskonzept auf der Basis individueller Verträge zwischen Krankenkassen und niedergelassenen, freiwillig organisierten Arztgruppierungen, regional, landesweit oder bundesweit.

Wer innerhalb der um den Auftrag konkurrierenden Arztgruppierungen die entsprechenden Qualitätsstandards, Servicestrukturen, Anforderungskriterien und ggf. Mindestmengen für bestimmte Krankheitsbilder nicht erfüllt, fällt automatisch als Teilnehmer der zukünftigen kassenärztlichen Versorgung aus.

### **Kartellrecht verhindert Wettbewerb ausschließende regionale Netzwerkschlüsse!**

Das Ende der Bedarfsplanung heißt auch, dass Krankenkassen einzeln oder im Verbund bis zu einer Grenze von ca. 35 % Marktanteil in einem größeren Versorgungsbereich wie Rhein-Main/Rhein-Neckar / Hamburg / München / Berlin die Versorgung der Patienten nach Indikationen oder nach Fachgebieten ausschreiben.

Ärztegruppen – selbst ortsübergreifend als Gemeinschaftspraxen unternehmerisch zusammengeschlossen – und darüber hinaus als Bewerbungsgemeinschaften nach bestimmten Kriterien verbunden, geben ihre Angebote ab. Dieser öffentliche Ausschreibungsvorgang nach EU-Recht beschreibt Qualität und Anforderungsprofil.

### **Ausschreibung bedeutet sowohl Qualitäts- als auch Preiswertbewerb**

Die Arztgruppierung oder der Verbund von Arztgruppierungen gibt bei der Ausschreibungskommission sein Angebot ab. Der günstigste Preis mit dem Versprechen, die ausgeschriebene Qualität- und Servicestruktur zu erfüllen, erhält den Zuschlag.

### **Ende des bisherigen KV-Schutzkonzeptes**

Die niedergelassene Ärzteschaft mit ihrer kontinuierlich steigenden Anzahl von Ärzten (40% in den letzten 10 Jahren) sieht den Grund für ihre selbst eingeschätzte schlechte wirtschaftliche Situation in dem Vorhandensein der KVen.

Bei genauer Betrachtung wird man feststellen müssen, dass es nie eine bessere und für Arztpraxen stabilere Form freiberuflicher Versorgungsstrukturen gegeben hat. Berufspolitisch war das bisherige freiberufliche – auf Einzelpraxen und Kollektivvertrag beruhende System - für niedergelassene Ärzte und auch getrennt für den Krankenhausbereich, ein praktisch nie als wertvoll eingeschätzter paradiesischer Zustand.

KVen schlossen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweite Vereinbarungen ab und man konnte eine genau definierte Geldsumme über die Länder-KVen den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stellen.

In welche Krankheitsbilder die Mittel fließen und die Frage, ob die Versorgung von Halbgesunden wirklich notwendig ist, sowie welche Qualitätskriterien zu stellen seien, wurde nie direkt von den Krankenkassen als Vertragspartner vorgegeben und kontrolliert.

Die Bedarfsplanung ließ es zu, dass in überversorgten Gebieten – die objektiv überflüssigen Zulassungen – dennoch weiter verkauft werden konnten.

Schwere Krankheitsbilder = ca. 20 % der Patienten des niedergelassenen Sektors, Akutpatienten = 30 % der Behandlungen und die Dauerbetreuung von zuwendungsintensiven Gesundheitsstörungen = 50 % der zu behandelnden Nachfrager, wurden über den EBM unterschiedslos über Verdachtsdiagnosen konfliktfrei abgerechnet. Ziel der die Ärzteinteressen vertretenden KV war ohne Wettbewerb allen niedergelassenen Ärzten eine Existenzsicherung zu geben. Dieses System geht mit Erlass des Wettbewerbsförderungsgesetzes zum 1.7.2011 zu Ende.

### **Realistisch: 1/3 der unterdurchschnittlichen Praxen geben auf / wechseln ins Angestellten-Verhältnis**

Gesetzgeber und Gesundheitsministerium haben gegenüber den Berufsverbänden unmissverständlich klar gemacht, dass es für den niedergelassenen Bereich keine weiteren Mittel gibt. Im Gegenteil, die Politik sieht im Europavergleich in Deutschland eine sektorale Überversorgung von ca. 40 %. Gleichzeitig sieht sie im Bereich durch Kostenlosigkeit der Leistung/Sachleistungsprinzip eine Übernachfrage von 40 % bei nicht indizierten Gesundheitsstörungen.

Diese werden durch die Erhöhung der Praxisgebühren neuartig definierten Komplexgebühren leise aus der Alltagsnachfrage der Praxen herausgedrängt.

Mengenbegrenzung heißt konkret 30 bis 40 % der ärztlichen Tätigkeit im Bereich pastoral mitbetreuter Gesundheitsleistungen für nicht eigenverantwortlich handelnde Bundesbürger werden in Zukunft indirekt nicht mehr bezahlt. Die Eintrittsebene in die Arztpraxis wird auf € 15,00 bis € 30,00 erhöht, und damit indirekt die weitere Nachfrage um 15 bis 25 % gesenkt.

Politisch wird dabei argumentiert werden, dass die sozial schwachen Personengruppen und die tatsächlich existentiell kranken Menschen eine Befreiung von der Praxisgebühr erhalten.

Genauso einschneidend ist der politische Tatbestand, dass die bisherige KV-Verteilungsaufgabe die Krankenkassen alleine oder in Verbänden unmittelbar übernehmen und die Versorgungsangebote im existentiell kranken Bereich fachgruppenspezifisch oder indikationsorientiert/interdisziplinär im Wettbewerb ausschreiben.

Die Dauer der Versorgungsverträge wird zwischen zwei und fünf Jahren liegen und insoweit eine ausreichende Kalkulationssicherheit bieten.

Damit entsteht innerhalb der Krankenkassen gegenüber den Versicherten ein Wettbewerb, welche Krankenkassen mit welchen Arztgruppen am besten bestimmte Krankheitsbilder versorgen kann.

Es entsteht ein radikaler Paradigmenwechsel unter betriebswirtschaftlichen Aspekten. Stand bisher unbewusst die Versorgung von Menschen mit geringem Risiko für einen Medikamentenregress im Mittelpunkt der Einzelpraxis, so entsteht jetzt ein Wettbewerb um die jeweils größte Menge gleichartiger Krankheitsbilder, die auf der Basis des Risikostrukturausgleichs neu definiert werden. Dieser Krankheitswettbewerb umfasst 50 und 70 Krankheitsbilder.

### **Im Mittelpunkt: Krankheits-Schwerpunktbereiche**

Statt breiter KV-Versorgung für 20 % existentiell Kranker und für eine Mehrzahl Halbgesunder entsteht ein Wettbewerb um die in Zukunft bis doppelt so hoch bezahlten indikationsorientierten - in der Gruppe ausgeschriebenen - Krankheitsbilder.

### **Marktführer in Krankheitsbildern statt Behandlungsspezialist für Halbgesunde**

Der berufspolitische Offenbarungseid liegt darin, dass die etablierten Führer der Ärzteschaft in Kammer, KV, Berufsverband, freien Verbänden ihre Mitgliedsärzte seit ca. 10 Jahren nicht auf dieses veränderte, gesundheitspolitische Szenario vorbereitet haben. Die lange gesellschaftspolitische Vorbereitungszeit durch hervorragende Ausarbeitungen in Sachverständigengutachten, Bundestagsanhörungen, von Krankenkassen und Politik in Auftrag gegebenen Forschungsstudien wurde nicht berücksichtigt.

Der verständliche Wunsch das Alte zu erhalten, führte zum Ausfiltern der Konflikte.

### **Was bedeutet dies für den niedergelassenen Arzt?**

Die Gesellschaft und die sich neu zu bildenden ortsübergreifenden Gemeinschaften müssen sich nun auf den harten Kern von Krankheitsbildern im Bereich Diabetes, Asthma, Rheuma, Onkologie, Arthrose, Herz-Kreislauf, Schlaganfall konzentrieren. Hinzu kommen 30 % Abklärungsdiagnostik und Behandlung von akutmedizinischen Konflikten.

Auf der Strecke bleiben die Krankheitsbilder, die oft als „Gesundheitsstörungen“ bezeichnet werden. Dies bedeutet, es sind Krankheitsbilder mit seelisch-geistigen Ursachen bedingt durch Wertewandel, Zerstörung von Ehe- und Familienstrukturen, steigender Angst um den Arbeitsplatz, sonstige emotionale/soziale Stressstrukturen.

Dieser Bereich wird wiederum stärker dem Segment Eigenverantwortung, Bildung, Religion zugeordnet. Hier hat historisch die Ärzteschaft – freiwillig und auch mit ökonomischen Nutzen – eine Pufferfunktion übernommen, die jetzt im Rahmen einer gesellschaftlichen Güteabwägung/Triage leise umgepolt wird. Dies wird auch an dem vom Gesundheitsministerium zitierten Mengen an Arztkontakten deutlich.

Nach Einführung der Praxisgebühr hat der deutsche Patient im Durchschnitt 10,4 Arztkontakte pro Jahr. Im Vergleich dazu hat in England ein Patient 5 Arztkontakte bei hälftiger Ärztemenge und sogar längerer Lebenserwartung. Im Europavergleich arbeiten in Deutschland 30 bis 50 % zu viel Ärzte. Der Vorteil ist eine deutlich geringere Wartezeit und eine wesentlich komfortablere Versorgung. Nun sehen sich die gesellschaftlich Verantwortlichen nicht mehr in der Lage, diesen Prozess weiter aufrecht zu erhalten.

### **Erschließung von Rationalisierungsreserven**

Übernehmen nun professionell gemanagte regionale Arztgruppen – von der eigenen unternehmerischen Rationalisierung profitierend - die Versorgung, kommt die Bundesrepublik mit 30 bis 50 % weniger Ärzten mit einer höheren Qualität aus. Diese These wird naturgemäß mit Worthülsen und Weltuntergangsprognosen von den berufsständischen Organisationen bekämpft.

### **Nicht dem Wortnebel glauben – handeln!**

Strategisch wird es um Folgendes gehen.

1. Zunächst sollten sich übersichtliche fachgleiche Arztgruppen bilden, die in einer geografisch verbundenen Ebene das Ziel haben, maximal 25 bis 30 % Marktanteil zu haben. Aufbauen sollte man allerdings auf kleine Gruppen von 5 bis 7 zusammenarbeitenden Praxen, weil nur dann Effizienz, Verlässlichkeit und organisatorische Steuerbarkeit – ggf. auch durch externe Managementgesellschaften - entsteht.
2. Je mehr man sich in der Werbung und der Qualität so schnell wie möglich auf richtige existentielle Krankheitsbilder konzentriert, desto rentabler wird man. Statt mit 10 Zulassungen 10.000 Patienten breit zu behandeln, sollte sich nun ein Arzt innerhalb der Gruppe um alle dort befindlichen 600-800 Diabetespatienten, ein anderer um 300 onkologische Patienten, und wiederum ein anderer Arzt um 400 Asthmapatienten kümmern. Statt Mitarbeiterinnen mit breitem Spektrum können nun hoch qualifizierte Krankenschwestern zusammen mit den jeweiligen Ärzten Expertenteams bilden, die an Drittstandorten oder mobil sich umfassend und professionell wohnortnah um die Schwerpunkt-Krankheitsbilder kümmern.

Die Ärzte müssen sich dabei klar machen, dass 300 existentiell Kranke den ökonomischen Gegenwert von 600 Halbgesunden haben.

Damit entsteht eine Rückbesinnung auf die ursprünglich echte, notwendige kurative Medizin und gleichzeitig eine Verstärkung durch entsprechend spezialisierte Mitarbeiterinnen.

Die heimliche Vergütungsbotschaft aus dem neu geordneten Risikostrukturausgleich ist, wieder richtig Arzt sein für optimale Krankenversorgung.

### **Extreme – unbewusste mentale Widerstände**

Die Konflikte liegen nicht in der objektiven Fähigkeit der betroffenen Ärzte das entsprechende medizinische Wissen neu aufzubauen.

Die Konflikte liegen aller Wahrscheinlichkeit darin, dass es zu einem Zusammenstoß zwischen vergangenheitsorientierten Trägheitselementen, emotionalen Sicherheitskomponenten und neuartiger, gesellschaftlicher Herausforderung kommt.

Die Erfahrung zeigt, dass Menschen jeglichen Berufes nach einer gewissen Zeit eine standardisierte Routine in Halbtrance entwickeln. Um dem Menschen in seiner Routine Sicherheit zu geben, filtern Neuroschaltkreise neue Entwicklungen aus und bestätigen den Menschen in seiner Einschätzung. Dies bringt Ruhe und Verlässlichkeit in den Alltag.

Hinzu kommt eine so starke Informationsdichte zu wissenschaftlichen, organisatorischen und politischen Umbrüchen, die wiederum zu einer geistigen Wahrnehmungssperre führen.

Wird dies noch durch berufspolitische Botschaften verstärkt, entsteht ein Abkoppeln von der jeweiligen wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen oder berufspolitischen Situation. Dies ist die Situation, mit der jetzt der niedergelassene Sektor und der Krankenhaussektor konfrontiert werden.

### **Wieder richtig kurativer Arzt sein – vielleicht doch eine Verbesserung ?**

Wieder richtiger Arzt für eine optimale Krankenversorgung zu sein, ist die Botschaft der Neuordnung des Einnahme- und Ausgabesektors der gesetzlichen Krankenversicherung. Je mehr Facharztgruppen erkennen, dass es jetzt gilt, fachgleich/horizontal sich zu spezialisieren, desto mehr Geld, Berufssicherheit und Erfolg hat eine Facharztgruppe. Dies insbesondere auch, weil es zu einer umfassenden personellen Verschmelzung wechselseitig mit dem Krankenhaussektor kommen kann. Damit kann sich die bisher nur dem Krankenhaussektor zugeschriebene Fachkompetenz auch umfassend im niedergelassenen Bereich – auch in der gleichen Person – niederschlagen.

Der Krankenhausarzt mit Nebentätigkeitsgenehmigung im niedergelassenen Bereich kann wohnortnah sein Kompetenz in die Diagnostik einbringen und den Patienten auch im Krankenhaus begleiten und die Wiedereingliederung in den ambulanten Sektor überwachen.

Damit kommt es auch zu einem erweiterten Know-How-Transfer zwischen Krankenhaus, Forschung und niedergelassenem Sektor.

All das könnte auch als gesellschaftlicher Fortschritt betrachtet werden.

### **Spezialisierte Betreuungsverträge mit der GKV ersetzen Bedarfsplanung**

In Zukunft können somit Arztgruppen unternehmerisch organisiert Drittstandorte wie Krankenhäuser, Einkaufszentren oder andere gut gelegene Praxisstandorte 7 x 24 Stunden gemeinsam nutzen und dort Schwerpunkt- und Notfallpatienten wohnortnah versorgen.

Die betriebswirtschaftliche Auslastung durch Call-Center, Geräte, Raum- und Personalnutzung steigt überproportional.

Damit ergeben sich Einspar-/ Rationalisierungspotentiale von 15 bis 25 % der Kosten für Miete, Geräte, Auslastung, Reparatur, Personaleinsatz, Einkauf, etc. Dies sind bei € 200.000, -- Umsatz in der Einzelpraxis rund 20 % Ersparnis oder € 40.000,-- pro Jahr. Bei 10 Zulassungen ergeben sich somit zur Bezahlung externer Managementfunktionen und zur Verbesserung der Infrastruktur freiwerdende Gelder von € 400.000, --.

Gleichzeitig ergeben sich durch gemeinsame Verwaltung/Management Zeiterparnisse von 20 %. Dies sind wiederum bei € 200.000, -- Jahresumsatz pro Zulassung, € 40.000, -- mehr Zeit pro Zulassung, nicht budgetiert Schwerkranke zu versorgen oder im Bereich Selbstzahlender Medizin Innovation und sinnvolle Früherkennung anzubieten.

Gleichzeitig wird es zu einer dramatischen Steigerung des Abschlusses von privaten Zusatzversicherungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung geben, die diese frei werdende Zeitreserven auch ökonomisch vergüten.

Des weiteren werden sich weitere Zusatzeinnahmen ergeben, weil viele Arztgruppen auch mit ihrer effektiven Art und ihren Teams im Bereich der operativen und invasiven Versorgung an Stelle von Krankenhausangestellten tätig sein werden.

Es kommt somit unter Berücksichtigung der Überkapazitäten am Krankenhaus auch zu Geldeinnahmen des niedergelassenen Sektors, die aus nachhaltigen Rationalisierungsreserven am Krankenhaus entstehen.

Insoweit wirkt der Sieg des Marburger Bundes bei den Tarifverhandlungen möglicherweise als Initialzündung zu einem noch schnelleren und radikaleren Umbau des Krankenhauses mit der Aufgabe von ca. 30 % Krankenhäuser und der Verlagerung von Krankenhausaufgaben in einen gemeinsamen dritten, ambulanten stationären Versorgungssektor.

Damit entsteht eine ökonomische Erschließungsreserve von Geld in einem Zeitraum von fünf Jahren, der ca. € 100.000,-- umfasst. Ein Effekt, der vehement bestritten werden wird, dem aber eine zentrale ökonomische Rolle zukommen wird.

### **Rationalisierungs- und Optimierungsdiskussion beginnt erst jetzt**

So kommt es zum Ergebnis, dass mit ca. 2/3 der niedergelassenen Ärzte 40 % Ersparnis erzielt werden kann, ohne dass es zu Versorgungsengpässen bei existentiellen Krankheiten kommt.

Hinzu kommen Einnahmen aus der Erzielung durch weiterverkaufte Arbeitskraft ans Krankenhaus; ferner Erträge aus modifizierter privatmedizinischer Zuwendung, sinnvoller Früherkennung, aktiver salutogenetischer individueller Ressourcenoptimierung und naturgemäß auch aus Einnahmen durch private Zusatzversicherungen im Bereich Innovation/ Naturheilverfahren.

Konkret heißt dies, diejenigen Ärzte, die sich spezialisierend zusammenschließen werden effektiver arbeiten und mehr verdienen als die jetzige Gruppe breit aufgestellter, viele Ressourcen verbrauchende Einzelpraxen auf der Basis des Kollektivvertrages.

Der ideelle Wert eines Partneranteils innerhalb einer Arztgruppierung wird in Zukunft nach dem Ertragswertverfahren berechnet. Eine Arztpraxis wird dann nur als Anteil in einer Gruppe zu bewerten sein, wenn diese Funktion qualifiziert, ohne jede große Veränderung in der Einnahmen- und Ablaufstruktur weiter besetzbar ist.

Damit kommt es zum Übergang von einer höchstpersönlichen medizinischen Leistung zu mehr standardisierten, effektiven auf hohem Niveau ablaufenden Versorgungsbegriffen analog dem Krankenhaus. Entscheidend sind für die Bewertung und Beurteilung dauerhafter gesellschaftlicher Nutzen und Funktion.

D.h. ein Drittel bis 50 % aller Praxen verlieren ihren bisherigen Praxiswert innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre. Weitere 50 % der Praxen verdoppeln bis verdreifachen ihren bisherigen ideellen Wert, weil sie dauerhaft nachgefragte auf Wettbewerb orientierte Marktmodelle anbieten mit stabilen Einnahmen aus qualitätsgesicherten Vertragsbeziehungen mit Krankenkassen oder aber auch mit wesentlich auf privat- und zusatzversicherten Patienten.

Die Zeit wird den Sieger in diesem verdeckten Krieg um Besitzstände prämiieren.

Die Richtigkeit der dargestellten Prognose ist eine Frage des Zeitpunktes der gesellschaftlichen Trendwende. Sie wird irgendwo zwischen 2007 und 2011 liegen.

Die Trendwende ist schmerzhaft und erfolgreich zugleich. Sie ist eine Frage der Betroffenheit und eine Frage inwieweit die betroffenen Berufskreise diese Veränderung als Chance begreifen.

H.-J. Schade  
Rechtsanwalt  
Broglie, Schade & Partner GBR  
Rechtsanwälte  
Wiesbaden - Berlin - München  
[www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)

## **Ende der Bedarfsplanung zum 1.7.2011 Radikale, wettbewerbsorientierte Neuordnung der ambulant-stationären Versorgungslandschaft**

Das Wettbewerbstärkungsgesetz wird spätestens zum 1.4.2007 in Kraft treten.

Die öffentlich diskutierte Frage der Finanzierung verstellt den Blick auf grundlegende Neustrukturierungen des Gesundheitswesens.

Die wichtigsten Aspekte sind:

1. Ende der ärztlichen Bedarfsplanung zum 1.7.2011
2. Möglichkeit für eine oder mehrere sich zusammenschließende Kassen mit einzelnen Arztgruppen exklusive Versorgungsverträge für alle ihre Mitglieder zu schließen
3. Nur noch unattraktiv vergütete Basisversorgung wird über KV abgewickelt.

### **5-jährige schmerzhafteste Anpassungszeit!**

Unangenehme Wahrheiten brauchen Zeit bis sie innerlich verarbeitet sind und eine Neuorientierung zulassen. Die bisher kaum thematisierte Absicht des Gesetzgebers die bisherige Funktion der KV´en zum 1.7.2011 zu beenden, ist ein radikaler Bruch für die tradierte ärztliche, freiberufliche Berufsgestaltung.

### **Unauffällige, indirekte Ankündigung des Systemwechsels**

§ 87 Abs. 7 SGB V nach dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz:

"(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz.2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Abs. 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, **ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.**"

### **Doch nur unverbindlich?**

Zunächst wird der Arzt als Leser dieses Paragraphen eher eine unverbindliche Überlegung des Gesetzgebers vermuten, D.h. er geht davon aus, es sei noch nichts endgültig beschlossen.

Dennoch hat diese Ankündigung verfassungsrechtliche Bedeutung.

Jeder Eingriff – auch in einen sozialrechtlichen Zulassungsstatus – braucht nach der Rechtsprechung eine 5-jährige Frist, damit sich die Betroffenen auf eine neue unternehmerische Situation vorbereiten können. Ansonsten könnten Sie auf einen enteignungsgleichen Eingriff in Eigentumsrechte klagen.

### Ende der Bedarfsplanung 01.07.2011

### Vor- und Nachteil der Fortführung einer Einzelpraxis im Vergleich mit fachgleicher, überörtlicher Gemeinschaftspraxis

Vorteile Einzelpraxis:	Nachteile Einzelpraxis:
Eigenständigkeit, Unabhängigkeit bis zum Schluss	Ab 2009 keine Verkaufsfähigkeit = Verlust des ideellen Wertes +/- € 100.000,--
Keiner schaut in die Buchhaltung, alles wird selbst gemacht: <ul style="list-style-type: none"><li>- Abrechnung,</li><li>- Marketing,</li><li>- Einkauf</li></ul>	Keine Kostensenkung durch gemeinsames Management = 15% Umsatzverlust p.a.
Aufrechterhaltung des Kassenarzt-Systems	In Zukunft erhöhte Praxisgebühr bis € 25,--, Wegfall von weiteren 20% Patienten = € 40.000,-- p. a.
Individueller Widerstand gegen direkte Sonderverträge, ausgeschrieben durch die Krankenkassen	Verlust von ca. 100 in Zukunft gut bezahlter Patienten, die in Sonderprogrammen gemeinsam mit Kollegen besser bezahlt werden = € 20.000,-- p.a.

### Bankkredit für eine Zukunft basierend auf Wettbewerb?

Wer im vertragsärztlichen Bereich investiert, muss wissen, bis wann er seine Investitionen abgeschrieben haben muss. Wer einen Praxiskredit aufnimmt, muss somit kalkulieren, dass er ihn spätestens nach 5 Jahren zurückzahlen kann. Spätestens dann kann auch die angekündigte Neustrukturierung wirken. Mit dieser Ankündigung formuliert der Sozialrechtsgeber, dass ab jetzt kein Arzt mehr im Glauben auf die Dauerhaftigkeit einer Zulassung eine wirtschaftliche Existenz planen kann, bzw. er ab jetzt unternehmerisch alles daran setzen muss, dass innerhalb von 5 Jahren getätigte Investitionen abgeschrieben sind.

Banken werden daher kaum noch bereit sein, eine „klassische“ Einzelpraxis zu finanzieren. Sie werden einen Businessplan verlangen, der vorsieht, dass der finanzierende Arzt durch eine Kooperation in der Lage ist, dauerhaft direkter Vertragspartner von Krankenkassen zu sein. Auch alle, die noch längerfristige Verträge aus der Vergangenheit haben, werden von der Bank aufgefordert, Details vorzulegen, wie sie innerhalb von 5 Jahren die Kredite zurückzahlen können.

### Auswirkungen für Praxisabgeber

Jeder Praxisabgeber muss diese verklausulierte politische Ankündigung ernst nehmen. Der Gesetzgeber kann nach dem Ablauf der verfassungsrechtlich vorgeschriebenen 5-Jahres-Vorinformationsfrist jederzeit von der Bedarfsplanung abrücken und hat es auch tatsächlich vor.

Spätestens in zwei Jahren beginnt daher ein noch stärkerer Abwärtstrend bei der Verwertung von Einzelpraxen. Gleichzeitig können sich jetzt auch Panikreaktionen sofort auf den Verkaufspreis auswirken.

Wer jetzt nicht gemeinsam ein Kooperationsmodell aufbaut oder in eine Kooperation eintritt, gefährdet aller Wahrscheinlichkeit nach das bisher konzipierte Lebenswerk.

### **Ausscheidensregelungen von Gemeinschaftspraxen müssen überarbeitet werden**

Viele Gemeinschaftspraxisverträge sehen vor, dass die verbleibenden Gesellschafter zu einer vereinbarten Formel den ideellen Wert (Wert der Zulassung) und den materiellen Wert übernehmen. Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 ist ab jetzt äußerst kritisch dem Abgeber ein Preis zu zahlen, der künftig von den verbleibenden Gesellschaftern nicht mehr erwirtschaftbar ist.

Somit müssten theoretisch alle Gemeinschaftspraxisverträge wegen **Wegfall der Geschäftsgrundlage** (Dauerhaftigkeit der Bedarfsplanung) gekündigt werden. Wer den Fehler macht, länger zu warten – ohne mit seinen Partnern zu reden – und den Vertrag neu zu ordnen, muss sich sofort entgegen halten lassen, dass er trotz der neuen Rechtslage die Übernahmeverpflichtung mit dem festgelegten Preis als sinnvoll anerkannt habe.

Damit würde einem schweigend unterstellt, dass in jedem Fall der vertraglich vereinbarte Übernahmepreis zu zahlen sei.

### **Überblick über die Transformationsphase**

Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 beginnt ab jetzt eine 5-jährige Transformationsperiode bisheriger niedergelassener Tätigkeit als Freiberufler.

Es ist der Übergang vom bisherigen sektoral abgeschotteten, kollektivvertraglich gestalteten Sachleistungsprinzip zum wettbewerbsorientierten, öffentlich ausgeschriebenen Versorgungskonzept auf der Basis individueller Verträge zwischen Krankenkassen und niedergelassenen, freiwillig organisierten Arztgruppierungen, regional, landesweit oder bundesweit.

Wer innerhalb der um den Auftrag konkurrierenden Arztgruppierungen die entsprechenden Qualitätsstandards, Servicestrukturen, Anforderungskriterien und ggf. Mindestmengen für bestimmte Krankheitsbilder nicht erfüllt, fällt automatisch als Teilnehmer der zukünftigen kassenärztlichen Versorgung aus.

### **Kartellrecht verhindert Wettbewerb ausschließende regionale Netzwerkschlüsse!**

Das Ende der Bedarfsplanung heißt auch, dass Krankenkassen einzeln oder im Verbund bis zu einer Grenze von ca. 35 % Marktanteil in einem größeren Versorgungsbereich wie Rhein-Main/Rhein-Neckar / Hamburg / München / Berlin die Versorgung der Patienten nach Indikationen oder nach Fachgebieten ausschreiben.

Ärztegruppen – selbst ortsübergreifend als Gemeinschaftspraxen unternehmerisch zusammengeschlossen – und darüber hinaus als Bewerbungsgemeinschaften nach bestimmten Kriterien verbunden, geben ihre Angebote ab. Dieser öffentliche Ausschreibungsvorgang nach EU-Recht beschreibt Qualität und Anforderungsprofil.

### **Ausschreibung bedeutet sowohl Qualitäts- als auch Preiswertbewerb**

Die Arztgruppierung oder der Verbund von Arztgruppierungen gibt bei der Ausschreibungskommission sein Angebot ab. Der günstigste Preis mit dem Versprechen, die ausgeschriebene Qualität- und Servicestruktur zu erfüllen, erhält den Zuschlag.

### **Ende des bisherigen KV-Schutzkonzeptes**

Die niedergelassene Ärzteschaft mit ihrer kontinuierlich steigenden Anzahl von Ärzten (40% in den letzten 10 Jahren) sieht den Grund für ihre selbst eingeschätzte schlechte wirtschaftliche Situation in dem Vorhandensein der KVen.

Bei genauer Betrachtung wird man feststellen müssen, dass es nie eine bessere und für Arztpraxen stabilere Form freiberuflicher Versorgungsstrukturen gegeben hat. Berufspolitisch war das bisherige freiberufliche – auf Einzelpraxen und Kollektivvertrag beruhende System - für niedergelassene Ärzte und auch getrennt für den Krankenhausbereich, ein praktisch nie als wertvoll eingeschätzter paradiesischer Zustand.

KVen schlossen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweite Vereinbarungen ab und man konnte eine genau definierte Geldsumme über die Länder-KVen den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stellen.

In welche Krankheitsbilder die Mittel flossen und die Frage, ob die Versorgung von Halbgesunden wirklich notwendig ist, sowie welche Qualitätskriterien zu stellen seien, wurde nie direkt von den Krankenkassen als Vertragspartner vorgegeben und kontrolliert.

Die Bedarfsplanung ließ es zu, dass in überversorgten Gebieten – die objektiv überflüssigen Zulassungen – dennoch weiter verkauft werden konnten.

Schwere Krankheitsbilder = ca. 20 % der Patienten des niedergelassenen Sektors, Akutpatienten = 30 % der Behandlungen und die Dauerbetreuung von zuwendungsintensiven Gesundheitsstörungen = 50 % der zu behandelnden Nachfrager, wurden über den EBM unterschiedslos über Verdachtsdiagnosen konfliktfrei abgerechnet. Ziel der die Ärzteinteressen vertretenden KV war ohne Wettbewerb allen niedergelassenen Ärzten eine Existenzsicherung zu geben. Dieses System geht mit Erlass des Wettbewerbsförderungsgesetzes zum 1.7.2011 zu Ende.

### **Realistisch: 1/3 der unterdurchschnittlichen Praxen geben auf / wechseln ins Angestellten-Verhältnis**

Gesetzgeber und Gesundheitsministerium haben gegenüber den Berufsverbänden unmissverständlich klar gemacht, dass es für den niedergelassenen Bereich keine weiteren Mittel gibt. Im Gegenteil, die Politik sieht im Europavergleich in Deutschland eine sektorale Überversorgung von ca. 40 %. Gleichzeitig sieht sie im Bereich durch Kostenlosigkeit der Leistung/Sachleistungsprinzip eine Übernachfrage von 40 % bei nicht indizierten Gesundheitsstörungen.

Diese werden durch die Erhöhung der Praxisgebühren neuartig definierten Komplexgebühren leise aus der Alltagsnachfrage der Praxen herausgedrängt.

Mengenbegrenzung heißt konkret 30 bis 40 % der ärztlichen Tätigkeit im Bereich pastoral mitbetreuter Gesundheitsleistungen für nicht eigenverantwortlich handelnde Bundesbürger werden in Zukunft indirekt nicht mehr bezahlt. Die Eintrittsebene in die Arztpraxis wird auf € 15,00 bis € 30,00 erhöht, und damit indirekt die weitere Nachfrage um 15 bis 25 % gesenkt.

Politisch wird dabei argumentiert werden, dass die sozial schwachen Personengruppen und die tatsächlich existentiell kranken Menschen eine Befreiung von der Praxisgebühr erhalten.

Genauso einschneidend ist der politische Tatbestand, dass die bisherige KV-Verteilungsaufgabe die Krankenkassen alleine oder in Verbänden unmittelbar übernehmen und die Versorgungsangebote im existentiell kranken Bereich fachgruppenspezifisch oder indikationsorientiert/interdisziplinär im Wettbewerb ausschreiben.

Die Dauer der Versorgungsverträge wird zwischen zwei und fünf Jahren liegen und insoweit eine ausreichende Kalkulationssicherheit bieten.

Damit entsteht innerhalb der Krankenkassen gegenüber den Versicherten ein Wettbewerb, welche Krankenkassen mit welchen Arztgruppen am besten bestimmte Krankheitsbilder versorgen kann.

Es entsteht ein radikaler Paradigmenwechsel unter betriebswirtschaftlichen Aspekten. Stand bisher unbewusst die Versorgung von Menschen mit geringem Risiko für einen Medikamentenregress im Mittelpunkt der Einzelpraxis, so entsteht jetzt ein Wettbewerb um die jeweils größte Menge gleichartiger Krankheitsbilder, die auf der Basis des Risikostrukturausgleichs neu definiert werden. Dieser Krankheitswettbewerb umfasst 50 und 70 Krankheitsbilder.

### **Im Mittelpunkt: Krankheits-Schwerpunktbereiche**

Statt breiter KV-Versorgung für 20 % existentiell Kranker und für eine Mehrzahl Halbgesunder entsteht ein Wettbewerb um die in Zukunft bis doppelt so hoch bezahlten indikationsorientierten - in der Gruppe ausgeschriebenen - Krankheitsbilder.

### **Marktführer in Krankheitsbildern statt Behandlungsspezialist für Halbgesunde**

Der berufspolitische Offenbarungseid liegt darin, dass die etablierten Führer der Ärzteschaft in Kammer, KV, Berufsverband, freien Verbänden ihre Mitgliedsärzte seit ca. 10 Jahren nicht auf dieses veränderte, gesundheitspolitische Szenario vorbereitet haben. Die lange gesellschaftspolitische Vorbereitungszeit durch hervorragende Ausarbeitungen in Sachverständigengutachten, Bundestagsanhörungen, von Krankenkassen und Politik in Auftrag gegebenen Forschungsstudien wurde nicht berücksichtigt.

Der verständliche Wunsch das Alte zu erhalten, führte zum Ausfiltern der Konflikte.

### **Was bedeutet dies für den niedergelassenen Arzt?**

Die Gesellschaft und die sich neu zu bildenden ortsübergreifenden Gemeinschaften müssen sich nun auf den harten Kern von Krankheitsbildern im Bereich Diabetes, Asthma, Rheuma, Onkologie, Arthrose, Herz-Kreislauf, Schlaganfall konzentrieren. Hinzu kommen 30 % Abklärungsdiagnostik und Behandlung von akutmedizinischen Konflikten.

Auf der Strecke bleiben die Krankheitsbilder, die oft als „Gesundheitsstörungen“ bezeichnet werden. Dies bedeutet, es sind Krankheitsbilder mit seelisch-geistigen Ursachen bedingt durch Wertewandel, Zerstörung von Ehe- und Familienstrukturen, steigender Angst um den Arbeitsplatz, sonstige emotionale/soziale Stressstrukturen.

Dieser Bereich wird wiederum stärker dem Segment Eigenverantwortung, Bildung, Religion zugeordnet. Hier hat historisch die Ärzteschaft – freiwillig und auch mit ökonomischen Nutzen – eine Pufferfunktion übernommen, die jetzt im Rahmen einer gesellschaftlichen Güteabwägung/Triage leise umgepolt wird. Dies wird auch an dem vom Gesundheitsministerium zitierten Mengen an Arztkontakten deutlich.

Nach Einführung der Praxisgebühr hat der deutsche Patient im Durchschnitt 10,4 Arztkontakte pro Jahr. Im Vergleich dazu hat in England ein Patient 5 Arztkontakte bei hälftiger Ärztemenge und sogar längerer Lebenserwartung. Im Europavergleich arbeiten in Deutschland 30 bis 50 % zu viel Ärzte. Der Vorteil ist eine deutlich geringere Wartezeit und eine wesentlich komfortablere Versorgung. Nun sehen sich die gesellschaftlich Verantwortlichen nicht mehr in der Lage, diesen Prozess weiter aufrecht zu erhalten.

### **Erschließung von Rationalisierungsreserven**

Übernehmen nun professionell gemanagte regionale Arztgruppen – von der eigenen unternehmerischen Rationalisierung profitierend - die Versorgung, kommt die Bundesrepublik mit 30 bis 50 % weniger Ärzten mit einer höheren Qualität aus. Diese These wird naturgemäß mit Worthülsen und Weltuntergangsprognosen von den berufsständischen Organisationen bekämpft.

### **Nicht dem Wortnebel glauben – handeln!**

Strategisch wird es um Folgendes gehen.

1. Zunächst sollten sich übersichtliche fachgleiche Arztgruppen bilden, die in einer geografisch verbundenen Ebene das Ziel haben, maximal 25 bis 30 % Marktanteil zu haben. Aufbauen sollte man allerdings auf kleine Gruppen von 5 bis 7 zusammenarbeitenden Praxen, weil nur dann Effizienz, Verlässlichkeit und organisatorische Steuerbarkeit – ggf. auch durch externe Managementgesellschaften - entsteht.
2. Je mehr man sich in der Werbung und der Qualität so schnell wie möglich auf richtige existentielle Krankheitsbilder konzentriert, desto rentabler wird man. Statt mit 10 Zulassungen 10.000 Patienten breit zu behandeln, sollte sich nun ein Arzt innerhalb der Gruppe um alle dort befindlichen 600-800 Diabetespatienten, ein anderer um 300 onkologische Patienten, und wiederum ein anderer Arzt um 400 Asthmapatienten kümmern. Statt Mitarbeiterinnen mit breitem Spektrum können nun hoch qualifizierte Krankenschwestern zusammen mit den jeweiligen Ärzten Expertenteams bilden, die an Drittstandorten oder mobil sich umfassend und professionell wohnortnah um die Schwerpunkt-Krankheitsbilder kümmern.

Die Ärzte müssen sich dabei klar machen, dass 300 existentiell Kranke den ökonomischen Gegenwert von 600 Halbgesunden haben.

Damit entsteht eine Rückbesinnung auf die ursprünglich echte, notwendige kurative Medizin und gleichzeitig eine Verstärkung durch entsprechend spezialisierte Mitarbeiterinnen.

Die heimliche Vergütungsbotschaft aus dem neu geordneten Risikostrukturausgleich ist, wieder richtig Arzt sein für optimale Krankenversorgung.

### **Extreme – unbewusste mentale Widerstände**

Die Konflikte liegen nicht in der objektiven Fähigkeit der betroffenen Ärzte das entsprechende medizinische Wissen neu aufzubauen.

Die Konflikte liegen aller Wahrscheinlichkeit darin, dass es zu einem Zusammenstoß zwischen vergangenheitsorientierten Trägheitselementen, emotionalen Sicherheitskomponenten und neuartiger, gesellschaftlicher Herausforderung kommt.

Die Erfahrung zeigt, dass Menschen jeglichen Berufes nach einer gewissen Zeit eine standardisierte Routine in Halbtrance entwickeln. Um dem Menschen in seiner Routine Sicherheit zu geben, filtern Neuroschaltkreise neue Entwicklungen aus und bestätigen den Menschen in seiner Einschätzung. Dies bringt Ruhe und Verlässlichkeit in den Alltag.

Hinzu kommt eine so starke Informationsdichte zu wissenschaftlichen, organisatorischen und politischen Umbrüchen, die wiederum zu einer geistigen Wahrnehmungssperre führen.

Wird dies noch durch berufspolitische Botschaften verstärkt, entsteht ein Abkoppeln von der jeweiligen wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen oder berufspolitischen Situation. Dies ist die Situation, mit der jetzt der niedergelassene Sektor und der Krankenhaussektor konfrontiert werden.

### **Wieder richtig kurativer Arzt sein – vielleicht doch eine Verbesserung ?**

Wieder richtiger Arzt für eine optimale Krankenversorgung zu sein, ist die Botschaft der Neuordnung des Einnahme- und Ausgabesektors der gesetzlichen Krankenversicherung. Je mehr Facharztgruppen erkennen, dass es jetzt gilt, fachgleich/horizontal sich zu spezialisieren, desto mehr Geld, Berufssicherheit und Erfolg hat eine Facharztgruppe. Dies insbesondere auch, weil es zu einer umfassenden personellen Verschmelzung wechselseitig mit dem Krankenhaussektor kommen kann. Damit kann sich die bisher nur dem Krankenhaussektor zugeschriebene Fachkompetenz auch umfassend im niedergelassenen Bereich – auch in der gleichen Person – niederschlagen.

Der Krankenhausarzt mit Nebentätigkeitsgenehmigung im niedergelassenen Bereich kann wohnortnah sein Kompetenz in die Diagnostik einbringen und den Patienten auch im Krankenhaus begleiten und die Wiedereingliederung in den ambulanten Sektor überwachen.

Damit kommt es auch zu einem erweiterten Know-How-Transfer zwischen Krankenhaus, Forschung und niedergelassenem Sektor.

All das könnte auch als gesellschaftlicher Fortschritt betrachtet werden.

### **Spezialisierte Betreuungsverträge mit der GKV ersetzen Bedarfsplanung**

In Zukunft können somit Arztgruppen unternehmerisch organisiert Drittstandorte wie Krankenhäuser, Einkaufszentren oder andere gut gelegene Praxisstandorte 7 x 24 Stunden gemeinsam nutzen und dort Schwerpunkt- und Notfallpatienten wohnortnah versorgen.

Die betriebswirtschaftliche Auslastung durch Call-Center, Geräte, Raum- und Personalnutzung steigt überproportional.

Damit ergeben sich Einspar-/ Rationalisierungspotentiale von 15 bis 25 % der Kosten für Miete, Geräte, Auslastung, Reparatur, Personaleinsatz, Einkauf, etc. Dies sind bei € 200.000, -- Umsatz in der Einzelpraxis rund 20 % Ersparnis oder € 40.000,-- pro Jahr. Bei 10 Zulassungen ergeben sich somit zur Bezahlung externer Managementfunktionen und zur Verbesserung der Infrastruktur freiwerdende Gelder von € 400.000, --.

Gleichzeitig ergeben sich durch gemeinsame Verwaltung/Management Zeiterparnisse von 20 %. Dies sind wiederum bei € 200.000, -- Jahresumsatz pro Zulassung, € 40.000, -- mehr Zeit pro Zulassung, nicht budgetiert Schwerkranke zu versorgen oder im Bereich Selbstzahlender Medizin Innovation und sinnvolle Früherkennung anzubieten.

Gleichzeitig wird es zu einer dramatischen Steigerung des Abschlusses von privaten Zusatzversicherungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung geben, die diese frei werdende Zeitreserven auch ökonomisch vergüten.

Des weiteren werden sich weitere Zusatzeinnahmen ergeben, weil viele Arztgruppen auch mit ihrer effektiven Art und ihren Teams im Bereich der operativen und invasiven Versorgung an Stelle von Krankenhausangestellten tätig sein werden.

Es kommt somit unter Berücksichtigung der Überkapazitäten am Krankenhaus auch zu Geldeinnahmen des niedergelassenen Sektors, die aus nachhaltigen Rationalisierungsreserven am Krankenhaus entstehen.

Insoweit wirkt der Sieg des Marburger Bundes bei den Tarifverhandlungen möglicherweise als Initialzündung zu einem noch schnelleren und radikaleren Umbau des Krankenhauses mit der Aufgabe von ca. 30 % Krankenhäuser und der Verlagerung von Krankenhausaufgaben in einen gemeinsamen dritten, ambulanten stationären Versorgungssektor.

Damit entsteht eine ökonomische Erschließungsreserve von Geld in einem Zeitraum von fünf Jahren, der ca. € 100.000,-- umfasst. Ein Effekt, der vehement bestritten werden wird, dem aber eine zentrale ökonomische Rolle zukommen wird.

### **Rationalisierungs- und Optimierungsdiskussion beginnt erst jetzt**

So kommt es zum Ergebnis, dass mit ca. 2/3 der niedergelassenen Ärzte 40 % Ersparnis erzielt werden kann, ohne dass es zu Versorgungsengpässen bei existentiellen Krankheiten kommt.

Hinzu kommen Einnahmen aus der Erzielung durch weiterverkaufte Arbeitskraft ans Krankenhaus; ferner Erträge aus modifizierter privatmedizinischer Zuwendung, sinnvoller Früherkennung, aktiver salutogenetischer individueller Ressourcenoptimierung und naturgemäß auch aus Einnahmen durch private Zusatzversicherungen im Bereich Innovation/ Naturheilverfahren.

Konkret heißt dies, diejenigen Ärzte, die sich spezialisierend zusammenschließen werden effektiver arbeiten und mehr verdienen als die jetzige Gruppe breit aufgestellter, viele Ressourcen verbrauchende Einzelpraxen auf der Basis des Kollektivvertrages.

Der ideelle Wert eines Partneranteils innerhalb einer Arztgruppierung wird in Zukunft nach dem Ertragswertverfahren berechnet. Eine Arztpraxis wird dann nur als Anteil in einer Gruppe zu bewerten sein, wenn diese Funktion qualifiziert, ohne jede große Veränderung in der Einnahmen- und Ablaufstruktur weiter besetzbar ist.

Damit kommt es zum Übergang von einer höchstpersönlichen medizinischen Leistung zu mehr standardisierten, effektiven auf hohem Niveau ablaufenden Versorgungsbegriffen analog dem Krankenhaus. Entscheidend sind für die Bewertung und Beurteilung dauerhafter gesellschaftlicher Nutzen und Funktion.

D.h. ein Drittel bis 50 % aller Praxen verlieren ihren bisherigen Praxiswert innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre. Weitere 50 % der Praxen verdoppeln bis verdreifachen ihren bisherigen ideellen Wert, weil sie dauerhaft nachgefragte auf Wettbewerb orientierte Marktmodelle anbieten mit stabilen Einnahmen aus qualitätsgesicherten Vertragsbeziehungen mit Krankenkassen oder aber auch mit wesentlich auf privat- und zusatzversicherten Patienten.

Die Zeit wird den Sieger in diesem verdeckten Krieg um Besitzstände prämiieren.

Die Richtigkeit der dargestellten Prognose ist eine Frage des Zeitpunktes der gesellschaftlichen Trendwende. Sie wird irgendwo zwischen 2007 und 2011 liegen.

Die Trendwende ist schmerzhaft und erfolgreich zugleich. Sie ist eine Frage der Betroffenheit und eine Frage inwieweit die betroffenen Berufskreise diese Veränderung als Chance begreifen.

H.-J. Schade  
Rechtsanwalt  
Broglie, Schade & Partner GBR  
Rechtsanwälte  
Wiesbaden - Berlin - München  
[www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)

## **Ende der Bedarfsplanung zum 1.7.2011 Radikale, wettbewerbsorientierte Neuordnung der ambulant-stationären Versorgungslandschaft**

Das Wettbewerbstärkungsgesetz wird spätestens zum 1.4.2007 in Kraft treten.

Die öffentlich diskutierte Frage der Finanzierung verstellt den Blick auf grundlegende Neustrukturierungen des Gesundheitswesens.

Die wichtigsten Aspekte sind:

1. Ende der ärztlichen Bedarfsplanung zum 1.7.2011
2. Möglichkeit für eine oder mehrere sich zusammenschließende Kassen mit einzelnen Arztgruppen exklusive Versorgungsverträge für alle ihre Mitglieder zu schließen
3. Nur noch unattraktiv vergütete Basisversorgung wird über KV abgewickelt.

### **5-jährige schmerzhafteste Anpassungszeit!**

Unangenehme Wahrheiten brauchen Zeit bis sie innerlich verarbeitet sind und eine Neuorientierung zulassen. Die bisher kaum thematisierte Absicht des Gesetzgebers die bisherige Funktion der KV´en zum 1.7.2011 zu beenden, ist ein radikaler Bruch für die tradierte ärztliche, freiberufliche Berufsgestaltung.

### **Unauffällige, indirekte Ankündigung des Systemwechsels**

§ 87 Abs. 7 SGB V nach dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz:

"(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz.2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Abs. 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, **ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.**"

### **Doch nur unverbindlich?**

Zunächst wird der Arzt als Leser dieses Paragraphen eher eine unverbindliche Überlegung des Gesetzgebers vermuten, D.h. er geht davon aus, es sei noch nichts endgültig beschlossen.

Dennoch hat diese Ankündigung verfassungsrechtliche Bedeutung.

Jeder Eingriff – auch in einen sozialrechtlichen Zulassungsstatus – braucht nach der Rechtsprechung eine 5-jährige Frist, damit sich die Betroffenen auf eine neue unternehmerische Situation vorbereiten können. Ansonsten könnten Sie auf einen enteignungsgleichen Eingriff in Eigentumsrechte klagen.

### Ende der Bedarfsplanung 01.07.2011

### Vor- und Nachteil der Fortführung einer Einzelpraxis im Vergleich mit fachgleicher, überörtlicher Gemeinschaftspraxis

Vorteile Einzelpraxis:	Nachteile Einzelpraxis:
Eigenständigkeit, Unabhängigkeit bis zum Schluss	Ab 2009 keine Verkaufsfähigkeit = Verlust des ideellen Wertes +/- € 100.000,--
Keiner schaut in die Buchhaltung, alles wird selbst gemacht: <ul style="list-style-type: none"><li>- Abrechnung,</li><li>- Marketing,</li><li>- Einkauf</li></ul>	Keine Kostensenkung durch gemeinsames Management = 15% Umsatzverlust p.a.
Aufrechterhaltung des Kassenarzt-Systems	In Zukunft erhöhte Praxisgebühr bis € 25,--, Wegfall von weiteren 20% Patienten = € 40.000,-- p. a.
Individueller Widerstand gegen direkte Sonderverträge, ausgeschrieben durch die Krankenkassen	Verlust von ca. 100 in Zukunft gut bezahlter Patienten, die in Sonderprogrammen gemeinsam mit Kollegen besser bezahlt werden = € 20.000,-- p.a.

### Bankkredit für eine Zukunft basierend auf Wettbewerb?

Wer im vertragsärztlichen Bereich investiert, muss wissen, bis wann er seine Investitionen abgeschrieben haben muss. Wer einen Praxiskredit aufnimmt, muss somit kalkulieren, dass er ihn spätestens nach 5 Jahren zurückzahlen kann. Spätestens dann kann auch die angekündigte Neustrukturierung wirken. Mit dieser Ankündigung formuliert der Sozialrechtsgeber, dass ab jetzt kein Arzt mehr im Glauben auf die Dauerhaftigkeit einer Zulassung eine wirtschaftliche Existenz planen kann, bzw. er ab jetzt unternehmerisch alles daran setzen muss, dass innerhalb von 5 Jahren getätigte Investitionen abgeschrieben sind.

Banken werden daher kaum noch bereit sein, eine „klassische“ Einzelpraxis zu finanzieren. Sie werden einen Businessplan verlangen, der vorsieht, dass der finanzierende Arzt durch eine Kooperation in der Lage ist, dauerhaft direkter Vertragspartner von Krankenkassen zu sein. Auch alle, die noch längerfristige Verträge aus der Vergangenheit haben, werden von der Bank aufgefordert, Details vorzulegen, wie sie innerhalb von 5 Jahren die Kredite zurückzahlen können.

### Auswirkungen für Praxisabgeber

Jeder Praxisabgeber muss diese verklausulierte politische Ankündigung ernst nehmen. Der Gesetzgeber kann nach dem Ablauf der verfassungsrechtlich vorgeschriebenen 5-Jahres-Vorinformationsfrist jederzeit von der Bedarfsplanung abrücken und hat es auch tatsächlich vor.

Spätestens in zwei Jahren beginnt daher ein noch stärkerer Abwärtstrend bei der Verwertung von Einzelpraxen. Gleichzeitig können sich jetzt auch Panikreaktionen sofort auf den Verkaufspreis auswirken.

Wer jetzt nicht gemeinsam ein Kooperationsmodell aufbaut oder in eine Kooperation eintritt, gefährdet aller Wahrscheinlichkeit nach das bisher konzipierte Lebenswerk.

### **Ausscheidensregelungen von Gemeinschaftspraxen müssen überarbeitet werden**

Viele Gemeinschaftspraxisverträge sehen vor, dass die verbleibenden Gesellschafter zu einer vereinbarten Formel den ideellen Wert (Wert der Zulassung) und den materiellen Wert übernehmen. Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 ist ab jetzt äußerst kritisch dem Abgeber ein Preis zu zahlen, der künftig von den verbleibenden Gesellschaftern nicht mehr erwirtschaftbar ist.

Somit müssten theoretisch alle Gemeinschaftspraxisverträge wegen **Wegfall der Geschäftsgrundlage** (Dauerhaftigkeit der Bedarfsplanung) gekündigt werden. Wer den Fehler macht, länger zu warten – ohne mit seinen Partnern zu reden – und den Vertrag neu zu ordnen, muss sich sofort entgegen halten lassen, dass er trotz der neuen Rechtslage die Übernahmeverpflichtung mit dem festgelegten Preis als sinnvoll anerkannt habe.

Damit würde einem schweigend unterstellt, dass in jedem Fall der vertraglich vereinbarte Übernahmepreis zu zahlen sei.

### **Überblick über die Transformationsphase**

Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 beginnt ab jetzt eine 5-jährige Transformationsperiode bisheriger niedergelassener Tätigkeit als Freiberufler.

Es ist der Übergang vom bisherigen sektoral abgeschotteten, kollektivvertraglich gestalteten Sachleistungsprinzip zum wettbewerbsorientierten, öffentlich ausgeschriebenen Versorgungskonzept auf der Basis individueller Verträge zwischen Krankenkassen und niedergelassenen, freiwillig organisierten Arztgruppierungen, regional, landesweit oder bundesweit.

Wer innerhalb der um den Auftrag konkurrierenden Arztgruppierungen die entsprechenden Qualitätsstandards, Servicestrukturen, Anforderungskriterien und ggf. Mindestmengen für bestimmte Krankheitsbilder nicht erfüllt, fällt automatisch als Teilnehmer der zukünftigen kassenärztlichen Versorgung aus.

### **Kartellrecht verhindert Wettbewerb ausschließende regionale Netzwerkschlüsse!**

Das Ende der Bedarfsplanung heißt auch, dass Krankenkassen einzeln oder im Verbund bis zu einer Grenze von ca. 35 % Marktanteil in einem größeren Versorgungsbereich wie Rhein-Main/Rhein-Neckar / Hamburg / München / Berlin die Versorgung der Patienten nach Indikationen oder nach Fachgebieten ausschreiben.

Ärztegruppen – selbst ortsübergreifend als Gemeinschaftspraxen unternehmerisch zusammengeschlossen – und darüber hinaus als Bewerbungsgemeinschaften nach bestimmten Kriterien verbunden, geben ihre Angebote ab. Dieser öffentliche Ausschreibungsvorgang nach EU-Recht beschreibt Qualität und Anforderungsprofil.

### **Ausschreibung bedeutet sowohl Qualitäts- als auch Preiswertbewerb**

Die Arztgruppierung oder der Verbund von Arztgruppierungen gibt bei der Ausschreibungskommission sein Angebot ab. Der günstigste Preis mit dem Versprechen, die ausgeschriebene Qualität- und Servicestruktur zu erfüllen, erhält den Zuschlag.

### **Ende des bisherigen KV-Schutzkonzeptes**

Die niedergelassene Ärzteschaft mit ihrer kontinuierlich steigenden Anzahl von Ärzten (40% in den letzten 10 Jahren) sieht den Grund für ihre selbst eingeschätzte schlechte wirtschaftliche Situation in dem Vorhandensein der KVen.

Bei genauer Betrachtung wird man feststellen müssen, dass es nie eine bessere und für Arztpraxen stabilere Form freiberuflicher Versorgungsstrukturen gegeben hat. Berufspolitisch war das bisherige freiberufliche – auf Einzelpraxen und Kollektivvertrag beruhende System - für niedergelassene Ärzte und auch getrennt für den Krankenhausbereich, ein praktisch nie als wertvoll eingeschätzter paradiesischer Zustand.

KVen schlossen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweite Vereinbarungen ab und man konnte eine genau definierte Geldsumme über die Länder-KVen den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stellen.

In welche Krankheitsbilder die Mittel fließen und die Frage, ob die Versorgung von Halbgesunden wirklich notwendig ist, sowie welche Qualitätskriterien zu stellen seien, wurde nie direkt von den Krankenkassen als Vertragspartner vorgegeben und kontrolliert.

Die Bedarfsplanung ließ es zu, dass in überversorgten Gebieten – die objektiv überflüssigen Zulassungen – dennoch weiter verkauft werden konnten.

Schwere Krankheitsbilder = ca. 20 % der Patienten des niedergelassenen Sektors, Akutpatienten = 30 % der Behandlungen und die Dauerbetreuung von zuwendungsintensiven Gesundheitsstörungen = 50 % der zu behandelnden Nachfrager, wurden über den EBM unterschiedslos über Verdachtsdiagnosen konfliktfrei abgerechnet. Ziel der die Ärzteinteressen vertretenden KV war ohne Wettbewerb allen niedergelassenen Ärzten eine Existenzsicherung zu geben. Dieses System geht mit Erlass des Wettbewerbsförderungsgesetzes zum 1.7.2011 zu Ende.

### **Realistisch: 1/3 der unterdurchschnittlichen Praxen geben auf / wechseln ins Angestellten-Verhältnis**

Gesetzgeber und Gesundheitsministerium haben gegenüber den Berufsverbänden unmissverständlich klar gemacht, dass es für den niedergelassenen Bereich keine weiteren Mittel gibt. Im Gegenteil, die Politik sieht im Europavergleich in Deutschland eine sektorale Überversorgung von ca. 40 %. Gleichzeitig sieht sie im Bereich durch Kostenlosigkeit der Leistung/Sachleistungsprinzip eine Übernachfrage von 40 % bei nicht indizierten Gesundheitsstörungen.

Diese werden durch die Erhöhung der Praxisgebühren neuartig definierten Komplexgebühren leise aus der Alltagsnachfrage der Praxen herausgedrängt.

Mengenbegrenzung heißt konkret 30 bis 40 % der ärztlichen Tätigkeit im Bereich pastoral mitbetreuter Gesundheitsleistungen für nicht eigenverantwortlich handelnde Bundesbürger werden in Zukunft indirekt nicht mehr bezahlt. Die Eintrittsebene in die Arztpraxis wird auf € 15,00 bis € 30,00 erhöht, und damit indirekt die weitere Nachfrage um 15 bis 25 % gesenkt.

Politisch wird dabei argumentiert werden, dass die sozial schwachen Personengruppen und die tatsächlich existentiell kranken Menschen eine Befreiung von der Praxisgebühr erhalten.

Genauso einschneidend ist der politische Tatbestand, dass die bisherige KV-Verteilungsaufgabe die Krankenkassen alleine oder in Verbänden unmittelbar übernehmen und die Versorgungsangebote im existentiell kranken Bereich fachgruppenspezifisch oder indikationsorientiert/interdisziplinär im Wettbewerb ausschreiben.

Die Dauer der Versorgungsverträge wird zwischen zwei und fünf Jahren liegen und insoweit eine ausreichende Kalkulationssicherheit bieten.

Damit entsteht innerhalb der Krankenkassen gegenüber den Versicherten ein Wettbewerb, welche Krankenkassen mit welchen Arztgruppen am besten bestimmte Krankheitsbilder versorgen kann.

Es entsteht ein radikaler Paradigmenwechsel unter betriebswirtschaftlichen Aspekten. Stand bisher unbewusst die Versorgung von Menschen mit geringem Risiko für einen Medikamentenregress im Mittelpunkt der Einzelpraxis, so entsteht jetzt ein Wettbewerb um die jeweils größte Menge gleichartiger Krankheitsbilder, die auf der Basis des Risikostrukturausgleichs neu definiert werden. Dieser Krankheitswettbewerb umfasst 50 und 70 Krankheitsbilder.

### **Im Mittelpunkt: Krankheits-Schwerpunktbereiche**

Statt breiter KV-Versorgung für 20 % existentiell Kranker und für eine Mehrzahl Halbgesunder entsteht ein Wettbewerb um die in Zukunft bis doppelt so hoch bezahlten indikationsorientierten - in der Gruppe ausgeschriebenen - Krankheitsbilder.

### **Marktführer in Krankheitsbildern statt Behandlungsspezialist für Halbgesunde**

Der berufspolitische Offenbarungseid liegt darin, dass die etablierten Führer der Ärzteschaft in Kammer, KV, Berufsverband, freien Verbänden ihre Mitgliedsärzte seit ca. 10 Jahren nicht auf dieses veränderte, gesundheitspolitische Szenario vorbereitet haben. Die lange gesellschaftspolitische Vorbereitungszeit durch hervorragende Ausarbeitungen in Sachverständigengutachten, Bundestagsanhörungen, von Krankenkassen und Politik in Auftrag gegebenen Forschungsstudien wurde nicht berücksichtigt.

Der verständliche Wunsch das Alte zu erhalten, führte zum Ausfiltern der Konflikte.

### **Was bedeutet dies für den niedergelassenen Arzt?**

Die Gesellschaft und die sich neu zu bildenden ortsübergreifenden Gemeinschaften müssen sich nun auf den harten Kern von Krankheitsbildern im Bereich Diabetes, Asthma, Rheuma, Onkologie, Arthrose, Herz-Kreislauf, Schlaganfall konzentrieren. Hinzu kommen 30 % Abklärungsdiagnostik und Behandlung von akutmedizinischen Konflikten.

Auf der Strecke bleiben die Krankheitsbilder, die oft als „Gesundheitsstörungen“ bezeichnet werden. Dies bedeutet, es sind Krankheitsbilder mit seelisch-geistigen Ursachen bedingt durch Wertewandel, Zerstörung von Ehe- und Familienstrukturen, steigender Angst um den Arbeitsplatz, sonstige emotionale/soziale Stressstrukturen.

Dieser Bereich wird wiederum stärker dem Segment Eigenverantwortung, Bildung, Religion zugeordnet. Hier hat historisch die Ärzteschaft – freiwillig und auch mit ökonomischen Nutzen – eine Pufferfunktion übernommen, die jetzt im Rahmen einer gesellschaftlichen Güteabwägung/Triage leise umgepolt wird. Dies wird auch an dem vom Gesundheitsministerium zitierten Mengen an Arztkontakten deutlich.

Nach Einführung der Praxisgebühr hat der deutsche Patient im Durchschnitt 10,4 Arztkontakte pro Jahr. Im Vergleich dazu hat in England ein Patient 5 Arztkontakte bei hälftiger Ärztemenge und sogar längerer Lebenserwartung. Im Europavergleich arbeiten in Deutschland 30 bis 50 % zu viel Ärzte. Der Vorteil ist eine deutlich geringere Wartezeit und eine wesentlich komfortablere Versorgung. Nun sehen sich die gesellschaftlich Verantwortlichen nicht mehr in der Lage, diesen Prozess weiter aufrecht zu erhalten.

### **Erschließung von Rationalisierungsreserven**

Übernehmen nun professionell gemanagte regionale Arztgruppen – von der eigenen unternehmerischen Rationalisierung profitierend - die Versorgung, kommt die Bundesrepublik mit 30 bis 50 % weniger Ärzten mit einer höheren Qualität aus. Diese These wird naturgemäß mit Worthülsen und Weltuntergangsprognosen von den berufsständischen Organisationen bekämpft.

### **Nicht dem Wortnebel glauben – handeln!**

Strategisch wird es um Folgendes gehen.

1. Zunächst sollten sich übersichtliche fachgleiche Arztgruppen bilden, die in einer geografisch verbundenen Ebene das Ziel haben, maximal 25 bis 30 % Marktanteil zu haben. Aufbauen sollte man allerdings auf kleine Gruppen von 5 bis 7 zusammenarbeitenden Praxen, weil nur dann Effizienz, Verlässlichkeit und organisatorische Steuerbarkeit – ggf. auch durch externe Managementgesellschaften - entsteht.
2. Je mehr man sich in der Werbung und der Qualität so schnell wie möglich auf richtige existentielle Krankheitsbilder konzentriert, desto rentabler wird man. Statt mit 10 Zulassungen 10.000 Patienten breit zu behandeln, sollte sich nun ein Arzt innerhalb der Gruppe um alle dort befindlichen 600-800 Diabetespatienten, ein anderer um 300 onkologische Patienten, und wiederum ein anderer Arzt um 400 Asthmapatienten kümmern. Statt Mitarbeiterinnen mit breitem Spektrum können nun hoch qualifizierte Krankenschwestern zusammen mit den jeweiligen Ärzten Expertenteams bilden, die an Drittstandorten oder mobil sich umfassend und professionell wohnortnah um die Schwerpunkt-Krankheitsbilder kümmern.

Die Ärzte müssen sich dabei klar machen, dass 300 existentiell Kranke den ökonomischen Gegenwert von 600 Halbgesunden haben.

Damit entsteht eine Rückbesinnung auf die ursprünglich echte, notwendige kurative Medizin und gleichzeitig eine Verstärkung durch entsprechend spezialisierte Mitarbeiterinnen.

Die heimliche Vergütungsbotschaft aus dem neu geordneten Risikostrukturausgleich ist, wieder richtig Arzt sein für optimale Krankenversorgung.

### **Extreme – unbewusste mentale Widerstände**

Die Konflikte liegen nicht in der objektiven Fähigkeit der betroffenen Ärzte das entsprechende medizinische Wissen neu aufzubauen.

Die Konflikte liegen aller Wahrscheinlichkeit darin, dass es zu einem Zusammenstoß zwischen vergangenheitsorientierten Trägheitselementen, emotionalen Sicherheitskomponenten und neuartiger, gesellschaftlicher Herausforderung kommt.

Die Erfahrung zeigt, dass Menschen jeglichen Berufes nach einer gewissen Zeit eine standardisierte Routine in Halbtrance entwickeln. Um dem Menschen in seiner Routine Sicherheit zu geben, filtern Neuroschaltkreise neue Entwicklungen aus und bestätigen den Menschen in seiner Einschätzung. Dies bringt Ruhe und Verlässlichkeit in den Alltag.

Hinzu kommt eine so starke Informationsdichte zu wissenschaftlichen, organisatorischen und politischen Umbrüchen, die wiederum zu einer geistigen Wahrnehmungssperre führen.

Wird dies noch durch berufspolitische Botschaften verstärkt, entsteht ein Abkoppeln von der jeweiligen wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen oder berufspolitischen Situation. Dies ist die Situation, mit der jetzt der niedergelassene Sektor und der Krankenhaussektor konfrontiert werden.

### **Wieder richtig kurativer Arzt sein – vielleicht doch eine Verbesserung ?**

Wieder richtiger Arzt für eine optimale Krankenversorgung zu sein, ist die Botschaft der Neuordnung des Einnahme- und Ausgabesektors der gesetzlichen Krankenversicherung. Je mehr Facharztgruppen erkennen, dass es jetzt gilt, fachgleich/horizontal sich zu spezialisieren, desto mehr Geld, Berufssicherheit und Erfolg hat eine Facharztgruppe. Dies insbesondere auch, weil es zu einer umfassenden personellen Verschmelzung wechselseitig mit dem Krankenhaussektor kommen kann. Damit kann sich die bisher nur dem Krankenhaussektor zugeschriebene Fachkompetenz auch umfassend im niedergelassenen Bereich – auch in der gleichen Person – niederschlagen.

Der Krankenhausarzt mit Nebentätigkeitsgenehmigung im niedergelassenen Bereich kann wohnortnah sein Kompetenz in die Diagnostik einbringen und den Patienten auch im Krankenhaus begleiten und die Wiedereingliederung in den ambulanten Sektor überwachen.

Damit kommt es auch zu einem erweiterten Know-How-Transfer zwischen Krankenhaus, Forschung und niedergelassenem Sektor.

All das könnte auch als gesellschaftlicher Fortschritt betrachtet werden.

### **Spezialisierte Betreuungsverträge mit der GKV ersetzen Bedarfsplanung**

In Zukunft können somit Arztgruppen unternehmerisch organisiert Drittstandorte wie Krankenhäuser, Einkaufszentren oder andere gut gelegene Praxisstandorte 7 x 24 Stunden gemeinsam nutzen und dort Schwerpunkt- und Notfallpatienten wohnortnah versorgen.

Die betriebswirtschaftliche Auslastung durch Call-Center, Geräte, Raum- und Personalnutzung steigt überproportional.

Damit ergeben sich Einspar-/ Rationalisierungspotentiale von 15 bis 25 % der Kosten für Miete, Geräte, Auslastung, Reparatur, Personaleinsatz, Einkauf, etc. Dies sind bei € 200.000, -- Umsatz in der Einzelpraxis rund 20 % Ersparnis oder € 40.000,-- pro Jahr. Bei 10 Zulassungen ergeben sich somit zur Bezahlung externer Managementfunktionen und zur Verbesserung der Infrastruktur freiwerdende Gelder von € 400.000, --.

Gleichzeitig ergeben sich durch gemeinsame Verwaltung/Management Zeiterparnisse von 20 %. Dies sind wiederum bei € 200.000, -- Jahresumsatz pro Zulassung, € 40.000, -- mehr Zeit pro Zulassung, nicht budgetiert Schwerkranke zu versorgen oder im Bereich Selbstzahlender Medizin Innovation und sinnvolle Früherkennung anzubieten.

Gleichzeitig wird es zu einer dramatischen Steigerung des Abschlusses von privaten Zusatzversicherungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung geben, die diese frei werdende Zeitreserven auch ökonomisch vergüten.

Des weiteren werden sich weitere Zusatzeinnahmen ergeben, weil viele Arztgruppen auch mit ihrer effektiven Art und ihren Teams im Bereich der operativen und invasiven Versorgung an Stelle von Krankenhausangestellten tätig sein werden.

Es kommt somit unter Berücksichtigung der Überkapazitäten am Krankenhaus auch zu Geldeinnahmen des niedergelassenen Sektors, die aus nachhaltigen Rationalisierungsreserven am Krankenhaus entstehen.

Insoweit wirkt der Sieg des Marburger Bundes bei den Tarifverhandlungen möglicherweise als Initialzündung zu einem noch schnelleren und radikaleren Umbau des Krankenhauses mit der Aufgabe von ca. 30 % Krankenhäuser und der Verlagerung von Krankenhausaufgaben in einen gemeinsamen dritten, ambulanten stationären Versorgungssektor.

Damit entsteht eine ökonomische Erschließungsreserve von Geld in einem Zeitraum von fünf Jahren, der ca. € 100.000,-- umfasst. Ein Effekt, der vehement bestritten werden wird, dem aber eine zentrale ökonomische Rolle zukommen wird.

### **Rationalisierungs- und Optimierungsdiskussion beginnt erst jetzt**

So kommt es zum Ergebnis, dass mit ca. 2/3 der niedergelassenen Ärzte 40 % Ersparnis erzielt werden kann, ohne dass es zu Versorgungsengpässen bei existentiellen Krankheiten kommt.

Hinzu kommen Einnahmen aus der Erzielung durch weiterverkaufte Arbeitskraft ans Krankenhaus; ferner Erträge aus modifizierter privatmedizinischer Zuwendung, sinnvoller Früherkennung, aktiver salutogenetischer individueller Ressourcenoptimierung und naturgemäß auch aus Einnahmen durch private Zusatzversicherungen im Bereich Innovation/ Naturheilverfahren.

Konkret heißt dies, diejenigen Ärzte, die sich spezialisierend zusammenschließen werden effektiver arbeiten und mehr verdienen als die jetzige Gruppe breit aufgestellter, viele Ressourcen verbrauchende Einzelpraxen auf der Basis des Kollektivvertrages.

Der ideelle Wert eines Partneranteils innerhalb einer Arztgruppierung wird in Zukunft nach dem Ertragswertverfahren berechnet. Eine Arztpraxis wird dann nur als Anteil in einer Gruppe zu bewerten sein, wenn diese Funktion qualifiziert, ohne jede große Veränderung in der Einnahmen- und Ablaufstruktur weiter besetzbar ist.

Damit kommt es zum Übergang von einer höchstpersönlichen medizinischen Leistung zu mehr standardisierten, effektiven auf hohem Niveau ablaufenden Versorgungsbegriffen analog dem Krankenhaus. Entscheidend sind für die Bewertung und Beurteilung dauerhafter gesellschaftlicher Nutzen und Funktion.

D.h. ein Drittel bis 50 % aller Praxen verlieren ihren bisherigen Praxiswert innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre. Weitere 50 % der Praxen verdoppeln bis verdreifachen ihren bisherigen ideellen Wert, weil sie dauerhaft nachgefragte auf Wettbewerb orientierte Marktmodelle anbieten mit stabilen Einnahmen aus qualitätsgesicherten Vertragsbeziehungen mit Krankenkassen oder aber auch mit wesentlich auf privat- und zusatzversicherten Patienten.

Die Zeit wird den Sieger in diesem verdeckten Krieg um Besitzstände prämiieren.

Die Richtigkeit der dargestellten Prognose ist eine Frage des Zeitpunktes der gesellschaftlichen Trendwende. Sie wird irgendwo zwischen 2007 und 2011 liegen.

Die Trendwende ist schmerzhaft und erfolgreich zugleich. Sie ist eine Frage der Betroffenheit und eine Frage inwieweit die betroffenen Berufskreise diese Veränderung als Chance begreifen.

H.-J. Schade  
Rechtsanwalt  
Broglie, Schade & Partner GBR  
Rechtsanwälte  
Wiesbaden - Berlin - München  
[www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)

## **Ende der Bedarfsplanung zum 1.7.2011 Radikale, wettbewerbsorientierte Neuordnung der ambulant-stationären Versorgungslandschaft**

Das Wettbewerbstärkungsgesetz wird spätestens zum 1.4.2007 in Kraft treten.

Die öffentlich diskutierte Frage der Finanzierung verstellt den Blick auf grundlegende Neustrukturierungen des Gesundheitswesens.

Die wichtigsten Aspekte sind:

1. Ende der ärztlichen Bedarfsplanung zum 1.7.2011
2. Möglichkeit für eine oder mehrere sich zusammenschließende Kassen mit einzelnen Arztgruppen exklusive Versorgungsverträge für alle ihre Mitglieder zu schließen
3. Nur noch unattraktiv vergütete Basisversorgung wird über KV abgewickelt.

### **5-jährige schmerzhafteste Anpassungszeit!**

Unangenehme Wahrheiten brauchen Zeit bis sie innerlich verarbeitet sind und eine Neuorientierung zulassen. Die bisher kaum thematisierte Absicht des Gesetzgebers die bisherige Funktion der KV´en zum 1.7.2011 zu beenden, ist ein radikaler Bruch für die tradierte ärztliche, freiberufliche Berufsgestaltung.

### **Unauffällige, indirekte Ankündigung des Systemwechsels**

§ 87 Abs. 7 SGB V nach dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz:

"(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz.2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Abs. 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, **ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.**"

### **Doch nur unverbindlich?**

Zunächst wird der Arzt als Leser dieses Paragraphen eher eine unverbindliche Überlegung des Gesetzgebers vermuten, D.h. er geht davon aus, es sei noch nichts endgültig beschlossen.

Dennoch hat diese Ankündigung verfassungsrechtliche Bedeutung.

Jeder Eingriff – auch in einen sozialrechtlichen Zulassungsstatus – braucht nach der Rechtsprechung eine 5-jährige Frist, damit sich die Betroffenen auf eine neue unternehmerische Situation vorbereiten können. Ansonsten könnten Sie auf einen enteignungsgleichen Eingriff in Eigentumsrechte klagen.

### Ende der Bedarfsplanung 01.07.2011

### Vor- und Nachteil der Fortführung einer Einzelpraxis im Vergleich mit fachgleicher, überörtlicher Gemeinschaftspraxis

Vorteile Einzelpraxis:	Nachteile Einzelpraxis:
Eigenständigkeit, Unabhängigkeit bis zum Schluss	Ab 2009 keine Verkaufsfähigkeit = Verlust des ideellen Wertes +/- € 100.000,--
Keiner schaut in die Buchhaltung, alles wird selbst gemacht: <ul style="list-style-type: none"><li>- Abrechnung,</li><li>- Marketing,</li><li>- Einkauf</li></ul>	Keine Kostensenkung durch gemeinsames Management = 15% Umsatzverlust p.a.
Aufrechterhaltung des Kassenarzt-Systems	In Zukunft erhöhte Praxisgebühr bis € 25,--, Wegfall von weiteren 20% Patienten = € 40.000,-- p. a.
Individueller Widerstand gegen direkte Sonderverträge, ausgeschrieben durch die Krankenkassen	Verlust von ca. 100 in Zukunft gut bezahlter Patienten, die in Sonderprogrammen gemeinsam mit Kollegen besser bezahlt werden = € 20.000,-- p.a.

### Bankkredit für eine Zukunft basierend auf Wettbewerb?

Wer im vertragsärztlichen Bereich investiert, muss wissen, bis wann er seine Investitionen abgeschrieben haben muss. Wer einen Praxiskredit aufnimmt, muss somit kalkulieren, dass er ihn spätestens nach 5 Jahren zurückzahlen kann. Spätestens dann kann auch die angekündigte Neustrukturierung wirken. Mit dieser Ankündigung formuliert der Sozialrechtsgeber, dass ab jetzt kein Arzt mehr im Glauben auf die Dauerhaftigkeit einer Zulassung eine wirtschaftliche Existenz planen kann, bzw. er ab jetzt unternehmerisch alles daran setzen muss, dass innerhalb von 5 Jahren getätigte Investitionen abgeschrieben sind.

Banken werden daher kaum noch bereit sein, eine „klassische“ Einzelpraxis zu finanzieren. Sie werden einen Businessplan verlangen, der vorsieht, dass der finanzierende Arzt durch eine Kooperation in der Lage ist, dauerhaft direkter Vertragspartner von Krankenkassen zu sein. Auch alle, die noch längerfristige Verträge aus der Vergangenheit haben, werden von der Bank aufgefordert, Details vorzulegen, wie sie innerhalb von 5 Jahren die Kredite zurückzahlen können.

### Auswirkungen für Praxisabgeber

Jeder Praxisabgeber muss diese verklausulierte politische Ankündigung ernst nehmen. Der Gesetzgeber kann nach dem Ablauf der verfassungsrechtlich vorgeschriebenen 5-Jahres-Vorinformationsfrist jederzeit von der Bedarfsplanung abrücken und hat es auch tatsächlich vor.

Spätestens in zwei Jahren beginnt daher ein noch stärkerer Abwärtstrend bei der Verwertung von Einzelpraxen. Gleichzeitig können sich jetzt auch Panikreaktionen sofort auf den Verkaufspreis auswirken.

Wer jetzt nicht gemeinsam ein Kooperationsmodell aufbaut oder in eine Kooperation eintritt, gefährdet aller Wahrscheinlichkeit nach das bisher konzipierte Lebenswerk.

### **Ausscheidensregelungen von Gemeinschaftspraxen müssen überarbeitet werden**

Viele Gemeinschaftspraxisverträge sehen vor, dass die verbleibenden Gesellschafter zu einer vereinbarten Formel den ideellen Wert (Wert der Zulassung) und den materiellen Wert übernehmen. Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 ist ab jetzt äußerst kritisch dem Abgeber ein Preis zu zahlen, der künftig von den verbleibenden Gesellschaftern nicht mehr erwirtschaftbar ist.

Somit müssten theoretisch alle Gemeinschaftspraxisverträge wegen **Wegfall der Geschäftsgrundlage** (Dauerhaftigkeit der Bedarfsplanung) gekündigt werden. Wer den Fehler macht, länger zu warten – ohne mit seinen Partnern zu reden – und den Vertrag neu zu ordnen, muss sich sofort entgegen halten lassen, dass er trotz der neuen Rechtslage die Übernahmeverpflichtung mit dem festgelegten Preis als sinnvoll anerkannt habe.

Damit würde einem schweigend unterstellt, dass in jedem Fall der vertraglich vereinbarte Übernahmepreis zu zahlen sei.

### **Überblick über die Transformationsphase**

Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 beginnt ab jetzt eine 5-jährige Transformationsperiode bisheriger niedergelassener Tätigkeit als Freiberufler.

Es ist der Übergang vom bisherigen sektoral abgeschotteten, kollektivvertraglich gestalteten Sachleistungsprinzip zum wettbewerbsorientierten, öffentlich ausgeschriebenen Versorgungskonzept auf der Basis individueller Verträge zwischen Krankenkassen und niedergelassenen, freiwillig organisierten Arztgruppierungen, regional, landesweit oder bundesweit.

Wer innerhalb der um den Auftrag konkurrierenden Arztgruppierungen die entsprechenden Qualitätsstandards, Servicestrukturen, Anforderungskriterien und ggf. Mindestmengen für bestimmte Krankheitsbilder nicht erfüllt, fällt automatisch als Teilnehmer der zukünftigen kassenärztlichen Versorgung aus.

### **Kartellrecht verhindert Wettbewerb ausschließende regionale Netzwerkschlüsse!**

Das Ende der Bedarfsplanung heißt auch, dass Krankenkassen einzeln oder im Verbund bis zu einer Grenze von ca. 35 % Marktanteil in einem größeren Versorgungsbereich wie Rhein-Main/Rhein-Neckar / Hamburg / München / Berlin die Versorgung der Patienten nach Indikationen oder nach Fachgebieten ausschreiben.

Ärztegruppen – selbst ortsübergreifend als Gemeinschaftspraxen unternehmerisch zusammengeschlossen – und darüber hinaus als Bewerbungsgemeinschaften nach bestimmten Kriterien verbunden, geben ihre Angebote ab. Dieser öffentliche Ausschreibungsvorgang nach EU-Recht beschreibt Qualität und Anforderungsprofil.

### **Ausschreibung bedeutet sowohl Qualitäts- als auch Preiswertbewerb**

Die Arztgruppierung oder der Verbund von Arztgruppierungen gibt bei der Ausschreibungskommission sein Angebot ab. Der günstigste Preis mit dem Versprechen, die ausgeschriebene Qualität- und Servicestruktur zu erfüllen, erhält den Zuschlag.

### **Ende des bisherigen KV-Schutzkonzeptes**

Die niedergelassene Ärzteschaft mit ihrer kontinuierlich steigenden Anzahl von Ärzten (40% in den letzten 10 Jahren) sieht den Grund für ihre selbst eingeschätzte schlechte wirtschaftliche Situation in dem Vorhandensein der KVen.

Bei genauer Betrachtung wird man feststellen müssen, dass es nie eine bessere und für Arztpraxen stabilere Form freiberuflicher Versorgungsstrukturen gegeben hat. Berufspolitisch war das bisherige freiberufliche – auf Einzelpraxen und Kollektivvertrag beruhende System - für niedergelassene Ärzte und auch getrennt für den Krankenhausbereich, ein praktisch nie als wertvoll eingeschätzter paradiesischer Zustand.

KVen schlossen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweite Vereinbarungen ab und man konnte eine genau definierte Geldsumme über die Länder-KVen den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stellen.

In welche Krankheitsbilder die Mittel fließen und die Frage, ob die Versorgung von Halbgesunden wirklich notwendig ist, sowie welche Qualitätskriterien zu stellen seien, wurde nie direkt von den Krankenkassen als Vertragspartner vorgegeben und kontrolliert.

Die Bedarfsplanung ließ es zu, dass in überversorgten Gebieten – die objektiv überflüssigen Zulassungen – dennoch weiter verkauft werden konnten.

Schwere Krankheitsbilder = ca. 20 % der Patienten des niedergelassenen Sektors, Akutpatienten = 30 % der Behandlungen und die Dauerbetreuung von zuwendungsintensiven Gesundheitsstörungen = 50 % der zu behandelnden Nachfrager, wurden über den EBM unterschiedslos über Verdachtsdiagnosen konfliktfrei abgerechnet. Ziel der die Ärzteinteressen vertretenden KV war ohne Wettbewerb allen niedergelassenen Ärzten eine Existenzsicherung zu geben. Dieses System geht mit Erlass des Wettbewerbsförderungsgesetzes zum 1.7.2011 zu Ende.

### **Realistisch: 1/3 der unterdurchschnittlichen Praxen geben auf / wechseln ins Angestellten-Verhältnis**

Gesetzgeber und Gesundheitsministerium haben gegenüber den Berufsverbänden unmissverständlich klar gemacht, dass es für den niedergelassenen Bereich keine weiteren Mittel gibt. Im Gegenteil, die Politik sieht im Europavergleich in Deutschland eine sektorale Überversorgung von ca. 40 %. Gleichzeitig sieht sie im Bereich durch Kostenlosigkeit der Leistung/Sachleistungsprinzip eine Übernachfrage von 40 % bei nicht indizierten Gesundheitsstörungen.

Diese werden durch die Erhöhung der Praxisgebühren neuartig definierten Komplexgebühren leise aus der Alltagsnachfrage der Praxen herausgedrängt.

Mengenbegrenzung heißt konkret 30 bis 40 % der ärztlichen Tätigkeit im Bereich pastoral mitbetreuter Gesundheitsleistungen für nicht eigenverantwortlich handelnde Bundesbürger werden in Zukunft indirekt nicht mehr bezahlt. Die Eintrittsebene in die Arztpraxis wird auf € 15,00 bis € 30,00 erhöht, und damit indirekt die weitere Nachfrage um 15 bis 25 % gesenkt.

Politisch wird dabei argumentiert werden, dass die sozial schwachen Personengruppen und die tatsächlich existentiell kranken Menschen eine Befreiung von der Praxisgebühr erhalten.

Genauso einschneidend ist der politische Tatbestand, dass die bisherige KV-Verteilungsaufgabe die Krankenkassen alleine oder in Verbänden unmittelbar übernehmen und die Versorgungsangebote im existentiell kranken Bereich fachgruppenspezifisch oder indikationsorientiert/interdisziplinär im Wettbewerb ausschreiben.

Die Dauer der Versorgungsverträge wird zwischen zwei und fünf Jahren liegen und insoweit eine ausreichende Kalkulationssicherheit bieten.

Damit entsteht innerhalb der Krankenkassen gegenüber den Versicherten ein Wettbewerb, welche Krankenkassen mit welchen Arztgruppen am besten bestimmte Krankheitsbilder versorgen kann.

Es entsteht ein radikaler Paradigmenwechsel unter betriebswirtschaftlichen Aspekten. Stand bisher unbewusst die Versorgung von Menschen mit geringem Risiko für einen Medikamentenregress im Mittelpunkt der Einzelpraxis, so entsteht jetzt ein Wettbewerb um die jeweils größte Menge gleichartiger Krankheitsbilder, die auf der Basis des Risikostrukturausgleichs neu definiert werden. Dieser Krankheitswettbewerb umfasst 50 und 70 Krankheitsbilder.

### **Im Mittelpunkt: Krankheits-Schwerpunktbereiche**

Statt breiter KV-Versorgung für 20 % existentiell Kranker und für eine Mehrzahl Halbgesunder entsteht ein Wettbewerb um die in Zukunft bis doppelt so hoch bezahlten indikationsorientierten - in der Gruppe ausgeschriebenen - Krankheitsbilder.

### **Marktführer in Krankheitsbildern statt Behandlungsspezialist für Halbgesunde**

Der berufspolitische Offenbarungseid liegt darin, dass die etablierten Führer der Ärzteschaft in Kammer, KV, Berufsverband, freien Verbänden ihre Mitgliedsärzte seit ca. 10 Jahren nicht auf dieses veränderte, gesundheitspolitische Szenario vorbereitet haben. Die lange gesellschaftspolitische Vorbereitungszeit durch hervorragende Ausarbeitungen in Sachverständigengutachten, Bundestagsanhörungen, von Krankenkassen und Politik in Auftrag gegebenen Forschungsstudien wurde nicht berücksichtigt.

Der verständliche Wunsch das Alte zu erhalten, führte zum Ausfiltern der Konflikte.

### **Was bedeutet dies für den niedergelassenen Arzt?**

Die Gesellschaft und die sich neu zu bildenden ortsübergreifenden Gemeinschaften müssen sich nun auf den harten Kern von Krankheitsbildern im Bereich Diabetes, Asthma, Rheuma, Onkologie, Arthrose, Herz-Kreislauf, Schlaganfall konzentrieren. Hinzu kommen 30 % Abklärungsdiagnostik und Behandlung von akutmedizinischen Konflikten.

Auf der Strecke bleiben die Krankheitsbilder, die oft als „Gesundheitsstörungen“ bezeichnet werden. Dies bedeutet, es sind Krankheitsbilder mit seelisch-geistigen Ursachen bedingt durch Wertewandel, Zerstörung von Ehe- und Familienstrukturen, steigender Angst um den Arbeitsplatz, sonstige emotionale/soziale Stressstrukturen.

Dieser Bereich wird wiederum stärker dem Segment Eigenverantwortung, Bildung, Religion zugeordnet. Hier hat historisch die Ärzteschaft – freiwillig und auch mit ökonomischen Nutzen – eine Pufferfunktion übernommen, die jetzt im Rahmen einer gesellschaftlichen Güteabwägung/Triage leise umgepolt wird. Dies wird auch an dem vom Gesundheitsministerium zitierten Mengen an Arztkontakten deutlich.

Nach Einführung der Praxisgebühr hat der deutsche Patient im Durchschnitt 10,4 Arztkontakte pro Jahr. Im Vergleich dazu hat in England ein Patient 5 Arztkontakte bei hälftiger Ärztemenge und sogar längerer Lebenserwartung. Im Europavergleich arbeiten in Deutschland 30 bis 50 % zu viel Ärzte. Der Vorteil ist eine deutlich geringere Wartezeit und eine wesentlich komfortablere Versorgung. Nun sehen sich die gesellschaftlich Verantwortlichen nicht mehr in der Lage, diesen Prozess weiter aufrecht zu erhalten.

### **Erschließung von Rationalisierungsreserven**

Übernehmen nun professionell gemanagte regionale Arztgruppen – von der eigenen unternehmerischen Rationalisierung profitierend - die Versorgung, kommt die Bundesrepublik mit 30 bis 50 % weniger Ärzten mit einer höheren Qualität aus. Diese These wird naturgemäß mit Worthülsen und Weltuntergangsprognosen von den berufsständischen Organisationen bekämpft.

### **Nicht dem Wortnebel glauben – handeln!**

Strategisch wird es um Folgendes gehen.

1. Zunächst sollten sich übersichtliche fachgleiche Arztgruppen bilden, die in einer geografisch verbundenen Ebene das Ziel haben, maximal 25 bis 30 % Marktanteil zu haben. Aufbauen sollte man allerdings auf kleine Gruppen von 5 bis 7 zusammenarbeitenden Praxen, weil nur dann Effizienz, Verlässlichkeit und organisatorische Steuerbarkeit – ggf. auch durch externe Managementgesellschaften - entsteht.
2. Je mehr man sich in der Werbung und der Qualität so schnell wie möglich auf richtige existentielle Krankheitsbilder konzentriert, desto rentabler wird man. Statt mit 10 Zulassungen 10.000 Patienten breit zu behandeln, sollte sich nun ein Arzt innerhalb der Gruppe um alle dort befindlichen 600-800 Diabetespatienten, ein anderer um 300 onkologische Patienten, und wiederum ein anderer Arzt um 400 Asthmapatienten kümmern. Statt Mitarbeiterinnen mit breitem Spektrum können nun hoch qualifizierte Krankenschwestern zusammen mit den jeweiligen Ärzten Expertenteams bilden, die an Drittstandorten oder mobil sich umfassend und professionell wohnortnah um die Schwerpunkt-Krankheitsbilder kümmern.

Die Ärzte müssen sich dabei klar machen, dass 300 existentiell Kranke den ökonomischen Gegenwert von 600 Halbgesunden haben.

Damit entsteht eine Rückbesinnung auf die ursprünglich echte, notwendige kurative Medizin und gleichzeitig eine Verstärkung durch entsprechend spezialisierte Mitarbeiterinnen.

Die heimliche Vergütungsbotschaft aus dem neu geordneten Risikostrukturausgleich ist, wieder richtig Arzt sein für optimale Krankenversorgung.

### **Extreme – unbewusste mentale Widerstände**

Die Konflikte liegen nicht in der objektiven Fähigkeit der betroffenen Ärzte das entsprechende medizinische Wissen neu aufzubauen.

Die Konflikte liegen aller Wahrscheinlichkeit darin, dass es zu einem Zusammenstoß zwischen vergangenheitsorientierten Trägheitselementen, emotionalen Sicherheitskomponenten und neuartiger, gesellschaftlicher Herausforderung kommt.

Die Erfahrung zeigt, dass Menschen jeglichen Berufes nach einer gewissen Zeit eine standardisierte Routine in Halbtrance entwickeln. Um dem Menschen in seiner Routine Sicherheit zu geben, filtern Neuroschaltkreise neue Entwicklungen aus und bestätigen den Menschen in seiner Einschätzung. Dies bringt Ruhe und Verlässlichkeit in den Alltag.

Hinzu kommt eine so starke Informationsdichte zu wissenschaftlichen, organisatorischen und politischen Umbrüchen, die wiederum zu einer geistigen Wahrnehmungssperre führen.

Wird dies noch durch berufspolitische Botschaften verstärkt, entsteht ein Abkoppeln von der jeweiligen wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen oder berufspolitischen Situation. Dies ist die Situation, mit der jetzt der niedergelassene Sektor und der Krankenhaussektor konfrontiert werden.

### **Wieder richtig kurativer Arzt sein – vielleicht doch eine Verbesserung ?**

Wieder richtiger Arzt für eine optimale Krankenversorgung zu sein, ist die Botschaft der Neuordnung des Einnahme- und Ausgabesektors der gesetzlichen Krankenversicherung. Je mehr Facharztgruppen erkennen, dass es jetzt gilt, fachgleich/horizontal sich zu spezialisieren, desto mehr Geld, Berufssicherheit und Erfolg hat eine Facharztgruppe. Dies insbesondere auch, weil es zu einer umfassenden personellen Verschmelzung wechselseitig mit dem Krankenhaussektor kommen kann. Damit kann sich die bisher nur dem Krankenhaussektor zugeschriebene Fachkompetenz auch umfassend im niedergelassenen Bereich – auch in der gleichen Person – niederschlagen.

Der Krankenhausarzt mit Nebentätigkeitsgenehmigung im niedergelassenen Bereich kann wohnortnah sein Kompetenz in die Diagnostik einbringen und den Patienten auch im Krankenhaus begleiten und die Wiedereingliederung in den ambulanten Sektor überwachen.

Damit kommt es auch zu einem erweiterten Know-How-Transfer zwischen Krankenhaus, Forschung und niedergelassenem Sektor.

All das könnte auch als gesellschaftlicher Fortschritt betrachtet werden.

### **Spezialisierte Betreuungsverträge mit der GKV ersetzen Bedarfsplanung**

In Zukunft können somit Arztgruppen unternehmerisch organisiert Drittstandorte wie Krankenhäuser, Einkaufszentren oder andere gut gelegene Praxisstandorte 7 x 24 Stunden gemeinsam nutzen und dort Schwerpunkt- und Notfallpatienten wohnortnah versorgen.

Die betriebswirtschaftliche Auslastung durch Call-Center, Geräte, Raum- und Personalnutzung steigt überproportional.

Damit ergeben sich Einspar-/ Rationalisierungspotentiale von 15 bis 25 % der Kosten für Miete, Geräte, Auslastung, Reparatur, Personaleinsatz, Einkauf, etc. Dies sind bei € 200.000, -- Umsatz in der Einzelpraxis rund 20 % Ersparnis oder € 40.000,-- pro Jahr. Bei 10 Zulassungen ergeben sich somit zur Bezahlung externer Managementfunktionen und zur Verbesserung der Infrastruktur freiwerdende Gelder von € 400.000, --.

Gleichzeitig ergeben sich durch gemeinsame Verwaltung/Management Zeiterparnisse von 20 %. Dies sind wiederum bei € 200.000, -- Jahresumsatz pro Zulassung, € 40.000, -- mehr Zeit pro Zulassung, nicht budgetiert Schwerkranke zu versorgen oder im Bereich Selbstzahlender Medizin Innovation und sinnvolle Früherkennung anzubieten.

Gleichzeitig wird es zu einer dramatischen Steigerung des Abschlusses von privaten Zusatzversicherungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung geben, die diese frei werdende Zeitreserven auch ökonomisch vergüten.

Des weiteren werden sich weitere Zusatzeinnahmen ergeben, weil viele Arztgruppen auch mit ihrer effektiven Art und ihren Teams im Bereich der operativen und invasiven Versorgung an Stelle von Krankenhausangestellten tätig sein werden.

Es kommt somit unter Berücksichtigung der Überkapazitäten am Krankenhaus auch zu Geldeinnahmen des niedergelassenen Sektors, die aus nachhaltigen Rationalisierungsreserven am Krankenhaus entstehen.

Insoweit wirkt der Sieg des Marburger Bundes bei den Tarifverhandlungen möglicherweise als Initialzündung zu einem noch schnelleren und radikaleren Umbau des Krankenhauses mit der Aufgabe von ca. 30 % Krankenhäuser und der Verlagerung von Krankenhausaufgaben in einen gemeinsamen dritten, ambulanten stationären Versorgungssektor.

Damit entsteht eine ökonomische Erschließungsreserve von Geld in einem Zeitraum von fünf Jahren, der ca. € 100.000,-- umfasst. Ein Effekt, der vehement bestritten werden wird, dem aber eine zentrale ökonomische Rolle zukommen wird.

### **Rationalisierungs- und Optimierungsdiskussion beginnt erst jetzt**

So kommt es zum Ergebnis, dass mit ca. 2/3 der niedergelassenen Ärzte 40 % Ersparnis erzielt werden kann, ohne dass es zu Versorgungsengpässen bei existentiellen Krankheiten kommt.

Hinzu kommen Einnahmen aus der Erzielung durch weiterverkaufte Arbeitskraft ans Krankenhaus; ferner Erträge aus modifizierter privatmedizinischer Zuwendung, sinnvoller Früherkennung, aktiver salutogenetischer individueller Ressourcenoptimierung und naturgemäß auch aus Einnahmen durch private Zusatzversicherungen im Bereich Innovation/ Naturheilverfahren.

Konkret heißt dies, diejenigen Ärzte, die sich spezialisierend zusammenschließen werden effektiver arbeiten und mehr verdienen als die jetzige Gruppe breit aufgestellter, viele Ressourcen verbrauchende Einzelpraxen auf der Basis des Kollektivvertrages.

Der ideelle Wert eines Partneranteils innerhalb einer Arztgruppierung wird in Zukunft nach dem Ertragswertverfahren berechnet. Eine Arztpraxis wird dann nur als Anteil in einer Gruppe zu bewerten sein, wenn diese Funktion qualifiziert, ohne jede große Veränderung in der Einnahmen- und Ablaufstruktur weiter besetzbar ist.

Damit kommt es zum Übergang von einer höchstpersönlichen medizinischen Leistung zu mehr standardisierten, effektiven auf hohem Niveau ablaufenden Versorgungsbegriffen analog dem Krankenhaus. Entscheidend sind für die Bewertung und Beurteilung dauerhafter gesellschaftlicher Nutzen und Funktion.

D.h. ein Drittel bis 50 % aller Praxen verlieren ihren bisherigen Praxiswert innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre. Weitere 50 % der Praxen verdoppeln bis verdreifachen ihren bisherigen ideellen Wert, weil sie dauerhaft nachgefragte auf Wettbewerb orientierte Marktmodelle anbieten mit stabilen Einnahmen aus qualitätsgesicherten Vertragsbeziehungen mit Krankenkassen oder aber auch mit wesentlich auf privat- und zusatzversicherten Patienten.

Die Zeit wird den Sieger in diesem verdeckten Krieg um Besitzstände prämiieren.

Die Richtigkeit der dargestellten Prognose ist eine Frage des Zeitpunktes der gesellschaftlichen Trendwende. Sie wird irgendwo zwischen 2007 und 2011 liegen.

Die Trendwende ist schmerzhaft und erfolgreich zugleich. Sie ist eine Frage der Betroffenheit und eine Frage inwieweit die betroffenen Berufskreise diese Veränderung als Chance begreifen.

H.-J. Schade  
Rechtsanwalt  
Broglie, Schade & Partner GBR  
Rechtsanwälte  
Wiesbaden - Berlin - München  
[www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)

## **Ende der Bedarfsplanung zum 1.7.2011 Radikale, wettbewerbsorientierte Neuordnung der ambulant-stationären Versorgungslandschaft**

Das Wettbewerbstärkungsgesetz wird spätestens zum 1.4.2007 in Kraft treten.

Die öffentlich diskutierte Frage der Finanzierung verstellt den Blick auf grundlegende Neustrukturierungen des Gesundheitswesens.

Die wichtigsten Aspekte sind:

1. Ende der ärztlichen Bedarfsplanung zum 1.7.2011
2. Möglichkeit für eine oder mehrere sich zusammenschließende Kassen mit einzelnen Arztgruppen exklusive Versorgungsverträge für alle ihre Mitglieder zu schließen
3. Nur noch unattraktiv vergütete Basisversorgung wird über KV abgewickelt.

### **5-jährige schmerzhafteste Anpassungszeit!**

Unangenehme Wahrheiten brauchen Zeit bis sie innerlich verarbeitet sind und eine Neuorientierung zulassen. Die bisher kaum thematisierte Absicht des Gesetzgebers die bisherige Funktion der KV'en zum 1.7.2011 zu beenden, ist ein radikaler Bruch für die tradierte ärztliche, freiberufliche Berufsgestaltung.

### **Unauffällige, indirekte Ankündigung des Systemwechsels**

§ 87 Abs. 7 SGB V nach dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz:

"(7) Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2011 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz.2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 85a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Abs. 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2011, **ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.**"

### **Doch nur unverbindlich?**

Zunächst wird der Arzt als Leser dieses Paragraphen eher eine unverbindliche Überlegung des Gesetzgebers vermuten, D.h. er geht davon aus, es sei noch nichts endgültig beschlossen.

Dennoch hat diese Ankündigung verfassungsrechtliche Bedeutung.

Jeder Eingriff – auch in einen sozialrechtlichen Zulassungsstatus – braucht nach der Rechtsprechung eine 5-jährige Frist, damit sich die Betroffenen auf eine neue unternehmerische Situation vorbereiten können. Ansonsten könnten Sie auf einen enteignungsgleichen Eingriff in Eigentumsrechte klagen.

### Ende der Bedarfsplanung 01.07.2011

### Vor- und Nachteil der Fortführung einer Einzelpraxis im Vergleich mit fachgleicher, überörtlicher Gemeinschaftspraxis

Vorteile Einzelpraxis:	Nachteile Einzelpraxis:
Eigenständigkeit, Unabhängigkeit bis zum Schluss	Ab 2009 keine Verkaufsfähigkeit = Verlust des ideellen Wertes +/- € 100.000,--
Keiner schaut in die Buchhaltung, alles wird selbst gemacht: <ul style="list-style-type: none"><li>- Abrechnung,</li><li>- Marketing,</li><li>- Einkauf</li></ul>	Keine Kostensenkung durch gemeinsames Management = 15% Umsatzverlust p.a.
Aufrechterhaltung des Kassenarzt-Systems	In Zukunft erhöhte Praxisgebühr bis € 25,--, Wegfall von weiteren 20% Patienten = € 40.000,-- p. a.
Individueller Widerstand gegen direkte Sonderverträge, ausgeschrieben durch die Krankenkassen	Verlust von ca. 100 in Zukunft gut bezahlter Patienten, die in Sonderprogrammen gemeinsam mit Kollegen besser bezahlt werden = € 20.000,-- p.a.

### Bankkredit für eine Zukunft basierend auf Wettbewerb?

Wer im vertragsärztlichen Bereich investiert, muss wissen, bis wann er seine Investitionen abgeschrieben haben muss. Wer einen Praxiskredit aufnimmt, muss somit kalkulieren, dass er ihn spätestens nach 5 Jahren zurückzahlen kann. Spätestens dann kann auch die angekündigte Neustrukturierung wirken. Mit dieser Ankündigung formuliert der Sozialrechtsgeber, dass ab jetzt kein Arzt mehr im Glauben auf die Dauerhaftigkeit einer Zulassung eine wirtschaftliche Existenz planen kann, bzw. er ab jetzt unternehmerisch alles daran setzen muss, dass innerhalb von 5 Jahren getätigte Investitionen abgeschrieben sind.

Banken werden daher kaum noch bereit sein, eine „klassische“ Einzelpraxis zu finanzieren. Sie werden einen Businessplan verlangen, der vorsieht, dass der finanzierende Arzt durch eine Kooperation in der Lage ist, dauerhaft direkter Vertragspartner von Krankenkassen zu sein. Auch alle, die noch längerfristige Verträge aus der Vergangenheit haben, werden von der Bank aufgefordert, Details vorzulegen, wie sie innerhalb von 5 Jahren die Kredite zurückzahlen können.

### Auswirkungen für Praxisabgeber

Jeder Praxisabgeber muss diese verklausulierte politische Ankündigung ernst nehmen. Der Gesetzgeber kann nach dem Ablauf der verfassungsrechtlich vorgeschriebenen 5-Jahres-Vorinformationsfrist jederzeit von der Bedarfsplanung abrücken und hat es auch tatsächlich vor.

Spätestens in zwei Jahren beginnt daher ein noch stärkerer Abwärtstrend bei der Verwertung von Einzelpraxen. Gleichzeitig können sich jetzt auch Panikreaktionen sofort auf den Verkaufspreis auswirken.

Wer jetzt nicht gemeinsam ein Kooperationsmodell aufbaut oder in eine Kooperation eintritt, gefährdet aller Wahrscheinlichkeit nach das bisher konzipierte Lebenswerk.

### **Ausscheidensregelungen von Gemeinschaftspraxen müssen überarbeitet werden**

Viele Gemeinschaftspraxisverträge sehen vor, dass die verbleibenden Gesellschafter zu einer vereinbarten Formel den ideellen Wert (Wert der Zulassung) und den materiellen Wert übernehmen. Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 ist ab jetzt äußerst kritisch dem Abgeber ein Preis zu zahlen, der künftig von den verbleibenden Gesellschaftern nicht mehr erwirtschaftbar ist.

Somit müssten theoretisch alle Gemeinschaftspraxisverträge wegen **Wegfall der Geschäftsgrundlage** (Dauerhaftigkeit der Bedarfsplanung) gekündigt werden. Wer den Fehler macht, länger zu warten – ohne mit seinen Partnern zu reden – und den Vertrag neu zu ordnen, muss sich sofort entgegen halten lassen, dass er trotz der neuen Rechtslage die Übernahmeverpflichtung mit dem festgelegten Preis als sinnvoll anerkannt habe.

Damit würde einem schweigend unterstellt, dass in jedem Fall der vertraglich vereinbarte Übernahmepreis zu zahlen sei.

### **Überblick über die Transformationsphase**

Mit dem Ende der Bedarfsplanung 2011 beginnt ab jetzt eine 5-jährige Transformationsperiode bisheriger niedergelassener Tätigkeit als Freiberufler.

Es ist der Übergang vom bisherigen sektoral abgeschotteten, kollektivvertraglich gestalteten Sachleistungsprinzip zum wettbewerbsorientierten, öffentlich ausgeschriebenen Versorgungskonzept auf der Basis individueller Verträge zwischen Krankenkassen und niedergelassenen, freiwillig organisierten Arztgruppierungen, regional, landesweit oder bundesweit.

Wer innerhalb der um den Auftrag konkurrierenden Arztgruppierungen die entsprechenden Qualitätsstandards, Servicestrukturen, Anforderungskriterien und ggf. Mindestmengen für bestimmte Krankheitsbilder nicht erfüllt, fällt automatisch als Teilnehmer der zukünftigen kassenärztlichen Versorgung aus.

### **Kartellrecht verhindert Wettbewerb ausschließende regionale Netzwerkschlüsse!**

Das Ende der Bedarfsplanung heißt auch, dass Krankenkassen einzeln oder im Verbund bis zu einer Grenze von ca. 35 % Marktanteil in einem größeren Versorgungsbereich wie Rhein-Main/Rhein-Neckar / Hamburg / München / Berlin die Versorgung der Patienten nach Indikationen oder nach Fachgebieten ausschreiben.

Ärztegruppen – selbst ortsübergreifend als Gemeinschaftspraxen unternehmerisch zusammengeschlossen – und darüber hinaus als Bewerbungsgemeinschaften nach bestimmten Kriterien verbunden, geben ihre Angebote ab. Dieser öffentliche Ausschreibungsvorgang nach EU-Recht beschreibt Qualität und Anforderungsprofil.

### **Ausschreibung bedeutet sowohl Qualitäts- als auch Preiswertbewerb**

Die Arztgruppierung oder der Verbund von Arztgruppierungen gibt bei der Ausschreibungskommission sein Angebot ab. Der günstigste Preis mit dem Versprechen, die ausgeschriebene Qualität- und Servicestruktur zu erfüllen, erhält den Zuschlag.

### **Ende des bisherigen KV-Schutzkonzeptes**

Die niedergelassene Ärzteschaft mit ihrer kontinuierlich steigenden Anzahl von Ärzten (40% in den letzten 10 Jahren) sieht den Grund für ihre selbst eingeschätzte schlechte wirtschaftliche Situation in dem Vorhandensein der KVen.

Bei genauer Betrachtung wird man feststellen müssen, dass es nie eine bessere und für Arztpraxen stabilere Form freiberuflicher Versorgungsstrukturen gegeben hat. Berufspolitisch war das bisherige freiberufliche – auf Einzelpraxen und Kollektivvertrag beruhende System - für niedergelassene Ärzte und auch getrennt für den Krankenhausbereich, ein praktisch nie als wertvoll eingeschätzter paradiesischer Zustand.

KVen schlossen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweite Vereinbarungen ab und man konnte eine genau definierte Geldsumme über die Länder-KVen den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stellen.

In welche Krankheitsbilder die Mittel fließen und die Frage, ob die Versorgung von Halbgesunden wirklich notwendig ist, sowie welche Qualitätskriterien zu stellen seien, wurde nie direkt von den Krankenkassen als Vertragspartner vorgegeben und kontrolliert.

Die Bedarfsplanung ließ es zu, dass in überversorgten Gebieten – die objektiv überflüssigen Zulassungen – dennoch weiter verkauft werden konnten.

Schwere Krankheitsbilder = ca. 20 % der Patienten des niedergelassenen Sektors, Akutpatienten = 30 % der Behandlungen und die Dauerbetreuung von zuwendungsintensiven Gesundheitsstörungen = 50 % der zu behandelnden Nachfrager, wurden über den EBM unterschiedslos über Verdachtsdiagnosen konfliktfrei abgerechnet. Ziel der die Ärzteinteressen vertretenden KV war ohne Wettbewerb allen niedergelassenen Ärzten eine Existenzsicherung zu geben. Dieses System geht mit Erlass des Wettbewerbsförderungsgesetzes zum 1.7.2011 zu Ende.

### **Realistisch: 1/3 der unterdurchschnittlichen Praxen geben auf / wechseln ins Angestellten-Verhältnis**

Gesetzgeber und Gesundheitsministerium haben gegenüber den Berufsverbänden unmissverständlich klar gemacht, dass es für den niedergelassenen Bereich keine weiteren Mittel gibt. Im Gegenteil, die Politik sieht im Europavergleich in Deutschland eine sektorale Überversorgung von ca. 40 %. Gleichzeitig sieht sie im Bereich durch Kostenlosigkeit der Leistung/Sachleistungsprinzip eine Übernachfrage von 40 % bei nicht indizierten Gesundheitsstörungen.

Diese werden durch die Erhöhung der Praxisgebühren neuartig definierten Komplexgebühren leise aus der Alltagsnachfrage der Praxen herausgedrängt.

Mengenbegrenzung heißt konkret 30 bis 40 % der ärztlichen Tätigkeit im Bereich pastoral mitbetreuter Gesundheitsleistungen für nicht eigenverantwortlich handelnde Bundesbürger werden in Zukunft indirekt nicht mehr bezahlt. Die Eintrittsebene in die Arztpraxis wird auf € 15,00 bis € 30,00 erhöht, und damit indirekt die weitere Nachfrage um 15 bis 25 % gesenkt.

Politisch wird dabei argumentiert werden, dass die sozial schwachen Personengruppen und die tatsächlich existentiell kranken Menschen eine Befreiung von der Praxisgebühr erhalten.

Genauso einschneidend ist der politische Tatbestand, dass die bisherige KV-Verteilungsaufgabe die Krankenkassen alleine oder in Verbänden unmittelbar übernehmen und die Versorgungsangebote im existentiell kranken Bereich fachgruppenspezifisch oder indikationsorientiert/interdisziplinär im Wettbewerb ausschreiben.

Die Dauer der Versorgungsverträge wird zwischen zwei und fünf Jahren liegen und insoweit eine ausreichende Kalkulationssicherheit bieten.

Damit entsteht innerhalb der Krankenkassen gegenüber den Versicherten ein Wettbewerb, welche Krankenkassen mit welchen Arztgruppen am besten bestimmte Krankheitsbilder versorgen kann.

Es entsteht ein radikaler Paradigmenwechsel unter betriebswirtschaftlichen Aspekten. Stand bisher unbewusst die Versorgung von Menschen mit geringem Risiko für einen Medikamentenregress im Mittelpunkt der Einzelpraxis, so entsteht jetzt ein Wettbewerb um die jeweils größte Menge gleichartiger Krankheitsbilder, die auf der Basis des Risikostrukturausgleichs neu definiert werden. Dieser Krankheitswettbewerb umfasst 50 und 70 Krankheitsbilder.

### **Im Mittelpunkt: Krankheits-Schwerpunktbereiche**

Statt breiter KV-Versorgung für 20 % existentiell Kranker und für eine Mehrzahl Halbgesunder entsteht ein Wettbewerb um die in Zukunft bis doppelt so hoch bezahlten indikationsorientierten - in der Gruppe ausgeschriebenen - Krankheitsbilder.

### **Marktführer in Krankheitsbildern statt Behandlungsspezialist für Halbgesunde**

Der berufspolitische Offenbarungseid liegt darin, dass die etablierten Führer der Ärzteschaft in Kammer, KV, Berufsverband, freien Verbänden ihre Mitgliedsärzte seit ca. 10 Jahren nicht auf dieses veränderte, gesundheitspolitische Szenario vorbereitet haben. Die lange gesellschaftspolitische Vorbereitungszeit durch hervorragende Ausarbeitungen in Sachverständigengutachten, Bundestagsanhörungen, von Krankenkassen und Politik in Auftrag gegebenen Forschungsstudien wurde nicht berücksichtigt.

Der verständliche Wunsch das Alte zu erhalten, führte zum Ausfiltern der Konflikte.

### **Was bedeutet dies für den niedergelassenen Arzt?**

Die Gesellschaft und die sich neu zu bildenden ortsübergreifenden Gemeinschaften müssen sich nun auf den harten Kern von Krankheitsbildern im Bereich Diabetes, Asthma, Rheuma, Onkologie, Arthrose, Herz-Kreislauf, Schlaganfall konzentrieren. Hinzu kommen 30 % Abklärungsdiagnostik und Behandlung von akutmedizinischen Konflikten.

Auf der Strecke bleiben die Krankheitsbilder, die oft als „Gesundheitsstörungen“ bezeichnet werden. Dies bedeutet, es sind Krankheitsbilder mit seelisch-geistigen Ursachen bedingt durch Wertewandel, Zerstörung von Ehe- und Familienstrukturen, steigender Angst um den Arbeitsplatz, sonstige emotionale/soziale Stressstrukturen.

Dieser Bereich wird wiederum stärker dem Segment Eigenverantwortung, Bildung, Religion zugeordnet. Hier hat historisch die Ärzteschaft – freiwillig und auch mit ökonomischen Nutzen – eine Pufferfunktion übernommen, die jetzt im Rahmen einer gesellschaftlichen Güteabwägung/Triage leise umgepolt wird. Dies wird auch an dem vom Gesundheitsministerium zitierten Mengen an Arztkontakten deutlich.

Nach Einführung der Praxisgebühr hat der deutsche Patient im Durchschnitt 10,4 Arztkontakte pro Jahr. Im Vergleich dazu hat in England ein Patient 5 Arztkontakte bei hälftiger Ärztemenge und sogar längerer Lebenserwartung. Im Europavergleich arbeiten in Deutschland 30 bis 50 % zu viel Ärzte. Der Vorteil ist eine deutlich geringere Wartezeit und eine wesentlich komfortablere Versorgung. Nun sehen sich die gesellschaftlich Verantwortlichen nicht mehr in der Lage, diesen Prozess weiter aufrecht zu erhalten.

### **Erschließung von Rationalisierungsreserven**

Übernehmen nun professionell gemanagte regionale Arztgruppen – von der eigenen unternehmerischen Rationalisierung profitierend - die Versorgung, kommt die Bundesrepublik mit 30 bis 50 % weniger Ärzten mit einer höheren Qualität aus. Diese These wird naturgemäß mit Worthülsen und Weltuntergangsprognosen von den berufsständischen Organisationen bekämpft.

### **Nicht dem Wortnebel glauben – handeln!**

Strategisch wird es um Folgendes gehen.

1. Zunächst sollten sich übersichtliche fachgleiche Arztgruppen bilden, die in einer geografisch verbundenen Ebene das Ziel haben, maximal 25 bis 30 % Marktanteil zu haben. Aufbauen sollte man allerdings auf kleine Gruppen von 5 bis 7 zusammenarbeitenden Praxen, weil nur dann Effizienz, Verlässlichkeit und organisatorische Steuerbarkeit – ggf. auch durch externe Managementgesellschaften - entsteht.
2. Je mehr man sich in der Werbung und der Qualität so schnell wie möglich auf richtige existentielle Krankheitsbilder konzentriert, desto rentabler wird man. Statt mit 10 Zulassungen 10.000 Patienten breit zu behandeln, sollte sich nun ein Arzt innerhalb der Gruppe um alle dort befindlichen 600-800 Diabetespatienten, ein anderer um 300 onkologische Patienten, und wiederum ein anderer Arzt um 400 Asthmapatienten kümmern. Statt Mitarbeiterinnen mit breitem Spektrum können nun hoch qualifizierte Krankenschwestern zusammen mit den jeweiligen Ärzten Expertenteams bilden, die an Drittstandorten oder mobil sich umfassend und professionell wohnortnah um die Schwerpunkt-Krankheitsbilder kümmern.

Die Ärzte müssen sich dabei klar machen, dass 300 existentiell Kranke den ökonomischen Gegenwert von 600 Halbgesunden haben.

Damit entsteht eine Rückbesinnung auf die ursprünglich echte, notwendige kurative Medizin und gleichzeitig eine Verstärkung durch entsprechend spezialisierte Mitarbeiterinnen.

Die heimliche Vergütungsbotschaft aus dem neu geordneten Risikostrukturausgleich ist, wieder richtig Arzt sein für optimale Krankenversorgung.

### **Extreme – unbewusste mentale Widerstände**

Die Konflikte liegen nicht in der objektiven Fähigkeit der betroffenen Ärzte das entsprechende medizinische Wissen neu aufzubauen.

Die Konflikte liegen aller Wahrscheinlichkeit darin, dass es zu einem Zusammenstoß zwischen vergangenheitsorientierten Trägheitselementen, emotionalen Sicherheitskomponenten und neuartiger, gesellschaftlicher Herausforderung kommt.

Die Erfahrung zeigt, dass Menschen jeglichen Berufes nach einer gewissen Zeit eine standardisierte Routine in Halbtrance entwickeln. Um dem Menschen in seiner Routine Sicherheit zu geben, filtern Neuroschaltkreise neue Entwicklungen aus und bestätigen den Menschen in seiner Einschätzung. Dies bringt Ruhe und Verlässlichkeit in den Alltag.

Hinzu kommt eine so starke Informationsdichte zu wissenschaftlichen, organisatorischen und politischen Umbrüchen, die wiederum zu einer geistigen Wahrnehmungssperre führen.

Wird dies noch durch berufspolitische Botschaften verstärkt, entsteht ein Abkoppeln von der jeweiligen wirtschaftlichen, gesundheitspolitischen oder berufspolitischen Situation. Dies ist die Situation, mit der jetzt der niedergelassene Sektor und der Krankenhaussektor konfrontiert werden.

### **Wieder richtig kurativer Arzt sein – vielleicht doch eine Verbesserung ?**

Wieder richtiger Arzt für eine optimale Krankenversorgung zu sein, ist die Botschaft der Neuordnung des Einnahme- und Ausgabesektors der gesetzlichen Krankenversicherung. Je mehr Facharztgruppen erkennen, dass es jetzt gilt, fachgleich/horizontal sich zu spezialisieren, desto mehr Geld, Berufssicherheit und Erfolg hat eine Facharztgruppe. Dies insbesondere auch, weil es zu einer umfassenden personellen Verschmelzung wechselseitig mit dem Krankenhaussektor kommen kann. Damit kann sich die bisher nur dem Krankenhaussektor zugeschriebene Fachkompetenz auch umfassend im niedergelassenen Bereich – auch in der gleichen Person – niederschlagen.

Der Krankenhausarzt mit Nebentätigkeitsgenehmigung im niedergelassenen Bereich kann wohnortnah sein Kompetenz in die Diagnostik einbringen und den Patienten auch im Krankenhaus begleiten und die Wiedereingliederung in den ambulanten Sektor überwachen.

Damit kommt es auch zu einem erweiterten Know-How-Transfer zwischen Krankenhaus, Forschung und niedergelassenem Sektor.

All das könnte auch als gesellschaftlicher Fortschritt betrachtet werden.

### **Spezialisierte Betreuungsverträge mit der GKV ersetzen Bedarfsplanung**

In Zukunft können somit Arztgruppen unternehmerisch organisiert Drittstandorte wie Krankenhäuser, Einkaufszentren oder andere gut gelegene Praxisstandorte 7 x 24 Stunden gemeinsam nutzen und dort Schwerpunkt- und Notfallpatienten wohnortnah versorgen.

Die betriebswirtschaftliche Auslastung durch Call-Center, Geräte, Raum- und Personalnutzung steigt überproportional.

Damit ergeben sich Einspar-/ Rationalisierungspotentiale von 15 bis 25 % der Kosten für Miete, Geräte, Auslastung, Reparatur, Personaleinsatz, Einkauf, etc. Dies sind bei € 200.000, -- Umsatz in der Einzelpraxis rund 20 % Ersparnis oder € 40.000,-- pro Jahr. Bei 10 Zulassungen ergeben sich somit zur Bezahlung externer Managementfunktionen und zur Verbesserung der Infrastruktur freiwerdende Gelder von € 400.000, --.

Gleichzeitig ergeben sich durch gemeinsame Verwaltung/Management Zeiterparnisse von 20 %. Dies sind wiederum bei € 200.000, -- Jahresumsatz pro Zulassung, € 40.000, -- mehr Zeit pro Zulassung, nicht budgetiert Schwerkranke zu versorgen oder im Bereich Selbstzahlender Medizin Innovation und sinnvolle Früherkennung anzubieten.

Gleichzeitig wird es zu einer dramatischen Steigerung des Abschlusses von privaten Zusatzversicherungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung geben, die diese frei werdende Zeitreserven auch ökonomisch vergüten.

Des weiteren werden sich weitere Zusatzeinnahmen ergeben, weil viele Arztgruppen auch mit ihrer effektiven Art und ihren Teams im Bereich der operativen und invasiven Versorgung an Stelle von Krankenhausangestellten tätig sein werden.

Es kommt somit unter Berücksichtigung der Überkapazitäten am Krankenhaus auch zu Geldeinnahmen des niedergelassenen Sektors, die aus nachhaltigen Rationalisierungsreserven am Krankenhaus entstehen.

Insoweit wirkt der Sieg des Marburger Bundes bei den Tarifverhandlungen möglicherweise als Initialzündung zu einem noch schnelleren und radikaleren Umbau des Krankenhauses mit der Aufgabe von ca. 30 % Krankenhäuser und der Verlagerung von Krankenhausaufgaben in einen gemeinsamen dritten, ambulanten stationären Versorgungssektor.

Damit entsteht eine ökonomische Erschließungsreserve von Geld in einem Zeitraum von fünf Jahren, der ca. € 100.000,-- umfasst. Ein Effekt, der vehement bestritten werden wird, dem aber eine zentrale ökonomische Rolle zukommen wird.

### **Rationalisierungs- und Optimierungsdiskussion beginnt erst jetzt**

So kommt es zum Ergebnis, dass mit ca. 2/3 der niedergelassenen Ärzte 40 % Ersparnis erzielt werden kann, ohne dass es zu Versorgungsengpässen bei existentiellen Krankheiten kommt.

Hinzu kommen Einnahmen aus der Erzielung durch weiterverkaufte Arbeitskraft ans Krankenhaus; ferner Erträge aus modifizierter privatmedizinischer Zuwendung, sinnvoller Früherkennung, aktiver salutogenetischer individueller Ressourcenoptimierung und naturgemäß auch aus Einnahmen durch private Zusatzversicherungen im Bereich Innovation/ Naturheilverfahren.

Konkret heißt dies, diejenigen Ärzte, die sich spezialisierend zusammenschließen werden effektiver arbeiten und mehr verdienen als die jetzige Gruppe breit aufgestellter, viele Ressourcen verbrauchende Einzelpraxen auf der Basis des Kollektivvertrages.

Der ideelle Wert eines Partneranteils innerhalb einer Arztgruppierung wird in Zukunft nach dem Ertragswertverfahren berechnet. Eine Arztpraxis wird dann nur als Anteil in einer Gruppe zu bewerten sein, wenn diese Funktion qualifiziert, ohne jede große Veränderung in der Einnahmen- und Ablaufstruktur weiter besetzbar ist.

Damit kommt es zum Übergang von einer höchstpersönlichen medizinischen Leistung zu mehr standardisierten, effektiven auf hohem Niveau ablaufenden Versorgungsbegriffen analog dem Krankenhaus. Entscheidend sind für die Bewertung und Beurteilung dauerhafter gesellschaftlicher Nutzen und Funktion.

D.h. ein Drittel bis 50 % aller Praxen verlieren ihren bisherigen Praxiswert innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre. Weitere 50 % der Praxen verdoppeln bis verdreifachen ihren bisherigen ideellen Wert, weil sie dauerhaft nachgefragte auf Wettbewerb orientierte Marktmodelle anbieten mit stabilen Einnahmen aus qualitätsgesicherten Vertragsbeziehungen mit Krankenkassen oder aber auch mit wesentlich auf privat- und zusatzversicherten Patienten.

Die Zeit wird den Sieger in diesem verdeckten Krieg um Besitzstände prämiieren.

Die Richtigkeit der dargestellten Prognose ist eine Frage des Zeitpunktes der gesellschaftlichen Trendwende. Sie wird irgendwo zwischen 2007 und 2011 liegen.

Die Trendwende ist schmerzhaft und erfolgreich zugleich. Sie ist eine Frage der Betroffenheit und eine Frage inwieweit die betroffenen Berufskreise diese Veränderung als Chance begreifen.

H.-J. Schade  
Rechtsanwalt  
Broglie, Schade & Partner GBR  
Rechtsanwälte  
Wiesbaden - Berlin - München  
[www.arztrecht.de](http://www.arztrecht.de)