

Freiberufliche, überörtliche Vernetzung und ergänzende, integrierte, freiberufliche Haus- und Facharztzentren – ein überlegenes, regionales Versorgungskonzept gegenüber Krankenhaus/Investoren-MVZ´s mit angestellten Ärzten

Das freiberufliche, überörtliche Comunomed Vernetzungs- mit integriertem Haus- und Facharzt-Zentrum-Konzept

Begriffsbestimmung

Das freiberufliche Comunomed Vernetzungs-Konzept auf überörtlicher, wohnortnaher Basis, verbunden mit den ergänzenden, wachsenden, freiberuflichen, integrierten Comunomed Haus- und Facharzt-Zentren (Gesundheitsimmobilien) stellt eine gesundheitspolitische Alternative zu den im **Moment** primär diskutierten, großen, medizinischen Versorgungszentren von Krankenhäusern oder Investoren dar.

Diese integriert zusammenarbeitenden, freiberuflichen Comunomed Haus- und Facharzt-Zentren sind nicht identisch mit den tradierten, fachärztlichen Ärztehäusern, die primär ohne Hausärzte und ohne gemeinsame Vernetzung (bspw. Patientenakte) nur eine räumliche Zusammenführung weiterhin selbstständig agierender Arztpraxen waren.

Die freiberuflich integrierten Haus- und Facharzt-Zentren ergänzen die bestehenden, tradierten, wohnortnahen, freiberuflichen Praxen und nutzen die erweiterten Kooperationsmodelle des Vertragsarztrechts und des neuen Berufsrechts. Ihr Kennzeichen ist der modulare Aufbau einer Gesundheitsimmobilie mit vorgefertigten Bauteilen, der es in zeitlichen Stufenprozessen gestattet, die Verlegung und Konzentration von Arztpraxen dann anzugehen, wenn Praxen der Umgebung dies wünschen oder Praxisabgeber ansonsten für ihre Einzelpraxen keine Nachfolger finden.

Ziel: Integrierte Schnittstellenversorgung mit elektronischer Patientenakte

Neben dem gemeinsamen, integrierten Patientenversorgungskonzept mit gemeinsamer Patientenakte und anderen Vorteilen eines gemeinsamen Gebäudes wird Wert darauf gelegt, durch ergänzende, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften den tradierten Einzelpraxen zusätzlich die Möglichkeit zu geben, neben ihrem eigenen Flächenstandort an einem zentralen Standort tätig sein zu können und somit die Vorteil wohnortnaher Individualversorgung durch Einzelpraxen mit kooperativen zentralen Modellen zu ergänzen.

Abgabepraxen werterhaltend optimieren

Damit ist gewährleistet, dass freiberufliche Ärzte mehrere Standorte wohnortnah und dennoch zentral nutzen können. Ferner finden Praxisabgeber hier freiberufliche, unternehmerische Übernehmerärzte, die eine größere Menge fachgleicher oder interdisziplinärer Zulassungen freiberuflich bündeln wollen. So kann es zu einem Stufenabgabeprozess, der ggf. 3-5 Jahre dauern kann, kommen. Ferner kann sich ärztlicher Nachwuchs dort entsprechend der heutigen Vorstellungen des inzwischen überwiegend weiblichen, ärztlichen Nachwuchses auch in Teilzeitfunktion anstellen lassen, ohne dass es zur Bildung von industrialisierten Krankenhaus- und Investorenketten mit primär Angestellten-MVZ´s kommt.

Sicherstellung wohnortnaher Flächenversorgung

Eine solche Kombination der Weiterentwicklung und Erhaltung freiberuflicher Strukturen ergänzenden, zentralen Dienstleistungskonzepten dient der Erhaltung des freiberuflichen Praxismodells. Sie gibt der Kommunalpolitik gegenüber einer älter werdenden Bevölkerung wohnortnah die Chance, mit zentralen Dienstleistungsangeboten die geringer werdende Übernahmemöglichkeit von Einzelpraxen durch Alternativmodelle freiberuflicher Art aufzufangen. Durch die freiberufliche Übernahme von Praxisabgabepraxen wird eine Werterhaltung für die Praxisabgeber geschaffen und gleichzeitig werden durch die neue Form der integrierten Versorgung und Spezialisierung attraktive Arbeitsplätze für den ärztlichen Nachwuchs aufgebaut.

Konzept Oberste Landesgesundheitsbehörden Primärversorgung 2020 vom 5.6.2007

Thesen zur Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020

1. Allgemeine Rahmenbedingungen und daraus abgeleiteter Bedarf für die hausärztliche Versorgung

**These I:
Die demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen sowie die weitere Morbiditätsentwicklung werden im Jahr 2020 zu um mindestens 20 % erhöhten Anforderungen an die Primärversorgung führen (Vergleichsjahr 2000).**

Die demographische Entwicklung bis zum Jahre 2020 weist eine deutliche Steigerung des Anteils der über 65-jährigen (plus 37 % im Vergleich zum Jahr 2000) bzw. der über 80-jährigen (Steigerung plus 97 %) Bürgerinnen und Bürger auf, der sich bis zum Jahre 2050 weiter erhöhen wird. Eine längere Lebenserwartung wird diese Entwicklung verstärken.

Zielgruppe 65 bis 80 und 80 bis 105

Erfahrungsgemäß sind die über 65-jährigen bzw. die über 80-jährigen Personen die Patientengruppen mit den höchsten Kontaktzahlen in der hausärztlichen Versorgung. Hinzu kommt, dass der hausärztliche Betreuungsbedarf von chronisch Kranken auch von deren persönlichen Umfeld abhängt. Sich verminderte Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb des Familienverbandes, ablesbar an der steigenden Anzahl von Singlehaushalten, werden die Erwartungen an die Primärversorgung erhöhen. In heute schon dünn besiedelten und wirtschaftsschwachen Gebieten werden durch den anhaltenden Wegzug der erwerbstätigen Bevölkerung sowie – dadurch bedingt – einen steigenden Anteil der verbleibenden älteren Bevölkerung die Anforderungen an die Primärversorgung besonders steigen.

Ihre arbeitsteiligen Schwerpunkte: Diabetes, kardiovaskulär, Demenz, Pflege

Bis 2020 (Vergleichsbasis 2000) werden nach vorliegenden Schätzungen die (absoluten) Prävalenzraten für chronische Erkrankungen (wie Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen, z. B. Schlaganfall) zwischen 16 % und 40 % (je nach Krankheit – die einzelnen Prozentsätze sind den angegebenen Quellen zu entnehmen) - steigen. Bezogen auf 100.000 Einwohner wird sich für diese Krankheitsgruppe der Prozentsatz um 30-50 % erhöhen. Besonders dramatisch wird die Entwicklung bei der Demenz eintreten. Hierbei werden Steigerungsraten bei den Erkrankungen von über 50 % im genannten Zeitraum in Fortschreibung der bisherigen Entwicklung prognostiziert (bezogen auf 100.000 Einwohner Steigerung um 61%).

Ähnliche Steigerungsraten werden bei der Pflegebedürftigkeit erwartet, wobei die Beanspruchung der Pflegestufen 1 und 2 stärker zunehmen wird als die der Pflegestufe 3.

10:1 - 9 Patienten bleiben beim Hausarzt

Diese Erhöhung basiert ausschließlich auf einer höheren Anzahl von älteren Patientinnen. Betrachtet man die Zahl der älteren Patientinnen, so nimmt der Anteil der dauerhaften Erkrankungen mit dem Alter merklich zu. Dies bedeutet, dass mit der Alterung der Bevölkerung die Behandlungsintensität und damit die Arbeitsbelastung stärker zunehmen wird, als es die Entwicklung der oben genannten Zahl von Patienten ausweist. Die Hauptlast dieser Mehrarbeit wird gemäß der bekannten 10er - Regel (von 10 hausärztlich behandelten Patienten bedarf einer eine spezialärztliche Behandlung) durch die Hausärzteschaft zu schultern sein.

20 % mehr Arbeitslast bei 18.000 Hausärzten weniger

Auch wenn eine genaue Prognose nicht zuletzt aufgrund der nicht absehbaren Fortschritte in der Medizin mit hohen Unsicherheiten behaftet ist, kann aufgrund der demographisch nachvollziehbaren Morbiditätsentwicklung und der daraus abgeleiteten zusätzlichen Belastungen der Primärversorgung insgesamt von einer um mindestens 20 % erhöhten Arbeitslast für die Primärversorgung, allen voran für die hausärztliche Versorgung, im Jahre 2020 ausgegangen werden. Diese demographische Entwicklung wird sich bis zum Jahr 2050 fortsetzen.

These II:

Um das heutige Niveau der hausärztlichen Versorgung aufrecht zu halten, fehlen in 10-15 Jahren bis zu ca. 15.000 Hausärztinnen in Deutschland.

Die KBV hat 2007 eine neue Prognose für die Entwicklung der Hausärztezahls bis zum Jahre 2017 vorgelegt. Danach wird auf der Basis der prognostizierten Abgänge und tatsächlichen Zugänge von Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internistinnen bundesweit ein

Rückgang von gut 4.000 Hausärztinnen (7,5 %) zum Bestand des Jahres 2006 berechnet. Zu einer ähnlichen Einschätzung der zugrunde liegenden Daten der hausärztlichen Versorgungslage kommt das Wissenschaftliche Institut der AOK, ohne allerdings eine dezidierte Prognose abzugeben. Hinzu kommt die in These I näher beschriebene demographisch bedingte Steigerung des Bedarfes an der hausärztlichen Versorgung von mindestens 20 %.

Fehlender Arztbedarf verlangt neue Delegationsstrukturen (Versorgungsassistentinnen)

Bei rund 58.000 niedergelassenen Hausärztinnen werden – bundesweit betrachtet - zur Kompensation eines Mehrbedarfs mindestens (gerundet) 11.000 weitere Hausärztinnen benötigt. Zusammen mit dem angeführten Rückgang von 4.000 Hausärztinnen kann insofern von einer Anhaltszahl von etwa 15.000 fehlenden Hausärztinnen ausgegangen werden.

Nur neuartige Gesundheitsimmobilien mit anderer Arbeitsteilung und Transport schafft Abhilfe

Ende 2006 werden bereits in rund ein Viertel der Planungsbereiche in Deutschland Versorgungsgrade von unter 100 % ausgewiesen. Insofern wird sich die Versorgung mit Hausärztinnen in den bereits heute nicht optimal versorgten Gebieten bis 2020 im Vergleich zu den gut versorgten Gebieten besonders verschlechtern.

Es ist jedoch festzustellen, dass in 150 Regionen noch eine Überversorgung (Versorgungsgrad größer 110 %) besteht. Diese ungleiche Verteilung von Hausärztinnen ist aber aufgrund der engen Bindung von Hausärztinnen an ihr jeweiliges Einzugsgebiet nicht durch Umsteuerungsmaßnahmen in Form von Praxisverlagerungen kurz bis mittelfristig und auf freiwilliger Basis zu nivellieren.

Extrem reduzierte Bereitschaft von Allgemeinärztinnen sich tradiert niederzulassen

Daher ist zu vermuten, dass sich viele Ärztinnen für Allgemeinmedizin nicht niederlassen, weil die Rahmenbedingungen bisher eine gleichzeitige Vertragsarztstätigkeit und ein Familienleben nicht zuließen. Durch die flexiblen Möglichkeiten des Vertragsarztänderungsgesetzes oder durch andere familienfreundliche Maßnahmen sind Verbesserungen möglich. Sofern aber bis 2020 die Lasten des Familienlebens dennoch im wesentlichen von den Frauen getragen werden, könnte sich dennoch der Trend zu einer zurückhaltenderen Bereitschaft zur Niederlassung der zunehmend weiblichen Allgemeinmedizinerinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen fortsetzen.

Förderung der primärärztlichen Versorgung als Teil der regionalen Infrastruktur

These XVII:

Es ist Sache der Kommunen und der Länder, infrastrukturelle Unterstützungen zu bieten.

Insgesamt attraktive Rahmenbedingungen wie ein freundliches Investitionsklima, ein gutes Kindertagesstätten- und Schulanangebot helfen ebenfalls, frei werdende Arztsitze neu zu besetzen. Der verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf kommt ein hoher Stellenwert zu. Hier sind die Gebietskörperschaften gefordert:

Regionale Patienten-Hol-und Bring-Dienste

- Angebot von regelmäßigen Shuttle-Diensten (z. B. Sammeltaxis) durch die Kommunen zur Kompensation eines ausgedünnten Nahverkehrsnetzes.

- Ansiedlungsunterstützung für Ärztinnen und ihre Familien, Unterstützung bei der Bereitstellung von Praxisräumen auch in Zweigstellen (arbeitsteiliges und abgestimmtes Vorgehen zwischen Nachbargemeinden bzw. Mittelzentren und Umland, regionale Ansiedlungsförderung „aus einer Hand“), kostenlose Unterkünfte für Weiterbildungsassistentinnen sowie Praktikantinnen.

Kommunen sollen Zentren / BAG / MVZ besonders fördern

Im Einzelfall kann in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen die zügige Entstehung kooperativer hausärztlicher Versorgungsstrukturen (Gemeinschaftspraxen, Praxen mit angestellten Hausärztinnen, MVZ) auch finanziell gefördert werden. Dazu kann auch die Unterstützung bei notwendigen Investitionsmaßnahmen oder der Neu-einrichtung einer Praxis gehören.

Krankenkassen müssen ggf. gemeinsam/übergreifend anstelle von KV handeln

These XIX:

In unterversorgten Regionen nehmen die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich den Sicherstellungsauftrag für die Primärversorgung wahr. Die Möglichkeiten zur inneren Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen werden erweitert.

In strukturschwachen Regionen, meist dünn besiedelten Räumen bedarf es einer Vielzahl von Maßnahmen, um einer Unterversorgung zu begegnen. Die Krankenkassen werden damit in die Lage versetzt, durch Ausschöpfung geeigneter Maßnahmen die Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Durch gezielten Einsatz geeigneter Maßnahmen schließen die Krankenkassen zur Erfüllung des auf sie übergegangenen Sicherstellungsauftrags die Verträge kassenartenübergreifend mit Ärztinnen und geeigneten Einrichtungen bzw. Gesundheitsberufen.

Zentrale Gesundheitsimmobilien – Marketing-Chance für Krankenkassen

Gleichzeitig kommt es für die Krankenkassen zu einer ganzheitlichen Versorgung aus einer Hand mit erweiterten zeitlichen Aspekten und der Profilierungsmöglichkeiten der Krankenkassen, ihren Patienten einen erkennbaren Mehrwert zu bieten.

Diese regional vernetzten Strukturen sind für die Krankenkassen ein idealer Weg, solchen Arztgruppierungen inte-

grierte Versorgungsverträge gem. § 140 a SGB V oder gem. § 73 c SGB V (Direktverträge) anzubieten, weil es durch diese integrierten Versorgungsmodelle zu nachhaltigen Einsparungen an Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhauseinweisungen, Rehabilitation und poststationärer Pflegestrukturen kommen kann. Diese Ersparnisse können sich die beteiligten Arztgruppen mit den Krankenkassen unter Berücksichtigung der vom Gesetzgeber ab 2009 definierten Krankheitsbilder des Morbi-RSA teilen.

Techniker Kasse bietet Versicherten Sonderbehandlung im MVZ

Piloteinrichtung mit Fachärzten in Köln/Snacks und Getränke im Wartezimmer

„Das MVZ steht Versicherten aller Kassen offen. Ziel ist aber, dort langfristig hauptsächlich TK-Versicherte zu behandeln. Schon jetzt bieten die Ärzte des MVZ dieser Klientel einen besonderen Service: Sie erhalten innerhalb von fünf Werktagen einen Termin und müssen nicht länger als 30 Minuten warten. Im Wartezimmer gibt es für die TK-Versicherten Lektüre, Snacks und Getränke. Das Logo von „Atrio-Med“ ist blau und weiß, also die TK-Farben. „Das ist kein Zufall“, sagt Straub.“

Ärzte Zeitung Nr. 143 vom 2. August 2007 / Seite 4

Versorgungszentren - eine sinnvolle Alternative zur Einzelpraxis? Ulla Schmidt (SPD) steht hinter der neuen Piloteinrichtung der Techniker Kasse in Köln

Nur den TK-Versicherten bieten die Atrio-Med-Ärzte Sprechstunden am Samstag, diese Klientel hat zudem einen eigenen Warteraum mit besonderem Service.

Wenn es nicht um Unterschiede in der medizinischen Behandlung gehe, sondern um bessere Konditionen für Versicherte einer Krankenkasse, sei angesichts der Kassenwahlfreiheit gegen eine solche Differenzierung nichts einzuwenden, sagte Schmidt.

"Wir betreten Neuland, indem wir ein medizinisches Versorgungszentrum der neuen Generation eröffnen, in dem Veränderungen für die Patienten spürbar und erlebbar werden", sagte TK-Chef Professor Norbert Klusen.

Ärzte Zeitung Nr. 152 vom 5. September 2007

Mit halber Zulassung in ergänzenden, zentralen Gesundheitsimmobilien mitwirken

Viele niedergelassene Haus- und Fachärzte sehen den Vorteil zentraler Dienstleistungsangebote mit vernetzter Patientenakte und guten Parkplatzmöglichkeiten an zentralen Standorten in Stadtteilen oder im ländlichen Raum.

Dennoch besteht für sie oft das Problem in der totalen Aufgabe ihrer im Privateigentum stehenden Praxisstandorte oder auf langfristiger Mietbasis (preisgünstige Miete) in einer Güterabwägung.

Durch die vom Gesetzgeber zum 01.01.2008 ins Auge gefasste Möglichkeit, jederzeit eine Vollzulassung zu teilen und damit vertragsärztlich an zwei Standorten des Planungsbereiches tätig werden zu können, ergibt sich die Möglichkeit, nunmehr den alten Standort beizubehalten und darüber hinaus in einer in Modulbauweise (fix und fertig) errichteten Gebäudestruktur mit fertiger Einrichtung und Zentralverwaltung zusätzlich - testweise - niederlassen zu können.

Beschluss des Deutschen Bundestages vom 17.10.2008

Zu Artikel 1 Nr. 2a - neu - (§ 103 Abs. 4 Satz 1a - neu - SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. In § 103 Abs. 4 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Satz 1 gilt auch bei hälftigem Verzicht auf die Zulassung oder hälftiger Entziehung der Zulassung.“

Begründung:

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, dass Vertragsärzte nicht nur mit zeitlich vollem, sondern auch mit hälftigem Versorgungsauftrag an der

vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können (§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V sowie § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV). Bei der Berechnung des Versorgungsgrads in einem Planungsbereich sind Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 zu berücksichtigen (§ 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V). Laut Begründung soll diese gesetzliche Änderung zur Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten sowie zu Bewältigung von Unterversorgungssituationen beitragen.

Eine Umsetzung dieser Regelung wird bisher mit Verweis auf § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V verhindert. Danach seine Anträge auf Ausschreibung der Hälfte des Vertragsarztsitzes abzulehnen, da nach dem Wortlaut des § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V die Beschränkung des Versorgungsauftrages nicht dem Verzicht auf vertragsärztliche Zulassung gleichzusetzen sei; der Gesetzgeber hätte dies ausdrücklich regeln müssen.

Durch eine Klarstellung in § 103 Abs. 4 SGB V sollen nunmehr die Intention des Gesetzgebers erreicht und weitere Rechtsstreitigkeiten vermieden werden.

Expansionsbereite, freiwillige Kollegen übernehmen Abgeber-Praxen

Gleichzeitig haben unternehmerische Ärzte / Berufsausübungsgemeinschaften die Möglichkeit, nicht mehr als Einzelpraxis nachgefragte Abgeberpraxen zu erwerben und – mit entsprechendem zeitlichen Vorlauf – an Standorten mit hoher Patientennachfrage zu platzieren und hierfür auch den entsprechenden ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen, der ggf. an einer nicht investierenden, freiberuflichen Rolle als angestellter Arzt interessiert ist. In Zukunft wird bei dem Druck, der sich gegenüber Ärzten in Krankenhäusern verdichtet, die Alternative sein, zu prüfen, ob sich eine zusätzliche **Angestelltenfunktion in einem freiberuflich geprägten Kontext** nicht eine adäquate Alternative sein kann.

Ärztlicher Nachwuchs – überwiegend weiblich – wünscht risikofreies Arbeiten in strukturierten Großgebilden

Die freiberufliche Einzelpraxis-Tätigkeit im ländlichen Raum und in sozial schwachen Stadtteilen wird vom ärztlichen Nachwuchs überwiegend als unerwünscht betrachtet.

Wenn auch Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Berufsverbände es noch leugnen, auch mit mehr Vergütung wird der jetzige ärztliche Nachwuchs keine Einzelpraxen auf dem Lande oder in sozial schwachen Strukturen eines Ballungsgebietes übernehmen wollen.

Die folgenden Ausschnitte einer Analyse zum veränderten Werteverhalten des ärztlichen Nachwuchses bezüglich seiner Berufs- und Lebensvorstellungen wurden mit Unterstützung / Kenntnis der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Bundesärztekammer und Gesundheitsministerium erarbeitet. Sie verdeutlichen den veränderten, vom Gesetzgeber zu berücksichtigenden, gesellschaftlichen Wandlungsprozess. Die Ergebnisse der Studie flossen in das Konsenspapier der Landesgesundheitsministerkonferenz 2007 ein, das die bundesweite, landespolitische Richtlinie für die Primärversorgung ab 2009 bildet.

Darin kommen die Forscher und in den Schlussfolgerungen die Gesundheitspolitiker aller Parteien zu dem Ergebnis, dass die regionale Versorgung wohnortnah nur durch neue, zentral organisierte Gesundheitsimmobilien zu lösen ist, in denen sich der ärztliche Nachwuchs für die Arbeitszeit wohl fühlen kann. Erforderlich ist allerdings dazu auch, dass Kindergärten für die Gesundheitsberufe geschaffen werden, dass man nicht mehr verlangen kann, dass Einzelpraxen übernommen werden und dass der öffentliche Nahverkehr ergänzt durch Patienten Bring- und Hol-Dienste, die zum Preis des öffentlichen Nahverkehrs mit 9-er / 13-er Bussen Patienten individuell zu den Praxen und Zentren fahren, weil künftig

die Mehrzahl der Bevölkerung über 50 Jahre alt sein und über immer weniger Mobilität verfügen wird, ergänzt werden müssen.

Die Bevölkerung muss zum Arzt gefahren werden, anstelle der früheren Lösung, dass der einzelne Arzt in der Nähe der Wohn- und Arbeitsbevölkerung tätig ist.

Die Ärztezeitung vom 03.09.2008 beschreibt ein Konzept, das sinngemäß solche Entwicklungen bereits verkörpert.

„Ärzte planen ein "MKZ" für Rodgau und Rödermark

Für das Projekt soll auf einem 3000 Quadratmeter großen Gelände direkt am S-Bahnhof im Rodgauer Stadtteil Nieder-Roden ein Neubau entstehen, der Platz für bis zu 17 Arztpraxen, eine 24-Stunden-Apotheke, eine Notdienstzentrale, ein krankengymnastisches Zentrum sowie weitere medizinische Dienstleister aus der Region bietet. Ein zentrales Büro soll den Praxen Verwaltungsarbeit abnehmen und bei IT-Fragen helfen. Im Gespräch ist auch eine Palliativstation mit Tagesbetten.

Viele Nachwuchsärzte scheuten bislang vor dem Sprung in die Provinz zurück, weil sie Angst hätten, die Existenzgründung ganz allein bewältigen zu müssen, so die Ministerin.

Rodgaus Bürgermeister sieht in dem MKZ eine Chance, die Versorgung der alternden Bevölkerung weiter sicherzustellen und der Abwanderung von Ärzten entgegen zu wirken.“

Strategische und konkrete Konsequenzen

Entsprechend dem Wunsch des ärztlichen Nachwuchses, nicht mehr im ländlichen Raum oder in sozial schwachen Ballungsgebieten vereinzelt freiberuflich tätig zu werden, müssen nun neue freiberufliche Dienstleistungsformen gefunden werden. Geschieht dies nicht in ausreichendem Maße, werden die vom

Gesetzgeber ermöglichten Strukturen der regionalen Versorgung durch medizinische Versorgungszentren von Krankenhäusern oder Investoren diese Versorgungsrolle übernehmen.

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften können nach den neuen Rechtsmöglichkeiten zusätzlich die Palette ihrer Dienstleistungen in freiberuflichen, integrieren Haus- und Facharzt-Zentren anbieten.

Da man bei freiberuflichen Ärzten und Zahnärzten inzwischen auch als Angestellter auf Voll-/Teilzulassungen tätig sein kann, ergibt sich hier eine Berufswahl auch für Angestellten-Tätigkeiten, die ggf. einem Krankenhaus-MVZ von der Organisationsstruktur und der Arbeitsatmosphäre überlegen ist.

Wohnen und Arbeiten können räumlich getrennt sein

Der ärztliche Nachwuchs kann seine Wohn- und Lebenssituation auf diese Weise an den Standorten konzentrieren, die für Arbeitsmöglichkeiten eines ärztlichen Ehepaares / einer Krankenschwester als Diabetes-Koordinator, etc. angemessen erscheinen. Benutzt man die neuen Arbeitsplätze in zentralen Standorten oder auch als Angestellter in einer wohnortnahen Praxis konsequent, sind Anfahrtszeiten bis zu einer Stunde denkbar und möglich. Benutzt man hierfür individuell die Mitfahrmöglichkeiten der Patienten Bring- und Hol-Dienste, kann man zu günstigen Beförderungsbedingungen noch berufliche und private Dinge bei An- und Abfahrt, wenn man selbst gefahren wird, organisieren. Damit wird es möglich, unter Nutzung einer attraktiven Groß- oder Mittelstadt dennoch einen strukturierten Arbeitsplatz in einem ländlichen Haus- und Facharzt-Zentrum zu nutzen. Man muss nicht investieren, kann auf gut organisierte Infrastrukturen mit professioneller Geschäftsführung – wie in einem Krankenhaus – zurückgreifen und sich voll und ganz auf die rein ärztliche Tätigkeit konzentrieren.

Überörtliche, freiberufliche Zusammenarbeit unter Mitnutzung ergänzender, integrierter, zentraler Haus- und Facharzt-Zentren

Überörtliche, fachgleiche oder auch interdisziplinäre Berufsausübungsgemeinschaften bzw. Gemeinschaftspraxen scheiterten in der Vergangenheit an der Angst, individuelle Vorteile zu verlieren, sich Mehrheitsbeschlüssen unterwerfen zu müssen, möglicherweise für unangemessene Kostenstrukturen von anderen Kollegen aufkommen zu müssen oder aber auch Gewinne an weniger fleißige Kollegen abführen zu müssen.

Erleichterte Konzepte für Gemeinschaftspraxen

Mit der Entscheidung des Gesetzgebers, ab 2009 uneingeschränkt Vollzulassungen teilen zu können, ergeben sich für neu zu gründende Berufsausübungsgemeinschaften viele Erleichterungen.

Mit dem neuen EBM gibt es die Möglichkeit, ohne Abstaffelung bis zu 150% des regionalen, fachgruppenspezifischen Regelleistungsvolumen abrechnen zu können.

Ferner werden Patienten aus integrierter Versorgung, Hausarzt- und Direktverträgen gem. § 73c SGB V nicht auf die Fallzahlbegrenzung angerechnet.

Teilt nun ein Hausarzt / Gynäkologe seine Zulassung und behält seinen alten Standort bei, kann er sich darüber hinaus entscheiden, eine Teilzeit-Mietnutzung einer schlüsselfertig eingerichteten Haus- und Facharzt- Zentrums-Immobilie als weiteren Standort mit halber Zulassung zu nutzen.

Gleichzeitig kann er entscheiden, mit der einen halben Zulassung Mitglied in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft zu werden, die sich wiederum der internen Spezialisierung bedient. Bei der vertraglichen Gestaltung ist es möglich, die individuellen Kosten- und Gewinnstrukturen angemessen zu berücksichtigen.

Dadurch kann eine emotional tragfähige Kooperationslösung für die Teilnehmer erreicht werden.

Hausärztlich könnten so abrechenbare Sonderkompetenzen von Kollegen mitgenutzt werden, die mit dem gleichen Modell ihre Spezialitäten wie Psychotherapie, Phlebologie, Diabetologie, Proktologie, Chiropraktik, Ernährungsmedizin, Palliativmedizin, Schmerztherapie etc. entwickelt haben. In der Gynäkologie könnte so ein Verbund halber Zulassungen im Bereich von Pränatal-Diagnostik, Ultraschall-Diagnostik, gynäkologischer Operationen, Nutzung von Brustzentren, Geburtshilfe, In-Vitro-Fertilisation entstehen. Dies bedeutet, man kann alle sinnvollen Ergänzungen, die man ansonsten als Einzelner über die Überweisung in Anspruch genommen hat, in einer die Gewinne nach entsprechenden Abreden gestalteten, vertragsärztlichen, IV- und privaten überörtlichen Gemeinschaft bündeln.

Haftungsrisiken können ausgeschlossen werden

Alle Infrastrukturen, wie Eigentumsrechte an Einrichtung, Verbindlichkeiten wie Krediten, bleiben unter einer getrennten Steuernummer erhalten. Denn diese Steuernummer bezieht sich auf die weiterhin unverändert bestehen bleibende Privatpraxis.

Die Gemeinschaftspraxis kann alle Infrastrukturen benutzen und dennoch bis auf wenig, ausgesuchtes Personal alles gemeinsam nutzen.

Kostenstrukturen werden anteilig nach Standorten kalkuliert und die Gewinnverteilung richtet sich nach den Umsatzbeiträgen und führt nur zu Gewinnausgleichen, soweit es zu einer ergänzenden, gemeinsamen Leistungserbringung durch die Inanspruchnahme verschiedener Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gekommen ist.

Eingerichtete Praxisstruktur nur in Teilzeit mieten

Wird von außenstehenden Investoren (Apotheken, Sanitätshäusern, Laborpraxen) das Gebäude errichtet und über eine entsprechende Betriebs- und Verwaltungsgesellschaft die eingerichteten Praxisstrukturen zeitanteilig den Ärzten vermietet, kommt es weder zu neuen Investitionen noch zu der Notwendigkeit eines umfassenden Umzuges für den einzelnen Arzt.

Jeder Arzt kann entscheiden, ob er die Zeitanteile in der Zentral-Immobilie, je nach Standort-Entwicklung, aufstockt oder nicht.

Den alten Praxisstandort voll weinternutzen!

Darüber hinaus hat er das Recht, an beiden Standorten zu arbeiten. Er kann gemeinsam angestellte Fachärzte als Vertreter benutzen, um seine Leistungsbeiträge zu optimieren oder sich selbst auf weiter erworbenen halben oder ganzen Zulassungen als Angestellte integrieren, die mit einer Nebentätigkeit aus dem Krankenhaus stammen. Damit bekommt das Krankenhaus den Zugang zur ambulanten Flächenversorgung auf freiberuflicher Basis und kann die hohen Personalkosten senken. Es kann die für das Krankenhaus wichtige Zuweisungssteuerung mit eigenen Ärzten über die Nebentätigkeitsgenehmigung der Krankenhausärzte für die freiberuflichen Verbundpartner nutzen. Ein eigenes Krankenhaus-MVZ wird überflüssig.

Sicherheit und Fortschritt risikoarm kombinieren!

Damit entsteht an Stelle der Alternative „Einzelpraxis“ oder „Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft“ **sowohl** mit der Teilung der Zulassung ein „**Sowohl-als-Auch**“. Der Arzt ist weiterhin individueller, tradierter Freiberufler an seinem Standort.

Gleichzeitig nutzt er aber im Rahmen einer zeitlich begrenzten Mietlösung **auch** den stufenweise modular auszubauenden haus- und fachärztlichen Zentralstandort. Mit vorgefertigten Bauteilen kann insoweit jederzeit innerhalb von drei Monaten an das bestehende Initialbauwerk – nach den Wünschen der umgebenden Praxen – ein Erweiterungselement für die Zentralimmobilie angebaut werden.

Keiner muss sofort umziehen, investieren und die „Katze im Sack“ kaufen. Nach einer langen Tradition individualisierter Einzel- und kleiner Gemeinschaftspraxen ist das Wagnis, größere, kollegiale, freiberufliche Kooperationen naturgemäß skeptisch zu betrachten. Mit dem Modell einer die Einzelpraxis ergänzenden vertragsärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft auf Probe mit halben Zulassungen findet man ein idealtypisches Übergangsmodell. Ergibt sich im Rahmen einer jederzeitigen Kündigungsmöglichkeit der Wunsch, sich aus der Berufsausübungsgemeinschaft zurückzuziehen oder den neuen Standort nicht weiter zu nutzen, kann der Inhaber der beiden halben Zulassungen diese wieder am alten Standort in eine Vollzulassung zurückführen.

Damit bleiben je nach Wunsch Ursprungsstrukturen voll erhalten. Gleichzeitig können die Vorteile neuer Strukturen (überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften und die Nutzung zentraler Gesundheitsimmobilien) getestet und ggf. dauerhaft weiter entwickelt werden.

**Verblüffend einfach:
Eingerichtete Praxisräume in Zentral-Immobilien in Teilzeit mieten**

Die Erstellung des Gebäudes und der Einrichtung, sowie die Verwaltungs- und Abrechnungsstruktur übernimmt bei diesem Modell eine gewerbliche, nicht-ärztliche Dienstleistungsgesellschaft. Sie bietet den interessierten, freiberuflichen Ärzten die gesamte Nutzung der Infrastruktur im Schichtsystem nach jeweiligem Zeitbedarf an.

Damit kann jede freiberufliche Praxis der Region den ergänzenden, freiberuflichen Immobilienstandort ergänzend, ohne Investitions-, Umzugs- und Personalrisiken nutzen.

Eigenschaften einer freiberuflichen, integrierten Haus- und Facharzt-Immobilie im Comunomed-Konzept

Ein erfolgreiches, freiberuflich geprägtes, interdisziplinäres, haus-/fachärztliches Zentrum muss sich von den bisher vorherrschenden Strukturprinzipien der kleinteiligen, ambulanten Versorgung spürbar unterscheiden.

Nur so erhält der Standort und der freiberufliche Regionalverbund die von den einzelnen Krankenkassen der GKV oder PKV zu vergebende Bezeichnung

Vorzugs-Partner / Empfehlungspartner der X-Krankenversicherung.

Die folgenden Comunomed-Kriterien lassen sich wie folgt für die Gründung entsprechender Strukturen übertragen.

Fachliche Vollversorgung aus einer Hand

Die freiberufliche Regionalstruktur mit zentraler Anlaufstelle versorgt vollständig komplexe Krankheitsbilder. Dazu sind die notwendigen freiberuflichen, integrierten Haus- und Facharzt-Zentren zu bündeln. Ziel muss sein, mindestens 60% aller ambulant behandelbaren Krankheiten vollständig zu versorgen. Darüber hinaus sind spezialisierte Varianten der Versorgung im Sinne von Disease-Management bei Diabetes etc. anzustreben.

Abendsprechstunde zwischen 18.⁰⁰ Uhr und 20.⁰⁰ Uhr reduziert Krankenkassen-Einweisungshäufigkeit

Durch das komplette haus- und fachärztlich anzustrebende Spektrum kann auch die Einweisungshäufigkeit ins Krankenhaus – ein wichtiger Kostenfaktor für die Krankenkassen – nachhaltig reduziert werden. Wenn am Wochentag abends nach 18.00 Uhr oder am Freitagnachmittag neben dem Hausarzt ein entsprechender Facharzt (bspw. Kardiologe) niedergelassen oder als Teilzeitangestellter der freiberuflichen Praxisstruktur und gleichzeitiger Krankenhaus Arzt – im Zentrum mitkonsultiert werden kann, kann medizinisch sichergestellt werden, dass angstfrei auf eine Einweisung verzichtet werden kann.

Bei einem solchen Konzept gibt es dann die oft noch typische Einweisung wegen „unspezifischem Brustschmerz“ nicht mehr. In der durchschnittlichen Einzel-Hausarztpraxis der Flächenversorgung ist dies aber ein typischer Grund für eine nachvollziehbare, zwingende Einweisung aus Sicherheitsgründen (Vermeidung des Herzinfarkt-Risikos).

Zeitliche Vollversorgung / lange Öffnungszeiten von Montag bis Samstag

Ziel ist es, dass das freiberufliche, integrierte Haus- und Facharzt-Zentrum unabhängig von der Anwesenheit einzelner Ärzte wesentlich umfangreiche Sprechzeiten anbietet, als es die ambulante Einzelpraxis kann. Insoweit ist jede Fachrichtung des Konzeptes von Montag bis Freitag von 8.00 bis 20.30 Uhr zu besetzen.

Damit entfallen auch oft die für die Bevölkerung lästige und suboptimale Nutzung von Not- und Bereitschaftsdiensten sowie die Selbst-Einweisung in die Notaufnahme des Krankenhauses. Der jeweilige Patient erhält eine Visitenkarte, auf der gekennzeichnet ist, wann und wo er seinen persönlichen Arzt immer erreichen kann.

Insoweit ist ein freiberuflich geprägtes, haus-/fachärztliches, integriertes Zentrum wesentlich persönlicher zu gestalten als ein reines Angestellten-Zentrum eines Krankenhauses / Investors. Je mehr es eine reine Angestelltenfunktion gibt, auf die der Patient zurückgreifen muss, desto eher muss der Patient mit einem Wechsel rechnen. Je höher Teilzeitfunktionen Platz machen, desto weniger wird eine geregelte Arzt-Patienten-Beziehung stattfinden können, wie man sie von der persönlich geprägten Einzelpraxis her kennt.

Ziel ist es, dass jede Fachrichtung von Montag bis Freitag / Samstag von 7.00 Uhr bis 20.30 Uhr / 21.00 Uhr in Anspruch genommen werden kann.

Integriertes Behandlungsmanagement überörtlich und im Haus- und Facharzt-Zentrum

Der entscheidende Unterschied des integrierten, überörtlichen Verbundkonzeptes inklusive dem ergänzenden freiberuflichen, interdisziplinär vernetzten Ärztehaus ist die Koordination der Ärzte, vor allem zur gezielten Behandlung komplexer Krankheiten. Solche abgestimmten Behandlungsprozesse sind in tradierten Facharzt-, Ärztehaus- und in den getrennt agierenden Einzelpraxen bisher nur in Ansätzen gegeben. Typisch war für das alte System, den Patienten zum jeweils nächsten Facharzt zu überweisen und diese Überweisung mit einem Arztbrief zu begleiten.

Zielführend ist für die regional vernetzte Arztgruppen inkl. dem ergänzenden, zentralen Immobilienkonzept ein dem Patienten individuell bei den Abstimmungsprozessen steuernden

Case-Manager,

hinzuzufügen.

Hinzu kommt die systematische Integrierung strukturierter Programme zur Früherkennung von Gesundheitsrisiken. Dies wird ab 2009 für 80% der Patienten einer Krankenkasse, die nicht chronisch krank sind, ein zentrales Bindungsmittel sein. Hinzu kommt eine entsprechend entwickelte Zahl von Behandlungspfaden und Richtlinien in Abstimmung mit regionalen Krankenkassen, die integrierte Versorgungsmodelle entwickeln.

Schlüsselfunktion: Transparente, gemeinsame Dokumentation/ elektronische Patientenakte

Die tradierte deutsche Einzelpraxis hat oft bestimmte Vorbehalte gegen eine gemeinsame Patientendokumentation.

Die Stärke eines regionalen Konzeptes ist auch für die Krankenkassen, die dies in Zukunft mit separaten Direktverträgen fördern können, dass auf der Basis einer gemeinsamen Patientenakte Ärzte länger und intensiver zusammenwirken.

In der alten, kleinteilig getrennten Freiberuflerstruktur erfuhr ein Arzt möglicherweise nur aus dem Arztbrief unvollständig die individuelle Historie des Patienten. Beim Zusammenwirken von Ärzten entlang komplexer Symptome / Krankheitsbilder bzw. bei einer systematischen Koordination über längere Zeit ist eine Offenlegung und Nutzung der jeweils eigenen Dokumentation unabdingbar. Zielführend ist deshalb eine einheitliche, digitale Patientenakte, die sämtliche Daten der ärztlichen Dokumentation aller beteiligten Ärzte aus der überörtlichen Vernetzung als auch aus dem Zentralstandort automatisch zur Verfügung stellt, wenn sie den gleichen Patienten betreffen. Die Patienten müssen diesem Vorgehen datenschutzrechtlich zustimmen. Diese Genehmigung wird regelmäßig auch gewährt.

Da durch die Einführung der digitalen Patientenakte jeder behandelnde Arzt die komplette Behandlungs- und Krankengeschichte des Patienten hat, ist sichergestellt, dass es keine Notwendigkeit mehr gibt, Zusatzmaßnahmen, die Kranken-

kasse und Patienten belasten, durchzuführen. Arzneimittel-Verschreibung, Heil- und Hilfsmittel-Verordnung, Laboruntersuchung, bildgebende Verfahren werden nur einmal veranlasst bzw. durchgeführt. Alle weiteren Behandler greifen auf die existierenden Daten zurück.

Den Begriff „One Stop only“ kann die Überweisung zwischen Haus- und Facharzt so schnell erfolgen, wie es der behandelnde Eingangsarzt sieht. Das kann in einem dringenden Fall auch sofort sein. All dies ist bei räumlich getrennten Einzelpraxen schwer organisierbar, aber insbesondere im räumlichen Zusammenwirken in einer Gesundheitsimmobilie eine immer durchführbare Möglichkeit.

Case-Management / Einsatz von Versorgungs-Assistentinnen bei chronischen Krankheitsbildern – nachhaltige Entlastung für ärztliche Arbeitszeit

20% der chronisch kranken Patienten lösen insgesamt 80% der Ausgaben einer gesetzlichen Krankenversicherung auf allen Ebenen aus. Deshalb hat der Gesetzgeber im Rahmen des neuen Strukturausgleiches Möglichkeiten geschaffen, dass diese Patienten durch Direkt-Behandlungsverträge zwischen Krankenkassen und einzelnen Arztgruppen umfassend besser behandelt werden. Die dabei möglichen Ersparnisse können zwischen Ärzten und Krankenkassen geteilt werden.

Insbesondere durch die vernetzte Struktur und die gemeinsamen räumlichen Bedingungen, die zusätzlich für die Patienten entstehen, können diese Rationalisierungsreserven gut und verlässlich behoben werden.

Gleichzeitig sichert der gezielte Einsatz von Case-Managern / Versorgungsassistentinnen, dass diese Patienten besser gesteuert und betreut werden.

Diese freiberuflichen Konzepte, die zu großen Teilen von dem Frankfurter Professor für Allgemeinmedizin, Herrn Dr. Gerlach, entwickelt wurden, werden in Zukunft einen hohen Stellenwert haben.

Gleichzeitig gilt es für Freiberufler zu erkennen, dass diese Patienten bei guter Betreuung durch die Case-Manager / Versorgungsassistentinnen im Rahmen integrierter Versorgung nicht auf die begrenzenden Regelleistungsvolumen angerechnet werden. Damit entstehen zeitlich entlastende, aber Umsatz, Fallzahl und Gewinne steigernde Infrastrukturen.

Da das Zentrum auch am Samstag besetzt ist und ggf. auch eine eigenständige Servicestruktur am Sonntag unterhält, ist die Angst vieler schwerkranker Patienten, über das Wochenende nicht versorgt zu werden, ausgeräumt. Dies ist ein für alle Beteiligten wichtiger positiver Zusatzfaktor.

Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement ist immer dann erforderlich, wenn viele Menschen gemeinsam ein Ziel verfolgen. Wenn die im regionalen Netzwerk und im Zentrum tätigen Ärzte über Fachgrenzen hinweg zum Wohle des Patienten arbeiten, braucht es eine Ablaufstruktur, damit diese Kooperation erfolgreich ist. Das Management dieser besonderen **Qualität** gilt es in besonderer Weise hervorzuheben.

Aus diesem Grunde – und dies ist auch die Voraussetzung vieler zukünftiger, integrierter Versorgungsverträge – kommt es darauf an, ein auch mit den Krankenhäusern abgestimmtes, gemeinsames Qualitätsmanagement nach abzusprechenden Kriterien durchzuführen.

Betriebswirtschaftliche Aspekte: Kostenspargedanke, Rentabilität und Lebensqualität für Freiberufler steigern

Ein überörtlich freiberuflich vernetztes, integriertes Haus- und Facharzt-Zentrum kann gegenüber Einzelpraxen Kosten sparen durch:

- Doppelnutzung aller Räume durch Schichtsysteme
- Doppelnutzung aller Medizintechnik
- Einsparung von Medizintechnik durch bessere Organisation, ggf. auch Mitnutzung durch transportable Geräte, die in überörtlichen Partnerpraxen vorhanden sind, ggf. Doppelnutzung mit Geräten auf dem Gelände eines Krankenhauses für integriertes Haus- und Facharzt-Zentrum
- Zusammenfassung von Dienstleistungen bei Reinigung, Serviceverträgen, Abrechnung, Einkauf, Nutzung von Hard- und Software.

Entwicklungskosten für die Gebäudestrukturen tragen die vermietenden bzw. verpachtenden Investoren, die schlüsselfertig das Gebäude in der Regel aus vorgefertigten Teilen herstellen, so dass es stufenweise erweiterbar ist und die die Einrichtung auf Wunsch umfassend mitliefern.

Die Konferenz der Landesgesundheitsminister im Rahmen des politischen Konsenspapiers zur Weiterentwicklung der wohnortnahen Versorgung empfiehlt Landkreisen und Kommunen, Grundstücke, die dafür geeignet sind, kostenlos zur Verfügung zu stellen. Insoweit entfallen in der Kalkulation die sonst mit einfließenden Grundstückspreise oder teure, dennoch die Nutzung fixierende Umbauten alter Gebäude.

Kostensenkung von 53,57% Einzelpraxis auf 41,50%

Der statistische Durchschnitt der Kosten in der Einzelpraxis liegt bei 53,57%.

Betriebswirtschaftliche Erfahrungen zeigen, dass man bei einem gut organisierten, haus- / fachärztlichen Ärztezentrum mit Freiberuflern die Kosten auf 41,50%, also um 12,07% senken kann.

Kalkulationsaspekte für bei Freiberuflern angestellte Ärzte auf Vollzulassungen

Die exakten Kalkulationen für die Zukunft können erst dann vorgenommen werden, wenn alle Daten für die bundesweite Auswertung des angepassten EBM 2009 vorliegen. Dies gilt auch, was die freiberufliche Optimierung von abzurechnenden Fallzahlen / Höchstmengen im EBM und ggf. extrabudgetär im Rahmen von IV-/Hausarzt-Verträgen etc. betrifft.

Der zukünftige Engpass des Marktes wird die Gewinnung eines engagierten, insbesondere in sozial schwachen Gebieten und in der Fläche breiten, arbeitswilligen Ärztinnen und Ärzten sein. Hierzu gehört, wie in der Niederlassungsanalyse gefordert, die Schaffung von regionalen Kindergärten für Gesundheitsberufe, die Schaffung von Frühförderungseinrichtungen für die Kinder von Gesundheitsberufen; der Transport der Kinder der Gesundheitsberufe zu allen Institutionen für Kinder und Jugendliche, die für die Entwicklung relevant sind, ohne die arbeitsbereiten Eltern zu unsinnigen Chauffeur-Diensten zu veranlassen. Hier werden sich die neu den Zentren und den Arztgruppen angegliederten Transportsysteme für Patienten und Gesundheitsberufe bewähren müssen, die im Benehmen mit den Kommunen und Landkreisen den öffentlichen Nahverkehr im Gesundheitsbereich ergänzen sollen. Dies wird auch zu einer veränderten Wettbewerbssituation führen, weil dann Patienten leichter die zentralen haus- und fachärztlichen Zentren erreichen können.

Fest-Vergütung mit variablem Anreiz-System kombinieren

Um die Forderung der anzustellenden Ärzte nach einem angemessenen, durchschnittlichen Gehalt zu befriedigen, wird man sich auch an die Vergütung von in der Klinik erfolgreich tätigen Chef- und Oberärzten anlehnen müssen. Dies unter besonderer Berücksichtigung der Durchschnitts-Einkommen, die in den einzelnen Facharztgruppen bundesweit oder auf Landesebene einen weiteren Orientierungswert verkörpern. Im Zweifel muss man eine geteilte Vergütung vereinbaren, die ein Grundgehalt betrifft und die sich ggf. an den eigenen Umsätzen / Erfolgen der jeweiligen freiberuflichen, angestellten Arztgruppe pro Fachbereich orientieren.

Somit muss man mit einer festen und einer variablen Gehaltskomponente kalkulieren. Aber auch diese kann nur dann ausgezahlt werden, wenn im Rahmen eines solchen Konzeptes ausreichend Ertrag erwirtschaftet werden kann.

In Zukunft wird es neben dem EBM zu Vergütungsmodellen kommen, bei denen neben den KV-Einnahmen auch Kalkulationen über eine regionale Versorgung durch Integrationsverträge beinhaltet sind.

IV-Bonus-System nutzen – Ersparnisse mit Krankenkassen teilen

Für die Planung solcher freiberuflichen Verbundstrukturen mit angegliederten, integriertem, zentralen haus- und fachärztlichen Gesundheitsimmobilien kommt es also darauf an, ob es mit Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung mit Populationsbezug kommt.

In der Drucksache 16/10172 des Deutschen Bundestages heißt es zur integrierten Versorgung, dass die Potentiale für solche Versorgungsmodelle noch nicht ausgeschöpft sind. Die tradierte Zahl der bisherigen Verträge sei auf zu enge Indikationen bezogen gewesen.

Zur besseren Verwendung von Schnittstellen bedürfte es einer verstärkten Entwicklung hin zu umfassenden Verträgen zur Versorgung versorgungsrelevanter Volkskrankheiten, zu einer möglichst breiten Abdeckung des Krankheitsgeschehens in den einzelnen Regionen, zu breiter angelegten, indikationsbezogenen Verträgen, die die Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit noch stärker in den Mittelpunkt rücken. Ziel der Gesetzgebung ist, dass die neuen Verträge zur integrierten Versorgung eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung (populationsbezogener Direktvertrag) gemäß § 73c SGB V ermöglichen sollen.

Bei solchen Strukturen ist jeder GKV-Versicherte einer bestimmten Krankenkasse qualifiziert, unabhängig davon, ob er gesund oder krank ist. Der Versicherte verzichtet für die Zeit der Teilnahme in einem Populationsvertrag auf die freie Arztwahl. Diese Patienten werden nicht auf das Regelleistungsvolumen bei den KV'en angerechnet, weil die Vergütung für den Vertrag bei der KV nach bestimmten Regeln bereinigt wird.

Für die freiberufliche, vernetzte Arztgruppe mit ihrem einzelnen oder mit mehreren Zentren in Stadtteilen und Landgebieten folgt, dass sie die Möglichkeit hat, das gesamte medizinische Leistungsgeschehen zu koordinieren.

Ärzte bestimmen, wo sinnvoll gespart wird

Der Patient ohne IV-Vertrag hat im EBM-System der KV die Möglichkeit, beliebige Haus- und Fachärzte direkt aufzusuchen. Diese Ärzte veranlassen durch Verordnungen, Rezepte, Einweisungen in Krankenhäuser, Reha, Pflege, weitere Leistungen, die in der Summe wesentlich höhere Kosten verursachen.

Wird durch den neuartigen IV-Vertrag 2009 jeder Weg des Patienten über das vereinbarte Netzwerk geleitet, lässt sich zentral koordinieren, welche Leistungen auf welche Weise aufeinander abgestimmt erbracht werden und zu welchen Kosten dies erfolgt.

Somit ergeben sich Einsparungen aus dem ambulanten und stationären Bereich und Einsparungen bei Heil- und Hilfsmitteln sowie bei den verordneten Arzneimitteln.

Das 1:3 Kalkulationsmodell

Die Krankenkassen gehen in einer Grobrechnung davon aus, dass auf einen Euro Honorar des niedergelassenen Arztes drei Euro Ausgaben im Bereich Krankenhaus, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Pflege zu kalkulieren sind.

Macht also ein freiberuflicher Hausarzt Euro 200.000,00 Honorarumsatz, werden von ihm direkt und indirekt Euro 600.000,00 Kosten in den Sektoren ambulant, stationär, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel veranlasst.

Das Mindest-Einsparpotential ist nach Meinung von Experten 20 %. Bei 20% ergibt sich somit eine Ersparnisquote von Euro 120.000,00 pro leistungsfähiger, freiberuflicher Angestelltenzulassung im Regionalnetzwerk mit eingebettetem, integriertem Haus- und Facharzt-Zentrum.

Unterstellt man die Fiktion einer hälftigen Erfolgsteilung mit der vertrags-schließenden, gesetzlichen Krankenversicherung, so ergibt sich das Folgende:

- Euro 60.000,00 pro Zulassung des freiberuflichen Vertragsnetzwerkes
- Euro 60.000,00 Ersparnis bei der Krankenkasse,

die in Zukunft diese Gelder braucht, weil die Preise gegenüber den Versicherten gleich und bundesweit transparent und vergleichbar sind.

Achtung: Auf den Prozentsatz eingeschriebener Versicherter am IV-Vertrag kommt es an

Die Teilnahme an einem solchen IV-Vertrag, wie bspw. dem MEDI-Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg ist freiwillig. Das Einnahmepotential kann daher nur über die jeweils tatsächliche Einschreibequote für den IV-Vertrag gewonnener Patienten errechnet werden.

Eine Arztgruppe sollte bei jeder Kalkulation zunächst mit einer Einschreibung von 20 % der Patienten rechnen. Ist es eine sehr starke Gruppe verlässlicher und leistungsstarker Freiberufler, kann man von einer Einschreibung von 30% ausgehen. Entscheidend ist, ob insbesondere das Personal, das die Patienten anspricht und später steuert, in der Lage ist, Sinn und Zweck eines entsprechenden Versorgungsvertrages zu vermitteln.

Ein Beispiel, wie die Arzneimittelversorgung bei einem Hausarztvertrag – als Musterstruktur – gesteuert wird, zeigt die Hausarzt-MEDI-Vereinbarung mit der AOK Baden-Württemberg.

Wie wird künftig ein Honorarbonus erwirtschaftet am Beispiel Hausarzt-/MEDI-Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg

Die Computerschirme der Hausärzte im Vertrag enthalten farbliche Hinterlegungen von Medikamenten.

„Diese dienen dazu, den Arzt bei seinem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu unterstützen“ – so der Vertrag.

- Grün hinterlegt sind patentfreie Arzneimittel der Rabattverträge und die drei jeweils preiswertesten Angebote.
- Blau hinterlegt sind patentgeschützte und/oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel der Rabattverträge.
- Orange hinterlegt sind patentgeschützte und/oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch Rabattvertrags-/Arzneimittel ersetzt werden können.
- Rot hinterlegt sind Me-too-Arzneimittel, die durch grün gekennzeichnete ersetzt werden können.
- Nicht farblich hinterlegt sind alle übrigen Medikamente.

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollten den Verordnungen von orange oder rot hinterlegten Arzneimitteln vorgezogen werden. Bei grün hinterlegten Alternativen sollte diese bevorzugt werden.

Es gibt Honorarzuschläge, wenn die Anzahl der Verordnungen mit farblich hinterlegten Arzneimitteln über 90 Prozent liegen.

Die Anzahl der Verordnungen von rot- und orangefarbenen Medikamenten sollte im Vergleich zur Anzahl aller Verordnungen von farblich hinterlegten Arzneimitteln weniger als fünf Prozent betragen.

Das von HÄVG und MEDI mit der AOK vereinbarte Bonus-System wird von Einzelnen als nicht rechtskonform eingestuft.

Bei einem solchen, regionalen, populationsbezogenen Vertrag sind die entscheidenden Träger für Einsparpotentiale die niedergelassenen Ärzte, die konsequent Ersparnismöglichkeiten im Arzneimittelbereich / Heil- und Hilfsmittelsektor sowie im stationären Sektor, Reha, Pflege ausschöpfen. Die bisherigen Leistungen des ambulanten Sektors - orientiert an den Zahlungen der KV – werden von den Krankenkassen als Basis übernommen und sind insoweit unangetastet.

Die Krankenkassen werden in Zukunft auf diese Einnahmen angewiesen sein und deshalb ergibt sich eine Interessen-Identität von Krankenkassen und niedergelassenen Ärzten zu Lasten der anderen Sektoren, Kostenersparnisse durchzusetzen, die man sich teilt.

Fazit

Mit den dargestellten Kosteneinsparungen und gemeinsam erwirtschafteten Ersparnissen durch IV-Verträge sind gut vernetzte, freiberufliche Arztgruppen zusammen mit sie ergänzenden, freiberuflich geprägten, aber integrierten Haus- und Facharzt-Zentren die ideale Möglichkeit, in einem Stufenprozess die freiberufliche Zukunft zu gestalten.

Diese Modelle geben denjenigen Ärzten, die aktiv unternehmerisch wachsen wollen gleiche Chancen, wie Praxisabgebern, die eine angemessene Sicherung ihres Lebenswerkes durch modifizierte Übernahmen wünschen.

Den Bedürfnissen des ärztlichen Nachwuchses kann auch Rechnung getragen werden und Einzelpraxen haben durch die Möglichkeit der Weiterführung ihrer Einzelpraxis-Strukturen in der Fläche bei der wohnortnahen Versorgung dennoch die Möglichkeit, mit einer halben Zulassung auch an neuen, zentralen Immobilien und deren Versorgungspotentialen Teil zu haben.

Die Dienstleistungen des Anwaltsbüros Broglie, Schade & Partner GbR und der mit ihm verbundenen Betreuungsallianz für Freiberufler bieten folgende Möglichkeiten an:

Spezialisten für regionale Versorgungskonzepte ambulant/stationär/interdisziplinär Innerärztliche Kooperationsgemeinschaften

◆ Dienstleistungen

- Vertrags(zahn)arztrecht
- Zulassung / Ermächtigung
- Zweigpraxis / Ausgelagerte Praxisräume
- Honorarabrechnung / Kürzung / Plausibilität
- Wirtschaftlichkeitsprüfung / Richtgrößen
- Disziplinarverfahren
- Vertretung vor Schlichtungsstellen

◆ Berufsrecht

- Approbation / Berufserlaubnis
- Berufs- und Weiterbildungsordnungen
- Gebührenrecht: EBM / GOÄ / GOZ / BEMA
- Arzthaftungsrecht
- Schlichtungsverfahren
- Berufsgerichtsverfahren
- Wettbewerbsrecht

◆ Kooperation, Gesellschaftsrecht

- Gemeinschaftspraxisverträge
- Praxisgemeinschaftsverträge
- Partnerschaftsgesellschaften
- Medizinische Versorgungszentren
- Insourcing niedergelassener Ärzte
- Integrierte Versorgung
- GmbH-Verträge
- Jobsharing / Anstellungsverträge / Assistenzarztverträge
- Outsourcing von Abteilungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen