

BROGLIE, SCHADE & PARTNER GBR RECHTSANWÄLTE

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT ARZTRECHT

SONNENBERGER STR. 16
65193 WIESBADEN
TEL. 0611 / 18 09 5-0
FAX: 0611 / 18 09 5-18

VIKTORIASTRASSE 9
80803 MÜNCHEN
TEL.: 089/33037731
FAX: 089/33037732



SONNENBERGER STR. 16
65193 WIESBADEN
TEL. 0611 / 18 09 4-0
FAX: 0611 / 18 09 4-18

GMG, Neues Berufsrecht und die Zukunft der Orthopädenpraxis

Gefährdet: Die erfolgreiche orthopädische Einzelpraxis

Die primär kassenärztlich ausgerichtete, übergroße orthopädische Einzelpraxis wird Opfer der neuen Gesetzgebung. Umfassende, bundesweite Transparenz- und Eingrenzungsmaßnahmen führen zu nachhaltigen Einkommens-Einbußen.

Auf Dauer gesehen wird die Gruppe der konservativen und operativen Orthopäden im Rahmen von Gemeinschaftspraxismodellen zusammenrücken müssen. Gleichzeitig wird es notwendig werden, die Servicestrukturen auszubauen, sich stärker um Privatpatienten und um selbst zu zahlende Prävention zu kümmern.

Der Erfolg liegt in der Anpassungsfähigkeit des sich jeweils betroffen fühlenden Individuums.

Zusammenarbeit

Operateure – Fachärzte – Hausärzte standortübergreifend - je nach Bundesland - möglich

Von der Politik und von der ärztlichen Presse kaum beachtet stellt das neue Berufsrecht den Inhabern von Arztpraxen im niedergelassenen Sektor eine Fülle neuer, liberalisierter und effektiver Kooperationsmöglichkeiten zur Verfügung.

Allerdings sind die Ausgestaltungen bei den Landesärztekammern unterschiedlich. Erst Ende 2005 wird sich eine einheitliche, bundesweite Lösung finden lassen. Am weitesten sind Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Nordrhein-Westfalen.

Denkbar sind sektorale oder auch umfassendere, standortübergreifende, regionale und überregionale Zusammenschlüsse, insbesondere im Bereich von Schlüsselanbietern im Segment von Operationen und Diagnostik (Kardiologie, Radiologie, Labor, Gastroenterologie, Nuklearmediziner).

Jede Form von Kooperation weckt aber auch Ängste bei den Beteiligten. Es wird befürchtet, dass man seine eigene, tradierte Bewegungsfreiheit, seinen Einfluss, seine Gewinne verlieren könnte.

Hinzu kommen Befürchtungen über Konflikte in der Kommunikation oder in der Kompetenz.

Die Teilgemeinschaftspraxis im Bereich Privatmedizin – ein Einstiegsmodell?

Die Rechtsfigur der standortübergreifenden, zivilrechtlichen Teilgemeinschaftspraxis im Bereich Privatmedizin gestattet es mehreren Praxen, ein bestimmtes, indikationsbezogenes Leistungsspektrum dem Patienten gemeinsam anzubieten.

Das Berufsrecht berührt das Vertragsarztrecht mit seiner Begrenzung nicht. Weder kann ein Arzt an anderer Stelle (außer Zweitpraxis) arbeiten oder liquidieren; noch gibt es den Gemeinschaftspraxiszuschlag bei einer standortübergreifenden Kooperation.

Der tradierte, kassenärztliche Bereich bleibt völlig unangetastet, weil er zunächst für viele Kollegen der Haupteinnahme-Faktor ist. Die vertragsärztlichen Beziehungen aus der Zulassung beziehen sich nur auf den jeweiligen adressenmäßigen Standort und die dort agierenden Personen, nicht auf das sich darüber hinaus zusammenschließende juristische Gebilde.

Die wichtigsten neuen Regelungen im Überblick Entwurf Deutscher Ärztetag – MBO 2004

§ 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis

1. Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.
2. Dem Arzt ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Stellen ärztlich tätig zu sein. Der Arzt hat Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten an allen Orten seiner Tätigkeit zu treffen.

§ 18 Berufliche Kooperation

1. Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zu Organisationsgemeinschaften, zu medizinischen Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen.
2. **Ärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Bei beruflicher Zusammenarbeit gleich in welcher Form, hat jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden.**
3. Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist zulässig. Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist.

§ 23 a Ärztegesellschaften

1. Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts (Ärztegesellschaft) ärztlich tätig sein. Gesellschafter einer Ärztegesellschaft können nur Ärzte und Angehörige der in § 23 b Abs. 1 Satz 1 genannten Berufe sein. Sie müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein. Gewährleistet sein muss zudem, dass
 - a. die Gesellschaft verantwortlich von einem Arzt geführt wird; Gesellschafter müssen mehrheitlich Ärzte sein.
 - b. die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Ärzten zusteht,
 - c. Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind,
 - d. eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jeden in der Gesellschaft tätigen Arzt besteht.
2. Der Name der Ärztegesellschaft des Privatrechts darf nur die Namen der in der Gesellschaft tätigen ärztlichen Gesellschafter enthalten. Unbeschadet des Namens der Gesellschafter können die Namen und Arztbezeichnungen aller ärztlichen Gesellschafter und der angestellten Ärzte angezeigt werden.

§ 23 d Praxisverbund

1. Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammen zu schließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist.

Kompetenz der Verbund-Partner nutzen

Für viele anspruchsvolle, aber zeitknappe Praxen ist die Abarbeitung eigener Leistungsbilder so zeitraubend, dass sie sich bisher gescheut haben, neue Leistungsbilder der breiten Eigenpalette hinzuzufügen. Das ist nun anders.

Sinnvoll ist es, insbesondere qualitätsgesicherte und leitlinienbasierte Angebote zu machen.

Positive Vertrauensbasis regional

Jede Praxis könnte eigene Patienten interessierende Spezial- und Kompetenzleistungen anderer Partnerpraxen durch die gemeinsame Teilgemeinschaft anbieten. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil, der den Vorbehalt bei vielen Leistungen entweder mindert oder aber sicherstellt, dass Privatpatienten nun doch in kompetente Regionalpraxen kommen, die bisher aus Angst vor dem Verlust des Patienten an weit entfernte Praxen oder Krankenhäuser (Chefärzte) überwiesen wurden.

Gemeinsame Liquidation der Sozietät

Der Patient schließt den Vertrag mit der standortübergreifenden Teilgemeinschaftspraxis für die entsprechenden Indikationsbereiche. Diese wird zusätzlich – nach Einsicht durch die Ärztekammer – auf den entsprechenden Briefbögen und Schildern angekündigt.

Höchstpersönlichkeit bleibt erhalten

Der Operateur oder Diagnostiker erbringt weiterhin die Leistung höchstpersönlich. Er kann jedoch im Rahmen der Teilgemeinschaft – also im gesellschaftsrechtlichen Innenverhältnis – den Beratungs- und Aufklärungsaufwand des Patienten dem Zuweisungspartner zum ersten Mal angemessen und legal vergüten.

Chance und Fluch zugleich

Auf der einen Seite gestattet die Teilgemeinschaft mit bisher zuweisenden Ärzten diese neuen Einnahmemöglichkeiten. Also entsteht auch die Bereitschaft, die Patienten unter dem Aspekt der nunmehr gemeinsam darzustellenden Kompetenzleistungen anzusprechen.

Damit kann im Privat- sowie im IGeL-Bereich durch die neue Partnerschaft – indirekt auch im Kassensbereich – eine höhere Bindung und Überweisungsfrequenz durch Spezialpraxen geschaffen werden.

Es ist nicht auszuschließen, dass die bisher zuweisenden Kollegen die Chance dazu nutzen wollen, nicht mehr angemessene Beteiligungsquoten bei diesem neuen liberalisierten Modell zu verlangen. Das bedeutet, die Kosten- und Gewinnstruktur der OP- oder Diagnostik-Praxis gerät in den Blickwinkel des bisherigen Zuweisers und führt zu verzerrten Forderungen.

Spezialisten müssen stärker zusammenrücken

Um den möglichen Abhängigkeiten von Zuweisern frühzeitig zu begegnen wäre es wichtig, dass sich regional die Spezialpraxen mit ähnlichen Leistungsangeboten treffen, um zu besprechen, wie man mit der neuen berufsrechtlichen und strategischen Ausgangslage umgehen sollte.

Kommt es nicht zu einer Einigung, in welcher Höhe der akquirierende Teilgemeinschaftspraxispartner zu honorieren ist, entsteht ein nicht zu unterschätzender Konfliktfaktor im Dunstkreis regionaler Gerüchteküchen.

Gleichzeitig kommt es zu einem Verfall von Preisen, der vermeidbar ist.

Regionale oder überregionale Dachgesellschaften von Spezialpraxen?

Es stellt sich in diesem Kontext die generelle Frage, warum der Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen die für viele Kollegen überraschende Liberalisierung mit dem Fokus auf Kooperationsmodellen durchgeführt hat.

Der Grund, vom Leitbild der tradierten Einzelpraxis abzuweichen, also zu gestatten, an zwei weiteren Orten zu arbeiten und sich standortübergreifend zivilrechtlich vollumfänglich oder zum Anbieten von Indikationen zusammen zu schließen, hatte mehrere Beweggründe.

Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) die Stirn bieten

Regional sollte aus innerärztlicher Sicht der Rechtsfigur des MVZ – gesteuert von starken Krankenhausesellschaften – ein flexibles und regional schnell funktionierendes Instrument entgegen gesetzt werden. Dies besteht nun in der Möglichkeit der überörtlichen Sozietät. Jetzt kann jederzeit eine aktive Initiativpraxis durch die Bildung einer standortbergreifenden Gemeinschaft einen zum Verkauf stehenden Arztsitz aufkaufen, um ihn an gleicher Stelle im Rahmen einer Partnerschaft ohne Kapital weiter zu betreiben.

Die Schwierigkeit des MVZ, noch immer einen weiteren, oft fehlenden angestellten Partner eines anderen Fachgebietes zu organisieren, entfällt.

Gleiches gilt, wenn sich nun führende Facharztpraxen entscheiden, auf gemeinsame Rechnung die frei werdende Praxis weiter zu betreiben und somit zu verhindern, dass von Seiten des Krankenhauses ein ungewünschter Regionalpartner auftritt.

Waffengleichheit gegenüber den Krankenkassen

Ab 2007 soll es stärker zu integrierter Versorgung kommen. Hierfür ist ein wichtiger Baustein das Leistungsbild operativer und diagnostischer Praxen zwischen Hausarzt und Krankenhaus. Je zersplitterter und zerstrittener die Spezialpraxen sind, desto weniger wird ein angemessener betriebswirtschaftlicher Preis von GKV und PKV bezahlt. Hätten regionale Schlüsselpraxen eine gemeinsame, berufspolitische und ökonomische Plattform durch standortübergreifende, regionale Zusammenschlüsse, ergäben sich nachhaltige Vorteile wie

1. Gemeinsame Verhandlungsbasis mit zuweisenden Praxen
2. Gemeinsame Vertretung gegenüber Krankenhäusern und Krankenkassen
3. Gemeinsames Auftreten, Preisbildung und Nachfragesteuerung gegenüber Patienten
4. Gemeinsame Informationsplattform gegenüber der Öffentlichkeit
5. Gemeinsames Auftreten mit Pharma-Industrie und Medizintechnik.

Den Konkurrenten in die eigenen Karten schauen lassen?

Das Modell regionaler Zusammenschlüsse führender OP- und Diagnostik-Praxen kann möglicherweise im ländlichen Bereich schnell, leise und effizient geschehen. Lässt man die einzelnen Standorte wie selbstständige Zentren mit separater Buchführung weiter existieren, kann man vieles optimieren wie

- Gemeinsame Preise
- Gemeinsame Vertretungs- und Notdienst-Planung
- Gemeinsamer Einkauf
- Gemeinsame Investitionen an gemeinsamen, neutralen Standorten.

Was sollte getrennt bleiben

Eine gemeinsame Dachgesellschaft, am Anfang oft im Rahmen einer BGB-Gesellschaft, kann folgendes vereinbaren

1. Eigentum ideell und materiell verbleibt bei dem Eigentümer der jeweiligen, tradierten KV-Standorte im Sondereigentum. Es kommt also nicht zu einer Kapitalverflechtung.
2. Jeder Standort erhält seine Kosten, Einnahmen, Umsätze, Gewinne, sein eigenes, getrenntes Buchhaltungssystem. Somit ist jeder Standort in sich geschlossen selbstständig und transparent. Keiner muss fürchten, Kosten für andere Kollegen, die nicht so sparsam sind, mit zu tragen oder diesen Anteil ungerechtfertigter Weise zur Verfügung zu stellen.
3. Jeder kann mit kurzer Frist – ohne Wettbewerbsverbot – wieder aus dem System ausscheiden.
4. Jeder behält seinen eigenen Steuerberater für die Standort-Struktur und für die persönliche Beratung.
5. Die Teilbuchhaltungen werden zum Ende des Steuerjahres in eine gemeinsame Steuererklärung überführt. Hier gilt es zu beachten, dass damit jeder Einblick nehmen kann in die Zahlen der anderen, regionalen Partner. Jeder muss dies für sich selbst entscheiden!
6. Gemeinsames Wachstum wird verteilt in Verbindung der ursprünglichen Beteiligung oder ggf. nach Köpfen.
7. Das Standortwachstum verbleibt bei den Inhabern des Standortes und wird diesen individuell über Gewinnverteilung –wie bisher - zugerechnet.
8. Investitionen können weiterhin in eigenem Namen als Sondereigentum gemacht werden und belasten Partner des Bundes nicht.

9. Gemeinsame Geräte werden zunächst auf Mietbasis getestet und die Nachfrage - / Nutzungsmöglichkeit wird analysiert. Dann kann man ggf. zu gemeinsamen Leasing-Möglichkeiten übergehen. In jedem Fall ist hier die Investition leichter, insbesondere dann, wenn ggf. auch über eine andere Teilgemeinschaft zuweisende Ärzte mit beteiligt werden.

Wie realistisch ist die Gemeinsamkeit in Ballungsgebieten?

In Ballungsgebieten wird es mittelfristig zur Bildung von 2-6 Groß-Gruppierungen kommen. Hier bestehen schon Loyalitäten und Synergien mit Krankenhäusern und bestimmten, internen Zuweisernetzen. In ländlichen Gebieten und in mittelgroßen Städten kann es wesentlich schneller zu einer einheitlichen Gesellschaft kommen.

Krankenkassen müssen Zulassungsbereiche versorgen

Die Krankenkassen haben die Verpflichtung zur patientennahen, regionalen Versorgung. Schließen sich hier Spezialisten gleicher Fachrichtungen zusammen, kommen die Krankenkassen nicht daran vorbei, mit diesen Zusammenschlüssen zu kontrahieren. Hier spricht die regionale Vertrautheit und die bisherige Stärke der Praxen dafür, dass es schneller zu weitergehenden Vereinbarungen kommt. Damit können sich große Landgebiete zu vernünftigen Preisen sowohl an der integrierten Versorgung beteiligen wie auch vertretbare Beteiligungsquoten gegenüber Teilgemeinschaftspraxispartnern erzielen.

Miteinander reden

Bevor es also zu Gesprächen mit bisher zuweisenden Ärzten kommt, sollte in jedem Falle versucht werden, so stark wie möglich im Rahmen von Workshops zu einer regionalen Bewusstseinsbildung bei anspruchsvollen Diagnostik- und Operationspraxen zu kommen.

Die Absprachen können durchaus mehrere Landkreise umfassen. Die einzige Risikobegrenzung liegt möglicherweise im Kartellrecht. Hier stellt sich aber die Frage, wie eine den Markt beeinflussende Funktion zivilrechtlich und nach Europarecht zu definieren ist.

In vielen Regionen wird es in Zukunft durchaus die Möglichkeit geben, dass die Patienten hypothetisch auf andere Versorger ausweichen können. Dennoch gilt es zu beachten, dass es historisch gewachsene Einzugsgebiete gibt, die durch Flussläufe, Autobahnen, Bahnlinien oder andere geographische Eigenheiten definiert sind.

Dies sind alles keine Grenzen im Sinne des Kartellrechts.

Selbst wenn es später zu Bedenken käme, kann sich die Gruppe wieder in zulässige Größenordnungen teilen und sich synergetisch verhalten.

Hiermit ergibt sich eine bisher nicht mehr geglaubte Chance für Ärzte, verloren gegangenes politisches Terrain wieder zu erobern.

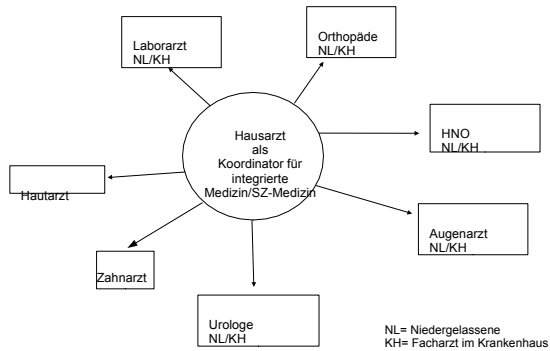
Was bisher gemeinsam und bundesweit durch KBV und KV'en abgesprochen wurde, kann bei einer regionalen Offenheit über die Zusammenschlüsse in der Region wieder analog, privatärztlich gemeinsam durchgeführt werden.

Hausärzte und Einsatz von Fachärzten als Teilgemeinschaftspartner bei PKV-Leistungen

Auf den ersten Blick erscheint vielen Fachärzten der Gedanke, privatmedizinische, erstattungsfähige Leistungen oder Selbstzahlerleistungen gemeinsam mit einzelnen Hausärzten anzubieten, als Bedrohung.

Als Ablehnungsgrund weisen sie darauf hin, man verliere Einnahmeanteile, die früher ohne zusätzliche Umsatzteilung durch Überweisung immer zur Verfügung gestanden hätten.

Hausärzte nutzen gemeinsam privatmedizinische, erstattungsfähige bzw. Spezialkompetenz von Fachärzten im Selbstzahlerbereich



Leistungsstrukturen entstehen durch Bewusst-Zeit!

Dies ist eine sehr statische Betrachtung, die nicht berücksichtigt, dass sehr viele Leistungen bei Hausärzten im Kopf als anzubietende Leistung erst nicht entstanden sind, weil sie bisher nicht Bestandteil ihres Bewusstseins waren.

Erst, wenn durch Fortbildungsmaßnahmen gemeinsames, neues Bewusstsein entstanden ist und auch der ökonomische Anreiz mit existiert, kann hier eine Änderung dieser Verhaltensweisen entstehen.

Fachärztliche Angst vor Überweisungsboykott

Gleichzeitig kommt das fachärztliche Bedenken, mit einzelnen Hausärzten könne man keine solchen Teilgemeinschaftsverträge abschließen, weil dann die anderen hausärztlichen Überweiser sich brüskiert fühlen könnten. Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass jeder Facharzt, der sowohl sein PKV als auch sein Selbstzahler-Kompetenz-Spektrum Hausärzten anbieten will, dies **allen Hausärzten** in der Region anbieten sollte.

<p style="text-align: center;">Gemeinschaftspraxis (BGB-Gesellschaft) Dres. med. Renate und Paul Fleißig Fachärzte für Allgemeinmedizin/Naturheilverfahren Besondere Tätigkeitsschwerpunkte: Ganzheitliche Ernährungsmedizin Faltenunterspritzung Vitamin- und Vitalstofftherapien</p> <p>In standortübergreifender Berufsausübungsgemeinschaft verbunden mit:</p> Partnerschaftsgesellschaft für Orthopädie, Dres. med. Kräftig und Messer, Partnerschaftsgesellschaft für Augenheilkunde, Dres. med. Klar und Blind, Partnerschaftsgesellschaft für HNO, Dres. med. Schnarch und Schlauf, Partnerschaftsgesellschaft für Labor, Schlottfeld und Partner. Sprechstunden :
--

Regional fachärztlich gemeinsam in Dialog mit Hausärzten eintreten

Berufspolitisch wäre es sogar sinnhaft, wenn sich alle Augenärzte, Orthopäden, Gastroenterologen, Phlebologen einer Region entschließen, dies als eine von allen Fachärzten dieser Gruppe getragene Grundsatzentscheidung Hausärzten darzustellen. Der berufspolitische Nutzen wäre enorm, weil es insoweit zu der Möglichkeit kommt, dass sich dann von persönlichen Vorlieben getragene, individuelle Netze ergeben, die sich zu Teilgemeinschaften zusammenschließen

Bisherige, innere Netze werden so zu Außennetzen / Teilgemeinschaftspraxen

Praktisch macht das neue Berufsrecht nichts anderes als das, was schon immer existierte. Jeder Arzt hatte ein bestimmtes Netz von Überweisern, in dem mehr oder minder stark eine gute Kommunikation funktionierte. Diese **informellen** Strukturen werden jetzt unter dem Gesichtspunkt prägnanter Spezialisierungsmöglichkeiten und mit ökonomischen Anreizen versehen juristisch gestaltbar.

Den RLV-Kanibalismus überwinden

Darin liegt für die deutsche Fachärzteschaft eine geniale Chance, die Konfliktebene, die sich in den kassenärztlichen Vereinigungen zu Hausärzten entwickelt hat, über die Kooperationsmodelle der Spezialisierung im privatmedizinischen Bereich von PKV und Selbstzahlerleistungen zu überwinden.

Mit arbeitsteiligem Kompetenz-Konzept Synergien entwickeln

Ist diese Philosophie Bestandteil der jeweiligen Facharztgruppe, kann jeder Facharzt ohne jeden Boykott-Konflikt mit seinen Hausärzten über dieses Thema im Rahmen von ihm eingeladenen Workshops sprechen. Er weiß, die gleichen Möglichkeiten werden die anderen Kollegen nutzen. Gleichzeitig wissen auch alle Hausärzte, dass es hier nicht zu einer einseitigen Benachteiligung von Kollegen kommt, die möglicherweise nicht beim ersten Mal mit eingeladen wurden. Das gesamte haus-fachärztliche Szenario in einer Region würde sich nachhaltig entkrampfen und einer offenen, zukunftsorientierten Kollegialität weichen.

Niedergelassener Facharzt, Facharzt am Krankenhaus oder fachärztlicher Pensionär als Teilgemeinschaftspraxis-Partner?

Hausärzte haben die Qual der verschiedenen Auswahl-Möglichkeiten. Nach neuem Berufsrecht können Teilgemeinschaftspraxen nur mit Ärzten gebildet werden, nicht mit Krankenhäusern oder krankenhauskontrollierten medizinischen Versorgungszentren. Sie sind keine natürlichen Personen des Berufsrechts und unterliegen diesem auch nicht.

Somit kommen als mögliche, weitere fachärztliche Partner in Frage Oberärzte / Chefärzte, die eine entsprechende privatmedizinische Nebentätigkeitsgenehmigung haben. Diese muss Teilgemeinschaftsmodelle mit niedergelassenen Hausärzten / sonstigen Fachärzten umfassen. Hier steht das Krankenhaus vor einer neuen Situation.

Hausärzte – die Entscheider über Krankenhaus-Nachfrage

Dennoch könnte das Krankenhaus daran interessiert sein, durch attraktive Angebote indirekt das Kassenpotential von Hausärzten in Richtung Krankenhaus zu steuern. Wie sich dies entwickelt und genutzt wird, wird die Zukunft zeigen.

Integration von Fachärzten ohne Zulassung?

Hausärzte haben aber auch die Wahl, statt zögernden fachärztlichen Kollegen eine Teilgemeinschaftspraxis mit fachärztlichen Kollegen einzugehen, die keine Kassenzulassung mehr haben und sich freuen, noch etwas privatmedizinisch oder im Selbstzahlerbereich tätig sein zu können.

Sollen sich Hausärzte einfach einen Arzt anstellen?

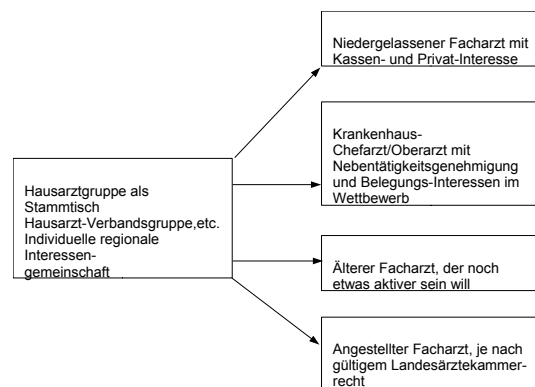
Die neue Berufsordnung gestattet zumindest vom Grundsatz her – dies wird die Länderausprägung zeigen – auch den Ansatz, dass sich Hausärzte eines angestellten Facharztes, der ihnen eine Abrechnungsmöglichkeit gibt, im Rahmen einer Teilgemeinschaft bedienen.

Statt eines Angestellten könnte man auch die Rechtsform eines fachärztlichen Partners ohne Kapital wählen, der sich mit Einverständnis eines Krankenhauses als Chefarzt/Oberarzt mit einbringt.

Abrechnung höchstpersönlicher Leistungen Weiterbildungs-Bindung

Entscheidend für die Abrechnung ist an sich nur die höchstpersönliche Weiterbildungsqualifikation, die im Rahmen der Teilgemeinschaft immer nur dem die Liquidation gestattet, der die entsprechenden Voraussetzungen hat.

Also hat der Hausarzt mehrere berufspolitisch bedeutsame Optionen bei den Rechtsfiguren, die sich um standortübergreifende Teilgemeinschaften ergeben.



Übergeordnetes berufspolitisches Verhalten sinnvoll

Regionale Netze / Teilgemeinschaften zwischen Haus- und Fachärzten werden nur auf der Basis überzeugender Kompetenz / Qualität, stimmigem Service, Komfort für den Patienten und Übersichtlichkeit der Leistungsbeziehungen / Dichte der Kommunikation funktionieren.

Sie verlangen Kollegialität, Interaktion, Eingebundenheit des Personals und ständige Fortbildung und Optimierung der Patienten-Behandlungsprozesse.

Prävention – Aufgabe der Zukunft

Bei sinnvollen Leistungen in der Prävention wird der Patient nur folgen, wenn Ärzte in der Region mit einer Stimme gegenüber PKV und Patient sprechen.

Die oft viel zu geringe Inanspruchnahme vieler sinnvoller Präventionsleistungen zeigt, dass hier noch kein entsprechender, gesellschaftlicher Bewusstseinsprozess innerhalb der Ärzteschaft stattgefunden hat.

Privatmedizinische, erstattungsfähige, gemeinsame Präventionsangebote

In der Sekunde, in der allein in der privatmedizinischen, erstattungsfähigen Prävention die Ärzte sich wesentlich früher um die systematische Erkennung und Behandlung von Venen und Gefäßleiden, Diabetes, Wirbelsäulenkonflikten, Ernährungskonflikten kümmern, können aus den gemeinsamen Spezialisierungen Zusatzerträge für den Hausarzt von ca. € 15.000,-- bis € 20.000,-- erwirtschaftet werden.

Privatmedizin und Selbstzahler-Prävention

Für den Facharzt wird in jedem Fall – weil er auch noch seine Kostenkalkulation berücksichtigen muss – dennoch erweiterte, sehr nachhaltige Einnahme-Zusätze entstehen. Sie können nach ersten, vorsichtigen Schätzungen bei € 45.000,-- liegen.

Dies außerhalb der gemeinsamen Erbringung von Selbstzahlerleistungen in den Bereichen Ästhetik, Naturheilverfahren, sonstige Innovation.

Große, bestehende KV-Netze in kleine, bewegliche, privatmedizinische Netze untergliedern

Innerhalb großer, regionaler Netze, die sich in der Vergangenheit politisch gebildet haben, wurde schon der Ansatz gemacht, wechselseitige Überweisungsempfehlungen bei freier Arztwahl auszusprechen.

Dabei kam es auch zu vielen Enttäuschungen, weil einige Kollegen dankbar die Überweisungen aufnahmen, ihrerseits aber nie den Ansatz machten, Patienten, die Schwerpunkte von Kollegen hätten nutzen können, dorthin zurück zu schicken. Oft blieb es eine Einbahnstraße.

Persönliche Netzwerke umgestalten

Bilden sich jetzt auf der Basis der bestehenden großen Netze neue privatmedizinische Netzstrukturen, so sollten diese nicht mehr als 9-15 Praxen umfassen. Darüber hinaus entsteht wiederum Unübersichtlichkeit und Passivität.

Sich wieder kollegial öffnen

Die Partnerschaft sollte auch nicht nur auf politische Netzfreunde beschränkt sein, sondern objektiv – als einigendes Kompetenzband – alle Kollegen in der Region umfassen, die sich aktiv und qualitätsgesichert um eine neue, sinnhafte Zukunftsorientierung bemühen.

Teilgemeinschaftsmodelle Hausarzt – Facharzt regional Unverzichtbar: einheitliches Auftreten im Bereich privater Erstattungsmedizin / IGeL

Schon jetzt ist zu spüren, wie radikal die PKV / Beihilfe Arztrechnungen auf das jeweils älteste, preisgünstigste Verfahren in Diagnostik und Therapie herunterkürzt und einen abgesenkten Schwellenwert durchzusetzen versucht.

Neues braucht regionale Gemeinsamkeit

Innovation, sinnvolle Früherkennung, Gesundheitsoptimierung und qualifizierte Naturheilverfahren haben nur im selbstverantwortlichen, mündigen Bürgerbereich eine Chance, wenn der Patient mit einer klar abgestimmten, gemeinsamen, regional einheitlichen ärztlichen Meinung zu Sinnhaftigkeit, Inhalt und Preis dieser Leistung informiert wird. Dies kann nur eine gemeinsame hausärztliche/fachärztliche Leistung sein.

Neue Zielgruppen kollegial erschließen

60% der Bürger der Bundesrepublik sind offen für solche sinnhaften Kompetenzkonzepte und sind auch bei knappen Geldmitteln bereit, für sinnvolle, präventiv sehr frühzeitig erfolgte therapeutische Interventionen schon Geld auszugeben. Der entscheidende Faktor ist, wenn nicht ausführlich mit ihnen gesprochen wird, kann die Nachfrage nicht entstehen. Diese Vorleistung muss innerhalb der Ärzteschaft erbracht werden, die nicht identisch ist mit den bisherigen, schnellen Behandlungszyklen im Bereich bisheriger, kassenärztlicher Stoppuhr-Medizin.

Zeit, Zuwendung, Anspruch und Fortbildung

Dazu muss jetzt viel umfassender ein entsprechendes, an den Schnittstellen ansetzendes, gemeinsames Fortbildungswissen für Ärzte in Teilgemeinschaften und ihr Personal geschaffen werden.

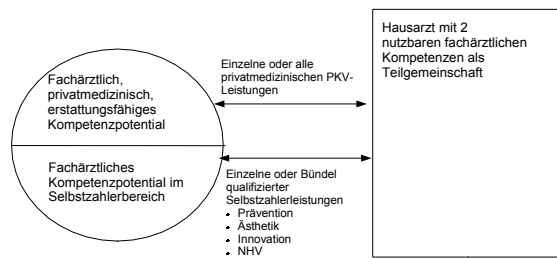
Qualitätszirkel zeitlich erweitert nutzen

Dies kann im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen, die von Kammern und KV'en zertifiziert werden, geschehen. Dabei wird es allerdings so sein, dass sich bei Privatpatienten gegen selbst zu zahlende Leistungen wesentlich stärker wehren werden, als Kassenpatienten.

Ihnen ist nicht bewusst, dass PKV und Beihilfe in Zukunft nur noch bei existentiell schweren Krankheitsbildern die Absicht haben, zu zahlen.

Schnittstellen Hausarzt / Facharzt

Doppel-Nutzen des Facharztes mit Kompetenz-Leistungsbildern im PKV- und SZ-Bereich für Hausärzte



Beispiele aus der Praxis:

Gemeinsame Schnittstellenmedizin Hausarzt / Orthopäde

Im Bereich der Privatmedizin können Hausarzt und Orthopäde wesentlich stärker zusammenarbeiten. 80% der Menschen klagen über Rückenschmerzen. Arthrose und andere Leistungsbilder sind im Muskel-Skelettbereich durch die „Bewegungsfalle“ im Vormarsch.

Sich wieder auf fachärztliche Kompetenz konzentrieren

Die Orthopäden müssen allerdings allgemeine IGeL-Leistungen zurückfahren, die auch von Hausärzten erbracht werden können. Dann werden Hausärzte in wesentlich stärkerem Maße auch Privatpatienten an orthopädische Kollegen im Rahmen einer Teilgemeinschaft schicken.

Zurück zu den Wurzeln

Bisher war das Leistungsbild des Orthopäden oft nur das eines qualifizierten, gesellschaftlich höher bewerteten Hausarztes. Der Orthopäde muss zurück zu seiner Spezialkompetenz in den Bereichen Wirbelsäule, Rheuma, Arthrose, Gelenke und den damit verbundenen operativen Eingriffen.

Integrative private Versorgung analog zum Kassensektor

Integriert er hier die Hausärzte, sind sehr hohe gemeinsame, privatmedizinische Entwicklungspotentiale im Erstattungsbereich. Darüber hinaus ergeben sich nachhaltige, gemeinsame Entwicklungspotentiale im Bereich integrativer, interdisziplinärer, präventiver Privatmedizin oder optimaler, kurativer Therapie.

Weiteres Beispiel:

Das Venen- und Gefäß-Gesundheitszentrum in der Orthopädiepraxis

Die Bonner Venenstudie von Professor Rabe zeigt, dass bei 90% der Bevölkerung sehr frühzeitig Venen- und Gefäßdefizite auftauchen. Medizinisch leicht diagnostizierbar ist Cellulitis ein erster und zentraler Indikator für die sich abzeichnende Bindegewebschwäche und die späteren, extrem gefährlichen Krankheitsfolgen, wenn sie nicht behandelt werden. Sie äußern sich später als Thrombose, Diabetes, Ulcus.

Venenprobleme Eine Volkskrankheit frühzeitig aufgreifen

Hier gibt es eine präventive, gesellschaftliche Herausforderung, die sofort evident medizinisch von Hausärzten aufgreifbar ist und als gemeinsame haus-fachärztliche Venen- und Gefäßprävention umsetzbar ist. In diesem Falle entscheidet sich der Orthopäde mit einem phlebologischen Ansatz innerhalb seiner Praxisstruktur dieses Venen- und Gefäß-Gesundheitszentrum zu integrieren und gemeinsam mit verschiedenen Hausärzten im Rahmen von Teilgemeinschafts-Praxisstrukturen anzubieten.

Cellulite – Aufgreifsymptom späterer schwerer Leiden

Venen-Behandlungen mit gutem, nachgewiesenem Erfolg bringen ca. Euro 500,- Umsatz, die bspw. im Verhältnis von 25% Hausarzt, 75% Facharzt teilbar sind, wenn man von einer mittleren Auslastung ausgeht. Jede höhere Auslastung führt dazu, dass die Hausärzte mit dem Facharzt Überschüsse angemessen erhöht verteilen können.

Zusammenfassung

Der Orthopäde – insbesondere mit konservativem Zuschnitt – hat neue Berufs- und Einkommenshorizonte, wenn er die sich entwickelnden Möglichkeiten aufmerksam verfolgt und zum richtigen Zeitpunkt agiert.

H.-J. Schade

Weitere Anfragen, Kontakte, Informationswünsche an den Autor über folgende Kontaktadressen:

Brogie, Schade & Partner GbR, Rechtsanwälte,
 Sonnenberger Str. 16, 65193 Wiesbaden
 Tel.: 0611/180950, Fax: 0611/1809518
 E-mail: bsp@arztrecht.de,
 Homepage: <http://www.arztrecht.de>

Per Telefax: 0611 / 1809518

M³C Medical Marketing Management Consult,
 Sonnenberger Str. 16, 65193 Wiesbaden.
 Tel.: 0611/180940, Fax: 0611/1809418
 E-mail: info@m3c-wiesbaden.de; <http://www.m3c-wiesbaden.de>

Per Telefax: 0611 / 1809518

- Ich buche ein Hintergrundgespräch zum Preis von EUR 390,--
- Ich buche die Durchführung eines regionalen Workshops mit Kollegen
 „Neues ärztliches Berufsrecht“ zum Preis von EUR 850,00
 (ca. 2 ½ Std. Zeitaufwand) zzgl. MwSt.
- Kostenübernahme durch () Pharmafirma () Medizintechnik
- Die Kosten werden mit Kollegen geteilt
- Einzelberatung – Teilgemeinschaftspraxis
- Ich bitte um weiteres Informations-Material

Name, Vorname _____ Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Tel./ Fax _____ e-mail: _____

Unterschrift/Praxisstempel: _____