

Teilung einer Vollzulassung und deren Verwertung
– ohne Nachteile –
FÜR SICH ODER FÜR DRITTE NUNMEHR AB 2009
gesetzlich vorgesehen

Der Bundesrat hat neben der Aufhebung der 68-Jahre-Altersgrenze für die vertragsärztliche Tätigkeit gesetzlich klargestellt, dass jeder Kassenarzt das Recht hat,

- seine Zulassung zu teilen und somit gegebenenfalls an zwei Orten tätig zu sein,

- die Hälfte seiner Zulassung an einen anderen Arzt zu verkaufen, oder
- die Hälfte seiner Zulassung als Angestelltenzulassung, besetzt durch ein oder zwei namentlich aufgeführte Teilzeitärzte (gegebenenfalls aus dem Krankenhaus), anzubinden.

Auszug aus Drucksache 16/10070 vom 30.07.2008
Deutscher Bundestag

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)

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.

Zu Artikel 1 Nr. 1b – neu – (§ 95 Abs. 7 Satz 3 bis 9 SGB V)

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

'1b. In § 95 Abs. 7 werden die Sätze 3 bis 9 aufgehoben.'

Begründung:

Mit der Aufhebung der Sätze 3 bis 9 des § 95 Abs. 7 SGB V werden die Regelungen zur Altersgrenze der an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gestrichen, so dass Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten auch nach Vollendung des 68. Lebensjahres noch an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmen können. Aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland ist es nicht mehr sachgerecht, das derzeit bestehende Berufshindernis für Vertragsärzte-, -zahnärzte und -psychotherapeuten in Form einer Altersgrenze für das Ende der Berufsausübung aufrechtzuerhalten.

Hinzu kommt, dass die Altersgrenze in der vertragsärztlichen Versorgung ursprünglich damit begründet wurde, dass einerseits die Möglichkeiten zur Niederlassung von jüngeren Kolleginnen und Kollegen verbessert werden sollten und andererseits die gesundheitliche Befähigung zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit mit steigendem Alter abnehme. Nach Abschaffung der Bedarfsplanung im vertragszahnärztlichen Bereich kann das erste Argument nicht mehr überzeugen. Auch das zweite Argument kann angesichts der bereits durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz erfolgten Aufhebung der Altersgrenze für unterversorgte Gebiete nicht mehr für die Aufrechterhaltung der generellen Altersgrenze herangezogen werden.

Damit entsteht eine Flexibilisierung des Kassenarztsystems!

Diese Flexibilisierung führt zu neuen, wettbewerblichen Chancen oder zu Bedrohungsszenarien für Kollegen, die ihren bisherigen Standort im Wettbewerb als sicher angesehen haben.

Rein statistisch entsteht somit eine Verdopplungsmöglichkeit für vertragsärztlich tätige Mediziner im Bereich gesperrter Gebiete.

Darüber hinaus ist wichtig, dass man auch jetzt auf Kollegen zurückgreifen kann, die gegebenenfalls über 68 Jahre alt sind.

Auch gibt es die Möglichkeit, früh pensionierte Ärzte aus dem Krankenhausbereich unternehmerisch zu aktivieren.

Damit ist verbunden, dass Patientenfrequenzen und Abrechnungsvolumen sowie andere Standorte mitgenutzt werden können, die durch die bisherige, individuelle Persönlichkeit des Vollzulassungsinhabers nicht genutzt werden konnten, obwohl dieser einen ungewöhnlich hohen Privat- und IGeL-Anteil hatte, zeitlich aber die vertragsärztlichen Potenziale nicht mehr nutzen konnte.

Unterschied zur bisherigen Rechtslage

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes 2006 ging der Gesetzgeber davon aus, dass es zur Verbesserung und Flexibilisierung der regionalen Versorgung diese Möglichkeit geben sollte. Er wollte aus einer Vollzulassung zwei handelbare Teilzulassungen machen und somit ermöglichen, dass diese halbe Zulassung von einem dritten Arzt genutzt werden oder der Zulassungsinhaber an zwei unterschiedlichen Standorten - ohne Konkurrenzbefragung, wie bisher bei der Zweigstellenlösung, arbeiten kann.

In den Auslegungen zur Zulassungsverordnung ergab sich aber, dass die mit der Auslegung und Differenzierung beauftragte Kassenärztliche Bundesvereinigung diese hohe Flexibilisierung im Zulassungsbereich nicht wünschte.

Die KBV befürchtete, dass es zur Mehrabrechnung von Leistungen komme, weil bisher nicht genutzte Potenziale somit

- einer Nutzung durch weitere Standorte unterliegen,
- eine Zusatzbildung von Gemeinschaftspraxen mit Arbeitsteilung/ Erschließung weiterer Abrechnungspotenziale genutzt wird.

Bisher konnte ein Arzt einen solchen, attraktiven Standort nicht nutzen. Jetzt hat er die Chance, im Rahmen eines neuen Ärztehauses oder einer Gesundheitsimmobilie zusätzlich diesen attraktiven Standort wahrzunehmen.

Oft ist es sogar strategisch sinnvoll, einerseits an dem alten Praxisstandort zu verbleiben und darüber hinaus gegebenenfalls an einem weiteren, zentralen Praxisstandort mitzuwirken, an dem sich stufenweise Konzentrationsprozesse in der regionalen Versorgung akkumulieren.

Dies wäre jetzt dadurch möglich, dass man mit einer halben Zulassung in einer Einzel- oder einer Gemeinschaftspraxis verbleibt, und die andere Zulassungshälfte an den neuen Standort verlagert.

Die aktuelle Ablehnung des Gesetzesentwurfes vom 10.9.2008 lautet wie folgt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung lehnt eine entsprechende Regelung ab.

Für das entsprechende Instrument einer Kommerzialisierung von halben Versorgungsaufträgen besteht kein Bedarf. Das Instrument würde zu einer ungleichen Verteilung und weiteren Erhöhung von Arztzahlen vor allem in Ballungsgebieten führen.

Es gilt vor allem für Hausärzte und Psychotherapeuten, da sie im Wesentlichen von dieser Regelung betroffen sind. Das System der Zulassungsbeschränkung würde durch die Vermehrung von Arztzahlen – unbeschadet der Überwachung der Einhaltung hälftiger Versorgungsaufträge – weiter ausgehöhlt.“

Anwendungsüberlegungen im Einzelnen:

Nebentätigkeiten von Krankenhausärzten auf halben Angestelltenzulassungen mit Erweiterung des Leistungsspektrums für aktive, selbstständige Freiberufler

Konkret geht es um die Darstellung, welche unternehmerischen Aspekte und Nutzungsüberlegungen es für Gemeinschaftspraxisinhaber und Einzelpraxisbetreiber gibt, die neue Rechtsmöglichkeit ab 1. Januar 2009 rechtlich und ökonomisch zu nutzen.

Unterstellt, eine Zweier-Gemeinschaftspraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft mit vielen multimorbid chronisch kranken Menschen befindet sich in einem Mischgebiet mit 40 Prozent Patienten mit einem hohen Status und 60 Prozent Patienten mit einem schwachen Status (Hartz IV-Bezieher/ Migranten/ frühzeitig aus dem Arbeitsleben freigesetzte Mitbürger).

Hier könnte sich der Seniorpartner mit einem überdurchschnittlich hohen, privaten IGeL-Anteil dafür entscheiden, weiterhin eine halbe Kassenzulassung als Freiberufler und Inhaber der privatrechtlichen Gemeinschaftspraxis zu behalten. Die weitere Hälfte gliedert er sich durch Antrag beim Zulassungsausschuss als Angstelltenzulassung an. Er präsentiert dem Zulassungsausschuss zwei Krankenhausärzte eines Krankenhauses der Regelversorgung aus der Inneren Abteilung. Die Nebentätigkeitsgenehmigungen für jeweils 11 Stunden Tätigkeit pro Woche wurden den Ärzten von der Verwaltung oder dem Chefarzt bewilligt.

Die Klinik erhofft sich damit, durch Personalidentität - ohne MVZ - eine höhere Zuweisersicherheit und einen Zugang zur schnelleren und erfolgreicherer Selektion typischer Krankenhaushäufigkeiten.

**Umfassende, ganzheitliche, freiberufliche Angebotsebene wie in einem MVZ!
Stationäre und poststationäre Versorgung aus einer Hand durch Zusatznutzung von Krankenhauskompetenz.**

Aus Sicht des Verfassers ergibt sich somit die Teilung der Zulassung mit angekoppelter Angestelltenfunktion (ohne Jobsharing-Begrenzung).

Das Krankenhaus hat die Chance, im Einzugsbereich - ohne eigenes MVZ - durch „Leiharbeiter“ eine Portalfunktion beispielsweise für die Innere Abteilung im Hausarztbereich zu entwickeln.

Denkbar ist analog die Zurverfügungstellung operativer Kompetenz in den Bereichen Orthopädie, Unfallchirurgie, Ophthalmologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Gynäkologie. Überall kann die konservative Funktion mit der - in der Regel im Krankenhaus angesiedelten - Zusatzqualifikation im internistischen oder operativen Versorgungsbereich ergänzt werden.

Im Ausgangsfall betreuen die internistischen Krankenhausärzte mit Nebentätigkeitsgenehmigung in der hausärztlichen Praxis im Rahmen ihrer Teilzeit-Angestelltenfunktion die multimorbid chronisch Kranken unter Berücksichtigung ihrer Zusatzmöglichkeiten in den Bereichen Diabetes, Onkologie, palliative Medizin, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Darüber hinaus können in künftigen IV-Verträgen Hausärzte auch alle internistischen Funktionen mit abdecken, wenn und insoweit die Voraussetzungen bei den Angestellten gegeben sind.

Für die Krankenhauseinweisung wird - bis auf Notfälle - auf die Diagnostikkompetenz der Krankenhauskollegen, die für die freiberufliche Praxis arbeiten, zurückgegriffen.

Patienten können so im Durchschnitt mit zwei Tagen weniger Krankenhausaufenthalt rechnen, weil sie prästationär, stationär und poststationär von den gleichen, ihnen bekannten Ärzten ihrer wohnortnahen Hausarztpraxis betreut werden.

Im zukünftigen IV-Vertrag nach § 73c SGB V können sich insoweit Hausärzte kompetent und effektiv alle Voraussetzungen, auch für Rückvergütungsmodelle bei Ersparnissen im Rahmen von IV-Verträgen für besondere Morbi-RSA-Integrationen erschließen.

Hausärztlich internistische Teilzeitärzte übernehmen Krankenhaus-Konsiliarfunktion

Eine weitere, interessante Doppelfunktion ergibt sich dadurch, dass das Krankenhaus soweit gehen kann, mit der Praxis einen Konsiliararztvertrag zu schließen, um die von der Hausarztpraxis eingewiesenen Krankenhauspatienten auch im Rahmen der DRG's stationär zu betreuen.

Damit werden die Krankenhäuser in die Lage versetzt, Anteile aus den DRG's (beispielsweise 25-30%) für das zusätzliche Tätigwerden bei der freiberuflichen Praxis der angestellten Ärzte im Krankenhaus zu bezahlen. Anstatt im Namen des Krankenhauses zu handeln, können die gleichen Ärzte für die freiberufliche Praxis die Konsiliarfunktion - in deren Namen und Rechnung - übernehmen. Damit erschließt sich - gegen das Äquivalent der ärztlichen Leistung - die Möglichkeit, auch noch an den DRG's zu partizipieren.

Auf diese Weise haben die Krankenhausärzte ein weiteres Einkommen und das Krankenhaus benötigt nicht in vollem Umfang die Vorhaltung von Ärzten, bei einer maximalen Zuweisungssicherheit und zuwendungsorientierten, vertieften, ganzheitlichen Betreuung.

Damit wird die gesamte Kompetenz des Krankenhauses in den niedergelassenen Sektor verlagert. Umgekehrt wird mit der neu gewonnenen, additiven Kompetenz der Krankenhausärzte auch ein wesentlicher Teil der stationären Versorgung bei den eigenen, ins Krankenhaus überwiesenen Patienten übernommen.

Die Kompetenz der kooperierenden Hausarztpraxis wird somit mit direktem Zugang zum Krankenhausesektor und durch Eingliederung sogar in den Krankenhausesektor als „zusätzlicher Konsiliararzt“ aufgewertet.

Aus der Sicht eines Außenstehenden ist die Rollen- und Dienstleistungsfunktion einer solchen Kombination von ambulanten und stationären Ärzten mit Teilzeitfunktion noch kompetenter und servicefreundlicher als die schon bestehende Versorgung durch einen hochkompetenten, hausärztlichen Internisten.

Halbe Zulassung freiberuflich als Gemeinschaftspraxis oder als Angestellter im bisherigen Jobsharing-Modell einsetzen

Der Nachteil der Mengenbegrenzung könnte vermieden werden, wenn man statt der Jobsharing-Lösung in Zukunft eine wachstumsfreundliche Gestaltungslösung mit zwei halben Zulassungen und Wachstum bis zum mittleren Durchschnittswert wählt.

In den Verträgen ist sicher zu stellen, dass es nicht zu einer Mitnahme der halben freiberuflichen Zulassung bei diesem Konzept kommt. Man kann bis zu drei Jahren ein Mitnehmen einer halben Zulassung freiberuflich verhindern.

Im Zweifelsfall kann man von vornherein die halbe Zulassung mit einem Kollegen/ einer Kollegin auf Angestelltenbasis besetzen. Hier ist auf jeden Fall eine Mitnahme einer Zulassung gehindert.

Teilung einer Vollzulassung zur Nutzung eines interessanten Zweitstandortes

Im Rahmen gesetzlich empfohlener Maßnahmen zur Sicherstellung wohnortnaher Versorgung älter werdender Menschen und sozial schwacher Regionen gibt es die Empfehlung Zentralstandorte in einem Stufenprozess aufzubauen und hausärztlich/fachärztlich zu fördern.

Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland Primärversorgung 2020

Wahlarzt/Gate Keeper / Gesundheitlicher und sozialer Koordinator = Neues zentrales Immobilien-Comunomed-Center

Sie sind „Anlaufstellen für eine integrierte Beratung von Menschen mit komplexen gesundheitlichen und begleitenden sozialen Problemen“; sie (...) „sollen Wegweiserfunktion im komplexen Gesundheits- und Sozialsystem übernehmen und nach Prinzipien arbeiten, die geeignet sind, komplexe Problemlagen, die durch die Situation einer älter werdenden Bevölkerung hervorgerufen werden, zu bewältigen.“ (Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen, Gutachten 2003). Diese Funktion bedarf einer Kontinuität im Arzt-Patienten-Verhältnis. Deshalb sollte die hausärztliche zu einer wahlärztlichen Versorgung weiterentwickelt und Regelversorgung im System der GKV werden.

Comunomed-Ganzheitsversorgung aus einer Hand

Erreichbar ist dies durch eine entsprechende Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation sowie soziale Betreuung, die durch eine fachliche und sachgerechte Steuerung der jeweils angemessenen Leistungen und Angebote durch die Gesundheits- und Pflegeberufe sowie unterstützende Angehörige und/oder ehrenamtliche Helferinnen wahrzunehmen sind.

Die Versorgung ist dem sich verändernden Bedarf anzupassen sowie wohnortnah und koordiniert aus einer Hand anzubieten.

Mehr Wettbewerbs-Möglichkeiten in partiell unterversorgten Bereichen

Auf Basis der neuen rechtlichen Rahmenbedingungen, aber auch darüber hinaus, werden folgende Maßnahmen zur Vermeidung oder Linderung von lokaler Unterversorgung vorgeschlagen:

- Gezielte Förderung von Hausärztinnen-Gemeinschaften, entweder in Gemeinschaftspraxen oder im Rahmen der neuen Anstellungsmöglichkeiten.
- Gezielte Förderung „satellitenhafter Elemente“ in der hausärztlichen Versorgung (Außensprechstunden, Zweigpraxen), damit – wo immer möglich – die hausärztliche Versorgung für die Patientinnen und Patienten auch in strukturschwachen bzw. dünn besiedelten Räumen mit dem geringstmöglichen Aufwand erreichbar bleibt. Diese werden durch Maßnahmen zur Erhöhung der **Mobilität** der Patientinnen und Patienten im ländlichen Raum ergänzt.

Kommunen sollen Zentren/BAGs/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 Neueinrichtung einer Praxis gehören.

Hintergrund dieses gesetzgeberischen Ansatzes ist die wirtschaftliche Erfahrung, dass sich in einem Planungsbereich

oft zu Teilen eine starke Überversorgung konzentriert und sich gleichzeitig in zwei Dritteln des Planungsbereiches eine starke Ausdünnung bei Haus- und Fachärzten ergibt. (Beitrag: Kistemann/Schroer: „Kleinräumige kassenärztliche Versorgung und subjektives Standortverhalten von Vertragsärzten in einem überversorgten Planungsgebiet“, Zeitschrift Gesundheitswesen 2007; 69. Ausgabe, Seite 593-600)

Diese Untersuchung zeigt, dass der ärztliche Nachwuchs zu 80 Prozent entweder gut honorierte Angestelltenfunktionen sucht, kombiniert mit guter Wohnumgebung, Arbeitsmöglichkeit für den Ehepartner und gleichzeitig überdurchschnittliche Kindergarten- und Schulangebote wünscht.

Damit einher geht die Erkenntnis, dass man den Wohnwünschen einer Arztfamilie Rechnung tragen muss und gleichzeitig dem Arzt eine Arbeitsmöglichkeit in gut organisierten, zentralen, von kompetenten, betriebswirtschaftlichen Verwaltungsgesellschaften geführten Arztzentren in diesen Regionen anbieten muss.

Es sind somit die bisherige wohnortnahe Einzelpraxis ergänzende, zentrale Dienstleistungs- und Immobilienkonzepte, die das Gesundheitsversorgungssystem ergänzen.

In solchen Comonumed-Dienstleistungszentren könnten sich nun Ärzte entscheiden, ohne die eigenen Praxisstrukturen aufzugeben, mit einer halben Zulassung vertreten zu sein und in einem Stufenprozess bei guter Entwicklung weitere Funktionen der bisherigen Praxis zu verlagern oder nach 5 bis 10 Jahren den alten Standort (nach Ablauf von Mietverträgen/ Findung anderer Nutzungsmöglichkeiten) aufzugeben.

Hierfür sollen in Zukunft die Landkreise und Kommunen kostenlose Grundstücke zur Verfügung stellen und die Genehmigung aussprechen, zur Etablierung von den öffentlichen Nahverkehr ergänzenden Patienten Bring- und Hol-Diensten (individuelle Patienten Sammeltaxis), die es dann in ärztlich ausgedünnten Strukturen dem Patienten ermöglichen, innerhalb kürzester Zeit individuell zu den neuen Standorten gebracht zu werden.

Damit ergeben sich für Kommune, Patienten und Krankenkassen folgende Vorteile.

Statt wohnortnah - quasi fußläufig - seinen Hausarzt/Facharzt zu finden, können ältere Menschen, Mütter mit Kindern, von der Bewegung her eingeschränkte Menschen den Comonumed Sammelbus nach Hause bestellen. Für 2 € pro Fahrt können Praxisbesuch, Apotheke, Friseur, Bank, Einkauf und Rückfahrt an persönliche Wohnadresse organisiert werden. Dies ist für Kommunalpolitiker ein zentrales, wohnpolitisches Anliegen.

Gleichzeitig kann ein kommunal kostenlos zur Verfügung gestelltes Grundstück in einem Stufenprozess - beispielsweise im 2-Jahres Rhythmus - je nach Bedarf und Interesse von niedergelassenen Ärzten - ohne Risiko und Kostenstruktur eines Umzuges nach deren Bedürfnissen ausgebaut werden.

Die Investoren würden die Immobilie und deren Einrichtung umfassend zur Verfügung stellen. Eine Investition niedergelassener Ärzte, die den Zweitstandort nutzen wollen, wäre nicht notwendig.

Zur Zeit werden Kommunalstrukturen konzipiert, die zur gebäude- und dienstleistungsmäßigen Zusammenführung aller ärztlichen und kommunalen Institutionen führen, die als gemeinsames Thema gesundheitliche, soziale, bildungsmäßige Belange einer älter werdenden Gesellschaft oder von sozial schwachen Kindern und Jugendlichen mit Hartz IV Hintergrund haben.

GKV Krankenkassen wollen auch im Direktvertrag ganzheitlich abgestimmte, interdisziplinäre Diagnostikanlaufstellen anbieten

Die Krankenkassen setzen große Hoffnung darauf, dass sich gerade auch selbstständige, freiberufliche Praxen neben ihrer tradierten Praxis am jetzigen Versorgungsstandort über Teilzeitfunktionen/ Zweigstellenlösungen, Mitnutzung eines Standortes durch einen Partner einer überörtlichen Sozietät „räumlich und inhaltlich aufstellen“.

Der Krankenkasse ist es aus Kundenbindungs- und Servicegesichtspunkten wichtig, ihren Patienten hierbei folgende Vorteile anzubieten.

1. Öffnungszeiten von 7.⁰⁰ morgens bis 21.⁰⁰ Uhr abends, um gleichzeitig neben den vielen Einzelhaushalten von Berufstätigen auch allen Menschen ihre vertrauten Praxen statt einer Notfallpraxis zwischen 18.⁰⁰ und 21.⁰⁰ Uhr anzubieten, wo über 85 Prozent aller Fälle in diesem Zeitrahmen auflaufen.
2. Patienten wollen Wartezeiten für Haus- und Fachärzte länger als 3 Tage verhindern, weil dies zu emotionaler Verstimmung von Versicherten führt.

3. Die Krankenkassen wünschen auch die ganzheitliche Angleichung von notwendigen, interdisziplinär zu behandelten Krankheitsbildern in einem einheitlichen Zeitablauf, Ein-Tages-Diagnostik ohne zusätzlichen Zeitaufwand an verschiedenen Tagen und Zeiten zu mehreren Standorten mit weiteren Wartezeiten für den Patienten. Dies ist für Berufstätige verlorene Arbeitszeit oder Urlaubsanspruch.
4. Elektronische Vernetzung aller Ärzte/ Krankenhaus/ Reha/ Pflege in einer Hand.
5. Verabredete Behandlung nach Leitlinien-Qualitätsstandard, Rückvergütungsvereinbarungen mit der Ärztegruppe/ Bonusvereinbarung für bessere Versorgung zwischen freiberuflichen Praxen, die als unternehmerischer Verbund im Rahmen eines Qualitätsnetzwerkes Direktverträge mit der Krankenkasse gem. § 73c SGB V oder § 140 SGB VI ab 2009 schließen.

Hauptangst der Krankenkassen ist 2009 die Bereitschaft von über 60 Prozent ihrer Versicherten bei unzureichenden Servicestrukturen die Krankenkasse zu wechseln, weil in Zukunft die Preise für den Patienten aus deren Sicht gleichartig sind und sich so die Krankenkasse die Bindung der Patienten nur durch ungewöhnliche Servicemaßnahme absichern kann.

Hierzu wird auch gehören, dass in diesen Integrationsverträgen die Krankenkasse den Kostenaufwand des öffentlichen Nahverkehrs für Hin- und Rückfahrt des Patienten bei chronischen Krankheitsbildern durch Patienten-Bring- und Hol-Sammelbusse übernimmt.

Bonusbeispiel bei verbesserter Versorgung

Pro Zulassung veranlasst ein Hausarzt im Schnitt im Verhältnis von seinem Honorarumsatz die dreifache Menge an Kosten für Medikamente Heil- und Hilfsmittel/ Krankenhauseinweisung/ Reha.

Zahlenbeispiel: Hausärztlicher Honorarumsatz EUR 200.000,00

Faktor 3 veranlasste Kosten ist = EUR 600.000,00.

Die besondere Förderung dieser Strukturen durch die Auswahl entsprechender Krankheitsbilder im Rahmen des Morbidity-RSA-Ausgleichs aus dem Gesundheitsfond führt für Ärzte zu folgender Rechnung.

Gelingt es bei einer Gesamtausgabemenge von EUR 600.000,00 einem Arzt, im Rahmen eines erfolgreichen und gut arbeitenden IV-Verbundes eine Ersparnis von 20 Prozent zu erwirtschaften, können sich von dieser Ersparnissumme von EUR 120.000,00 die Krankenkasse und die Arztgruppe unter Berücksichtigung ihrer anteiligen Leistungsbeiträge jeweils 60.000,00 EUR teilen.

Die Kasse wechseln oder treu bleiben? Preis und Leistung entscheiden

Wenn eine Kasse einen Zusatzbeitrag von zehn Euro erhebt, würde Versicherte so entscheiden:

sehr zufrieden mit Leistungsangebot:



unzufrieden mit Leistungsangebot:



Damit entsteht eine nicht unbeträchtliche, individuell von der Qualität der Zusammenarbeit abhängige, additive Anreizstruktur neben den üblichen vergleichbaren Einkommensstrukturen aus dem EBM. Da in einem gut organisierten interdisziplinären Zentrum die Kostenstruktur bei ca. 41 Prozent liegt, ergibt sich nicht nur ein Kostenvorteil sondern auch ein nachhaltiger Gewinnsteigerungsanteil, wenn es zu verbesserten, Effizienz steigernden und dokumentierbaren Versorgungsoptimierungsprozessen auf regionaler Ebene kommt.

Zusammenfassung

Die vom Gesetzgeber initiierte Klarstellung, dass sich ein Arzt nunmehr mit zwei halben Zulassungen flexibler Marktstrukturen bedienen kann, führt zu Gewinn steigernden und gleichzeitig Zukunft sichernden, stufenweise in Kennenlernschritten abgestuften Kooperationsprozessen.

H.-J. Schade
Rechtsanwalt
Broglie, Schade & Partner GBR
Sonnenberger Str. 16
65193 Wiesbaden
Tel. 0611/180950
Fax: 0611/1809518
www.arztrecht.de
bsp@arztrecht.de