

Überörtliche, fachgleiche Sozietäten ergänzen

Einzelpraxen – Schlüssel freiberuflicher Zukunft

Die Würfel sind gefallen

Der Markt verlangt ab jetzt größere, unternehmerische Organisationseinheiten, die in ambulant-stationäre Qualitäts-Gesundheits-Netzwerke mit zentralen Dienstleistungen in entsprechenden Service-Immobilien eingebettet sind.

Die freiberuflich orientierte Einzelpraxis oder kleine Gemeinschaftspraxis an einem Standort hat eine gute Überlebenschance, wenn sie ihre Konzeption in drei Richtungen erweitert.

- I. Einzelpraxis / Monolokale Gemeinschaftspraxis muss durch die Beteiligung dieser Praxis, deren alte Steuernummer verbleiben kann, an weiteren, überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften für Kasernenmedizin und/oder Integrierte Versorgung sowie ggf. für kooperative Privatmedizin ergänzt werden.

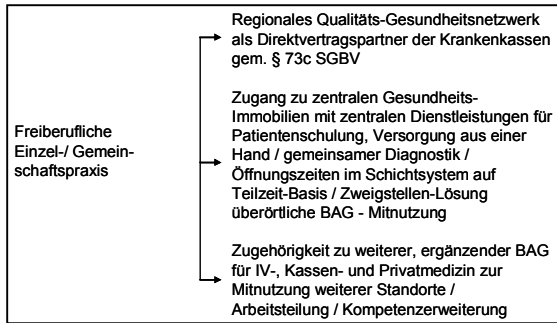
Dies kann bei maximaler Individualität durch die Abrechnung über mehrere Steuernummern geschehen, wobei Kostenstrukturen, Umsatz und Gewinnbeiträge umfassend der jeweiligen Beitragsleistung entsprechen.

Wichtig ist so der Zugang zur Mitnutzung an Kompetenzen fachgleicher oder fachergänzender Kollegen und der Zugang zu besonders qualifiziertem Personal von erweitert ausgebildeten, medizinischen Fachangestellten bzw. Versorgungsassistentinnen.

- II. Einbindung in ein regionales, EDV vernetztes, nach Leitlinien arbeitendes, verbindliches, ambulant-stationär, regionales Qualitäts-Gesundheitsnetzwerk, das für die unterschiedlichen Bedürfnisse der großen GKV-Gruppen, AOK, VdAK, BKK, IKK-Verbund Verträge schließt.

Diese Strukturen müssen die verbindliche und kontrollierbare Einhaltung von Absprachen sicherstellen, da nur dann die Krankenkassen bereit sind, regionale Direktverträge gemäß § 73c SGB V zu schließen. Faktisch geht das nur, wenn sich insbesondere leistungsstarke Praxen verbinden und nicht eher tradierte, hemmende, eher passive Praxen mit dabei sind.

- III. Die individuellen Standorte müssen durch freiberufliche Teilhabe an der Mitnutzung von Immobilien-Standorten mit zentralen Dienstleistungen und Versorgungsstrukturen mit rotierendem Teilzeit-Charakter ergänzt werden. Diese zentralen Immobilien ergänzen den Standort der Praxis über Zweigstellen-Lösungen, Mitnutzung im Rahmen überörtlicher Sozietäten oder als Zweit-Standort im IV-Vertrag, worauf jeder Arzt ohne Bedarfsprüfung – wie im GKV-Bereich – Rechtsanspruch hat.



Übersicht über die strategischen Grundsatzentscheidungen der Gesetzgebung, KV und Unternehmenspolitik am Beispiel von Originalzitat

Partielle Aufhebung der Zulassungssperren trotz Überversorgung wegen Überalterung / Infrastruktur-Defiziten

Die bisherigen Bedarfsplanungsregeln sind am 18.03.2008 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) dahingehend modifiziert worden, dass ein numerisch überversorgter Planungsbereich vom Zulassungsausschuss partiell geöffnet werden kann, wenn sich eine absehbare Überalterung oder defizitäre überörtliche Infrastruktur ergibt und Schwierigkeiten entstehen, schnell und verlässlich einen wohnortnahen Arzt zu finden.

**Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen vom 13. März 2008**

Im 8. Abschnitt wird nach § 34 folgender § 34a eingefügt:

„§ 34a Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen

4) Auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen ist eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung auch dann vorzunehmen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 3 nicht erfüllt sind. Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist - die drei Monate nicht überschreiten darf - durchzuführen.

6) Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. Das Vorliegen der Kriterien für eine zu vermutende oder drohende Unterversorgung nach § 29;
2. bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Altersstruktur (inklusive des Abgabalters und der zu erwartenden Neuzugänge), ergänzendes Angebot ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser in der Bezugsregion, Berücksichtigung ambulanter Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern, deren Einzugsgebiet sich auf die Bezugsregion erstreckt;
3. bei der Wohnbevölkerung ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen. Die Feststellung der tatsächlichen Inanspruchnahme kann auf der Grundlage einer geeigneten Stichprobe erfolgen. Bei der Interpretation dieses Kriteriums kann berücksichtigt werden, dass die empirisch ermittelte Inanspruchnahme auch durch das tatsächlich vorhandene Angebot mitbestimmt wird;
4. Qualität der infrastrukturellen Anbindung.“

**KBV / Dr. Köhler:
Bedarfsplanung ist zu modifizieren /
soll bei krankenhausnaher Facharzt-
ebene völlig entfallen**

Inzwischen hat sich auf der Ebene der KBV – regionaler Länder-KV´en eine Entfremdungsdynamik entwickelt.

Die KBV und die Bundesärztekammer waren – von Gesetz wegen – in das Konzept der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland / Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz vom 05.06.2007 eingebunden.

Nur politische Parteien der Bundesrepublik haben im Rahmen dieses Konzeptes einen Generalkonsens für die nächsten 12 Jahre bis 2020 erweitert und unmissverständlich der KBV als Körperschaft des öffentlichen Rechts klar gemacht, dass ihre Existenz auf dem Spiel steht, wenn es nicht zu einer gesellschaftspolitischen Kursänderung kommt. Diese hat die KBV inzwischen vollzogen. Das Bewusstsein des Ernstes der Lage und eines politischen Generalkonsenses zur Neuordnung der Versorgung ist aber bei den Länder KV-Vorständen und Vertreterversammlungen noch nicht angekommen.

Hier wird noch zum zivilen Ungehorsam und zum Boykott der KBV-Spitze aufgerufen. (Vgl. Westfälisches Ärzteblatt I/08).

Im Bericht an die Vertreterversammlung der KBV vom 19.05.2008 in Ulm formuliert Herr Dr. Köhler:

Die Bedarfsplanung wird weiter entwickelt hin zu einer risikoadjustierten, kleinräumigen Versorgungsplanung (vgl. auch GBA-Beschluss vom 18.03.08).

Für die spezialisierte fachärztliche, krankenhausnahe Ebene übernimmt das KBV-System die Aufgabe einer „Netz-Agentur“ und überprüft ausschließlich formal die Zulassungsvoraussetzungen; eine Bedarfsplanung findet nicht mehr statt.

Dies ist die Meinung der KBV und der gesundheitspolitischen Entscheider aller politischen Parteien auf Länder- und Bundesebene entsprechend dem Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden.

Ergänzt wird die Neuordnung des Marktes durch eine Gesetzes-Initiative, die Altersgrenzen für Vertragsärzte abzuschaffen.

**Koalition will 2009 Altersgrenzen
für Vertragsärzte und Vertrags-
Zahnärzte abschaffen**

Die Abkehr von dem Gedanken der Bedarfsplanung wird verstärkt durch die Entscheidung der Regierungsparteien, die Altersgrenzen abzuschaffen.

Ärzte Zeitung, 27.06.2008

**Koalition will Altersgrenze ab-
schaffen
Staatssekretärin Marion Caspers-
Merk: Regierungsparteien sind sich
einig / Antrag der FDP im Bundestag**

**BERLIN (pei). Gesundheitsstaats-
sekretärin Marion Caspers-Merk hat
im Bundestag angekündigt, dass die
Altersgrenze für Vertragsärzte abge-
schafft wird.**

Dies sei zwischen den Koalitionsparteien verabredet. Mit ihrem Antrag zur Aufhebung der Altersbegrenzung fordere die FDP etwas, "was bereits öffentlich zugesagt war", so die Politikerin anlässlich einer Beratung im Bundestag.

Laut Caspers-Merk haben sich die Ausnahmen von der 68-Jahre-Regelung bewährt, die für Vertragsärzte in unterversorgten Gebieten gelten. "Wir haben gute Erfahrungen mit den Ausnahmen gemacht, machen wir sie doch zur Regel", heißt es in ihrer Stellungnahme zu dem Antrag, den die FDP vergangenen Donnerstag eingebracht hat.

Der SPD-Abgeordnete Peter Friedrich sagte, die Abschaffung der Altersgrenze werde viele Vorteile bringen. So werde etwa der Wiederverkaufswert der Praxen steigen. Auch hätten Ärzte mehr Zeit, einen Nachfolger zu suchen.

Neu:

Die regionalen, freiberuflichen Arztpraxen / Berufsausübungsgemeinschaften im Wettbewerb untereinander und mit MVZ-Strukturen von KV'en, Genossenschaften, Krankenhäusern, internationalen Investoren

Von 100 niedergelassenen Ärzten sind im Moment maximal 2 über die gesellschaftspolitischen Entwicklungen / Gesetzesbeschlüsse / Markt-Strategien für die Zukunftsgestaltung informiert.

Der Rest der Gruppe von 98% hat keine Zeit- bzw. Prioritäten-Struktur für die Anpassung an veränderte Marktbedingungen.

Niedergelassene, freiberufliche Ärzte haben sich einem rigiden System des aktuellen Arbeitsdruckes zur Versorgung ihrer Patienten in ihren Praxen unterworfen. Sie sind nicht mehr in der Lage, zu lesen und neue Entwicklungen zu verfolgen.

Vom Grundsatz her gibt es eine Gruppe von 7-10% der niedergelassenen Ärzte, die zu einer Teilmenge von 20% der Ärzteschaft gehören, die mit ihren Einnahmen zufrieden sind, deren Personal motiviert ist und die gern freiberufliche Medizin machen. Für diese Gruppe ist es wichtig zu wissen, wie zentrale Akteure des Marktes denken und handeln.

Aus diesem Grunde werden auch Original-Strukturen dargestellt, wie bspw. die die Ärzteschaft zu großen Teilen finanzierende Apotheker- und Ärztebank die zukünftige Entwicklung aus der Sicht eines Beratungs- und Kreditunternehmens sieht.

APO-Bank Vorstandschef G. Preuss: Tiefgreifende, strukturelle Veränderung / regionaler Verdrängungswettbewerb

Im Bericht des Vorstands zur Entwicklung der APO-Bank vor der ordentlichen Vertreterversammlung dieser auf Ärzte spezialisierten Bank finden wir am 13.06.2008 folgende Aussage:

„Es würde an dieser Stelle zu weit führen, im Detail auf diesen Strategieprozess einzugehen. Ich möchte aber zumindest die wichtigsten Trends im Gesundheitswesen anführen, die sich aus unserer Sicht wie folgt darstellen:

- größere Organisationsformen für die medizinische Versorgung,
- Trend zur Anstellung von Heilberufsangehörigen,
- Verdrängungswettbewerb in der ambulanten Medizin,
- Konsolidierung und Privatisierung im Krankenhausmarkt,
- veränderte Rolle der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen,
- nachlassende Bedeutung von Kollektivverträgen,
- Veränderungen bei Nachfrage und Angebot an medizinischer Versorgung und schließlich:
- Der Gesundheitsmarkt bleibt auch weiterhin ein Wachstumsmarkt; das veranlasst inzwischen namhafte Banken, den lange verschmähten Markt jetzt mit allen Mitteln für sich zu erobern.“

Schlussfolgerung der APO-Bank:

Die Einzelpraxis / kleine Gemeinschaftspraxis muss in größere, überörtliche, unternehmerische Berufsausübungsgemeinschaften eingebettet sein und freiberufliche Ärzte müssen den Mut haben, weitere Kollegen auf Voll-Zulassungen anzustellen.

Ferner ist es notwendig, sich mit anderen leistungsstarken Kollegen, Krankenhäusern, Reha- und Pflege-Einrichtungen zu Qualitäts-Netzwerken zusammen zu finden. Hierbei sind sich die Fachleute einig, dass die bisherige Überlegung, dass in breitem Maße Berufsverbände und überregionale Genossenschaften mit unterschiedlichen Arzttypen Direkt-Verträge schließen können, obsolet ist. Erforderlich sind aus Sicht der Krankenkassen ausschließlich Praxen, die in der Lage sind, mit motiviertem Personal Patienten auf IV-Verträge anzusprechen und EDV gestützt miteinander zu korrespondieren und sich mit sofortiger Wirkung an verbindliche Medikamentenvereinbarungen etc. zu halten.

70-80% der ärztlichen Marktteilnehmer haben diese Organisationsfähigkeit, Personaleinwirkung und Disziplin nicht.

Umgekehrt wissen wir aus Statistiken, dass 20% der leistungsstarken Praxen über 50% der regionalen Umsätze erzielen. Das bedeutet, für die Krankenkassen ist es völlig ausreichend, für die zusätzlich gewünschten IV-Verträge mit 20% der Praxen die entsprechenden Vereinbarungen zu schließen.

Neue GKV und KV-Einnahmestruktur

In Zukunft wird es im Verlauf der Jahre 2009/2010 zu der Entwicklung kommen, dass wesentliche Einnahmen leistungsstarker Praxen nur noch zu 50% aus dem kollektiv vertraglichen KV- und EBM-Bereich stammen werden. Weitere 50% verteilen sich zu je einem Drittel auf Direktverträge mit AOK / VdAK / Verbund BKK/IKK, Arbeitsgemeinschaft Spektrum.

50 % EBM	16 %	AOK Direktvertrag
	16 %	VdAK Direktvertrag
	16 %	BKK/IKK-Spektrum-Verbund

Wie die APO-Bank deutlich macht, reduzieren sich ab 2009 die Funktionen von KV'en und Kollektivverträgen und an diese Stelle treten vorübergehend Hausarztverträge wie sie mit dem Hausarztverband und MEDI in Baden-Württemberg geschlossen werden. Die Hauptrolle werden aber regionale, vertikale Vollversorgungsverträge spielen, bei denen die regionale Stadt-Land-Versorgung in Direktverträgen mit den Krankenkassen umfassend – an Stelle der KV – über Management-Gesellschaften durch Qualitäts-Gesundheitsnetzwerke abgelöst wird.

Die Managementgesellschaft GIV (Gesellschaft für Integrierte Versorgung) der Compu Group hat hier einen beispielhaften Vertrag für Vertragskonzepte mit der AOK geschlossen und sucht jetzt entsprechende, regionale Qualitätsnetzwerke / Initiatoren, die solche Strukturen aufbauen.

Ähnliche Erwartungen und Strukturen finden wir beim VdAK und bei der Dach-Koordinierungsstelle „Spektrum“ von BKK'en und IKK'en.

Die regionalen Qualitäts-Netzwerke übernehmen die Verantwortung für die spezifische integrierte Vollversorgung für die jeweils dann konkurrierenden Krankenkassengruppen.

Da die Preise für die GKV-Mitgliedschaft ab 2009 zunächst gleich sind und bei ca. 15,5% Beitragshöhe liegen, entsteht ein Leistungswettbewerb, um die Kategorie der gesunden Patienten (80% der Versicherten) und um die besten Leistungen für erkrankte, multimorbide Patienten. Dies sind ca. 20% der GKV-Versicherten, die allerdings 80% der Gesamtkosten in Höhe von 114 Mrd. Euro verursachen.

Mit dem neuen Versicherungssystem ab 2009 entsteht ein Kampf der Krankenkassen um die Bindung bisher gewonnener Versicherter. Bei Befragungen haben 45% der Versicherten bereits angedeutet, dass sie sich als wechselbereit betrachten, wenn die Leistungs- und Servicestrukturen der individuellen Versicherung im Wettbewerb als persönlich nicht adäquat angesehen werden.

Da die Patienten – auch die erkrankten – in Zukunft grundsätzlich jederzeit die Krankenkasse wechseln können, wächst gut organisierten, freiberuflichen Arztgruppen und Netzwerken eine Schlüsselrolle in der Krankenkassen-Betreuungsfunktion zu. Die Patienten werden extrem sensibel und offen reagieren, wenn gut organisierte Berufsausübungsgemeinschaften und Qualitätsnetzwerke dem Patienten signalisieren, die Versorgungsstruktur einer Krankenkasse entspräche nicht der Möglichkeit, die eine andere Krankenkasse im Falle eines komplikationslosen Wechsels bietet.

Damit entscheiden in Zukunft gut informierte Mitarbeiterinnen von Arztpraxen und Ärzte über das Schicksal von Krankenkassen-Mitgliedschaften. Eine Rolle, die berufspolitisch noch nie konsequent gespielt wurde.

Entscheidend dabei ist auch, zu sehen, dass diejenigen Patienten, die in einem IV-Vertrag versorgt werden, nicht auf die Mengengerüste des EBM und der KV-Struktur angerechnet werden (Patientenmengen-Höchstgrenzen).

Das bedeutet, Ärztgruppen, die mit dem Instrument der Patientenberatung im IV-Vertrag besonders gut umgehen können, haben überproportionale Wachstumsraten und können expandieren. Dies ist ein von den KVen und Berufsverbänden nicht gern gesehenes Wettbewerbs-element, das insbesondere die Einzelpraxen belasten wird, die nicht in der Lage sind, serviceorientierte Qualitätsstrukturen zu bieten.

Hat also eine Einzelpraxis / ein Zulassungs-Inhaber innerhalb einer örtlichen Sozietät im KV-Bereich eine Mengenbegrenzung von maximal 1.000 Scheinen im Quartal, kann er dennoch zusätzlich um die Hälfte wachsen, wenn es ihm gelingt, 500 Patienten mit Hilfe seiner kommunikationsstarken Mitarbeiterinnen zu überzeugen, IV-Verträgen seines jeweiligen Qualitätsnetzwerkes, abgeschlossen mit AOK, VdAK, BKK, IKK beizutreten.

Da insoweit keine weiteren großen Fixkosten entstehen, sind betriebswirtschaftlich 80-90% der Zusatzumsätze reiner Gewinn.

500 IV-Patienten ohne Mengenbegrenzung 85 % Gewinn maximal 15 % Personalkosten	€ 25.000,- Umsatz 15 % sprungfixe Kosten 85 % Gewinn = € 21.250,-
+	
Basis: 1000 Kassenscheine mit Höchstbegrenzung Ø 50 % Fixkosten	Grobkalkulation: € 50.000,- Ums. i. Quartal 50 % Kosten = € 25.000,- p. Quart. 50 % Gewinn = € 25.000,- p. Quart.

Gelingt es darüber hinaus, im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft bestimmte Dienstleistungen, Einkaufsstrukturen, Personalnutzung etc. um 10% zu optimieren, entstehen aus 200.000,00 € kassenärztlichem Jahresumsatz nochmals 20.000,-00 € Gewinn.

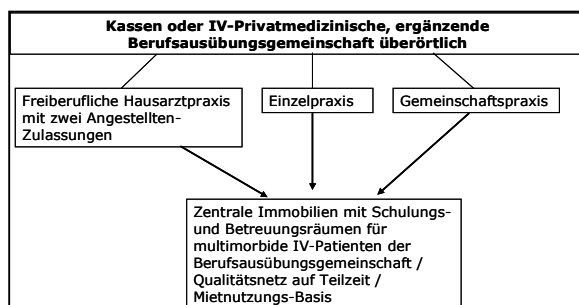
Das bedeutet, durch Teilnahme an einer überörtlichen Sozietät kann man betriebswirtschaftlich durch Wegfall der Mengenbegrenzung und Einsparmaßnahmen seinen Gewinn verdoppeln und dies, ggf. bei wesentlich besserer Lebensqualität, weil durch die Integration arzentlastende Strukturen von dauerbetreuenden Versorgungsassistentinnen weiterhin neue, auch die Lebensqualität steigernde Aspekte hinzukommen können.

Rolle der neuen, den Arzt entlastenden, dauerbegleitenden Versorgungsassistentin – Schlüssel für besondere Mengensteuerung, Gewinnverdoppelung / Verbesserung der Lebensqualität

Die vom Gesetzgeber und der KBV beschlossenen Konzepte der Pflichtintegration von besonders qualifizierten medizinischen Fachangestellten (MFA) zur verantwortlichen Dauerbetreuung multimorbider Patienten führt zu einer großen Chance, mehr Patienten qualifiziert betreuen zu können.

Die Spezialistinnen für die Dauerbetreuung chronischer Krankheitsbilder können darüber hinaus ihr Wissen auch im Präventionsbereich dieser Krankheitsbilder einbringen, was besonders für die Krankenkassen wichtig ist, die in Zukunft ihre gesunden Mitglieder mit besonderen Präventionsaktivitäten im Rahmen von IV-Verträgen binden und halten wollen.

Die Diabetes-Betreuerinnen / COPD-KHK-Schmerz-Spezialistinnen einer überörtlichen Hausarztsozietät können so in einer gemeinsamen Zentral-Immobilie (von der Stadt / dem Krankenhaus gemietet und ggf. gemanaged) mit zentralen Schlüsseldiensten ihre Aufgaben optimal erfüllen.



**Sinnvoll:
Zusätzlich zur Steuernummer der Einzelpraxis sich an Ergänzungs-Berufsausübungsgemeinschaften für Kassen- oder IV-Versorgung unternehmerisch beteiligen**

Was vielen niedergelassenen Einzelpraxisinhabern nicht bewusst ist, ist die Möglichkeit, sich einerseits die Individualität einer Einzelpraxis-/ Gemeinschaftspraxis-Steuernummer zu erhalten, über die die gesamten Kredite der Praxis, die Gewinn und Verlustrechnung etc. gebildet werden. Dort sind auch die Eigentumsrechte aus Praxisausstattung, Pkw etc. angesiedelt. Neben dieser Steuernummer und dem Rechtskreis der die Gewinn und Verlustrechnung steuernden Einzel/ kleinen Gemeinschaftspraxis kann man mehreren anderen Berufsausübungsgemeinschaften angehören.

Innerhalb dieser Berufsausübungsgemeinschaften werden die jeweiligen Gelder entweder für die KV- oder die IV-Einnahmen gebucht.

Je nach Struktur sind diese Berufsausübungsgemeinschaften auch im Rechtsverkehr diejenigen, die mit der KV oder den Kassenpatienten die Behandlungsverträge abschließen. Oder es ist eine IV-Berufsausübungsgemeinschaft, die als freiberufliche Gruppierung innerhalb des Qualitätsnetzwerkes Verantwortung für Patienten übernimmt.

Innerhalb einer solchen, ergänzenden Berufsausübungsgemeinschaft können insoweit auch die Kompetenzen der anderen Mitglieder benutzt werden, oder auch die gemeinsam angestellten Spezialistinnen für multimorbide Krankheitsbilder/ oder die sogenannte hausärztliche Versorgungsassistentin.

Es können hierbei auch die Kompetenzen von Teilzeitärzten aus dem Krankenhaus, die innerhalb dieser freiberuflichen Gruppierung zusätzlich tätig sind, eingebracht werden und eine gebündelte Versorgung darstellen.

Damit können Diabetes Qualitätskompetenzen, schmerztherapeutische Kompetenzen von der Gesamtgruppe für die jeweiligen Patienten genutzt werden, die dann auch von diesen Ärzten ergänzend an den zentralen Standorten oder in den einzelnen Praxen mit betreut werden.

Hierüber lassen sich weitere, erhebliche Gelder aus Qualitäts- und Spezialisierungszuschlägen/ Vorhaltung von Versorgungsassistenten erwirtschaften.

Eine Beeinflussung der eigenen Kostenstruktur oder das Mitarbeiten für andere Kollegen im Rahmen einer Gewinn- und Verlustrechnung, wo Faule von Fleißigen mitgeschleppt werden, gibt es nicht. Die Umsätze werden je nach Absprachen den Einzelnen zugeordnet und dann aus dem BAG-Konto auf die alte Steuernummer der jeweiligen, individuellen Praxisstrukturen ausgebucht.

Keiner bekommt die individuellen Fragen und Strukturen einer Arztpraxis oder deren Gewinn- und Verlustrechnung gegenüber der Finanzbehörde zur Kenntnis.

Damit können sich Ärzte auf der einen Seite spezialisieren, auf der anderen Seite gemeinsam über die qualifizierte medizinische Fachangestellte (MFA) kostengünstig optimale Versorgungsstrukturen schaffen.

Ein hausärztlicher Internist übernimmt für die Berufsausübungsgemeinschaft zur Ausübung von Behandlungen im IV-Bereich die Herz-Kreislauf GMP und IV-Integration. Eine andere, entsprechende Struktur wäre für Diabetes/ Onkologie/ Depression/ Schmerz/ Demenz/ Palliativ etc. zu schaffen.

Durch das Arbeiten nach Leitlinien entsteht eine standardisierte, gut von den Versorgungsassistentinnen zu pflegende Dokumentation. Es entstehen umfassend eingehaltene, vereinbarte Medikamentenstrukturen, es gibt weniger Patienteneinweisungen ins Krankenhaus.

Somit ergibt sich durch die ergänzenden, freiberuflichen Berufsausübungsgemeinschaften ein wesentlich besseres Schnittstellenmanagement und auch für das Qualitätsnetzwerk ein besseres Gesamtergebnis.

Bekommt ein freiberuflicher Hausarzt - aus einer Praxisübernahme - eine weitere Zulassung an seine freiberufliche Zulassung als Angestellten-Zulassung zugeordnet, kann diese Stelle auch mit drei Krankenhausärzten aus der internistischen Abteilung des Partnerkrankenhauses in Teilzeit besetzt werden. Damit erschließen sich alle Ärzte der ergänzenden Berufsausübungsgemeinschaft die Kompetenz/Zusatzqualifikation der Krankenhausärzte für den IV-Vertrag oder im Rahmen einer überörtlichen, kassenärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft für die KV-Abrechnung.

Unverzichtbar: Personelle Verflechtung mit Krankenhausärzten

Freiberufliches Gegenkonzept zum ambulanten Konzept der Rhön AG – andere Krankenhauskonzerne entwickeln ebenfalls

Die Rhön AG Gruppe war in den letzten 10 Jahren für Kassenärztliche Vereinigung und Berufsverbände ein rotes Tuch. Seit die KBV ihren berufspolitischen Wechsel in Richtung Wettbewerb und Offenheit vollzogen hat, spricht sie auch mit ihrem bisherigen berufspolitischen Angstgegner und veröffentlicht sogar eine gemeinsame Erklärung über eine Zusammenarbeit.

Auszug aus dem Pressegespräch vom 6. Juni 2008

Strategische Allianz: KBV und Rhön-Klinikum AG kooperieren

Statement von Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstandes der KBV(www.kbv.de)

Gemeinsam neue Versorgungsformen im Wettbewerb entwickeln

„Gemeinsam wollen wir regional neue und verschiedene Formen der koordinierten Vollversorgung der Patienten erproben und weiterentwickeln. Diese können und sollen im Wettbewerb zueinander stehen, so dass Versorgungsalternativen bestehen. Dabei nutzen wir die neuen vom Gesetzgeber eröffneten Kooperationsformen. Wir werden u.a. gezielt die Möglichkeiten des Ambulanten Operierens oder der personellen Verzahnung von ambulanten und stationärem Bereich fördern. Die enge Kooperation und die Bildung von medizinischen Allianzen und Netzwerken soll die Behandlungsprozesse verbessern, Rationalisierungsreserven identifizieren helfen und eine schnelle und umfassende gegenseitige Information auf der Basis modernen Kommunikationstechnologien vorantreiben.“

Die Rhön Strategie im Klartext

Statement des KBV-Vorstandsvorsitzenden Köhler am 06. Juni 2008

Die integrierte ambulant/stationäre Wachstumsstrategie der Rhön-Gruppe

Bezugnehmend auf die Leitfrage „Wo liegen die Schwerpunkte unserer integrierten Wachstumsstrategie?“ gab der Vorstandsvorsitzende den Anwesenden einen detaillierten Einblick in die Überlegungen der Unternehmensführung.

Ziel des Vorstandes der Rhön-Gruppe 2009-2012

Pföhler skizzierte im Folgenden das Ziel der RHÖN-KLINIKUM AG, ein umfassendes Angebot medizinischer Vollversorgung aufzubauen, das die kompletten medizinischen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich umfasse und den höchsten Qualitäts- und Modernitätsstandards entspreche. „Wir wollen dabei neue Wege in der Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Sektor gehen. Anspruch unseres sektorübergreifenden Versorgungsmodells ist es, dass die medizinischen Angebote nicht mehr kosten, als heute insgesamt für ambulante und stationäre Leistungen aufgewendet wird.“

Integriertes Wachstumsmodell – ambulante-stationäre Grund- und Regelversorgung

Das angestammte Geschäftsfeld der stationären Akutmedizin bleibe nach wie das tragende Fundament und soll weiter ausgebaut werden. „Zugleich erweitern wir das Fundament unseres integrierten Wachstumsmodells, indem wir den Bereich der ambulant-stationären Grund- und Regelversorgung ausbauen“, erklärte Pföhler.

Der Aufbau eines **zweistufigen integrierten Versorgungsmodells** könne ein flächendeckendes und bezahlbares Versorgungsnetz gewährleisten. „Kernidee ist, dass die Patienten im Krankheitsfall weder **über-** noch **unter-**, sondern **stationär und ambulant adäquat** versorgt werden. Der Schweregrad der Krankheit soll künftig in einem engen Verhältnis zur Versorgungsstufe stehen, in der der Patient behandelt wird. An der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationärem Bereich gäbe es Rationalisierungsreserven und Wachstumspotenziale.“

Militärisch eindeutig Aufsichtsratschef Rhön: Eugen Münch Angriff und Ausbruch

Nach der Grundsatzentscheidung in den Gremien der Rhön-Gruppe, die sich nun als ambulanter Konzern mit historisch stationären Hintergrund sieht, rückt der niedergelassene Sektor mit zukünftig in den Konzern zu integrierenden regionalen MVZ's als jeweils von der Rhön Gruppe gemanagte GmbH in den Mittelpunkt.

Der Vorsitzende des Aufsichtsrates der Rhön-Klinikum AG, Eugen Münch am 17.6.2008:

Der Entschluss zu „Angriff und Ausbruch“

„Wir bieten den Medizinern einen Platz im Schiff, das ihre Profession achtet. Sie werden in ihren medizinischen Entscheidungen gestärkt und am wirtschaftlichen Erfolg beteiligt, und die Erkenntnis, dass dies ihren Patienten nützt und ihnen selbst völlig neue Perspektiven öffnet, wird sich trotz oder gerade wegen der „ewig Gestrigen“, die **beginnen unflätig** zu werden, durchsetzen.

Da die Vereinigung von ambulanter und stationärer Medizin in der Grund- und Regelversorgung, verbunden mit der Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten, nicht nur das System insgesamt berührt, sondern völlig verändert, müssen die Reihen zwischen Vorstand und Aufsichtsrat geschlossen sein und ein gemeinsamer Wille, voran zu gehen, bestehen.“

Schlussfolgerung:

Das Rhön Konzept der integrierten ambulant-stationären Versorgung - Grundmuster aller zukünftigen Krankenhausstrategien des Marktes

Somit wird eindeutig - bewusst an Originalitäten verdeutlicht - klarer, dass es in Zukunft nur noch zwei Grundmodelle der ambulanten Versorgung geben wird.

Entweder:

1. Die regionale Versorgung wird geprägt durch das Bilden und Zusammenwirken größerer, überörtlicher, mittelständischer freiberuflichen Arztgruppen (Berufsausübungsgemeinschaften) mit unternehmerischer Struktur und Angestellten, oder
2. es kommt zu regionalen Krankenhaus-MVZ's auf angestellter Basis und den Ärzten wird an der jeweils regionalen ambulanten MVZ/ GmbH AG ein Gesellschaftsanteil angeboten. Da sich selbst bei psychologischen Tiefen-Interviews 50 Prozent der Fachärzte vorstellen können, statt freiberuflich zu arbeiten in MVZ's als Angestellte zu wechseln, ist dies ein überdeutliches Signal für eine Marktentwicklung.

Somit kommt es zu einer Zersplitterung der bisher scheinbar einheitlichen Ärztfrente. Mut und Angst von Berufsverbandsfunktionären deutet sich im folgenden Originalzitat von Dr. Hoppenthaler in seiner Rede im Olympiastadion von 07.06.2008 an.

Dabei ist die aktuelle Überforderung der Einzelpraxis, sich mit größeren Konzernen auseinanderzusetzen, nur deshalb entstanden, weil gerade Ärztekammern und Berufsverbände die jetzt wirksame, fatale Hilflosigkeit verursacht haben.

Sie sind vor 12 Jahren nicht dem Vorschlag des Bundesverfassungsgerichtes gefolgt, allen Freiberuflern über ihre Berufsordnung überörtliche Sozietäten mit Arbeitsteilung, Spezialisierung, modernen Rechtsformen, Finanzierungsmodellen und professioneller Infrastruktur zu gestatten.

Während Anwaltschaft und Steuerberater diesen Weg gegangen sind und sich erfolgreich im Markt zusammengeschlossen haben, wüssten die Ärztesfunktionäre zum Erhalt ihrer eigenen, berufspolitischen Wahlmacht das Konzept der Einzelpraxis ohne Wettbewerb.

KV und KV-Funktionäre haben somit die eigene Berufsgruppe freiwillig, gezielt - zum eigenen, persönlichen Vorteil - handlungsunfähig gemacht. Es ging um die Wiederwahl durch die Verteidigung nicht effektiver Einzelpraxen. Jetzt wird das Ergebnis dieser Verhinderungspolitik mit entsprechender „Ärztelyrik“ am Beispiel von Dr. Hoppenthaller verdeutlicht.

„Liebe Mitbürgerinnen, liebe Mitbürger, liebe Patientinnen und Patienten, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir sind heute hier, um Ihnen darzustellen, was derzeit mit und in unserem Gesundheitssystem geschieht.

Ohne dass wir es merken sollten, verschern unsere Sozialpolitiker unser Gesundheitssystem an Aktiengesellschaften. Bisher galt das Bismarcksche Prinzip „Jung für Alt und Gesund für Krank“. Wenn es nach dem Willen dieser Sozialpolitiker geht, heißt das künftige Geschäftsmotto: „Patient für Profit“.

Sie, liebe Patientinnen und Patienten, werden künftig im Erkrankungsfall diesen Medizinischen Versorgungszentren der Kapital- und Aktiengesellschaften ausgeliefert sein. Sie werden behandelt von immer wechselnden angestellten Ärzten, die weder Sie noch ihr soziales Umfeld kennen. Sie werden behandelt von angestellten Ärzten, die dafür zu sorgen haben, dass der Profit ihrer Arbeitgeber stimmt. Ihre Behandlung und Untersuchung wird sich keineswegs mehr in erster Linie an Ihren Bedürfnissen orientieren. Ihre Behandlung wird sich in erster Linie daran orientieren, ob Ihre Behandlung den Kapitalgesellschaften ordentlichen Gewinn einbringt.

Über die Medizinischen Versorgungszentren füllt man die Betten der konzerneigenen Kliniken. Die angestellten Ärzte erhalten dann täglich von der Konzernleitung Order, wie viele Klinikbetten zu füllen sind.

Für diese Aktiengesellschaften wird der Mensch, wird der Patient zum Objekt der Wertschöpfung. Die Gesundheit und Krankheit verkommen zur Ware.

Eine wahrhaft perfekte Gelddruckmaschine!

Call-Center werden Ihnen, liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger, künftig erklären, was Sie zu tun und zu lassen haben. Im Krankheitsfall wird man Sie vorbei an den niedergelassenen Fachärzten in das konzerneigene Medizinische Versorgungszentrum schicken. Im Bedarfsfall kommt eine Gemeindegeschwester vorbei, die dann entscheidet, ob Sie im medizinischen Versorgungszentrum oder in einem Krankenhaus dieser Kapitalgesellschaften weiterbehandelt werden müssen.“

KV´en und Ärztegenossenschaften wollen mit Rhön Gruppe professionell um regionale MVZ-Angestellten-Lösungen konkurrieren

Statt sich auf die Beratung und Entwicklung freiberuflicher Kooperationsstrukturen zu konzentrieren, verfallen offensichtlich KV- und Genossenschaftsfunktionäre der Idee, das Rhön-Modell zu kopieren.

Ärzte Zeitung, 18.06.2008

Ärztegenossen und KV wollen gemeinsam Zentren gründen Jungen Ärzten soll Niederlassung erleichtert werden

BAD SEGEBERG (di). Ärztegenossenschaft und KV in Schleswig-Holstein wollen Ärzten den Schritt in die Niederlassung gemeinsam erleichtern. Wer die volle Selbstständigkeit scheut, soll künftig Anteile an einem Praxissitz erwerben können.

Die Praxissitze, die den Ärzten anteilig zur Niederlassung angeboten werden, sollen zuvor durch eine Gesellschaft aufgekauft werden, die von KV und Genossenschaft in einem Joint Venture mit einer großen Bank demnächst gegründet wird.

"Was primär mit der Anstellung beginnt, endet oft mit der unternehmerischen Übernahme, nur um einige Jahre versetzt", sagte Dr. Ingeborg Kreuz. Die kommissarische KV-Vorsitzende in Schleswig-Holstein stellte die Grundzüge des Modells auf der KV-Abgeordnetenversammlung vor.

Die Praxissitze werden in ein ärztliches Versorgungszentrum integriert, das eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet. Mit der Aktion reagieren die Ärzteorganisationen auf Klinikträger, die vermehrt Praxissitze aufkaufen und in ihre MVZ integrieren. "Da können und wollen wir nicht tatenlos zusehen", sagte Kreuz.

Zusammenfassung

Entweder besinnen sich regional freiberufliche Ärzte auf ihre eigene Medizin, ihre Organisations- und Verwendungskompetenz und entwickeln freiberufliche, überörtliche Sozietäten mit zentralen Dienstleistungsstrukturen und stufenweise wachsenden Ärztezentren, oder sie entscheiden sich für eine von der KV oder der Rhön-Gruppe/ sonstigen Krankenhausgruppen geführtes MVZ als angestellte Ärzte mit/ohne Gesellschaftanteile bei mehrheitlicher Kapitalbeteiligung des Krankenhauskonzerns.

Ob die Kompetenz von KV und Genossenschaftsmanagern und Beratern im Wettbewerb mit den Krankenhausgesellschaften ausreicht, wird der Wettbewerb zeigen.

Wer Freiberuflichkeit in größeren, regionalen Einheiten wünscht, muss jetzt handeln. Der Markt ordnet sich - wie die Originalzitate zeigen - ab September 2008. Dann liegen auch die neuen Krankenkassenstrukturen vor.

Wer als Arzt/Arztgruppe ein Interesse an einem professionellen Betreuungskonzept hat, kann sich an den Unterzeichner oder an die Rechtsanwaltskanzlei Broglie, Schade & Partner GbR und deren Unternehmensberatung M³C wenden.

Die Anwaltssozietät ist in einer offenen Plattform/Arbeitsgemeinschaft mit anderen professionellen Marktteilnehmern verbunden, die in der Lage sind, überall in der Bundesrepublik freiberufliche Strukturen und Qualitätsnetzwerke zu entwickeln und zu betreuen. Mit der Gruppierung diskutieren auch Krankenkassen, die bundesweite Vertragspartner wünschen und ihre Vorstellungen an die regionalen Versorgungsmodelle kommunizieren.

KONTAKT ÜBER:

H.-J. Schade
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Broglie, Schade & Partner GbR
65193 Wiesbaden
Sonnenberger Str. 16
Tel. 0611/180950
Fax: 0611/1809518

80799 München
Georgenstr. 13
Tel.: 089/33037731
Fax: 089/33037732

10178 Berlin
Oranienburgerstr. 12
Tel.: 030/28091809
Fax: 030/28091944

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