

Hausärztepraxis der Zukunft - Teil 1

Neue Aufgaben, mehr Kollegialität, neue Einnahmefelder

Die Befürchtung, dass die Hausarztpraxis der Zukunft auf der Basis der Veränderungen des neuen EBM 2005 als Einzelpraxis keine Chance mehr hat, wird sich verflüchtigen.

Zwar werden die Einnahmen aus dem Bereich des EBM und der KV nachhaltig zurück gehen.

Dennoch kann die aktive Hausarztpraxis mit den Möglichkeiten des neuen Berufsrechts im Rahmen einer veränderten gesellschaftlichen Situation auch als Einzelpraxis gut weiter bestehen.

Sie kann in den unterschiedlichsten Bereichen neue Aufgaben und neue Einnahmen generieren.

Mit dem neuen Berufsrecht, der Menge der zur Verfügung stehenden medizinischen Innovation und einer älter werdenden Gesellschaft wird es möglich sein, über verschiedene Kooperationsmöglichkeiten regional mit anderen Praxen die Funktion der patientennahen Versorgung auch als Einzelpraxis aufrecht zu erhalten.

Es werden sich sehr flexible, neue, befriedigende ärztliche Aufgaben ergeben, die gut bezahlt werden.

Verschiebung der Einnahmen

Nur wird sich – was im Moment sehr schwer vorstellbar ist – die Einnahmestruktur we-

sentlich stärker in Richtung PKV-Zusatzversicherungseinnahmen und Erträge aus selbst zu zahlenden Leistungen des Patienten aus sinnvoller Früherkennung bewegen.

Fast ein Fünftel aller Einnahmen wird dabei aus zusätzlichen, kooperativen Dienstleistungskonzepten mit anderen Praxen entstehen, wobei gerade die Einzelpraxis als Anlaufstelle für diese Leistungen einen besonderen Stellenwert hat.

Veränderung verlangt Zeit

Allerdings wird die Veränderung einen hohen Zeitbedarf in der Übergangsphase beanspruchen und nicht ohne externe Hilfe funktionieren können.

Mehr Geld für chronische Krankheitsbilder – weniger Geld für Bargattele-Erkrankungen

Bis zum Jahr 2007 sollen die Krankenkassen mehr Verantwortungen im Bereich der Morbidität übernehmen. Nach Einschätzung des Gesetzgebers sind 20 % der im niedergelassenen Bereich behandelten Patienten existenziell krank.

30 % der Menschen, die pro Quartal eine Praxis aufsuchen benötigen eine akutmedizinische Abklärung.

50 % der Patienten suchen die Praxis wegen Funktionsstörungen auf, die ggf. eigenverantwortlich zu beeinflussen wären.

Hier wäre ggf. erforderlich,

dass sich Apotheker, Heilhilfsberufler, Seelsorger oder Familien stärker um diese Menschen kümmern.

Mehrzahl der Praxen kann nicht von chronischen Krankheitsbildern leben

Der Gesetzgeber hat eine Reihe von Maßnahmen eingeleitet, die die Konzentration der Gesundheitspolitik auf ca. 20% schwere, chronische Krankheitsbilder lenkt.

Dazu zählt der Risikostrukturausgleich, wobei den Krankenkassen Geld in der Region nur dann zur Verfügung gestellt wird, wenn sie nachweisen können, dass sie über ausreichenden Ärzten, Patienten Disea-

se-Management-Programme und integrierte Versorgung verfügen.

Hier fließen in Zukunft verstärkt Geldmittel, die bisher in der Versorgung von halbgesunden Menschen mit Bagatelle-Erkrankungen gebunden waren, die sich krank oder behandlungsbedürftig fühlen und durch die bisherige Gebührenordnung als „krank „ abgerechnet wurden.

Sich auf Einnahmeverluste vorbereiten

Mit der Schaffung der neuen Komplexgebühren des EBM und den Zeitvorgaben ergeben sich ca. 30 % Verlust, was die Abrechenbarkeit betrifft.

Um aber die Kontinuität der gesellschaftlichen Erwartungsprozesse von Patienten- und Ärzteseite zu gewährleisten, verbleibt für die Behandlung der „halbgesunden“ Menschen und zur Abklärung akutmedizinischer Fälle eine verminderte Geldmenge.

Weniger EBM-Einnahmen

Den Abrechnungsziffern des EBM sind jetzt bestimmte Zeitvorgaben zugeordnet, die sich an chronisch kranken Patienten oder an akutmedizinischer Abklärung orientieren.

Diese beiden Bereiche stellen die vom Gesetzgeber für den Kassensarzt vorgesehene Hauptaufgabe dar.

Dafür sieht die Plausibilitätsprüfung pro Tag einen hypothetischen Zeitrahmen von 12 Stunden Arbeitszeit (720 Minuten) vor.

50% der Patienten benötigen kaum Zeit für Diagnostik

Ca. 50 % der Patienten, die in den ersten Wochen eines Quartals die Arztpraxis aufsuchen, sind dem Arzt von ihren Gesundheitsstörungen her gut vertraut.

Der Arzt könnte objektiv sagen, dass sie seiner Hilfe nicht bedürften.

Diese Patienten sind jedoch gewohnt, dass ihr Anliegen bei der Krankenversicherung bezahlt wird, wie das in der Vergangenheit der Fall war.

Sie waren gleichzeitig – wegen ihrer gesundheitlich geringen Risiken – bisher betriebswirtschaftlich gute Nachfrager.

Mit Einführung des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes ist es jedoch jetzt notwendig, ihnen klar zu machen, dass sie selbstverantwortlich ihre Gesundheitsstörungen angehen müssen.

Die Einführung der Praxisgebühr wird von politischer Seite auch damit begründet, dass es offensichtlich eine Menge Menschen gibt, für die die Solidarität des Krankenkassensystems nicht bestimmt ist.

Mit Liebe umsteuern

Die Ärzteschaft muss erkennen, dass dieser Wandel unumgänglich ist.

Mit berufspolitischen Verzögerungen können die Kassensärztlichen Vereinigungen noch ca. 1½ Jahre zeitlich etwas herausholen.

Diese Zeit sollte aber genutzt werden, eine Praxisstruk-

tur aufzubauen, die es den betreffenden Ärzten ermöglicht, neue, sinnhafte und medizinisch befriedigende Aufgabenstellungen zu schaffen.

Gesundheitspolitischer Werte-Wandel

Innerhalb der letzten zehn Jahre hat sich bei den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern ein Werte-Wandel vollzogen.

Zeitvorgaben des EBM – Chance der Neuorientierung!

Für die akutmedizinische Abklärung setzt der neue EBM 10 Minuten als Durchschnittszeitwert an.

Wenn also eine gut frequentierte Praxis zu Beginn des Quartals mehr als 72 Patienten im Zeitrhythmus von 10 Minuten pro Tag behandelt, wird in der Plausibilitätsprüfung deutlich, dass sich diese Praxis auf Menschen mit geringem Krankheitsrisiko spezialisiert hat.

Der Arzt, der sich wie bisher darauf beruft, gerade auch für diese Patienten da sein zu müssen, wird in Zukunft rechtlich schmerzliche Erfahrungen machen.

Seelsorge ist privat

Dieser Prozess der Neuorientierung wird in den nächsten 5 Jahren von hoher Emotionalität begleitet werden.

Viele Ärzte werden enttäuscht sein, weil sie ihre Rolle als „Seelsorger“ von den Krankenkassen nicht bezahlt bekommen.

Viele Patienten werden wütend sein, weil sie für ihre hohen Sozialversicherungsbeiträge nicht die entsprechende Aufmerksamkeit erhalten.

Grunderkenntnis: Geldmenge bleibt erhalten

Der Gesetzgeber reduziert zwar über die Plausibilitätsprüfung die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen von der Frequenz her. Er stellt aber wie bisher die gleichen Geldmittel zur Verfügung.

Wer das frühzeitig erkennt, dem wird klar werden, dass er damit sogar die Möglichkeit hat, bis zu 500 schwere Krankheitsbildern mit Direkteinnahmen zu behandeln und gleichzeitig noch weitere 1000 Kassenspatienten, die aus dem alten Kontext der Behandlung von Halbgesunden stammen.

Körperschaften schwenken um

Erst langsam schwenken die Berufsverbände und die Kassensärztlichen Vereinigungen auf diese neue Linie um und versuchen nun, von ihrer Seite den Kassensärzten diese Einnahmequelle zu öffnen.

Spezialisierung spart Zeit

Im Hinblick auf Leitlinien und Organisationsstruktur ist allerdings bei den schwereren Krankheitsbildern eine Spezialisierung sinnvoll, wie z. B. bei

- Diabetes
- KHK
- Asthma
- Brustkrebs.

Veränderung noch nicht innerlich verarbeitet

Für diejenigen Ärzte, die nun mit Einbußen rechnen müssen, ergeben sich neue Einnahmefelder, die eher in der noch stärkeren, sauber abrechenbaren Nutzung von PKV-Mitteln liegen, welche über Teilgemeinschaftspraxen zwischen Fachärzten und Hausärzten gemeinsam angeboten werden können; in der Nutzung von Geldmitteln aus Zusatzversicherungen von GKV-Patienten und in der bewussten Entscheidung von Menschen, für sinnvolle Früherkennung auch Geld einzusetzen.

Diese Prioritätenveränderung im Kopf eines Menschen wird nur dann stattfinden, wenn beispielsweise mit moderner Schlaganfalldiagnostik, die über das Auge stattfinden kann, Augenarzt und Hausarzt überzeugend gemeinsam gegenüber dem Patienten auftreten. Das bedeutet, wesentliche Teile der Einnahmen kommen aus den neuen standortübergreifenden, kooperativen Angebotsmöglichkeiten, die sich nun zwischen Hausarzt und Facharzt durch das neue Berufsrecht ergeben.

Jeder Hausarzt findet seinen Aufgaben- und Einnahmehereich

Jeder Arzt kann sicher sein, dass er sein Auskommen finden wird. Schon jetzt werden in den USA 7 % Mehrrente am Brutto sozialprodukt für die Gesundheit ausgegeben.

Genügend Geld – keine Einsicht!

Bisher war es in Deutschland so, dass die Ausgaben der Bevölkerung für Ernährung zurück gingen und die Ausgaben für Unterhaltungselektronik, Kommunikation und Reisen stiegen.

Gleichzeitig ist das private Sparvolumen der Bevölkerungsschicht, die eine bessere Ausbildung und einen disziplinierteren Wertekanon hat, gestiegen im Gegensatz zu den sozial schwächeren Gruppen.

Sozial schwache Gruppen haben genügend Geld, setzen aber falsche Prioritäten

Die Sozialwissenschaftler sagen, dass auch die sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen zur Zeit noch über genügend Geld für sinnvolle, präventive Gesundheitsmaßnahmen verfügen. Dieses Geld werde aber für Suchtmittel, Fast Food und Unterhaltungselektronik eingesetzt.

Das Problem der sozial schwächeren, z. B. stark an Diabetes erkrankten Menschen liegt in einem Defizit in Wertstruktur und Verhaltensweisen.

Ärztliche Autorität gemeinsam nutzen

Das neue, standortübergreifende, kooperative Berufsrecht gestattet es nun, bundesweit oder regional, kollektiv die weiterhin vorhandenen Ressourcen unseres Wohlstandssystems fachärztlich und hausärztlich gemeinsam zu nutzen, ohne

sich aus Solidaritätsgründen schuldig fühlen zu müssen.

Schuld und Scham

Ärzte unterliegen dem Schuld- und Schamgefühl des jeweils herrschenden sozialkulturellen Wertekansons.

Die Kostenlosigkeit des Versorgungsgedankens der Krankenversicherung definierte sich bisher mit tradierten christlichen und sozialistischen Werten. Lange Zeit glaubt man, Krankheit sei oft ein Problem von sozialer Armut. Daher kommt der den Ärzten immer wieder präsente Gedanke der Solidarität und der Abscheu vor individuell, selbst zu zahlenden Gesundheitsleistungen.

Einzelpraxis überfordert

Da jeder Arzt mit dem IGeL-Konzept allein gelassen wurde, füllte die Industrie mit Pharma- und Medizintechnikprodukten die jeweilige, geistige Orientierungslücke sinnhafter Angebote. Es kam zur Vitamin- und Hormonwelle, zum Trend mit schwach wirkenden Magnetfeldern etc.

Die Ärzteschaft selbst sah den Paradigmenwechsel hin zu mehr Eigenverantwortung und Rückdrängung von Bagatelle-Erkrankungen nicht und verharrte immer noch im Solidaritätskonzept der Vergangenheit.

Da aber die deutsche Gesetzgebung von nur wenigen Experten aller politischen Parteien beherrscht wird, bekamen weder der deutsche Bundestag, noch die Ärzteschaft, noch die Bevölkerung den nachhaltigen, gesellschaftlichen Veränderungsprozess durch GMG und neues Berufsrecht mit.

Politik veränderte Weichenstellung

Das GMG gestattete in Kenntnis der Innovationsgeschwindigkeit medizinischer Forschung (Wissensverdopplung alle 3 bis 5 Jahre), dass sich jeder Bürger selbst zusätzlich versichern darf. Dadurch erwächst mit dem Segen der Politik der PKV ihre zukünftige Aufgabe (wie in Rest-Europa), dem Bürger außerhalb des öffentlichen Solidaritätssystems komfortmedizinische Leistungen und Innovation abzuschern.

Fachleute rechnen innerhalb der nächsten 5 Jahre mit Zusatzversicherungs-Abschlüssen bei 5 Millionen GKV-Versicherten.

Staat privatisiert Teile der Gesundheitsversorgung

Damit hat sich der Staat eine Möglichkeit geschaffen, Märkte für Innovation privatmedizinisch zu testen und sich selbst auf die solidarische Grundfunktion zu beschränken.

Dieser Prozess wird erst im Laufe des Jahres 2005 vielen Bürgern bewusst werden, wenn die großen Vertriebsstrukturen der Versicherungswirtschaft wie AWD und Deutsche Vermögensberatungsgesellschaft Zusatzversicherungstarife für KV-Versicherte anbieten.

Selbst die 50 privaten Versicherungen wurden zu Beginn des Jahres 2004 von dieser neu-

en Entwicklung überrascht und haben sich bisher nur zu Teilen auf neue Tarife versicherungsmathematisch vorbereiten können.

Förderung von Prävention und Gesundheit

Gleichzeitig fördert der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Prävention- und Gesundheitsförderung den Gedanken eigenverantwortlicher Gesundheitsvorsorge.

Die Prävention hat zwei Ebenen.

Zunächst sind Maßnahmen der Früherkennung in Anspruch zu nehmen durch Angebote von GKV und PKV oder neue Formen sonstiger, innovativer Früherkennung, die der Bürger selbst zahlt.

Der zweite Gedanke liegt darin, den Bürger zu einem bewusst gesundheitlichen Lebensstil (körperlich und geistig) heranzuführen und zu versuchen, das jeweilige individuelle Optimum zu anzustreben.

Jeder Bürger, der Geld hat, kann sich ohne Schuldgefühle die entsprechenden Leistungen kaufen.

Mit der Gesetzgebung über die Zusatzversicherung zeigt der Staat, dass er diese Funktion nicht mehr über die Solidarität regeln kann.

Standortübergreifendes, kooperatives Berufsrecht schafft neues, innerärztliches Bewusstsein

Bisher wurde der Arzt, der IGeL-Leistungen anbot, schief angesehen. Das Angebot von IGeL-Leistungen stellte einen Verstoß gegen das unbewusst wirkende Solidaritätsgebot der Kostenlosigkeit ärztlichen Handelns dar.

Jetzt können Ärzte regional über Teilgemeinschaften die wissenschaftlich abgesicherten, innovativen Früherkennungsmaßnahmen gemeinsam anbieten.

Die Zusatzversicherungsmöglichkeit der GKV zeigt, dass es kein geächtetes Verhalten mehr ist, eine bessere Leistung anbieten zu können. Selbst der Sachbearbeiter einer GKV-Versicherung kann nun auf die entsprechende Zusatzversicherung hinweisen, die beispielsweise eine neue, von Facharzt und Hausarzt gemeinsam angebotene Leistung umfasst.

Schaffung gemeinsamer, neuer, regionaler Märkte

Durch Einkommensverluste erkennt die Ärzteschaft, dass es sinnvoll ist, zusammen zu rücken und sich gemeinsam – ohne Schuld und Scham – den neuen gesellschaftlichen Aufgaben zu stellen.

Überleben durch Kooperation

Damit wird das System der Ärzteschaft marktorientierter und kapitalistischer.

Einer älter werdenden Gesellschaft können nun gemeinsam neue Dienstleistungen angeboten werden.

Gleichzeitig können durch die kooperativen Angebotsmöglichkeiten von Teilgemeinschaften die Facharztpraxen die neuen, innovativen Versorgungsmöglichkeiten nun auch gemeinsam mit den Arztpraxen anbieten, die selbst nicht investieren.

Damit kommt es zu einer Multiplikator-Wirkung.

Jeder wirbt für jeden

Die Mehrzahl der Ärzte hat noch nicht erkannt, welche ungeheuren Möglichkeiten darin liegen, dass durch standortübergreifende Teilgemeinschaften nun die Praxen, die als Hausärzte Anlaufpraxen der Bevölkerung sind, die Spezialleistungen der Facharztpraxen mit vertreiben können.

Damit entstehen bei Einigkeit zwischen Fach- und Hausarztpraxen in der Region und den entsprechenden Kommunikationsmodellen, die auf Fortbildung, Schulung und gemeinsamem Auftreten beruhen, auch neue Angebotsmöglichkeiten für innovative Diagnostik und Therapie.

Es sind völlig neue Formen ärztlicher Aufgabenstellung, die einerseits die Selbstständigkeit der hausärztlichen Einzelpraxis sichern, auf der anderen Seite nachhaltig neue Einnahmemöglichkeiten für die Zukunft schaffen.

Neue, kompensierende Märkte

Was im GKV-Bereich hinsichtlich des EBM verloren wird, wird kompensiert durch die besseren Nutzungsmöglichkeit gemeinsamer, kooperativer Einnahmen im PKV-Erstattungssektor tradierter PKV- und Zusatzversicherter. Ferner entsteht ein Ausgleich durch sinnvolle Selbstzahlerleistungen, die nunmehr kompetent und innovativ gemeinsam regional angeboten und umgesetzt werden können.

Die Ärzteschaft rückt in der Region zusammen, wird emotional stärker und kann sich damit auch ökonomisch wesentlich stärker und besser gegenüber GKV und PKV durchsetzen.

HJS

Seminar

Medizinische Versorgungszentren

**19.02.2005
10.00 - 15.00 Uhr**

**Referent:
RA H.-J. Schade**

- Voraussetzung der MVZ-Zulassung
- Arzt als Freiberufler oder Angestellter
- MVZ aus steuerlicher Sicht
- Betriebswirtschaft/ Organisation
-

Seminargebühr: EUR

149,00 inkl. MwSt.

Anmeldung und Information

Tel. 0611/1809412