

Hausarzt der Zukunft: Qual der Wahl - welcher hausärztliche Arzttyp will ich sein?

Für die Zukunft der Hausarztpraxis existieren auf der Basis der gesellschaftlichen Veränderungen (MVZ / Neues Berufsrecht) zwei Basistypen.

Der Hausarzt Unternehmer und Initiativ- arzt oder eher primär höchstpersönlicher Arzt?

Der unternehmerische Hausarzt baut seinen eigenen Standort mit weiteren Partnern aus, beteiligt sich ggf. an anderen Haus- und Facharztpraxen der Region und sieht sich darüber hinaus in seiner Region als Koordinator hausärztlicher Interessen gegenüber Fachärzten, Krankenhäusern, Pharmafirmen und Krankenkassen. Er wird drei Tage pro Woche eher unternehmerische Funktionen haben und in dieser Zeit seine Arztfunktion delegieren. Er wird sich auf ein Erfahrungswissen im Kassen- und Privatbereich – je nach Neigung – beschränken, um mit den erweiterten, neuen Unternehmerrollen des Arztberufes Schritt halten zu können.

Darüber hinaus wird es die tradierte Einzel- oder Gemeinschaftspraxis ohne besonderen unternehmerischen Ansatz geben, der es primär um eine gute Versorgung der Bevölkerung geht bei dem Wunsch, für diese anstrengende Tätigkeit angemessen bezahlt zu werden.

Hier finden wir nachfolgende Untergliederungen.

Die Zukunft bietet jedem Hausarzt durch die standortübergreifende Nutzungsmöglichkeit kollegialer Kompetenz eine gute Nische. Sie gestattet es, kollegial kooperativ zu agieren, insbesondere durch die Möglichkeit, an anderen Standorten zu arbeiten und gleichzei-

tig die eigene Praxis behalten zu können.

Wer bin ich als Arzt? Wer will ich sein?

In der Zeit des Umbruchs sollte sich jeder Hausarzt die Zeit nehmen zu prüfen, was er sich in Zukunft neu vornehmen will.

Weichenstellung: Unternehmerischer oder zuwendungsorientierter Schwerpunktarzt?

Die Veränderungen sind ein unabdingbarer Grund, Bilanz zu ziehen.

Zu überprüfen sind

- persönliche Zeitstrukturen
- Änderungen in Wohn- und Familienstruktur
- die Rolle des Ehepartners
- Freude an unternehmerischen Funktionen oder an der bewährten kassenärztlichen Funktion.

Es ist notwendig, Entscheidungen mit weitreichender Wirkung zu treffen.

Rollenbild: Schwerpunkt- spezialist für chronische Krankheiten Einnahmeschwerpunkt: Kasse direkt!

Eindeutig ist im Kassensystem die Tendenz, sich stärker

Typ I:

Hausarzt mit schulmedizinischem Schwerpunkt und den Einnahmefeldern

- Kasse direkt mit Disease-Management und integrierter Versorgung sowie
- aus EBM- /KV-Einnahmen.

ker auf Schwerpunkte zu konzentrieren, wie es die Fördermaßnahmen aus dem Risikostrukturausgleich, dem Disease-Management und der integrierten Versorgung zeigen.

Der Vorteil dieser Einnahmeform und Spezialisierung ist der Tatbestand, dass diese Leistungen nicht der EBM-Überprüfung nach Zeit, ICD-Verschlüsselung und Regelleistungsvolumen unterliegen.

Sowohl Schwerpunktspezialist als auch Bagatelle- Generalist?

Der Hausarzt hat mehrere Wahlmöglichkeiten.

Er kann sich auf die Gewinnung und Betreuung Schwerkranker konzentrieren oder aber auf die Versorgung von Menschen mit eher weniger ernsthaften Funktionsstörungen, die über den EBM kontrolliert und budgetiert sind.

Die zentrale Erkenntnis ist, dass es vom Wissen, der Zeit und der Rentabilität her sinnvoll ist, sich zu spezialisieren.

Chronisch Kranke bringen mehr Geld

Typ II:

Arzt mit einer Balance zwischen Schulmedizin und Naturheilverfahren.

Er hat sowohl Kassenpatienten als auch viele Privat- und Selbstzahlerpatienten, wobei ein großer Teil seiner Einnahmen sich aus seiner Kassenpraxis ergibt, weil die Menschen dort die Anlaufstelle für die naturheilkundlichen Erweiterungen des Selbstzahler- und Privatversicherungsbereiches sehen.

Ein chronisch mittelschwer erkrankter Patient bringt bis zum zwei- bis dreifachen an Einnahmen, wenn man ihn in einem Netz betreut.

Insbesondere dann, wenn man Zusatzausbildungen hat, die es einem gestatten, hochwertige Diabetes-Schulungen, etc. vorzunehmen.

500 Diabetes- oder KHK-Patienten pro Zulassung führen mit den jeweiligen, geschulten Praxisteammitgliedern zu einer maximalen Krankheits- und Organisationskompetenz.

Hausarzt als kooperativer Manager mehrerer Praxis- standorte

In der Sekunde, in der ein Arzt auch eine hohe Begeisterung für Organisationsfragen mitbringt, ergibt sich eine weitere Weichenstellung.

Soll er sich ausschließlich rein medizinisch beschäftigen, wie es in der Vergangenheit in der Einzelpraxis nur möglich war, oder will er weiterhin Unternehmer sein und damit die Möglichkeiten des neuen Berufsrechtes umfassend nutzen? Gleichzeitig wird einem neuen Arzttyp der Schritt in die niedergelassene Praxis ermöglicht, der bisher lieber am Krankenhaus blieb.

Typ III

Ein weiterer Arzttyp, der sich neben der schulmedizinischen Ebene insbesondere der Prävention und der Optimierung der Gesundheit einer älter werdenden Gesellschaft widmet. Hier liegt der Schwerpunkt in der Gewinnung einer kaufkräftigen Zielgruppe gesundheitsbewusster Menschen.

Der schulmedizinisch- wissenschaftlich geprägte Arzt für schwere Krank- heitsbilder

Mit der Spezialisierung und den Einnahmen direkt aus den Praxen können nun zum ersten Mal auch Ärzte, die bisher nur am Krankenhaus gearbeitet haben, eine Funktion in der niedergelassenen Einzel- oder Mehrbehandlerpraxis bekommen. Es sind diejenigen, die sich mit einer relativ festen Vergütung um ein genau definiertes wissenschaftlich abgesichertes Arbeitsbild kümmern wollen. Das ist mit den Schwerpunktakzenten der integrierten Versorgung, des Disease Management möglich.

Diese Ärzte können als Partner ohne Kapital oder als Angestellte eines von Ärzten gegründeten medizinischen Versorgungszentrums nun mit festen Einnahmen rechnen und sich nur um Medizin kümmern. Der Kollege, der sich eher zu Organisation und Management berufen fühlt, kann ggf. für einen höheren, unternehmerischen Mehrwert den Rest erledigen. All das war bisher nicht möglich. Somit ergibt sich jetzt eine wesentlich größere Variationsbreite hausärztlicher Funktionen.

Haupttätigkeit

- als Unternehmer, der andere Kollegen organisiert und an dieser und anderen Praxen mitbeteiligt ist.
- schwerpunktmäßig Integrierte Versorgung / Disease Management / Einnahmen Kasse direkt
- als Generalist mit Haupteinnahmen aus dem EBM und breiter sozialer Fächerung
- eher naturheilkundlich, ku-

rativ gegenüber Patienten, die privat versichert sind bzw. für die Leistung selbst zahlen.

- eher privatmedizinisch mit Betreuungsangeboten auch für Gesunde (Prävention, Vitalmedizin für Menschen im Beruf und in der zweiten Lebenshälfte, die gerne selbst Geld ausgeben). Hier wird es primär darauf ankommen, ob dieser Hausarzt auch den Zugang zu den entsprechenden gesellschaftlichen Kreisen hat, weil eigenverantwortlich Gesundheit nur von max. 40 % der Bevölkerung nachgefragt werden wird.

Ungewöhnliche Möglichkeit: Unternehmer Arzt mit Koordinationsfunktion für regionale Hausärzte

Die wohl spannendste Rolle im neuen Hausarztkonzept werden die Hausärzte haben, die für die anderen Partner am Praxissitz und an anderen beteiligten Haus- und Facharztpraxen Managementaufgaben übernehmen und maximal noch zwei Tage in der Woche an Patienten arbeiten werden.

Besondere Macht- und Einflussfunktionen werden sie dann gewinnen, wenn sie sich darüber hinaus als regionale innerärztliche Moderatoren von hausärztlichen Wirtschaftsinteressen verstehen. Hier ist an Tätigkeiten gedacht, wo ein Hausarzt mit Beteiligung an einem oder mehreren hausärztlichen Standorten darüber hinaus noch die hausärztlichen Aktivitäten derjenigen Kollegen koordiniert, die nicht unbedingt die entsprechenden juristischen Beteiligungsaktivitäten wünschen, sondern nur an neuen Formen innerärztlicher Netzwerke mitwirken wollen. Sie sind daran interessiert, die alte, geliebte Einzel- oder Gemeinschaftspraxistätigkeit des Hausarztes wohnortnah auszuüben und alle anderen Funktionen sich ggf. abnehmen zu lassen, vorausgesetzt, es geschieht vertrauenswürdig, kompetent und effektiv.

Hausärztliche Verordnungsmacht nutzen

Je stärker sich Hausärzte im Bereich chronischer Krankheiten spezialisieren und darüber hinaus privatmedizinisch mit anderen Facharztpraxen Teilgemeinschaftspraxen bilden, desto stärker können auch Verordnungsgewohnheiten gebündelt und auf bestimmte Pharmafirmen konzentriert werden.

Die Pharmaindustrie wird insbesondere durch die Möglichkeiten der hausärztlichen Beteiligung an fachärztlichen Leistungen in den Bereichen Kardiologie, Gastroenterologie, Rheumatologie und Orthopädie erkennen, dass hier in viel größerer Masse nicht so stark dem Regress unterliegende Verordnungen möglich sind. Zusammen mit der Konzentration auf Disease-Management-Programme entstehen somit völlig neue Verordnungsaspekte im Hausarztbereich. Je mehr es einem engagierten Hausarzt gelingt, über die von ihm beeinflussten Arztpraxen und Kollegen, für die er die Koordination übernimmt, eine einheitliche

Medikamentierung mit Arzneimitteln einer bestimmten Firma zu organisieren, desto interessanter ist dieser Arzt und diese Gruppe für die jeweilige Pharmafirma.

Verordnungen in der Region konzentrieren und optimieren

Unterstellt, es gelingt diesem Hausarzt die Interessenwahrnehmung von Kollegen, die im Grundsatz selbständig bleiben, mit zu organisieren, weil er den Qualitätszirkel organisiert, entstehen hoch interessante Effekte. Gelingt es beispielsweise 12 bis 15 Hausärzten, sich für bestimmte Arzneimittel eines forschenden Arzneimittelunternehmens oder aber eines Generikaherstellers zu entscheiden, schlägt sich dies bei dieser Firma im Umsatz nieder. Gleichzeitig entsteht damit bei der Apotheke / einer regionalen Apothekengruppe im Mehrbesitz eine wichtige, neue Einflussdimension.

Der Initiativhausarzt als innerärztlicher Koordinator genereller hausärztlicher Interessen

Gelingt es nun einem regionalen hausärztlichen Initiativarzt noch weitere Hausärzte einer Region zu mobilisieren und zu koordinieren, entstehen darüber hinaus weitere Macht- und Einflussphären gegenüber Fachärzten durch die Überweisungssteuerung gegenüber Krankenhäusern und anderen Gesundheitsberufen, angefangen von Apotheke, Sanitätshaus bis hin zu Fitness-Studio, etc.

Die Koordination von 12 Praxen mit 16 Zulassungen führt automatisch zu einer regionalen, ärztlichen Machtzusammenballung von Überweisungs- und Verordnungspotential.

Dahinter stehen bei 16 Zulassungen à 1.000 GKV-Patienten insgesamt 16.000 Kassenpatienten. Hinzu kommen ca. 1.600 Privatpatienten. Diese Anzahl ist von dem Verordnungsvolumen, von den freiverkäuflichen Medikamenten und von den Zuweisungen ein zentraler, regionaler Machtfaktor eines Zulassungsbereiches oder einer geografischen Einflussregion in einem Ballungsgebiet.

Neidkonflikte vorprogrammiert: Gemeinsame Wege entwickeln

Jeder erfolgreiche Hausarztunternehmer, der in der Zukunft nicht nur einen Standort mit drei Businesspartnern aufgebaut hat, hat auch Neider. Vor allem vor Ort in seiner unmittelbaren Umgebung mögen die niedergelassenen Kollegen solche aktiven hausärztlichen Kollegen nicht. Der Erfolg für diese Kollegen ist für andere Kollegen in der Vergangenheit oft als psychologische Projektion des eigenen Versagens gesehen worden, das irgendwie gerechtfertigt werden muss. Grundsätzlich empfinden Kollegen mit Einzelpraxen das Wachstum solcher Praxen als Bedrohung. Nur wenn es gelingt, Modelle zu entwickeln die

den anderen Sicherheit geben, kann es zu einer erweiterten Zusammenarbeit kommen. Erkennt eine solche Praxis, dass es besser ist, wenn die Versorgung auch in vielen Fällen dezentral und wohnortnah weiter verbleibt, kann mit den niedergelassenen Einzelpraxen eine Lösung kollegialer Art gefunden werden. Gelingt also diesem Initiativhausarzt klar zu machen, dass er sie nicht bedrohen will, kann dies viele wechselseitige Nutzen haben. Dies zu vermitteln ist oft nur durch den Einsatz externer Experten möglich. Trägt der einzelne, etwas erfolgreichere Arzt die Vorteile den Kollegen vor, unterstellen sie ihm immer persönliche Bereicherungsabsichten.

Ein solcher Initiativhausarzt kann mit der Machtposition, die er sich schon aufgebaut hat und den Einflussgrößen, die er durch die Zusammenarbeit mit den Kollegen erhält, wesentlich bessere Bedingungen für Teilgemeinschaftslösungen mit Fachärzten verhandeln, wie aber auch mit Chefärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen und Apotheken.

Notwendigkeit einer überschaubaren funktionierenden Gruppe

Der entscheidende Faktor ist die Durchsetzungsfähigkeit, die es gestattet, gleichartige Verhaltensweisen bei allen mit eingebundenen Hausärzten zu erreichen. Krankenhäuser und Fachärzte werden nur einen Hausarzt als Sprecher einer Interessengruppe selbständiger Hausärzte ernst nehmen, wenn er auch in der Lage ist, das Verhalten der Gruppe zu steuern. Dies gilt sowohl in der Koordinierung der Bündelung privatmedizinischer Nachfrage wie auch, wenn es um den Einsatz von Medikamenten oder der Auslastung von Krankenhäusern und Apotheken betrifft.

Nur in der Sekunde, in der eine Hausarztgruppe bis zu 50 % oder mehr des Umsatzes an Zuweisungen einer Facharztpraxis beeinflussen kann, wird diese auch offen und ernsthaft auf die Gruppe zugehen. Das gleiche gilt für Gespräche mit Verwaltungsleitern und Chefärzten von Krankenhäusern.

Nur wenn die Gruppe sich auch richtig umfassend schulen lässt und auch klare Vorgaben umsatzmäßig erfüllt, kann die Hausarztgruppe ihren Einfluss nutzen. Bisher scheiterte die Umsetzungsfähigkeit hausärztlicher Interessen immer daran, dass es nicht zu einer ausreichenden regionalen Koordinierung der unterschiedlichen Menschentypen kam, die naturgemäß die hausärztliche Versorgung sicherstellen.

Es kommt auf die Größenordnung an

Eine Praxis mit 5 Zulassungen an einem Standort und 2 Zulassung, die von einem Ehepaar stammen, die in zwei Jahren die Absicht haben, ihre Praxis an die Mehrbehandlerpraxis zu verkaufen, ergibt folgende Marktkonzentration 7 Zulassungen = 7000 Kassenpatienten = Ø EUR 280.000,00 PKV-

Selbstzahlerumsatz; Koordination von 8 Kollegenpraxen, die ihre Selbständigkeit weiter behalten wollen; 8000 Kassenpatienten = Ø □ 1.600,00 GKV-Umsatz; 800 Privatpatienten = Ø □ 320.000,00 Privat-/Selbstzahlerumsatz.

Reaktion von Hightech-Facharztpraxen

In der Sekunde, in der ein Initiativhausarzt die von ihm gebündelte Menge von Kassen- und Privatpatienten mit ins Gespräch mit Facharztpraxen einbringt zur Optimierung der optimalen hausärztlich/fachärztlichen Versorgung im Kassen- und Privatbereich, findet diese Gruppe naturgemäß offene Ohren. Insbesondere, wenn sie über 50 % der Umsätze einer radiologischen, kardiologischen, gastroenterologischen Gemeinschaft oder einer entsprechenden Operationsgemeinschaft von Augenärzten, Orthopäden, HNO-Ärzten, Chirurgen betrifft. Je stabiler die Hausarztgruppe auch im Kassenbereich zuweist, desto höher kann im Einzelfall im Rahmen der nur die privatmedizinischen Leistungen umfassenden Teilgemeinschaftslösung mit den verschiedenen Hausarztpraxen und der jeweiligen Facharztgruppe der Anteil der Gewinnverteilung sein. Die Teilgemeinschaftspraxis bezieht sich nur auf privatmedizinische Leistungen und gestattet insoweit keine unmittelbare Vereinbarung für Zuweisung.

Sollen sich Hausärzte an Facharzt-Praxen beteiligen?

Anders verhält es sich wiederum dann, wenn ggf. sich die Hausarztgruppe an der fachmedizinischen Praxis beteiligt. Da aber dies immer mit Einsichtsrechten verbunden ist, wird sich diese Lösung in großem Umfang nicht so schnell durchsetzen.

Dennoch wissen die beteiligten Fachärzte (Radiologen, Kardiologen, Gastroenterologen oder eine chirurgische oder sonstige OP-Gemeinschaft) dass es nun zu einem Schulterchluss mit den Hausärzten kommt und zu einem stabilen Zustrom von Kassen- und Privatpatienten.

Offenheit und Interesse auch von Krankenhäusern, Apothekern, Sanitätshäusern

Faktisch wird durch das freiwillige, aber ökonomisch ertragreiche Zusammenwirken von Hausärzten auch erreicht, dass wichtige Institutionen, die mit Hausärzten zusammenarbeiten, diesen wesentlich offener entgegenkommen. Auf dem Lande wird sich in einem Zulassungsbereich oft eine Gemeinschaft aller Hausärzte oder von 80 % erreichen lassen. In einem Ballungsgebiet werden es drei bis fünf Gruppierungen sein, die sich möglicherweise freiwillig für eine stärkere privatmedizinische Methode der Zusammenarbeit, zusammenschließen.

Die Aufgabe der berufspolitischen größeren Netze wird bleiben. Sie dient aber eher berufspolitischen Zwecken und nicht

so stark individuell optimierten unternehmerischen Funktionen.

In vielen Fällen wird sich dies ergänzen. Krankenhäuser werden sehr schnell erkennen, was es bedeutet, wenn ein gut funktionierendes innerärztliches interregionales Netzwerk vorhanden ist und Dinge umgesetzt.

Sinnvoll: Umfassendes Kommunikationskonzept

Nach den bisherigen Erfahrungen gibt sich für ein solches hausärztliches fachärztliches Netzwerk, ggf. später unter Einbezug von Zahnärzten, folgende Dienstleistungsprofile.

- Eine gemeinsame Broschüre, in der die Fachärzte und das Krankenhaus vorgestellt werden. Darunter sind auch die Dienstleistungen des jeweiligen Hausarztes mit enthalten. Es hat eine Spiralhaftung, so dass die anderen Hausarztpraxen, die nicht den jeweiligen Hausarztpatienten vorgestellt werden müssen, nur mit ihrem Namen und ihrer Anschrift als Partner erscheinen.
- Eine gemeinsame Patientenzeitung mit Themen und mit Hinweisen auf die Mitglieder
- Gemeinsamer Internetauftritt
- Gemeinsames Intranet für die gemeinsame Dokumentation, unterstützt und gepflegt vom Krankenhaus
- Gemeinsame halbjährlich stattfindende Gesundheitstage inkl. Krankenhaus und ggf. Kommune.
- Videoclips von besonders wichtigen Leistungen der Facharztpraxen, der Chefärzte des Krankenhauses im Privatbereich für das Wartezimmerfernsehen der beteiligten Hausärzte.

Privatmedizinisches Zusammenwirken – Vorreiter auch besserer Kassenärztlicher Versorgungsqualität

Mit diesem übersichtlichen innerärztlichen Zusammenwirken verbessert sich auch später oder parallel die Versorgungs-

Seminar

Strafrecht

30.04.2005

10.00 - 12.00 Uhr

Referent:

Dr. Alexander Dorn

- Der Allgemeine Teil der GOÄ mit Abrechnungsvorschriften
- Die Analogabrechnung
- Die Honorarvereinbarung
- Die Abrechnung von Selbstzahlerleistungen
- Das Inkasso inkl. der Möglichkeit der Vorkasse
- Eines Strafverfahrens und die mögliche Beendigung
- Häufige Fehler bei der Abrechnung

Seminargebühr: EUR 49,00 inkl. MwSt.

Anmeldung und Information
Tel. 0611/1809412

qualität im GKV-Sektor.

Von der Zusammenarbeit im Bereich der Privatmedizin entsteht quasi über die Fachärzte und das Krankenhaus ein zusätzliches, jederzeit umsetzbares GKV-Netz für

- Diabetes
- KHK
- Asthma
- Onkologie
- Schmerztherapie
- Arthrose

Offenheit bei Pharmaindustrie, Apotheken, Krankenkassen

Ausgehend von den nachhaltigen unternehmerischen Vorteilen im Bereich Privatmedizin entstehen automatisch die dargestellten Qualitätszirkel und integrierten Versorgungsprojekte im Bereich chronischer Krankheiten.

Gleichzeitig wird den beteiligten GKV-Krankenkassen aber auch der Einfluss der beteiligten Ärzte klar.

Wenn und insoweit sich die Ärzte einig sind, kann man auch mit den GKV-Kassen und mit den mit den GKV-Kassen zusammenarbeitenden privaten Krankenversicherungen, die die entsprechenden Zusatzversicherungen vertrieben haben möchten, sich einigen, ggf. auch bestimmte Tarife als „empfehlenswert für Patienten“ zu bezeichnen.

Es sollte zwar keine unmittelbare Gegenleistung erfolgen. Dennoch können sich die Ärzte dann ausbedingen, dass sie bei einem entsprechend wohlwollenden Verhalten bei der Empfehlung von Zusatztarifen auch bei der Abrechnung wesentlich großzügiger geprüft werden oder aber dass sie als Empfehlungsfachärzte aufgelistet werden für selbstzuzahlende, besonders

qualifizierte Präventions- und Gesundheitsoptimierungsleistung.

Auch im Medikamentenbereich sehr viel Einfluss

Erkennt die niedergelassene Ärzteschaft wie sinnvoll es sein, insbesondere sich auf regionaler Ebene zusammenschließen, so entsteht aber auch hinsichtlich der Macht des Einsatzes von Generika gegenüber gesetzlichen Krankenversicherungen massive Einflussstrukturen.

Auch hier kann man prüfen, ob es sinnvoll ist, ob es in irgendeiner Form zu einem entsprechend andersartigen ökonomischen Entgegenkommen führen soll.

Hausärzte und Inhaber von mehreren Apotheken

In manchen Regionen ist es jetzt schon so, dass eine Apothekenfamilie 8 bis 12 Apotheken kontrolliert. Dieser Macht müssen die Ärzte jetzt entsprechende eigene Kooperationslösungen entgegen stellen. Hier gibt es Lösungen, dass man einen Patientenrezeptservice schafft, der neutral im Auftrag der Patienten für diese die Rezepte sammelt, zur Apotheke bringt und ausfährt. Dieser Rezeptservice, kann in sehr starkem Maße die von dem Patienten ausgehende Entscheidung über die Auswahl einer Apotheke bündeln. Dies wiederum kann man zusammen mit einem Transportkonzept für Patienten auf dem Lande lösen. Dies bedeutet, dass man älteren Patienten oder Menschen, die sonst nicht mobil sind, die Möglichkeit gibt, kostenlos oder gegen einen in Selbstzahler- und Privatleistung enthaltenen Preis den

Transport zu der jeweiligen Arztpraxis ermöglicht.

Regional vergütete, anonymisierte Verordnungserfassung

Parallel kann zwischen den Ärzten noch eine gewerbliche Gesellschaft geschaffen werden, die die Verwaltungsdaten der Gruppe erfasst und an die Industrie anonymisiert weitergibt. Die Verträge sollten in jedem Fall aber von den Ärztekammern abgesegnet werden. Dennoch ist es dadurch möglich, im Rahmen eines konzentrierten Verhaltens interessante weitere Einnahmen zu generieren.

Disease Management und innovative Pharmafirmen

Zwar sind die pharmazeutischen Hersteller gehindert im nichtwissenschaftlichen Bereich nach dem neuen Pharmakodex zu unterstützen. Dennoch liegt auf der Hand, dass mit dem Knowhow dieser Firmen eine Qualitätssicherung im Bereich Herz-Kreislauf/Diabetes, etc. wesentlich besser und schneller aufgebaut werden kann. Hilft hier die forschende Industrie – in legalem Rahmen – regionalen hausärztlichen Gruppierungen beim Aufbau ihrer privatmedizinischen und damit parallel sich entwickelnden GKV-Kooperationsstruktur, kommen automatisch die regionalen Krankenkassen in Zugzwang.

Mit Krankenkassen auf Augenhöhe

Keine GKV-Krankenkasse wie AOK, Barmer kann an einer hausärztlichen Gruppierung in der Region vorbei, die

30 bis 50 % Marktanteil oder mehr im jeweiligen Verordnungsbereich auf sich vereinigt. Eine solche Gruppe ist kein Kartell im Sinne des Wettbewerbsrecht. Dennoch hat sie aber real kartellähnliche Wirkung. Jede Krankenkasse hat die Verpflichtung zur Versorgung des Zulassungsbereichs nach Sozialrecht.

Die Macht der Krankenkassen ab 2007 funktioniert nur, wenn man wie ursprünglich im GMG davon ausgeht, dass die Kassenärzteschaft zersplittert ist. Diese neuen Kooperationsmodelle schaffen aber eine überproportionale Waffengleichheit, zugunsten der Ärzte.

Ärzte haben mehr Macht und Einfluss, als sie denken

Sind also die Vorstellung des Koordinators der regionalen hausärztlichen Interessengruppierungen bezahlbar und im Rahmen der Gesetze, wird man sich darauf einlassen müssen. Nur so bekommt man selbst als Krankenkasse wieder mit den entsprechenden Programmen Geld aus dem zentralen Risikostrukturausgleich.

Es geht nicht darum, der KV und den Berufsverbänden Konkurrenz zu machen. Aber durch die effiziente privatwirtschaftliche Zusammenarbeit und Koordination von Hausarztinteressen in der Region wird die Ärzteschaft regional schlagkräftiger und weniger für politische Erpressung anfällig.

Endlich Waffengleichheit

In dem Moment, in dem Hausärzte einer geografischen Region in einem Ballungsgebiet oder in einem ganzen Zulassungsbereich sich untereinander einig sind und mit Fachärz-

ten privatmedizinisch verbinden, die sich auch im GKV-Bereich ergänzen, stehen den gesundheitspolitischen Partnern der Ärzteschaft klare regionale Gesprächspartner auf Augenhöhe zur Verfügung.

Kollegial die Einzelpraxis erhalten

Es geht nicht um die Gefährdung oder Schwächung der Einzelpraxis, sondern um die Kombination von selbständig bleiben und gemeinsam zusätzlich juristisch zu kooperieren und kollegiale Interessen zu bündeln.

Dass ein solcher Arzt für seine eigene Praxis und Einflussstruktur im Alter bei der Abgabe einen Käufer findet, liegt auf der Hand. Neben Krankenkassen werden auch Krankenkassen, die Krankenhäuser wie die Knappschaft betreiben, Interesse haben, wie aber auch überregionale Filialsysteme von ähnlich gelagerten Initiativpraxisstrukturen aus der erweiterten Region.

Damit können innerhalb der Ärzteschaft Lösungen geschaffen werden, die sowohl am traditionellen Berufsbild sich orientieren, wie aber dennoch sich gleichzeitig zu schlagkräftigen Verbänden der mittelständischen Wirtschaft weiterentwickeln.

PKV und PKV-Zusatzversicherung als auch der einzelne Patient werden die ärztliche Leistung angemessen nur honorieren, wenn die Ärzteschaft sich in der Indikationsstellung einig ist und gleichzeitig einen regionalen Konsens zeigt, der nicht im Wettbewerb unterlaufen werden kann. HJS