

Mandantenbrief

Der Gesundheitsmarkt 2006

Entwicklungen 2005 und Ausblick auf 2006

Rückblick 2005

Das Jahr 2005 stand unter dem Zeichen der ersten Umsetzung einiger im SGB V verankerten Reformen und der angepassten Musterberufsordnung. So konnte festgestellt werden, dass die Zahl der Kooperationen stark zugenommen hat und insgesamt die ersten Schritte für vernetztes Arbeiten zu erkennen sind. Wesentliche Themen im Jahr 2005 waren

u. a.:

- Der neue EBM 2000plus
- Kooperationen wie MVZ, Teilgemeinschaftspraxen und Praxisnetze
- Integrierte Versorgung

Bundesweit haben viele Mediziner, die die sich ergebenden Chancen bestmöglich genutzt, es gab und gibt aber auch viele, die für ihre Praxis noch kein geeignetes Konzept gefunden haben.

Schubladenlösungen für jeden individuellen Fall sind nicht vorhanden. Wir möchten vielmehr aus unserer Erfahrung im Gesundheitsmarkt und der Betreuung vieler Mediziner versuchen, die Entwicklungen zu antizipieren und Ihnen einen kurzen Ausblick auf das Jahr 2006 zu geben.

EBM 2000plus

Mit großer Spannung wurden im Oktober die ersten Abrechnungen nach dem neuen EBM erwartet. Das Ergebnis war so verschieden wie die Meinungen zu dem Thema. Generelle „Gewinner“ oder „Verlierer“ können nicht ausgemacht werden. Zu unterschiedlich sind die Leistungsspektren, Fallzahlen, Ländervergütungen, etc. Dies zeigte sich u.a. wie folgt:

- Ambulantes Operieren wird in Niedersachsen, Berlin und Hessen nicht mehr angemessen vergütet
- In Rheinland-Pfalz beträgt der durchschnittliche Honorarrückgang 1,3 %, bei Einzelfällen bis 20 %
- In Schleswig-Holstein hatten die Gynäkologen, die verstärkt auf Präventivleistungen zählen, einen Honorarzuwachs von 7,3 %
- Radiologen im gleichen Bundesland hatten durchschnittlich 18 % weniger
- Der vormals als „Gewinner“ geführte Hausarzt verzeichnet bundesweit im Durchschnitt 6 % Honorarverluste
- In Baden-Württemberg wurden keine Honorareinbußen festgestellt, was einzig an der strategischen Verteilung des HVV lag

- Hier fehlten bei einem kalkulierten Punktwert von 5,11 Cent im zweiten Quartal immerhin ca. 170 Mio. Euro.
- Zunahme der Honorare bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen

Die Anfangsprobleme, die ein solches System bei der Einführung mit sich bringt, dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es generell der richtige Ansatz ist. Es wird in Zukunft viele Anpassungen geben müssen, damit das System so funktioniert wie es angedacht war. Selbstverständlich sind hier Kassen und Politik aufgerufen, aus den Anfangsfehlern zu lernen und nicht auf dem Rücken der Ärzte weitere Einsparungen vorzunehmen.

2006

In diesem Jahr wird es primär darum gehen, die Erkenntnisse und Fehler bei den ersten Abrechnungen zu beheben. Wesentliche Frage wird daher sein, wie die angestrebten 5,11 Cent/Punkt tatsächlich zu erreichen sind.

Für die meisten Praxen wird es darum gehen, die Leistungen nach Patientengruppen, Anzahl, Zeit und Vergütung zu strukturieren und zu planen, welche Leistungen für wen angeboten werden können (Fokussierung auf die Zielgruppe und Anpassung des Behandlungsangebotes mit optimierter Abrechnung).

Hier kann die Kooperation für viele eine weitere Chance sein, wobei diese nicht die verbesserte Abrechnungsmöglichkeit als Basis haben sollte, sondern eine Kostenteilung und das Generieren von Mehrnutzen für Patienten.

Kooperationen

Praxisnetze

Die Zahl der Zusammenschlüsse von niedergelassenen Ärzten in Netzen

(e.V. oder GbR) hat sich im Jahr 2005 deutlich gesteigert.

Dabei gibt es u. a. unterschiedlichste Größen, Einzugsgebiete und Spezialisierungen:

- 40 Pädiater in Münster mit dem „Praxisnetz der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte Münster“
- 91 Ärzte im „Medizinischen Qualitätsnetzwerk Westküste“
- 51 Ärzte im „Praxisnetz Köln-Nord“
- 60 Ärzte im „Ärztetz Südbrandenburg“
- Über 400 Praxen im „Kieler Ärztenetz“

Die Netzidee ist nicht neu, bietet sie vor allem vor dem Hintergrund knapper Ressourcen eine ideale Plattform für eine übergreifende Leistungserbringung. Der Erfolg lebt natürlich von der Bereitschaft aller, in Qualitätszirkeln Leitlinien zu entwickeln, sich auszutauschen, fortzubilden, etc. So aufgestellt ist ein Netzwerk auch für IV-Modelle ein attraktiver Partner.

2006

Die Anzahl der Netze wird weiter zunehmen. Insbesondere spezialisierte Netzwerke, wie z.B. das Essener Kardiologennetz bieten für indikationsbezogene Verträge mit Krankenkassen eine ideale Basis, vor allem in der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern. Aber auch „gemischte“ Netzwerke haben durch den breiten Zugang und abgestimmten Vorgängen bei Behandlungsleitlinien sehr gute Chancen auf populationsbezogene Verträge mit Krankenkassen. Sollte es regional keine entsprechenden Aktivitäten geben, so sollte jeder die vielfältigen Möglichkeiten prüfen und ggf.

selbst mit einigen Kollegen aktiv werden.

MVZ

Zu dem Thema wurde viel Missverständliches im Jahr 2004 geschrieben, was durch laufende Liberalisierung und Aufklärung im Jahr 2005 richtig gestellt werden konnte. Die Fakten der Zulassungen und Anträge sprechen dabei für sich:

Gab es bis Ende 2004 erst 64 MVZ in Deutschland, sind derzeit ca. 270 zugelassen. Die Mehrzahl der 971 dort tätigen Ärzte ist selbstständig tätig. Gebaute Zentren bilden dabei zumeist die Ausnahme. Häufig wurden diese aus Gemeinschaftspraxen als reine Rechtsform der GbR oder GmbH gegründet. Durchschnittlich sind in einem MVZ jeweils drei Vertragsärzte tätig. Auch die Angst, Kliniken wären die Hauptgründer, war nicht begründet. Immerhin 71 % der MVZ befanden sich 2005 in Trägerschaft von Vertragsärzten. Lediglich 3 % der Kliniken haben ein MVZ gegründet, allerdings stehen ca. 43 % in den Startlöchern.

Über die wesentlichen Vorteile des MVZ berichteten wir bereits in vorherigen Mandantenbriefen.

2006

Im Zuge der weiteren Liberalisierung der Zulassung bei Kammern und Ländern sind weiterhin Wachstumsquoten zwischen 100 bis 200 % zu erwarten. Hier wird es in Zukunft wichtig werden, mit Kollegen und/oder der Klinik z.B. über diese Rechtsform zusammenzuarbeiten. Die vielfältigen Möglichkeiten bieten sowohl jungen Berufsstartern als auch Praxisabgebern (Übergangsregel) attraktive Arbeitsbedingungen. Der aktive „Unternehmer-Arzt“ hat die Möglichkeit, neben seiner Niederlassung ein MVZ zu

gründen, und z.B. an den Gewinnen der Gesellschaft zu profitieren und ggf. weitere „zulässige“ Gesellschafter mit aufzunehmen.

Auch für Direktverträge mit Krankenkassen bietet dieser organisatorische und gesellschaftliche Zusammenschluss eine ideale Basis. Im kommenden Jahr werden die Kliniken vermehrt MVZ gründen (allein in Bayern ca. 80 Anträge). Dies gilt es auf niedergelassener Seite zu beachten, um rechtzeitig Schnittpunkte einer Zusammenarbeit zu suchen. Aber auch aktive Niedergelassene werden die Chance nutzen, ein MVZ mit Kollegen zu gründen, um ihrerseits mit der Klinik zu kooperieren.

Bei aller Gründungsstimmung raten wir vor allem zu Beginn der Umsetzung, die steuerlich-rechtlichen Feinheiten zu beachten, damit später keine bösen Überraschungen drohen.

Teilgemeinschaftspraxis

Als neue Möglichkeit der Kooperation auf dem 107. Deutschen Ärztetag vorgestellt haben Ärzte seit Ende 2004 / Anfang 2005 die Möglichkeit, im Rahmen der privaten Leistungserbringung fach- und ortsübergreifend zusammenzuarbeiten.

Diese Möglichkeit wird von Experten auch gerne als „Kooperation-light“ bezeichnet, da die Niedergelassenen ohne Aufgabe ihrer individuellen Praxis (vs. Gemeinschaftspraxis) ohne großes finanzielle Risiko die Zusammenarbeit mit Kollegen erfahren können. Dieses Modell hat sich insbesondere für die Niedergelassenen bewährt, die spezialisierte Privatzahlerleistungen in einen Behandlungskomplex mit anderen Kollegen integrieren möchten. Einige Ärzte nutzen dieses Modell, um

die Patientengruppen nach Angebot und Leistung zu differenzieren.

Das neue Modell wurde im Jahr 2005 für den Privatbereich am Markt sukzessive regional etabliert. Die Unkenntnis dieser attraktiven Organisations- und Gesellschaftsform ist bundesweit jedoch noch relativ groß. Weitere Inhalte und Möglichkeiten finden Sie auch in einem vorherigen Mandantenbrief.

2006

Hier wird erwartet, dass das Modell bundesweit starkes Interesse auslösen wird. Nach einer Gesetzesvorlage aus Hessen aus dem Jahr 2005 wird überlegt, dieses System der überörtlichen Leistungserbringungsgemeinschaft auch auf das KV-System zu übertragen.

Sollte dies der Fall werden, sind auch im KV-Sektor bezirksübergreifende Modelle umsetzbar. Es bleibt abzuwarten, wie die aktuellen Entwicklungen hier verlaufen. In jedem Fall sollten sich interessierte Ärzte, nicht zuletzt wegen der Entwicklung der Einsparungen im GKV-Bereich, über die rechtlichen und organisatorischen Möglichkeiten informieren.

Integrierte Versorgung

Die integrierte Versorgung lief im Jahr 2004 noch unter falschen Vorzeichen, da Voraussetzungen zur Teilnahme kaum bekannt gemacht wurden. Im Jahr 2005 hat sich dies deutlich verbessert. Das Gesamtbudget von 1 % der KV und Krankenhausvergütung (ca. 680 Mio. Euro) wurde dennoch nicht voll ausgeschöpft. Insgesamt wurde aber von allen Seiten signalisiert, dass man auf dem richtigen Weg sei und die ursprünglich bis Ende 2006 geplante Anschubfinanzierung auch über die nächsten Jahre Bestand haben wird. Die Anzahl der

IV-Verträge hat sich innerhalb des Jahres 2005 um ca. 60 % gesteigert.

Bei der Umsetzung konnten bisher u. a. folgende Erfahrungen auf Seiten der Krankenkassen gemacht werden:

- Konzepte zur Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten waren bislang unterrepräsentiert
- Versorgungsangebote von ärztlichen Berufsverbänden steigen
- Die Umsetzung bedarf neuer interner Lösungen für Abrechnungsprozesse, Datenannahme, Qualitätssicherung
- Bisherige Versorgungsmodelle waren eher einfach strukturiert und daher schnell umsetzbar
- Rechtliche Probleme bei der Umsetzung von Rechenkurzungen (z.B. wenn Integrationsvertrag nur stationäre Leistungen umfasst)
- Die Motivation der Patienten durch die Leistungserbringer ist der entscheidende Erfolgsfaktor

Nach einer Umfrage der Kassen sind für Patienten folgende Gründe für eine Teilnahme entscheidend:

- Besondere Qualität der Versorgung (74 %)
- Koordination zwischen Ärzten und Klinik (56 %)
- Ausführliche Beratungsgespräche (50 %)
- Ganzheitlicher Behandlungsplan (39 %)
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen (32 %)
- Beginn der Reha direkt am Tag der Krankenhausentlassung (31 %)
- Kürzere Wartezeiten (27 %)
- Bevorzugte Terminvergabe (14%)

Etwa 18 % der niedergelassenen Ärzte nehmen derzeit an der integrierten Versorgung teil. Wie im Dezember 05 angekündigt, wird zudem die KV verstärkt in die integrierte Versorgung einsteigen und die niedergelassenen Ärzte bei der Umsetzung unterstützen. Auf Seiten der Kassen gibt es bereits eine breite Zusammenarbeit. So steigen z.B. Kassen in bestehende Verträge mit anderen Kassen und Ärzten ein und erweitern damit das Angebot für die Versichertengruppen in der Praxis. Die Abrechnung erfolgt dann über eine Sonderziffer kassenübergreifend.

2006

Auch bei diesem System muss man begreifen, dass es sich, ähnlich wie beim EBM 2000plus, um ein lernendes System handelt. Die bisherigen Probleme werden jedoch von allen Beteiligten (niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Kassen, Politik und KVen) zügig bearbeitet, da es langfristig die Versorgung der Zukunft darstellt.

Auch hier werden für 2006 bereits erfolgreiche Ansätze, wie z.B. bei der Krebstherapie, Kardiopathie oder Diabetes Behandlungen fortgeführt. Generell wird die Vernetzung von niedergelassenen Ärzten mit dem Krankenhaus verstärkt gefördert, um dem Vorsatz „ambulant vor stationär“ mit Leben zu füllen.

Generell müssen auf dem Weg der flächendeckenden Umsetzung im nächsten Jahr viele weitere Punkte geklärt werden. Hierzu zählen u.a. die Evaluierung und Effizienz bestehender Verträge und Prozesse, eine Ausweitung der Anschubfinanzierung, eine einfache Budgetbereinigung sowie eine weitere Deregulierung.

Fazit für 2006

War das Jahr 2004 gekennzeichnet von den zukünftigen Veränderungen und deren Einschätzung, lief das Jahr 2005 unter dem Motto der ersten Schritte zur Umsetzung der geplanten Restrukturierung. Es wurden Erfahrungen gemacht, immer mehr Teilnehmer, niedergelassene Ärzte wie Krankenhäuser, stellen sich auf den Veränderungsprozess ein und partizipieren daran.

Das Jahr 2006 wird diesen Prozess fortschreiben. Dabei werden auch in den zuvor genannten Punkten viele Details auf dem Weg zu korrigieren sein. Das Wesentliche findet sich jedoch in allen Punkten wieder:

Qualitätsstandards und **Leitlinien der Zusammenarbeit** stehen im Fokus jeder Entwicklung. Es kommt darauf an, **Leistungen zu bündeln**, **Ressourcen** zu teilen und **Prozesse transparent** darzustellen. Dabei wird es wesentlich darauf ankommen, **Leistungen** spezifisch auf die **Patientengruppe zu fokussieren** und ggf. **fachübergreifend** anbieten zu können. Das **Behandlungsangebot** muss dazu für den Patienten **nachvollziehbar** und **verständlich** dargestellt werden.

Berücksichtigt man bei der persönlichen Planung diese Punkte, so ist man sowohl für sämtliche Kooperationsformen, aktuelle Vergütungsveränderungen oder die Integrierte Versorgung bestens gerüstet.

Wir wünschen Ihnen ein erfolgreiches Jahr 2006!