

Herausforderungen für Praxisnetze

***„Alle für Einen, Einer für
Alle“***



Recklinghausen, November 2011

Benötigen wir ein Regionales Praxisnetz (RPN)?

„**Ja**“ – um Risiken abzuwehren und Chancen zu nutzen

Abwehr gegen

- Unlautere Methoden des KH und das Vordringen des KH in die ambulante Medizin

Chancen nutzen

- Stationär wird ambulant → ASV

Als „Einweiserkooperation“ die Interessen der Vertragsärzte vertreten



Methoden des Krankenhauses zur Fallzahlsteigerung und Kostenverlagerung ...

Methoden:

GfG

1. Patientenseminare und ambulante Sprechstunden am KH zur Fallzahlsteigerung

Patienten kommen danach mit dem Auftrag eine Einweisung mitzubringen in die Praxis.

Das KH übernimmt die Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen!

VA wird Erfüllungsgehilfe.

Methoden

2. Das eigene KH-Budget entlasten (I)

Präoperative Diagnoseaufträge an HA / FA
zu Lasten des Vertragsarztbudgets.

geschickt: Oft sind schon Termine beim
Radiologen, Kardiologen, Schlaflabor
vereinbart (MVZ!)

Methoden

2. Das eigene KH-Budget entlasten (II)

Ganz geschickt: CA und OA lassen sich als Vertragsarzt nieder.

Beliebt: Neurochirurgie, Orthopädie

Methoden

3. Unerlaubter Einstig in die ambulante Versorgung

Das KH fordert auch für erkennbar ambulante Leistungen eine Einweisung.

Der Trick: Es kann dann extrabudgetär eine *prästationäre Leistung abrechnen*, da es ja nicht zu einem stationären Aufenthalt gekommen ist.

§ 115 a (abklären, ob stationäre Versorgung erforderlich)

Merke:

Methoden 1 bis 3 werden gern mit einander verknüpft.

KH-MVZ und eigene Vertragsärzte unterstützen das.

RPN können

- dagegen gemeinsam angehen
- Netz-Teams informieren
- Musterbriefe verteilen
- Chefärzte anschreiben
- KV um Unterstützung angehen
- Krankenkassen informieren

Chance des RPN

➔ RPN haben die Macht und die Chance den Gesundheitsmarkt ihrer Region zu bestimmen.

➔ RPN können Wettbewerber da in Schach halten, wo es der Einzelkämpfer nicht kann.

Ärzte sehen Versorgungszentren kritisch

KREIS PINNEBERG – Bei vielen niedergelassenen Ärzten wächst der Unmut über die wachsende Zahl von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Kreis. Im Visier sind die Regio-Kliniken, die bereits fünf MVZ im Kreisgebiet installiert haben, und zwar in Quickborn, Elmshorn, Uetersen und zwei in Pinneberg, vier weitere in Hamburg, Itzehoe, Norderstedt (zwei). Mediziner verschiedener Fachrichtungen arbeiten dort unter einem Dach – allerdings nicht mehr selbstständig, sondern als Angestellte der Kliniken.

Im Rahmen einer gut besuchten Veranstaltung der Grünen zum Thema „Zukunft der Gesundheitsversorgung im Kreis Pinneberg“ im Hotel „Cap Polonio“ zeigten sich niedergelassene Ärzte besorgt darüber, dass in MVZ die freie Arztwahl des Patienten, aber auch die Freiheit des Arztes bei der Überweisung von Patienten aufgrund der Abhängigkeit von einem Konzern wie den Regio-Kliniken erheblich eingeschränkt werden könnte. Ein selbstständiger Arzt“, sagte

Dr. Sönke Bergter vom Pinneberger Arztnetzwerk PAN, „ist nur sich selbst und seinem Patienten verpflichtet.“

Wolfgang Sprenger, stellvertretender Geschäftsführer der Regio-Kliniken, verteidigte das vom Staat gewollte MVZ-Engagement. „Wir stehen im Wettbewerb mit Hamburg und müssen uns strategisch positionieren.“ In bestimmten Regionen sei es richtig, die Zentren zu gründen. Wo es bestehende Netzwerke von Ärzten gebe, hielten sich die Kliniken zurück, beispielsweise in Wedel, wo es ein „hervorragendes Ärzte-Netzwerk“ gebe. Dort setze man auf Kooperation und Allianzen. Allerdings, so Sprenger, habe sich die Situation im Kreis Pinneberg auch geändert. Wo sich die Kliniken anfangs einen Korb geholt hätten, häuften sich heute Anfragen von Ärzten, die den Kliniken ihren Praxissitz anbieten. Er könne jedoch versichern, dass die Kliniken nicht jeden nehmen, „das wäre auch zu teuer“. Dr. Johann Brunckhorst von der Techniker Krankenkasse warnte: „Die Basisversorgung

darf durch die MVZ keinesfalls gefährdet werden.“

Besucher im Saal wollten zudem wissen, wie es um die Zukunft der hausärztlichen Versorgung bestellt ist. Es gebe ein Nachwuchsproblem bei Ärzten, so Ekkehard Becker von der Kassensärztlichen Vereinigung. Man versuche, mit der Weiterbildung von Allgemeinärzten, der Verzahnung von haus- und fachärztlichen Angeboten sowie alternativen Formen der Vergütung etwas dagegen zu tun. Gegen Wartezeiten bis zu sechs Monaten bei Fachärzten wussten die Experten auch keinen Rat, im Notfall werde jedoch immer geholfen.

Laut Statistik werden 39 Prozent der Patienten im Kreis von Ärzten in Hamburger Kliniken geschickt. In den Regio-Kliniken sei die Zahl der Zuweisungen im vorigen Jahr dennoch um zehn Prozent gestiegen, so Sprenger. „Das ist doch beachtlich.“ Es gebe Abteilungen in den Regio-Kliniken, in die man seine Patienten ohne Bedenken einweisen könne, „aber es gibt es auch andere“, so Dr. Bergter, der den Bogen

zu den MVZ zurückschlug: Diese Wahlfreiheit behalte man aber nur, wenn man unabhängig von einem Konzern oder Investor arbeiten könne. (man)

Krankenhaus-Kette mit neun MVZ

Proteste und Reaktionen des RPN in 2009:

Seit 2010 Verkauf und Auflösung durch das KH.

Leistungsverlagerung: Stationär wird ambulant

- Ambulante Operationen
- Stationsersetzende Behandlungen
- Praxiskliniken
- **Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116 b (neu)**

 2,5 Millionen Krankenhausfälle sind 1-Tagesfälle, mit einem hohen ambulanten Potenzial.

GKV Versorgungsstrukturgesetz

- Bedarfsplanung (regionalisiert)
- Präsenzpflcht (weg)
- Honorararzt (legalisiert)
- Honorarverteilung (regionalisiert, ohne GKV = HVM)
- Ärztenetz-Honorare (KBV-Vorgabe)

ASV: Der neue § 116 b SGB V

Zur Erinnerung

§ 116 b (alt) SGB V:

„Ambulante Behandlung im
Krankenhaus“

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist

- ein neuer (3.) Versorgungsbereich,
- der Krankenhäusern *und* Vertragsärzten offensteht

 Er soll stufenweise ausgebaut werden.

ASV umfasst

- Die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, wenn
 1. besondere med. Kenntnisse, Erfahrungen
 2. interdisziplinäres Team
 3. Hohe Strukturqualität

Das bedeutet:

Jedes zugelassene Krankenhaus,
jeder niedergelassene Arzt, der die
Qualitätsanforderungen erfüllt,
kann ASV erbringen.

 „*Wer kann, der darf.*“

Das bedeutet:

Eine 116 b Ambulanz kann künftig

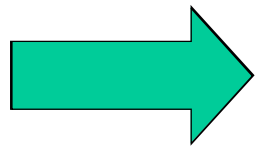
- ein niedergelassener Arzt
- ein MVZ
- eine Praxisklinik (mit VA)
- ein Krankenhaus

anbieten.

ASV-Leistungserbringer müssen lediglich beim

- (erweiterten) Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen, sowie KH-Vertreter

Teilnahme anzeigen und Qualität (ggf. Verträge) belegen.



2 Monatsfrist

Nach 2 Monaten:

ASV-Leistungserbringer melden

- den Krankenkassenverbänden
- der KV
- der LKG

die Teilnahme und das
Leistungsgebiet.

Wichtig:

- Neben ASV wird teil- oder stationäre Versorgung die Ausnahme!
- NUB sind zu den Bedingungen des KH möglich (= Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt)

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung kennt keine

- Zugangsbegrenzung
 - Budgetgrenzen oder -deckel
- ? = jede Leistung wird bezahlt


anfangs EBM, später diagnosebezog.

Positionen, Schiedsamt

?

KH: 5% Investitionsabschlag!

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung wird direkt

- von der KK bezahlt
= KV auf Wunsch (!) 
- Direkt von der Kasse geprüft
(Wirtschaftlichkeit)

Aber:

- Bereinigung der Gesamtvergütung um ASV Leistungsanteile
- nicht im hausärztlichen Anteil
- nicht zu Lasten der fachärztlichen Grundversorgung

Welche Leistungen?

- **Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen** (Onkologie, HIV/Aids, Rheuma, Herzinsuff. 3-4, MS, Epilepsie, pädiatr. Kardiologie, Frühgeborene, Querschnittslähmung)
- **seltene Erkrankungen**, „wenig Fälle“ (TBC, Mukoviszidose, Hämophilie, pulmonale Hypertonie usw.)
- ~~ambulante Leistungen aus 115 b-~~
Katalog
- **hochspezialisierte Leistungen** (CT/MRT-gestützte interventionelle Lg., Brachytherapie)

Aber:

Generell gilt:

- Nur komplexe, aufwändige Eingriffe
- Hohe Expertise
- Interdisziplinäre Kooperation

Onkologie:

- Sektorenübergreifende Kooperation
zwingend

Auswirkungen:

Der Experte in Klinik und Praxis wird sich für ASV entscheiden.

Er kann, muss aber nicht, dabei auch noch am alten Ort arbeiten ...

Zum Beispiel:

CA / OA arbeitet

- in der 116 b Ambulanz des KH
- in seiner eigenen ASV (Erforderlich: KV-Zulassung)

Vertragsarzt arbeitet

- in der Praxis (und/oder)
- in der ASV (eigene oder fremde)

Chance für den Experten, Gefahr für die Institution:

Schon heute verlassen viele Experten das KH, um veralteten Verwaltungen und Hierarchien zu entgehen.

Wie geht es weiter?

- Veränderungen im November noch möglich
- Inkrafttreten: 01.01.2012 ?
- Bis Dezember 2012 Anpassung der alten Richtlinien durch den GBA

ASV-Richtlinien durch den GBA

- ICD 10 Klassifikation
- Sächliche und personelle Anforderungen
- Qualitätssicherung einrichtungsübergreifend

ASV-Richtlinien durch den GBA

- Überweisungsregeln
 - Ggf. Einschränkung auf best. Fallkonstellation
- Kooperationsvorgaben
 - Ggf. für „Besondere Erkrankung“
 - Für Onkologie zwingend (KH und VA)

Auswirkungen

- Bestehende 116 b – Ambulanzen der KH müssen sich auf (gravierende) Veränderungen einstellen.
- Die Zahl der ASV-Praxen und ASV-KH wird sprunghaft steigen

Einfluss von RANIQ

- Das Praxisnetz entscheidet, wer im Wettbewerb obsiegt

vorausgesetzt

- Qualität und Zusammenhalt untereinander stimmen.

Vorgehen

- Im Januar die betroffenen Fachärzte ansprechen, Interesse abfragen
- AG gründen
- Entwicklung zeitnah begleiten

Woher kommt das Geld?



**Von denen, die
aufgeben (müssen) !**



Schlusswort

**Begeben Sie sich nicht
durch Ausharren in eine
schwächere Position!**