

KV-Wahl im Südwesten: MEDI wird stärkste Kraft

| Seiten 3,4,7 und 8

Aus dem Inhalt

Selektivverträge bleiben auf dem Vormarsch

In Baden-Württemberg arbeiten MEDI, die AOK und diverse Berufsverbände weiter an neuen Facharztverträgen nach § 73c SGB V. Der Vertrag für Gastroenterologen ist unter Dach und Fach. Nun wird über die Bereiche Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Orthopädie verhandelt. | [Seiten 10 und 13](#)

HZV-Streit: Gerlach stärkt Hausärzten den Rücken

Prof. Ferdinand M. Gerlach, Mitglied im Sachverständigenrat, hält die Hausarztverträge nach § 73b SGB V für einen Fortschritt und spricht sich gegen eine „Gleichschaltung der Preise“ seitens der Politik aus. | [Seite 19](#)

Praxisnachfolger gesucht: Das müssen Sie beachten

Die Suche nach einem Praxisnachfolger gestaltet sich mitunter schwierig. Die **MEDITIMES** erklärt, was Praxisinhaber bei ihrer Planung wissen müssen und was ihre Praxis interessant macht. | [Seite 28](#)

Foto: fotolia.de



PRAXISTEAM

So wird der Probearbeitstag ein Erfolg

Probearbeitstage sagen mehr über eine Bewerberin aus als ein Vorstellungsgespräch. Was Praxis-Chefs und Mitarbeiterinnen beachten sollten und wie die rechtlichen Vorgaben aussehen, erfahren Sie auf | [Seite 33](#)

IHRE TEILNAHME STÄRKT IHREN BERUFSSTAND.

- Umfassender Service.
- Faire Preise.
- Interessante Fortbildungsangebote.
- Kurze Befundlaufzeiten.

MEDI hat sein Wahlziel erreicht!

Die KV-Wahl in Baden-Württemberg ist für MEDI erfolgreich zu Ende gegangen. Wir haben unser Wahlziel, stärkste Gruppierung zu werden, erreicht. Insbesondere die Bezirksbeiräte Nordwürttemberg und Nordbaden konnten vollständig mit MEDI Ärzten besetzt werden, exklusive Psychotherapeuten. Im Süden hat der Hausärzteverband (HÄV) bei den Bezirksstellen hälftig Erfolg gehabt. Zusammen mit ihm ist die absolute Mehrheit in der neuen Vertreterversammlung für die Umsetzung unserer Ziele möglich. Zählt man noch Delegierte dazu, die auf anderen Listen stehen, sollte nichts schief gehen.

Dennoch haben wir bei einer geringeren Wahlbeteiligung gegenüber der letzten Wahl einige erfahrene Mitstreiter verloren. Das ist bitter und macht nachdenklich. Wo sind die Ursachen? Am Wahlkampf und an der Öffentlichkeitsarbeit lag es mit Sicherheit nicht. Beides wurde sehr professionell und sachorientiert durchgeführt. Am Einsatz der Wahlkämpfer auch nicht, da alle engagiert hinter den Wahlzielen standen. Auch hier sind die Ursachen vielfältig: Geringe Wahlbeteiligung, zahlreiche kleine Listen, ärztliche Vielfältigkeit eben...

Die ehemalige Anti-MEDI Koalition ist dieses Mal zersplittert, was wir nicht bedauern. Wir stellen jedoch fest, dass unser Hauptthema, das geordnete Miteinander von Kollektiv- und Selektivverträgen, noch nicht in den Köpfen aller Kolleginnen und Kollegen verankert ist. Der Weg, den MEDI und der HÄV in Baden-Württemberg gemeinsam gehen – ein sanfter Ausstieg aus dem System und die Gestaltung einer neuen ambulanten Versorgungswelt gemeinsam mit den Krankenkassen – wird noch zu wenig verstanden. Ängste vor ei-

ner übermächtigen MEDI Organisation, Festlegung auf Partikularinteressen und „angeborene“ Individualisierungen ergeben die Gemengelage, die sich in der KV-Wahl abbildet.

Durch die politische Großwetterlage, die unsere Selektivverträge ernsthaft bedroht, müssen allerdings diejenigen, die unseren Weg für richtig halten, Gemeinsamkeit und verlässliche Partnerschaft immer wieder aufs Neue beweisen. Jedes Schwanken und Zögern wird von der Koalition der Gestrigen, die insbesondere auch Unterstützung von außerhalb erhält – ich meine hier die Bundesebene von KBV und einer schwer überschaubaren Camarilla von Politikern – sofort bestraft. Es gibt also keine Alternative zur Partnerschaft mit dem HÄV und anderen Kräften in der Ärzteschaft, die mit uns gemeinsam unsere Vision umsetzen wollen. Gehen wir diesen Weg wie bisher mutig und entschlossen weiter. Langfristig haben wir die besseren Argumente und Ergebnisse. Ein herzlicher Dank gilt all denen, die uns unterstützt haben!

Es grüßt Sie herzlich Ihr



Ekkehard Ruebsam-Simon
stellv. Vorsitzender von
MEDI Baden-Württemberg

INHALT

DIALOG	Seite 4
AUS BADEN-WÜRTTEMBERG	
TITEL Metke und Fechner wollen neuen KV-Vorstand bilden	Seite 7
Alle Delegierten auf einem Blick	Seite 8
Kinderärzte und HZV	Seite 12
AUS BAYERN	
Auch im Freistaat unterstützt MEDI den Hausärzteverband	Seite 14
Impressum	Seite 15
AUS BRANDENBURG	
„Wer Verträge will, muss MEDI wählen!“	Seite 16
AUS RHEINLAND-PFALZ	
Die neue Vorstandsstruktur hat sich bewährt	Seite 17
GESUNDHEITSPOLITIK	
BLICKWINKEL	
Was nützt eine „sektorenübergreifende Qualitätssicherung“ durch das AQUA-Institut den Praxen?	Seite 20
MENSCHEN BEI MEDI	
Dr. Martina Herrmann	Seite 22
BUSINESS	
Neue Mitarbeiter bei MEDI	Seite 24
So führen Sie QM an nur einem Tag ein!	Seite 25
Was sich Banker von Ärzten wünschen	Seite 26
PRAXISMANAGEMENT	
„Kompetenz ist der Dreh- und Angelpunkt“	Seite 30
Zweites Standbein für Finanzierung	Seite 31
PRAXISTEAM	
Wie kommen wir in die Zeitung?	Seite 32
Wie organisiert man den Probearbeitstag?	Seite 33



„Die politischen Auseinandersetzungen zum Thema Selektivverträge haben uns sehr geschadet“, kritisiert Werner Baumgärtner.

MEDITIMES: Welches Ergebnis war für Sie die größte Überraschung?

Baumgärtner: Sehr gefreut habe ich mich über das Wahlergebnis unserer drei Powerfrauen Anne Vitzthum, Bärbel Grashoff und Uschi Haferkamp. Wobei ich zugeben muss, dass mich die Stimmenzahl der Kollegin Grashoff als echte Newcomerin schon richtig beeindruckt hat! Sehr gefreut hat mich auch, dass unser Frontmann bei den psychologischen Psychotherapeuten, Rolf Wachendorf, den Sprung in die VV trotz erheblichen Widerstands geschafft hat. Zudem hat mit Alessandro Cavicchioli ein weiteres MEDI Mitglied einen der fünf Sitze der psychologischen Psychotherapeuten erhalten, was unsere Basis in der VV verbreitert. Alles sehr erfreulich also!

Leider haben einige wichtige Leute den Sprung in das neue Gremium nicht geschafft, was ich sehr bedaure. Wir werden noch Ursachenforschung betreiben müssen, warum das so war. Natürlich gab es auch bei anderen Listen unerwartete Überraschungen, aber die möchte ich nicht kommentieren, obwohl einiges zum Schmunzeln dabei war.

MEDITIMES: Wer wird denn nun neuer KV-Vorsitzender?

Baumgärtner: Wenn unsere Delegierten Geschlossenheit zeigen und die Absprachen eingehalten werden, dann wird unser Spitzenkandidat Norbert Metke neuer KV-Chef und Johannes Fechner, der Kandidat des Hausärzteverbands, sein Stellvertreter. Ich gehe davon aus, dass beide eine komfortable Mehrheit bei ihrer Wahl erhalten.

MEDITIMES: Trotz des hervorragenden Ergebnisses für Sie und Norbert Metke hätten Sie sich ein oder zwei Sitze mehr für die MEDI Liste gewünscht...

„Alles sehr erfreulich!“

Die Niedergelassenen in Baden-Württemberg haben ihre neue Vertreterversammlung (VV) gewählt und MEDI stellt mit insgesamt 19 Sitzen die stärkste Gruppierung in dem Gremium. Unterstützung erwarten sich die MEDI Delegierten auch von Kollegen anderer Wahllisten und vom Hausärzteverband. Angelina Schütz sprach mit dem MEDI Vorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner über das Wahlergebnis und die bevorstehende Koalition.

MEDITIMES: Herr Dr. Baumgärtner, herzlichen Glückwunsch! Sie haben mit über 8.900 Stimmen nicht nur das beste Ergebnis aller Delegierten im Land erzielt, sondern auch persönlich Ihr bestes in

Ihrer berufspolitischen Karriere. Wie fühlen Sie sich?

Baumgärtner: Das ist ein sehr gutes Ergebnis und es freut mich natürlich sehr, weil Wahlergebnisse das wichtigste Stimmungsbarometer aus der ärztlichen Basis sind und unsere Arbeit bewerten. Wer Erfolg hat, hat auch viel Gegenwind und da tut ein solches Ergebnis einfach auch emotional gut. Wichtiger ist mir aber, dass wir unsere Wahlziele erreicht haben, nämlich stärkste Gruppe in der neuen Vertreterversammlung zu sein und gemeinsam mit dem Hausärzteverband eine eigene Mehrheit zu haben, um einen neuen Vorstand nach unseren Vorstellungen zu wählen.

Baumgärtner: Uns haben die dauernden Auseinandersetzungen aus dem Bundesgesundheitsministerium um die Selektivverträge sehr geschadet. Nachdem wir uns gegen die KBV und die Spitze der KVBW wegen der Bereinigung durchgesetzt hatten, kam der Wortbruch der Regierung mit den Eingriffen in die Selektivverträge, was viele Ärzte verunsichert hat. Deshalb haben viele von jeder Liste etwas gewählt, nach dem Motto „man weiß ja nie was kommt und wir sichern uns breit ab“. Viele haben dann Metke und mich gewählt und dann wieder andere, die völlig konträre Positionen vertreten. Es wurde vermutlich sehr häufig panaschiert, obwohl wir in den vielen Veranstaltungen vor den Wahlen genau davor gewarnt hatten, weil es uns Sitze kostet. Einen Sitz haben wir wegen 120 fehlender Stimmen verpasst.

Abgesehen davon haben viele Hausärzte gar nicht gewählt, weil sie erfolgreich an den Hausarztverträgen teilnehmen und es sie deswegen nicht mehr interessiert, wer die KV künftig anführen wird. Wir sind trotzdem positiv gestimmt und sehr optimistisch, die KV-Politik in Baden-Württemberg in unserem Sinne zu verändern.

MEDITIMES: Auf welche Delegierte anderer Wahllisten setzen Sie in der neuen Legislaturperiode?

Baumgärtner: Auf die „Liste der ärztlichen Psychotherapeuten, Psychosomater und Psychiater/Innen“ mit meinem Stellvertreter Michael Ruland an der Spitze. Dann natürlich auch auf die „Liste der ermächtigten Ärzte“, die vor Jahren von Professor Albrecht Hettenbach, einem engagierten MEDI Mitglied, organisiert wurde. Hier stimmt die Chemie menschlich und inhaltlich, denn die Zusammenarbeit mit den Krankenhausärzten ist uns wichtiger als die mit den Verwaltungsdirektoren, die für jede Öffnung der Krankenhäuser für die fachärztliche Versorgung eintreten.

Dann gibt es MEDI Mitglieder auf der GFB-Liste und auf der „Freien Liste“ der psychologischen Psychotherapeuten. Mit Dieter Haack, Listenführer der GFB, und Rolf Wachendorf, Listenführer der „Freien Liste“, gab es in der Vergangenheit eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Ansonsten wird es Gespräche mit allen Gruppen geben. Ich denke, in der Zielsetzung besserer Kollektivverträge für Baden-Württemberg sind wir alle einer Meinung. Unterschiede gibt es insbesondere we-

gen der Selektivverträge und der Personen im Vorstand und beim Vorsitz der Vertreterversammlung. Hätte es andere Mehrheiten gegeben, wäre Achim Hoffmann-Goldmayer wohl wieder angetreten.

MEDITIMES: Sie haben bereits zu Beginn kurz die Zusammenarbeit mit dem Hausärzteverband erwähnt. Darf man hier mit einer sicheren Koalition rechnen?

Baumgärtner: Die Koalition steht und das von Anfang an. Es gibt hier zwei entscheidende Übereinstimmungen für die künftige KV-Politik: Erstens ein geordnetes Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertrag und zweitens bessere Kollektivverträge und dazu ist mehr Durchsetzung in Berlin bei der KBV notwendig. Die Verhandlungsführer Metke und Fechner sind sich über die wichtigsten Punkte weitgehend einig. Das sind die Besetzung des Vorstandes, der Vorsitz der Vertreterversammlung, die Delegierten für die KBV und die Spitze der Verwaltung. Ich gehe davon aus, dass wir als Koalition geschlossen in der VV auftreten werden.

MEDITIMES: Warum ist diese Koalition für MEDI so wichtig?

Fortsetzung Seite 6

Anzeige



Schulterschluss mit dem Hausärzteverband:
In Berlin stellten Werner Baumgärtner
und HÄV-Chef Ulrich Weigeldt (links)
die Kampagne gegen Minister Rösler vor.

Fortsetzung

„Alles sehr erfreulich!“

Baumgärtner: Weil wir uns für den Weg der Haus- und Facharztverträge als zweites Standbein für die Praxen entschieden haben – und das nur gemeinsam mit dem Hausärzteverband und einer Mehrheit der Facharztverbände im Land machbar ist. Wir können diese neuen Verträge nur in Kooperation mit der KV und nicht in einer Dauerkonfrontation wie in der Vergangenheit zu einem Erfolg für unsere Ärzte machen. Wir wollen nicht weiter Ressourcen im Clinch mit den Körperschaften sinnlos vergeuden.

MEDITIMES: Welche gemeinsamen Aktionen sind mit dem HÄV in nächster Zeit geplant?

Baumgärtner: Wir müssen gemeinsam versuchen, die Landesregierung auf unsere Seite zu bringen, damit diese auf Bundesebene an der Seite von Bayern für den Erhalt der Selektivverträge eintritt. Gelingt uns das nicht, wird es nächstes Jahr Konsequenzen im Wahlkampf in Baden-Württemberg haben müssen. MEDI unterstützt den Hausärzteverband bei der gemeinsamen Großveranstaltung am 15. September in Sindelfingen. Das wird ein Aktionstag der Ärzte in Baden-Württemberg für einen besseren Kollektivvertrag und den Erhalt der Selektivverträge werden.

Aber abgesehen von solchen Aktionstagen brauchen wir auch in anderen KVen

neue Leute, damit die Konfrontation gegen die Selektivverträge aufhört. Wichtig sind auch Änderungen an der KBV-Spitze, die aber nur durch Änderungen der Verhältnisse in der KBV-Vertreterversammlung möglich sind.

MEDITIMES: Was konkret bedeutet?

Baumgärtner: Die Politik der Umverteilung von Dr. Köhler ist eine einzige Katastrophe und muss beendet werden. Es ist schon jämmerlich, wenn man innerärztlich eine bessere Vergütung der einen Gruppe oder Region auf Kosten anderer Kollegen für gut und gerecht empfindet. Wenn es mehr Geld für Ärztegruppen oder Regionen geben soll, muss dies in Verhandlungen mit den Kassen erreicht werden und nicht durch eine innerärztliche Umverteilung. Was die KBV an Öffentlichkeitsarbeit zu der Vergütung der Ärzte leistet ist ebenfalls katastrophal. Die letzten Veröffentlichungen zu den Hausarzt-einkommen waren auf einer fraglichen Datenbasis allein dazu da, dem Hausärzteverband und den Teilnehmern an Selektivverträgen zu schaden.

MEDITIMES: Wie sollte eine gute Öffentlichkeitsarbeit Ihrer Meinung nach aussehen?

Baumgärtner: Wir brauchen keine Veröffentlichung von durchschnittlichen Umsatzzahlen, die falsch als Einkommen deklariert werden, sondern müssen konsequent die Preise der einzelnen ärztlichen Leistungen, die Bezahlung der Arztstunde oder die Fallwerte pro Patient veröffentlichen! Wir brauchen dazu eigene korrekte Daten und daran arbeiten wir und der Hausärzteverband.

MEDITIMES: Vielen Dank für das Gespräch und viel Erfolg bei Ihren Zielen.

A K T I O N S T A G

Der Haus- und Fachärzte Baden-Württembergs

Am 15. September um 15 Uhr
In der Messe Sindelfingen, Mahdentalstraße 116



Stellen sich zur Wahl: Norbert Metke und Johannes Fechner.

Metke und Fechner wollen neuen KV-Vorstand bilden

MEDI und der Hausärzteverband (HÄV) bilden die beiden größten Gruppierungen der neuen Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg. Da die beiden Verbände sehr ähnliche berufs- und honorarpolitische Ziele haben, möchten sie mit Unterstützung nahestehender Delegierter und Gruppierungen künftig auch gemeinsam den Vorstand der KV stellen.

Deswegen werden sich Dr. Norbert Metke, MEDI Spitzenkandidat und Orthopäde, und der Allgemeinmediziner Dr. Johannes Fechner vom Hausärzteverband in Herbst für den ersten und zweiten KV-Vorsitz zur Wahl stellen.

„Wir streben einen Neubeginn mit mehr Planungssicherheit und Transparenz an“, erklärt Metke in einem Schreiben an die MEDI Mitglieder. Auf breiter

Basis und unter Beteiligung möglichst vieler Gruppierungen der neuen Vertreterversammlung der KVBW sollen der Vorstand, die Vertreterversammlung (VV) und deren Ausschüsse weitgehende Geschlossenheit zeigen.

Metke würde gerne die Bezirksbeiräte stärker in die Vorstandsarbeit einbeziehen, um damit eine größere Transparenz der Vorstandsarbeit in die Regionen zu bringen. Ganz oben auf seiner „To do“-Liste steht das geordnete Miteinander zwischen Selektiv- und Kollektivvertrag. „Unser Motto lautet: Gut ist, was dem Arzt dient – und nicht den Institutionen. Insofern möchten wir bei diesem Thema keine weitere sinnlose Konfrontation haben“, so Metke. Deswegen möchte er sich für eine leistungsadäquate Bezahlung und eine neue Planungssicherheit für die niedergelassenen Praxen einsetzen.

Angelina Schütz

Fortsetzung Seite 8

Alle Delegierten auf einem Blick

Die Sitzverteilung der neuen VV

Ärzte:

Fachübergreifende MEDI Liste	13 Sitze
Die Hausarztliste	10 Sitze
GFB	5 Sitze
Allianz unabhängiger Ärzte	5 Sitze
Sprechende Medizin	4 Sitze
Junge Liste	3 Sitze
Liste der ermächtigten Ärzte und Krankenhausärzte	2 Sitze
Freie Ärzteschaft BW	2 Sitze
Ärztliche Psychotherapeuten, Psychosomatiker und Psychiater/Innen	1 Sitz

Psychologische Psychotherapeuten:

Freie Liste	1 Sitz
Psychotherapie! Und mehr	1 Sitz
Psychotherapeutenbündnis BW	3 Sitze

Insgesamt sind 19 MEDI Mitglieder aus unterschiedlichen Listen in der neuen VV vertreten.

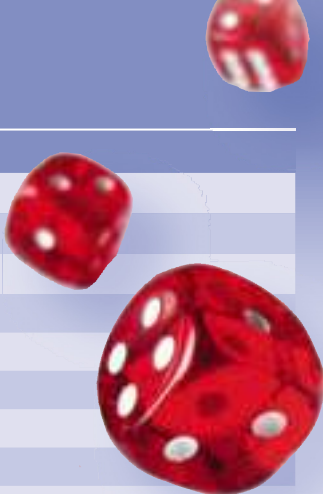


Carl-Zeiss-Straße 3
71093 Weil im Schönbuch
Telefon: 07157-56 56 50
Telefax: 07157-56 56 550
info@doccheckshop.de
www.doccheckshop.de

DocCheck
Medizinbedarf und Logistik GmbH

Alle Delegierten der neuen Vertreterversammlung auf einem Blick

	Titel / Name	Facharztbezeichnung	Status
1	Dr. med. Werner Baumgärtner	Allgemeinmedizin	Zulassung
2	Dr. med. Norbert Metke	Orthopädie	Zulassung
3	Dr. med. Anne Gräfin Vitzthum von Eckstädt	Allgemeinmedizin, Allergologie	Zulassung
4	Dr. med. Berthold Dietsche	Allgemeinmedizin	Zulassung
5	Dr. med. Bärbel Grashoff	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Zulassung
6	Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon	Allgemeinmedizin	Zulassung
7	Dr. med. Frank-Dieter Braun	Allgemeinmedizin	Zulassung
8	Dr. med. Johannes Fechner	Allgemeinmedizin	Zulassung
9	Dr. med. Stephan Bilger	Allgemeinmedizin	Zulassung
10	Dr. med. Michael E. Deeg	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Zulassung
11	Dr.med. Markus Klett	Allgemeinmedizin	Zulassung
12	Dr. med. Christian Schmidt	Allgemeinmedizin	Zulassung
13	Johannes Glaser	Allgemeinmedizin	Zulassung
14	Dr. med. Franz Ailingner	Allgemeinmedizin	Zulassung
15	Dr. med. Ursula Haferkamp	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Zulassung
16	Dr. med. Dieter Haack	Chirurgie	Zulassung
17	Dr. med. Manfred Eissler	Allgemeinmedizin	Zulassung
18	Dr. med. Michael Jaumann	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Zulassung
19	Dr. med. Klaus Baier	Allgemeinmedizin	Zulassung
20	Dr. med. Birgit Clever	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Zulassung
21	Dr. med. Uwe de Jager	Orthopädie	Zulassung
22	Dr. med. Udo Schulte	Allgemeinmedizin	Zulassung
23	Dr. med. Stephan Roder	Allgemeinmedizin	Zulassung
24	Dr. med. Michael Eckstein	Innere Medizin (hausärztlich)	Zulassung
25	Dr. med. Johannes Probst	Allgemeinmedizin	Zulassung
26	Dr. med. Rolf Stiasny	Augenheilkunde	Zulassung
27	Dr. med. Hans Kraus	Allgemeinmedizin	Zulassung
28	Thomas Jansen	Kinder- und Jugendmedizin	Zulassung
29	Dr. med. Alexander Gier	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Zulassung
30	Dr. med. Andreas Scheffzek	Kinder- und Jugendmedizin	Zulassung
31	Dr. med. Bernd Salzer	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Zulassung
32	Dr. med. Roland Freßle	Kinder- und Jugendmedizin	Zulassung
33	Dr. med. Michael Barczok	Innere Medizin	Zulassung
34	Dr. med. Thomas Kauth	Kinder- und Jugendmedizin	Zulassung
35	Dr. med. Regine Simon	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Zulassung
36	Dr. med. Christoph Kupferschmid	Kinder- und Jugendmedizin	Zulassung
37	Dr. med. Blessing	Allgemeinmedizin	Zulassung
38	Dr. med. Ulrich Clever	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Zulassung
39	Dipl. Psych. Jürgen Doebert	Psychologischer Psychotherapeut	Zulassung
40	Dr. med. Olaf Boettcher	Allgemeinmedizin	Zulassung
41	Dr. med. Frank Hackländer	Orthopädie	Zulassung
42	Prof. Dr. med. Albrecht Hettenbach	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	ERM
43	Dr. med. Jürgen Braun	Nervenheilkunde	Zulassung
44	Dr. med. Hans-Peter Frenzel	Orthopädie	Zulassung
45	Uwe Keller	Kinder- und Jugendlichen psychotherapeut	Zulassung
46	Dipl. Psych. Marianne Funk	Psychologischer Psychotherapeut	Zulassung
47	Prof. Dr. med. Klaus Ellinger	Anästhesiologie	ERM
48	Dr. rer. Soc. Dipl. Psych. Alessandro Cavicchioli	Psychologischer Psychotherapeut	Zulassung
49	Dr. med. Michael Ruland	Allgemeinmedizin	Zulassung
50	Dipl. Psych. Rolf Wachendorf	Psychologischer Psychotherapeut	Zulassung



Ort	Stimmen	Listenname
Stuttgart	8917	Fachübergreifende MEDI-Liste
Stuttgart	8734	Fachübergreifende MEDI-Liste
Weinstadt	6109	Fachübergreifende MEDI-Liste
Freiburg im Breisgau	5406	Die Hausarztliste
Ulm	4829	Fachübergreifende MEDI-Liste
Bammental	4810	Fachübergreifende MEDI-Liste
Biberach	4489	Die Hausarztliste
Emmendingen	3416	Die Hausarztliste
Dossenheim	3370	Die Hausarztliste
Freiburg	3350	Fachübergreifende MEDI-Liste
Stuttgart	3219	Fachübergreifende MEDI-Liste
Weinstadt	2985	Die Hausarztliste
Leimen St. Ilgen	2868	Fachübergreifende MEDI-Liste
Lichtenstein	2855	Die Hausarztliste
Mönchweiler	2677	Fachübergreifende MEDI-Liste
Stuttgart	2647	Gemeinschaft der Fachärzte Baden-Württemberg - GFB
Reutlingen	2586	Die Hausarztliste
Göppingen	2583	Fachübergreifende MEDI-Liste
Sindelfingen	2562	Fachübergreifende MEDI-Liste
Freiburg im Breisgau	2517	Sprechende Medizin
Freudenstadt	2513	Gemeinschaft der Fachärzte Baden-Württemberg - GFB
Weil am Rhein	2491	Die Hausarztliste
Talheim	2425	Fachübergreifende MEDI-Liste
Reilingen	2394	Fachübergreifende MEDI-Liste
St. Georgen im Schwarzwald	2369	Die Hausarztliste
Leinfelden-Echterdingen	2255	Gemeinschaft der Fachärzte Baden-Württemberg - GFB
Waiblingen	2175	Die Hausarztliste
Stuttgart	2073	Sprechende Medizin
Karlsruhe	2073	Gemeinschaft der Fachärzte Baden-Württemberg - GFB
Heidelberg	1965	Sprechende Medizin
Heilbronn	1911	Gemeinschaft der Fachärzte Baden-Württemberg - GFB
Freiburg im Breisgau	1900	Junge Liste
Ulm	1782	Allianz unabhängiger Ärzte
Ludwigsburg	1771	Junge Liste
Freiburg im Breisgau	1660	Sprechende Medizin
Ulm	1649	Junge Liste
Tübingen	1640	Freie Ärzteschaft Baden-Württemberg
Freiburg im Breisgau	1491	Allianz unabhängiger Ärzte
Reutlingen	1469	Psychotherapeutenbündnis Baden-Württemberg
Herrischried	1378	Allianz unabhängiger Ärzte
Merzhausen	1326	Freie Ärzteschaft Baden-Württemberg
Göppingen	1299	Liste der ermächtigten Ärzte und Krankenhausärzte
Mannheim	1285	Allianz unabhängiger Ärzte
Ulm	1208	Allianz unabhängiger Ärzte
Sindelfingen	746	Psychotherapeutenbündnis Baden-Württemberg
Tübingen	670	Psychotherapeutenbündnis Baden-Württemberg
Ravensburg	665	Liste der ermächtigten Ärzte und Krankenhausärzte
Schwäbisch Hall	620	Psychotherapie ! Und mehr
Korntal-Münchingen	565	Liste ärztlicher Psychotherapeuten, Psychosomatiker und Psychiater/Innen
Esslingen am Neckar	334	Freie Liste



Strahlende Gesichter bei den Vertragspartnern: Werner Conrad (MEDI), Christopher Hermann (AOK), Werner Baumgärtner (MEDI), Jürgen Merkt (BNG) und Thomas Seyfferth (BNFI).

Facharztvertrag für Gastroenterologie ist unter Dach und Fach

Der zweite Facharztvertrag mit Vollbereinigung nach § 73c SGB V ist in trockenen Tüchern. Der Vertrag für das Gebiet der Gastroenterologie wurde vom MEDIVERBUND, den Berufsverbänden der niedergelassenen Gastroenterologen und fachärztlich tätigen Internisten sowie der AOK Baden-Württemberg im Juli unterzeichnet. Wie schon beim Kardiologievertrag liegt auch dem Gastroenterologie-Vertrag ein neuartiges Konzept der Patientenversorgung zugrunde.

Die Versorgung von Patienten mit Magen-Darm-Erkrankungen wird optimiert durch vorausschauende Behandlungspfade und

strukturierte zeitnahe Befundübermittlung. Die Patienten werden entsprechend ihrer Erkrankung gut versorgt und die Vergütung richtet sich nach der Betreuung und dem Leistungsaufwand des Arztes.

Auch im Gastroenterologie-Vertrag ist eine Anbindung an den HZV-Vertrag verankert. Durch noch engere Kooperation mit besonders qualifizierten Fachärzten werden Hausärzte auch im Bereich der Gastroenterologie effizient unterstützt. Ebenso geht der Vertrag im Bereich der Krebsvorsorge neue Wege: Jährlich sterben in Baden-Württemberg über 3.200 Menschen an Darmkrebs. Neun von zehn Erkrankungen an Dickdarmkrebs können allerdings durch eine Polypentfernung

vermieden werden. Der Gastroenterologie-Vertrag schafft die qualifizierte Infrastruktur, um den Dickdarmkrebs effektiver bekämpfen zu können. Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich zur leitliniengerechten Behandlung, zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungen mit speziellem gastroenterologischen Inhalt sowie zur zügigen Terminvergabe an eingeschriebene Versicherte.

Der neue Gastroenterologie-Vertrag tritt an die Stelle des bisherigen Vertrags im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V. Dieser Vertrag umfasst allerdings nur endoskopische Leistungen und sieht bei Gastroskopen lediglich eine sogenannte Add-on-Vergütung zum KV-Honorar vor. Der neue Vertrag hingegen deckt nahezu die komplette gastroenterologische Versorgung ab und hat eine entsprechende Bereinigung der KV-Gesamtvergütung zur Folge.

Honorarplus gegenüber KV-Vergütung

Der Vertrag nach § 73c SGB V sieht eine differenzierte Vergütungssystematik ohne Mengenbegrenzung vor, die ein deutliches Honorarplus gegenüber der Regelversorgung bietet. Abweichend vom EBM-System werden die Leistungen nach einer neuen Vergütungssystematik bezahlt. Diese besteht aus Pauschalen, Zu-

Grundpauschale und Zuschläge

Grundpauschale	P1	Q1	Pharma	4,00 Euro	Zuschlag auf E3
		Q2	Vorsorgekoloskopie	2,00 Euro	
		Q3	Farbdoppler	2,00 Euro	
	P1a	Vorsorgekoloskopie	22,50 Euro	Zuschlag Onko I Zuschlag Onko II Zuschlag Onko III	
		P1b	Vorsorgekoloskopie		38,00 Euro
		P1c	Vorsorgekoloskopie		22,50 Euro
		P1d	solide Tumore gem. Onkologievereinbarung		
	32,00 Euro				
	V1	Vertreterpauschale		1750 Euro	

Einzelleistungen

E1 a	Gastroskopiekomplex	117,00 Euro
E1 b	Zuschlag Polypektomie	28,00 Euro
E2 a	Koloskopiekomplex	225,00 Euro
E2 b	Zuschlag Polypektomie	55,00 Euro
E2 c	Zuschlag Laservaporation / Argon-Plasma Koagulation(en)	40,00 Euro
E3	Präventionskoloskopie ohne P1!	235,00 Euro
E4	Sigmoidoskopiekomplex	50,00 Euro
E5 a	Therapeutische Proktoskopie (Ligatur)	18,50 Euro
E5 b	Therapeutische Proktoskopie (Sklerosierung)	9,50 Euro
E6	Sachkostenpauschalen:	
	a Clip	75,00 Euro
	b Nadel	7,20 Euro
	c Loop	68,00 Euro
	d C13 Atemtest	11,20 Euro

schlägen auf Pauschalen, Einzelleistungen sowie erfolgsabhängigen Vergütungsbestandteilen. Die P1 deckt Basisuntersuchungen in der gastroenterologischen Praxis ab. Liegen bestimmte Krankheits-

bilder wie z.B. chronisch entzündliche Darmerkrankungen, chronisch entzündliche Oberbaucherkrankungen oder Karzinomen vor, kann ein Zuschlag geltend gemacht werden. Ebenfalls fallen je nach ap-

parativer Ausstattung, Ordnungsverhalten und Anzahl von Vorsorgekoloskopien weitere Zuschläge an. Daneben ist die Abrechnung verschiedener Einzelleistungen möglich. Ohne Abstufungen, Mengenbegrenzungen, Fallzahlbegrenzungen oder Arzneimittelbudgets wird ein festes Honorar in Euro vergütet, wobei die durchschnittlichen Fallwerte deutlich über der KV-Vergütung liegen.

Flächendeckung

Der Vertrag wird erst bei gesicherter Flächendeckung in den Echtbetrieb gehen. Bislang haben etwa 100 Ärzte ihre Teilnahme gegenüber dem MEDIVERBUND erklärt, jedoch ist die Flächendeckung in einigen Gebieten noch nicht gegeben. Es ist davon auszugehen, dass dies aber bald der Fall sein wird und die Einschreibung der Versicherten demnächst beginnen kann.

Frank Hofmann

Anzeige

Kinderärzte und HZV

Anfang August fand in Heidelberg eine HZV-Informationsveranstaltung statt. Einerseits ein informativer Abend mit einem „guten Austausch“ der acht HZV-Kinderärzte untereinander und mit den AOK-Mitarbeitern. Andererseits ein bisschen traurig: Es kam nur eine einzige Kinderärztin, die noch nicht an der HZV teilnimmt.

Diese hatte allerdings großes Interesse an der HZV und wurde von den acht anwesenden HZV-Kollegen schnell von der Sinnhaftigkeit der Vertragsteilnahme überzeugt. „Schreiben Sie einfach, dass wir 100 Prozent der noch nicht teilnehmenden Pädiater überzeugen konnten“, lacht Organisator und MEDI Arzt Dr. Thomas Fröhlich.

Schwerpunkt des Abends war dann der Austausch der HZV-Kinderärzte untereinander und mit den anwesenden AOK-Mitarbeitern. Auch die Pflicht, einmal im Jahr an einem Pharmakotherapie-Qualitätszirkel teilzunehmen, wurde im Rahmen der Veranstaltung erledigt. Thema war die Analgetikatherapie im Kindesalter. Damit ist die Verpflichtung für dieses Jahr erst einmal abgehakt.

Kein Interesse an besserem Honorar?

Beim Austausch der Kinderärzte zeigten sich Parallelen, die man vorher noch nicht kannte: Interessant war beispielsweise, dass die Pädiater im vergangenen Jahr auch bei unterschiedlicher Patientenstruktur ähnliche Fallwerte erreichten: Knapp 80 Euro nämlich. Das ist immerhin eine Steigerung um über 70 Prozent gegenüber dem KV-Honorar! „Man darf das gar nicht erzählen“, so Fröhlich. Auf dieser Grundlage ist es umso unverständlicher, dass die Kinderärzte sich für die HZV offenbar nicht interessieren. Kaum vorstellbar, dass allen eine angemessene Bezahlung unwichtig ist. „Vielleicht warten sie weiter darauf, dass ihr Berufsverband für funktionierende Verträge sorgt“, mutmaßt der MEDI Arzt.

Die Vorteile einer HZV-Teilnahme lie-

gen seiner Ansicht nach einerseits natürlich bei den aktuell höheren Einnahmen. Ernster wird die Situation allerdings, wenn man sich die steigende Zahl von Arztpraxen anschaut, die keinen Nachfolger finden. „Wer über eine Praxisabgabe nachdenkt“, so Fröhlich, „der muss sich auch darüber Gedanken machen, wie er den Praxiswert erhöhen oder wenigstens erhalten kann“. Die HZV ist für ihn ein wesentlicher Schritt in Richtung Wertsteigerung der Praxis.

Aktuell läuft alles nach Plan

Diskutiert wurde bei der Veranstaltung auch über aktuelle Fragen aus den HZV-Praxen. Fröhlich beispielsweise hatte bisher rund 700 IKK- und Ersatzkassenpatienten nicht eingeschrieben. Das wollte er schnell ändern, als es möglich wurde. Rund 40 neu eingeschriebene Patienten pro Woche waren die Folge. Andere Kollegen äußerten Bedenken. Knackpunkt ist die maximal zulässige Wartezeit von 30 Minuten. Die kann nicht jede Praxis immer und für alle Patienten garantieren. Deshalb entscheiden sich manche Kollegen ganz bewusst, keine weiteren HZV-Patienten einzuschreiben.

Als Entlastung empfanden die Ärzte aber auch die Erkenntnis, dass sie alle ein ähnliches Problem haben: Die Boni für die Verordnung der grün hinterlegten Medikamente nämlich. „Ich weiß, dass ich rund 90 Prozent grüne Medikamente verordne“, so Fröhlich, „aber angeblich waren es nur 50 Prozent – zu wenig für den Bonus also“. Dieselbe Erfahrung hat-



Thomas Fröhlich freut sich über den Nutzen für Pädiater: Rund 80 Euro Fallwert und keine Probleme mehr mit der Software.

ten weitere anwesende Kollegen gemacht. Ein Glück also, dass auch Mitarbeiter der AOK anwesend waren. Sie sicherten zu, sich bei der HÄVG nach den Einzelheiten zu erkundigen. Überhaupt war das persönliche Kennenlernen der Kassenmitarbeiter ein erfreulicher Nebenaspekt der Veranstaltung. „Wir kommen aus derselben Region“, so Fröhlich. „So ein Abend schafft eine Vertrauensbasis, die vorher nicht immer vorhanden war“.

Die anfänglichen Softwareprobleme sind offenbar Schnee von gestern. Alle acht Kinderärzte arbeiten mit unterschiedlichen Softwarelösungen, zurzeit hat keiner damit Probleme.

Ruth Auschra

„So spreche ich Patienten auf die HZV an“

Dr. Fröhlich: „Wenn Sie sich einschreiben, müssen Sie allerdings eine Einschränkung hinnehmen...“

Wirkung: Maximale Aufmerksamkeit

Dr. Fröhlich: „Sie kommen bei medizinischen Problemen zuerst zu mir.“

Wirkung: Große Augen oder Gelächter – „das machen wir doch sowieso!“

Dr. Fröhlich: Von dieser Einschränkung abgesehen, haben meine HZV-Patienten den Vorteil, dass ich ihnen besonders kurze Wartezeiten zusichere.



Selektivverträge bleiben auf dem Vormarsch

Nach den jüngsten Verhandlungen in den Schiedsverfahren spricht alles dafür, dass im September nahezu alle Kassen in Baden-Württemberg zu Hausarztverträgen nach § 73b SGB V verpflichtet werden. Auch die geschiedsten Verträge genießen nach dem aktuellen Diskussionsentwurf für ein GKV-Finanzierungsgesetz Bestandsschutz. Sprich: Die bisherigen Vergütungsstrukturen bleiben erhalten. In den Facharztbereichen sind 73er-Verträge für die Kardiologen und Gastroenterologen abgeschlossen (siehe Artikel auf Seite 10), für die Gebiete der Neurologie/Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Orthopädie haben der MEDIVERBUND zusammen mit Facharztverbänden als Bietergemeinschaft den Zuschlag von der Landes-AOK erhalten.

Die Vertragspartner auf der Hausarztseite gehen davon aus, dass im September alle Schiedsverfahren entschieden sind und damit flächendeckend alle Krankenkassen in Baden-Württemberg Hausarztverträge anbieten werden. Die Entwicklung der Selektivverträge nach § 73c SGB V durchlaufen ebenfalls eine erfreuliche Entwicklung, die die Zukunftsfähigkeit der Praxen sichern: Nachdem der Kardiologievertrag mit der AOK erfolgreich im 3.

Quartal 2010 gestartet ist, erfolgt die erste Abrechnung für die teilnehmenden Fachärzte erstmals im Oktober dieses Jahres. Das erforderliche Quorum von 50% der teilnehmenden Fachärzte ist inzwischen mit einer Teilnehmerzahl von 135 Fachärzten weit überschritten. Anfang Juli ging der MEDIVERBUND mit der Unterzeichnung des Gastroenterologie-Vertrags den nächsten Schritt in Richtung Selektivverträge.

Teilnahme der Patienten steigt

Anfang August waren bereit über 13.000 AOK-Versicherte in die Facharztbene eingeschrieben, von denen annähernd drei viertel durch die am Kardiologievertrag teilnehmenden Fachärzte eingeschrieben werden konnten. Dies ist vor allem aus zwei Gründen sehr erfreulich: Zum einen zeigt es, dass sich die am Vertrag teilnehmenden Ärzte aktiv an der Vertragsumsetzung beteiligen und zum anderen, dass sich ihre Patienten von den Vorteilen der Versorgung überzeugen lassen.

Auf der Facharztbene der AOK können teilnehmende Versicherte an allen AOK-Facharztprogrammen teilnehmen und die entsprechend darin eingeschriebenen Fachärzte aufzusuchen, so dass weiterhin eine weitgehende freie Arztwahl für die eingeschriebenen Patienten

bestehen bleibt. Die Vertragspartner rechnen damit, dass sich umso mehr Versicherte für die Facharztverträge in den nächsten Monaten einschreiben werden, je mehr Selektivverträge mit der AOK für einzelne Fachgebiete abgeschlossen werden. Denn dann können Versicherte der AOK nicht nur von Hausärzten und am Kardiologievertrag oder Gastroenterologievertrag teilnehmenden Fachärzten eingeschrieben werden, sondern von allen Fachärzten, die an Verträgen nach § 73c SGB V der AOK teilnehmen. Der Kreis des zu behandelnden Patientenkollektivs vergrößert sich damit für alle Fachärzte zunehmend.

Verhandlungen für neue Verträge in Gang

Vor diesem Hintergrund ist MEDI besonders froh darüber, dass die AOK sich bei ihren Ausschreibungen einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung mit neurologischen, psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen sowie für orthopädische Leistungen nach § 73c SGB V jeweils für die Bietergemeinschaft des MEDIVERBUNDS mit den Berufsverbänden BVDN, BVDP, BDN, Freie Liste und Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung bzw. BVOU und BNC entschieden hat.

Die Auftaktgespräche mit der AOK über einen 73er-Vertrag zur ambulanten Versorgung mit neurologischen, psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen haben bereits Ende Juli begonnen. Die Ärzteseite und die AOK wollen dabei noch in diesem Jahr einen unterschriftsreifen Vertrag entwickeln, so dass zu Beginn des nächsten Jahres ein weiterer neuer Facharztvertrag starten kann. Anfang 2011 werden darüber hinaus die Verhandlungen mit der AOK für den Orthopädievertrag beginnen.

Dr. Tobias Gaydoul



ACHTUNG! MOGEL PACKUNG

RÖSLEROL
Inhalt: 3 bessere Ideen

- höhere Beiträge
- weniger Hausärzte
- schlechtere medizinische Versorgung

Der Bundesgesundheitsminister gefährdet Ihre Gesundheit

Ihre Stimme zählt!
Hier geht's zur Wahl: www.roeslerol.de

MEDI VERBUND
KV VERBUND
IBAG Bundesverband
DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND

Auch im Freistaat unterstützt MEDI den Hausärzteverband

Das Eckpunktepapier der Berliner Koalition hat nicht nur den Bayerischen Hausärzteverband alarmiert. Auch MEDI Bayern sieht mit Besorgnis, dass die Selektivverträge bald keine Zukunft mehr haben könnten.

Auf dem 18. Bayerischen Hausärztetag im Juli in Bad Gögging richtete der Vorsitzende Dr. Wolfgang Hoppenthaller den Blick auf die entscheidenden Aussagen im Eckpunktepapier. Demnach soll das „Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung“ begrenzt werden und „Vertrauensschutz“ nur für Verträge gelten, die „bis zum Kabinettsbeschluss rechts-

gültig sind“. Damit wären die Hausarztverträge so gut wie am Ende, konstatierte Hoppenthaller.

Auch der Vorsitzende von MEDI Bayern, Dr. Alfred Schinz, erklärt, dass diese Eckpunkte nicht das seien, was die Ärzte von der schwarz-gelben Koalition erwartet hätten. Die Enttäuschung sei umso größer, als insbesondere die Ärzteschaft die jetzige Koalition gefördert habe in der Hoffnung, dass es endlich zu einer Weiterentwicklung hin zu neuen Strukturen im Gesundheitswesen kommen werde. „Wir haben jetzt das Gefühl, dass der Kurs wieder rückwärts geht“, sagt Schinz. Dennoch zieht er sich nicht in den

Schmollwinkel zurück. Er sei zu lange in der Politik aktiv gewesen, um nicht zu wissen, dass nichts so aus der Küche komme, wie es angerichtet werde.

Bayerns Ministerpräsident Horst Seehofer hat dem bayerischen Hausärzteverbands-Vorsitzenden Hoppenthaller in einem Telefongespräch persönlich zugesichert, dass die HzV-Verträge während ihrer Laufzeit Bestandsschutz haben und auch danach fortgelten und in derselben Honorarhöhe weiterlaufen können. Der bayerische Gesundheitsminister Dr. Markus Söder hat diese Aussage auf dem Bayerischen Hausärztetag noch einmal ausdrücklich bekräftigt. Sein erster Satz lautete: „Für mich und die ganze CSU steht fest: Der 73b muss bleiben.“

„Großer Erfolg“

Für den bayerischen MEDI Vorsitzenden Schinz ist das ein großer Erfolg der Hausärzte im Freistaat, auch wenn der Bestandsschutz vielleicht nur zwei Jahre hält. Am 31.12.2011 läuft der bayerische HzV-Vertrag mit der AOK ab. Auf jeden Fall hält er die Möglichkeit, dass sich in den zwei Jahren der HzV-Vertrag nicht nur für die Ärzte als Segen erweist, für sehr viel größer, als wenn das alles politisch kassiert wird. Die politische Zusage wird seiner Ansicht nach in Bayern zunächst einmal für Ruhe sorgen. Ruhe und Sicherheit für die Hausärzte war eine der zentralen Forderungen Hoppenthallers auf dem Bayerischen Hausärztetag.

Durch die Senkung des Vergütungsniveaus bei den Hausarztverträgen auf das im KV-System gültige Honorarniveau versprechen sich Union und FDP Einsparungen in Höhe von rund 500 Millionen Euro. „Mit dieser Festschreibung“, sagte Hoppenthaller, „wären die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung tot.“ Nach seinen Worten muss der § 73b SGB V „unangetastet“ bleiben, weil nur so der Fortbestand der hausärztlichen Existenzen garantiert und die qualifizierte wohnortnahe hausärztliche Versorgung der Bevölkerung gesichert werde. Er appellierte eindringlich an Minister Söder: „Wir brauchen Planbarkeit, eine Nachhaltigkeit der politischen Entscheidungen und eine vertrauenswürdige Politik. Und wir benöti-

gen vor allem auch Ruhe. Ansonsten können wir unsere Praxen nicht mehr führen und werden auch keine Nachfolger finden.“

Ähnlich wie Hoppenthaller erwartet auch der bayerische MEDI Vorsitzende von den HZV-Verträgen nicht nur mehr Geld für die Ärzte, sondern auch die Chance für die Krankenkassen, Strukturen zu beeinflussen, damit das Geld dorthin fließt, wo es auch gebraucht wird. Die Hausarztzentrierte Versorgung hält er für eine der besten Strukturen der medizinischen Versorgung überhaupt.

Andere Länder haben das Nachsehen

Der im Eckpunktepapier formulierte Bestandsschutz für die bis dato rechtsgültig abgeschlossenen HZV-Verträge würde allein Baden-Württemberg und Bayern betreffen. Schinz sieht darin einen Rückfall für jene Kollegen in anderen Bundesländern, die gar nicht in den Genuss dieser Regelungen wie in Bayern und Baden-Württemberg kommen können und in der Staatsmedizin verbleiben müssen.

„Ich bin sehr betroffen, dass das so läuft. Das ist schädlich, unklug und rückwärts gewandt.“



Zufriedene Gesichter
beim Hausärztetag:
Wolfgang Hoppenthaller
und Markus Söder

Die zuletzt in den Medien genannten Honorarsteigerungen für die niedergelassenen Ärzte hält Schinz für unseriös. Er weiß aus Gesprächen mit Kollegen aus unterschiedlichen Fachgruppen, dass bei denen nichts von dem angeblichen Geldsegen angekommen ist. Das liege nicht zuletzt an dem völlig undurchsichtigen Honorarverteilungssystem der Kassenärztlichen Vereinigungen. Um wirklich Transparenz zu schaffen, sieht Schinz die Direktverträge als unbedingt notwendig an. „Hier gibt es kein Transparenzproblem, sondern jeder kennt den Preis für die Leistung.“

Der BHÄV-Vorsitzende Hoppenthaller freut sich zwar über den politischen Zuspruch aus der CSU, ist sich aber nicht sicher, ob er darauf endgültig bauen kann. Für den Fall, dass Minister Rösler „sich uneinsichtig zeigt“, will er deshalb zu Kampfmaßnahmen greifen. Vorsorglich hat er für einen Termin im September die Nürnberger Arena reserviert, um dort mit den Hausärzten aus ganz Bayern, eventuell auch aus Baden-Württemberg, den Ausstieg aus dem KV-System zu vollziehen.

MEDI Bayern wird diese Kampfmaßnahmen unterstützen, versichert Schinz. „Beim KV-Ausstieg sind wir hundertprozentig dabei.“ Schließlich sei MEDI ja der „Erfinder“ des Korbmodells. Auch Praxis-schließungen gehören zum Instrumentarium von MEDI, um die Aufmerksamkeit der Bevölkerung darauf zu lenken, dass etwas nicht in Ordnung ist.

Eigene MEDI Liste für KV-Wahl

In Bayern wird im November die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung neu gewählt. Die KVB ist laut Schinz zwar vordergründig nicht an den derzeitigen politischen Auseinandersetzungen beteiligt, doch sei MEDI insgesamt nicht zufrieden mit dem, was in der KV läuft. Hauptthema im Wahlkampf ist für ihn die Intransparenz der Finanzströme und das gemeinsame Auftreten der Ärzteschaft gegenüber der Politik.

MEDI freue sich zwar, die Hausarztzentrierte Versorgung unterstützen zu können, werde aber keine gemeinsame Liste mit dem Bayerischen Hausärzterverband aufstellen, sondern mit einer eigenen Liste in die KV-Wahl ziehen, zumal



„Beim KV-Ausstieg sind wir dabei“, verspricht Alfried Schinz.

nicht nur Hausärzte, sondern ebenso auch viele Fachärzte zu den Mitgliedern von MEDI gehören. Das Wahlprogramm orientiert sich hauptsächlich am MEDI Programm von 2009.

Klaus Schmidt

IMPRESSUM

Herausgeber
MEDI Baden-Württemberg e.V.
Industriestraße 2, 70565 Stuttgart

E-Mail: info@medi-verbund.de
Tel.: 0711 806079-0
Fax: 0711 806079-79
www.medi-verbund.de

Redaktion: Angelina Schütz

Verantwortlich i.S.d.P.
Dr. med. Werner Baumgärtner

Design: Heinz P. Fothern

Druck: W. Kohlhammer Druckerei
GmbH & Co. Stuttgart

Erscheinungsweise vierteljährlich.
Nachdruck nur mit Genehmigung
des Herausgebers.

Die nächste **MEDITIMES** erscheint
im Dezember 2010.
Anzeigenschluss ist der 31. Okt. 2010.

„Wer Verträge will, muss MEDI wählen!“

Will der Hausärzterverband Berlin und Brandenburg Selektivverträge? Oder lieber doch nicht, sondern Add-On-Verträge? Und haben in Berlin und Brandenburg bestehende Verträge Bestandschutz oder sind sie vielleicht doch eher unwirksam, weil ohne Vollmacht abgeschlossen? Eins ist klar: Je zerstrittener die Ärzte, desto stärker wird MEDI Brandenburg.

Anfang Juni wählen die Delegierten des Hausärzterverbands Berlin und Brandenburg e.V. einen neuen Vorstand, Vorsitzender wird Dr. Wolfgang Kreischer aus Berlin-Zehlendorf. Am 21. Juni deutet er in einem Rundschreiben an die Mitglieder an, dass die Hausarztverträge für den Verband Spaltungspotential haben könnten. Als Konsequenz kündigt er an, die Situation zunächst sorgfältig zu analysieren. „Wir werden die auf den Weg gebrachten Hausarztverträge auf ihre Akzeptanz bei den Mitgliedern überprüfen.“

In einem Rundschreiben vom 15. Juni „an alle Hausärzte in Brandenburg“ werden diese zur Abstimmung über Selektivverträge aufgerufen. Zur Wahl stehen drei Alternativen: Selektivverträge mit Bereinigung, Zusatzvertrag (Add On) oder „ist mir egal“. Wobei das Anschreiben deutliche Worte gegen eine Kooperation mit der HÄVG findet und kaum Einwände gegen Add-On-Verträge.



Heiner Loos spricht sich ganz klar für Selektivverträge und eine neue KV-Führung aus.
Foto: Auschra.

Im Rundschreiben stehen dann jedoch die Vorteile der HZV im Vordergrund: „Ein schwacher Trost besteht: Abgeschlossene Verträge haben Bestandschutz! Damit könnten wir in Berlin – falls die Kassen mitspielen – mit einem blauen Auge davonkommen. Denn hier gibt es einen Vertrag. (...) Noch ist die Bereitschaft auf Ärzteseite nicht groß genug, um diesen Vertrag erfolgreich zu starten. AOK/IKK und wir werden versuchen, diesen Vertrag attraktiver zu machen. Bei einer schriftlichen Umfrage zu dem Vertrag fiel dieser nämlich glatt durch. Auf der Mitgliederversammlung am 25. 6. gab es jedoch ein Votum für Vollversorgungsverträge.“

Loos will eine KV unter MEDI Führung

Da wird eine für Uneingeweihte verwirrende Form von Öffentlichkeitsarbeit betrieben – um es einmal höflich auszudrücken. Dr. Heiner Loos, Vorsitzender des Vorstandes des MEDI Verbunds Brandenburg e.V., fasst die Situation aus seiner Sicht zusammen: „Die Brandenburger Sektion des Hausärzterverbands hat sich gegen Selektivverträge ausgesprochen. Das heißt im Klartext: Wer diese Verträge haben will, muss MEDI wählen!“

Loos geht sogar einen selbstbewussten Schritt weiter und plädiert für eine MEDI KV-Führung. „Der derzeitigen KV-Führung scheint zunehmend der Rückhalt zu fehlen. Wer außer uns ist denn angesichts dieser Situation überhaupt in der Lage, für einen fairen Interessenausgleich zwischen Haus- und Fachärzten und auch den Fachärzten untereinander zu sorgen?“ Er spricht sich klar für die HZV-Verträge in der bisherigen Form aus.

Sollten allerdings die von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler beschlossenen Änderungen kommen, wird seiner Einschätzung nach das Interesse an diesen Verträgen nachlassen. „Warum dann dieser Aufwand, wenn es doch nicht mehr Geld als im KV-Sektor gibt“, stellt er die Frage in den Raum und ergänzt: „Wenn es wirklich um gleiches Geld für gleiche Arbeit geht, wäre erstmal ein Abgleich im KV-System innerhalb der Bundesländer und West-Ost erforderlich.“

Ruth Auschra

Unser Angebot des Monats

Terminblöcke DIN A6

50 Stück • DIN A6: 10,5 cm x 14,8 cm • Blatt 100 • 4/0-farbig Eurokala • Papier 80 g/m² Offset hochweiß

Preis: 50 Stück mit je 100 Blatt für nur 200,- Euro (inkl. MwSt. zzgl. Versand)

Bestellformulare unter Telefon: 0711 80 60 79-0 oder www.medi-verbund.de (Webcode 1025)





Die Führungsspitze legt nach wie vor viel Wert auf Basisdemokratie, so Rainer Saurwein.

Höhere Effektivität, schnellere Abläufe – neue Vorstandsstruktur hat sich bewährt

Bei MEDI Südwest ist man zufrieden. Die Neustrukturierung des Vorstands hat sich in den letzten Monaten bereits bewährt. „Wir können schneller auf aktuelle Geschehnisse reagieren und unsere Effektivität ist spürbar gestiegen“, fasst MEDI Südwest-Geschäftsführer Dr. Rainer Saurwein zusammen.

Acht Haus- und Fachärzte gehören dem Vorstand von MEDI Südwest an. Vier von ihnen bilden seit Herbst 2009 den sogenannten Vorstandsvorsitz und sind mit entsprechenden Entscheidungskompetenzen ausgestattet. „Die Spitze ist jetzt schärfer, der Einfluss der Basis dabei ungebrochen stark geblieben“, informiert Dr. Ralf Schneider, Vorsitzender von MEDI Südwest.

Die vier Mediziner, die den Vorstandsvorsitz bilden, kommen aus den Großregionen Rheinhessen, Pfalz, Trier und Pirmasens/Westpfalz. Das Führungsteam besteht neben MEDI Chef Schneider aus dem Internisten Dr. Walter Gradel, dem Orthopäden Frank Achim Fasco und dem Allgemeinmediziner Harald Feuerstein. Die kleine Gruppe ist befugt, auch zwischen den Sitzungen des sogenannten erweiterten Vorstands Entscheidungen zu fällen. „Davor musste für jede Einzel-

entscheidung ein Beschlussverfahren im Umlauf unter den acht Vorstandsmitgliedern erfolgen. Das dauerte oft mehrere Tage“, erzählt Saurwein.

Besserer Informationsfluss

Dass zum Beispiel auch die Informationen aus der Zentrale nach der Organisationsreform schneller verteilt werden können, merkten die MEDI Mitglieder bereits im April. Sie konnten zeitnah aus einem Rundbrief erfahren, wie sich die Vergütung aus den kurz zuvor geschlossenen 73b-Verträgen mit der Signal Iduna und der Techniker Krankenkasse für den einzelnen Vertragsarzt konkret in Euro auswirken.

In der Regel treffen sich die vier Mediziner vom Vorstandsvorsitz alle vier Wochen gemeinsam mit Geschäftsführer Saurwein. „Darüber hinaus kontaktieren wir uns regelmäßig in einer Videokonferenz per Internet oder schalten uns in einer Telefonkonferenz kurz“, berichtet Dr. Harald Feuerstein, der die Region Pfalz vertritt. Drei bis vier Tagesordnungspunkte werden hier behandelt und Lösungen gefunden, erzählt Internist Gradel aus Trier. „Es ist erstaunlich, man driftet nicht so sehr vom Thema ab, wenn man sich nur spricht und nicht persönlich sieht“,

lacht er. Der Hausarzt aus Trier ist zudem erleichtert, dass für ihn dadurch nicht immer zeitaufwendige Anfahrten zur MEDI Zentrale anfallen. Gradel ist im Schnitt dafür eineinhalb bis zwei Stunden unterwegs.

„MEDI bleibt trotz der Neuorganisation an der Spitze basisdemokratisch organisiert und der mehrheitliche Wille der Mitglieder bestimmt die Leitlinien der Politik des Vorstandes“, machen Saurwein und Schneider im Gespräch immer wieder deutlich. In diesem Sinne steht der Vorstand stets in Kontakt mit dem „erweiterten Vorstand“, dem rund 20 Haus- und Fachärzte aus allen Regionen von MEDI Südwest angehören. „Der erweiterte Vorstand setzt sich aus den acht Vorstandsmitgliedern zusammen, zu denen noch Dr. Bettina Schoner, Dr. Matthias Hütt, Dr. Robert Kasten und Dr. Ralph Seitz gehören, und weiteren Funktionsträgern aus den Mitgliedsverbänden“, informiert Saurwein. Dazu gehören zum Beispiel Sprecher, Hauptgeschäftsführer sowie sonstige Aktive und Interessierte. Einmal im Quartal treffen sich alle zum Meinungs- und Informationsaustausch. Abhängig von der Mitgliederzahl der MEDI Verbünde nehmen hier zwischen ein und vier Mitglieder pro Verbund einschließlich Vorstandsmitglied teil. „Die Termine für diese Treffen werden im Mitgliederportal von MEDI Südwest bekannt gegeben. Interessierte Mitglieder können sich dazu gerne anmelden“, ergänzt Saurwein.

Die Delegiertenversammlung von MEDI Südwest kommt nach wie vor zwei Mal im Jahr zusammen. Die Leitlinien für die Politik von MEDI Südwest, die die Delegierten vorgeben, werden zudem über den Vorstand in die bundesweite Arbeitsgemeinschaft MEDI Deutschland eingebracht.

Marion Lissou

Durchblick beim GKV- Ausstieg

Was Ärztinnen und Ärzte wissen müssen,
die ihre Zulassung zurückgeben wollen.



Das liefert Ihnen der neue Ratgeber:

- Exklusive Hintergrund-Informationen zu einem heißdiskutierten Medizinthema
- Tipps zu Abrechnung, Finanzen, Management, Patientenbindung, Rechtsfragen
- Darstellung der politischen Rahmenbedingungen
- Die wichtigsten Dokumente, Urteile, Kontaktdaten und Links

Ihre Bestelladresse:

MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart,
Telefon 0711 806079-0, E-Mail rademacher@medi-verbund.de

Jetzt bestellen. Fax 0711 806079-44

Ja,	ich bestelle __ Exemplar(e) vom Ratgeber „Durchblick beim GKV-Ausstieg“ gegen Rechnung von € 16,90 inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten
 Der neue 100-Seiten-Ratgeber „Durchblick beim GKV-Ausstieg“ – ISBN 3-936506-28-0	Adresse oder Stempel _____ _____ _____ E-Mail _____ Telefon und Fax _____ Datum _____
	 Unterschrift

Gerlach zu HZV: Dynamik jetzt nicht ausbremsen

Prof. Ferdinand M. Gerlach, Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hält eine „Gleichschaltung“ der Preise zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen für problematisch.

Die Änderungspläne des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) bei den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V haben für heftigen Streit in Ärzteschaft und Politik gesorgt. Nun ruft Gerlach zu einer Versachlichung der Debatte auf. „In den Diskussionen sollte es mehr um die Inhalte und weniger um reine Honorar- und Machtfragen gehen“, betonte er im Gespräch mit der Redaktion von „Arzt am Abend“.

Sondergutachten stärkt Hausärzten den Rücken

Gerlach verwies auf das Sondergutachten des Sachverständigenrates in diesen Fragen. Das Fazit dort sei, dass „eine qualitativ hochwertige Primärversorgung durch Hausärzte das Fundament jeder sinnvollen Gesundheitsversorgung sein sollte“. Eine internationale Analyse von über 1.000 Studien habe gezeigt, dass eine allgemeinmedizinisch koordinierte Versorgung besonders bei chronischen Erkrankungen vorteilhaft sei. „Wichtige Qualitätskriterien einer guten Primärversorgung sind demnach Zugänglichkeit, Gleichheit, Angemessenheit, medizinische Qualität, Effizienz, Kontinuität und Bevölkerungsbezug.“ Je optimaler diese Anforderungen erfüllt werden, um so mehr profitiere die Bevölkerung: „Eine hausarztkoordinierte Versorgung ist in der Regel besser und zugleich kosteneffektiver als klinik- bzw. fachspezialistenzentrierte oder gar völlig unkoordinierte Systeme“, so der Sachverständige weiter.

Je komplexer die Probleme, je differenzierter die Leistungsangebote, umso notwendiger sei ein Koordinator und gesundheitlicher Begleiter, der den Überblick behalte und für Kontinuität Sorge.

„Das gilt insbesondere im Zusammenhang mit Multimorbidität und Multimedikation, wo ein Gesamtüberblick sowie eine Dringlichkeitseinschätzung zusammen mit dem Patienten erforderlich sind, nicht zuletzt, um Überdiagnostik und Übertherapie zu vermeiden“, unterstrich Gerlach.

Hausarztverträge sind ein „Fortschritt“

Der unter der Vorgängerregierung initiierte § 73b SGB V zielt darauf ab, genau diese Funktionen einer hausarztzentrierten Versorgung zu stärken. Dieses grundsätzliche Anliegen sei konsequent und richtig. „Die in Deutschland dazu abgeschlossenen Verträge haben eine Menge Bewegung in die deutsche Versorgungslandschaft gebracht. Auch das ist prinzipiell gut.“

Die zum Beispiel in Baden-Württemberg gelungene Etablierung systematischer Qualitätszirkelprogramme, der Einsatz evidenzbasierter Praxisleitlinien oder das Case Management chronisch Kranker durch besonders qualifizierte Versorgungsassistentinnen in hausärztlichen Praxen seien eindeutig belebende Elemente. „Auch die neuartigen, stark vereinfachten Vergütungsstrukturen unter bewusstem Verzicht auf Anreize zur weiteren Vermehrung unnötiger Kontakte sowie zur Vermeidung Angebotsinduzierter Mengenausweitung sind auch nach internationalem Maßstab ein Fortschritt.“

Im Interesse einer guten und nachhaltigen gesundheitlichen Grundversorgung und im Hinblick auf die Nachwuchssorgen bei den Hausärzten könne noch wesentlich mehr erreicht werden. Gerlach: „Es gibt inhaltlich und konzeptionell noch vieles zu tun. Es sollte daher nunmehr darum gehen, diesen ersten positiven Schritten weitere Aktionen folgen zu lassen. Ein Ausbremsen dieser Dynamik oder für die Beteiligten sowie den potentiellen Nachwuchs demotivierende Szenarien einer Abwertung hausärztlicher Arbeit müssen hingegen unbedingt vermieden werden.“



Die faktische Ausschaltung des Preiswettbewerbs ist für Ferdinand Gerlach nicht nachvollziehbar.

Gerlach hofft auf Vernunft in der Politik

Sofern es – wie vom Ministerium angekündigt – zu einer „Gleichschaltung“ der Preise zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen käme, wäre dies laut Gerlach „ordnungspolitisch für beide Systeme“ problematisch. „Die faktische Ausschaltung eines Preiswettbewerbes angesichts der eigentlich angestrebten wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens wäre nicht nachvollziehbar. Es wäre darüber hinaus unlogisch, wenn die Preise bei Verträgen nach § 73c aber weiterhin keiner vergleichbaren Regulierung unterliegen.“ Es sei daher zu hoffen, dass sich im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens „die vernünftigen Stimmen durchsetzen und die Aufmerksamkeit von der reinen Kostendämpfung auf die inhaltliche Gestaltung der zukünftigen Versorgung gelenkt wird“.

So biete die Kombination von Verträgen nach 73b und 73c die Chance, eine sinnvoll gestufte und koordinierte haus- und fachärztliche Versorgung zu erreichen. „Auf diese Weise könnten auch Sektorengrenzen überwunden und strukturelle Überversorgung abgebaut werden“, ist der Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt überzeugt. So würden einerseits die Voraussetzungen für populationsorientierte Versorgungskonzepte und andererseits neue Spielräume zur Vergütung qualitativer Verbesserungen geschaffen.

Jan Scholz

BLICKWINKEL

Was nützt eine „sektorenübergreifende Qualitätssicherung“ durch das AQUA-Institut den Praxen?

Als unabhängiges Beratungs- und Forschungsunternehmen befasst sich das AQUA-Institut in Göttingen mit Konzepten und Strategien zur angewandten Qualitätsförderung und -sicherung im deutschen Gesundheitswesen. Es ist in einem ausgeschriebenen Wettbewerb als Sieger hervorgegangen und bearbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) das Thema sektorübergreifende Qualitätssicherung.

Auf der Grundlage des §137a SGB V und der Richtlinie 13 des G-BA werden Instrumente zur Beschreibung ärztlicher Qualität entwickelt, die sektorübergreifend den Patienten im Blick haben. Dies ist weltweit bisher einmalig. Im Selbstverständnis des Instituts heißt das: „AQUA entwickelt wissenschaftlich fundierte Qualitätsindikatoren, die faire Vergleiche zwischen Leistungserbringern bzw. Einrichtungen des Gesundheitswesens ermöglichen. Dabei wird AQUA von zahlreichen Fachexperten und Patientenvertretern unterstützt. Der G-BA regelt die weitere konkrete Umsetzung (z.B. Strukturen und Datenflüsse) im Gesundheitssystem.“

Die wissenschaftliche Fundierung wird von folgenden Partnern gelegt:

- Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ Healthcare), St. Radboud Universität Nijmegen, Niederlande (Ltg: Prof. Richard Grol)
- Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg (Ltg. Prof. J. Szecsenyi)
- Institut für medizinische Biometrie und Informatik, Universitätsklinikum Heidelberg (Ltg. Prof. Meinhard Kieser)
- AQUA-Institut Göttingen (Ltg. Prof. J. Szecsenyi)

Abstimmungen und Zusammenarbeit erfolgt grundsätzlich mit:

Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Kas-

senzahnärztlicher Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung, Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften, maßgebliche Organisationen für behinderte und chronisch kranke Menschen sowie dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten.

Ziele

Ziel des gigantischen Projekts ist es, die Versorgungskette über sektorale Grenzen abzubilden (ambulant, stationär, nachstationär) unter dem Blickwinkel des Behandlungserfolgs als Ganzes für den Patienten, für den die Behandlungsqualität innerhalb der Sektoren zunächst einmal undurchschaubar ist. AQUA soll dafür messtechnische Indikatoren und Instrumente entwickeln sowie eine notwendige, einrichtungsübergreifende Dokumentation, sich an der Qualitätssicherung beteiligen und die Ergebnisse dann in einer „für die Allgemeinheit verständlichen Form“ veröffentlichen.

Das Institut greift dabei auf vorhandene Strukturen zurück (BQS-Verfahren im stationären Sektor), entwickelt ein eigenes umfassendes Qualitätsmodell mit zielgerichteter Beratung bei der Auswahl und Zielstellung der Verfahren, Entwicklung von Indikatoren, Einbeziehung von Expertenwissen (die Auswahl von Experten erfolgt auf der Grundlage des Verfahrens wie beim IQWiG) und Einbindung der Patientenperspektive (Befragungen, Stichprobenerhebungen). Weiter ist AQUA zuständig für die Überprüfung der Messgüte der Instrumente, Verbesserung der Verfahren zur Risikoadjustierung, Integration von Verfahren (die zu entwickelnden

Verfahren beziehen sich jeweils auf eine Krankheit, viele Patienten sind aber multimorbid) und einen verstärkten Rückgriff auf internationale Verfahren.

Das Grundmodell von AQUA zur Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens umfasst die Dimensionen Qualität, Zugang zum System, Kosten/Ausgaben. Demgegenüber besteht ein definierter Versorgungsbedarf unter einer bestimmten Gerichtigkeitstratifizierung. Die Qualität im engeren Sinne wird durch die Dimensionen Effektivität, Sicherheit und Patientenorientierung abgebildet. Hierbei sollen vor allem Routinedaten unter den Aspekt der Datensparsamkeit verwendet werden, wie Abrechnungsdaten der Ärzte und Krankenkassen, Ergebnisse des WidO, das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QUISA) von AQUA u. v. a. m..

Fallbezogene Daten

Es sollen Instrumente zur fallbezogenen Abbildung medizinisch-pflegerischer Prozesse und Ergebnisse entwickelt werden, dann sollen die EDV-gestützten Informationen der Leistungserbringer verwendet werden. Es sollen Befragungen von Ärzten, Patienten, Pflegenden durchgeführt werden und noch Visitationen (Begehungen von Einrichtungen der Leistungserbringer nach Vorgaben des Instituts) erfolgen.

Es ist klar, dass dieses ehrgeizige Projekt geraume Zeit in Anspruch nehmen wird, aber ebenso klar ist auch, dass es auf die Gleise gesetzt wurde und der Zug jetzt Fahrt aufnimmt. Es nicht zu Kenntnis zu nehmen, wäre sträflicher Leichtsinn, da es längerfristig erhebliche Auswirkungen auf die Gestalt unserer Versorgung haben wird. Die Zusammenarbeit von AQUA mit dem B-GA und dem IQWiG, dem WidO der AOK funktioniert reibungslos und es gibt dabei auch personelle Überschneidungen.

Die ersten Krankheiten, für die ein solches sektorenübergreifendes Abbildungs- und Bewertungsverfahren entwickelt wird, stehen schon fest, die ersten Beauftragungen laufen (z.B. für Kolorektales Karzinom, Konisation, Kataraktoperation usw.). Es werden erhebliche Umstrukturierungen und für Leistungserbringer kostenin-

tensive Mehrleistungen abverlangt. So ist z.B. die bisher übliche „historische“ Darstellung der Praxisverwaltungssysteme der Ärzte ungeeignet, da es hier ja um messende Vergleiche von Krankheitsentitäten geht. D.h. die Dokumentationen müssen auf die Abfolge von Krankheitsepisoden umgestellt werden. Das einfache Nacheinander von Ereignissen reicht nicht mehr aus. Nicht unerwähnt soll sein, dass Szczenyi schon Praxisverwaltungssysteme mitentwickelt, die genau dies können. So greift eins ins andere.

Kostenfrage bleibt unklar

Interessant ist die Tatsache, dass die Kosten scheinbar keine entscheidende Rolle bei der Entwicklung dieses Apparates spielen. Ich hatte diesbezüglich eine Frage bei einer gesundheitspolitischen Veranstaltung im Sommer an die auf dem Podium sitzenden Vertreter von BGM, KBV, G-BA, AQUA und einem Patientenvertreter gestellt. Ausgerechnet letzterer gab die Antwort, dass es durch die verbesserte Qualität insgesamt ja billiger werde. Die Zeche werden dann diejenigen zahlen müssen, die die Zeit dafür bereitstellen. Betriebswirtschaftlich sind der erforderliche Mehraufwand für die Dokumentation und Qualitätsvorgaben natürlich Unkosten bei den Ärzten, denen es nichts nützt, wenn es gesamtgesellschaftlich betrachtet günstiger wird. Solche erhöhten Qualitätsforderungen müssen demzufolge für die betroffenen Leistungserbringer entsprechend ausgeglichen werden, d.h. es muss dafür ein bestimmtes Geldäquivalent zur Verfügung stehen. Der Appell allein an das Qualitätsbewusstsein der Betroffenen reicht dazu nicht aus.

Nun ist der MEDI Verbund der letzte, der sich gegen eine verbesserte Qualität in der Versorgung wehrt. Die von uns mitgetragenen Selektivverträge haben sich gerade das auch auf die Fahnen geschrieben. Was wir jedoch nicht wollen, ist eine fremd gesteuerte Qualitätsoffensive eines B-GA, die uns die Praxisabläufe erschwert und bei unseren Praxen nur als erhöhter Kostenanteil zu Buche schlägt. Natürlich müssen wir auch noch von der inhaltlich-materiellen Seite dieser Qualitätsverbesserung überzeugt werden. Wenn das gelingt und die Kostenfrage geklärt ist,

könnte man dem Projekt zustimmen.

Bisher gibt es jedoch keine Evidenz, dass die Akteure dies hinbekommen. Das verräterische Schweigen zu meiner Frage bzgl. der damit verbundenen Kosten für die Leistungserbringer lässt eher nichts Gutes erwarten. Die inhaltliche Fragestellung, was eigentlich ärztliche Qualität ist und ob sie wirklich messbar ist, bleibt offen. Die bisher bekannten QM-Systeme messen meistens Sekundärparameter und so kommt es, dass die schriftlichen Ergüsse von Leistungserbringern (schön zu verfolgen in den Dokumentationen von Pflegeheimen!) oft nichts mit der wirklichen Qualität zu tun haben. Sie haben etwas mit der Papierqualität der Unterlagen zu tun. Diese wird dann vom MDK vom Schreibtisch aus – ebenso indirekt – bestätigt oder auch nicht. Medizin lässt sich auch nicht vollständig auf evidenced based-Massnahmen reduzieren, sondern enthält noch einen „inkommensurablen“ Anteil, der etwas mit dem magischen Erbe der Heilkunst zu tun hat.

Der Volkswirt Franz Josef Müller von „Brain2doc“ hat schon auf die interessegeleitete Sicht und Interpretation ärztlicher Qualität und auf die ökonomischen Konsequenzen hingewiesen (<http://brain2doc.de/qualitaetssicherung/index.html>). Als Auditor für QM-Systeme überblickt er die Problematik meiner Meinung nach weiträumiger als viele ärztliche Vertreter, die sich für das Projekt aussprechen. Erst wenn uns belastbare Daten vorliegen, dass das Projekt im Rahmen einer ökonomischen und politischen Gesamtrechnung und einer –planung für die Ärzteschaft nützlich und notwendig ist, können wir dieses Projekt unterstützen. Ohne diese Rahmenbedingung wird wieder einmal nur sehr viel Geld der Versicherten verbrannt und es werden zahlreiche neue Jobs in der IT- und Beraterbranche generiert, deren Grenznutzen fraglich bleibt.

Unabhängig davon bleibt fragwürdig, welche rechtliche Legitimation dem B-GA zukommt, der, von keiner demokratischen Struktur gewählt, den Ärzten Vorschriften macht. Das wäre sicherlich ein interessantes Thema für einen Verfassungsrechtler.

Dipl.-Pol. Ekkehard Ruebsam-Simon



Seit Generationen im Dienst Ihrer Sicherheit.

Als Internist, Haus- oder Kinderarzt sind Sie der erste Ansprechpartner Ihrer Patienten, wenn es um die Gesundheit geht. Als Versicherungsmakler vertrauen uns viele Ärzte, wenn es um die richtige Praxisabsicherung geht.

Mittlerweile in dritter Generation sind wir spezialisiert auf individuelle Absicherungskonzepte für Heilberufe. Denken Sie nur an Bund, Kammern oder Krankenkassen: Die üblichen Standardlösungen passen sich den häufig wechselnden ärztlichen Bedürfnissen nicht flexibel genug an. Deshalb setzen wir konsequent auf Spezialkonzepte. Die Qualität unserer Lösungen macht uns zum offiziellen Partner der MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH.

Prüfen Sie uns auf Herz & Nieren.

Karlheinz Schmid
Versicherungsmakler GmbH

Bahnhofstraße 13 | 75417 Mühlacker
Tel.: 07041 / 9690 - 0
Fax: 07041 / 9690 - 25
www.schmid-online.com



Dr. Martina Herrmann: Kämpferin und Tänzerin

MEDI Brandenburg ist keine große MEDI Region. Wer sich hier engagiert, der muss fest auf seinen eigenen Beinen stehen. Abwarten, was „die da oben“ tun werden, hat hier wenig Sinn. Die Hausärztin Dr. Martina Herrmann ist eine Frau, die nicht auf Vortänzer wartet. Ihr Hobby ist das Tanzen. Und auch in der Berufspolitik begibt sie sich auf jedes passende Parkett.

Berührungängste hat Dr. Martina Herrmann nicht. Angst, sich unbeliebt zu machen, kennt die Internistin auch nicht. Wenn sie etwas sagen will, dann macht sie den Mund auf und erklärt ihren Standpunkt, ihre Wut, ihr Unverständnis. „Das kann doch nicht sein“, sagt sie und legt los. Das war nicht immer so bei ihr. Als Kind war sie angeblich so unauffällig, dass die Eltern ihre Existenz kaum bemerkten. Sie ist keine notorische Nörglerin und auch

keine Querulantin. Sie will einfach haben, was ihr zusteht. „Oder ist das zu viel verlangt?“, fragt sie in ihrer direkten Art.

Drei Tage vor der Maueröffnung hatte sich Herrmann aus der Klinik verabschiedet, in der sie bis zu jenem Zeitpunkt angestellt gewesen war. Damals waren ihre drei Kinder noch klein und sie hatte nach einer Möglichkeit gesucht, ambulant zu arbeiten. Dann kam die Wende und die neue ambulante Stelle im Betriebsambulatorium wurde unsicher. „So was ist im Westen nicht üblich“, hörte sie. Kurz entschlossen übernahm sie die Räume des Ambulatoriums und gründete eine eigene Praxis. Ganz freiwillig war die Entscheidung sicher nicht. „Außer Selbstständigkeit gab es keine andere Möglichkeit“, sagt sie heute. „Ich wollte einfach nur behandeln, egal wo und wie“. Irgendwie schaffte sie es dann tatsächlich, die Wendezeit, den Praxisaufbau und die Kinder

Setzt sich kämpferisch für die ärztliche Freiberuflichkeit ein:
Martina Herrmann.

unter einen Hut zu bekommen. Die Praxis lief gut, heute hat sie rund 1.000 Scheine.

Die finanzielle Seite der Praxisentwicklung war allerdings weniger prickelnd. Vor etwa fünf Jahren war der bisherige finanzielle Tiefpunkt ihrer freiberuflichen Tätigkeit erreicht. Martina Herrmann hatte es kurz zuvor geschafft, die letzten Raten ihres Praxiskredits abzuführen. Doch dann gingen die Einnahmen zurück – und zwar so drastisch, dass sie wieder zur Bank gehen musste. Sie brauchte Geld zum Leben und die Praxis brachte nicht genug ein. Jammern und Heulen half nicht, ein Kredit von 60.000 Euro musste her. „Das kann doch nicht sein“, findet sie heute, „dass man sich verschulden muss, um eine Arztpraxis weiter betreiben zu können“. Monat für Monat trug sie 1.000 Euro in die Praxis. Die Ärztin lebte mehr oder weniger von den Einnahmen ihres Mannes, die Praxis war von 2005 bis zum Januar 2009 ein echter Zuschussbetrieb.

Honorarkrise führte zum politischen Engagement

Heute kann sie fast schon darüber lachen, damals war die Situation bitter. Trotzdem dachte die zierliche Frau nie daran aufzugeben. Ihre Burnoutgefährdung ist offensichtlich gering. Den Beruf an den Nagel hängen? Auf keinen Fall! Aus Potsdam weggehen, eventuell sogar ins Ausland? Unvorstellbar. Hier ist sie geboren und zur Schule gegangen, hier lebt ihre Familie, hier kennt sie alle Kollegen und beschreibt eine interkollegiale Vernetzung, die normalerweise ohne irgendwelche Verträge funktioniert. Nein, ein Umzug wäre für sie keine Lösung. „Ich würde nie auch nur einen Schritt fortgehen“, lautet ihr klarer Kommentar.

Aber angesichts der katastrophalen Praxis-Umsätze im Jahr 2005 erwachte die Kämpferin in ihr. Sie orientierte sich in Richtung MEDI, lernte die Freien Ärzte

und die einschlägigen Internetforen kennen. Sie rief Kollegen an, schrieb Leserbriefe und gab Interviews. Mit ihrem Engagement erreichte sie in kurzer Zeit viele Menschen, Mediziner ebenso wie Politiker oder Patienten. Gerade ihre Patienten bekamen wohl manchmal hautnah mit, was für bittere Kämpfe ihre Ärztin durchmachte. „Ich hörte oft, ich sollte mehr auf mich achten, mich nicht kaputtmachen“, erinnert sie sich an die Anfangszeit, als sie sich nach Kräften bemühte, die Ärzte im Osten zur Gegenwehr zu motivieren. Sie ließ sich nicht beirren, auch wenn die dauerhafte Motivationsarbeit sicher ermüdend sein kann. „Diskussionen alleine bringen doch nichts“, so die Erfahrung der Internistin. Sie weiß, dass man eine Überzeugung in die Tat umsetzen muss, um etwas zu bewegen. Aber die Umsetzung in die Wirklichkeit ist nicht leicht. „Es ist sehr schwer, die Leute dazu zu bewegen, etwas zu tun – die meisten schimpfen nur“, gibt sie zu.

Als Brandenburger Ärztin hat sie heute mehr Geld als noch vor ein paar Jahren. Das ist einerseits natürlich gut, aber es ist noch lange kein Grund, mit den gesundheitspolitischen Bedingun-

gen zufrieden zu sein. „Ich merke jetzt doch erst richtig, um wieviel Geld wir in den letzten Jahren betrogen worden sind“, erklärt sie kämpferisch. Sie hat schließlich immer in der gleichen Intensität gearbeitet. Warum war dann ihr Verdienst früher so gering? „Das kann doch nicht sein“, sagt sie wieder einmal, „das ist doch verheerend!“ Natürlich wird sie nicht verhungern und es geht ihr auch nicht darum, zwischen goldenen Türklinken zu leben. Herrmann hat keine hohen Ansprüche. Aber es entspricht einfach nicht ihrer Vorstellung von Gerechtigkeit, jemandem – beispielsweise den niedergelassenen Ärzten – etwas vorzuenthalten, was ihnen eigentlich zusteht.

Sie leidet unter „der ständigen Bevormundung, dem Bürokratiewahn von QM, DMP und Integrierter Versorgung und der WANZ-Problematik, verbunden mit der Regressangst“. Gleichzeitig fühlt sie sich denunziert durch die öffentliche Darstellung der angeblich gut verdienenden Ärzte. „Wenn wir doch angeblich im Schnitt 160.000 Euro jährlich verdienen, wie kommt es dann, dass ich nur 180.000 Euro Umsatz habe?“, fragt sie. „Das kann doch nicht sein!“

Musik und Bewegung bringen Entspannung

Man merkt ihr deutlich an, dass es sie Kraft kostet, unter den aktuellen gesundheitspolitischen Bedingungen in Deutschland Ärztin zu sein – obwohl sie diesen Beruf mit Leidenschaft ausübt. Woher nimmt sie diese Kraft? „Von der Familie und vom Tanzen“, lautet ihre spontane Antwort, „und von guter Planung“. Zur Familie gehören die Kinder und Enkelkinder. Man trifft sich fast jedes Wochenende. „Fragen Sie mal die Nachbarn, was bei uns los ist“, lacht sie. Und das Tanzen ist ein Hobby, das sie gemeinsam mit ihrem Mann seit 1997 pflegt. „Wenn ich körperlich kaputt bin, bringt mich das Tanzen wieder in Schwung“, beschreibt die Ärztin. Also wird mehrmals pro Woche getanzt, Gesellschaftstänze von Cha-Cha-Cha bis Tango. Es ist nicht nur die Bewegung und die Musik, sondern auch die Konzentration auf etwas neben der Arbeit und der Politik. „Da hört man auch mal was anderes“, sagt sie – und sieht plötzlich viel entspannter aus.

Text und Foto: Ruth Auschra

[TEXTUS]® - WUNDTHERAPIE MIT SYSTEM

- Phasenübergreifendes Wundmanagement
- Sichere und einfache Handhabung
- Kürzere Pflege- und Behandlungszeiten
- Überschaubares Sortiment
- Gutes Preis- Leistungsverhältnis
- Einsparung von bis zu 40% gegenüber konventioneller Therapie möglich



[TEXTUS] bioactiv®
Superabsorbierender Aquafaserverband
mit Silber-Zeolith



[TEXTUS] balance®
Absorbierender Aquafaserverband
zur Feuchtigkeitsregulierung



[TEXTUS] heal®
Mehrdosen - Hyaluron - Spray
zur Förderung der Wundheilung



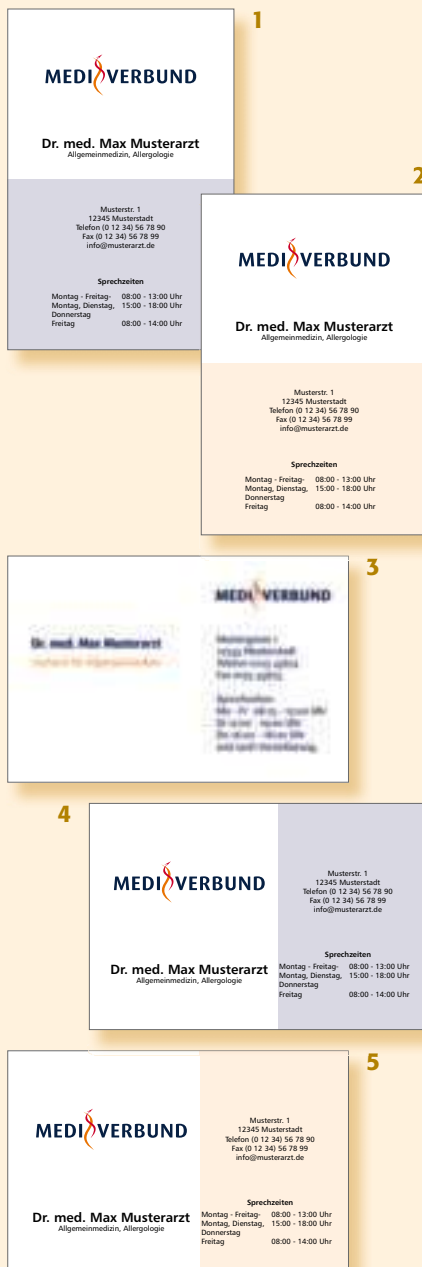
[TEXTUS] biofix®
Semipermeable Schaumfolie zur
selbstklebenden Fixierung von Wundauflagen

Unsere Visitenkarten für Mitglieder

1.000 Visitenkarten

- 4-farbig
- 84 mm x 54 mm
- zum Preis von 100,- Euro inkl. MwSt. (zzgl. Versandkosten)

Unten sehen Sie die Muster Bestellformulare unter Telefon: 0711 80 60 79-0 oder www.medi-verbund.de (Webcode 1025)



Neue Mitarbeiter bei MEDI



BUSINESS

Frank Hammer

Wurde am 17. Januar 1964 in Leipzig geboren, ist verheiratet und hat drei Kinder. Nach erfolgreichem Abschluss seines Chemiestudiums 1990 war Frank Hammer bis 2006 in unterschiedlichen Unternehmen und Positionen der pharmazeutischen Industrie tätig.

Danach wechselte der gelernte Chemiker 2007 zur „Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein“, bei der er als Pro-

jektmanager tätig war. Im Anschluss daran arbeitete Hammer als Vorstandsreferent für den „Bundesverband der Ärztegenossenschaften“ (BVÄG). In dieser Funktion begleitete er unter anderem die Gründung des BVMG als gemeinsame Managementgesellschaft von MEDI Deutschland, NAV Virchow-Bund und BVÄG mit. Weitere Schwerpunkte seines Aufgabenbereichs waren der Aufbau regionaler Strukturen und der Vertragsbereich.

Am 1. November 2009 wechselte Frank Hammer zur MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH. Dort beschäftigt er sich vorrangig mit Projekten rund um das Pharma-Thema. Dabei begleitet er die Arzneimittelkommissionen der jeweiligen Selektivverträge und die unterschiedlichen Pharma-Kooperationen, die zwischen der Dienstleistungs GmbH und unterschiedlichen Pharma-Unternehmen bestehen.

Zusätzlich dazu absolviert Frank Hammer nebenberuflich ein Fernstudium zum „Master Gesundheitsmanagement“ an der Apollon-Hochschule in Bremen.



SEKRETARIAT

Doris Weng

Wurde am 23. Juli 1962 im bayerischen Nördlingen geboren, hat einen erwachsenen Sohn und lebt mit ihrem Lebensgefährten seit August 2009 in Stuttgart.

Nach ihrer Ausbildung zur IHK-Sekretärin war Doris Weng 15 Jahre lang bei einem Unternehmen im Maschinenbau tätig. Dort arbeitete sie zunächst als Sekretärin und später als stellvertretende Leiterin des Einkaufs. Weitere Erfahrung im Sekretariats-Bereich erwarb sie von September 1999 bis Mai 2001 als leitende Sekretärin beim Unternehmen „Fürst zu Oettingen-Spielberg'sche Dominalkanzlei“.

Von Juni 2001 bis August 2006 arbeitete Doris Weng im Einkauf der „Hager Sondermaschinenbaus GmbH“ und von September 2006 bis Dezember 2009 war sie in der Auftragssachbearbeitung der „Dreherei Jeromin“ tätig. Im Dezember 2009 wechselte Doris Weng zu MEDI.

So führen Sie QM an nur einem Tag ein!

Praxen, die bis heute noch kein Qualitätsmanagement (QM) eingeführt haben und die sich mit „QM interaktiv“ schwer tun, können dies mit „1-2-3-QM“ professionell an nur einem Tag nachholen. Mit Einführung der Selektivverträge legen die Krankenkassen nämlich großen Wert darauf, dass die Standards des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auch erfüllt werden. Die Vertragspartner müssen nachweisen, dass der Besservergütung eine höhere Qualitäts- und Organisationsstruktur gegenübersteht.

Dem Stuttgarter Orthopäden Dr. Jens Ahrendt erging es wie vielen Ärzten: Er und seine Mitarbeiterinnen haben QM-Kurse besucht und sollten anschließend Musterdateien praxisgerecht anpassen. „Neben dem Tagesgeschäft schafften das aber weder meine Mitarbeiterinnen noch ich“, gibt Ahrendt zu, „da kam das neue MEDI Angebot wie gerufen.“

Die MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH hat das Programm mit dem Kooperationspartner Time pro med ausgearbeitet. Mit Hilfe eines Fragebogens wird die Situation der Praxis erfasst. Das Ausfüllen dauert etwa eine Stunde für den Praxisinhaber und drei bis vier Stunden für die Mitarbeiterinnen. Anhand der Angaben erstellt Time pro med ein komplett maßge-

schneidertes QM-System. Bereits vorhandene Dokumente werden dabei integriert. Das System besteht aus Word-Dateien, die miteinander verbunden sind. Dadurch ergeben sich auch keine Konflikte mit der bestehenden Praxis-EDV. Natürlich wird auf Wunsch auch ein Ausdruck des Handbuchs geliefert. Darüber hinaus ist auch die Integration in eine vorhandene QM-Software, wie z.B. das „MEDIVERBUND QM interaktiv“, möglich. Zum Schluss installiert ein QM-Berater das System in die Praxis und erklärt dem Praxisteam in einer dreistündigen Schulung die Handhabung des Systems. Dann ist die Praxis bereit für eine Zertifizierung nach DIN EN ISO.

Schluss mit QM-Frust

„Aufwand und Nutzen müssen beim QM in einem gesundem Verhältnis zueinander stehen“ erklärt Joachim Deuser, Geschäftsführer von Time pro med. Er hat „1-2-3-QM“ in langjähriger Arbeit mit seinem Team entwickelt. „Für den Praxisalltag sind oft nur 10% eines QM-Systems relevant. Kein Wunder, dass QM in seiner herkömmlichen Form in vielen Praxen Frust erzeugt“, so Deuser. Da stößt er bei Ärzten natürlich auf viel Sympathie! „Möglichst wenig Aufwand – so muss QM sein“, freut sich Orthopäde Ahrendt. „Besonders gut fanden mein Team und ich die Schulung vor Ort, wo wir auch noch

Tipps für unseren Praxisalltag bekommen haben. Eine Sorge weniger!“

Rabatte und staatliche Förderung

Die Preise von „1-2-3-QM“ richten sich nach der Praxisgröße und der Anzahl der Fachrichtungen (z.B. bei Berufsausübungsgemeinschaften und MVZs). Die Einführung kostet brutto 3.590 Euro. Außerdem gibt es für Bestellerpraxen und geworbene Praxen Rabatte: Beide profitieren gleichermaßen von den Empfehlungen der Kollegen. Für Kleinpraxen unter zwei Mitarbeitern oder für eine Einführung über die Internet-Konferenz gibt es Nachlässe von bis zu 900 Euro.

Darüber hinaus bekommen die Praxen 50% des Nettohonorars (bis max. 1.500 Euro) vom Staat zurückerstattet. Um die Beantragung der Förderung kümmert sich Time pro med, für den Praxisinhaber bedeutet es nur einige Minuten Aufwand. „Selber machen ist gut zehn Mal so teuer“, weiß MEDI Arzt Ahrendt.

Silke Schill / Angelina Schütz

Info-Material:

„1-2-3-QM per Post“ oder „per Mail“ beim MEDIVERBUND anfordern und Praxisstempel bzw. Mailadresse an die Faxnummer 0711 - 80 60 79 50 oder an qualitätsmanagement@medi-verbund.de schicken (unter www.medi-verbund.de, webcode 1117 gibt es weitere Informationen).



Neu: Video von „MEDIVERBUND QM interaktiv“

Eine einfache Bedienung verspricht nun die Videoversion des QM-Programms „MEDIVERBUND QM interaktiv“. Die MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH hat das Video von ihrem Kooperationspartner Alchimedus entwickeln lassen, damit Neukunden und Praxen, die das Pro-

gramm bereits getestet und gekauft haben, gleichermaßen davon profitieren. Das Video unterstützt erfahrene Praxen in der Anwendung und dient Neukunden als Onlineschulung. Wer Fragen zu speziellen Funktionen hat, kann sich diese in den einzelnen Videosequenzen auf www.medi-verbund.de (webcode 1123) anschauen.



Was sich Banker von Ärzten wünschen

„Geld gibt es bei allen guten Banken und Sparkassen“ – das gilt zwar auch in Krisenzeiten. Nur sitzt das Geld heute vielleicht nicht mehr ganz so locker wie früher. Bevor ein Arzt einen Kredit bekommt, muss er in vielen Fällen seine Hausaufgaben in Form eines Businessplans machen. Der Heilberufberater Walter Ege von der Commerzbank Stuttgart erklärt, wann ein Businessplan nötig ist.

„Je komplexer das Thema, desto höher sind die Anforderungen an einen Businessplan“, fasst Ege zusammen. Konkret heißt das: Richtig wichtig wird ein guter Businessplan, wenn es sich bei dem Konzept nicht um ein medizinisches Standardthema handelt, sondern komplexe medizinische Leistungserbringungseinheiten geplant sind. Oder wenn der Finanzierungsumfang über das „Brot-und-Butter-Geschäft“ hinaus geht.

Andererseits kann der Abteilungsdirektor der Commerzbank beruhigen: Für die Übernahme einer Einzelpraxis oder Eintritt in eine bestehende Gemeinschaftspraxis werden keine Businesspläne benötigt. Hier orientiert sich die Bank an den Ist-Zahlen des abgebenden Arztes oder der Gemeinschaftspraxis. Auf Basis der letzten drei Abschlüsse (meist Gewinnermittlungen) sowie der betriebswirtschaftlichen Auswertung aus dem laufenden Jahr erstellt der neue Praxisinhaber eine Einjahres-Planrechnung, die in der Realität wohl meistens gemeinsam mit dem Heilberufberater der Bank entwickelt wird. Der Arzt muss diese Planung mit den bisherigen Ist-Zahlen in Übereinstimmung bringen können: Er muss beispielsweise plausibilisieren können, wie so er von höheren Erlösen oder geringeren Kosten ausgeht.

Bei der Gründung einer Einzelpraxis erwarten die Bank-Profis eine Rentabilitätsberechnung. Diese wird meist der Steuerberater erstellen.

Etwas komplizierter sieht die Situation aus der Sicht des Bankers aus, wenn ein Kredit zur Erweiterung der Einzelpraxis oder Gemeinschaftspraxis beantragt wird: Angenommen, der Inhaber der Einzelpraxis erweitert sein Leistungsspektrum und muss dafür eine Investition von 50.000 Euro tätigen. Die Bank wird sich in erster Linie die bisherigen Zahlen der Praxis anschauen. Hat die Praxis bereits bisher einen guten cash flow, ist sie rentabel? Oder ist die Rentabilität nur gerade ausreichend, um die Tilgung von Praxisverbindlichkeiten sowie die Ausgaben des Privatbereichs zu bestreiten? Je kritischer die Einkommenssituation der Praxis, desto höher wird der Anspruch der Bank an die einzureichenden Unterlagen sein.

Wenn Kooperationen Kredite benötigen

Aus Sicht der Bank wäre es durchaus denkbar, dass mehrere Ärzte neben den eigenen vertragsärztlichen Praxen ein Zentrum zur Erbringung von Privatleistungen aufbauen. Bei solchen Plänen ist es dem Heilberufberater der Commerzbank wichtig, in welcher Form sich die Gründer haftungsseitig einbringen können und wollen. Ein eindeutig positives Signal set-

zen „starke“ Ärzte mit einem Zusammenschluss, der durch persönliche Haftungen besiegelt wird. Für den Banker ist dies ein Zeichen eindeutiger Identifikation mit dem Projekt. Für die Ärzte vielleicht ein Risiko für die ganze Familie, das wohlüberlegt sein will. Ege spricht in diesem Zusammenhang von der Bonität der Gesellschafter als positiver Entscheidungsbasis, so dass die Anforderungen an schriftlich ausgearbeitete Konzepte geringer sind.

Handelt es sich aber um eine Gründung, die starken „stand alone“-Charakter haben soll, „kommt die finanzierende Bank nicht umhin, sich das Geschäftskonzept genau anzuschauen“, so Ege. Wobei es natürlich darauf ankommt, wie hoch der benötigte Kredit ist, wie viel Eigenkapital vorhanden ist und ob die Gründer oder Gesellschafter Haftungsverpflichtungen zur Reduzierung des Bankenrisikos unterschreiben. Im Zweifelsfall wird die finanzierende Bank auch ein Plausibilitätsgutachten eines sachverständigen Dritten fordern.

Eine Nummer größer ist da schon die Gründung eines Ärztehauses. Ege rät da-

zu, die Planung sauber zu strukturieren und gedanklich stets zwischen Betreiber-gesellschaft und Nutzerkreis zu trennen. Die Betreibergesellschaft ist Eigentümer der Immobilie, zum Kreis der Nutzer gehören üblicherweise Mieter, möglicherweise gleichzeitig auch Eigentümer.

Die Geschäftsidee für ein gutes Ärztehaus muss Eges Erfahrung nach sorgfältig ausgearbeitet werden. Angefangen über die Wunsch-Nutzerstruktur (woher kommen die Patienten und Kunden?), über erzielbare realistische Mieten (z.B. für die Kosten von Bewirtschaftung, Finanzierung und Eigenkapital-Verzinsung) bis hin zu logistischen Fragen (wie ist die Parkraumsituation? Welche Räumlichkeiten sollen gemeinschaftlich genutzt werden?). Dafür bedarf es der Einbindung von Spezialisten mit entsprechenden Erfahrungen. Verknüpft wird eine solche Finanzierungszusage wiederum mit eindeutigen Anforderungen an den Abschluss von Mietverträgen der zentral wichtigen Nutzer. Für Ege wäre beispielsweise eine Mindestvermietung von 60 bis 80 Prozent der Mietflächen eine vernünftige Voraussetzung.

Je mehr sich das Konzept auf kooperative Leistungserbringungsformen erstreckt, desto größer ist erfahrungsgemäß der Aufwand in der Finanzierungsphase. „Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass an solche Großkonstrukte erhöhte Anforderungen zu stellen sind“, berichtet Ege. Abschrecken lassen muss man sich deshalb natürlich nicht, man benötigt „nur“ einen fachkundigen Finanzierungsspezialisten.

Wann wird es eng?

Der Banker nennt drei Kriterien, die seiner Überzeugung nach für jede Bank bei einer Beurteilung von Entscheidungsbedeutung sein werden:

- Persönlicher Eindruck (Persönlichkeit, Fachkompetenz)
- Zahlenwerke (nachvollziehbar?)
- Unternehmenskonzept (plausibel?)

Im Bankengespräch muss man damit rechnen, dass der Banker die Erlöszahlen nachvollziehen möchte. Man wird also belastbare Anhaltspunkte für die Annahme und Entwicklung von Fallzahlen und

Fallwerten pro behandelnden Arzt darlegen müssen. Gleiches gilt für die Kostenplanung. Keine Frage, dass die Darstellung optisch wie rechnerisch den Anforderungen an das Projekt gerecht werden sollte. Unplausibilitäten können zu einer negativen Entscheidung führen. Wichtig ist auch der persönliche Eindruck vom zukünftigen Kreditnehmer bzw. den Kreditnehmern. Treten sie souverän auf? Können Sie ihr Konzept überzeugend darlegen?

Nicht jedem Kreditwunsch kann entsprochen werden. Es gibt typische Ablehnungsgründe, die sich aus folgenden Betrachtungsebenen ergeben:

- Ist der Antragsteller persönlich kreditwürdig?
- Wiesieht die materielle Kreditwürdigkeit aus? Wird das geplante Vorhaben die Zahlung der Zinsen und Tilgungsleistungen ermöglichen?
- Wie sind Kreditsicherheiten (Bürgschaften, Immobilien, Lebensversicherungen) zu bewerten?

Gibt es typische Gründe für eine Ablehnung eines Kreditantrags? Ege zögert. Gerade bei Medizinern kommen „nicht angepasste persönliche Lebensstile“ vor. „Die Ausgaben im Privatbereich stehen manchmal nicht in einem gesunden Verhältnis zu den dauerhaft erzielbaren freien Gewinnen aus der Praxis bzw. aus dem Gewinnanteil aus der Praxis“, berichtet er. Falls sich der dauerhaft erzielbare freie Gewinn nicht durch Umsatzerhöhungen oder Kostenreduzierungen steigern lässt, rät er dazu, die Privatausgaben zu überdenken und eventuell zu kürzen. Ohne die Mithilfe des Arztes geht dabei allerdings gar nichts: „Unser Ziel ist es, dass der Arzt und seine Praxis auf gesunden Beinen stehen“, so Ege, der seine Funktion gerne als Partner des Kunden begreift.

Ruth Auschra

Was gehört in den Businessplan?

- Zusammenfassung
- Unternehmensidee: Welche Ziele werden angepeilt?
- Leistungsspektrum: Welche Dienstleistungen sollen angeboten werden?
- Markt und Wettbewerb: Beschreibung der aktuellen und zukünftigen Situation, der Chancen und Risiken
- Geschäftsmodell: Ziele, Kooperationen, Umsetzung
- Team, Personal: Management, Kompetenzen
- Marketing: Darstellung der Strategie für Außendarstellung
- Umsetzung: Zeitschiene der einzelnen Schritte
- Wertung von Chancen und Risiken
- Finanzplanung: Welche kurz- und langfristigen Mittel werden benötigt? Wie werden sich die Einnahmen entwickeln?





Foto: fotolia.de

Praxisnachfolger händeringend gesucht?

Bei der Praxisgründung wurde der ideale Praxiswert fest eingeplant als Teil der Altersversorgung. Inzwischen sind Praxen jedoch vielerorts so gut wie unverkäuflich. Eine politische Lösung für das Dilemma ist nicht in Sicht. Was kann der einzelne Arzt tun, um einen Nachfolger zu finden?

In Brandenburg und Ostfriesland, Bayern und Baden-Württemberg kämpfen niedergelassene Ärzte darum, Nachfolger für ihre Praxen zu finden. Leicht ist die Suche nirgends mehr. Und angesichts der kassenärztlichen Alterspyramide wird sich die Situation sicher nicht verbessern, im Gegenteil. Selbst in den Städten ist die Nachfrage niedrig, auf dem platten Land und in sozialen Brennpunktlagen war sie es sowieso schon. Eine frustrierende Aufgabe, unter solchen Bedingungen nach einem Praxisnachfolger zu suchen. „Es ist deshalb extrem wichtig, sich schon

frühzeitig auf die geplante Praxisübergabe vorzubereiten“, weiß Klaus Finck. Der Münchner Rechtsanwalt und Steuerberater rät dazu, rund sieben Jahre für den Übergang der Praxis einzuplanen. Ganz wichtig ist es aus seiner Sicht, dass der Praxisabgeber die Übergabe als full-service organisiert: „Das erwartet ein Praxiserwerber heute“.

In diesem Zusammenhang rät Finck dazu, frühzeitig das Gespräch mit der Hausbank zu suchen, um zu klären, bis zu welcher Kaufpreishöhe sie grundsätzlich einen Erwerber der Praxis finanzieren würde. Zum einen erhält der Abgeber damit eine neutrale Aussage über den Wert seiner Praxis aus Bankensicht. Zum anderen kann er dann gegenüber den Interessenten eine „Praxis mit Finanzierung“ anbieten – natürlich nur bei entsprechenden persönlichen Voraussetzungen des Erwerbers. Dies kann dem Interessenten den endgültigen Kaufentschluss sehr erleichtern.

Die eigene Praxis interessant machen

Um den Ist-Zustand der Praxis herauszufinden, bietet der Berater niedergelassenen Ärzten einen Health-Check an. Mit dieser Analyse zeigt er nicht nur auf Stärken und Schwächen, sondern er skizziert auch die anschließenden Handlungsmöglichkeiten. Dazu können unterschiedlich aufwendige Maßnahmen gehören: Eine Durchforstung sämtlicher Verträge ebenso wie Maßnahmen zur Verjüngung eines alt gewordenen Patientenstamms – oder gar ein Umzug. „Das wichtigste Argument ist der Standort“, so Finck.

Grundsätzlich ist es wichtig, die „Braut“ zu schmücken, die Praxis also für den potentiellen Nachfolger aufzupeppen. In erster Linie muss sich die Praxis in den Augen des Erwerbers natürlich als lukrative Einnahmequelle beweisen. Der Nachfolger wird sich auf Fakten verlassen, um herauszufinden, ob sich ein Einstieg für ihn lohnt oder nicht.

Maßnahmen, die die finanzielle Planungssicherheit verbessern, sorgen gleichzeitig für eine Sicherung des Praxiswertes: Einnahmen neben der KV ebenso wie ein hoher Anteil an Privatpatienten. Auch eine HZV-Teilnahme kann für Pluspunkte sorgen: In einer Umfrage des Hausärzteverbands erklärten über die Hälfte der an einem Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte über 50 Jahre, die Verträge seien ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der eigenen Nachfolgeregelung und damit zur Nachwuchsförderung.

Wichtig ist natürlich auch die Organisationsstruktur der Praxis. Ein gut funktionierendes Praxismanagement lässt sich beispielsweise mit einem Qualitätsmanagement (inklusive Praxishandbuch) belegen, das im Praxisalltag tatsächlich umgesetzt wird.

Auch wenn die Einzelpraxen seit Jahrzehnten totgesagt werden, leben sie immer noch. Vielleicht, weil nur eine Einzelpraxis es dem Einzelkämpfer erlaubt, seine Suppe ohne Stress mit Kollegen für sich zu kochen. Die Einbindung in eine Teilgemeinschaftspraxis beweist wiederum die Nutzung moderner Kooperationsmöglichkeiten und ein hoher Anteil von Privatpatienten schadet sowieso nie. Eine Verlegung der Praxis in ein neues Ärzte-

haus mit kooperativen Strukturen wird manchem jungen Arzt die Kauf-Entscheidung leichter machen. Vielleicht wird es aber auch bevorzugen, selbst die Anbindung an eine Ärzteguppe oder Klinik zu organisieren. In diesem Fall wäre beispielsweise ein langfristiger Mietvertrag hinderlich.

Die eigene Region interessant machen

Mit Förderprogrammen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wird vielerorts versucht, junge Ärzte zur Übernahme einer Praxis zu motivieren. Das verschärft wiederum den Wettbewerb der Altpaxisbesitzer: Warum sollten junge Kollegen andernorts noch Geld für eine Praxis ausgeben? „Vielleicht, weil sie aus dieser Region stammen, hier leben und arbeiten wollen“, überlegt MEDI Arzt Rainer Graeter aus Essingen.

Er hat im Ostalbkreis bereits vorge-macht, wie man mit umliegenden Krankenhäusern Kooperationen zur gemeinsamen Weiterbildung von Assistenten aufbauen kann (siehe **MEDITIMES** Dezember 2009). Der Hausarzt setzt auf die ver-



Klaus Finck rät dazu, mehrere Jahre vor der geplanten Praxisabgabe aktiv zu werden.
Foto: Privat

netzte Arbeit vor Ort. Er hat zusammen mit Klinik-Ärzten und Lokalpolitikern ein Positionspapier erarbeitet: Eine Weiterbildung in Klinik und Praxis soll kombiniert mit Unterstützungsleistungen (günstige Kredite, gesponserte Praxisräume, Hilfe bei der Kinderbetreuung) für einen Zustrom von Weiterbildungsassistenten sorgen, die als potentielle Praxisnachfolger in Frage kommen.

Eine Verbundweiterbildung gemeinsam mit einer nahe gelegenen Klinik ist inzwischen gar nicht mehr so selten. Ein überregionales Beispiel ist das baden-württembergische Programm Verbundweiterbildungsplus, das durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg koordiniert wird.
www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de

Potentielle Nachfolger kennenlernen

Der erste Schritt bei der Suche nach einem geeigneten jungen Kollegen geht üblicherweise über die KVen, wo es bekanntlich Berater rund um Praxisgründung und Praxisabgabe gibt. Allerdings werden sowohl Verkäufer als auch Käufer beraten. Ist auf dieser Grundlage eine faire Beratung überhaupt möglich?

Ein Arzt berichtet, dass er nach etli-

chen Jahren Praxis auch aus gesundheitlichen Gründen weniger arbeiten und sich aus seiner Gemeinschaftspraxis zurückziehen wollte. Seinen Anteil bot er deshalb einer ehemaligen Assistentin an. Um nichts falsch zu machen, wandte er sich an seine KV und ließ sich betriebswirtschaftlich beraten. Im Rahmen des Gesprächs wurde ihm erklärt, wie er den Praxiswert berechnen sollte. Es ergab sich ein Goodwill von rund 75.000 Euro.

Ein paar Tage später erfuhr er, dass auch die Assistentin einen Termin bei der KV gehabt hatte. Beim selben Berater, allerdings mit einem völlig anderem Ergebnis. Ihr war geraten worden, sich auf keinen ideellen Wert einzulassen. Schließlich gäbe es heutzutage Praxen am Markt wie Sand am Meer.

Die beiden einigten sich auf einen Wert weit unterhalb des errechneten Goodwills. Der Senior arbeitet jetzt in einem MVZ und ist zufrieden damit, dass er seinen Praxisanteil überhaupt verkaufen konnte. Sein Vertrauen in die Seriosität einer KV-Beratung ist seitdem jedoch gesunken.

Oft genutzt werden die so genannten Praxisbörsen der KVen. Daneben gibt es natürlich weitere Möglichkeiten, potentielle Nachfolger anzusprechen: Anzeigen findet man in den regionalen Ärzteblättern und im Deutschen Ärzteblatt, auch Tageszeitungen sind eine Möglichkeit. Egal, ob Sie eine Anzeige schalten oder sich im Rahmen einer Praxisbörse vorstellen: Sie sollten sich beim Formulieren Zeit nehmen und die Besonderheiten der eigenen Praxis herausarbeiten. Manche Kollegen beschreiben beispielsweise sämtliche technischen Möglichkeiten von Lufu über Sono und LZ-RR, weisen auf ein „abgeschlossenes, gut funktionierendes QM“ hin oder auf die „überdurchschnittliche Vergütung“ und ein „wunderschönes Ambiente“. Sogar eine „spätere Partnerschaft, Festanstellung, auch Teilzeitarbeit“ stellen manche Ärzte schon bei der Suche nach einem Weiterbildungsassistenten in Aussicht. Andere schreiben nur „nettes Team“ – das war es dann.

Ruth Auschra

Was interessiert Juniorpartner?

- Hat die Praxis interessante Schwerpunkte (Spezialisierung)?
- Besteht eine Einbindung in Teamstrukturen?
- Werden Fortbildungsmöglichkeiten geboten?
- Wie gut ist die Praxis auf Assistenten vorbereitet?
- Wie ist die Bezahlung?
- Wie ist die Arbeitszeitregelung (Notdienste, Hausbesuche)?
- Ist Teilzeit oder Jobsharing möglich?
- Ist ein eigener PKW nötig?
- Sind Wohnmöglichkeiten vorhanden?
- Bietet mir diese Praxis eine Zukunftsperspektive?
- Wie ist der Freizeitwert der Gegend?
- Gibt es hier berufliche Möglichkeiten für meinen Partner?
- Passt hier die Work-Life-Balance?



„Kompetenz ist der Dreh- und Angelpunkt“

Nach welchen Kriterien entscheidet sich ein Patient für „seine“ Praxis? Dazu befragte die MEDITIMES medizinische Laien*, die im Gesundheitswesen zu tun haben. Das höchst subjektive Ergebnis: Der ideale Hausarzt soll fachlich kompetent und menschlich sympathisch sein. Erst dann folgen Kriterien wie Praxis-Ambiente und Servicequalität.

Bei der Frage nach dem wichtigsten Kriterium für die Wahl einer Hausarztpraxis kam ein Argument regelmäßig zuerst: Die Person des Arztes spielt die wichtigste Rolle. Natürlich ist auch das erwartete und erwünschte Leistungsspektrum ausschlaggebend. Hier zeigen sich erwartungsgemäß deutliche individuelle Unterschiede. Während der eine Patient darauf achtet, dass der Arzt eine homöopathische Ausbildung/Ausrichtung hat, legt der andere Wert darauf, dass die Ärztin seine regelmäßig wiederkehrenden Beschwerden („Stirnhöhlenentzündung wegen verkrümmter Nasenscheidewand“) kennt und ihn „gleich mit entsprechenden Antibiotika therapiert – nicht erst mit naturheilkundlichen Mitteln“.

Die menschliche Seite

Jeder Patient möchte einen kompetenten Hausarzt haben, dem er vertrauen kann. Freundlichkeit, einfühlsames Zuhören

und Zuwendung sind natürlich wichtig. Aber ein guter Arzt soll über aktuelles Fachwissen verfügen. Alte Lehrbücher im Regal und offensichtliche Pharmawerbung machen eher misstrauisch. Im Krankheitsfall wünscht sich wohl auch mancher Akademiker einen Hausarzt, der ihn führt und aufmuntert.

Warum vertraut man gerade diesem Arzt? Dafür nannten die Befragten mehrere Gründe:

- „Mein Arzt ist seriös, er kann auch mal zugeben, dass er etwas nicht weiß.“
- „Mein Hausarzt überweist mich nicht irgendwohin, sondern kann mir gezielt kompetente Spezialisten empfehlen.“

- „Mir ist wichtig, dass mein Hausarzt an das glaubt, was er sagt – ohne Dollarzeichen in den Augen zu haben.“
- „Mein Arzt muss wissen, wo es lang geht, er darf sich im Ernstfall von meiner Unsicherheit nicht anstecken lassen.“
- „Er hat kompetente Mitarbeiterinnen. Das beweist, dass er sich gut auskennt und weiß, was er will.“

Wichtig ist, dass der Patient sich in der Praxis gut aufgehoben fühlt: „Ich werde mit echter Freundlichkeit empfangen“, erklärt einer der Befragten gegenüber der **MEDITIMES**. Nicht nur Privatpatienten möchten, dass man sich über ihr Erscheinen freut. Aber manche PKV-Patienten freuen sich ganz besonders, dass sie auch als solche wahrgenommen werden.

Ganz wichtig ist die schnelle Erreichbarkeit des Hausarztes: „Ich bekomme immer einen Termin, wenn ich einen brauche – zur Not innerhalb von 24 Stunden“. Pluspunkte gibt es auch für eine gute telefonische Erreichbarkeit und für die Durchführung von Hausbesuchen. Wichtig ist dabei immer wieder, dass man sich als Patient angenommen fühlt: Auch wer ausnahmsweise einen notfallmäßigen Termin braucht, möchte verständnisvoll behandelt werden und „nicht wie ein lästiger Bittsteller“.

Neben der Person des Arztes spielt das Auftreten des Teams eine große Rolle – auch das Verhalten der Mitarbeiterinnen untereinander. Es tut gut, wenn der Umgang der Angestellten untereinander entspannt und freundschaftlich ist.

Was sich Praxis-Mitarbeiterinnen wünschen

In der Hitliste ganz weit oben: Ein Chef, mit dem man sich gut versteht und mit dem man Probleme offen besprechen kann. Einer, der seinen Angestellten den Rücken stärkt, wenn sie Stress mit Patienten haben und der nie jemanden vor versammelter Mannschaft abkanzelt.

Was die Praxiseinrichtung angeht:

- Helle, freundliche, zweckmäßig gestaltete Räume
- Funktionaler und freundlicher Sozialraum

- Fenster, d.h. natürliches Licht und Lüftungsmöglichkeiten oder eine moderne Klimaanlage
- Leicht zu reinigende Möbel
- Papierlose Praxis
- Ausreichend viele PCs
- Telefone mit Headsets
- EC-Kartenlesegerät
- Praxis-Flyer und Visitenkarten der Mitarbeiter
- Namensschilder
- Professionelle Telefonanlage

Zickiges Gehabe und Konkurrenzverhalten sind störend.

Ein gepflegtes Erscheinungsbild von Mitarbeiterinnen, aber auch von Arzt oder Ärztin, rundet die angenehme Atmosphäre ab. Dazu gehören auch Namensschilder.

Wohlfühlatmosphäre

Zum Wohlfühlen trägt die Praxisorganisation entscheidend bei. Eine „vernünftige Kalkulation der Wartezeiten und anschließende Einhaltung derselben“ etwa. Kein Mensch wundert sich, wenn er eine Viertelstunde warten muss. Aber sofort ins Sprechzimmer gehen zu können – das wird erfreut als Zeichen besonders guter Organisation und Zuwendung wahrgenommen.

Positiv fällt es auch auf, wenn das Praxismanagement in allen Bereichen gut funktioniert: Muss man mit Wartezeiten für ein Rezept rechnen? Kann man den Arzt telefonisch erreichen? Werden bei der Erstkonsultation Anamnesebögen eingesetzt? Wichtig ist den Befragten immer wieder die Diskretion, die Wahrung der Intimsphäre.

Einen Rückrufservice finden viele Patienten gut: Anrufende Patienten werden nicht durchgestellt. Stattdessen wird deren Nummer notiert und ein Rückruf angekündigt. Viele Befragte finden dies angenehmer als eine Warteschleife oder ein langes Besetztzeichen.

In den Praxisräumen freuen sich Patienten über eine helle und freundliche Ausstrahlung. Räume und Schreibtische („auch des Arztes“) sollten ordentlich aufgeräumt und sauber sein. Im Wartebereich werden großzügige Räumlichkeiten („man sitzt sich nicht auf der Pelle“) und angenehm bequeme Sitzgelegenheiten („mit und ohne Armlehnen“) gelobt. Bei der Lektüre freut man sich über eine stimmige Auswahl von Zeitschriften (bitte aktuell und bitte unterschiedliche Themen – „auch für Männer“) und Patienteninformationen, die optisch übersichtlich angeordnet sind.

Auch Hightech darf sein

Ob es die modernen Apple-Rechner am Empfang sind oder blitzende Technik in den Untersuchungsräumen: Die tech-

Zweites Standbein für Finanzierung

Ärzte brauchen für ihre geschäftlichen und privaten Belange maßgeschneiderte Lösungen aus der Bankwirtschaft. In Baden-Württemberg betreut die Deutsche Bank mit 23 Heilberufe-Beratern in 83 Filialen rund 3.800 Ärzte. „Der Grund, in dieser Ausgabe über die Deutsche Bank zu berichten, sind die neuen Haus- und Facharztverträge“, sagt Silke Schill vom MEDIVERBUND. „Die Verträge mit einem neuen Bankpartner abzuwickeln, hilft dem Arzt, ein zweites Finanzierungsstandbein aufzubauen.“

Die Deutsche Bank bietet in Baden-Württemberg Lösungen für die verschiedenen Lebensphasen einer ärztlichen Praxis, angefangen von der Eröffnung, über die Jahre, in denen sie betrieben wird, bis hin zu ihrer Übergabe an einen jüngeren Kollegen. Den Einstieg bildet der Kontakt zum Medizinstudenten, der mit bestimmten Erwartungen dem Eintritt ins Berufsleben entgegenschaut. Die Bank betont ihre Kompetenz für Einzelpraxen, aber auch für Kooperationsmodelle wie Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren. Aktuell betreuen in Baden-Württemberg 23 speziell für die Zielgruppe ausgebildete Heilberufe-Berater die Kunden vor Ort.

Interessierten Ärzten bietet die Deutsche Bank kompetente Beratung in Kontoführung, Finanzierungen, Vorsorge- und Anlageprodukten. Spezielle Fachseminare

nische Ausstattung einer Praxis trägt entscheidend zum Image bei. Es kann wohl kaum ein Patient beurteilen, ob moderne Geräte hochwertiger sind als alte. Aber die Optik entscheidet.

An heißen Sommertagen hat eine klimatisierte Praxis echte Vorteile. Wenn keine Klimaanlage existiert, dann wird häufiges Lüften dankbar angenommen. Zwiespältig ist dagegen die Reaktion auf Beduftungen und Ventilatoren.

Auch ein guter Internetauftritt sorgt



Ansprechpartner bei der Deutschen Bank: Uwe Beuttenmüller betreut Ärzte in Württemberg.

zu Themen wie Praxisabgabe, Kooperationsmodelle oder Marketingstrategien ergänzen das Angebot. Auf Wunsch erhält der Mediziner anhand der aktuellen Leistungs- und Kostendaten relevante Kennzahlen und einen Vergleich zu seiner Facharztgruppe. Insgesamt 21 verschiedene Facharztgruppen können für eine Analyse herangezogen werden. Für einen kostenlosen Praxischeck hält der Berater einen Gutschein bereit. Für Vorsorge- und Anlagemöglichkeiten steht dem Heilberufe-Berater eine Auswahl an bankinternen Spezialisten zur Verfügung. „Damit decken wir sowohl den beruflichen als auch den privaten Finanzbedarf ab“, sagt Uwe Beuttenmüller, bei der Deutschen Bank zuständig für die Ärzte in Württemberg und für die Koordination der Beratung von Ärzten in den anderen Landesteilen.

Volker Rothfuss

für Pluspunkte. Wer einen neuen Arzt sucht, informiert sich heute routinemäßig im Internet. Das Resultat: „Keine gut gemachte Homepage, keine neuen Patienten“.

Ruth Auschra

*Der Text beruht auf Aussagen von: Walter Ege, Heilberufe-Betreuung, Commerzbank AG, Stuttgart, Rechtsanwalt Joachim Messner, Mainz, Silke Schill, MEDIVERBUND, Dr. Georg Wasenauer, Schottdorf, Augsburg, Petra Wiedemann, Bioscientia, Ingelheim.

Wie kommen wir in die Zeitung?



Ein schönes Beispiel für gelungene Berichterstattung gab es anlässlich der Eröffnung des Ellwangerer Ärztehauses im Frühjahr: In der Regionalzeitung wurde nicht nur über die Einweihung und den Tag der Offenen Tür berichtet – vorab wurde sogar eine mehrseitige Sonderbeilage publiziert.

Die Beilage mit dem Titel „Ärztezentrum Ellwangen – Ihre Gesundheit im Zentrum“ war am Mittwoch erschienen. Am Samstag gab es einen riesigen Andrang zur Eröffnung. „Ein voller Erfolg“, erinnert sich Initiator Dr. Matthias Krombholz. Der Facharzt für Allgemeinmedizin freut sich nicht nur an seiner neuen Praxis in dem gut klimatisierten Ärztehaus, wo die Arzthelferinnen mit Headsets ausgerüstet sind. Er kann auch mit Recht stolz auf die Aufmerksamkeit sein, für die er mit den Kollegen und Teams gesorgt hat. Dabei half neben dem gemeinschaftlichen Engagement vielleicht auch ein bisschen Glück: Er hatte einen kurzen Weg zur Redaktion, die Sonderbeilage fand unter den Baufirmen genügend Anzeigenkunden und Ärzte wie Mitarbeiterinnen beteiligten sich engagiert an der Umsetzung. Er ist überzeugt, dass die große Resonanz bei der Eröffnung dann vor allem auf Grund dieser Berichterstattung erfolgte.

Dem Zufall auf die Sprünge helfen

Kann man dafür sorgen, dass man von der Presse wahrgenommen wird? Yvonne Michel ist Diplom-Medienberaterin (ARS) und hat sich auf Presse- und Öffentlich-

keitsarbeit im Sozial- und Gesundheitswesen spezialisiert. Sie rät dazu, Kontakte zu Redaktionen zu suchen und zu pflegen. „Die Journalisten darf man auch ruhig mal fragen, was sie interessiert“, so Michel. Andererseits lohnt es sich ihrer Erfahrung nach, von sich aus Presseinformationen zu versenden. Diese sollten stets fachlich richtig und aktuell sein sowie bestimmten Standards entsprechen. Wer sich regelmäßig auf diese Weise bei den Redaktionen ins Gedächtnis ruft, wird ihrer Einschätzung nach bald als Experte anerkannt und als solcher auch angefragt werden.

Sowohl in der Redaktion als auch in der Anzeigenabteilung kann der richtige Ansprechpartner sitzen. „Was im redaktionellen Teil erscheint, wird häufig von den Lesern als seriöser gewertet“, erklärt die Medienberaterin. Es ist also „feiner“, wenn man es schafft, eine Presseinformation und nicht eine Werbeanzeige zu platzieren.

Die Eröffnung einer großen Arztpraxis oder eines Ärztehauses ist auf jeden Fall ein guter Anlass für ein Telefonat. Das Gespräch ersetzt aber nicht die schriftliche Pressemitteilung, die Ort, Zeit, Ansprechpartner und Kontaktdaten enthalten muss. MEDI Arzt Dr. Rainer Graneis rät dazu, sich auf Sachinformationen zu konzentrieren: Welche neuen diagnostischen oder therapeutischen Möglichkeiten bestehen? Welche Erleichterungen können Patienten erwarten? Welche Vorteile hat die Behandlung bei niedergelassenen Ärzten verglichen mit einer Klinik? Er erinnert daran, dass für einen guten Redakteur sachlich vorgetragene Argumente zählen. Sobald er mit Polemik konfrontiert wird, macht er vermutlich dicht!

Wenn das Thema einen Nutzen für die Leser bietet, ist es gut. Umgekehrt lautet das Prinzip genauso einfach: Kein Nutzen – keine Story.

Schwierig findet Graneis es nicht, Anknüpfungspunkte zu Redaktionen herzustellen. Der Allgemeinarzt aus Ostfildern ist Vorsitzender der Kreisärzteschaft Esslingen und aus diesem Grund häufig in



Yvonne Michel rät zur regelmäßigen Kontaktpflege.

Unterstützung durch Berater

Professionelle Medienberater analysieren zunächst mit dem Auftraggeber, welche Ziele er verfolgt und welche Zielgruppen angesprochen werden sollen. Dann entwickeln sie geeignete Maßnahmen, recherchieren z.B. den Presseverteiler, schreiben aufgrund der Kernaussagen des Auftraggebers die Presseinformationen, erstellen eine Pressemappe und organisieren eine Pressekonferenz.

Gerade für ungeübte Auftraggeber kann dies in der Anfangsphase hilfreich sein, um an der Arbeit des Profis zu lernen. Für manche bleibt es aber auch ein wichtiger Service, weil sie alleine keine Zeit für eine strategische und kontinuierliche Pressearbeit haben.

ra

Yvonne Michel, Aachen
www.yvonne-michel.de

Kontakt mit den Regionalmedien. Wenn medizinische Themen sachlich nicht ganz richtig dargestellt werden, greift er schon mal zum Hörer oder schreibt einen Leserbrief. Seiner Erfahrung nach sind Redakteure nicht besonders schwer zu erreichen. Ihre Telefonnummer steht normalerweise im Impressum und wenn sie tatsächlich gerade einmal nicht am Platz sind, rufen sie in der Regel zuverlässig zurück. Schließlich leben sie davon, dass ihnen Informationen zur Verfügung gestellt werden.

Ruth Auschra



Wie organisiert man den Probearbeitstag?

Wer eine neue Mitarbeiterin sucht, wird zum besseren Kennenlernen meistens auch einen Probearbeitstag mit ihr vereinbaren. Dabei geht es natürlich nicht darum, ihr tatsächlich Arbeiten zu übertragen. Wichtig ist es dagegen, einen Eindruck von ihrem Verhalten unter Alltagsbedingungen zu bekommen. Wichtigste Frage: Passt sie ins Team?

Rahmenbedingungen abstecken

Ein Bewerbungsgespräch dauert meistens höchstens eine Stunde und die Bewerberin ist dabei verständlicherweise ziemlich angestrengt. Ein Probearbeitstag gibt die Möglichkeit, den ersten Eindruck zu vertiefen oder zu korrigieren. Am bes-

ten laden Sie nur zwei bis drei Bewerberinnen zu einem Probetag ein. Vorher sollten Sie die Rahmenbedingungen abstecken.

Ein Probearbeitstag braucht einen Einstieg, eine gemeinsame Pause und ein Ende. Als Einstieg eignet sich eine Vorstellungsrunde ein paar Minuten vor Arbeitsbeginn. Dabei sollte das ganze Team die Probemitarbeiterin begrüßen. Selbstverständlich sollte sie nicht alleine arbeiten, sondern eine „Patin“ bekommen: Eine Mitarbeiterin, die sie begleitet, die ihr Hinweise gibt und Fragen beantwortet. Diese Patin kann im Lauf des Tages natürlich auch wechseln. Es sollte aber die ganze Zeit über klar sein, wer gerade zuständig ist.

Nach einem gemeinsamen Vormittag kann sich das Team dann in der Mittagspause ein bisschen näher kennenlernen. In der Nachmittagsprechstunde ist die Neue dann vielleicht schon ein Stückchen routinierter. Auch das Ende des gemeinsamen Arbeitstages ist wichtig: Wer verabschiedet die Mitarbeiterin und zu welchem Zeitpunkt? Wer ist zuständig für den Dank und ein erstes mündliches Feedback?

Einerseits darf die Probefrau nicht „richtig“ arbeiten, andererseits findet es wohl jeder anstrengend, den ganzen Tag nur ohne Aufgabe herumzustehen. Es wäre also vernünftig, ein paar praxistypi-

Fortsetzung Seite 34

JÜRGEN BUCHER
Systemlösungen

Marlene-Dietrich-Straße 5
89231 Neu-Ulm
Tel: 0731-98 58 87 50
Mail: info@busys.de

**KOMPETENZ
INNOVATION
EVOLUTION**

EDV FÜR ÄRZTE EDV FÜR ÄRZTE

- Praxismanagement
- Archivierung
- Digitales Röntgen
- Hard- und Software
- Netzwerke
- Schulung
- Installation
- Kommunikation
- Beratung
- Programmierung

Fortsetzung

Wie organisiert man den Probearbeitstag?



Rolf Geffken rät:
Bei Probearbeitstagen unbedingt auch die rechtlichen Voraussetzungen beachten.

sche Test-Tätigkeiten vorzubereiten.

Wichtig ist, sich vorab zu vergewissern, dass die Probemitarbeiterin den üblichen Impfschutz besitzt. Vor einigen Jahren hatte sich eine ungeimpfte Praktikantin in einer Arztpraxis mit Masern infiziert und anschließend einige Patienten angesteckt.

Probearbeitstage werden gewöhnlich nicht vergütet. Darüber sollte von Anfang an Klarheit bestehen. Die Erstattung von Fahrtkosten ist jedoch in vielen Praxen üblich. Auch ein kleines Abschiedsgeschenk, ein paar Blumen oder ein Gutschein, kommen mit Sicherheit gut an.

Was kann man an einem Tag erfahren?

Im Team hat man oft ein klares Gefühl dafür, wer passt und wer nicht. Besser, wenn sich so etwas im Rahmen eines Probetages zeigt als nach der Einstellung. Ganz ohne Interview werden die Mitarbeiterinnen nebenher erfahren, welche Gründe es für den Stellenwechsel gibt und wie das Leben der neuen Arzthelferin bisher ausgesehen hat. Neben den bisherigen beruflichen Erfahrungen kann auch das Privatleben wichtig sein: Welches Maß an Flexibilität wird in dieser

Praxis erwartet?

Nicht nur verbale Äußerungen zählen bei der Entscheidung, ob jemand ins Team passt. Auch die Körpersprache kann bekanntlich viel aussagen. Eine routinierte Mitarbeiterin wird die Patienten mit einem Lächeln begrüßen, Hilfsbereitschaft ausstrahlen und auch mal jemandem in den Mantel helfen. Wer dagegen an die Wand gelehnt abwartet, keinen Blickkontakt findet oder mit verschränkten Armen auf Patienten einredet, der kann über Service-Orientierung noch einiges lernen.

Auch die zukünftigen Mitarbeiterinnen erfahren natürlich einiges über die neue Praxis. Arzthelferinnen berichten beispielsweise immer wieder, dass sie am Probearbeitstag mit Putzarbeiten beschäftigt wurden oder dass der Arzt sie gar nicht begrüßt hätte. Es ist sicher nicht Sinn der Sache, Mitarbeiterinnen zur Probe als billige Reinigungskräfte auszunutzen.

Rechtliche Fragen

Ein Gerichtsurteil stellte vor ein paar Jahren fest, dass auch Probearbeit unter bestimmten Voraussetzungen bezahlt werden muss. In dem Fall ging es um eine Krankenschwester, die zwei Tage in einem Pflegeheim gearbeitet hatte. Es war ein unbezahltes Einfühlungsverhältnis vereinbart worden. Arbeitnehmer haben auch in solchen Situationen Anspruch auf einen Lohn, wenn sie tatsächlich Arbeitsleistungen erbracht haben. Wichtig für die Einschätzung ist die Frage, ob sie zur Arbeit verpflichtet sind und ob sie dem Weisungsrecht des Arbeitgebers unterliegen. In diesen Fällen ist eine vertragliche Vereinbarung rechtswidrig, die Arbeitsentgelt grundsätzlich ausschließt (Urteil vom 7. Mai 2008, AZ: 1 Ca 64/08 C).

Auch die Frage, ob eine Angestellte ihren Urlaub nutzen darf, um in einer anderen Arztpraxis auf Probe zu arbeiten, ist rechtlich heikel. Der Hamburger Fachrechtsanwalt für Arbeitsrecht Dr. Rolf Geffken (www.DrGeffken.de) beantwortet die Frage folgendermaßen: „Ein Arbeitnehmer darf seinen Urlaub auf keinen Fall nutzen, um woanders zu arbeiten, auch nicht auf Probe. Der Urlaub dient der Wiederherstellung der Arbeitskraft.“

Checkliste für den Probearbeitstag

Ein Probearbeitstag bietet Arzt und Team mehr Eindrücke von der Bewerberin als ein Bewerbungsgespräch. Damit sich diese Eindrücke gut auswerten lassen, eignet sich eine Art Checkliste: Welche Kriterien sollen unauffällig beobachtet werden? Was würde man an diesem Tag am liebsten über die „Neue“ erfahren?

- Ist sie pünktlich erschienen?
- Passt ihr Äußeres (z.B. Ausschnitt, Make-up, Absätze, Fingernägel)?
- Begreift sie Neues schnell?
- Ist sie gut gelaunt, hat sie eine positive Ausstrahlung?
- Passt ihr Kommunikationsstil in die Praxis?
- Fragt sie, wenn sie etwas nicht weiß?
- Steht sie im Weg?
- Fasst sie mit an, wenn sie kann?
- Wie gut kennt sie sich mit der Praxissoftware/Medizintechnik aus?
- Wie gut kennt sie sich im Fachgebiet der Praxis aus?
- Wie reagiert sie unter Zeitdruck?
- Wie reagiert sie auf unangenehme Tätigkeiten?
- Ist sie hilfsbereit gegenüber Kolleginnen?
- Was macht ihr Freude, was liegt ihr nicht so?
- Stehen die Patienten bei ihr an erster Stelle?

Ist die Probemitarbeiterin eigentlich versichert, falls sie sich beispielsweise durch eine Stichverletzung mit HIV infiziert? Geffken hierzu: „Unfallversichert ist der Probe-Arbeitnehmer, sobald er eine abhängige Beschäftigung beim Probe-Arbeitgeber antritt. Das gilt auch, wenn er nicht bei der Sozialversicherung bzw. Berufsgenossenschaft angemeldet wurde. So ein Verstoß des Arbeitgebers würde den Schutz des Arbeitnehmers nicht beeinträchtigen.“

Ruth Auschra

Anzeige

Anzeige