

B e r i c h t s b a n d



Dr. Albrecht Scheffler
Dr. Albrecht Kloepfer

2. KLAUSURTAGUNG FRAUENARZT(PRAXIS) DER ZUKUNFT

„Gemeinsam lernen – gemeinsam die Zukunft gestalten“

Berlin/Potsdam
14. – 15. September 2007

2. KLAUSURTAGUNG FRAUENARZT(PRAXIS) DER ZUKUNFT

„Gemeinsam lernen – gemeinsam die Zukunft gestalten“

Die Deutsche Bibliothek - CIP Einheitsaufnahme

Dr. Albrecht Scheffler, Dr. Albrecht Kloepfer
2. Klausurtagung Frauenarzt(Praxis) der Zukunft
Gemeinsam lernen - gemeinsam die Zukunft gestalten

Berichtsband

ISBN-978-3-938808-48-9

Verlag: Velbrück Wissenschaft, 53919 Weilerswist

© 2008, GRÜNENTHAL GMBH

Geschäftsbereich Deutschland/Gesundheitsmanagement, 52099 Aachen

Redaktion: Dr. Albrecht Kloepfer,

Büro für gesundheitspolitische Kommunikation, Berlin

Gestaltung: Communication & Advertising, Grünenthal GmbH

Tagungsfotografie: 14.09.07 in Berlin Friedenau: Roland Krause, Berlin
15.09.07 in Potsdam: Blickwinkel24 Lars Halbauer,
Wernigerode

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes
ist ohne schriftliche Zustimmung der Grünenthal GmbH unzulässig und straf-
bar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die
Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

1. Foto Titelseite: Begrüßung der Teilnehmer im MVZ Polikum "Berlin-Friedenau" durch Norbert van Rooij (Grünenthal GmbH)

"Titelseite: Skulptur Venus - Stiftung Preußische Schlösser und Gärten Berlin-Brandenburg/Gerhard Murza"

I N H A L T

1 Vorwort	
Norbert van Rooij	4 – 7
2 Thesen zur Zukunft der ambulanten Versorgung	
Franz Knieps	8 – 11
3 Die neuen Optionen des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V.	
Dr. Albrecht Scheffler	12 – 17
4 Kooperationen mit Mehrwert	
Bericht zu den Referaten von Dr. Ronny Hildebrandt und Ulrich Freitag	18 – 25
5 Krankenkassen als Partner der Ärzte	
Bericht zu den Referaten von Birgit Dziuk und Harald Möhlmann	26 – 31
6 KVen oder Verbände als Vertreter der Ärzte	
Bericht zu den Referaten von Dr. Klaus Bittmann und Wolfgang Vieten	32 – 37
7 Kontrazeption und Gynäkologie – eine Verbindung mit Zukunft?	
Bericht zum Referat von Günter Rosen	38 – 41
8 Fragen zum Schluss	
Albrecht Kloepfer im Gespräch mit Ronny Hildebrandt über die Zukunft der Frauenarztpraxis	42 – 44
9 Impressionen	45
10 Über die Referenten	46

Norbert van Rooij

Leiter
Gesundheitsmanagement,
Grünenthal GmbH



Die Richtung ist vorgegeben: Eine zunehmende Wettbewerbsorientierung lässt sich als nahezu sichere Rahmenbedingung im zukünftigen Gesundheitswesen ablesen. Über die Frage, wie sich Gynäkologinnen und Gynäkologen auf diese neue Wettbewerbswelt vorbereiten sollen, wurde intensiv nachgedacht bei der 2. Klausurtagung „Frauenarzt(praxis) der Zukunft“ der Grünenthal GmbH. Nach dem sehr erfolgreichen ersten Treffen Anfang Mai 2007 in Frankfurt hatte das Unternehmen im September zu einer weiteren Tagung nach Berlin und Potsdam eingeladen, um Gynäkologinnen und Gynäkologen zur Vorbereitung auf neue Herausforderungen im Praxisalltag ein Forum für den Austausch mit anderen Gesundheitsakteuren zu bieten. Denn wir, die Verantwortlichen des Hauses Grünenthal, sind davon überzeugt, dass gerade ein solcher sektorenübergreifender Dialog den Ärzten und allen anderen Beteiligten hilft, sich auf zukünftige Veränderungen einzustellen: Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung müssen alle Beteiligten erst üben; wir wollen die zukünftigen Versorgungspartner mit unseren Klausurtagungen unterstützen, erste Dialoge in Gang zu bringen, Perspektiven zu entwickeln und Projektideen zu skizzieren.

Erneut wurde dieses Angebot mit großer Resonanz genutzt: Für die Auftaktveranstaltung am Freitag mit dem Ministeriumsexperten Frank Knieps im Berliner Polikum mussten aufgrund der Kapazitätsgrenzen sogar Absagen verschickt werden. Im Anschluss an einen

Besichtigungsrundgang dieses bundesweit größten Medizinischen Versorgungszentrums erläuterte Knieps die MVZ-Politik der Bundesregierung: „Wir wollen keine Form der Berufsausübung abschaffen oder gar verbieten, wir wollen aber Ärzten und Patienten die Möglichkeit geben, auch solche Zentren als gleichberechtigte Versorgungsoptionen zu wählen“, so der Ministeriumsmitarbeiter. Das Gesehene und Gehörte bot jedenfalls reichlich Stoff für angeregte Diskussionen.

Albrecht Scheffler, Vorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte in Berlin, betonte als Eröffnungssprecher der Haupttagung am nächsten Tag, dass sein Verband auf die zukünftigen Herausforderungen bestens vorbereitet sei. Hilfe gebe es vom Verband nicht nur bei wirtschaftlichen Fragestellungen zum optimalen individuellen Praxismanagement, auch eine effiziente und qualitätsgesicherte Fortbildung und die Erarbeitung neuer Therapiefelder – Scheffler nannte hier beispielhaft die Harninkontinenz – seien ohne die starke Gemeinschaft des Berufsverbandes für den einzelnen Arzt nicht zu bewerkstelligen.

Klaus Bittmann, Bundesvorsitzender des NAV-Virchowbundes spannte den Bogen sogar noch weiter: Der niedergelassenen Arzt, so Bittmann, habe nur dann eine wirtschaftliche Überlebenschance, wenn er sich finanziell von der KV-Regelversorgung abkopple und sich zu eigenen wirtschaftlich handlungsfähigen Gemeinschaften assoziiere. Bittmann, der selbst bereits vor einigen Jahren die Ärztegenossenschaft

Schleswig-Holstein gegründet hat, rief die anwesenden Kolleginnen und Kollegen dazu auf, sich nicht nur fachlich, sondern auch ökonomisch weiterzubilden und nach Gesellschaftsformen zu suchen, um sich Krankenkassen aktiv als Vertragspartner anzubieten.

Dass solche Kooperationen keineswegs Luftschlösser sind, belegten die Beiträge von Harald Möhlmann von der AOK Berlin und seiner Kollegin Birgit Dziuk von der Deutschen BKK in Wolfsburg. Beide betonten den hohen Bedarf an intelligenten Versorgungsprojekten, denn auch die Krankenkassen werden künftig stärker im Wettbewerb untereinander stehen. Gefragt sind aus Kassensicht also Versorgungsprojekte, die attraktive Angebote zur Versicherten- bzw. Kundenbindung bereithalten; doch auch Verbesserungen in der Zusammenarbeit der Ärzte und anderer Versorgungspartner sowie kluge Präventionskonzepte haben bei den Kassen gute Chancen auf einen individuellen, außerbudgetären Vertragsabschluss.

Günter Rosen von der Grünenthal GmbH zeigte auf, dass auch die Pharmaindustrie für solche Projekte ein attraktiver Partner sein kann. Kontrazeptiva der neuen Generation sind beispielsweise wirkungsvolle Hilfsmittel, um gerade jungen Frauen den Alltag auf einfache Weise unbeschwerter zu gestalten und zugleich hormonelle Schwankungen und ihre lästigen Begleiterscheinungen zu minimieren. Ärztin und Arzt könnten sich damit als echte „Helfer für die Frau in allen Lebenslagen“ erweisen und sich noch wirkungsvoller als bisher als erster ärztlicher Ansprechpartner für Frauen in allen Fragen von Gesundheit und Sexualität profilieren.

Die mehr als hundert Tagungsteilnehmer nahmen die Anregungen der Referenten mit großem Interesse auf und betonten einhellig, dass ein Ausbau der entsprechenden Dialogebene für die Ausrichtung ihrer zukünftigen Praxistätigkeit von großer Bedeutung sein könnte. Für Grünenthal wird diese positive Resonanz Ansporn sein, sich auch zukünftig nicht nur mit Arzneimitteln, sondern auch mit Veranstaltungen zur neuen Wettbewerbslandschaft in der Gesundheitsversorgung den Ärztinnen und Ärzten als Partner zu präsentieren. Wir freuen uns daher, Ihnen mit dem vorliegenden Dokumentationsband bereits die zweite



Norbert van Rooij konnte zum Auftakt der 2. Klausurtagung im Berliner Polikum mehr als 100 Frauenärzte begrüßen

Broschüre zum Thema „Frauenarzt(praxis) der Zukunft“ vorlegen zu können. Wenn Ihnen die hier niedergelegten Gedanken und Projekte hilfreich sind, um Ihre Praxis auf die Herausforderungen der neuen Versorgungslandschaft vorzubereiten, dann hätte auch diese Publikation ihr Ziel erreicht.



Aachen, im April 2008

Norbert van Rooij
Seit 1. März 2008:
Project Management & Healthcare Systems,
Global Marketing, Grünenthal GmbH

THESEN ZUR ZUKUNFT DER AMBULANTEN VERSORGUNG

FRANZ KNEIPS

1. These

Das Gesundheitssystem ist eine dynamische Branche. Knapp 4,3 Millionen Beschäftigte und Selbständige sind in diesem System mit enormen Innovationspotenzialen und sehr vielen, teilweise widersprüchlichen, Entwicklungen tätig. Es darf nicht nur als Kostenfaktor betrachtet, sondern muss auch als Wirtschaftsbranche gesehen werden. Das Besondere dieser Wirtschaftsbranche ist aber, dass die Marktgesetze nicht so funktionieren wie beispielsweise in der Automobil- oder in der chemischen Industrie. Deshalb werden Politik und Recht bei der Steuerung des Gesundheitssystems immer eine große Rolle spielen, gleich ob das Gesundheitswesen eher staatlich organisiert ist wie in Großbritannien oder eher marktwirtschaftlich wie in den USA.

2. These

Das deutsche System hat eine Tendenz sich gegen alles zu wehren, was an Veränderungen nicht ausnahmslos positiv erscheint. Bei der Wiedervereinigung wurde zu wenig auf die vorhandenen Versorgungsstrukturen in den neuen Bundesländern geachtet. Alles wurde eins zu eins vom Westen auf den Osten übertragen, aber nichts vom Osten in den Westen. Das hat sich vielfach gerächt. Der Wettbewerb im Gesundheitswesen wurde stets gegen den Widerstand der Akteure vorangetrieben. Gegen die freie Kassenwahl sträubten sich die Krankenkassen in den 90er Jahren. Ersatzkassen wollten partout nicht für alle Versicherten geöffnet werden. Auf der Versorgungsseite haben die Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die Einführung von Einzelverträgen ohne Kontrahierungszwang neben den Gesamtverträgen protestiert.

3. These

Wir werden in zehn bis fünfzehn Jahren einen einheitlichen Versicherungsmarkt haben. Dann wird es auch für gleiche Leistungen gleiche Bezahlung geben. Es ist nicht nachvollziehbar, warum in unserem System die gleiche Leistung in der privaten Krankenversicherung anders bezahlt wird als in der gesetzlichen. Wenn der Aufwand sich erhöht und mehr Leistungen erbracht werden, die medizinisch notwendig sind, wird das mehr kosten. Auch die Unterschiede zwischen dem ersten Gesundheitsmarkt der Grundversorgung, dem zweiten der Zusatzversicherungen und dem dritten der individuellen Bedürfnisse, sind zu



Franz Knieps

beachten. Fest steht: Auf Dauer werden sich Gebührenordnungen im ambulanten Bereich, die wesentliche Unterschiede für ansonsten gleiche Leistungen beinhalten, politisch und rechtlich nicht legitimieren können.

4. These

Auf der Anbieterseite geht die Tendenz zu Kooperationen und Vernetzung. Die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen hat dazu geführt, dass zwischen Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege Kooperation, Koordination und Kommunikation deutlich zu wünschen übrig lassen. Ebenso wenig wird bestritten, dass sich diese Probleme mit einer sektoralen Vertragspolitik nicht lösen lassen. Deshalb gibt es seit der Reform von 1998 gesetzliche Anreize für unterschiedliche Kooperationsformen. Sehr früh wurden die Weichen für Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen gestellt. Die letzten Schritte sind mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gegangen worden.

THESEN ZUR ZUKUNFT DER AMBULANTEN VERSORGUNG

FRANZ KNEIPS

5. These

Die Arbeitsteilung zwischen ambulant und stationär wird sich dramatisch verändern. Experten gehen davon aus, dass rund 50 Prozent der bisher stationär erbrachten Leistungen in naher Zukunft ambulant erbracht werden können. Dass es so kommen wird, zeigt sich exemplarisch an der Augenheilkunde, wo es nahezu keine stationären Behandlungen mehr gibt. Ein budgetiertes System, das aus getrennten Töpfen gespeist wird, ist dabei jedoch ein Hindernis. Ein solches System lässt sich auf Dauer nicht halten und es wird zu Verschmelzungen zwischen ambulantem und stationärem Bereich kommen. Dieser Veränderungsprozess muss jedoch fair ablaufen, sonst haben Krankenhäuser aufgrund ihres höheren Organisationsgrades und möglicherweise auch aufgrund ihrer Finanzausstattung einen Vorteil gegenüber den niedergelassenen Ärzten.

6. These

Wir müssen über ganz neue Formen von integrierter Versorgung und integrierter Finanzierung nachdenken. Integrierte Versorgung muss aus ihrem "Inseldasein" heraus zu einer Flächendeckung in der Regelversorgung kommen. Das wird bei der nächsten Gesundheitsreform auf der Agenda stehen. Ein Beispiel, das gut funktioniert, ist das persönliche Budget im Bereich des Behindertenrechts. Dabei erhält der Behinderte sein Geld und wird zum Einkäufer von Leistungen. Ähnlich wird der Patient stärker in die Funktion des Einkäufers für eigene Leistungen kommen. Seine Selbstbestimmung und Teilhabe wachsen. Das geht langsam, wird sich aber durchsetzen.

7. These

Ein Euro-Gebührensysteem für die ambulante Versorgung ab 2009 wird einiges ändern. Dabei wird das Morbiditätsrisiko auf die Krankenversicherung übertragen. Das muss so sein, denn sonst braucht man keine Versicherung. Ein Honorierungssystem muss für gute Arbeit eine faire Bezahlung vorsehen. Es liegt in der Hand der Selbstverwaltung auszutarieren, was finanzierbar und was dafür zu leisten ist.

Zusammenfassung

Es wird einen einheitlichen Versicherungsmarkt zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung geben und damit auch einen Wettbewerb zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren. Auf der Seite der Anbieter wird die Unterscheidung zwischen ambulant und stationär zunehmend verschwinden. Stattdessen wird sich eine Vielfalt von Anbieterformen herausbilden. Dabei darf es nicht zu Anbietermonopolen oder -oligopolen kommen, doch vom gefürchteten „Gesundheitskonzern“ sind wir derzeit mit einem Marktanteil der MVZs von drei bis fünf Prozent im ambulanten Bereich weit entfernt. Im Bereich der fachärztlichen Versorgung werden Gemeinschaftspraxen und MVZs den Einzelpraxen zunehmend Konkurrenz machen. Über faire Bedingungen für diesen Wettbewerb müssen wir diskutieren. Die Finanzierung des Gesundheitswesens wird immer eine Streitfrage sein, denn der Kostendruck wird bestehen bleiben. Es wird nicht weniger Konflikte im Gesundheitswesen geben. Die Auseinandersetzungen um die Verteilung der Mittel werden anhalten. Klar ist aber auch, dass sich der zweite und dritte Gesundheitsmarkt dynamischer entwickelt als der erste.



Dr. Felix Cornelius (Mitglied der Polikum Geschäftsführung) führt durch das MVZ



Polikum Friedenau

DIE NEUEN OPTIONEN DES BERUFSVERBANDES

DR. ALBRECHT SCHEFFLER

Die Zeiten, in denen jeder Gynäkologe allein seiner „Passion“ als Frauenarzt und Geburtshelfer nachgehen und selbst freie Entscheidungen im medizinischen oder ökonomischen Bereich treffen konnte, sind vorbei. Die individuellen Freiräume sind durch die Vorgaben, die Begehrlichkeiten und Einflüsse der Politik, der Kassen, der KV und der Medien verloren gegangen. Auch unsere „Zielgruppe“, die Frauen, haben andere Vorstellungen als vor Zeiten. Der Einzelgänger ist den Anforderungen und Vorgaben anderer Beteiligten auf diesem Markt oft hilflos ausgeliefert. Er kann sich häufig auch schlecht allein wehren, da nur die Verbände der jeweiligen Berufsgruppen gehört werden und Einfluss nehmen können. Der Einzelne unterliegt vertrags- und standesrechtlichen Vorgaben und im Besonderen den Vorstellungen der Gesundheitspolitik. Auch auf dem rein fachlichen Bereich läuft er leicht Gefahr, die Orientierung zu verlieren, da das Wissen sich ständig erneuert.

Für die Arbeit eines Berufsverbandes ist darüber hinaus ein neues Phänomen bedenkenswert: Es zeigt sich, dass viele junge Frauenärzte nicht mehr allein eine Praxis führen wollen, sondern dass sie die Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Kollegen suchen, ja oder vielleicht sogar nur angestellt sein wollen. Sie haben gehört, dass aus rein betriebswirtschaftlichen Gründen eine „Mehr-Mann-Praxis“ sinnvoller ist und erhoffen sich eine Verteilung der eingangs geschilderten Probleme auf mehrere Schultern. Auch Freizeitgedanken spielen eine Rolle, wenn der Einzelne sich gegen eine Einzelpraxis entscheidet.

Zur weiteren Bestandsaufnahme gehört schließlich auch die Feststellung, dass sich eine gewisse resignative Stimmung unter den Niedergelassenen ausbreitet. Als Schlagworte seien genannt: Budgetregelung, Bonus-Malus-Regelungen, QM-Probleme, unehonorierte Leistungserbringung, mediale IGeL Betrachtungen und ganz aktuell das Impfproblem. D.h. der rein medizinische Sektor wird reduziert auf nicht-medizinische Belange. Wir stellen zusammenfassend fest, dass der Gynäkologe nicht mehr ausschließlich Mediziner sein kann, sondern – um überleben zu können – ein medizinischer Volkswirt oder Kaufmann werden muss. Die Gesundheitspolitik wird bestimmt durch Beitragserhöhungen der gesetzlichen Kassen, nicht durch eine insuffiziente Medizin.



Dr. Albrecht Scheffler

Hier nun ist ein Verband gefordert und nötig! Wohin wir in unserer Gesellschaft schauen, gibt es Verbände als Klammern, als Sprachrohre und als Ideengeber für die Mitglieder. Gerade deswegen ist ein Verband nicht nur für diejenigen da, die die Winkelzüge der Politik, Kassen und KV durchschauen können und dadurch Verträge interpretieren und abschließen können, sondern für die Mehrzahl der Mitglieder, die sich nur als Mediziner fühlen und bewegen.

Zwei große Optionsbereiche sind dabei als Aufgabenfelder zu konstatieren: Einmal der interne medizinische Bereich und zum anderen die Hilfestellungen im nicht-medizinischen Praxisleben.

Von sehr großer Außenwirkung und Bedeutung ist das Zusammenhalten und Erweitern unseres Faches. Wir müssen die Hoheit bei der fachärztlichen Betreuung der Schwangeren behalten. In einer immer größer werdenden Spezialisierung muss der Gynäkologe die Schwangere führen. Andere Berufsgruppen – insbesondere die Hebammen – können assoziiert werden, aber die Erfüllung der Leitlinien obliegt den Frauenärzten.

DIE NEUEN OPTIONEN DES BERUFSVERBANDES

DR. ALBRECHT SCHEFFLER

Nachdem uns schon die gesamte Endokrinologie verloren gegangen ist, muss der Verband auf dem onkologischen Sektor große Anstrengungen aufbringen. Die Zahl der onkologisch zu betreuenden Patientinnen nimmt zu, und diese Patientinnen müssen gerade deswegen von Frauenärzten betreut werden, da wir nur „unsere“ Karzinome behandeln und nicht wie die internistischen Onkologen alle Karzinome. Wir kennen die Frauen länger und können unser Wissen über die Frau „heilsamer“ einbringen als andere Fachsparten. Die Aufgabe des Verbandes muss es sein, darauf hinzuwirken, dass die Kliniken uns diese Aufgaben nicht aus der Hand nehmen. Hier – wie auch im Bereich der Brustkrebsbehandlung und -früherkennung – sollte der Berufsverband das Bindeglied zwischen Klinik und Praxis sein. Dies geht nur in enger Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V..

Eine noch größere Herausforderung bedeutet aus meiner Sicht die Harninkontinenz.

Dieses Krankheitsbild ist bereits jetzt eine Volkskrankheit, da die Alterspyramide nach oben hin immer breiter wird. Hier hat der BVF lokal Kurse angeboten, um die neueste Diagnostik und Therapie zu vertiefen. Dieses Krankheitsbild wird von den Ärzten noch zu wenig angesprochen und von den Frauen kaum aus eigenem Antrieb thematisiert; also muss weiter aufgeklärt werden. Wenn der BVF diese fachlichen Optionen stringent weiter verfolgt, bleibt die Gynäkologie und Geburtshilfe weiter ein großes Fach und dadurch überall ein gesuchter Gesprächspartner.

Auf dem präventiven Sektor muss die „Lufthoheit“ weiter ausgebaut werden. Die „Mädchen-Sprechstunde“ ist ein Einstieg in die Bereiche Antikonzeption und sexuelle Aufklärung. Die Schule wartet förmlich auf aktive Frauenärzte, um auch hier aufzuklären. Die enorm hohe Anzahl ungewollter Schwangerschaften bei Minderjährigen fordert uns. Leider finden wir nicht immer offene Türen in der Schulbehörde. Der präventive Sektor wird weiter durch die Impfkativitäten der Frauenärzte gestärkt. Der BVF hat unzählige Zertifizierungskurse für Ärzte und Helferinnen durchgeführt, um die Impflücken der Bevölkerung

schließen zu helfen. Leider erfahren wir gerade möglicherweise einen Rückschlag. Ein weiteres Betätigungsfeld und Einsatzgebiet des BVF ist das Spektrum der Ernährungsberatung in allen Lebensphasen als Präventionsgedanke. Und schließlich dürfen auch Hinweise auf die Osteoporose nicht vergessen werden. Dieses Zusammenhalten unseres Faches ist die Hauptaufgabe des Verbandes.

Das waren die rein medizinischen Optionen des Berufsverbandes. Nun kommen wir zum gesundheitspolitischen Block:

Die uns bestimmende Gesundheitspolitik überschüttet uns förmlich mit Reformen. Die Politik lässt sich dabei von der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens leiten, die Kassen kämpfen um die Mitglieder und der Patient möchte lieber Gewohnheiten behalten. In diesem Spannungsfeld muss der Arzt sich bewegen. Die Option für den Berufsverband auf diesem Sektor ist äußerst schwierig. Er kann keine generellen Vorstellungen anbieten. Er kann nur für die einzelnen Facetten juristische und organisatorische Ratschläge geben.

Wir fühlen uns als Hausärzte der Frauen, d.h. wir sind als Fachärzte die Begleiter der Frauen. Eine gewisse Ähnlichkeit mit den Hausärzten ergibt sich. Bei dieser Berufsgruppe gibt es wenige Integrationsverträge. Was für andere Facharzttrichtungen sinnvoll sein mag, muss also noch lange nicht für uns richtig sein. Wir sind in der Mehrheit Basisversorger mit Spezialitäten. Welchen sinnvollen Vertrag sollte man unter diesen Bedingungen anbieten? Hier kann ein Verband nur ein Erfahrungssammler sein und juristische Hilfen im Einzelnen geben. Der Verband kann nur aus dem negativen Erleben der Gestaltungsvielfalt des Gesundheitsmarktes Schlüsse ziehen und damit helfend den Nachfragern dienen.

Die Aufgabe des BVF ist es, unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen, vertragärztlichen und juristischer Aspekte, seinen Mitgliedern Klärung zu geben. Erst mit diesem Hintergrund kann der Einzelne abwägen, zu welcher der neuen Möglichkeiten von Praxisformen er sich entschließen wird. Privatanbieter sind auf diesem Felde mit Vorsicht zu genießen.

DIE NEUEN OPTIONEN DES BERUFSVERBANDES

Wir sehen, dass einem Verband durch das Individuelle des einzelnen Mitgliedes Grenzen gesetzt werden, und wir wollen ausdrücklich keine Uniformität, auch wenn wir von Kassen und Politik vereinheitlicht als Leistungserbringer bezeichnet werden.

Auf uns kann folgendes Szenario zukommen:

- Die Einzelpraxis kann ein Auslaufmodell werden.
- Jeder muss über sein Basisangebot hinaus Spezialitäten anbieten.
- Ärzte stellen sich in zunehmendem Maße als Angestellte zur Verfügung und werden dadurch unter dem Verlust der Selbstständigkeit zu einer zweiten Säule unseres Gesundheitssystems.
- Großanbieter vermarkten den medizinischen Sektor und bestimmen rein kaufmännisch die Honorierung.
- Ärzte bekommen Einzelverträge ohne Begleitschutz eines Verbandes oder einer KV. D.h. der Arbeitnehmer – sprich Arzt – hat keinen Gewerkschaftsschutz hinter sich.
- Kassen können über Selektivverträge die ambulante Versorgung einseitig gestalten.
- Der einzelne Arzt hat keinen Anspruch mehr auf Teilnahme an der ambulanten Versorgung.
- Kampf Arzt gegen Arzt.
- Kampf Krankenhaus gegen Praxis.
- Kampf Fachgruppe gegen Fachgruppe.

Bei all diesen Möglichkeiten wird vergessen, dass in gut 10 Jahren über 30 Prozent der Ärzte altersbedingt den „Markt“ verlassen werden und ein entsprechender Nachwuchs nicht sichtbar ist, zumindest kein deutschsprachiger. Bislang haben wir in Deutschland noch ein gewis-

ses wohnortnahes Medizinangebot. Dieses Angebot wird jedoch gerade zerstört, ohne es dem Patienten – dem Souverän – zu sagen. Bei genauer Betrachtung unserer Gesundheitspolitik wird der Patient als Mittelpunkt zugunsten der Finanzierung völlig vergessen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend besteht die Hauptaufgabe des Berufsverbandes in der Interaktion mit den Kammern, den KVen, der Politik und den Interessenvertretungen der Frauen. Die größte Aufgabe des Berufsverbandes muss es sein, die Einheit der größten Facharztgruppe nach außen darzustellen, um als Gesprächspartner in allen Fragen zur Frauengesundheit auch weiterhin unverzichtbar zu sein. Aus einem Verwaltungsverband muss ein Aktionsverband werden, dann werden wir auch zukünftig nicht übersehen.



Dr. Albrecht Scheffler stellt die Sichtweise und die Visionen des BVF vor

KOOPERATIONEN MIT MEHRWERT

DR. RONNY HILDEBRANDT UND DIPL.-MED. ULRICH FREITAG

Kooperationen sollen Ärzten zusätzliche Gewinne bringen. Dazu bieten sich viele Möglichkeiten. Der Medizinrechtsexperte Dr. Ronny Hildebrandt von der Kanzlei Dierks und Bohle in Berlin zeigt ihre Vor- und Nachteile auf. Wenn eine Gewinnausweitung nicht durch Leistungssteigerungen gelingt, dann ist Kostensenkung eine Alternative. Dazu kann eine Netzgründung sinnvoll sein, weiß der niedergelassene Gynäkologe Dipl.-Med. Ulrich Freitag aus eigener Erfahrung.

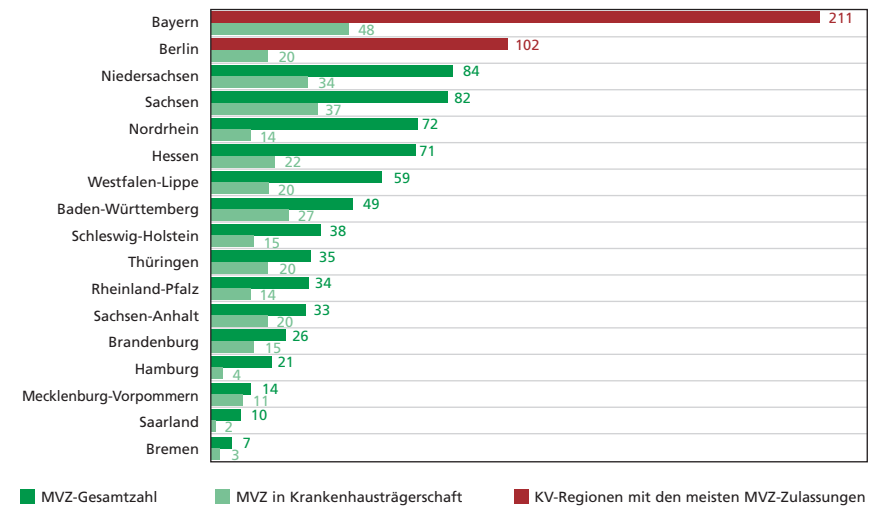


Dr. Ronny Hildebrandt, Kanzlei Dierks und Bohle: Juristische Optionen und mögliche Strategien für den Gynäkologen

„Wichtig ist, dass Ärzte sich rechtzeitig vorbereiten, um gut positioniert zu sein, wenn die jetzt bekannte Versorgungslandschaft durch Einzelverträge immer mehr abgelöst wird“, sagt der Medizinrechtsexperte Ronny Hildebrandt. Bis 2003 war die ambulante Medizin aus seiner Sicht einfach strukturiert. Inzwischen gibt es jedoch deutlich mehr Formenvielfalt. Kooperationen, Flexibilisierung, Investitionen sind zur Positionierung nach Hildebrandts Meinung nötig. Beispielhaft nennt Hildebrandt MVZs, die Anstellung von Ärzten, Zweigpraxen, (überörtliche) Kooperationen, Teilzulassung, Nebentätigkeit, Einzelverträge und Medizinische Kooperationsgemeinschaft.

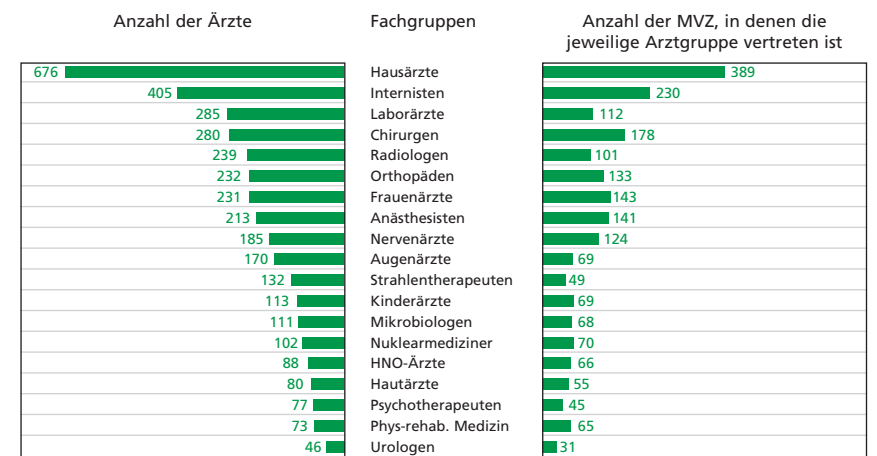
MVZ - Q4 /2007 - Regionale Verteilung

34 Prozent aller MVZ befinden sich im 4. Quartal 2007 in Krankenhausträgerschaft.



MVZ - Q4 /2007 - Verteilung der Fachgruppen

Hausärzte, Internisten und Laborärzte sind die am häufigsten vertretenen Fachgruppen in den MVZ.



KOOPERATIONEN MIT MEHRWERT

DR. RONNY HILDEBRANDT UND DIPL.-MED. ULRICH FREITAG

Hildebrandt geht davon aus, dass den MVZs von der Politik die Rolle zugemessen ist, die fachärztliche Versorgung an Kliniken zu binden. Dazu wurden die MVZs anfangs mit zahlreichen Privilegien ausgestattet: Einkauf von Zulassungen, Anstellung von Ärzten mit Sicherung der Zulassung, Nachbesetzung ohne Ausschreibung, Haftungsbeschränkung der GmbH und teilweise auch Vergütungsbeziehungsweise Abrechnungsvorteile, wie den Aufschlag auf den Ordinationskomplex, zählt er auf. „Das führte zu einem Gründungsboom bei MVZs, aber nicht, wie von der Politik erhofft, durch Krankenhäuser, sondern durch niedergelassene Ärzte“, so Hildebrandt.

Verbreitung MVZs*

MVZ zum 31.12.2007
Quelle: KBV

- 948 MVZ (31.12.2006: 666)
- 4.006 Ärzte; davon 2.850 angestellt

Häufigste Arztgruppen:

- Hausärzte
- Internisten
- Laborärzte

Trägerschaft:

- 59,2 % Vertragsärzte
- 34,4 % Krankenhäuser
- 6,3 % Sonstige

Auch heute befinden sich noch zwei Drittel der MVZs in der Trägerschaft von Vertragsärzten. Dabei seien die Vorteile für MVZs aber inzwischen relativiert worden. Daher lohnt sich eine MVZ-Gründung nach Hildebrandts Auffassung für niedergelassene Ärzte nur noch bedingt. „Die Gründung eines MVZs im niedergelassenen Bereich macht dann Sinn, wenn man attraktiver Vertragspartner sein will“, betont der Jurist. So könnten die Einrichtungen integrierte Versorgungsmodelle anbieten oder Vertragspartner in einem Modellvorhaben bzw. bei Einzelverträgen werden. Interessant sei ein MVZ zudem als Investment. Beispielfhaft nennt Hildebrandt das Modell, dass ein Gynäkologe eine MVZ-GmbH mit Laborärzten und Pathologen betreibt. Dabei muss der

Gynäkologe nicht selbst im MVZ arbeiten, er kann als Investor im Hintergrund bleiben.

Hildebrandt weist darauf hin, dass sich mit dem Vertragsarztrechtänderungsgesetz (VÄG) nun auch in der Arztpraxis Möglichkeiten zur Expansion bieten. Allerdings würden die neuen Möglich-

keiten Ärzte anzustellen nichts nützen, wenn Zulassungsbeschränkungen gelten, so der Rechtsanwalt. Weitere Einschränkungen sieht der Bundesmantelvertrag vor. So ist zum Beispiel die Anstellung von Laborärzten verboten. „Damit werden gute Absichten des Gesetzgebers von der Selbstverwaltung ausgebremst“, sagt Hildebrandt. Bei der Gründung einer Zweigpraxis sei das Vorgehen der KVen sehr unterschiedlich. Die KV Berlin hat die Gründung von Zweigpraxen in Berlin komplett ausgeschlossen. In ländlichen Regionen wird das anders gehandhabt. Die Anstellung von Ärzten in den Zweigpraxen ist ebenfalls möglich. Die Tätigkeit in der Hauptpraxis muss weiterhin mindestens 20 Sprechstunden pro Woche umfassen.

Weitere Optionen bieten laut Hildebrandt überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften. Sie können mit allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern und mit unterschiedlichen Vertragsarztsitzen gebildet werden. Die neuen Teilzulassungen hält der Medizinrechtler dagegen für uninteressant für bereits niedergelassene Ärzte.

Eine Teilung der Zulassung auf zwei Ärzte wäre aus seiner Sicht interessanter. Das würde es ermöglichen, dass der extrabudgetäre Leistungsanteil von zwei Ärzten stärker bedient wird als von einem. „Ganz spannend“ findet Hildebrandt darüber hinaus die Möglichkeit, gleichzeitig in der Praxis und im Krankenhaus tätig zu sein. Dabei sind allerdings zeitliche Limits zu beachten. Wer mit einer Vollzulassung niedergelassen ist, darf zwar höchstens 13 Wochenstunden am Krankenhaus arbeiten. Aber Ärzte könnten sich mehr Zeit für eine Nebentätigkeit in der Klinik schaffen, wenn sie sich Job-Sharing-Partner in die Praxis holen. Das sei aber bislang nur eine Idee, die noch nicht umgesetzt und rechtlich abgesichert ist, so der Medizinrechtler. Das Berufsrecht ermöglicht zudem die Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und so genannten nichtärztlichen Heilberufen. Bekannt sind Konstellationen aus Augenarzt und Optiker, HNO-Arzt und Hörgeräteakustiker, denkbar sei aber auch die Kombination Gynäkologe und Hebamme. In jedem Fall, so das Fazit von Hildebrandt, sollten Kooperationen zusätzliche Einnahmequellen im privaten oder extrabudgetären Bereich erschließen.

* Bei Drucklegung aktualisiert

KOOPERATIONEN MIT MEHRWERT

DR. RONNY HILDEBRANDT UND DIPL.-MED. ULRICH FREITAG



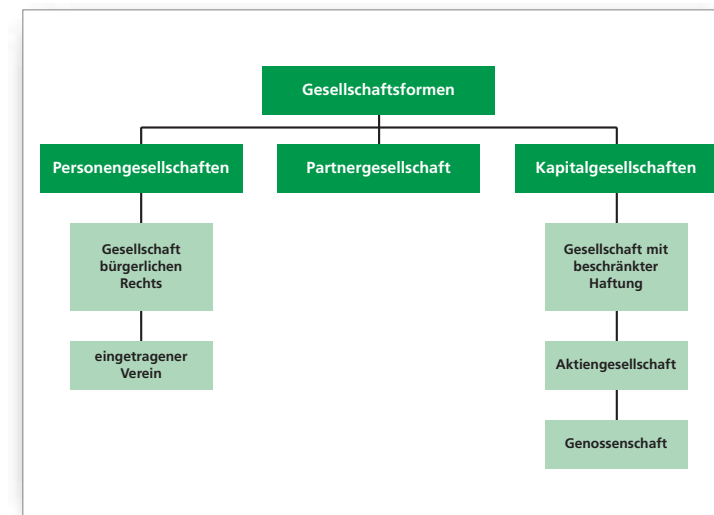
Dipl.-Med. Ulrich Freitag: Kooperationsform Ärztenetze

Auch Praxisnetze dienen dem Zweck der Effizienzsteigerung. Sie ermöglichen es Ärzten, „endlich wieder mehr ärztlich tätig zu sein“, meint der niedergelassene Gynäkologe Dipl.-Med. Ulrich Freitag. Favorit sei das interdisziplinäre örtliche Ärztenetz. Dabei steht der Zusammenschluss von Ärzten zum Zweck einer organisierten und konzeptionellen Zusammenarbeit im Zentrum. Ein entscheidender Grund für die Mitwirkung an so einem Netz sei für viele Ärzte der Anspruch, wieder Medizin nach hohen Standards machen zu können. Auch die wirtschaftlichen Aspekte und die Möglichkeit, Kosten zu senken, sprechen aus Freitags Sicht für Netze. Gemeinsame Geräte oder Personaltools sind dazu mögliche Mittel. Eine entscheidende Rolle bei der Gründung von Praxisnetzen spiele zudem die Möglichkeit, Versorgungsangebote für Vertragspartner auf Krankenkassen-seite und nicht zuletzt für die Patienten zu schaffen.

Die ersten Ärztenetze waren, Freitag zufolge, fachgruppengleiche Netzwerke. Dabei stehe die Qualitätssicherung innerhalb des Fachgebiets im Zentrum. Bei interdisziplinären Netzwerken liegt der Schwerpunkt nach Freitags Angaben eher auf der strukturierten

Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen unterschiedlichen Fachgruppen. Dabei werde letztlich ein Monopol für medizinische Angebote in einem bestimmten Raum geschaffen. Insgesamt stellen sich Netzstrukturen jedoch als sehr vielfältig dar. Ebenso vielfältig seien die Beweggründe für den Start eines Netzes. „Viele Ärzte finden sich darin wieder“, sagt der niedergelassene Gynäkologe.

Vielfalt herrscht auch bei den Gesellschaftsformen der Netze. Für die Wahl der Gesellschaftsform empfiehlt Freitag: „Überfordern Sie Ihre Kollegen nicht!“ Es gebe sehr unterschiedliche Befindlichkeiten gegenüber GbR-, GmbH- oder Vereins-Gründungen. Die Mehrzahl der Kollegen bevorzugt nach Freitags Erfahrungen einen eingetragenen Verein.



Für die wirtschaftliche Struktur sei das nicht vorteilhaft. Wer jedoch in einer Region ein Anbietermonopol schaffen wolle, sollte diesen Weg wählen. Denn zunächst müsse sich jeder beteiligte Kollege mit seinen Besonderheiten einbringen. Wenn das Netz wachse, würden wirtschaftliche Zwänge von selbst deutlich. Sinnvoll wäre es dann eventuell, den Weg zu GmbH- oder anderen Gesellschaftsstrukturen vorzubereiten. Mit Blick auf die GbR warnt Freitag davor, dass die gemeinsame Haftung in der GbR vielen Ärzten Angst mache. Er weist aber auch darauf hin, dass ein Ärztenetz in GbR-Struktur festlegen kann, dass jeder nur für seine Leistung haftet.

KOOPERATIONEN MIT MEHRWERT

DR. RONNY HILDEBRANDT UND DIPL.-MED. ULRICH FREITAG

In seiner Heimat Mecklenburg-Vorpommern gibt es Freitag zufolge acht territorial weit voneinander entfernte Netze. Drei weitere Netze stehen kurz vor dem Start. Das Ärztenetz Wismar ist mit insgesamt 30 Kollegen ein eher kleines Netz. Es umfasst viele Fachrichtungen, aber die Augenärzte fehlen zum Beispiel. Ein Flyer über das Netz ist innerhalb von einem Jahr auf das Interesse von 5.500 Patienten gestoßen. Er umfasst spezielle Angebote und IGeL-Parameter einzelner Praxen. Der Flyer dient so auch der Kommunikation und dem Informationsaustausch unter den Kollegen.

Ärztenetze haben nach Freitags Darstellung viele Möglichkeiten. So sei es dem Ärztenetz Wismar gelungen, die MVZ-Gründung eines privaten Krankenhausträgers in Wismar zu verhindern. „Das hätten wir als Einzelpraxis oder Ärztestammtisch niemals geschafft – man braucht diese Strukturen“, so Freitag. Eine Anbietermacht in der Region sei entscheidend. Eine weitere Leistung des Ärztenetzes Wismar sei ein palliativonkologischer Vertrag zur Integrierten Versorgung mit der AOK. Eingeschlossen sind Patienten ab dem Stadium der Metastasierung. Die Netzkollegen können in Notfällen Patientendaten und Patientenverfügungen auf einem Zentralserver einsehen, bevor sie Patienten einweisen.

Außerhalb der Notfallindikation gibt es einmal im Halbjahr eine onkologische Besprechung. Damit können nach Freitags Einschätzung Leitlinien besser umgesetzt werden. Hausärzte und Fachärzte stehen dabei in Sachen Honorar auf gleicher Stufe. „Die Honorare sind für die Beteiligten mit 130 Euro in einem Bereich, der sich für alle lohnt“, so Freitag.

Das Wismarer Netz will jetzt mehr Mitglieder gewinnen und wechselt dafür die Unternehmensform. Die GbR wird ein Verein, um die Ängste der Kollegen abzubauen. Für den Geschäftsbetrieb soll eine GmbH ausgelagert werden. Für die Wismarer Ärzte ist zudem geplant, dass eine Fortbildungsreihe des Netzes ihnen ermöglicht, ihre Fortbildungen vor Ort zu absolvieren. Das dient auch dem Zweck, die Spezialisten im Netz über das Netz hinaus bekannt zu machen. Zudem will sich das Netz an Einkaufsgemeinschaften beteiligen, um seinen Mitgliedern weitere Vorteile bieten zu können.



Dipl.-Med. Ulrich Freitag



Dr. Ronny Hildebrandt

KRANKENKASSEN ALS PARTNER DER ÄRZTE

**BIRGIT DZIUK
UND
HARALD MÖHLMANN**

Kassen wissen Kooperationsangebote von Ärzten durchaus zu schätzen. Das zeigen die Beiträge der Kassenmanager Birgit Dziuk (Deutsche BKK) und Harald Möhlmann (AOK Berlin). Während Möhlmann viele offene Felder skizziert, die Ärzte und Kassen künftig gemeinsam beackern könnten, zeigt Dziuk an einem Beispielprojekt erste Erfahrungen mit Projekten der Integrierten Versorgung.



Birgit Dziuk, Deutsche BKK: Die Frau im Mittelpunkt der Versorgung

„Wir setzen darauf, dass wir als Partner gemeinsam mit der Ärzteschaft eruieren, wo in der neuen Vertragswelt relevante Themen sind und Geld, um sie zu bearbeiten“, sagt Birgit Dziuk, Bereichsleiterin Versorgungsprojekte/Ambulante Strukturen bei der Deutschen BKK. Die Deutsche BKK ist als größte deutsche Betriebskrankenkasse im Jahre 2003 aus einer Fusion von BKK Post und Volkswagen BKK hervorgegangen. Als Versorgerkasse verzeichnet sie 760.000 Mitglieder und 1.019.000 Versicherte bei einem Beitragssatz von derzeit 14,2 Prozent. Kassensitz ist Wolfsburg. Dort hat die Kasse einen Marktanteil von fast 60 Prozent. Sie ist jedoch bundesweit organisiert. „Deshalb streben wir auch bundesweite Verträge zu einzelnen Leistungsthemen an, verkennen aber nicht, dass sich die Versorgung in der Region abspielt“, sagt Dziuk.

In den Kernregionen der Deutschen BKK gibt es bereits einige Projekte der Integrierten Versorgung. Die Kasse erwartet, dass diese IV-Projekte Vorteile für die Versicherten bringen. Aufwind erhalten die Projekte aber laut Dziuk derzeit vor allem durch die anstehenden Änderungen im Risikostrukturausgleich 2008/2009 und durch die Honorarreform im ambulanten Bereich. 380 Millionen Euro fließen nach Dziuks Angaben jährlich in kollektivvertraglich organisierte Versorgung durch niedergelassene Ärzte. Dziuk beklagt, dass die Deutsche BKK bei diesen Verträgen kaum einen Gestaltungsspielraum hat. „Deshalb haben wir uns eine der Kernregionen herausgesucht und versuchen dort zusammen mit dem Gesundheitsverbund Wolfsburg neue Wege zu gehen, um aus dem Kollektivvertragsrecht herauszukommen“, so Dziuk. Die Kasse setzt dort auf direkte Kommunikation. In ihrer besonderen Situation als regionaler Marktführer sieht die Deutsche BKK auch eine Verpflichtung zur Übernahme politischer Verantwortung. Daraus sei die Entscheidung zur Entwicklung innovativer Produkte und Versorgungsansätze für die Region Wolfsburg im Rahmen der Integrierten Versorgung hervorgegangen, so Dziuk.

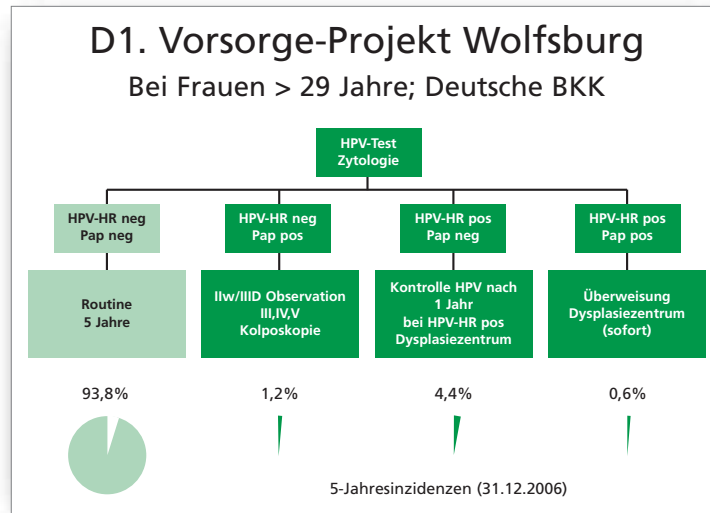
Die Themen der IV-Modelle hat die Deutsche BKK nach Dziuks Angaben auf der Basis von Vorschlägen aus der Ärzteschaft entwickelt. Am Modell HPV-Test wirken alle Wolfsburger Frauenärzte mit. „Sie sind zusammen mit der Frauenklinik des Klinikums Wolfsburg ein wesentlicher Motor des Modells“, sagt Dziuk. Beteiligt sind Hausärzte, Fachärzte, das Klinikum und die Deutsche BKK. Weitere Partner bringen sich gelegentlich ein. Die Firma Digene als Hersteller des HPV-Tests ist ebenfalls eng eingebunden. Das Modell ist mit dem Gesundheitsverbund Gifhorn und dem Gesundheitsverbund Harz und Heide bereits regional ausgeweitet worden. Demnächst soll es auch in Peine starten.

Dem Modell HPV-Test geht die Erfolgsgeschichte des PAP-Tests in der Vorsorge des Zervix-Karzinoms voraus. Daran anknüpfend sahen Ärzte und Deutsche BKK die Möglichkeit, einer risikoangepassten Vorsorge bei einer Infektion mit Humanen Papilloma-Viren (HPV), die als Voraussetzung für die Entstehung des Zervix-Karzinoms gilt. Das Modell sieht vor, dass alle Frauen ab 30 Jahren einen kostenlosen HPV-Test

KRANKENKASSEN ALS PARTNER DER ÄRZTE

**BIRGIT DZIUK
UND
HARALD MÖHLMANN**

beim Frauenarzt machen können. Abhängig vom Ergebnis erfolgt nach festgelegten Behandlungspfaden weitere Diagnostik und Behandlung unter Einbeziehung der zertifizierten Dysplasiesprechstunde im Klinikum der Stadt Wolfsburg.



Vor allem erhoffen sich die Partner mehr Sicherheit für Frauen. Ziel sei es nicht, den PAP-Test einzusparen, so Dziuk. Die Kostenanalyse ist erst der nächste Schritt. „Wir zahlen den niedergelassenen Gynäkologen 100 Euro für den Test. Daran können Sie erkennen, dass uns das Projekt eine Investition wert ist“, sagt Dziuk. Das Modell zielt zudem auf eine Steigerung der Treffsicherheit bei der Erkennung von erkrankten Frauen, die Steigerung der Teilnehmerate an Vorsorgeuntersuchungen, die Vermeidung von unnötigen Eingriffen zur Abklärung und die Senkung der Neuerkrankungen am Zervix-Karzinom.

Das Modell trifft laut Dziuk auf hervorragende Akzeptanz seitens der Kundinnen der Deutschen BKK und aller Frauenärzte in den Regionen. Von Februar 2006 bis Juli 2007 haben mehr als 12.000 Frauen von etwa 15.000 Frauen ab 30 Jahren den HPV-Test in Wolfsburg durchlaufen. Ein Ergebnis: Die Rate der Frauen mit einem aufklärungsbedürftigen Befund nach dem PAP-Abstrich ist von zehn auf sechs Prozent gesenkt worden. Die hohe Zahl der in der Dysplasiesprechstunde entdeckten Krebsfälle hat zudem hohe Aufmerksamkeit im Ausland hervorgerufen. Denkbar sei eine Ergänzung des Modells durch ein Modul

HPV-Impfung oder durch einen „Bestätigungstest“ für HR-HPV positive Frauen mit noch negativer Zytologie und prädiktiver Aussage, so Dziuk. Für die Weiterentwicklung wünscht sich Dziuk als Ökonomin allerdings auch aussagekräftiges Zahlenmaterial.



Harald Möhlmann, AOK Berlin: Perspektiven der gynäkologischen Praxis zwischen Regelversorgung und Tarifgestaltung

Eine der wesentlichen Rahmenbedingungen für die Gestaltung der Versorgung in der näheren Zukunft ist das Wettbewerbsstärkungsgesetz. Es bringt nach Einschätzung des Vorstandsbeauftragten der AOK Berlin Harald Möhlmann den Vertragswettbewerb im ambulanten Bereich wesentlich nach vorne. Möhlmann zeigt die vielfältigen Möglichkeiten der Vertragsgestaltung mit und ohne KV auf und kritisiert in diesem Zusammenhang, dass die Öffnung der Krankenhäuser für die hoch spezialisierte ambulante Behandlung keinen vertraglichen Gestaltungsspielraum bietet. „Zu unserem Leidwesen und zum Teil auch zum Leidwesen der niedergelassenen Ärzte in Deutschland entsteht auf diesem Feld eine Konkurrenz, die weder budgetiert ist, noch durch Verträge geregelt wird, sondern letztlich nach politischen Entscheidungen auf Landesebene dazu führt, dass ein Krankenhaus geöffnet wird“, so Möhlmann. Der verstärkte Wettbewerb wird sich nach seiner Einschätzung vor allem in Ballungsräumen entfalten. Im ländlichen Raum rechnet er dagegen mit wenig Vertragswettbewerb.

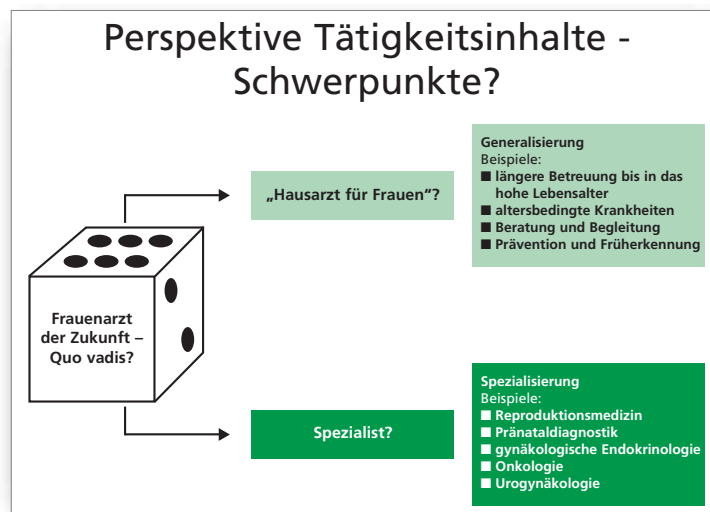
KRANKENKASSEN ALS PARTNER DER ÄRZTE

**BIRGIT DZIUK
UND
HARALD MÖHLMANN**

„Verträge brauchen Vertragspartner. Die Gynäkologen sind ein wichtiger Ansprechpartner“, so Möhlmann. Ihre Bedeutung leitet er vor allem daraus ab, dass sie nach den Allgemeinmedizinern und Praktikern die meisten ambulanten Behandlungsfälle verzeichnen. Wichtig seien sie auch wegen der Themen Onkologie, Medikamente, Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhauseinweisungen. Möhlmann räumt ein, dass Kassen und Gynäkologen auf manchen Feldern gegenteilige Interessen haben, so vor allem bei individuellen Gesundheitsleistungen und z.B. der Hormontherapie. Er hält es jedoch für unabdingbar, dass Gynäkologen in Ballungsräumen sich unter dem gestiegenen Wettbewerbsdruck neu positionieren. Sie stünden dabei vor der Wahl, ob sie „Hausarzt für Frauen“ oder Spezialist oder beides sein wollen. Generalisierung als Hausarzt bedeute längere Betreuung der Patientinnen bis in das hohe Lebensalter, die Behandlung altersbedingter Krankheiten, verstärkte Beratung, Begleitung, Prävention und Früherkennung. Für die Spezialisierung bieten sich aus Möhlmanns Sicht zum Beispiel Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik, gynäkologische Endokrinologie, Onkologie und Urogynäkologie an. Der Kassen-Ökonom weist darauf hin, dass die Handlungsoptionen nicht nur von den Ärzten selbst abhängen, sondern auch vom Umfeld bestimmt werden, und er zeigt einige Aspekte auf, die Ärzte als Vertragspartner für Krankenkassen interessant machen.

Ein Modell zur Entwicklung von Vertragsangeboten sei die Orientierung am Lebenszyklus der Frauen. Eine weitere Perspektive wäre die Orientierung einer gynäkologischen Praxis an der Ausgabenoptimierung. „Urogenitale Erkrankungen verursachen bei Frauen zwischen 45 und 65 Jahren Kosten bis zu zwei Milliarden Euro. Insofern ist hier Potenzial, zum Beispiel für mit den Krankenkassen abgestimmte Behandlungspfade“, so Möhlmann. Eine weitere Perspektive könne die Orientierung auf eine Verminderung der Mortalitätslast sein. Dabei sollten Gynäkologen die besondere Benachteiligung von Frauen bei Herz-Kreislauf-Krankheiten im Auge haben, rät Möhlmann.

Auch im Bereich der Verminderung von Arbeitsunfähigkeit empfiehlt er Ärzten, sich ihren Beitrag zu überlegen. In diesem Zusammenhang hält er die Orientierung einer Praxis auf besondere Therapiestandards bei urogenitalen Erkrankungen für vielversprechend. Weitere Perspektiven der gynäkologischen Praxis sieht der Ökonom zwischen Regelversorgung und Tarifgestaltung. So würden sich viele DMP-Brustkrebs-Patientinnen mehr psychologische Betreuung und bessere Information wünschen. Schließlich nennt er auch die Versorgung von Bewohnerinnen in Pflegeheimen. Eine Marktanalyse habe ergeben, dass rund 8000 Patientinnen in Berliner Pflegeheimen einen Gynäkologen bräuchten. „Das sind einige klare Ansatzpunkte zur Orientierung im Wettbewerb“, fasst Möhlmann zusammen.



Sein Fazit:

„Die zunehmende Wettbewerbsorientierung erfordert von allen Beteiligten im Gesundheitswesen sehr viel stärkere Verhaltensveränderungen als in der Vergangenheit. Dies betrifft sowohl Ärzte wie Krankenkassen um den Preis wirtschaftlicher Nachteile. Kassen werden ab 2009 sehr schnell bestraft werden, wenn sie sich nicht anpassen. Aber auch die gynäkologische Praxis ist, zumindest in Ballungsräumen, davon betroffen.“ Diesen Veränderungen sind weder Kassen noch Ärzte schutzlos ausgeliefert. Möhlmann abschließend: „Es gibt eine Vielzahl von Perspektiven für die gynäkologische Praxis und damit Gestaltungsmöglichkeiten. Nicht alles ist schon festgelegt. Lassen Sie uns darüber im vertragspartnerschaftlichen Sinn sprechen.“

KVEN ODER VERBÄNDE ALS VERTRETER DER ÄRZTE

**DR. KLAUS BITTMANN
UND
WOLFGANG VIETEN**

Wer vertritt die Ärzte in Verhandlungen mit Krankenkassen, nachdem das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen gefallen ist? Was können die KVen noch für ihre Mitglieder leisten? Antworten auf diese Fragen suchen der Geschäftsführer der KWVL Consult Wolfgang Vieten und der Vorsitzende des NAV-Virchowbunds Dr. Klaus Bittmann.

Ein Ruck muss durch die Ärzteschaft gehen, fordert Dr. Klaus Bittmann, Vorsitzender des NAV-Virchowbundes. „Die Zukunft hat bereits begonnen. In diesem Gesundheitssystem sind längst Akteure zugange, um die Versorgung anders zu gestalten als wir sie kennen“, so Bittmanns Diagnose der aktuellen Lage. Als Beispiel nennt er das größte Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) Polikum in Berlin. Die Träger planen weitere MVZ an anderen Orten. „Dahin geht die Entwicklung der Versorgung“, meint Bittmann. Der Vorteil am Polikum sei, dass es in ärztlicher Hand ist. Doch der NAV-Chef geht davon aus, dass sich Strukturen, die Franchisingssystemen in der Wirtschaft ähneln, auch im Gesundheitswesen etablieren werden. Mit der Bertelsmann Gruppe seien auf diesem Feld auch bereits internationale Player aktiv.



Dr. Klaus Bittmann, NAV Virchowbund: Abschied von alten Strukturen – Die neue Vielfalt der Anbieterseite

Aus Bittmanns Sicht schätzen viele Ärzte die Entwicklungen im Gesundheitswesen falsch ein. So habe eine Mitgliederbefragung des NAV-Virchowbunds gezeigt, dass die Ärzte 2007 weniger in Sorge um ihre Zukunft sind als 2002. Bittmann liest daraus ab, „dass es Politik, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen gelingt, der Ärzteschaft Hoffnungen zu machen, die meines Erachtens falsch sind“. Er verweist auf die Begrenzung der Ressourcen, den zunehmenden Zugriff des Staates auf das Gesundheitssystem und die immer stärker bedrohte Therapiefreiheit. Zudem verlieren die alten Selbstverwaltungsstrukturen aus seiner Sicht zunehmend an Tragfähigkeit. Seine Forderung: An die Stelle der geschwächten KVen müssten starke Berufsverbände treten.

Im Gegensatz zu den Ärzten, wisse die Politik sehr genau, wohin die Reise gehen soll, so Bittmann. Er geht davon aus, dass die wohnortnahe fachärztliche Versorgung politisch nicht mehr erwünscht ist. „Die Politik hält die Finanzmittel knapp, und stellt die sogenannte doppelte Facharztschiene als reinen Kostenfaktor dar“, so der NAV-Chef. Viele Niedergelassene könnten unter diesen Bedingungen ihre Geräte nicht mehr finanzieren und amortisieren und hätten dadurch im Wettbewerb Nachteile. „Die freiberufliche Ärzteschaft ist in einem staatlichen System sehr lästig. Das ändert die Politik, indem sie immer mehr Ärzte zu angestellten Ärzten macht“, so Bittmann. Frauenärzte haben in dieser Gemengelage nach seiner Einschätzung gegenüber anderen Fachärzten den Vorteil, dass sie als Hausärzte der Frauen gelten. „Hausärzte gelten als Basisversorger und haben damit die Politik auf ihrer Seite. Alles andere steht zur Diskussion.“

Doch Ärzte sollten auch die Brücken nutzen, die die Politik ihnen mit den letzten Gesetzen gebaut hat, meint Bittmann. Als Brücken betrachtet er die freien Verträge. Beispiel Integrierte Versorgung: „Das gibt uns die Möglichkeit, selbst zu steuern. Die sollten wir nutzen.“ Zudem seien diese Verträge eine Chance, den Einschränkungen der Regelversorgung zu entkommen. Kritik übt der ehemalige KV-Chef in diesem Zusammenhang an der ärztlichen Selbstverwaltung, die den Ärzten viele Freiheiten nehme. „Dabei brauchen wir die Freiheit, um uns zukunftsfähig positionieren zu können“, so Bittmann.

**KVEN ODER VERBÄNDE ALS
VERTRETER DER ÄRZTE**

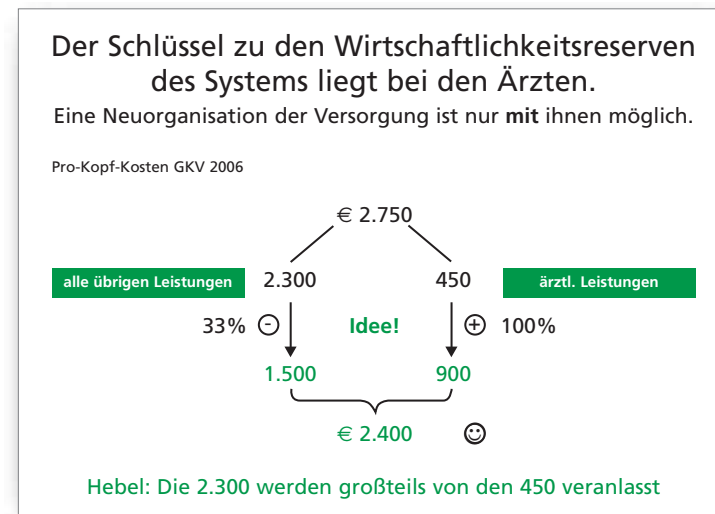
**DR. KLAUS BITTMANN
UND
WOLFGANG VIETEN**

Neben den Integrationsverträgen bieten aus seiner Sicht auch die indikationsbezogenen Verträge nach §73c SGB V Chancen für Fachärzte. Auch die Öffnung der Krankenhäuser nach §116b dürfe nicht nur als Bedrohung angesehen werden. Vielfach hätten Ärzte mehr Durchlässigkeit zwischen den Sektoren gefordert. Jetzt müssten sie selbst diese Öffnung gestalten, „gemeinsam mit Klinikern und anderen Anbietern“, so Bittmann. Weitere Möglichkeiten eröffnen aus seiner Sicht die neuen Sondertarife der Krankenkassen nach §53 SGB V. Sie würden dazu führen, dass Kassen bei den Ärzten Unterstützung suchen, um sich auch künftig noch im Wettbewerb profilieren zu können. Sein Fazit zur neuen Gesetzeslage: „Das Portfolio des Gesetzes ist bedrohlich und perfide, aber es enthält einige Elemente, die es Ärzten erlauben, Dinge selbst in die Hand zu nehmen, mit denen sie sich für die Zukunft rüsten können.“

Um diese Möglichkeiten zu nutzen, müssten Ärzte sich zusammenschließen, zum Beispiel in Genossenschaften, aber auch in ihren Berufsverbänden, meint Bittmann. Und die Verbände und Genossenschaften müssten sich wiederum mit anderen zusammenschließen. Komplexe Versorgungskonzepte könnten nicht mehr von Einzelnen oder von kleinen Gruppen organisiert werden. Daher appelliert Bittmann abschließend: „Wenn wir selbständig sein wollen, müssen wir die Versorgung selbst in die Hand nehmen. Dazu müssen sich die Ärzte zusammenschließen.“

„Die Politik wird sich Schritt für Schritt aus der Versorgungsverantwortung zurückziehen und das Feld zunehmend den Akteuren überlassen.“ Das erwartet Wolfgang Vieten von der KVWL Consult. Die Politik nagele deshalb den Deckel auf dem System fest, gebe innerhalb des Systems die Preise frei, verpflichte die Akteure zur Qualitätssicherung und überlasse Organisation und Kommunikation den Akteuren. Vieten rechnet vor: Von 2750 Euro Pro-Kopf-Kosten in der GKV entfallen demnach 450 Euro auf die niedergelassenen Ärzte. Die übrigen 2300 Euro werden von ihnen veranlasst, unter anderem mit Verordnungen und Krankenhauseinweisungen. Seine Schlussfolgerung: „Die niedergelassene Ärzteschaft hat jede Menge Mittel, um die Versorgung zusammen mit den Kassen neu und gut zu organisieren.“ Diese

Möglichkeit zu nutzen hält Vieten für dringend geboten, da der Anteil des Arzthonorars aus der KV-Versorgung seiner Einschätzung nach sinken wird.



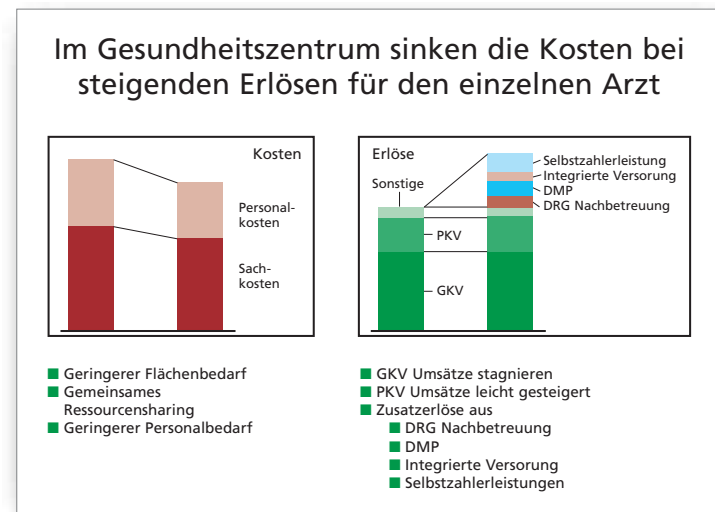
Als Unternehmensberater hat Vieten den Eindruck gewonnen, dass die Industrie viele Herausforderungen schon hinter sich hat, die dem Gesundheitswesen noch bevor stehen. Die größten Herausforderungen sind aus seiner Sicht Kostensenkung und Qualitätssicherung. Im Gesundheitswesen sieht Vieten vor allem die Integrierte Versorgung als Anzeichen dafür, dass die Denkart nach Wertschöpfungsketten auch im Gesundheitswesen eingeführt wird. Dabei sieht er Möglichkeiten, Kosten zu sparen. „Die einzelne Praxis ist durchrationalisiert. Da lassen sich keine Kosten mehr sparen, aber im Gesamtsystem gibt es Potenzial“, meint er. Von der Honorarreform erwartet Vieten auf lange Sicht, dass sie die strukturellen Unterschiede zwischen Privat- und GKV-Honorare aufhebt und dazu führt, dass Ärzte die Honorare für beide Bereiche exakt vergleichen können. „Dann werden Ärzte dahin gehen, wo sie mehr Geld bekommen“, so Vieten.

Wer jedoch die Umsätze nicht erhöhen könne, müsse die Kosten senken. „Diese Chance bietet sich, wenn ein Arzt die Einzelpraxis verlässt“, sagt Vieten. Ärztehäuser würden dem Kostensharing und damit der Gewinnsteigerung dienen. Sie hätten zudem medizinische Vortei-

KVEN ODER VERBÄNDE ALS VERTRETER DER ÄRZTE

**DR. KLAUS BITTMANN
UND
WOLFGANG VIETEN**

le, zum Beispiel durch das unkomplizierte Einholen einer Zweitmeinung. Der Trend aus Vietens Sicht: Im Jahr 2011 wird es rund 2000 MVZs geben, davon die Hälfte in Trägerschaft von Krankenhäusern. Erfolgsfaktor von MVZs sind angestellte Ärzte. Die Versorgung werde zu 53 Prozent durch Gemeinschaftspraxen, zu sieben Prozent durch MVZs, aber auch noch zu 40 Prozent von Einzelpraxen gestaltet werden. „Ich halte den Arzt für einen geborenen Einzelkämpfer, und manch einer wird das auch bleiben“, sagt Vieten. Nicht jeder Arzt muss seiner Meinung nach kooperieren, er müsse dann aber die richtige und gute Nische finden, um zu überleben.



Bei Integrierter Versorgung (IV) verfolgen die Kassen nach Vietens Einschätzung drei Strategien: Sie werden IV auch nach dem Ende der Anschubfinanzierung weiterfinanzieren, denn die Anschubfinanzierung werde überflüssig, sobald es Festpreise gebe. Das regle dann der Markt. Die Kassen werden nach Vietens Meinung nur solche Verträge abschließen, die einen messbaren Vorteil für den Patienten haben. Und sie werden Versorgungsformen, die sich in der IV bewähren auf die Regelversorgung übertragen. IV-Verträge für die Behandlung des diabetischen Fußes oder für Palliativmedizin sind aus seiner Sicht Beispiele dafür, dass die Kassen mit IV Versorgungsfelder aufgreifen, die in der Regelversorgung zu kurz kommen, weil sie unterfinanziert sind. Zu sehen sei aber auch, dass IV von Kassen zur Ver-

besserung der Wirtschaftlichkeit oder als Marketinginstrument eingesetzt wird.

Die Gesamtentwicklung in Sachen Integrierter Versorgung macht aus Vietens Sicht eine Zersplitterung der Vertragslandschaft deutlich. „Wir haben immer mehr Verträge aber immer weniger Versicherte und immer weniger Finanzmittel pro Vertrag“, sagt der Arzt und Unternehmensberater. Er weist aber auch darauf hin, dass viele Verträge gar nicht gelebt würden. Dazu würden die Ärzte gebraucht. Doch: „Die Ärzte haben die Bürokratie bis zum Hals stehen.“ Bisher hatten sie GKV-Patienten und PKV-Patienten, jetzt komme zusätzlich der IV-Patient, für den die meisten Arztpraxen administrativ nicht eingerichtet seien. Daran scheitere die Mitwirkung der Ärzte häufig. Das sei der Ansatzpunkt der KV Consult, den Ärzten Instrumente zur Verfügung zu stellen, mit denen sie an IV einfach mitwirken können.



Wolfgang Vieten, KVWL Consult GmbH: Gelebte Vielfalt – Optionen für den Gynäkologen

KONTRAZEPTION UND
GYNÄKOLOGIE –
EINE VERBINDUNG MIT
ZUKUNFT?

GÜNTER ROSEN



Günter Rosen, Grünenthal GmbH

Das Thema Verhütungsformen ist mit Pille, Spirale und natürlicher Geburtenplanung aus Sicht Günther Rosens, Kommunikationstrainer der Grünenthal GmbH, weitgehend abgedeckt. „Es gibt keinen dringenden Bedarf nach neuen Verhütungsformen“, stellt er fest. Auch der Bereich der hormonalen Kontrazeption sei überschaubar und in sich geschlossen. Alle Pillen enthalten Ethinylestradiol. Dabei habe sich eine Dosis von 30 Mikrogramm bewährt. Die meisten Frauen scheinen also mit dem Östrogenanteil klarzukommen, meint Rosen in Übereinstimmung mit den Tagungsteilnehmern, die er dazu befragt. Auch mit Blick auf den zweiten Bestandteil von hormonalen Kontrazeptiva, die Gestagene, stellt Rosen fest, dass es lange keine Neuentwicklungen gab. Selbst das neueste Gestagen sei bereits seit sechs Jahren zugelassen. Rosen will wissen, ob Ärzte im Bereich der Gestagenwirkungen noch entscheidende Verbesserungen erwarten oder ob das ausreichend ist, was auf dem Markt ist. Er lässt abstimmen und kommt zu dem Ergebnis: „Wenn es neue Gestagene gibt, werden sie angenommen und eingesetzt. Ich entnehme dieser Antwort aber auch, dass Sie sich keinen großen Wandel versprechen.“

Die „Pille für den Mann“ hält Rosen aus zwei Gründen nicht für eine Zukunftsoption. Zum einen stellen die Firmen, die daran arbeiten, die Entwicklung nach und nach ein. Zum zweiten sieht Rosen ein Glaubwürdigkeitsproblem: „Welche Frau vertraut denn einem Mann, der ihr versichert, dass er verhütet...?“ Daher leitet Rosen ab: „Die Pille für den Mann wäre ein Flop, wenn sie auf den Markt käme.“ Und er verweist in diesem Zusammenhang auch auf ausländische Migrantinnen und Migranten, bei denen es dafür keinerlei Absatzmöglichkeit gebe. Seine Einschätzung: „Moderne Kontrazeption, wie sie angeboten wird, ist alternativlos. Sie ist ausgereift und vor allem komplikationslos.“

Eine Publikumsumfrage ergibt, dass die Mehrzahl der Gynäkologen im Saal davon ausgeht, dass sie Patientinnen künftig an Allgemeinmediziner, Praktiker und Internisten verlieren werden. Eine Möglichkeit diesem Trend entgegenzusteuern und Patientinnen an die Praxis zu binden, sieht ein Arzt darin, junge Mädchen in die Praxis zu ziehen. Dazu wird die HPV-Impfung als geeignetes Instrument angesehen. Rosen verweist zudem auf die Möglichkeit einer Mädchen-Sprechstunde. „Wenn Sie junge Mädchen in die Praxis kriegen, können Sie mehrere Fliegen mit einer Klappe schlagen“, sagt er und verweist auf die hohe Zahl von Schwangerschaften bei Minderjährigen. 2002 seien die Hälfte von 14.000 Schwangerschaften bei Minderjährigen abgebrochen worden.

Kontrazeption und Gynäkologie-
Eine Verbindung mit Zukunft?

„Aufgeklärt – doch ahnungslos“

Schockierende Fakten:

- Über 14.000 Schwangerschaften bei Minderjährigen mit über 7000 Abbrüchen¹
- Jede zehnte 14-Jährige und jede vierte 15-Jährige hatte schon Geschlechtsverkehr²

18% verhüten nicht beim ersten Mal²



1) Statistisches Bundesamt 2004, 2) BZGA 2002

KONTRAZEPTION UND GYNÄKOLOGIE – EINE VERBINDUNG MIT ZUKUNFT?

GÜNTER ROSEN

Rosen sieht bei den Mädchen den Bedarf nach einem Gesprächsangebot. „Das ist der Ansatzpunkt, um die jungen Mädchen in die Frauenarztpraxis zu holen. Denn das leistet der Praktiker nicht“, so Rosen. Das Gesprächsangebot müsse aber über Schwangerschaften und Abbruch hinausgehen, meint er. Dabei ist die ärztliche Schweigepflicht, die Vertraulichkeit des Gesprächs auch gegenüber den Eltern garantiert, aus seiner Sicht ein entscheidendes Argument.

Solch ein Angebot sei ärztlich sinnvoll. Doch Rosen weist darauf hin, dass es nicht reiche Arzt zu sein. „Sie sind auch Unternehmer,“ sagt der Grünenthal-Trainer und -Praxisberater. Ein Unternehmer müsse sich nicht nur am Markt positionieren, sondern sein Angebot auch vermarkten. Ärzte sollten dabei die Rolle ihrer Helferinnen nicht unterschätzen. „Wenn Sie eine Mädchen-Sprechstunde anbieten, dann müssen Sie sie auch verkaufen. Dabei spielt das Team die entscheidende Rolle, denn das Mädchen sieht zuerst das Team, bevor es den Arzt sieht.“ Ein motiviertes Team sei daher für jede Praxis ein Gewinn.

Rosen fordert die Ärzte zudem auf, als Unternehmer ihre Unternehmen auch bekannt zu machen. So könnte das Vorstellen einer Mädchen-Sprechstunde aus seiner Sicht an den Schulen stattfinden. „Die Schulen rufen danach“, sagt er. Außerdem sei eine Mädchen-Sprechstunde nur eine Möglichkeit von vielen. Dabei müsse der Frauenarzt nicht stehen bleiben. „Sie können Angebote für jede einzelne Gruppe machen“, so Rosen. Für denkbar hält er zum Beispiel spezielle Angebote für Schwangere oder für Frauen, die eigentlich nur zur Krebsvorsorge kommen. In jedem Fall müsse der Arzt zukünftig seinen Patientinnenstamm sehr genau analysieren und aus dieser Analyse das eigene Praxisprofil und die entsprechenden Angebote entwickeln, rät der Grünenthal-Experte.



Günter Rosen zeigt den Weg auf



„ÄRZTE WERDEN SICH
IN GRÖßEREN
STRUKTUREN ZUSAMMEN-
FINDEN MÜSSEN“

ALBRECHT KLOEPFER
IM GESPRÄCH MIT
RONNY HILDEBRANDT



Albrecht Klopfer (links) im Gespräch mit Ronny Hildebrandt (rechts)
über die Zukunft der Frauenarztpraxis

Klopfer: Herr Hildebrandt, wie schätzen Sie derzeit die Stimmung der niedergelassenen Ärzte ein? Werden eher die Chancen gesehen, oder ist die Situation derart komplex geworden, dass die Tendenzen zur Resignation überwiegen?

Hildebrandt: Die rechtliche Situation ist ja zunächst einmal relativ eindeutig: Der Gesetzgeber hat jetzt die Möglichkeit geschaffen, als Leistungserbringer abseits der bekannten Regelversorgung – d.h. jenseits der Sicherstellung durch die KV – direkt mit Krankenkassen Verträge zu schließen, sei es im Rahmen der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V, sei es als Integrationsvertrag nach § 140a-e SGB V. Das wird über kurz oder lang dazu führen, dass ein Großteil dessen, was jetzt noch in die Gesamtvergütung einfließt, zukünftig für solche Verträge zur Verfügung gestellt werden muss. Bei den Einzelverträgen nach § 73c ist es ja bereits jetzt so, dass die entsprechenden Gelder der Regelversorgung entzogen werden, bei den IV-Verträgen nach § 140 gibt es im Moment noch die Anschubfinanzierung, aber dieser Zuschuss wird irgendwann auslaufen, und dann werden die entsprechenden Finanzen auch hier der Regelversorgung direkt entzogen. Die Tendenz ist also klar: Der Topf, der für die Regelversorgung zur Verfügung steht, wird in Zukunft immer kleiner werden. Ein Arzt, der also von den neuen Möglichkeiten keinen Gebrauch macht, für den wird letztlich weniger

Geld zur Verfügung stehen. Im Jahr 2011 soll bereits die Hälfte der Versorgungsmittel über Individualverträge bereitstehen, also nur noch 50% der bisherigen Mittel für die Regelversorgung. Ärzte, die sich auf diese Situation nicht vorbereiten, werden ganz klar zu den Verlierern dieser Entwicklung gehören.

Klopfer: Der einzelne Arzt wird ja in dieser Situation kaum Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse werden. In welche Netzwerke und Verbände sollte er also seine Praxis einbetten, um sich auf diese Situation vorzubereiten?

Hildebrandt: Tatsächlich sind wechselseitige Individualverträge viel zu kompliziert und für keine der beiden Seiten zu überblicken. Man wird sich also in größeren Strukturen zusammenfinden müssen. Das ist Voraussetzung dafür, um als Vertragspartner für Kassen attraktiv zu werden. Dafür gibt es im Prinzip aus meiner Sicht zwei Möglichkeiten: Entweder der Leistungserbringer selbst erreicht eine gewisse Größe, um attraktiver Vertragspartner für Kassen zu werden – bestes Beispiel: das „Polikum“, das wir zum Auftakt unserer Tagung besucht haben – oder aber Einzelpraxen schließen sich zu einem Netzwerk, zu einem Verbund zusammen, der dann federführend die Vertragsverhandlungen mit den Kassen führt.

Klopfer: Das muss doch aber auch dazu führen, dass der Arzt in mehreren Netzwerken verankert sein sollte. Beispielsweise könnte er in einem, sagen wir horizontalen Netzwerk eher integrativ und regional mit mehreren anderen Facharztgruppen gemeinsam agieren, andererseits müsste es eine eher vertikale und überregionale Vernetzung beispielsweise über den jeweiligen Berufsverband geben. Nur so wäre er dann doch auf mehreren Ebenen ein interessanter Vertragspartner.

Hildebrandt: Das macht aus meiner Sicht Sinn, weil die Potenziale einer Praxis tatsächlich nicht allein auf die eigene Fachgruppe beschränkt werden sollten. Gerade bei Integrationsverträgen ist es natürlich für die Kassen ein großer Vorteil, wenn sie bereits auf ein interdisziplinäres Netz zurückgreifen können.

„ÄRZTE WERDEN SICH IN GRÖßEREN STRUKTUREN ZUSAMMEN- FINDEN MÜSSEN“

ALBRECHT KLOEPFER
IM GESPRÄCH MIT
RONNY HILDEBRANDT

Kloepfer: Und die andere Richtung: Wie soll sich der Arzt selber in seiner Praxis organisieren, um interessanter Netzwerkpartner zu werden? Mit anderen Worten: Wie sollte aus Ihrer Sicht der „Unternehmer Arzt“ sein „Unternehmen Praxis“ entwickeln, um ein attraktiver Partner für möglichst vielfältige Vernetzungsoptionen zu sein?

Hildebrandt: Da gibt es sicher keine Patentrezepte. Gerade im hausärztlichen Bereich ist es aus meiner Sicht kein Problem, wenn ein Arzt seine Praxis auch in Zukunft als Einzelpraxis fortführt. Anders sehe ich das bei sehr technisch orientierten Fachrichtungen, beispielsweise Radiologen, Nuklearmediziner, Kardiologen – also Fachrichtungen, die auch erhebliche Anschaffungskosten haben. Hier macht aus meiner Sicht sehr viel mehr Sinn, sich auch innerhalb der Praxis zu einer größeren wirtschaftlichen Einheit zusammenschließen – egal ob das in Form einer Gemeinschaftspraxis oder in Form eines Medizinischen Versorgungszentrums geschieht. Denkbar ist hier natürlich auch, dass ein Arzt, der sein eigener „Chef“ und selber Herr im Haus bleiben möchte, andere Ärzte anstellt.

Kloepfer: Wenn Sie auf der einen Seite den Hausarzt nennen und auf der anderen den hochspezialisierten Facharzt – wo stehen da die Gynäkologin, der Gynäkologe?

Hildebrandt: Das hängt natürlich sehr stark von der Ausrichtung der gynäkologischen Praxis ab. Wir haben ja in unserer Tagung die anwesenden Ärzte gefragt, wo sie sich selber sehen: Eher als „Hausarzt der Frauen“ oder eher als Spezialist? Und die Antwort war, denke ich, symptomatisch: Eher in der Mitte, also zwischen beiden Ausrichtungen. Ich würde allerdings die gynäkologische Praxis als einen Teil der ambulanten Versorgung sehen, für den es tatsächlich eher Sinn macht, zu wachsen und größer zu werden, um auch im Sinne der KV-rechtlichen Zulassung größer zu sein, als der Einzelarzt. Unerlässlich dafür ist aber die Weiterentwicklung der unternehmerischen Kompetenz des Arztes, sowie die Flankierung mit einem im Gesundheitswesen kompetenten Beratungsteam aus Steuer-, Rechts-, und Wirtschaftsfachleuten. Ein Garantiehonorar der KV wird es jedenfalls in Zukunft nicht mehr geben.



9 . Ü B E R D I E R E F E R E N T E N

DIE REFERENTEN ZUR 2. KLAUSURTAGUNG FRAUEN(ARZTPRAXIS) DER ZUKUNFT

Dr. Klaus Bittmann
Berlin
Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.

Birgit Dziuk
Wolfsburg
Controlling und Versorgungsmanagement - Bereichsleitung
Versorgungsprojekte
Deutsche BKK Wolfsburg Körperschaft des öffentlichen Rechts (KdöR)

Dipl.-Med. Ulrich Freitag
Wismar
Institut für Prävention und Gesundheitsförderung M-V GmbH

Dr. Ronny Hildebrand
Berlin
RAe Dierks & Bohle

Franz Knieps
Berlin
Leiter Abteilung "Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung"
Bundesministerium für Gesundheit

Harald Möhlmann
Berlin
Beauftragter des Vorstandes
AOK Berlin - Die Gesundheitskasse

Mechthild Rawert
Berlin
MdB, Ausschuss für Gesundheit
SPD

Günter Rosen
Aachen
Grünenthal GmbH

Wolfgang Vieten MD
Dortmund
Geschäftsführer
KVWL Consult GmbH

Redaktion:
Dr. Albrecht Kloepfer
Berlin
Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

2. KLAUSURTAGUNG FRAUENARZT(PRAXIS) DER ZUKUNFT

„Gemeinsam lernen – gemeinsam die Zukunft gestalten“

Berlin/Potsdam
14. – 15. September 2007

Quer durch die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Gesetzgebungsprojekte in den Jahren 2006 und 2007 zeichnen sich zwei Trends ab: Eine stärkere Liberalisierung der Versorgungsstrukturen sowie der Vertragsgestaltung auf der einen Seite und eine zunehmende Zentralisierung der Finanzierung auf der anderen Seite. Die Schaffung größerer struktureller Einheiten auf Leistungserbringerseite, die den Kostenträgern als gleichberechtigte Partner in einem zukünftigen Vertragswettbewerb gegenüberreten, lässt sich als eines der wesentlichen Ziele der gegenwärtigen politischen Entscheidungsträger ausmachen.

Was bedeuten diese Trends für die zukünftige gynäkologische Versorgung? Welche Rolle spielen Gynäkologinnen und Gynäkologen zukünftig in einer veränderten Leistungserbringer-Landschaft und wie können sie sich diesen Herausforderungen erfolgreich stellen? Diese und andere Fragen wurden im Rahmen einer Klausurtagung diskutiert. Der vorliegende Berichtsband dokumentiert die wichtigsten Aussagen der Referenten und Diskussionsteilnehmer.

Grünenthal GmbH - Gesundheitsmanagement - 52099 Aachen - www.grunenthal.de



Gesundheitsmanagement