

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



Dr. Klaus König
Dr. Albrecht Kloepfer

1. KLAUSURTAGUNG FRAUENARZT(PRAXIS) DER ZUKUNFT

„Gemeinsam lernen – gemeinsam die Zukunft gestalten“

Frankfurt/Mörfelden
4. – 5. Mai 2007

1. KLAUSURTAGUNG FRAUENARZT(PRAXIS) DER ZUKUNFT

„Gemeinsam lernen – gemeinsam die Zukunft gestalten“

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Dr. Klaus König, Dr. Albrecht Kloepfer:

1. Klausurtagung

Frauenarzt(Praxis) der Zukunft

Gemeinsam lernen – gemeinsam die Zukunft gestalten

Berichtsband

ISBN 3 - 9810342 -1 - X

© 2007, GRÜNENTHAL GMBH

Geschäftsbereich Deutschland/Gesundheitsmanagement, 52099 Aachen

Redaktion: Dr. Albrecht Kloepfer,

Büro für gesundheitspolitische Kommunikation, Berlin

Verlag: Fromm & Fromm GmbH, Medizinischer Fachverlag, 65549 Limburg

Gestaltung: Communication & Advertising, Grüenthal GmbH

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

I N H A L T



1 Vorwort	
Norbert van Rooij	4 – 5
2 Fragen zum Auftakt	
an Dr. Klaus König	6 – 9
3 Thesen zur Situation	
Dr. Dominik Graf von Stillfried	10 – 13
4 Status quo	
Bericht zu den Referaten von Prof. Dr. Dr. Konrad Obermann und Dr. Klaus König	14 – 19
5 Kassen – Konfrontation oder Integration?	
Bericht zu den Referaten von Dieter Hebel und Hardy Müller	20 – 25
6 Strategische Grundlagen für die Frauenarztpraxis der Zukunft	
Bericht zu den Referaten von RA Hans-Joachim Schade Prof. Dr. Rainer Riedel	26 – 31
7 Neue Formen, neue Potenziale	
Bericht zu den Referaten von Dr. Conrad Felixmüller Dr. Marie-Luise Heskamp	32 – 37
8 Fragen zum Schluss	
an Dr. Klaus König	38 – 40
9 Über die Referenten	42

Norbert van Rooij

Leiter
Gesundheitsmanagement,
Grünenthal GmbH

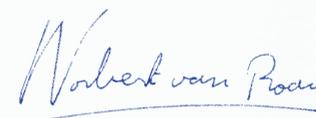


Für Versicherte und Patienten, aber auch für Ärzte und alle anderen Akteure im Gesundheitswesen brechen mit der aktuellen Gesundheitsreform neue Zeiten an: Mehr Wettbewerb, mehr Eigenverantwortung und mehr Kooperation hat die Politik dem Gesundheitssystem und seinen Beteiligten verordnet. Quer durch die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Gesetzgebungsprojekte der vergangenen Monate zeichnen sich dabei 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 Leistungserbringerlandschaft und wie können sie sich diesen Herausforderungen erfolgreich stellen? Diese und andere Fragen wurden im Rahmen einer Grünenthal-Klausurtagung „Frauenarzt(praxis) der Zukunft“ im Mai 2007 in Frankfurt erörtert.

Als innovativer Hersteller hochwertiger Arzneimittel steht Grünenthal von jeher in engem Austausch mit allen Beteiligten der medizinischen Versorgung. Es lag daher nahe, mit dieser Kompetenz auch anderen Akteuren zu helfen, miteinander ins Gespräch zu kommen. Die Grünenthal GmbH freut sich, den sechzig teilnehmenden Frauenärztinnen und -ärzten und allen, die nicht dabei sein konnten, mit der vorliegenden Dokumentation die Ergebnisse dieser erfolgreichen Tagung präsentieren zu können.

Aachen, im September 2007



i. V. Norbert van Rooij
Leiter Gesundheitsmanagement

E-MAIL-INTERVIEW

Dr. Klaus König
beantwortet Fragen von
Dr. Albrecht Kloepfer

TEIL 1 (vor der Tagung)

Kloepfer: Mit dem sogenannten Wettbewerbsstärkungsgesetz wird eine neue, einzelvertraglich organisierte Versorgungsebene zusätzlich zur Regelversorgung etabliert. Inwieweit wird dies Auswirkungen auf die alltägliche Arbeit des einzelnen Arztes in seiner Praxis haben?

König: Diese Einzelvertragsregelung wird ja immer nur mit einer Kasse oder einer Kassenart geschlossen, und der einzelne Arzt wird auf diese Weise unterschiedliche Verträge haben. Die Kassen werden auch nicht mit allen Praxen verhandeln, sondern die für sie geeigneten aussuchen. Einige werden leer ausgehen. Die Frage ist, ob sie sich eines Berufsverbandes bei der Suche als Ansprechpartner bedienen, der schon eine Organisationsform hat, oder ob sie sich auf ihre eigenen Auswahlkriterien verlassen. Die Frauenärzte sind in jedem Fall gut beraten, ein weites fachliches Spektrum vorzuweisen, um ein attraktiver Partner für die Kassen zu sein. Der einzelne Patient wird hierbei weitere Wege in Kauf nehmen müssen, da seine Kasse nicht mit allen Frauenärzten einen Vertrag abschließen wird. Vielleicht muss er auch den Arzt wechseln, um bei der Kasse zu bleiben, oder auch die Kasse, um beim Arzt zu bleiben. Man wird aber sehen, ob bei dem einzelnen Frauenarzt auch alle seine vorgehaltenen Leistungen von der Kasse vertraglich geregelt werden.

Kloepfer: Nach meiner Einschätzung wird es den Kassen zu mühsam sein, sich selbst an die Vorselektierung geeigneter Vertragspartner zu machen (und sie werden auch das Know-how dafür nicht haben). Wie könnte und sollte der einzelne Arzt auf sich und seine Potenziale aufmerksam machen – über lokale interdisziplinäre Ärztenetze, über ärztliche Wirtschaftszusammenschlüsse (Genossenschaften, Medi etc.), über die Fachverbände?

König: Den Berufsverbänden kommt hier eine zentrale Rolle zu, und wir haben auch vorgesorgt. Dazu einige Beispiele aus Hessen: Durch unsere Bezirksvertreter und Stellvertreter habe ich eine direkte Verbindung zu ganz Hessen. Dazu eine enge Kommunikation über E-Mail sowie zweimal jährlich ganztägige



Das Interview mit Dr. Klaus König, (rechts) Berufsverband der Frauenärzte e. V., Vorsitzender des Landesverbandes Hessen, führte Dr. Albrecht Kloepfer (links), Büro für gesundheitspolitische Kommunikation, Berlin

Sitzungen. 80 % der Frauenärzte sind Mitglied im BVF. Bundesweit halten wir unter Leitung des Vorstandes zahlreiche AGs vor – Integrierte Versorgung, Impfen, neue Betätigungsfelder, Honorar, usw. –, in denen wir Verträge sowie Betätigungsfelder und Anforderungen vorbereiten können. Die Landesvorsitzenden haben alle Kontakt zu den Krankenkassen, sind KV-erfahren und haben selber schon einige IV-Verträge abgeschlossen. Zudem steht uns eine funktionierende Geschäftsstelle mit Hauptgeschäftsführer und Juristin zur Verfügung. Kein Ärztenetz und kein sonstiger Verbund besitzt diese Professionalität. Alternativ zu den Berufsverbänden bieten sich Genossenschaften an, nur gibt es nicht viele davon. Ärztenetze kennen ihre Mitglieder sehr gut, sind aber eher in kleinerem Rahmen regional angesiedelt. Laut Gesetz sollen aber Verträge landesweit gelten. Insgesamt sehe ich diesen Verträgen gelassen entgegen – wir sind darauf vorbereitet.

Kloepfer: Sie werden aber den Kassen nicht nur das Leistungsspektrum vorselektieren müssen, sondern auch die Qualität. Sie bekommen

E-MAIL-INTERVIEW

Dr. Klaus König
beantwortet Fragen von
Dr. Albrecht Kloepfer

TEIL 1 (vor der Tagung)

also den Schwarzen Peter zugeschoben, innerhalb Ihrer Mitglieder eine Auswahl treffen zu müssen. KBV-Chef Andreas Köhler umschrieb das neulich mit den Worten „Wir werden in Zukunft nicht mehr alle Ärzte gleich lieb haben können!“ – wie wollen Sie mit dieser Zwickmühle umgehen?

König: Das stellt sich für uns nicht als Problem dar, da wir schon seit einiger Zeit in dieser Richtung arbeiten. Wir haben tatsächlich nur Erfolg, wenn wir den Kassen qualifizierte Leistung anbieten; diese muss dann aber auch dementsprechend honoriert werden. Begonnen haben wir in Hessen mit dem DMP ohne KV, wo wir für die Kollegen, die Mammasonographie durchführen, eine Erhöhung der Zuwendungen erreicht haben.

Zurzeit liegt bei der BEK ein IV-Vertrag zur Prüfung zur Betreuung der Schwangerschaft, bei dem der höher qualifizierte Ultraschaller mehr Honorar bekommt. Der Berufsverband selber schult seine Mitglieder in der Sonographie, um eine breitere Qualifizierung zu erreichen, mit dem Sonotrainer, der in Deutschland von Bundesland zu Bundesland weitergereicht wird unter dem Management der FBA, einer Tochtergesellschaft des BVF. Qualitätsmanagement haben inzwischen bereits 4.000 - 5.000 Frauenärzte durchlaufen, da wir wussten, dass es Pflicht werden sollte. Wir, der BVF, wissen, dass wir nur mit Qualität weiterkommen. Wir haben dies auch unseren Mitgliedern gesagt und sie aufgefordert, möglichst viele Qualifikationen zu erreichen. Immerhin ist der Frauenarzt gewohnt, Qualitätssicherung durchzuführen: Zytologie, Radiologie, Sonographie, die von den KVen angefordert wird. Selbst bei der IGeL-Leistung Nackentransparenz (NT) wird eine jährliche Qualitätskontrolle verlangt.

Man kann also nur sagen: Wer nicht mitmachen will, lässt es.



Dr. Klaus König im Gespräch

THESEN ZUR SITUATION

I. Thesen zur Gestaltung des GKV-Systems

Dr. Dominik Graf von Stillfried

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung steht vor einem radikalen Umbau. Symptom dieses Paradigmenwechsels ist der Vertragswettbewerb. Dem Wettbewerb im Gesundheitswesen wird damit ein nahezu unbegrenztes Vertrauen entgegengebracht – auch wenn Belege für seine erfolgreiche Wirksamkeit nicht angeführt werden können. Wir bewegen uns damit auf eine Welt zu, die wir noch nicht genau kennen.

Das WSG ist nur ein Baustein in einem 10- bis 15-jährigen Prozess. Das einheitliche Leistungsversprechen der GKV wird durch differenzierte Tarife abgelöst, die von wenigen Versicherungskonzernen angeboten werden. Das Prinzip einer gleichwertigen Versorgung und eines gleichberechtigten Zugangs zur Versorgung gehört damit der Vergangenheit an. Diese Entwicklung läuft unabhängig von allen Vereinheitlichungstendenzen, die – Beispiel Spitzenverband der Krankenkassen – zugleich im Kollektivvertragsgeschäft die Versorgungsangebote nivellieren.

Da für die Krankenkassen mit dem Fonds die Kostensenkung bei den sogenannten schlechten Risiken im Vordergrund stehen muss, wird es zu industrieartig aufgestellten Anbieterkonsortien kommen, die den Versicherungen vor allem für ihre hochpreisigen Versichertengruppen Versorgungstarife anbieten, die deutlich unterhalb der derzeitigen Volumen liegen. Damit wird auf lange Sicht der „Tante-Emma-Praxis“ die Grundlage für eine gesicherte wirtschaftliche Existenz entzogen.

Stattdessen entsteht ein „Markt“ für differenzierte, räumlich abgegrenzte Versorgungsaufträge. Anbieterkonsortien werden zukünftig um Zuschläge für regionale Versorgungsaufträge konkurrieren. Die Versicherungen spiegeln damit nicht mehr die Versorgungsrealität von heute wider, sondern in der Zukunft gibt es eine Art „Tarifmanager“, dessen Aufgabe es ist, auf dem Anbietermarkt – ähnlich wie auf einer Börse – Versorgungszertifikate zu erwerben. Der Tarifmanager ist dafür verantwortlich, dass das Preis-Leistungs-Verhältnis innerhalb eines Tarifes



Dr. Dominik Graf von Stillfried

stimmt, über die Tarifgrenzen hinweg wird es jedoch zu völlig unterschiedlichen Versorgungsangeboten kommen.

Versichertenbindung wird zu einem strategischen Instrument für die Anbieterseite. Dies erfordert unterschiedliche „Produktdefinitionen“ für unterschiedliche Patientengruppen. In diesem Spiel werden die kleineren Krankenkassen zunehmend an Bedeutung verlieren, weil sie mit ihren verhältnismäßig kleinen Versichertenkollektiven nicht in der Lage sein werden, ihren Versicherten entsprechend ausdifferenzierte Versorgungsprodukte und -tarife anbieten zu können. Vor diesem Hintergrund wird die Regionalisierung der Kassenstrukturen abnehmen, während zugleich die Regionalisierung der Anbieterstrukturen zunimmt. Das Gesundheitssystem der Zukunft wird sich also segmentieren in einen großen Markt der räumlich aufgeteilten Versicherungsverträge.

II. Thesen zur Veränderung des Umfelds

Die Versorgungslandschaft in Deutschland wird uneinheitlicher. Weitreichende Folgen von Demographie und Migration müssen in der Planung von Praxen berücksichtigt werden. Es wird Abwanderungs-

THESEN ZUR SITUATION

Dr. Dominik Graf von Stillfried

und Zuwanderungsregionen geben. Damit verzerren sich die derzeit vorherrschenden demographischen Entwicklungen: In Abwanderungsregionen wird sich eine extreme Beschleunigung der Überalterung bei gleichzeitiger Abnahme des Bildungsniveaus vollziehen, in Zuwanderungsregionen wird sich die Überalterung verlangsamen bei gleichzeitigem Ansteigen des Bildungsniveaus. Folge: In den Ballungsräumen wird die Wettbewerbsintensität zunehmen, in strukturschwachen Regionen wird man sich dagegen kreative Angebote überlegen müssen, um die Versorgung überhaupt noch aufrechterhalten zu können. Dies alles wird bei einer zukünftigen Praxisplanung zu berücksichtigen sein.

Eine Praxis ist ein Unternehmen. Das Unternehmenskonzept entscheidet über den Kapitalzugang, und dieser Kapitalzugang wird zum Engpassfaktor – nicht nur in der Planung, sondern auch in der Weitergabe von Praxen. Der Frauenarzt der Zukunft muss sich also gerade vor dem Hintergrund der Lage und der damit verbundenen spezifischen demographischen Veränderungen sehr genau überlegen, wie seine Patientenstruktur aussehen wird und welche Kooperationsnetze er angesichts der infrastrukturellen Gegebenheiten aufspannen muss. Banken werden – vor allem angesichts von „Basel II“ – zunehmend ein Auge darauf haben, ob die jeweiligen Konzeptionen sowohl für den Betrieb als auch für die spätere Veräußerung einer Praxis tragfähig sind.

Rollenverständnis und Lebensplanung von Ärzten werden differenzierter. Das heute noch maßgebliche Modell der 1960er Jahre wird 2020 nur noch randständige Bedeutung haben. Die ambulante Versorgung wird zukünftig in wesentlich stärkerem Maße von Frauen aufrechterhalten werden. Daraus folgt, dass die Nachfrage nach flexiblen Arbeitszeiten deutlich zunehmen wird. Zudem wird das Arztbild der Zukunft nicht mehr vom rund um die Uhr verfügbaren medizinischen Patientenbetreuer geprägt sein (Stichwort „work-life-balance“), sondern von stärker geregelten Arbeitszeiten. Auch hier ist der Praxisinhaber als Unternehmer – und als Arbeitgeber – gefordert.

III. Thesen zur Rolle der KV

Die Regionalgrenzen der KVen werden für Ärzte und Krankenkassen immer unwichtiger. Der „Konsortialwettbewerb“ verwischt zudem

die Sektorengrenzen. Kassenärztliche Vereinigungen werden damit ganz erhebliche Teile ihres Umsatzes verlieren. Das wird zu Fusionen auch innerhalb des KV-Systems führen. Darüber hinaus ist das KV-System darauf angewiesen, durch die Nutzung von Synergien (beispielsweise bei der Vertragsentwicklung und bei der Abrechnung) die Effizienz der eigenen Arbeit zu erhöhen.

Das KV-System muss Interessenvertretung neu definieren: Die KV bietet Ärzten die wirksamste und kostengünstigste Teilnahme am System des Vertragswettbewerbs. Wir werden uns also keineswegs allein auf die Bewirtschaftung der Regelversorgung verlassen können, sondern müssen uns aktiv dafür einsetzen, unseren Mitgliedern auch im Feld der wettbewerblich organisierten Versorgung als attraktiver Dienstleister zur Verfügung zu stehen.

Die Markenbildung – als Qualitätsversprechen für Patienten – ist das zentrale Instrument einer zukünftigen Interessenvertretung. Die Beteiligten einer KV müssen als Marke erkennbar sein. Hier wird sich die KV dem Wettbewerb mit anderen Anbietern – beispielsweise MVZ-Ketten – stellen müssen. Wenn wir diesen Wettbewerb nicht aufnehmen und uns hier nicht als ebenbürtig erweisen, werden wir uns langfristig nur schwer am Markt halten können. Das KV-System darf aber in diesem Zusammenhang auch Tabubrüche nicht scheuen. Beispielsweise könnten wir in Gemeindegewerkschaften Serviceleistungen auch über die reine ärztliche Dienstleistung hinaus anbieten.



Auditorium – Freitag, 4. Mai 2007

BERICHT ZU DEN REFERATEN VON

**DR. KLAUS KÖNIG
UND PROF. DR. DR.
KONRAD OBERMANN**

Es steht nicht gut um die Frauenarztpraxen in Deutschland – oder doch? Ein eher düsteres Bild mit nur wenigen Lichtblicken zeichnet der hessische Gynäkologe Dr. Klaus König, zweiter Vorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF). Dagegen stellt der Mediziner und Ökonom Prof. Konrad Obermann von der DRK Fachhochschule Göttingen fest, dass es viele niedergelassene Gynäkologen gibt, die mit ihrer Arbeitssituation nach wie vor sehr zufrieden sind.

„Wir sind nicht schlecht und teuer in Deutschland, wir werden nur schlechtgeredet“, sagt BVF-Vize Klaus König. Nach Daten der OECD ist die ambulante Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich ausgesprochen kostengünstig. Doch Ärzte werden von Krankenkassen, Politik und Medien immer wieder in ein schlechtes Licht gerückt, meint König. Das führt seiner Meinung nach dazu, dass gynäkologische Praxen schon heute erste Nachwuchsprobleme spüren. „Junge Ärzte sind nicht motiviert. Denn es reicht nicht, dass die Patienten uns durch ihr Lob motivieren“, so König. Für die Zukunft fürchtet er ein Praxissterben. „Der klassische Versorgerfacharzt wird bald schmerzlich vermisst werden. Unsere immer älter werdenden Patienten müssen dann lange Wege in Kauf nehmen“, so der BVF-Chef. Die ambulante Versorgung würde dann zunehmend durch Zentren geleistet. Diese Zentrenbildung habe bereits begonnen, zum Beispiel bei der Behandlung von Patientinnen mit Brustkrebs. Zu fürchten sei, dass künftig auch verstärkt Zentren für Früherkennung, Mammadiagnostik oder Risikoschwangerschaften ans Netz gehen werden. Im schlimmsten Fall, so König, werden diese Zentren von Krankenkassen betrieben. Diese Möglichkeit schaffe das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. „Die Krankenkassen können die gesamte ambulante Versorgung künftig per Selektivvertrag gestalten“, warnt König. Er malt ein düsteres Szenario: „Die Ärzte werden ohne jeden Schutz durch die KVen in Einzelverträge getrieben. Ein Anspruch auf Teilnahme besteht für Ärzte nicht. Es entsteht kein Wettbewerb um Qualität, sondern ein Wettbewerb Arzt gegen Arzt, Fachgruppe gegen Fachgruppe und Praxis gegen Krankenhaus. Das Gesetz stärkt nicht den Wettbewerb, sondern schwächt die Ärzte. Sie werden per Sondervertrag an einzelne Krankenkassen gebunden und verlieren damit ihre Unabhängigkeit. Es gibt wie in alten Zeiten AOK-Ärzte, Barmer-Ärzte, TK-Ärzte ...“



*Meinung kontrovers:
Prof. Dr. Dr. Konrad Obermann und Dr. Klaus König*

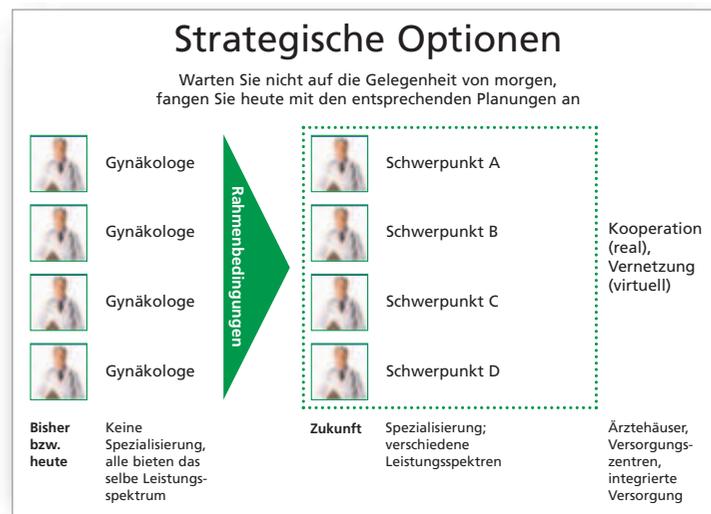
Fehlender Nachwuchs und die zunehmende Macht der Krankenkassen sieht König als die kommenden Probleme. Aktuell stellen nach seiner Auffassung vor allem sinkende Praxisumsätze eine Gefahr für die niedergelassenen Frauenärzte dar. „Wir haben ein begrenztes Budget, das nicht reicht für die Frauenärzte“, sagt er. Vom neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und seiner zunehmenden Pauschalierung hält König wenig. „Die Frage ist, was von festen Pauschalpreisen übrig bleibt, solange wir die Budgetierung haben“, so der Frauenarzt. Zudem fürchtet er, dass Pauschalen den Ärzten das Angebot von Wahlleistungen (IGeL) erschweren würden, da der Patient nie wisse, was nicht in den Pauschalen enthalten sei. Die Umsätze sinken König zufolge vor allem, weil weniger Patienten in die Praxen kommen und die Gynäkologen immer mehr Aufgaben abgeben. So werde die Geburtshilfe zunehmend den Hebammen zugemessen, die Mammadiagnostik übernehmen Radiologen, Vorsorge und Kontrazeption gingen an die Hausärzte, Operationen an Chirurgen und Karzinombehandlungen an Onkologen.

All diesen Entwicklungen sind Gynäkologen jedoch nicht hilflos ausgeliefert. Sie haben Möglichkeiten, sinkenden Umsätzen und schwindender Arbeitszufriedenheit entgegenzuwirken. „Als Praxisinhaber

BERICHT ZU DEN REFERATEN VON

DR. KLAUS KÖNIG UND PROF. DR. DR. KONRAD OBERMANN

sollten sie jetzt viele Leistungen anbieten, Spezialkenntnisse erwerben, Gemeinschaftspraxen gründen und die integrierte Versorgung nutzen“, so König. Nachholbedarf hätten Frauenärzte vor allem bei kooperativen Arbeitsformen. „Hier wird sich noch einiges tun müssen“, fordert der BVF-Vize. Nur 27 Prozent der Gynäkologen sind seinen Angaben zufolge bislang in Gemeinschaftspraxen tätig, während es bei den Chirurgen 40 Prozent sind. Auch in den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gehören die Gynäkologen nicht zu den am häufigsten vertretenen Fachgruppen. Neben Gemeinschaftspraxen und MVZ bieten sich zudem Praxisgemeinschaften, Gesundheitszentren oder Netze als Kooperationsformen an.



Weitere Möglichkeiten, wie zum Beispiel die Teilgemeinschaftspraxis, die Zweigniederlassung oder die Anstellung fachgebietsfremder Assistenten, eröffnet das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Es erlaubt zudem eine Praxistätigkeit neben einer Halbtagsbeschäftigung am Krankenhaus. Auch die althergebrachten Optionen der Berufsausübung als Privatarzt, Belegarzt, Krankenhausarzt, beim Medizinischen Dienst, beim Gesundheitsamt oder in der Forschung sollten Frauenärzte nicht vergessen, mahnte König. Kooperationen müssen nach seiner Auffassung allerdings mit einem breiten Leistungsspektrum und vielen Spezialleistungen einhergehen, damit sie Erfolg versprechend sind. Frauenärzte sollten sich deshalb gemeinsam dagegen verwahren, dass

immer mehr Leistungen von anderen Berufsgruppen übernommen werden.

* * *

Ärzte, die ihre Management-Hausaufgaben gemacht haben, sind mit ihrer Tätigkeit meist deutlich zufriedener als Ärzte, die der Planung und Organisation der Praxis wenig Aufmerksamkeit schenken. Das ist ein Ergebnis der Umfrage „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“, die Prof. Konrad Obermann zusammen mit der Stiftung Gesundheit im Herbst 2006 durchgeführt hat. 663 Ärzte haben daran teilgenommen. Die Auswahl war nach Obermanns Angaben hinsichtlich Alter, Fachgruppenaufteilung und ähnlichen Merkmalen repräsentativ. Nur der Frauenanteil an der Umfrage wich vom Durchschnitt der deutschen Vertragsärzte nach unten ab. Weitere Ergebnisse der Studie: Der Praxisumsatz generiert sich nur zu zwei Dritteln aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen. Obermann attestiert den Niedergelassenen ein „breites Spektrum an Einnahmen“. Die größten Anteile neben der GKV kommen aus der Privaten Krankenversicherung, Selbstzahlerleistungen und Gutachten. Breit gefächert ist der Studie zufolge das Bruttoeinkommen über alle Fachgruppen hinweg. „Immerhin jeder zehnte Arzt verdient im Jahr weniger als 25.000 Euro“, so Obermann. Ihre Zukunftsaussichten schätzen die befragten Ärzte nicht besonders rosig ein. Ein Medizinklima-Index analog dem IFO-Geschäftsklima-Index habe einen Wert von -23,3 ergeben, der deutlich unter dem schlechtesten Wert von -15,5 beim Bauhauptgewerbe lag. Das sei ein Hinweis darauf, wie die niedergelassenen Ärzte sich fühlen, meint Obermann. „Fast die Hälfte aller Ärzte erwartet, dass die wirtschaftliche Situation der Praxis künftig schlechter wird“, sagt er. 43 Prozent der Befragten gingen von einer gleich bleibenden Situation aus, aber immerhin 8,8 Prozent würden eine günstigere Entwicklung erwarten. Wenn sie etwas an ihrer Arbeitssituation ändern wollten, dann seien sie primär daran interessiert, die kollegiale Zusammenarbeit zu verstärken, so Obermann zu den Gesamtergebnissen der Studie.

Für die Grünenthal-Klausurtagung hat der Gesundheitsökonom die Antworten der befragten 63 Gynäkologen speziell ausgewertet. 50 Frauenärzte und zwölf -ärztinnen im Alter von 39 bis 68 Jahren haben sich beteiligt. Durchschnittlich waren sie 54 Jahre alt und 17 Jahre nie-

BERICHT ZU DEN REFERATEN VON

DR. KLAUS KÖNIG UND PROF. DR. DR. KONRAD OBERMANN

dergelassen, manche erst zwei Jahre, andere bereits 32 Jahre in der Niederlassung. Im Vergleich zum Durchschnitt aller Ärzte haben Frauenärzte mit durchschnittlich 54 Stunden eine um zwei Stunden kürzere Wochenarbeitszeit. Obermann hat sich vor allem angesehen, was Frauenärzte mit hohem Einkommen von mehr als 150.000 Euro von Ärzten mit einem Jahresbrutto unter 50.000 Euro unterscheidet. Dabei kommt er zu dem Ergebnis: „Managementaspekte dominieren bei Einkommensdifferenzen.“ Das zeige sich zum Beispiel daran, dass Ärzte mit einem hohen Einkommen sich stark im Wettbewerb sehen, häufig Zusatzleistungen anbieten und in hohem Maße Out-Sourcing betreiben, während die Gynäkologen mit geringem Einkommen sehr selten Aufgaben delegieren. Obermann stellt ein unterschiedliches Verständnis von der Praxistätigkeit in den beiden Gruppen fest. Bei den Besserverdienern herrsche die Wahrnehmung vor „Ich bin im Wettbewerb, ich muss mich kümmern und ich kann nicht alles selbst machen“. Unter anderem die Unterschiede beim Out-Sourcing führen dazu, dass Frauenärzte in der unteren Einkommensgruppe bei gleicher kurativer Arbeitszeit eine längere Gesamtarbeitszeit haben als ihre Kollegen mit höherem Einkommen. „Die haben ihre Management-Hausaufgaben gemacht“, sagt Obermann. In einem unterscheiden sich die beiden Einkommensgruppen nicht: Beide erwarten für die nächsten sechs Monate, dass sich die wirtschaftliche Situation ihrer Praxis etwas ungünstiger entwickeln wird.

„Es gibt keinen Königsweg zu hoher Zufriedenheit und hohem Einkommen, sondern ein breites Spektrum an Möglichkeiten für die Praxis“, schlussfolgert Obermann aus den individuellen Äußerungen der befragten Gynäkologen. Zwei Strategien für Frauenärzte empfiehlt der Gesundheitsökonom. Beide können in der gynäkologischen Praxis durchaus parallel entwickelt werden. Zum einen gelte es, die GKV-Leistungen zu optimieren, das heißt, nicht nur hohe Qualität anzubieten, sondern das auch deutlich zu machen. Zudem müsse dabei die Management-Regel „Build to Cost“ beachtet werden. Das heißt, dass Vorgaben der Vergütungsregelung als Kostenobergrenze definiert und Abläufe daraufhin ausgerichtet werden. Die zweite Strategie besteht laut Obermann im Angebot marktorientierter Zusatzleistungen. Als Beispiele nennt der Gesundheitsökonom die Themen Fertilität, Jugendmedi-

zin, gynäkologische Prävention und Seneologie. Zudem könnten Frauenärzte neben der GKV-Tätigkeit weitere Arbeitsschwerpunkte für sich entdecken, wie zum Beispiel Gutachten, IGeL oder Spezialsprechstunden.



Fazit

König und Obermann bewerten die aktuelle Situation der Frauenarztpraxen sehr unterschiedlich. Während König etliche Bedrohungen für die Niedergelassenen sieht, stellt sich das Bild für Obermann mit gut und schlecht verdienenden Praxisinhabern sehr differenziert dar. Beide Referenten sind sich jedoch einig, dass Gynäkologen den politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht ausgeliefert sind, sondern die wirtschaftliche Situation ihrer Praxen selbst gestalten können. Auch die Empfehlungen der beiden Referenten gehen in die gleiche Richtung: Ein breites Tätigkeitsspektrum mit Spezialqualifikationen und verstärkte Kooperationen empfiehlt König. Obermann rät zu guter Selbstdarstellung von Qualität im GKV-Bereich, einem Angebot von Zusatzleistungen und Tätigkeitsschwerpunkten außerhalb der GKV. Überschneidungen gibt es bei beiden Referenten auch im Hinblick auf die Zukunftsthemen Prävention und Jugendmedizin, die sie für Frauenärzte identifizieren.

BERICHT ZU DEN REFERATEN VON

DIETER HEBEL (GEK) UND HARDY MÜLLER (TK)

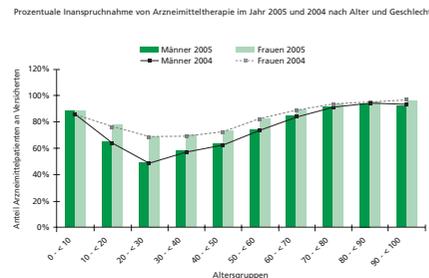
Krankenkassen haben Daten, die es ihnen erlauben, steuernd in die Versorgung einzugreifen. Tun sie das, werden sie aber als Störenfriede wahrgenommen, meint Dieter Hebel, Chef der Gmünder Ersatzkasse. Dagegen betrachtet der TK-Abteilungsleiter Hardy Müller die Patienteninformation als eine von etlichen gemeinsamen Aufgaben von Ärzten und Kassen.

„Die GEK hat derzeit die beste Datensammlung, die es in Deutschland gibt“, sagt der GEK-Vorstandsvorsitzende Dieter Hebel selbstbewusst. Die fünftgrößte Ersatzkasse Deutschlands mit knapp 1,1 Millionen Mitgliedern und über 1,5 Millionen Versicherten (davon 46,7 % Frauen) sammelt seit Jahren „Daten für Taten“. Die Kasse nutzt diese Daten auch, um gezielt in Versorgungsprozesse einzugreifen, wie sich am Beispiel der Hormonersatztherapie zeigt.

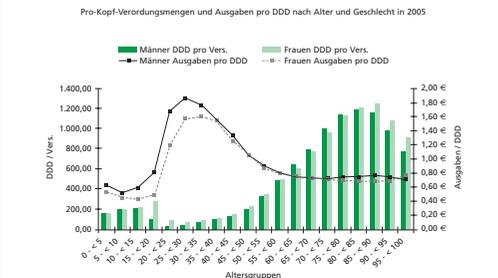


Dieter Hebel (GEK)

GEK Arzneimittel-Report 2006
Frauen bekommen mehr Medikamente
 Zwischen 10. und 60. Lebensjahr sind die Unterschiede sehr deutlich



GEK Arzneimittel-Report 2006
Frauen bekommen preiswertere Medikamente



Der Arzneimittelreport der GEK hat laut Hebel wiederholt auf die große Bedeutung der Hormonersatztherapie (HET) bei den Verordnungen an weibliche Versicherte hingewiesen. Deshalb hat sich die GEK die HET zur Behandlung von Wechseljahresbeschwerden näher angesehen. Dazu Hebel: „Es stellt sich die Frage: Sind Wechseljahresbeschwerden eine Krankheit oder ein natürlicher biologischer Prozess?“ Die GEK nahm die Empfehlungen zur HET vom September 2003 zum Anlass, ihre weiblichen Versicherten ab 40 Jahren anzuschreiben und ihnen eine sogenannte Wechseljahresbroschüre zur Verfügung zu stellen. „Wir brauchen die informierte Patientin, die mit dem Arzt zusammen die

einzelnen Risikobereiche bespricht. Und wenn eine Frau sagt, dass sie die Behandlung trotz der Risiken will, ist das ihre Entscheidung“, so Hebel.

Das Thema HET wird im Arzneimittelreport 2006 erneut aufgegriffen. Dort kommt der Bremer Forscher Prof. Gerd Glaeske im Auftrag der GEK zu dem Fazit: „Die hier dargestellten Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass bei der Verordnung der Hormontherapie in und nach den Wechseljahren die aufgestellten Leitlinien noch immer nicht ausreichend umgesetzt bzw. eingehalten werden.“ Mit dieser Veröffentlichung hat sich aus Hebels Sicht das Verhältnis von Ärzten und Pharmaindustrie zur GEK drastisch geändert: „Damit war der Punkt erreicht, an dem wir als böse eingestuft wurden“, sagt der Kassen-Chef. Ein weiteres GEK-Versichertenansreiben weist 2005 Frauen zwischen 45 und 65 Jahren auf Erkenntnisse in der HET hin. Ärztekammern und KVen kritisieren das als Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Ärztinnen und Ärzte verweisen auf die Empfehlungen von Fachleuten, äußern Zweifel an der Interpretation der WHI- und der Million-Women-Studie und unterstellen der Krankenkasse Hebel zufolge wirtschaftliche Absichten. „Wir haben dennoch weitergemacht. Wir werden das Thema auch im Arzneimittelreport 2007 wieder aufgreifen“, so Hebel. Erste Auswertungen, die das Zentrum für Sozialpolitik Bremen dem-

BERICHT ZU DEN REFERATEN VON

DIETER HEBEL (GEK)
UND
HARDY MÜLLER (TK)

nächst vorlegen wird, deuten demnach an, dass die Hormontherapie bei GEK-Versicherten nun zurückgeht. Eine geringe Veränderung in höheren Altersklassen lasse jedoch vermuten, dass die Hormone auch weiterhin bei der Diagnose Osteoporose verordnet würden.

Seinen umfangreichen Datenpool will der GEK-Chef auch in Zukunft vor allem für eine umfassende Aufklärung von Versicherten nutzen. Das gilt nicht nur für die Hormonersatztherapie. Für Hebel hat die Versicherteninformation Vorrang vor einer anderen Nutzung der Daten, beispielsweise zur Entwicklung von Versorgungsprojekten. „Wir sind sehr daran interessiert, unsere Versicherten mit einem gewissen Informationsstandard zu versehen, zum Beispiel beim Thema IGeL. Das ist uns wichtiger als die Kooperation mit Ärztenetzen“, so der GEK-Chef. Er scheut damit die Konfrontation nicht, signalisiert aber auch Kooperationsbereitschaft. Mit den seit 2004 zur Verfügung stehenden Daten aus der ambulanten Versorgung und der Prävention will Hebel Ärzte in ihrem Bemühen um Prävention unterstützen. „Wir werden nicht nur alle Frauen anschreiben, die ihre Krebsvorsorgeuntersuchung nicht gemacht haben. Wir werden auch einen Bonus gewähren, wenn die Frauen die Untersuchungen dann vornehmen lassen. Das unterstützt die Ärzte in der Praxis. Ich denke, dass dieser Weg des Miteinanders der richtige ist“, so Hebel zum Abschluss.

* * *

Nach Ansicht des Humanbiologen, Soziologen und Politologen Hardy Müller, der bei der TK die Stabsstelle „Strategisches Vertrags- und Versorgungsmanagement“ innehat, haben Ärzte und Krankenkassen gemeinsame Interessen und Aufgaben: Qualität, Humanität, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung, die Teilhabe der Patienten am medizinischen Fortschritt und der Schutz vor experimentellen Verfahren – „dazu sind Kassen und Ärzte gemeinsam verpflichtet“, sagt Müller. Doch von 250 Kassen haben seines Erachtens nicht mehr als fünf den Spielraum zur Gestaltung der Versorgung. Zu den neuen Aufgaben der Krankenkassen nach der Gesundheitsreform zählt Müller die Gestaltung von neuen Vertragsformen. „Dabei geht die Angst vor Individualverträgen um“, so der TK-Abteilungsleiter. Seinen Angaben zufolge soll ein mögliches Finanzvolumen von 47 Prozent des

GKV-Umsatzes für Einzelverträge kalkuliert worden sein. Das könnten die Kassen aber jetzt noch gar nicht verwalten. „Ganz klar ist jedoch, dass die Kassen einen größeren Anteil als bisher selektiv kontrahieren werden. Wir wollen dort ein Stück mehr gestalten als verwalten“, so Müller.



Hardy Müller (TK)

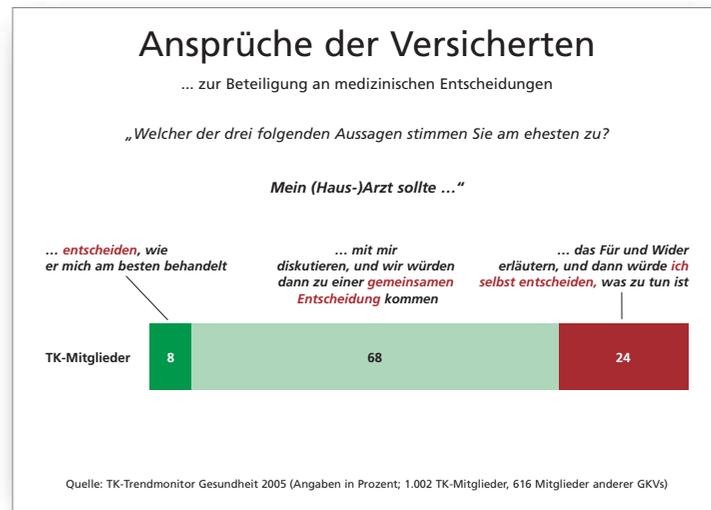
Punkten können Ärzte bei Krankenkassen, wenn sie auf Evidence-based Medicine (EbM) setzen. Darüber hinaus wird diese Form der Nutzenbewertung aus Müllers Sicht enorm an Bedeutung für das ganze System gewinnen. Müller fordert eine saubere Trennung zwischen solidarisch finanzierter Grundsicherung und darüber hinausgehender Lifestyle-Medizin, die weiterhin möglich sein soll. Was zur Grundsicherung gehört, müsse per EbM gesichert sein, patientenrelevante Endpunkte hätten hier Priorität vor Surrogatparametern. Am Beispiel der Östrogene und Gestagene verweist Müller darauf, dass langfristige Beobachtungen ohne Surrogate oft das Gegenteil der zunächst mit Surrogatparametern gefundenen Ergebnisse gezeigt hätten. Er schränkt jedoch auch ein, dass die Million-Women-Studie nicht abgeschlossen sei und die Zwischenergebnisse entsprechend bewertet werden müssten. Bei der HPV-Impfung stellt sich aus Müllers Sicht derzeit die Frage, ob sie eine lebensrettende Behandlung oder ein gigantisches Experiment sei. Die Impfung sei sehr schnell empfohlen worden. „Damit kommen in den nächsten fünf Jahren allein für den Impfstoff neun Milliarden Euro

BERICHT ZU DEN REFERATEN VON

DIETER HEBEL (GEK) UND HARDY MÜLLER (TK)

zusätzliche Kosten auf die Kassen zu, ohne dass damit die ärztliche Behandlung vergütet wäre. Das sind Gelder, die wir heute schon nicht haben“, so Müller. Fragen nach den Fünf-Jahres-Ergebnissen und ausreichenden Studien zur Kosteneffizienz blieben dabei jedoch derzeit noch unbeantwortet. „EbM könnte da Antworten geben“, meint der Biologe. Das Gleiche gelte für die Klasse der monoklonalen Antikörper, die der GKV jährlich Kosten von vier Milliarden Euro verursachen. Sein Fazit: „EbM wird an Bedeutung gewinnen.“

Für genauso zukunftssträftig wie EbM hält Müller verstärkte Patientinformation. „Die Patienten würden gern besser verstehen, was mit ihnen bei einer Behandlung passiert. Die meisten verstehen zu wenig. Das hat negative Folgen für die Compliance“, sagt der Humanbiologe. Eine Umfrage habe ergeben, dass die meisten Ärzte davon ausgehen,



dass Entscheidungen von Arzt und Patienten gemeinsam getroffen werden müssen. Von den TK-Versicherten äußerte aber ein Viertel, dass sie allein entscheiden möchten und nur die Information vom Arzt brauchen. Müller sieht diese Ergebnisse nicht als Gefahr, sondern als Anspruch der Versicherten, der erfüllt werden sollte. Weil Patienten heutzutage Zugang zu unzähligen Informationen hätten, aber wenig Fähigkeiten, sie zu interpretieren, geht es aus Müllers Sicht um Gesundheitsbildung: „Das ist eine Aufgabe der Gesellschaft, der Kassen und der Ärzte gemeinsam.“

Fazit

GEK-Chef Hebel scheut die Konfrontation mit Ärzten nicht. Seinen Datenpool will er allein zu Gunsten seiner Versicherten nutzen, ohne Ärzte in die Informationsarbeit einzubeziehen. Dagegen setzt TK-Abteilungsleiter Hardy Müller auf die Kooperation mit Ärzten, sowohl bei der Patienteninformation als auch bei der Fortentwicklung der Qualität in der Versorgung.



Aufmerksame Zuhörer und angeregte Diskussion während der Tagung

BERICHT ZU DEN REFERATEN VON

PROF. DR. RAINER RIEDEL UND RA HANS-JOACHIM SCHADE

Um sich eine gute Position für die Zukunft zu sichern, sollten Frauenärzte sich in Kooperationen zusammenfinden. Davon zeigen sich der Arzt und Betriebswirt Prof. Rainer Riedel und der Rechtsanwalt Hans-Joachim Schade kurz nach Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) gleichermaßen überzeugt.

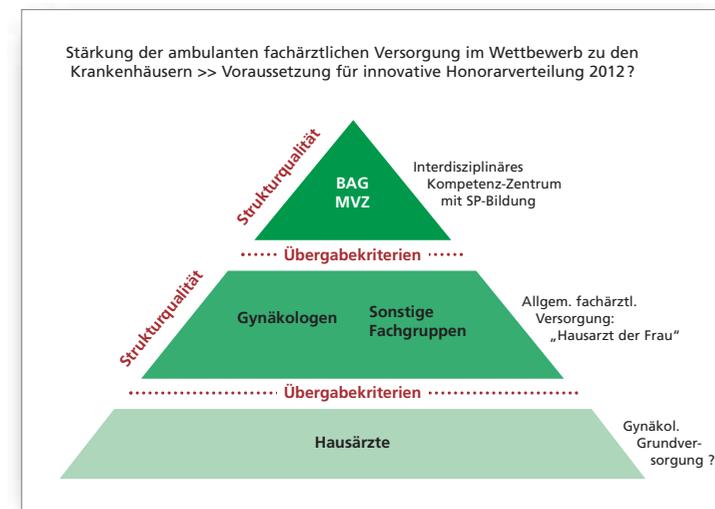
1,2 Prozent mehr Geld für die ambulante Versorgung soll das GKV-WSG laut Prof. Riedel von der Rheinischen Fachhochschule Köln bringen. „Das kann nur funktionieren, wenn das Krankenhaus etwas abgibt“, meint Riedel. Er weist darauf hin, dass sich für Krankenkassen diejenigen Sonderverträge am meisten rechnen, mit denen Krankenhauseinweisungen signifikant reduziert werden können. Für die niedergelassenen Ärzte berge das GKV-WSG jedoch zunächst „Sprengstoff auf der Erlösseite“. Riedel spielt hierbei auf den Basistarif in der PKV an. Angesichts der damit drohenden Einnahmeverluste empfiehlt er den Ärzten, Qualität, Kosten und Prozesse in ihrer Praxis unter die Lupe zu nehmen. So könnten sie sich im verstärkten Wettbewerb besser positionieren.



Prof. Dr. Rainer Riedel, im Hintergrund Dr. Albrecht Kloepfer

Beispiel Prozesse: Wenn Ärzte 30 bis 40 Prozent ihrer Zeit in der Praxis mit Verwaltungsaufgaben befasst seien, komme ihre Kernkompetenz nicht zum Tragen. „Ihre Kernkompetenz ist nicht Managen der Verwaltung, sondern Managen des Patienten“, sagt Riedel. Deshalb müssten Ärzte ein professionelles Praxismanagement auf die Beine stellen. Das könnten sie allein jedoch nicht leisten. „Allen Einzelpraxisinhabern stellt sich die Frage, wie sie unter zunehmendem Kostendruck Prozesse gestalten sollen“, so Riedel. Wer sich bereit erkläre, einen Teil seiner unternehmerischen Unabhängigkeit mit der Einzelpraxis aufzugeben, dem würden sich dafür andere Optionen öffnen. Beispielhaft nennt der Betriebswirt einen höheren Nutzungsgrad von Apparaten, Spezialisierungsmöglichkeiten und eine schnellere Rentabilität technischer Innovationen.

Die niedergelassenen Frauenärzte müssten ihre Position im Gesamtsystem betrachten, um sich für die Zukunft richtig aufzustellen, rät Riedel. Mit Blick auf die klassische Versorgungspyramide Hausarzt - Facharzt - Krankenhaus sei ganz klar, dass Hausärzte gesundheitspolitisch erwünscht seien. Riedel schließt nicht aus, dass die gynäkologische Grundversorgung in den Hausärzteblock übertragen werden könnte. Frauenärzte können demnach steigende Umsätze nur aus dem Krankenhausbereich generieren. „Es geht darum, ob Fachärzte dahin kommen können, die Honorartöpfe des Krankenhauses anzuzapfen“, so Rie-

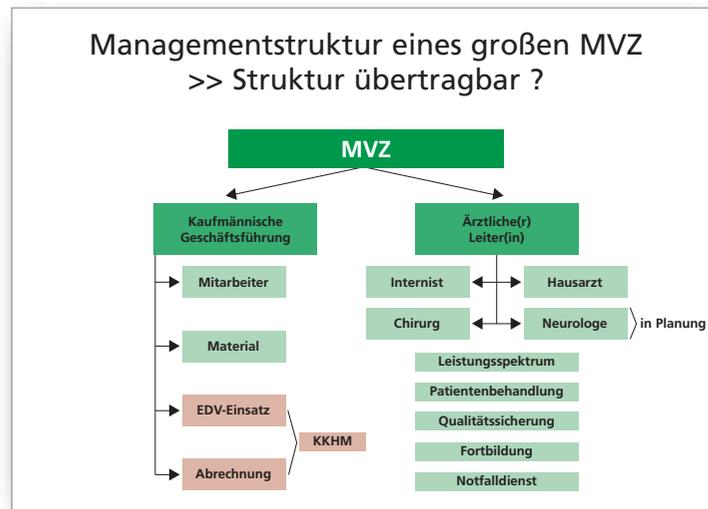


BERICHT ZU DEN REFERATEN VON

PROF. DR. RAINER RIEDEL UND RA HANS-JOACHIM SCHADE

del. Dazu empfiehlt er den Niedergelassenen, sich zu Kompetenz- und Schwerpunktzentren zusammenzuschließen: „Denn nicht jeder kann alles“. Mit Zentrenbildung seien Ärzte aber in der Lage, ein breites Spektrum qualitativ hochwertiger Behandlungen anzubieten. Geklärt werden müsse dann, wo Übergabepunkte seien, wer mit wem an welcher Stelle zusammenarbeite, wer das Ganze finanziere und wie Struktur- und Versorgungsqualität gemessen werde.

Im Hinblick auf die Position eines solchen Zentrums in der Versorgungspyramide zeigt die Uniklinik Köln Riedels Meinung nach, wie man es nicht machen sollte. Dort habe man 40 Arztsitze für ein MVZ gekauft und stünde damit im Wettbewerb gegen die Niedergelassenen. „Das ist falsch. Das Zentrum muss ein integriertes System fahren“, so der Ökonom. Im Hinblick auf die Managementstrukturen könnten niedergelassene Ärzte jedoch von großen MVZ lernen. Dort wird meist zwischen betriebswirtschaftlichem Management und ärztlicher Leitung getrennt. Der Nachteil für Niedergelassene an einem MVZ ist das Risiko, die Zulassung zu verlieren.



Dieses Risiko besteht bei der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) nicht, so Riedel: „Hier sind neue Strukturen analog zu großen Rechtsanwaltskanzleien denkbar.“ Das birgt seiner Meinung nach viele Vorteile: Operativ tätige Ärzte könnten ihre Operationsräume besser nut-

zen, alles käme in einen Topf, die Kompetenzzentrenbildung sei auch mit anderen Fachgruppen möglich, zum Beispiel Psychotherapeuten. „Sie können Ihr Leistungsspektrum ganz anders gestalten und es viel mehr den Bedürfnissen der Patientinnen anpassen. Damit erhöhen Sie die Wertschöpfungskette“, so Riedel. Zudem würden die Krankenhäuser durch eine BAG Niedergelassener einen sehr kompetenten Wettbewerber bekommen. „In der Gruppe werden Sie einfach ein stärkerer Verhandlungspartner. Als Einzelpraxis werden Sie dazu nicht in der Lage sein“, so Riedel. Im Hinblick auf das Vergütungsportfolio einer Frauenarztpraxis im Jahr 2012 sei das sehr wichtig. Der Arzt und Betriebswirt empfiehlt: „Versorgungspauschalen mit den Krankenhäusern vereinbaren, an den DRGs partizipieren – das ist etwas, was Ärzte ins Auge fassen sollten.“

* * *

„Es gibt keine Chance außer Kooperation“, sagt der Rechtsanwalt und Strategieberater Hans-Joachim Schade mit Blick auf die Frauenarztpraxis der Zukunft. Er vertritt die Auffassung, dass sich Frauenärzte heute unmittelbar für die neuen Bedingungen rüsten müssen, die das GKV-WSG bringen wird. Älteren Ärzten rät Schade, mit Blick auf die Praxisübergabe zu bedenken, dass die Bedarfsplanung im Jahr 2012 fallen könnte. „Der Gesetzgeber will zum 1. Juli 2012 ein neues Versorgungskonzept basierend auf Einzelverträgen“, so Schade. Den freiberuflichen Ärzten bleibe es überlassen, was sie aus dieser Ankündigung machen.

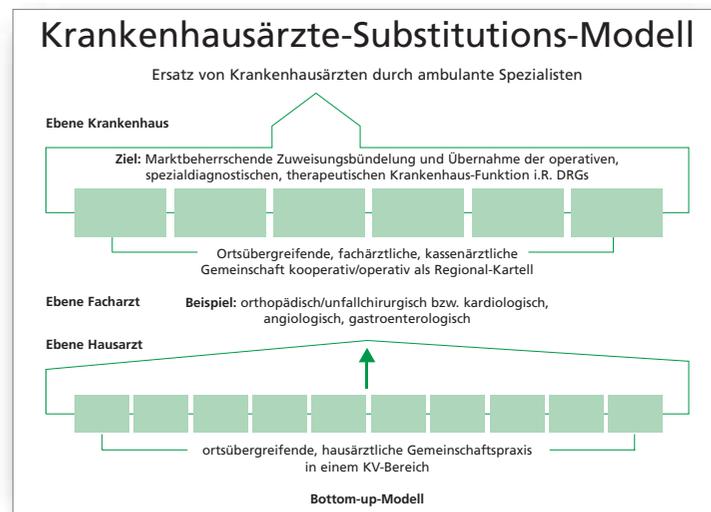
Besonders die Versorgung auf dem Land würde sich ohne Bedarfsplanung drastisch verändern. „Die Praxisabgabe auf dem Land wird unmöglich“, sagt der Berater. Deshalb bräuchten vor allem Frauenärzte in ländlichen Gebieten ein Modell, mit dem sie ihre Praxis und damit ihr Lebenswerk sichern können. Schade empfiehlt, sich im Team zu spezialisieren und ortsübergreifend die gesamte Dienstleistungspalette anzubieten. „Die ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis ist dafür das optimale Modell“, meint der Rechtsanwalt, der sich – anders als Riedel – gegen die BAG ausspricht. Sie ist seiner Auffassung nach berufsrechtlich noch nicht definiert, also eine „eierlegende Wollmilchsaue“. Die überörtliche Gemeinschaftspraxis bietet dagegen klar definierte Mög-

BERICHT ZU DEN REFERATEN VON

PROF. DR. RAINER RIEDEL UND RA HANS-JOACHIM SCHADE

lichkeiten zum Zusammenschluss, bei dem die Einzelstandorte wie Einzelpraxen weitergeführt werden könnten. Die beste Gesellschaftsform für überörtliche Gemeinschaftspraxen sei die BGB-Gesellschaft. Eine Partnerschaftsgesellschaft ermögliche zwar Haftungsausschluss, die BGB-Gesellschaft sei aber in jeder Hinsicht flexibler, so Schade. Auch von Ärztenetzen rät der Strategieberater ab. Sie könnten seinen Worten zufolge künftig kartellrechtliche Probleme bekommen.

„Jede ortsübergreifende Kooperation der Zukunft muss aus einer Kombination von Niedergelassenen und Klinikärzten bestehen“, empfiehlt Schade zudem. Im OP-Bereich ergebe sich daraus quasi das amerikanische Modell, und darüber hinaus komme es so zu einer Versorgung aus einer Hand, egal ob ambulant oder stationär. Damit sei allen gedient. „Die weniger leistungsorientierten Ärzte werden als Angestellte integriert“, empfiehlt Schade. Er mahnt eindringlich, im Bemühen um Sonderverträge nicht zu warten und Kliniken dabei als Koope-



rationspartner zu betrachten. „Jede Sekunde Warten ohne Pilotprojekte mit Krankenhäusern ist eine Gefahr für Ihre Zukunft“, warnt der Rechtsanwalt.

Um Sonderverträge mit Leben zu füllen, müssen Ärzte Schade zufolge horizontale Strukturen bilden und sich bei den Kassen bewerben. Die Krankenkassen wollen Integrationsversorgungsverträge sein

Angaben nach nur noch auf der Basis einer Zusammenarbeit von Klinik, Hausarzt und Facharzt in einer Region. Für solche Verträge könnten sie Geld von den KVen einbehalten. „Ärzte sollten sich deshalb überlegen, wie sie die Versorgung in einer Region gestalten können“, rät Schade. Um attraktiver Vertragspartner für die Krankenkassen zu sein, müssen Gynäkologen eine „gemeinsame in sich geschlossene Dienstleistung mit Chefärzten und Klinik schaffen“. Der Gesetzgeber ermögliche jetzt „perfekte, moderne Dienstleistungsketten“. Beispielhaft nennt der Berater eine fiktive gynäkologische Kooperation mit Pränataldiagnostik, Operation und In-vitro-Behandlung unter Beteiligung der Universitätskliniken Mainz, Aschaffenburg und Frankfurt.

Fazit

Bei zunehmendem Einzelvertragswettbewerb birgt die Einzelpraxis immer mehr Gefahren, dagegen eröffnen Kooperationen mehr Chancen als Risiken, meinen Riedel und Schade. Riedel bevorzugt die Berufsausübungsgemeinschaft, Schade rät zur überörtlichen Gemeinschaftspraxis. Doch beide wissen, dass es nicht mehr nur um den Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten unter ihresgleichen geht, sondern auch um verstärkte Zusammenarbeit mit Kliniken. Gut aufgestellt ist nach Auffassung von Schade und Riedel, wer in der Lage ist, komplette Versorgungsbereiche im Verbund mit niedergelassenen und stationären Partnern zu gestalten.



Hans-Joachim Schade

BERICHT ZU DEN REFERATEN VON

DR. CONRAD FELIXMÜLLER UND DR. MARIE-LUISE HESKAMP

Möglichkeiten zur Neugestaltung der Potenziale in der ambulanten gynäkologischen Versorgung bieten sich mit der Gründung von MVZ. Auch die Erforschung von Kontrazeptiva macht weitere Fortschritte. Dr. Marie-Luise Heskamp von der Grünenthal GmbH gibt einen Überblick über den Stand der Forschung, während Dr. Conrad Felixmüller Einblick in sein MVZ gewährt.

Felixmüller ist einer von zwei Gynäkologen, die 2003 das Medizinische Versorgungszentrum "MVZ Praxisklinik Winterhude" in Hamburg gegründet haben. Dazu kamen eine dritte Gynäkologin und ein Anästhesist als weitere Gesellschafter. „Das ist das Maximum, bei mehr Gesellschaftern wird die Führung zu verworren“, sagt Felixmüller. Als Vorteile des MVZ betrachtet der Frauenarzt, dass es Kassensitze erwerben und damit Fachärzte anstellen kann. Möglicherweise sei die Altersbegrenzung umgebar. Nachteilig erscheint ihm, dass die KV-Anteile der einzelnen Ärzte selbst berechnet werden müssen, dass keine Satellitenpraxis gegründet werden kann, dass die Rückumwandlung in eine Gemeinschaftspraxis mit dem Verlust der nicht personenbezogenen KV-Sitze einhergeht und eine Gesamtversicherung für alle Ärzte gilt.

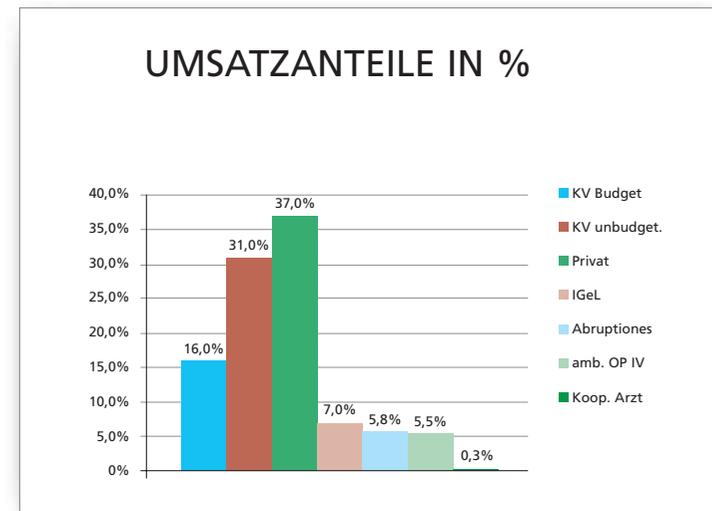


Dr. Conrad Felixmüller



Dr. Marie-Luise Heskamp

Die Gesellschafter sind noch Inhaber ihrer Kassenzulassung. „Wir beabsichtigen aber, sie in das MVZ einzubringen, um zusätzlich einen Arzt anstellen zu können“, so der Frauenarzt. Einen angestellten Arzt beschäftigt das MVZ bereits. Insgesamt sind fünf Fachärzte und drei Weiterbildungsassistentinnen für Gynäkologie sowie eine Anästhesistin im MVZ tätig. Zudem beschäftigt das MVZ eine Praxismanagerin, fünf Ganztags-Helferinnen, zwei Halbtagskräfte, drei Azubis und Zytoassistentinnen. Mit acht verschiedenen Einnahmequellen gestaltet sich das Einnahmespektrum des MVZ vielfältig. Daraus ergibt sich ein positiver Effekt: Nur 16 Prozent des MVZ-Gesamtumsatzes sind laut Felixmüller budgetiert: „Das ist unsere Strategie. Wir streben Einzelfallvergütung an und versuchen, möglichst wenig im Budget zu arbeiten.“

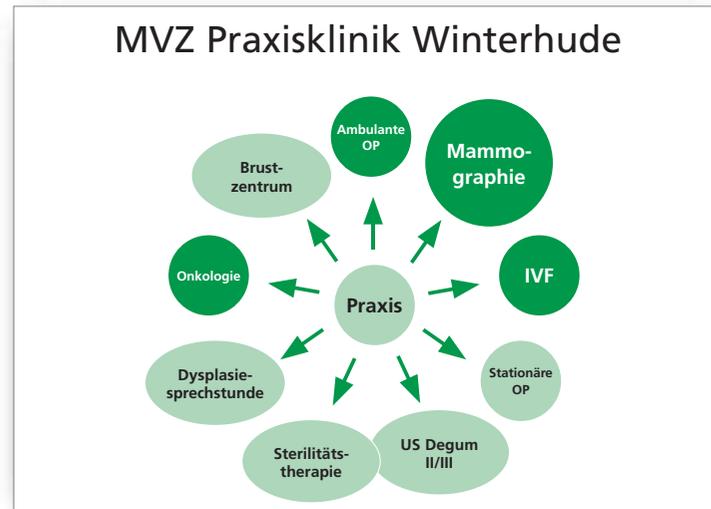


Das MVZ hat sich mehrere Grundsätze gegeben. Ein kooperativer Führungsstil und die Mitarbeiterzufriedenheit sind den MVZ-Betreibern wichtig. So sind die Helferinnen mit zehn Prozent an den IGeL-Umsätzen beteiligt. „Wenn man das Potenzial in den Mitarbeitern weckt, ist auch eine ISO-Zertifizierung kein Problem mehr“, berichtet Felixmüller. 85 Prozent der Zertifizierungsarbeit hätten die Mitarbeiter geleistet. Drittes Prinzip: Kooperation nach außen. Die pflegt das MVZ auch mit Hebammen. „Dazu kann ich nur raten“, sagt Felixmüller, der weiß, dass viele seiner Fachkollegen Hebammen als unliebsame Konkurrenz empfinden. Schließlich wird Kommunikation überall großgeschrieben,

BERICHT ZU DEN REFERATEN VON

DR. CONRAD FELIXMÜLLER UND DR. MARIE-LUISE HESKAMP

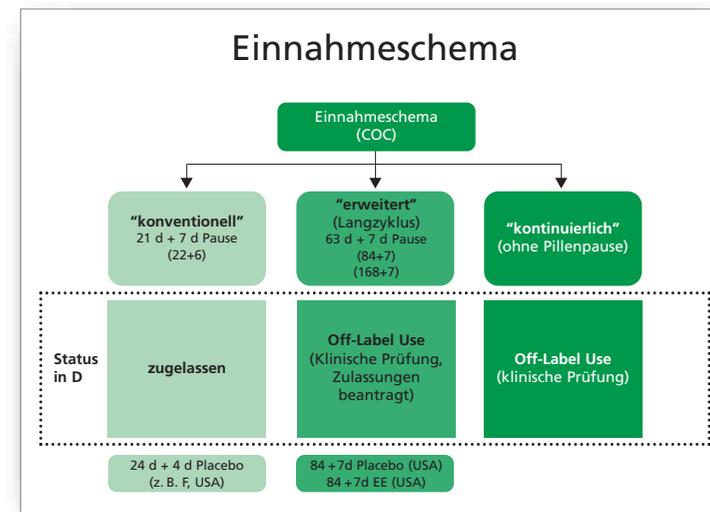
egal ob mit externen Partnern, mit Mitarbeitern oder unter den Gesellschaftern. Der oberste Leitsatz aber lautet: „Alles unter einem Dach“. Die Kundinnen finden ein breites Behandlungsangebot vor: von der Dysplasiesprechstunde über IVF bis zur stationären Operation.



Im Hamburger Gesundheitssystem positioniert sich das MVZ Praxisklinik Winterhude mit drei Schwerpunkten. Von den GKV-Leistungen werden die Krebsvorsorge und die Schwangerschaftsbetreuung forciert. Beides sind extrabudgetäre Leistungen und aus Felixmüllers Perspektive gut kombinierbar mit IGeL. Die Vorsorge unterstreiche zudem die Position des Gynäkologen als Hausarzt der Frau, die Schwangerenbetreuung falle mit 600 Schwangeren pro Quartal mengenmäßig stark ins Gewicht. Der dritte Schwerpunkt sind ambulante Operationen. Rund 1000 Eingriffe pro Jahr nimmt das MVZ vor. Das Spektrum reicht bis zu Laparoskopie, Myomenukleation oder EUG. Auch die Operationen sind extrabudgetär. Sie stellen zirka 16 Prozent Umsatzanteil und unterstreichen das Konzept „Alles unter einem Dach“. Dazu dient auch das breite Angebot von Geburtsvorbereitungskursen, Schwangerschafts-Yoga, Fit in die Geburt, Baby-Massage, Rückbildungskursen, Nahrungsergänzungsmitteln, Pekip-Gruppen, Hebammenladen, Babylove Informationsabenden etc., das im Haus vorgehalten wird.

Für die Zukunft strebt das MVZ Praxisklinik Winterhude eine verbesserte Raumnutzung an, die derzeit bei 66 Prozent liegt. Möglich seien zudem noch die Einbindung von Mammographie oder eines Kinderarztes im MVZ, erstrebenswert seien darüber hinaus mehr Direktverträge mit Kassen, meint der Gynäkologe.

Zukunftsperspektiven für die Versorgung mit Kontrazeptiva zeigt Dr. Marie-Luise Heskamp von Grünenthal auf. Ihr Ausgangspunkt: „Die Messlatte für Kontrazeptiva liegt bereits sehr hoch. Das muss man bei der Entwicklung neuer Kontrazeptiva bedenken.“ Im Zentrum der Forschungsbemühungen stünden deshalb therapeutischer Zusatznutzen und individuelle Anwenderinnenfreundlichkeit. Denkbar sei, dass neue Applikationsformen entwickelt werden oder das Einnahmeschema erweitert wird. Bei den Applikationsformen unterscheidet Heskamp zwischen nichthormonell und hormonell. Sie stellt eine Vielfalt von Angeboten fest, kommt aber zu dem Ergebnis: „Das Gros der Patientinnen bleibt bei der Mikro-Pille. Hier ist im Moment nichts Neues in Sicht.“ Anders beim Einnahmeschema. Laut Heskamp relativ neu ist die Entwicklung einer Mikro-Pille mit kontinuierlicher Einnahme ohne Pause. „Im Bereich ‚Langzyklus‘ wird sich in den nächsten Jahren einiges tun“, sagt die Medizin-Referentin.



**BERICHT ZU DEN
REFERATEN VON**
**DR. CONRAD
FELIXMÜLLER UND
DR. MARIE-LUISE
HESKAMP**

Geforscht wird an den einzelnen Bestandteilen. Beispiel Östrogen: In den letzten Jahren ist die Dosis schrittweise reduziert worden. Ziel war es, Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen zu reduzieren. Nach Heskamps Einschätzung ist es nur noch eine Frage der Zeit, bis es für alle aktuellen Mikropillen Formen mit ultraniedriger Ethinylestradiol-Dosis gibt. Sie vertritt aber auch die Auffassung: „Eine weitere Dosis-Reduktion macht keinen Sinn mehr, denn Östrogene haben ja auch positive Wirkungen.“ Beispielhaft nennt sie den Knochenaufbau bei jungen Mädchen. Eine Alternative zur Dosisreduktion sei der Austausch von Ethinylestradiol (EE) gegen Estradiol, so Heskamp. Dazu laufen ihren Angaben zufolge seit vielen Jahren zahlreiche Versuche mit zwei bis vier Milligramm Estradiol. Allerdings sei bisher keine zyklusstabile Form entwickelt worden. Die Zwischenblutungsraten lagen nach Heskamps Angaben weit über denen der EE-haltigen Pillen. Sie berichtet, dass sich derzeit ein 4-Phasen-Präparat mit verschiedenen Estradiol- und Gestagenmengen in der klinischen Forschungs-Phase III befindet. In einer entsprechenden Phase-II-Studie seien jedoch noch hohe Zwischenblutungsraten zu verzeichnen gewesen. Eine weitere neue Entwicklung erfolgt in den USA. Dabei handelt es sich laut Heskamp um ein monophasisches Präparat mit 1,5 mg Estradiol. „Die Ergebnisse bleiben abzuwarten“, sagt die Forscherin vorsichtig. Beim Gestagen gibt es relativ neu die Norpregnanderivate. Sie werden laut Heskamp jedoch weniger zur Verhütung als vielmehr für den Bereich der Hormonersatztherapie entwickelt. Im Kontrazeptiva-Bereich seien mit Ausnahme des Nomegestrolacetats keine neuen Gestagene in Sicht.

Mit Blick auf den therapeutischen Zusatznutzen kann Heskamp von neuen Ergebnissen für das Grünenthal-Produkt Belara® berichten. Eine klinische Studie an der Universität Hamburg¹ habe zur Bestimmung des Effekts von Belara® bei Frauen mit unreiner, zur Akne neigenden Haut erstmals physikalische Messmethoden eingesetzt. Nach sechs Behandlungszyklen mit Belara® wurden dabei laut Heskamp ein statistisch signifikanter Rückgang der fettigen Haut und der Anzahl von Papeln, eine Verringerung der Porengröße, Verbesserung der Hautfeuchtigkeit und Verringerung der Faltentiefe gemessen. „Der Unterschied ist sichtbar, auch die Patientinnen haben es gesehen“, sagt Heskamp. Eine ganz neue In-vitro-Studie² habe nun zudem die Annahme bestätigt, dass

der Wirkstoff Chlormadinonacetat (CMA) ähnlich wie Progesteron und seine Metaboliten an den GABA_A-Rezeptor bindet. Eine Aktivierung des GABA_A-Rezeptors, des wichtigsten inhibierenden Rezeptors des ZNS, bedeutet eine beruhigende, angstlösende und antiepileptische Wirkung, so Heskamp. Heskamp kündigt weitere Forschungen dazu an.

Zukunftsmusik präsentiert Heskamp mit Blick auf neue Zielbereiche in der Grundlagenforschung: Auf den Forschungsplänen dort stehen ganz oben die Identifizierung funktioneller Gene, Proteomics (also Proteome in biologischen Prozessen), Lipidomics wie Membranlipide oder Steroide, Glycomics wie Glycan und Signalübertragung und die Spermium-Oocyte-Interaktion. Heskamp fasst zusammen: „Die Kontrazeption der Frau ist auf einem hohen Niveau und sehr gut etabliert, sicher und vielfältig. Beim Mann steckt die hormonelle Kontrazeption seit Jahren im Entwicklungsstadium. Es ist schlicht einfacher, eine einzelne Eizelle zu kontrollieren als eine Million Spermien.“

Fazit

In der Kontrazeption ist die Pille für die Frau noch immer und wohl auch in Zukunft das Mittel der Wahl. Nicht neu, aber mit neuen Studienergebnissen präsentiert sich dabei das Grünenthal-Kontrazeptivum Belara®.

Dass sich auch mit der Gründung eines MVZ Tätigkeitsfelder besetzen und Umsätze generieren lassen, zeigt die Praxisklinik Winterhude. In der ambulanten Versorgung bietet das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz nun ganz neue Arbeitsmöglichkeiten.

1. M. Kerscher, T. Reuther, G. Schramm, Chlormadinonacetat enthaltende Mikropille verbessert unreine Haut, Frauenarzt 2007, 48 : 373-378.)
2. Grünenthal (2007), Präklinischer Forschungsbericht, Studiennummer 98 31 11

E-MAIL-INTERVIEW

Dr. Klaus König
beantwortet Fragen von
Dr. Albrecht Kloepfer

Kloepfer: Und? Haben Sie jetzt den Eindruck, dass die Mehrzahl der Gynäkologen auf eine wettbewerblich organisierte Versorgungslandschaft schon ausreichend vorbereitet ist?

TEIL 2 (nach der Tagung)

König: Ich bin mir sicher, dass tatsächlich fast niemand ausreichend vorbereitet ist. Einige sind schon sehr weit, die meisten hören sich die Möglichkeiten an und fangen an zu überlegen, was sie für Möglichkeiten haben. Einige sind zufrieden mit ihrer Situation und wollen alles so lassen. Anfragen bei der KV haben die Frauenärzte allerdings bis jetzt nicht weitergebracht, da diese ihre eigenen Leute erst schulen musste. Wir selber schulen erst einmal die Landes- und Bezirksvorsitzenden, dann die Mitglieder in den Bezirken. Wer sich verändern will, hat schon Kontakt aufgenommen, wartet aber noch die endgültige Regelung ab.

Kloepfer: Ich habe den Eindruck – bestätigt zum Teil auch durch unsere Tagung –, dass manche Akteure noch immer recht tief in Ihren alten Gräben stecken. Was muss geschehen, um die Dialogkultur der Beteiligten miteinander zu verbessern? Sie sollen ja schließlich Wettbewerbspartner werden ...

König: Was ich seit 29 Jahren in eigener Praxis erlebe, bestätigt sich immer wieder: Der Frauenarzt – hier auch ersetzbar durch die Spezies Arzt, da es in anderen Fachgebieten nicht anders ist – fühlt sich als Niedergelassener in seiner Einzelpraxis als selbstständiger Herr, der bestimmt, was er macht, und dem keiner reinreden darf. Ironisch gesagt: Was er macht, ist alles richtig, Gefahr droht von außen. Er will auch nicht mit anderen zusammenarbeiten, da die anderen ja nicht so gut sind wie er. Eigentlich lernen braucht er nichts mehr, da er ja schon alles gelernt hat. Der Computer stört, es können ja Daten verloren gehen. Wenn er ein Rezept schreibt, dann will er ein bestimmtes Präparat, weil er es schon immer aufgeschrieben



Stand Rede und Antwort: Dr. Klaus König

hat. Er hat doch viel gearbeitet und versteht nicht, warum er so wenig Geld dafür bekommt. Wozu braucht er ein neues Ultraschallgerät, das alte ist immer gut gegangen und er macht die besten Bilder. Es ist schon unverschämt, dass die Sonographiekommission seine Bilder bemängelt. Die verstehen doch alle nichts davon. Das ist nur Schikane, um ihm das Leben schwer zu machen ...

Lieber Herr Kloepfer, ich habe schon fast aufgegeben, daran zu glauben, dass wir diese Menschen ändern können. Sie werden auf lange Sicht auf der Strecke bleiben, machen uns aber das Leben schwer, auch nach außen, weil es so viele sind.

Kloepfer: Ich bin ja unverbesserlicher Optimist, glaube aber tatsächlich auch, dass jetzt die Zeit gekommen ist, wo sich die Spreu vom Weizen trennt. (Übrigens meinte ich bei meiner Frage nach den Akteuren nicht nur die Ärzte ...!) Für mich sind solche Veranstaltungen wie diese Klausurtagung Börsen, auf denen man sehen kann, wer mit wem klarkommt, wer ausreichend dialogfähig ist und wer darüber hinaus vielleicht auch noch gute Konzepte in der Tasche hat. Konnte vor diesem Hintergrund das letzte Wochenende nicht doch den einen oder anderen Lichtstrahl in Ihr düsteres Bild lenken?

E-MAIL-INTERVIEW

Dr. Klaus König
beantwortet Fragen von
Dr. Albrecht Kloepfer

TEIL 2 (nach der Tagung)

König: So düster ist mein Bild nicht. Wir, die Mediziner, sind nur im Augenblick überfordert, ohne weitere Vorbereitung den richtigen Weg zu finden.

Theoretisch haben wir, ich meine die aktiven Mediziner, uns mit der Thematik schon einige Zeit beschäftigt, können uns aber eine Umsetzung in die Tat kaum vorstellen.

Probleme bereitet es vielen, die lieb gewonnenen Gewohnheiten zu verlassen und in eine unsichere Zukunft zu starten. Jede Veranstaltung, in der Position bezogen wird zur jetzigen und zukünftigen Situation, ist also ein Gewinn. Die Spreu trennt sich vom Weizen schneller, als wir denken.

Was muss ein fortschrittlicher Frauenarzt können, um seine oder andere Ideen umzusetzen? Er muss fachlich up to date sein, elektronische Kommunikation beherrschen und bereit sein, auch bei Regen vor die Tür zu gehen. Er muss bereit sein, den bisherigen Weg zu verlassen und mit anderen neue Wege zu gehen. Und was wir brauchen, sind Profis, die unsere jetzige Praxissituation analysieren können und mit denen wir Konzepte erarbeiten können, die in Richtung Verbesserung gehen. Ich komme gerade von einer Sitzung der Frauenärzte eines Kreises, die sich gegen ein medizinisches Versorgungszentrum wehren wollen, aber noch kein Konzept haben. Schließlich kam man überein, den Boykott demnächst zu beenden und lieber eine Kooperation einzugehen, die den Niedergelassenen Vorteile bringen kann. Also, ein Umdenken setzt ein.



9 . Ü B E R D I E R E F E R E N T E N

DIE REFERENTEN ZUR

1. KLAUSURTAGUNG

FRAUENARZT(PRAXIS)

DER ZUKUNFT

Dr. Conrad Felixmüller
Hamburg
Frauenarzt
MVZ Praxisklinik Winterhude

Dieter Hebel
Schwäbisch Gmünd
Vorsitzender des Vorstandes
Gmünder Ersatzkasse (GEK)

Dr. Marie-Luise Heskamp
Aachen
Günenthal GmbH,
Medizin-Gynäkologie

Dr. Klaus König
Steinbach
2. Vorsitzender des
Berufsverbandes
der Frauenärzte e. V.

Hardy Müller
Hamburg
Leiter Referat Versorgungs-
management
Techniker Krankenkasse

Prof. Dr. Dr. Konrad Obermann
Göttingen
Professor für Ethik und Ökonomie
im Gesundheitswesen
Fachhochschule im
Deutschen Roten Kreuz

Prof. Dr. Rainer Riedel
Köln
Studiengangsleiter Medizin-
Ökonomie
Rheinische Fachhochschule Köln

Hans-Joachim Schade
Wiesbaden
Rechtsanwalt
Broglie, Schade & Partner GbR

Dr. Dominik Graf von Stillfried
Berlin
Leiter der Stabsstelle
Versorgungsforschung
Kassenärztliche Bundesvereinigung

1. KLAUSURTAGUNG FRAUENARZT(PRAXIS) DER ZUKUNFT

„Gemeinsam lernen – gemeinsam die Zukunft gestalten“

Frankfurt/Mörfelden
4. – 5. Mai 2007

Quer durch die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Gesetzgebungsprojekte der vergangenen Monate 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