Praxisgründung

Erfahrungsberichte, Hintergrundinformationen und Tipps für realistische Visionäre

Erste Schritte
Worauf Sie bei der Niederlassung als Chirurg achten müssen

Management
Wie Sie Ihre Praxis erfolgreich führen und am Markt etablieren

Berufsverband
Was der BNC für niedergelassene Chirurgen fordert und erreicht

Eine Sonderpublikation des BNC – Berufsverband Niedergelassener Chirurgen

Inhaltsverzeichnis

Editorial

3 **Praxisgründung:** Am Scheideweg der Karriereplanung

Ambulante Chirurgie

4 **Meine Niederlassung als Chirurg:** Drei Chirurgenleben in sechs Jahrzehnten

5 **Meine Niederlassung als Chirurg:** Ein erfahrener Tutor erleichtert dem Neuling den Einstieg

6 **Meine Niederlassung als Chirurg:** Ich will nie wieder zurück ins Krankenhaus

7 **Meine Niederlassung als Chirurg:** Betriebswirtschaftliches Know-how ist unerlässlich

8 **Leistungsspektrum:** Was genau macht eigentlich ein niedergelassener Chirurg?

Praxisgründung

10 **Erste Schritte:** Vom Praxiserwerb über die Zulassung in die eigene Niederlassung

12 **Kooperationen:** Verschiedene Rechtsformen der Niederlassung

16 **Beratung:** Der Steuerberater als Coach in allen Phasen der Existenzgründung

18 **Finanzierung:** Vertrauter Sachbearbeiter der Hausbank oder lieber zinsgünstige Direktbank?

20 **Unternehmertum:** Betriebswirtschaftliche Grundbegriffe bei der Niederlassung

24 **Praxissoftware:** Wettbewerb der Systemanbieter – Was muss die EDV in einer Praxis leisten?

26 **Versicherungen:** Mit Netz und doppeltem Boden auf den Ernstfall vorbereitet

Honorar

28 **Selbstverwaltung:** Spagat zwischen öffentlichem Auftrag und politischer Interessenvertretung

30 **Abrechnung:** Wer bezahlt mir das? Fünf Quellen für Ihr Honorar als niedergelassener Arzt

Überleben am Markt

34 **Praxismarketing:** Vom schlüssigen Praxisprofil zum „Unique Selling Point“

36 **Qualitätsmanagement:** Stärken der Praxis dokumentieren und nach außen darstellen

38 **Personalmanagement:** Freundliches und qualifiziertes Personal – das Aushängeschild Ihrer Praxis

40 **Netzwerken:** Vom Einzelkämpfer zum Teamplayer – Chancen der freiberuflichen Tätigkeit

Zuhause im BNC

42 **Historie:** Der BNC von 1996 bis heute – Die bewegte Geschichte eines jungen Verbandes

47 **Regionale ANC:** Ihr direkter Draht zur berufspolitischen Interessenvertretung vor Ort

50 **BNC-Geschäftsstelle:** Erste Anlaufstelle für Mitglieder und Anfragen von außen

51 **BNC-Wirtschaftsdienst:** Hilfe bei Alltagsproblemen des niedergelassenen Chirurgen

52 **Mitgliedschaft:** Werden Sie Mitglied im BNC …

Impressum

Praxisgründung. Vom Krankenhaus in die Niederlassung
Ein Sonderheft des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen (BNC)

Herausgeber und verantwortlich für den Inhalt
Berufsverband Niedergelassener Chirurgen Deutschland e. V.
Wulfsdorfer Weg 7
22359 Hamburg
Tel.: 040 60 32 91 10
Fax: 040 60 32 91 18
info@bncev.de
www.bncev.de

Redaktionsleitung
Antje Soleimanian
Freie Medizinjournalistin
Essener Straße 4
D3 – Belle Etage, Raum 7
22419 Hamburg
Tel.: 040 32 59 61 16
Fax: 040 32 59 61 12
antje.soleimanian@bncev.de
www.soleimanian.de

Grafik und Layout
Stefan Behrendt
bbpm
Löwenstraße 54
20251 Hamburg
Tel.: 040 422 05 50
Fax/UMS: 01803 5501 8018 0648
stefan.behrendt@bbpm.de
www.bbpm.de

Verlag
Sönke Gedaschko
Medizinische Wirtschaftsdienste
Ohlmöhlenweg 18
25451 Quickborn
Tel.: 04106 80 40 20
Fax: 04106 80 40 41
info@medizinische-wirtschaftsdienste.de
www.medizinische-wirtschaftsdienste.de

Druck
Merkur Druck GmbH
Oststraße 49
22844 Norderstedt
Tel.: 040 522 99 30
Fax: 040 522 30 82
info@merkur-druck.com
www.merkur-druck.com

Druckauflage
10.000 Exemplare

Erscheinungsdatum
November 2007

Titelfoto: ©iStockphoto.com/abu

Praxisgründung

Am Scheideweg der Karriereplanung

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

nach vielen Jahren Weiterbildung im Krankenhaus und erfolgreichem Abschluss der Facharztprüfung planen Sie nun Ihre weitere berufliche Zukunft. Für die meisten von Ihnen stellen sich zwei Alternativen: Entweder Sie bleiben im Krankenhaus um in der Klinikhierarchie aufzusteigen, oder Sie gründen eine Praxis im niedergelassenen Bereich.

Foto: Haack

Dr. Dieter Haack
amtierender Präsident des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen (BNC) und niedergelassener Chirurg aus Stuttgart

Angesichts vieler unbesetzter Stellen in Krankenhäusern bundesweit ist die Perspektive für eine Klinikkarriere nicht schlecht. Doch nicht jeder möchte dauerhaft Nachtdienste, Rufbereitschaften und Überstunden schieben. Die Optionen im ambulanten Bereich reichen von der Einzelpraxis über die Praxis- oder Berufsausübungsgemeinschaft bis hin zur angestellten Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum.

Aus meiner eigenen Erfahrung weiß ich, dass einen beim Gedanken an eine mögliche Niederlassung noch weit mehr Fragen bewegen als die formale Struktur der Praxis. Wo finde ich eigentlich Kollegen, die ihre Praxis abgeben wollen? Welches Leistungsspektrum möchte ich anbieten? Wie behaupte ich mich am Markt? Wie geht man mit der Budgetierung der verschiedenen Leistungsbereiche um, wie vermeidet man Regresse? Wer ist in der Kassenärztlichen Vereinigung für mich zuständig? Welche rechtlichen und finanziellen Vorgaben muss ich für eine Niederlassung erfüllen?

Der BNC will Ihnen die Praxisgründung erleichtern

Der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) ist Dachverband der regionalen Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC) und möchte Ihnen den Einstieg in Ihre praktische niedergelassene Tätigkeit erleichtern.

Dieses Sonderheft gibt Ihnen einige grundlegende Informationen über die vertragsärztliche Tätigkeit mit auf den Weg – und dazu viele Tipps zum Weiterlesen. Gleichzeitig möchten wir Ihnen unseren Verband und seine Mitglieder vorstellen, die Ihnen von ihren persönlichen Erfahrungen mit den Höhen und Tiefen der Niederlassung berichten können.

Sobald Sie den Schritt in die Niederlassung gewagt haben, sollten Sie sich Ihrer regionalen ANC anschließen um vom kollegialen Erfahrungsaustausch in einer starken Gemeinschaft und berufspolitischen Interessenvertretung auf regionaler und Bundesebene zu profitieren.

Ich würde mich freuen, Sie eines Tages als neues aktives Mitglied einer ANC und damit auch des BNC begrüßen zu dürfen.

Ihr Dieter Haack

Meine Niederlassung als Chirurg

Drei Chirurgenleben in sechs Jahrzehnten

Foto: Proske

> *» Meine Gedanken zur Niederlassung: Agnosce, o medice, adjuvare professio tua. Erkenne als gereifter Arzt, dass Helfen deine Berufung ist. «*

Dr. Gebhard Proske
Schlößlgartenweg 17
93149 Nittenau
Tel.: 09436 902294

Niedergelassener Chirurg im Ruhestand. Fachliche Schwerpunkte: Allgemein- und Unfallchirurgie, ambulante Operationen, Endoskopie und physikalische Therapie

Drei Chirurgenleben kann ich überblicken, die sich bei fortbestehender Aktivität über insgesamt sechs Jahrzehnte erstreckten.

In meinem ersten Leben besuchte ich – unterbrochen durch Kriegsdienste – die Universitäten Breslau, Würzburg und Erlangen und wuchs im Laufe von 20 Jahren in die Chirurgie hinein. In den folgenden 25 Jahren arbeitete ich als leitender Arzt und Chefarzt für Chirurgie eines Kreiskrankenhauses mit 88 Betten. Das dritte Chirurgenleben begann, als ich mich für weitere 20 Jahre in die Niederlassung begab.

Foto: Proske

▲ Das Praxisteam von Dr. Gebhard Proske im Jahre 2005, vorne rechts seine Ehefrau

Der chirurgische Weg begann als Sanitätssoldat im finnischen Urwald und fand nach einer bewusst breit gefächerten Ausbildung in einer bayerischen Großklinik seinen Höhepunkt als leitender Oberarzt für Chirurgie. Ziel war die Übernahme eines Krankenhauses, das die Vertretung der Gesamtchirurgie verlangte.

So konnte ich ein Kreiskrankenhaus übernehmen und die Chirurgie mitsamt ihrer Nachbargebiete in freier Verantwortung fortführen. Nach 25 Jahren stand eine bedeutsame Entscheidung an, die von der wissenschaftlichen, politischen und familiären Entwicklung bestimmt war. Im Vordergrund stand die Familie mit vier in Ausbildung begriffenen Kindern.

In der Krankenhauslandschaft zeichnete sich mit der zunehmenden Spezialisierung eine Veränderung ab, die ich als Übergang von Krankenhausaufgaben in die ambulante Facharztpraxis deutete. Außerdem wollte ich für unsere Stadt die seit mehr als 130 Jahren ausgeübte Chirurgie im Fortbestand sichern.

So kam es zur Niederlassung als Chirurg. Es waren nach den vorangegangenen Herausforderungen 20 glückliche Jahre mit der echten Ausprägung eines freien ärztlichen Berufes.

Heute eröffnen sich für den niederlassungswilligen Chirurgen weitere Aufgabenbereiche durch die verschiedenen Formen der Kooperation und vor allem durch die Öffnung von Krankenhäusern zur Zusammenarbeit.

Sorge bereitet die zunehmende Einschaltung des Managements, der Kostenträger und des Staates in das Gesundheitswesen und damit in die niedergelassene Praxis. Bei aller Anerkennung für wirtschaftliches Denken und technischen Fortschritt ist daran zu erinnern, dass der ärztliche Beruf auf einer anderen Grundlage steht als die Wirtschaft.

Krankheit und Unfall sind Schicksal und Notlage, in der Hilfe nötig ist. So übt der Arzt auch heute im Bewusstsein der Bevölkerung eine höherwertige Tätigkeit aus. Daraus folgt eine moralische Verpflichtung. Auch der Staat gewährt uns eine Sonderstellung, indem er die Arztpraxis nicht als Gewerbe einstuft. Schließlich gibt die Regelung der Niederlassungsbezirke unüberschätzbaren Rückhalt für das ärztliche Handeln. Diesem dreifachen Schutz des Arztes gilt es durch persönliche Handlung gerecht zu werden. In dem Kräfteverhältnis zwischen ärztlicher Berufung, chirurgischer Kompetenz, persönlicher Bewährung, Wirtschaftlichkeit und den neuen Möglichkeiten der Zusammenarbeit muss sich heute der niedergelassene Chirurg bewähren und seinen Weg finden.

Meine Niederlassung als Chirurg

Ein erfahrener Tutor erleichtert dem Neuling den Einstieg

> *» Meine Bilanz nach 24 Jahren niedergelassener Tätigkeit: unzählige dankbare Patienten, mehr berufliche und private Flexibilität sowie kurze Entscheidungswege und –zeiten. «*

Foto: Haack

Dr. Dieter Haack
Eierstraße 46, 70199 Stuttgart
Tel.: 0711 601760-0
Fax: 0711 601760-29
haack-kerber@t-online.de

Seit 1998 im ambulanten OP-Zentrum Marienpark Klinik mit den Schwerpunkten Proktologie, Sportmedizin, Venenchirugie, Laparoskopie, Unfall- und Hernienchirurgie sowie Hand- und Fußchirurgie

Nach Beendigung der Facharztausbildung war die Entscheidung über die weitere berufliche Tätigkeit für mich nicht schwer. Mein Vater betrieb eine gut laufende chirurgische Praxis in Stuttgart, in die ich nach unfallchirurgischer Zusatzausbildung 1983 ohne Zulassungsprobleme eintreten konnte. Mit meinem Vater hatte ich einen alten Hasen an der Seite, der mir die Modalitäten der Abrechnung und des bürokratischen Ablaufes in einer Praxis erklärte.

Diese Zusammenarbeit endete erst, als mein Vater im Jahre 1997 sein 68. Lebensjahr erreicht hatte. Für mich stellte sich die Frage, ob ich mit einem neuen Kollegen eine Gemeinschaftspraxis im alten Stil fortführen wollte oder ob ich der Entwicklung der Zeit folgen und das ambulante Operieren in größerem Stil ausbauen wollte.

Ich suchte zunächst zwei Kollegen, die mich von der Qualifikation her ergänzen sollten. In Stuttgart kauften wir einem ausscheidenden Kollegen seinen KV-Platz ab und suchten mit zusammen drei KV-Plätzen nach geeigneten Räumlichkeiten. Wir fanden ein leer stehendes Fabrikgebäude im Stuttgarter Süden, dessen Erdgeschoss und erstes Geschoss wir anmieteten. Meine beiden Kollegen arbeiteten weiter im Krankenhaus während ich meine Praxis zunächst weiterführte.

Die neuen Räume mussten natürlich umgebaut werden. Vor dem eigentlichen Umbau mussten wir alle Pläne dem Gesundheitsamt, dem TÜV und auch der Feuerpolizei vorlegen, die erst mit Einbau einer Feuertreppe ihren Segen erteilte. Unsere vielen Planungsänderungen trieben den Innenausbauer manchmal bis kurz vor den Herzinfarkt

Wir hatten uns auf drei Operationssäle mit der erforderlichen Infrastruktur verständigt. Meine alten Praxisräume waren bereits gekündigt, der 1. Januar 1998 war der vorgesehene Eröffnungstermin. Doch drei Monate vor dem beabsichtigten Einzug in das bis dahin leere Gebäude erklärte der Immobilien-Investor und Bauherr den Bankrott. Von heute auf morgen waren alle Handwerker auf der Baustelle verschwunden.

Unsere Aussichten auf einen pünktlichen Arbeitsbeginn schwanden zunehmend. Glücklicherweise kaufte eine Bank das Gebäude und trieb den weiteren Ausbau voran. Mit 14 Tagen Verspätung konnten wir die offizielle Eröffnung feiern.

Vorteil für meine Kollegen, die unmittelbar aus dem Krankenhaus kamen, war die Kenntnis des Systems durch einen Älteren. Ich konnte den beiden jederzeit unter die Arme greifen, wenn es bürokratische oder abrechnungstechnische Probleme gab. Diese Tutorenschaft hat sich für den Ablauf unserer Praxis überaus bewährt.

Es war auch ein Glücksfall, einen kompetenten Steuerberater zu haben, der sich in der Materie auskannte, zumal verschiedene Formen der Vertragsgestaltung möglich waren. Auch die Gründung einer Klinik GmbH stellte sich als sinnvoll heraus.

Hinzu kommt die Erkenntnis, dass man keiner Aus- und Zusage von Politikern trauen darf, da diese nur in Legislaturperioden denken. Beruhigend für unsere Tätigkeit aber ist, dass man ambulante Chirurgen – ob sie nun konservativ oder operativ tätig sind – immer brauchen wird.

Foto: Haack

▲ Blick in einen OP-Saal in der Marienpark-Tagesklinik von Dr. Dieter Haack

Meine Niederlassung als Chirurg

Ich will nie wieder zurück ins Krankenhaus

Foto: Koschitzky

Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky
Großer Graben 23, 29664 Walsrode
Tel.: 05161 73021
Fax: 05161 73023
www.chir-gem-prax.de

Operative Schwerpunkte:
Fuß- und Handchirurgie, Venen- und Hernienchirurgie, Haut- und ästhetische Chirurgie sowie Proktologie

» Unsere Patienten schätzen die Gewohnheit des Chirurgen: Untersuchen, entscheiden, behandeln, alles an einem Tag, wie es in der Unfallchirurgie üblich ist. «

Als Oberarzt im Krankenhaus ging es mir mit gutem Operationsprogramm und netten Kollegen nicht schlecht. Doch das Ende war absehbar. Der Chefarzt zehn Jahre vor dem Ruhestand. Der Nachfolger würde eigene Oberärzte mitbringen. Mit Anfang 40 musste ich micht entscheiden.

Für eine wissenschaftliche Karriere war es zu spät. Ohne parteiliche oder familiäre Verbindungen waren meine Chancen auf eine Chefarztposition gering. Der Wunsch nach mehr beruflicher Eigenständigkeit war aber ungebrochen. Daher reifte der Gedanke, „den eigenen Laden aufzumachen".

In der Folgezeit fragte ich mich bei jeder Operation, ob sie tatsächlich stationär erfolgen muss. Das ambulante Operieren war damals noch eine zarte unbekannte Pflanze. Ich besuchte niedergelassene Kollegen und sammelte Tipps für Organisation und Einrichtung. Rasch war ich überzeugt, dass mir die Arbeit als niedergelassener Chirurg liegen würde.

Ich hatte einen Bericht über Chirurgen in eigenen Praxen und ihren Erfolg oder Misserfolg gelesen. Die Zufriedenheit war in Kleinstädten deutlich höher als in Großstädten. Ich selbst schätze das Leben in ländlichen Gebieten. Da es 1988 noch keine gesperrten Kassensitze gab, brauchte ich nur nach einem Ort mit ausreichend Bevölkerung suchen. So landete ich in Walsrode.

Bei der Suche nach Räumen legte ich Wert auf ausreichend Platz, einen ebenerdigen rollstuhlgerechten Zugang, Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, Parkraum und zentrale Lage. In den kommenden anderthalb Jahren verlief kein Tag ohne Praxisplanung. Vom Seifenspender bis zum OP-Tisch – alles musste bedacht und beschafft werden. Mit den Angeboten für die Praxiseinrichtung, Statistiken über mögliche Umsatzzahlen von der KV und dem Mietvertrag war es Ende der achtziger Jahre noch recht leicht, eine Finanzierung ohne Eigenkapital zu erhalten.

Personal für eine chirurgische Praxis gab es hingegen überhaupt nicht. Für jede Funktion musste ich Arzthelferinnen, Krankenschwestern, Reinigungspersonal sowie Sekretariat einweisen oder ausbilden. Noch bei Praxiseröffnung konnte im Team außer mir niemand den Steri bedienen, die Röntgenentwicklungsmaschine eichen oder einen Gips anlegen. Zur Einweihung am 1. März 1989 waren zwei von sechs Behandlungsräumen komplett eingerichtet, Wartezimmer und Empfang funktionsfähig. Auch das Röntgen funktionierte schon. Die Sprechstunde war auf 9.00 Uhr angesetzt, der erste Patient klingelte um 8.00 Uhr.

Seit 1998 läuft die Praxis als Gemeinschaftspraxis. Weil Kooperationsverhandlungen mit dem örtlichen Krankenhaus scheiterten, bauten wir das Nachbarhaus als OP-Zentrum um. Mit der sportmedizinischen Betreuung örtlicher Vereine erreichten wir schnell einen hohen Bekanntheitsgrad. 56.600 Patienten wurden inzwischen behandelt.

Rückblickend hätte ich das Behandlungsspektrum und jede Geräteinvestition viel stärker auf Rentabilität prüfen müssen. So hätte ich sicher nicht ohne Arthroskopie im Angebot eröffnet. Eine Niederlassung in Einzelpraxis „auf der grünen Wiese" wäre heutzutage auch nicht mehr sinnvoll.

Ich will nie wieder zurück ins Krankenhaus. Die Arbeit in eigener Praxis mit ihrem Freiraum, dem Patientenkontakt von der Diagnose bis zur Ausheilung sowie dem intensiven Kontakt zu niedergelassenen Kollegen ist als ärztliche Aufgabe befriedigend. Sie kommt dem am nächsten, was ich mir unter meinem Beruf als Chirurg vorstelle. Doch ohne einen mitgestaltenden, mittragenden Lebenspartner wäre es nicht gegangen.

Meine Niederlassung als Chirurg

Betriebswirtschaftliches Know-how ist unerlässlich

Als Katholik war es für mich zu DDR-Zeiten nicht leicht, überhaupt zum Medizinstudium zugelassen zu werden. Eine Hochschullaufbahn war unmöglich, weil ich mich weigerte, der SED beizutreten.

Meine Facharztausbildung erfolgte an der Chirurgischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Plauen und führte mich im Rahmen einer Hospitation auch an die Poliklinik Plauen.

Zum Zeitpunkt der Wende war ich leitender Stationsarzt der Chirurgischen und Unfallchirurgischen Wachstation am Vogtlandklinikum Plauen. Nachdem ich von ehemaligen roten Socken rechts überholt wurde, meine fertige Dissertation der bundesdeutschen Bürokratie zum Opfer fiel und eine zugesagte attraktive Klinikstelle am Weißwurstäquator anderweitig besetzt wurde, entschied ich mich für eine Niederlassung in einer chirurgischen Gemeinschaftspraxis in Schleiz.

Hier arbeite ich als Chirurg und D-Arzt mit jetzt durchschnittlich 48 Stunden fachlicher Praxistätigkeit pro Woche. Wir gründeten die Praxis ohne jegliches Eigenkapital oder betriebswirtschaftliche Erfahrung.

Wir vernetzten uns mit Kollegen anderer Fachrichtungen, um im April 2003 ein Ärztehaus zu gründen, das im Kern unsere orthopädisch-chirurgische Praxisgemeinschaft mit einem ambulanten Operationszentrum beherbergt. Seit Juli 2006 firmieren wir als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Schleiz GbR, dessen Geschäftsführer ich bin.

> *» Die Übernahme einer Praxis heißt in erster Linie Dienst für den Betrieb, das Personal und die Kollegen. Persönliche Belange sind zweitrangig. «*

Eine Praxis, Praxisgemeinschaft oder ein MVZ muss als Betrieb geführt werden. Dazu gehören Arbeitsplatzbeschreibungen, Kostenstellenrechnung, genaue Ablaufpläne, Rücklagen mindestens in Höhe der Abschreibungen, streng limitierte monatliche Entnahmen, fachliche und strukturelle Visionen sowie eine strikte Trennung zwischen Praxis- und Privatfinanzen.

Gut ausgebildetes und motiviertes Personal ist die Seele der Praxis und sollte nie der Gewinnoptimierung geopfert werden. Zur Weiterbildung gehört neben fachlicher Weiterbildung auch die permanente Fortbildung in Bezug auf betriebswirtschaftliche, steuerliche und gesundheitspolitische Neuerungen.

Man darf als Praxisinhaber nie vergessen, dass auch Management und Bürokratie Arbeit sind, denn eigenes betriebswirtschaftliches Know-how und Kenntnis der Gebührenordnungen sind eine Grundvoraussetzung für den Erfolg der Praxis. Steuerberater sind in der Regel teure Buchhalter, die einer permanenten Kontrolle bedürfen. Ihre Quartalsinformationen und Datev-Auswertungen sind für die Betriebsführung mit ihren täglichen Entscheidungen häufig unbrauchbar.

Gute Praxisberater sind rar, und ein gesundes Misstrauen gegenüber dieser Zunft ist nie verkehrt. Die praktische Hilfestellung von Berufsverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern hingegen sollte intensiv genutzt werden.

Bei Kooperationen gilt es auf gute anwaltliche Verträge zu achten, die insbesondere Auflösungs- sowie Ein- und Ausstiegsregelungen enthalten und alle Kompetenzen und Zugriffsrechte genau definieren. Um persönliche Konflikte zu vermeiden, sollte man grundsätzlich keine Ehepartner oder Angehörigen in der Kooperation beschäftigen.

Eine Kooperation ist wie eine Ehe: Sie hat Höhen und Tiefen und birgt das Risiko einer Scheidung. Sie funktioniert auf menschlicher Ebene, wenn alle Partner sich voll einbringen und darauf vertrauen können, dass die anderen Partner dies ebenfalls tun. Die einzelnen Gesellschafter müssen kompromiss- und teamfähig sein und ein „Wir-Gefühl“ im gesamten Team schaffen. Das größte Problem mit dieser Aufgabe haben erfahrungsgemäß die Ärzte.

Foto: Dittrich

Dr. Stephan Dittrich
Neue Straße 1
08525 Plauen-Kauschwitz
Tel.: 03741 523383
st.dittrich@web.de

Geschäftsführer des MVZ Schleiz GbR mit Zulassung zum ambulanten Operieren, Teilradiologie und Sonographie

Leistungsspektrum

Was genau macht eigentlich ein niedergelassener Chirurg?

Ein Chirurg greift zum Skalpell, schneidet, flickt und näht – so einfach ist das? Nicht ganz. Natürlich gehören ambulante Operationen zum Profil des niedergelassenen Chirurgen, insbesondere seit immer vehementer verlangt wird, mehr Eingriffe in den ambulanten Sektor zu verlagern. Doch es gibt auch viele Chirurgen, die in ihrer Praxis überwiegend konservativ arbeiten.

Im Jahr 2006 arbeiteten in der Bundesrepublik Deutschland 3.758 niedergelassene Chirurgen (Quelle: Bundesarztregister der KBV). Diese kleine Fachgruppe ist damit zahlenmäßig nur den niedergelassenen Dermatologen, Anästhesisten, Radiologen und Urologen überlegen.

Aushängeschild der niedergelassenen Chirurgen ist das ambulante Operieren – zumal das Motto „ambulant vor stationär" seit einigen Jahren eine populäre politische Forderung ist. Tatsächlich ist die Zahl der ambulanten Operationen seit den achtziger Jahren in Deutschland deutlich gestiegen: von etwa 1,3 Millionen Eingriffen im Jahr 1988 auf knapp vier Millionen Eingriffe im Jahr 2004 (Quelle: Leistungen in der Arztpraxis im Jahr 2004, WIDO 2006).

Im Gegensatz zu anderen Ländern fand diese Entwicklung in Deutschland fast ausschließlich im niedergelassenen Bereich statt, während die Kliniken sich erst unter dem politisch-wirtschaftlichen Druck der jüngeren Zeit dem ambulanten Operieren zuwenden.

Diese Verlagerung wurde vor allem durch die Entwicklung moderner Anästhesieverfahren und weniger invasiver Operationstechniken möglich, die den Patienten nicht so sehr belasten, so dass er sich bereits unmittelbar postoperativ bewegen und selbstständig versorgen kann.

Ein geeignetes häusliches Umfeld vorausgesetzt, erholen sich Patienten auch am liebsten zu Hause von einem operativen Eingriff. Die Patientenakzeptanz ist beim ambulanten Operieren daher sehr hoch. Die räumlichen, personellen, instrumentellen und organisatorischen Qualitätsanforderungen an ambulante Operateure in beiden Sektoren sind in §115b des Sozialgesetzbuches (SGB) V geregelt. Basis ist ein dreiseitiger Vertrag zwischen den Partnern der Selbstverwaltung (Spitzenverbände der Krankenkassen, KBV und DKG).

Generell gilt für den Operateur und den Anästhesisten Facharztstandard. Gleichzeitig beinhaltet der Vertrag einen Katalog ambulanter und stationsersetzender Leistungen. Diese Leistungen dürfen je nach Kategorie im Regelfall nur ambulant erbracht werden – eine stationäre Aufnahme ist lediglich in begründeten Ausnahmefällen erlaubt und abrechenbar.

Doch nicht jeder niedergelassene Chirurg schwingt täglich das Skalpell: Neben Operateuren, die in hochspezialisierten Operationszentren ambulante Eingriffe in hoher Fall-

Häufige ambulante Operationen beim niedergelassenen Chirurgen

- Abszessspaltung
- Bandnähte an großen und kleinen Gelenken
- Handchirurgische Eingriffe (Morbus Dupuytren, Karpaltunnel-Syndrom, Epicondylitis etc.)
- Arthroskopische Diagnostik und Operationen
- Proktologische Eingriffe (Hämorrhoiden, Analabszesse und –fisteln, Kondylome, Analthrombosen etc.)
- Fußchirurgische Eingriffe (Hallux valgus, Hallux rigidus, Hammerzeh, Morbus Ledderhose etc.)
- Entfernung gut- und bösartiger Haut- und Weichteiltumoren
- Operative Frakturbehandlung und Osteosynthesen
- Phlebologische Eingriffe (Varizen, Besenreiser, Varikozelen etc.)
- Chirurgisches Debridement bei chronischen Wunden (Ulcus cruris, Ulcus venosum, diabetisches Fußsyndrom etc.)
- Hernienchirurgie (überwiegend Leistenhernien, aber auch Nabel- und Narbenhernien)
- Materialentfernung nach Osteosynthese

zahl durchführen, gibt es viele Chirurgen, die sich auf konservative chirurgische Leistungen konzentrieren.

Die Abrechnungsstatistik zeigt, dass ambulante Operationen tatsächlich nicht so häufig abgerechnet werden wie man spontan vermuten würde. Chirurgen mit überwiegend konservativem Leistungsspektrum behandeln als D-Ärzte häufig Arbeits- und Schulunfälle und versorgen Frakturen, Weichteilverletzungen oder chronische Wunden.

Das individuelle Leistungsspektrum einer chirurgischen Praxis hängt von vielen Faktoren ab: Während sich in einer ländlichen Einzelpraxis die apparative Ausstattung für ambulante Operationen kaum amortisieren kann, kooperieren niedergelassene Chirurgen in Städten oft mit Fachkollegen oder Ärzten anderer Fachrichtungen um die teure OP-Infrastruktur gemeinsam zu nutzen.

Frequenzstatistik 2004 – die 20 häufigsten Abrechnungspositionen bei Chirurgen

Leistungsbeschreibung	GOP[1]	Anzahl	Umsatz in Euro	Anteil[2] in %
Konsultationsgebühr	2	17.449.972	32.514.971	17,46
Ordinationsgebühr	1	12.497.123	129.010.189	12,50
Wirtschaftliche Erbringung/Veranlassung einer Leistung aus Kap. 0	3.452	12.064.722	4.233.547	12,07
Brief eines Arztes an einen anderen Arzt	75	4.561.853	13.818.565	4,56
Pauschalerstattung für die Versendung von Briefen	7.120	4.383.315	2.453.922	4,39
Behandlung einer großen Wunde	2.021	3.241.751	14.490.310	3,24
Intensive ärztliche Beratung und Erörterung	17	2.879.668	32.091.713	2,88
Röntgendiagnostik bei Hand oder Fuß	5.019	2.679.979	24.531.515	2,68
Fixierender Verband an einer Extremität	214	1.769.871	14.931.736	1,77
Infiltrations- oder Leitungsanästhesie	451	1.592.532	8.914.524	1,59
Röntgendiagnostik der übrigen Extremitäten	5.020	1.411.491	16.097.977	1,41
Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	801	1.363.904	8.524.642	1,36
Übungsbehandlung bei gestörter Gelenk- oder Muskelfunktion	505	1.348.995	2.308.158	1,35
Behandlung einer kleinen, nicht primär heilenden Wunde	2.020	1.347.217	4.054.185	1,35
Wiederanlegen und ggf. Änderung eines Verbandes	217	1.334.974	6.426.520	1,33
Entstauender phlebologischer Funktionsverband	205	1.216.357	7.255.512	1,22
Kurzer ärztlicher Bericht	74	945.657	1.452.020	0,95
Pauschalerstattung für fotokopierte Befundmitteilungen	7.140	859.016	111.671	0,86
Wärmetherapie mittels Packungen	530	841.619	2.170.762	0,84
Nacht-, Wochenend- oder Feiertagsgebühr	5	758.865	8.824.426	0,76

1 Gebührenordnungsposition (GOP)
2 in Bezug auf alle abgerechneten GOP

Quelle: Leistungen in der Arztpraxis im Jahr 2004.
Auswertungen der GKV-Frequenzstatistik. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO) 2006

Zum Weiterlesen: Buchtipps und Links zu Materialsammlungen

Busse, Jörg und Thomas Standl (Hrsg.).: Ambulantes Operieren. Rahmenbedingungen, Organisation und Patientenversorgung.
Heidelberg: Springer Verlag, 2007. Gebunden, 213 Seiten, 69,95 Euro

Das Buch beschreibt die Entwicklung des ambulanten Operierens im internationalen Vergleich, thematisiert gesetzliche und betriebswirtschaftliche Aspekte und gibt Tipps zur Organisation von Zuständigkeiten, zu baulichen und personellen Voraussetzungen sowie Patientenaufklärung und –versorgung vor und nach dem ambulanten Eingriff. Es richtet sich an Ärzte in ambulanten OP-Einrichtungen in Klinik oder Praxis.

Regelmäßig erscheinende deutschsprachige Fachzeitschriften zum Thema ambulante Chirurgie sind neben dem „Chirurgen Magazin" (Verbandsorgan des BNC) auch die Titel „ambulant operieren" (Thieme Verlag) und „Ambulante Chirurgie" (Urban & Vogel Verlag), zu finden jeweils unter
- **www.bncev.de** **www.thieme.de** **www.urban-vogel.de**

Dem Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO) gehören ambulante Operateure verschiedener Fachrichtungen an. In vielen Regionen kooperieren die Landesverbände (LAO) mit den jeweiligen Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC). Zum BAO gelangen Sie über
- **www.operieren.de**

Den Vertrag zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V sowie alle Rahmenvereinbarungen und den begleitenden Operationskatalog findet man auf den Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter
- **www.kbv.de** – Themen A-Z, dort Stichwort „Ambulantes Operieren"

Informationen über das ambulante Operieren auf internationaler Ebene mit vielen wissenschaftlichen Infos sowie Kongressterminen und Publikationen gibt es auf den Seiten der International Association of Ambulatory Surgery (IAAS) unter
- **www.iaas-med.com**

Innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) gibt es eine Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Ambulantes Operieren (CAAO), zu finden unter dem Stichwort Sektionen/Arbeitsgemeinschaften auf
- **www.dgch.de**

Die aktuellen Leitlinien zu verschiedenen Eingriffen des ambulanten Operierens findet man auf den Seiten der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), am einfachsten über die Suche nach dem Stichwort „Ambulantes Operieren", unter
- **www.leitlinien.net** oder **www.uni-duesseldorf.de/awmf**

Statistiken zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland sowie diverse Publikationen und weiterführende Links gibt es auf den Seiten des Zentralinstituts (ZI) für die kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland oder des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) unter
- **www.zi-berlin.de** und **www.wido.de**

Erste Schritte

Vom Praxiserwerb über die Zulassung in die eigene Niederlassung

Voraussetzung für die Niederlassung in eigener Praxis ist neben einer abgeschlossenen fachärztlichen Weiterbildung vor allem die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Ein Überblick über die wichtigsten Schritte auf dem Weg zur eigenen Praxis.

Für Ärzte, die eine spätere Niederlassung ins Auge fassen, ist die Praxiszeit ein besonders wichtiger Weiterbildungsabschnitt. Den Ausbilder sollte man sorgfältig aussuchen, denn eine Stelle als Weiterbildungsassistent in einer Praxis birgt immer die Chance, als Jobsharingpartner aufgenommen oder auf lange Sicht sogar die Praxis übernehmen zu können.

Für die eigentliche Gründung der eigenen Praxis sollte man eine Vorlaufzeit von mindestens einem Jahr einkalkulieren. In dieser Phase ist es sinnvoll, die Niederlassungsberatung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu kontaktieren (siehe Liste Seite 29).

Die dortigen Ansprechpartner kennen in der Regel die Patientenzahlen, Praxisgrößen, Altersstruktur der Praxen und auch Patientenströme zwischen einzelnen Praxen in der Region. Sie sind häufig auch über das Leistungsspektrum einzelner Praxen informiert.

KVen, Zeitschriften und Internet als Fundgrube

Die Niederlassungsberater in den KVen wissen außerdem häufig, welche Praxischefs in ihrem Bezirk sich in nächster Zeit in den Ruhestand verabschieden möchten oder auf der Suche nach einem Jobsharing-Partner sind. Es lohnt sich daher, intensiven persönlichen Kontakt zur KV-Niederlassungsberatung zu pflegen.

Weitere klassische Fundgruben für Praxisangebote sind das Deutsche Ärzteblatt, die Verbandszeitschriften der einschlägigen Berufsverbände und Fachgesellschaften sowie mittlerweile auch Online-Praxisbörsen (siehe Kasten Seite 11).

Zulassung ist ein notwendiger Verwaltungsakt

Wichtigste Voraussetzung für die Niederlassung ist die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung durch den Zulassungsausschuss der zuständigen KV. Mit dem Verwaltungsakt der Zulassung gewährt die KV dem Arzt die Teilhabe an der Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten. Die Niederlassung hingegen bezeichnet den Beginn der Tätigkeit in freier Praxis.

Die KV erteilt die Zulassung nur Ärzten, die in ihr Arztregister eingetragen sind. Für diesen Eintrag muss man den erfolgreichen

Praxisberater: Hilfe bei Praxiserwerb und -gründung

Eine Reihe von Unternehmensberatern hat sich auf die Beratung von Ärzten spezialisiert. Sie helfen bei der Praxiswertermittlung und -finanzierung, vermitteln Versicherungen und unterstützen in allen betriebswirtschaftlichen Belangen. Einige dieser Berater sind:

BNC Wirtschaftsdienst
Sönke Gedaschko, Ohlmöhlenweg 18, 25451 Quickborn
Telefon: 04106 80 40 20, Fax: 04106 80 40 41
info@medizinische-wirtschaftsdienste.de
www.medizinische-wirtschaftsdienste.de

Loibl Unternehmensberatung für Ärzte
Rudolf Loibl, Gabelsbergerstrasse 53G – 94315 Straubing
Telefon: 09421 101 13, Fax: 09421 885 01
loibl@loibl-online.de, www.loibl-online.de

Frielingsdorf Consult
Oliver Frielingsdorf, Kaiser-Wilhelm-Ring 50, 50672 Köln
Telefon: 0221 13 98 36-0, Fax: 0221 13 98 36-65
info@frielingsdorf.de, www.frielingsdorf.de

Helmsauer Gruppe
Bernd Helmsauer, Am Plärrer 35, 90443 Nürnberg
Telefon: 0911 92 92-185, Fax: 0911 92 92-224
info@helmsauer-gruppe.de, www.helmsauer-gruppe.de

Abschluss der Weiterbildung im eigenen Fachgebiet mit Befugnis zum Führen der jeweiligen Gebietsbezeichnung nachweisen.

Praxisübernahme auch in gesperrten Gebieten

An wenig gefragten Standorten herrscht mittlerweile Ärztemangel, so dass etliche KVen – insbesondere in den neuen Bundesländern – niederlassungswillige Ärzte mit Zuschüssen unterstützen.

In den meisten Regionen gelten jedoch weiterhin Zulassungsbeschränkungen oder -sperren, so dass sich niederlassungswillige Ärzte dort nicht neu niederlassen können, sondern sich um frei werdende Zulassungen bewerben müssen. Bestehende Praxen können hingegen auch in überversorgten und damit gesperrten Gebieten verkauft werden. Die Praxisübernahme ist damit die häufigste Form der Niederlassung.

Bei der Praxisübernahme ist die Ermittlung des Praxiswertes von entscheidender Bedeutung. Eine solide Grundlage für Kaufpreisverhandlungen bietet ein Praxiswertgutachten von einem unabhängigen Sachverständigen.

Verschiedene Formeln für die Wertermittlung

Für die Ermittlung des Praxiswertes sind sehr unterschiedliche Methoden im Umlauf: Sie reichen von pauschalen Faustformeln bis hin zu komplexen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen.

Den materiellen Verkehrswert der Praxiseinrichtung kann der Verkäufer relativ leicht selbst berechnen. Funktionstüchtiges Inventar, das noch den aktuellen Standards genügt, hat auch dann noch einen Verkehrswert, wenn es bereits vollständig steuerlich abgeschrieben ist. Dieser „Anhaltewert“ liegt bei zirka 25 bis 30 Prozent des Anschaffungspreises.

Wesentlich komplexer ist die Ermittlung des ideellen Praxiswertes (Goodwill). Hier hat der Käufer den größten Verhandlungsspielraum, denn für den ideellen Praxiswert sind auch Faktoren wie die Prognose der künftigen Kassenhonorare oder die Auswirkungen der neuen Gebührenordnung relevant.

Erfahrene Steuer- oder Unternehmensberater erstellen Praxiswertgutachten, die den materiellen und ideellen Praxiswert ermitteln. Zwei etablierte Methoden für die Wertermittlung sind das „Praktikerverfahren“ und die „Ertragswertmethode“. Etwas neuer ist die Indexierte-Basis-Teilwertmethode (IBT-Methode), die nicht nur die Perspektive des Verkäufers, sondern auch die des Käufers berücksichtigt.

Dem Verkäufer sichert die Praxisabgabe das Alter

Der Käufer sollte sich vor Augen führen, dass die Praxisabgabe für den ausscheidenden Kollegen in der Regel als wichtiger Baustein für die Altersvorsorge gedacht war. Angesichts der einschneidenden Veränderungen im Gesundheitswesen verändert sich aber auch die Preisstruktur für Arztpraxen.

Während der Nachwuchsmangel in strukturschwachen Regionen die Preise drückt und es niederlassungswilligen Ärzten leicht macht, einen günstigen Preis für eine etablierte Praxis auszuhandeln, kann die Nachfrage nach Kassenarztsitzen durch Kliniken und Krankenhäuser, die in die ambulante Versorgung drängen, die Praxispreise örtlich in die Höhe treiben.

Zum Weiterlesen: Bücher, Broschüren und Links zum Thema Praxisgründung

Die Schriftreihe „Beratungsservice für Ärzte“ vermittelt Ärzten Informations- und Entscheidungshilfen zur Niederlassung, zum Aufbau und zur Führung einer Arztpraxis. Alle Schriften sind erschienen im Deutschen Ärzte-Verlag, Köln.

Band 1 (2006): Der Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung. Vorgaben und Empfehlungen für Ärzte und psychologische Psychotherapeuten zur Niederlassung (189 Seiten).

Band 2 (2006): Rationelle Praxisorganisation. Management, Planung und Ausstattung der Arztpraxis (147 Seiten).

Band 3 (2007): Arbeitsrecht für den niedergelassenen Arzt (147 Seiten).

Band 4 (2006): Die Finanzierung der Arztpraxis (72 Seiten).

Band 5 (2005): Rechtsfragen beim Verkauf und Erwerb einer Arztpraxis (119 Seiten).

Band 6 (2005): Steuerliche Aspekte der Praxisführung (70 Seiten).

Band 7 (2006): Die Wirtschaftlichkeit und die Prüfung in der vertragsärztlichen Versorgung (105 Seiten).

Band 8 (2005): Kooperative Berufsausübung zwischen Ärzten und anderen Heilberufen (91 Seiten).

Der NAV-Virchow-Bund hat eine Broschüre „Der Weg in die eigene Praxis“ mit Checklisten zur Niederlassung, Praxisneugründung und -übernahme herausgegeben. Sie kostet 15 Euro für Nichtmitglieder (9 Euro für Mitglieder) und ist erhältlich über die Homepage des Verbandes unter **www.nav-virchowbund.de**

Praxisbörsen im Internet gibt es unter anderem unter

- **www.praxisboerse.de**
- **www.kwp-consult.de/praxisangebote/**
- **www.praxisboerse-online.de**
- **www.die-praxisboerse.de**
- **www.med-to-date.de**
- **www.web-pro-med.de**

und auf den Internetseiten etlicher Medizinischer Fakultäten der Universitäten sowie verschiedener Berufsverbände (darunter auch der BNC unter **www.bncev.de**)

Die Universität Koblenz-Landau bietet ein Fernstudium an, das Praxisgründern und -inhabern die notwendigen unternehmerischen Kompetenzen vermittelt. Der berufsbegleitende Kurs „Existenzgründung und Praxisoptimierung im Gesundheitswesen“ dauert ein Semester und richtet sich an Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten. Inhalte der Weiterbildung sind Personalmanagement, Betriebswirtschaftslehre, professionelle Praxisführung, Marketing, Absicherung, Steuer und Finanzierung, Arbeits- und Sozialrecht sowie Medizinalrecht. Der Kurs verbindet Fernstudien- und Präsenzeinheiten miteinander.

Kontakt: Zentrum für Fernstudien und Universitäre Weiterbildung der Universität Koblenz-Landau, Tel.: 0261 287-1500 oder -1503, zfuww@uni-koblenz.de oder www.uni-koblenz.de/praxis.

Kooperationen

Verschiedene Rechtsformen der Niederlassung

In den Augen junger Chirurgen sprechen vor allem zwei Gründe dafür, sich in eigener Praxis niederzulassen: die selbständige Arbeit bei freier Zeiteinteilung und die Möglichkeit sich mit anderen Ärzten zusammenzuschließen. Seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄG) gibt es auch eine Reihe neuer Rechtsformen der Niederlassung, insbesondere für Kooperationen.

Allen Unkenrufen zum Trotz: Die Arbeit in der freien Niederlassung ist für Ärzte nach wie vor attraktiv. Dies ergibt sich aus der Studie „Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte" des Nürnberger Instituts für freie Berufe (IFB), für die 1.308 junge Mediziner aus sechs Kammerbezirken befragt wurden.

Von den Befragten nannten drei Viertel die freie Zeiteinteilung als Vorzug der Niederlassung, fast ebenso viele (73,4%) die Arbeit in einer Gemeinschaftspraxis. Weitere Argumente waren der verbesserte Kontakt zu Patienten (66,9%), die Erweiterung des Handlungsspielraums (58,8%) und die Realisierung familienfreundlicher Arbeitszeiten (49,7%).

Etwa die Hälfte der Ärzte würde nach der Aus- und Weiterbildung gern im Krankenhaus weiterarbeiten, während die andere Hälfte die eigene Praxis als Ziel angibt. Beide wünschen sich jedoch eine Kooperation mit dem jeweils anderen Versorgungssektor.

Für die Niederlassung ist grundsätzlich eine Kooperation zu empfehlen, denn für die Einzelpraxis ist heute im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) keine Einnahmesteigerung möglich. Im Gegenteil steigen durch den medizinischen Fortschritt, durch neue Auflagen und Bürokratisierung sowie den allgemeinen Preisanstieg die Kosten ständig an.

Eine Kooperation mit anderen Ärzten hilft, diesen Kostenanstieg aufzufangen. Darüber hinaus bietet sie mehr Lebensqualität durch Aufgabenteilung, die Möglichkeit der Spezialisierung und dadurch Erweiterung des Spektrums, mehr Zeit und Gelegenheit für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) und eine Stärkung der Position gegenüber Lieferanten und Kostenträgern.

Der Gesetzgeber hat im Rahmen der letzten Gesetzesreformen den Grundstein dafür gelegt, dass Honorare zunehmend an der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorbei zwischen Krankenkassen und Leistungserbringergemeinschaften stattfinden. Bis zum Jahre 2012 soll unter Umständen das Zulassungssystem gänzlich aufgehoben werden.

Insofern liegt es an den niedergelassenen Ärzten, sich entsprechend zu formieren, um als geeigneter Kooperationspartner an neuen Vergütungssystemen beteiligt zu werden. Um vor Ort einen stabilen Standort zu entwickeln, bieten sich unterschiedliche Gestaltungsmöglichkeiten an.

Gemeinschaftspraxis (Berufsausübungsgemeinschaft)

Hierbei handelt es sich um den Zusammenschluss von zwei oder mehr Ärzten, die sich zur Ausübung ihres Berufs in einer Praxis in gemeinsamen Räumen mit gemeinsamer Praxiseinrichtung, mit gemeinsamer Karteiführung, mit Unterstützung gemeinsamen Personals, zur Behandlung einer gemeinsamen Klientel auf gemeinsamer Rechnung unter gemeinsamem Namen zusammenschließen.

Die Errichtung einer Gemeinschaftspraxis bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss, alle Partner benötigen eine Zulassung. Die Zulassungsausschüsse prüfen die Gemeinschaftspraxisverträge auch daraufhin, ob es sich um ein verkapptes Anstellungsverhältnis handelt.

Der Gemeinschaftspraxisvertrag regelt die Geschäftsführung und die Vertretungsbefugnis, die Beteiligung an Arbeitgeberentscheidungen, das Direktionsrecht im Praxisbetrieb, die Arbeitszeit, die Beteiligung an Gewinn und Verlust und am Gesellschaftsvermögen, Abfindungsregelungen im Fall

des Ausscheidens und sonstige Mitbestimmungsrechte.

Die Gemeinschaftspraxis kann in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder einer Partnerschaftsgesellschaft (PartG) gegründet werden. Dieser vertragliche Zusammenschluss von mindestens zwei Personen erfordert keine bestimmte Form und keinen gesonderten Gründungsaufwand. Es gibt keine unabhängigen Organe, Vertretung und Geschäftsführung stehen grundsätzlich allen Gesellschaftern zu. Allerdings haften alle Partner für Verbindlichkeiten der GbR mit ihrem Privatvermögen (CAVE: Eintritt in Altverbindlichkeiten!).

Grundgedanke sind hälftige Anteile an Vermögen, Gewinn und Verlust. Andere Regelungen sind aber möglich (z. B. Null-Beteiligungsgesellschaft oder sukzessiver Anstieg durch Gewinnverzicht). Man kann auch eine Kennlernphase von maximal drei bis fünf Jahren vereinbaren und Geschäftsführungsbefugnisse (z.B. Übertragung auf einen Gesellschafter) gesondert regeln. Ebenso lässt sich die Haftung der Partner als Gesamtschuldner eingrenzen, während Abfindungsklauseln den Fortbestand der Praxis nach Ausscheiden eines Gesellschafters regeln können.

Weiterhin kann die Gemeinschaftspraxis auch in der Rechtsform einer Partnerschaftsgesellschaft betrieben werden. Entscheidender Unterschied ist die Haftungsbeschränkung für Ansprüche aus Behandlungssphären auf den tatsächlich behandelnden Arzt. Die Partnerschaftsgesellschaft ist insoweit umständlicher, als sie über den Notar in das Partnerschaftsregister anzumelden ist. Alle Änderungen im Gesellschaftsverhältnis müssen ebenfalls (kostenpflichtig) eingetragen werden und werden erst ab Eintragung wirksam.

Praxisgemeinschaft

Im Gegensatz zur Gemeinschaftspraxis ist die Praxisgemeinschaft eine Kooperationsform, bei der die teilnehmenden Ärzte ihre Tätigkeit lediglich in gemeinsamen Praxisräumen ausüben. Sie bilden keine wirtschaftliche Einheit im Sinne einer Abrechnungsgemeinschaft, sondern praktizieren ein „Cost-Sharing“. Im Abrechnungsverhältnis und beim Abschluss von Verträgen treten die Ärzte selbständig auf, jeder rechnet also für sich ab.

Im Prinzip bestehen insoweit selbständige Praxen mit eigener Klientel und eigener Patientenkartei, die GbR ist eine reine Innengesellschaft. Ein gemeinsamer Praxissitz ist nicht erforderlich, die Gesellschaft bedarf auch keiner Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Im Gegensatz zur Gemeinschaftspraxis ist die Praxisgemeinschaft zwischen Vertragsarzt und Privatarzt zulässig, verbindliche Elemente sind ausschließlich die gemeinsame Nutzung von Ressourcen und eine entsprechende Kostenteilung.

Zum Weiterlesen: Literatur zum Thema Praxisgründung

Hohmann, Jörg und Klawonn, Barbara: Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) – Die Verträge.

Frankfurter Musterverträge, 2. aktualisierte Auflage. Frankfurt: Medizinrecht.de Verlag, 2007. Taschenbuch mit 217 Seiten. Preis: 58,00 Euro

Bohle, Thomas: Vertragsgestaltung in der Integrierten Versorgung. Hinweise, Checklisten, Muster.

Landsberg: ecomed Medizin, 2005. Taschenbuch mit 208 Seiten. Preis: 34,00 Euro

Boxberg, Ernst und Rosenthal, Frank: Selbstständig im Gesundheitswesen. Handbuch für die Existenzgründung und Praxisorganisation.

Heidelberg: Economica Verlag, 2007. Loseblattsammlung mit laufenden Aktualisierungen, mit oder ohne CD-ROM. Preis: ohne CD-ROM: 98,00 Euro, mit CD-ROM: 139,00 Euro

Liebig, Kerstin und Oberlander, Willi: Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte.

Nürnberg: Institut für freie Berufe, Oktober 2007, Bezug über www.ifb.uni-erlangen.de

Foto: Websitefactory

Jörg Hohmann
Rechtsanwalt, Justiziar des BNC
Kanzlei für Medizinrecht
Rechtsanwälte Hohmann
und Kollegen
Friedensallee 48, 22765 Hamburg
Tel.: 040 391 95-0
Fax: 040 391 95-53
hohmann@buchholzpartner.de

Nicht die Praxisgemeinschaft, sondern der einzelne praktizierende Arzt steht in Rechtsbeziehung zu den Patienten, jeder beteiligte Arzt führt eine separate KV-Nummer. Allerdings dürfen die Partner bei gleicher Fachrichtung nicht mehr als 20 und bei unterschiedlichen Fachrichtungen nicht mehr als 30 Prozent gemeinsame Patienten haben. In puncto Gesellschaftsform bietet die Praxisgemeinschaft den gleichen Gestaltungsspielraum wie eine Gemeinschaftspraxis. Ihre Gründung muss dem Zulassungsausschuss und sollte auch der Kammer angezeigt werden.

Medizinisches Versorgungszentrum

Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) handelt es sich um eine fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung, in der Vertragsärzte und/oder angestellte Ärzte tätig werden können. Eine wesentliche Voraussetzung für das Tätigwerden von angestellten Ärzten ist, dass diese ebenfalls über einen Arztregistereintrag verfügen. Die Gründung und

der Betrieb eines MVZ ist ein umfangreiches Projektvorhaben, das langfristig und sorgfältig zu planen ist. Die Beteiligten müssen sich über ihre Ziele klar werden, die lokale Versorgungsstruktur analysieren, ihre Kooperationsvereinbarung ausgestalten und die Auswirkungen auf die Erlössituation abschätzen. Ebenso dürfen Gedanken zur Finanzierungsgestaltung, zur Unternehmensform und zu den Controlling-Aktivitäten in den Planungen nicht fehlen.

Grundsätzlich können alle Leistungserbringer nach SGB V ein MVZ gründen. Als Rechtsform sind alle gesetzlichen Organisationsformen zulässig (z. B. GmbH, GbR, PartG, KG, OHG, AG). Der Träger hat organisatorische Weisungsbefugnis gegenüber den angestellten Ärzten.

Ein Leistungserbringer kann Träger mehrerer MVZ sein und der Gründer muss nicht selbst an der medizinischen Versorgung teilnehmen. Die Arbeitsverträge angestellter Ärzte sind der KV vorzulegen, weiterhin muss der Zulassungsausschuss der KV den Sitz des MVZ genehmigen. Er erteilt eine Zulassung für den Ort der Niederlassung, ein überörtlicher Zusammenschluss ist nicht möglich. Ein MVZ kann sich um ausgeschriebene KV-Sitze bewerben und unterliegt der Bedarfsplanung.

Grundsätzlich können Vertragsärzte ihre Zulassung behalten, wenn sie in ein MVZ einsteigen. Umgekehrt können sie aus dem MVZ auch wieder aussteigen und ihre Zulassung mitnehmen. Voraussetzung ist, dass sie nicht auf die Zulassung zugunsten des MVZ verzichtet haben, sondern ihm lediglich die Abrechnungsbefugnis übertragen haben. Scheidet der Arzt ohne seine Zulassung aus, wird diese durch das MVZ nachbesetzt. Ebenso können Angestellte die von ihnen übertragene Zulassung nicht aus dem MVZ herauslösen, die Rückumwandlung einer Anstellungs-Zulassung in eine Gesellschafter-Zulassung ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Foto: Dynamic Graphics

▲ Zusammenarbeit mit Kollegen: Die neue Gesetzeslage ermöglicht Praxisgründern verschiedene Kooperationsformen

Die rechtliche Stellung des Arztes im MVZ kann unterschiedlich geregelt sein. Er muss nicht am materiellen Vermögen beteiligt sein. In diesem Fall ist er dann leitender Angestellter, genießt aber keinen Kündigungsschutz. Sicherheit gibt es also nur bei gleichzeitiger Kapitalbeteiligung. Weitere Kapitalgeber können außer Ärzten auch Krankenhäuser oder andere Investoren sein.

Auch für ein MVZ werden Gemeinschaftspraxis-Zuschläge gezahlt. Ein weiterer Vorteil ist die Kooperation zum Ressourcen-Sharing mit externen Vertragsärzten und anderen Leistungserbringern. Dadurch besteht die Möglichkeit der integrierten Versorgung und zu Strukturverträgen nach § 140 a-d und § 73 a SGB V. Denkbar sind auch MVZ-Gründungen unter Einbeziehung stationärer Einrichtungen, die Etablierung eines MVZ als Teil eines Krankenhauses oder von MVZ-Ketten im Sinne einer Beteiligung an mehreren Zentren.

Teil-Gemeinschaftspraxis

Ein niedergelassener Chirurg kann mit anderen Vertragsärzten auch bezogen auf einzelne Leistungen eine Teil-Gemeinschaftspraxis eingehen, im Übrigen bleibt seine Praxis selbständig. Nach der jüngsten Änderung der Bundesmantelverträge ist diese Form der Zusammenarbeit im GKV-Bereich schwer umsetzbar, im PKV-Bereich nach wie vor eine Option.

Viele Chirurgen, die ihren Patienten z. B. aufwändige ambulante Operationen anbieten wollen, können diese Leistungen in ihrer Praxis kaum kostendeckend erbringen, da hierfür nur wenige Patienten in Betracht kommen. Durch die Gründung einer Teil-Gemeinschaftspraxis lässt sich dieses Problem lösen, denn mit der Nutzung gemeinsamer Geräte rentiert sich die Anschaffung teurer Technik (z. B. digitales Röntgen).

Eine Teil-Gemeinschaftspraxis ist standortübergreifend organisiert, so dass jeder beteiligte Arzt seine Leistung weiterhin in eigener Praxis erbringt. Vor Gründung einer Teil-Gemeinschaftspraxis ist zu klären, welche Spezialisierungen angeboten werden können, wer diese Spezialisierung sinnvoll ergänzen könnte, wie die regionale Versorgungs- und Wettbewerbssituation ist und welche Gründungskosten zu erwarten sind.

Obwohl die Gewinnverteilung frei geregelt werden kann, darf die Teil-Gemeinschaftspraxis nicht dazu missbraucht werden, einen Arzt lediglich am Umsatz des andern zu beteiligen. Viele Berufsordnungen haben inzwischen festgelegt, dass sich die Gewinnverteilung an den erbrachten Leistungen orientiert. Insoweit kann Geld nicht ausschließlich für die Überweisung von Patienten fließen. Nach dem Bundesmantelvertrag müssen Ärzte im KV-Bereich außerdem eine gemeinsame Sprechstunde anbieten.

Unabhängig davon, für welche Rechtsform sich ein niederlassungswilliger Arzt entscheidet, sollte er für eine sorgfältige Vertragsgestaltung in jedem Fall einen erfahrenen Rechtsanwalt und einen betriebswirtschaftlichen Berater hinzuziehen.

Kommentar: **Nur Kooperationen schaffen zukunftsfähige Strukuren**

Das Spannungsfeld zwischen beruflicher Eigenständigkeit und dem wirtschaftlichen und politischen Zwang zur Gemeinschaft bestimmt meine eigene berufliche Biografie. Der hierarchischen Zwänge der Universität überdrüssig geworden, machte ich mich 1992 in einer chirurgischen Zweier-Gemeinschaftspraxis selbstständig. Nach anfänglich guter wirtschaftlicher Entwicklung vergrößerten wir uns bald bis zur Fünfer-Gemeinschaft einschließlich Anästhesie, was für die Entwicklung des ambulanten Operierens förderlich war. Anderseits machten uns die organisatorischen und menschlichen Probleme, welche die Zusammenarbeit von fünf gleichberechtigten Chefs mit sich bringt, zunehmend handlungsunfähig und führten letztlich zur Auflösung der Gemeinschaftspraxis.

In den folgenden Jahren arbeitete ich in einer Einzelpraxis und kooperativ in einem OP-Zentrum, was sich menschlich und wirtschaftlich als deutliche Verbesserung zur ehemaligen Gemeinschaftspraxis herausstellte. Mit zunehmendem Erfolg kamen dann neue Probleme: Die Wartezeiten der Patienten wurden zu lang und auch die OP-Kapazität reichte nicht mehr aus. Es galt daher, sich entweder einzuschränken oder zu erweitern und damit erneut die Probleme der Gemeinschaftstätigkeit und Kooperation einzugehen. Im Hinblick auf die negative wirtschaftliche Entwicklung im KV-Bereich, insbesondere beim ambulanten Operieren, blieb nur die „Flucht nach vorn".

Um zukunftsfähige Strukturen zu schaffen, konzipierten und bauten wir ein großzügiges OP-Zentrum mit fünf OP-Sälen einschließlich chirurgischer Praxis und angeschlossener Bettenstation in einem neuen Ärztehaus. Derzeit arbeiten hier sieben Ärzte unterschiedlicher chirurgischer Ausrichtung inklusive Anästhesisten. Zusätzlich operieren bei uns mehrere externe Kollegen. Organisatorisch nutzten wir die neuen gesetzlichen Möglichkeiten und bildeten eine Kooperation aus chirurgischer Praxis, MVZ (mit angestellten Ärzten) und Anästhesie.

Aufgrund dieser Struktur und der unterschiedlichen chirurgischen Spezialisierungen konnten wir verschiedene iV-Verträge und eine Kooperation mit der benachbarten Universitätsklinik abschließen. Als eine größere Gemeinschaft haben wir in Verhandlungen mit Kassen mehr Gewicht und werden nicht so leicht übergangen. Einige unserer Kollegen sind als Konsiliarärzte in Klinken tätig. Die Kooperation mit Kliniken in Form von Konsiliar- oder Belegtätigkeit ist wirtschaftlich und medizinisch sinnvoll, da einerseits KV-unabhängig zu festen Preisen operiert werden kann, andererseits der niedergelassene Chirurg die eigenen Patienten auch stationär versorgt.

Die wirtschaftliche Entwicklung zeigt, dass der eingeschlagene Weg richtig ist. Nimmt man den Verlust an freiberuflicher Eigenständigkeit in Kauf, so sind für niedergelassene Chirurgen, die auch künftig konkurrenzfähig bleiben wollen, unterschiedliche Kooperationsformen unerlässlich. Das kann von der einfachen Gerätegemeinschaft (Röntgen) über die gemeinsame Nutzung eines OP-Zentrums (Praxisgemeinschaft) bis zur Berufsausübungsgemeinschaft (ehemals Gemeinschaftpraxis) oder bis zur Gründung eines MVZ gehen.

Foto: Websitefactory

Dr. Philipp Zollmann
niedergelassener Chirurg aus Jena
mit Praxisklinik und Zentrum
für ambulante Operationen,
amtierender stellvertretender
Vorsitzender des BNC

Kontakt:
Dr. Phillip Zollmann
Am Tatzend 2, 07745 Jena
Tel.: 03641 61 51 91
Fax: 03641 21 57 03
zollmann@email.de
www.dr-zollmann.de

Kommentar: **Auch die Einzelpraxis hat noch eine Chance**

Selbstverständlich sollte jeder Arzt vor der Niederlassung bei seiner Entscheidung auch Kooperationsmodelle mit anderen Ärzten berücksichtigen. Dennoch ist auch die Einzelpraxis weiterhin ein zukunftsfähiges und gangbares Geschäftsmodell für die vertragsärztliche Niederlassung. Entscheidender Vorteil der Einzelpraxis ist und bleibt, dass sich der Praxisinhaber nur in dieser Unternehmensform seine Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit als Alleinentscheider bewahrt.

Die Einzelpraxis ist kostentransparent und birgt keine unüberschaubaren Haftungsprobleme, die sich aus dem Betreiben einer Kooperation immer wieder ergeben. Der Praxisinhaber kann sich seine eigene „Corporate Identity" entwickeln, die originär auf seinen Individualstil zugeschnitten ist. In seiner Mitarbeiterführung bleibt der Chef einer Einzelpraxis flexibel: erstens aufgrund des Führungsgrundsatzes, dass Führung unteilbar ist, und zweitens, weil die Entscheidungswege kürzer sind. Damit verbessert sich die Führungsstruktur in der Praxis.

Doch auch die Netzfähigkeit für die Arbeit im Verbund eines Praxisnetzes ist in einer Einzelpraxis größer. Aus der Keimzelle seiner Einzelpraxis heraus kann der niedergelassene Arzt eine Teilgemeinschaftspraxis, Zweigpraxis oder überörtliche Gemeinschaftspraxis gründen. Damit nutzt er die unstrittigen synergetischen Möglichkeiten der Kooperation, ohne ihr den autarken Status seiner Einzelpraxis zu opfern.

Auch die Anstellung von Ärzten ist bei Einhaltung der Zulassungsvorschriften möglich, ebenso wie die Teilung eines Kassensitzes. Rein hypothetisch könnte sich auch der Einzelpraxis-Inhaber – sofern ärztliche Versorgung in seiner Stammpraxis gewährleistet ist – an einem Krankenhaus anstellen lassen.

Das wichtigste Argument für die Einzelpraxis aber ist meines Erachtens die typische Arztpersönlichkeit. Aus dem ärztlichen Beruf und damit aus dem persönlichen Umfeld eines Arztes ergeben sich grundsätzliche Hindernisse für die Kooperationsfähigkeit. Seine berufliche Ethik gestattet dem Arzt kein Nein beim Patienten. Der Arzt ist darüber hinaus in überdurchschnittlichem Maße Individualist und ist im Allgemeinen nur ungern bereit, sich hierarchisch unterzuordnen.

Nicht zuletzt gibt es innerhalb jeder Kooperation ein unterschiedliches Maß an Produktivität und Leistungsbereitschaft, was zwangsläufig zu Konflikten auf menschlicher und fachlicher Ebene führt. Es ist daher falsch, Kooperationsformen jedweder Art als Allheilmittel für die wirtschaftlichen Herausforderungen im niedergelassenen Sektor darzustellen. Es darf nicht unterschlagen werden, dass Kooperationen den freiberuflichen Status des Arztes und seine Unabhängigkeit empfindlich beschneiden und durchaus auch Konfliktpotenzial bergen, vor dem der Arzt in einer Einzelpraxis gefeit ist.

Foto: Meindl

Dr. rer. pol. Rudolf Meindl
Diplomkaufmann und
geschäftsführender Gesellschafter
der Dr. Meindl und Partner
Verrechnungsstelle, Nürnberg

Kontakt:
Dr. Rudolf Meindl
geschäftsführender Gesellschafter
der Dr. Meindl und Partner
Verrechnungsstelle GmbH
Willy-Brandt-Platz 20, 90402 Nürnberg
Tel.: 0911 984 78 24
Fax: 0911 984 78 30
rmeindl@verrechnungsstelle.de
www.verrechnungsstelle.de

Beratung

Der Steuerberater als Coach in allen Phasen der Existenzgründung

Der Entschluss ist gefasst. Die Arbeitnehmertage als Chirurg im Krankenhaus sind gezählt. Voller Energie freut sich der niederlassungswillige Arzt auf die Zukunft, auf den neuen Lebens- und Berufsabschnitt. Die Zeit der Existenzgründung ist gekommen. Doch diese Phase konfrontiert ihn mit unternehmerischen Entscheidungen, auf die ihn sein Studium nicht vorbereitet hat.

Auf dem Weg in einer erfolgreiche Selbstständigkeit braucht der Chirurg einen qualifizierten Berater, der als „Coach" mit ihm von Beginn an den Weg durch den Gründer-Dschungel geht. Hierfür eignet sich der Steuerberater, denn er begleitet den Chirurgen bei Gründung und sein ganzes Berufsleben lang.

Der Chirurg und sein Coach (Steuerberater) sollten schon im Vorfeld die Entscheidungskriterien für die Existenzgründung klären. Dies beginnt mit der finanziellen Ist-Analyse, die Aufschluss über das verfügbare Einkommen gibt.

Abwägen: Einzelpraxis vs. Gemeinschaftspraxis

Es folgen weitere Fragen: Einzelpraxisneugründung oder -übernahme, Gemeinschaftspraxisneugründung oder -beitritt? Wie steht es um die Praxislage? Großstadt, mittelgroße Stadt oder Kleinstadt in West- oder Ostdeutschland? Angesichts der Entwicklung des Gesundheitsmarktes und aufgrund von Existenzgründungsanalysen ist von einer Einzelpraxisgründung eher abzuraten. Bei prognostizierten rückläufigen kassenärztlichen Einnahmen bis zu 30 Prozent sowie gleich bleibenden oder höheren Kosten fällt der Vergleich einer Einzelpraxis mit der nichtselbständigen Arbeit meist negativ aus.

Faktor Mensch: Einzelgänger oder Teamplayer?

Trotz des niedrigsten Finanzierungsvolumens mit durchschnittlich 202.517,00 Euro (Stand 2006) im Vergleich zu den übrigen Alternativen überwiegen die Nachteile der Einzelpraxis. Damit bleiben die Übernahme einer Einzelpraxis und der Eintritt in eine Gemeinschaftspraxis als Optionen.

Hierfür sollte der Chirurg zunächst die „weichen Faktoren" analysieren – sprich: ob er lieber allein oder in Gemeinschaften agiert. Eine Gemeinschaftspraxis stellt besondere Anforderungen an die Teamfähigkeit der Partner. Erst wenn hierüber Klarheit herrscht, sollte er die Vor- und Nachteile der jeweiligen Formen näher beleuchten.

Bei der Einzelpraxisübernahme fällt auf, dass das durchschnittliche Gesamtfinanzierungsvolumen mit 323.559,00 Euro den höchsten Finanzierungsbedarf aufweist. Bei den Kooperationsformen, etwa einer Gemeinschaftspraxis liegt der durchschnittliche Finanzbedarf für den Existenzgründer bei 279.407,00 Euro.

Der Beitritt zu einer Kooperation hat für den Existenzgründer weiterhin den Vorteil, dass das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004, das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) von 2007 sowie des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 Kooperationsformen gestärkt haben. Sie können dem Strukturwandel damit besser entgegentreten als eine Einzelpraxis.

Das Haftungsproblem bei Einstieg in eine Gemeinschaftspraxis für Altverbindlichkeiten lässt sich juristisch durch eine geeignete Gestaltung der Rechtsform, beispielsweise durch die Kombination einer „Chirurgen-GmbH" mit einer Gemeinschaftspraxis eingrenzen oder ganz beseitigen.

Kriterien für die Praxisbewertung

Nach Auswahl der Übernahme- oder Beitrittmöglichkeiten gilt es, die jeweiligen Beteiligungen zu bewerten. Für den Wert der Praxis sind im Wesentlichen zwei Faktoren von Bedeutung: erstens der Substanzwert (Wert des Anlage- und Umlaufvermögens) und zweitens der Ertragswert.

Der Coach erarbeitet mit unterschiedlichen Bewertungs-

methoden eine Bandbreite des Praxiswertes. Die in der Praxis immer noch favorisierten Bewertungsmethoden sind hierbei die „Ärztekammermethode“ und die Ertragswertmethode.

Als wichtigster Indikator für die Preisfindung gilt das Verhältnis zwischen dem Übernahmeentgelt und dem Jahresumsatz. So liegt in den Jahren 2005/2006 über alle Umsatzklassen der Anteil des ideellen Entgelts bei 32,5 Prozent, die des Substanzwertes bei 15,4 Prozent.

Vorteil des ideellen Entgelts ist die steuerliche Begünstigung durch Abschreibungsmöglichkeiten von drei bis zehn Jahren. Von der Praxisbewertung zur Preisfindung sind Abschläge von über 25 Prozent keine Seltenheit.

Kreditrahmen und Fördermittel ermitteln

Ergänzend führt der Coach gemeinsam mit dem Existenzgründer und den möglichen Kreditinstituten Vorgespräche, um den maximalen Kreditrahmen für den Existenzgründer und die entsprechenden staatlichen Förderprogramme zu ermitteln. Die Anlaufstelle für die Beantragung ist das Kreditinstitut, in dem auch die gesamte Gründungsfinanzierung erfolgt.

Auf Grundlage dieser Daten und unter Einbezug der Vergangenheitswerte der zu übernehmenden Praxis erarbeitet man dann einen Businessplan. Auf Basis des Businessplanes und unter Einbezug der privaten Kostenveränderungen im Bereich Vorsorge und Versicherungen berechnet der Coach dem Existenzgründer einen Einkommensvergleich, der ihm den Mehrwert zwischen Selbständigkeit und Nichtselbständigkeit deutlich macht.

Nach der Entscheidung für die Selbständigkeit begleitet der Coach den Gründer bei der schriftlichen Abfassung eines Übernahmevertrages durch einen Rechtsanwalt. Erfolgt die Übergabe der Praxis oder einzelner Praxisanteile in einem zulassungsbeschränkten Gebiet, ist das Nachbesetzungsverfahren standesrechtliche Voraussetzung für den Erwerb.

Hohe Kostenquote in chirurgischen Praxen

In der Selbständigkeit angekommen, wird der Chirurg zum Unternehmer. Vor dem Hintergrund durchschnittlicher Jahreseinnahmen von 200.400 Euro (2004) und einer Kostenquote von durchschnittlich zirka 66,9 Prozent (2004) ist das Unternehmen Arztpraxis auch nach der Gründung nur mit betriebswirtschaftlicher Beratung überlebensfähig. Auch hier ist der Coach ein Vertrauter und Berater für Fragen wie beispielsweise:

- Weiterentwicklung der Praxis durch Gründung von (über-) örtlichen Berufs-oder Teilberufsausübungsgemeinschaften mit fachgebiets- oder sektorenübergreifenden Tätigkeiten,
- Investitions- und Finanzplanung,
- Rechnungswesen,
- Controlling,
- Steuern.

Buchführung und Lohnbuchhaltung

Die laufende Buchführung und Lohnbuchhaltung sollten unbedingt branchenspezifisch gestaltet werden. Dabei müssen Privateinnahmen und -ausgaben zwingend buchhalterisch erfasst werden.

Foto: Wachtel

Dipl.-Kfm. Wolfgang Wachtel
seit 1987 Steuerberater in der Kanzlei Schön, Wachtel, Kling, in Schweinfurt. Schwerpunkte u. a.: Steuerliche und betriebswirtschaftliche Beratung von medizinischen und freien Berufen.

Graben 19, 97421 Schweinfurt
Tel.: 09721 7137-0
Fax: 09721 7137-30
kanzlei@schoen-wachtel-kling.de

Bei größeren Gemeinschaftspraxen mit hohen Privateinnahmen und einem hohen umsatzsteuerpflichtigen Einnahmenanteil ist eine Bilanzierung zu favorisieren. Einzubeziehen sind dabei auch statistische Daten wie Fallzahlen, Operationszahlen etc. Debitoren- und Kreditorenbuchführung vervollständigen bei Bedarf die Buchführung.

Steuerplanung durch den Steuerberater

Der Existenzgründer muss sich auch mit neuen Steuerarten vertraut machen. Hier übernimmt sein Coach die Steuerplanung von Steuer-Soll-Ist-Vergleichen bis hin zur Steuer-Liquiditätsplanung.

Zu den relevanten Steuerarten, mit denen der Chirurg umgehen muss, zählen Einkommensteuer, Gewerbesteuer, Umsatzsteuer, Körperschaftsteuer und Kapitalertragsteuer. Dies sollte jedoch ausschließlich in Abstimmung mit seinem Coach geschehen, seinem qualifizierten Steuerberater.

Zum Weiterlesen: Nützliche Quellen und Hintergrundinformationen

Eine weiterführende und sehr detaillierte Gesamtdarstellung betriebswirtschaftlicher Themen bietet der Buchtitel von Rolf-Rainer Riedel et al.: „Wirtschaftlich erfolgreich in der Arztpraxis“. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2004. Taschenbuch, 296 Seiten, 29,95 Euro.

Eine ausschließlich steuerliche Darstellung der einzelnen Steuerarten – steuerliche Kenntnisse werden vorausgesetzt – bietet der Buchtitel von Armin Burhoff und Hans-Ulrich Lang: „Besteuerung der Ärzte, Zahnärzte und sonstige Heilberufe“. Herne: NWB-Verlag, 2007. Gebunden, 406 Seiten, 64 Euro.

Eines der wesentlichen Aufgabegebiete des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist die Gesundheitsökonomie und Wirtschaftlichkeitsanalyse in der ambulanten Versorgung **www.zi-berlin.de**

Information zum Unternehmen Praxis speziell über Kooperationsformen und betriebswirtschaftliche Themen gibt es auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Stichwort „Dienstleistungen“ unter **www.kvbawue.de**

Branchenreports für Ärzte sowie Details zur Gründungsvorbereitung bieten unzählige Kreditinstitute, allen voran die Ärzte- und Apothekerbank und HypoVereinsbank unter **www.apobank.de, www.hypovereinsbank.de**

Alles über Softwarelösungen und IT-Dienstleistungen für Steuerberater und ihre Mandanten, insbesondere für Buchführung, Lohn und Rechnungswesen deckt die Datev eG ab: **www.datev.de**

Finanzierung

Vertrauter Sachbearbeiter der Hausbank oder lieber zinsgünstige Direktbank?

Wer eine Praxis gründen möchte, kann dieses Vorhaben meist nicht aus der Portokasse bezahlen. Das Finanzierungsvolumen einer chirurgischen Einzelpraxis beläuft sich in Westdeutschland im Schnitt auf 302.000 und in Ostdeutschland auf 193.000 Euro. Kostengünstiger ist der Eintritt in eine Kooperationsform, und auch beim Kredit-Rating nach Basel II schneiden Kooperationen besser ab.

Seit Anfang 2007 müssen Banken in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union Darlehensnehmer nach den Kriterien des Baseler Ausschusses für Bankenaufsicht bewerten, bekannt unter dem Stichwort Basel II. Folge ist eine deutlich restriktivere Politik bei der Vergabe von Darlehen, die auch vor niederlassungswilligen Ärzten nicht halt macht.

Deutlich bessere Karten beim Basel-II-Rating haben Praxisgründer, wenn sie eine Kooperation eingehen. Die Beweggründe der Banken hierfür sind einleuchtend: Eine Kooperation stärkt die Position der Praxis im lokalen Gesundheitsmarkt und damit auch die Umsatzbasis.

Kooperationen verbessern die Chancen beim Rating

Im Vergleich zu einer Einzelpraxis hat eine Kooperationspraxis außerdem prozentual niedrigere Fixkosten und damit effizientere Strukturen, was sich ebenfalls positiv auf das Kredit-Rating auswirkt. Auch die unsichere Nachfolgeregelung – ein herber Minuspunkt beim Rating von Einzelpraxen – lässt sich mit einer Kooperationsform umgehen, denn aus Sicht der Bank verbessert sie die Fortbestandsprognose und damit die Kapitaldienstfähigkeit. Mit welcher Bank der niederlassungswillige Arzt seine Praxisgründung finanzieren möchte, hängt vor allem von seinen persönlichen Vorlieben ab. Manch einer bevorzugt den persönlichen Kontakt zum vertrauten Sachbearbeiter der Hausbank und nimmt dafür auch etwas höhere Darlehenszinsen in Kauf. Andere verzichten auf eine Beratung von Angesicht zu Angesicht und recherchieren lieber selbst die günstigsten Zinskonditionen bei Internet- und Direktbanken.

Zum Weiterlesen: Links zum Thema Praxisfinanzierung

Die Apotheker- und Ärztebank bietet unter dem Navigationspunkt „Kredite und Finanzierung" neben der zitierten Existenzgründungsanalyse auch umfangreiche Informationen zur Praxisfinanzierung:

- **www.apobank.de**

Die Finanzierungsangebote der Sparkasse findet man über die Navigationspunkte „Firmenkunden" und „Existenzgründung":

- **www.sparkasse.de**

Informationen über staatliche Förderprogramme und zinsgünstige Darlehen gibt es bei der KfW-Mittelstandsbank:

- **www.kfw-mittelstandsbank.de**

Linksammlung zum Thema Banken-Rating und Basel II:

- **www.rating-links.de**

Ärzte schätzen das Branchenwissen des Marktführers

Die meisten Vertragsärzte vertrauen jedoch auf das branchenspezifische Know-how der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (Apobank), die bei niedergelassen Ärzten und Zahnärzten mit 32,95 Prozent die Marktführung hält (siehe Grafik).

Wie eine Erhebung der Hamburger ArztData GmbH von Bankleitzahlen auf mehr als 12.000 Praxisbriefbögen ergab, vertrauen Vertragsärzte jedoch auch den Sparkassen ihr Geld an (24,61 Prozent). Die vier größten Banken Deutschlands (Deutsche Bank, Hypo-Vereinsbank, Dresdner Bank, Commerzbank) hingegen liegen bei Ärzten nur auf den hinteren Beliebtheitsrängen.

Doch angesichts der strukturellen Veränderungen auf dem Gesundheitsmarkt drängen auch die Großbanken auf den

Markt der Praxisfinanzierungen: So will zum Beispiel die Hypo-Vereinsbank ihr Geschäft mit niedergelassenen Ärzten gezielt ausbauen.

Grund für den Vorstoß sind die neuen Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG), das Ärzten die Möglichkeit der Filialbildung und der Beschäftigung angestellter Ärzte bietet. Wann immer eine solche Neuorientierung ansteht, sind auch Finanzierungsmodelle gefragt.

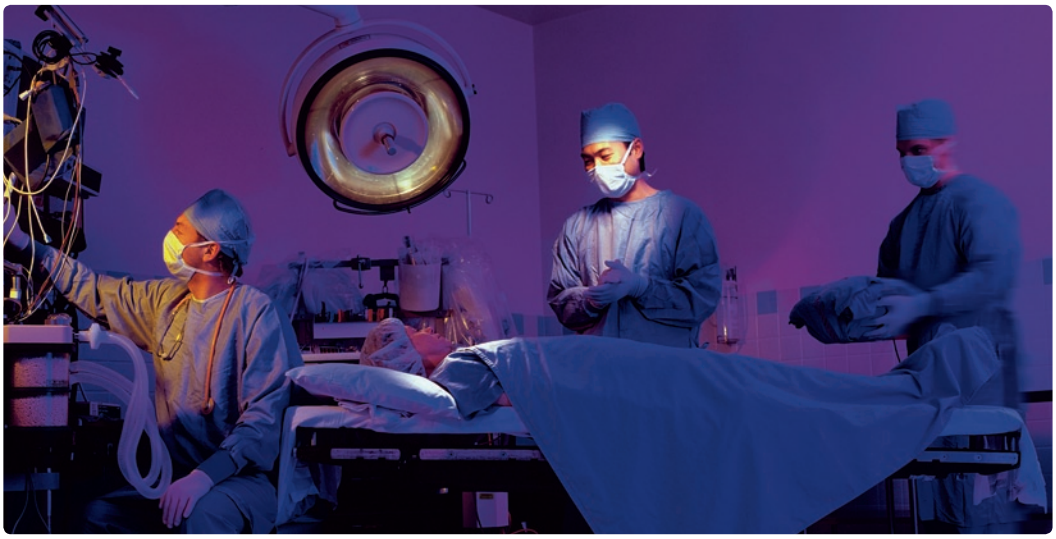


Foto: Dynamic Graphics

▲ Bei einer Praxisübernahme fallen weniger Kosten für medizinisches Inventar an als bei einer Neugründung

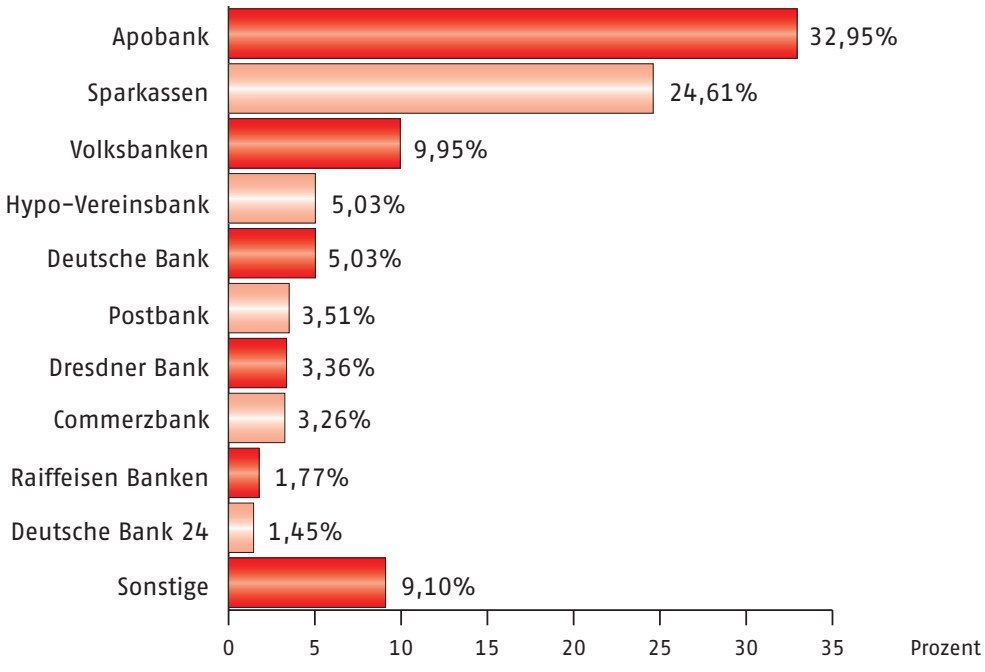
Noch finanzieren die meisten Ärzte Einzelpraxen

Derzeit allerdings betrifft die Mehrheit aller Praxisfinanzierungen Einzelpraxen: In den Jahren 2005/2006 waren 10,3 Prozent aller Finanzierungen der Apobank Neugründungen und 43,2 Prozent Übernahmen von Einzelpraxen (Quelle: Existenzgründungsanalyse von Ärzten 2005/2006 der Apobank und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung).

Der Durchschnittsbetrag für die Finanzierung einer chirurgischen Einzelpraxis belief sich dabei in Westdeutschland auf 302.000 und in Ostdeutschland auf 193.000 Euro. Damit müssen Chirurgen bei der Praxisgründung nach den Urologen die höchsten Finanzierungskosten unter den Vertragsärzten schultern.

Bei den Neugründungen lag das Verhältnis zwischen Investitionen in Praxiseinrichtung und medizinisches Gerät im Westen wie im Osten bei 60 zu 40. Bei der Übernahme von Einzelpraxen fielen die Investitionen für neues medizinisches Gerät entsprechend geringer aus: Sie lagen im Westen bei gut 15 und im Osten bei gut 22 Prozent.

Marktanteile der Banken bei niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten



Quelle: Studie der ArztData GmbH Hamburg, 2007

Übernahmeentgelt höher bei Gemeinschaftspraxen

Das Übernahmeentgelt, das sich aus dem materiellen und dem ideellen Praxiswert zusammensetzt, machte bei Übernahmen von Einzelpraxen deutschlandweit gut 55 Prozent des Finanzierungsbetrages aus. Beim Eintritt in eine Gemeinschaftspraxis stellte das Übernahmeentgelt mit gut 76 Prozent den Löwenanteil des Finanzierungsvolumens.

Der Trend zu kooperativen Praxisformen macht sich auch bei der Entwicklung des ideellen Praxiswertes bemerkbar: Während dieser Wert bei Einzelpraxisverkäufen zurückging, wurden bei Übernahme einer Gemeinschaftspraxis im Schnitt 24 Prozent mehr für den ideellen Praxiswert gezahlt, bei Eintritt in eine Gemeinschaftspraxis sogar ein um knapp 43 Prozent höherer Wert.

Unternehmertum

Betriebswirtschaftliche Grundbegriffe bei der Niederlassung

Mit der Niederlassung wird der vormals angestellte und betriebswirtschaftlich unbedarfte Arzt plötzlich Unternehmer. Das Vertragsarztrecht mit seinen Auflagen und Einschränkungen verkompliziert die Existenzgründung im Vergleich zu anderen Unternehmern. Der Arzt muss sich für seine Niederlassung daher unbedingt unternehmerisches Grundwissen aneignen.

Der Markt für Gesundheitsleistungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ist streng reglementiert. Für die Genehmigung zur Durchführung vieler Leistungen ist neben der Qualifikation der erforderliche Bedarf nachzuweisen. Werbung ist nur eingeschränkt möglich, und selbst die Preise für private Leistungen dürfen mit wenigen Ausnahmen nicht frei kalkuliert werden.

Durch die Budgetierung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung ist eine Leistungsausweitung oder Erweiterung des Spektrums nur schwer möglich. Der Vertragsarzt kann nach Abgabe seiner Quartalsabrechnung etwa erst fünf bis acht Monate später mit einem Ergebnis in Euro und Cent rechnen. Ein kalkulierbares Einkommen steht damit nicht zur Verfügung.

Zudem hat sich die wirtschaftliche Situation der Arztpraxen mit Beginn des neuen Jahrtausends durch Steigerung der Arztzahlen, Kürzungen im Gesundheitswesen sowie Verlagerungen der Leistungsbereiche untereinander spürbar verschlechtert.

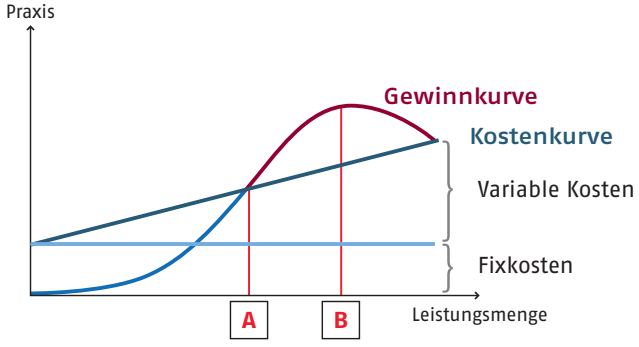
Wie kann man Fehlentscheidungen kompensieren?

Ließen sich früher wirtschaftliche Fehlentscheidungen in der Praxis oder im privaten Bereich fast immer kompensieren, ist das heute bei sinkendem Einkommen häufig nicht mehr möglich.

Auch Arztpraxen sind zunehmend von Konkurs bedroht: Es ist bekannt, dass etwa 20 bis 30 Prozent aller bundesdeutschen Arztpraxen unter Bankenaufsicht stehen. Daher muss sich der Arzt mit Controlling beschäftigen.

Controlling bedeutet: Planen, Steuern und Kontrollieren eines Unternehmens. Es soll dem Arzt helfen, stets aktuell über die wirtschaftliche Lage der Praxis und des privaten Umfeldes informiert zu sein, finanzielle Verpflichtungen einzukalkulieren und somit rechtzeitig existenzbedrohlich Szenarien abzuwenden.

Abb. 1: Kurvenverlauf von Gewinn und Kosten in Abhängigkeit von der Leistungsmenge



Mit Controlling dem Wandel der Zeit begegnen

Controlling wird als Führungsinstrument auch deshalb zunehmend wichtig, weil sich Patientenbedürfnisse, staatliche Vorgaben und die ärztliche Konkurrenz in stetigem Wandel befinden. Zum Controlling ist die Ermittlung und Bewertung von Praxiskennzahlen erforderlich. Zu den Unterlagen gehören:

1. Die Summen- und Saldenliste. Hier werden die Ergebnisse der monatlichen beziehungsweise quartalsweisen Buchhaltung zusammengefasst und nach Sachkonten gegliedert dargestellt.

2. Die betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA). Die BWA wird aus der Summen und Saldenliste abgeleitet und beschränkt sich auf die Abbildung

von Kontengruppen. Hier ist erkennbar, welcher Gewinn (oder Verlust) bis zu diesem Zeitpunkt erzielt wurde.

3. die Einnahme-/Überschussrechnung. Sie fasst die BWA für ein ganzes Jahr zusammen. Von den umfassend dargestellten Umsätzen, die nach Kassen- und Privatumsätzen aufgegliedert werden, werden sämtliche Kosten abgezogen. Daraus wird eine Gewinnermittlung erstellt.

Limitierte Mittel für unbegrenzte Bedürfnisse

Kontrolliertes Wirtschaften ist immer dann notwendig, wenn die zahlreichen (mitunter praktisch unbegrenzten) Bedürfnisse des Menschen nicht mit den verfügbaren Mitteln übereinstimmen, die diese Bedürfnisse befriedigen könnten. Prinzipiell gibt es zwei Varianten des Wirtschaftens:

1. Das Maximalprinzip: Mit gegebenen Mitteln soll ein größtmöglicher Erfolg erreicht werden.

2. Das Minimalprinzip: Mit möglichst geringen Mitteln soll ein vorbestimmter Erfolg erzielt werden.

Praxisinhaber wollen Gewinn erwirtschaften

Die wichtigste Messgröße des ökonomischen Handelns ist die Wirtschaftlichkeit. Für die Ermittlung dieser Kennziffer eines Betriebes werden die Werte der Arbeitsergebnisse (Erträge) und die Werte der eingesetzten Produktionsfaktoren (Aufwand) einander gegenübergestellt. Man unterscheidet hierbei verschiedene Wirtschaftsprinzipien: das erwerbswirtschaftliche, gemeinwirtschaftliche und genossenschaftliche Prinzip. Die verschiedenen Zielsetzungen der Betriebe orientieren sich hierbei an dem angestrebten Verhältnis von Aufwand und Ertrag. Grundlage der Privatbetriebe aller Rechtsformen ist meist das erwerbswirtschaftliche Prinzip mit seiner klaren Gewinnabsicht.

Eine Arztpraxis ist häufig ein Einzelunternehmen, bei der eine einzige Person das gesamte Geschäftskapital aufbringen muss und das volle Unternehmerrisiko trägt. Gleichzeitig muss er Dritten gegenüber auch mit ihrem Privatvermögen für Verbindlichkeiten des Unternehmens haften, genießt dabei die alleinige Kompetenz und Leistungsbefugnis.

Mit den Kennzahlen der Wirtschaftlichkeit lassen sich die inner- und überbetrieblichen Sachverhalte und Zusammenhänge messen und beschreiben. Wendet der Arzt diese Instrumente richtig an, kann er durch raschen Zugriff auf alle relevanten Daten sofort und sicher die Situation erfassen und Entscheidungen treffen.

Drei verschiedene Arten von Gewinn ermitteln

Darüber hinaus gelingt durch die Analyse der archivierten Daten ein langfristiger Überblick über die Entwicklung der Praxis und ein Erkennen von Veränderungstendenzen. Ferner kann eine gute Orientierung an inner- und überbetrieblichen Kennzahlen vorgenommen werden. Hinsichtlich des Gewinnes differenziert man:

- **den Kapitalgewinn**
  = Erlöse – Kosten
- **den pagatorischen Gewinn**
  = Erlöse – (Kosten + Zinsen für Fremdkapital)
- **den kalkulatorischen Gewinn**
  = Erlöse – (Kosten + Zinsen für Fremdkapital + Zinsen für Eigenkapital).

Den Verlauf der Erlöskurve zeigt Abbildung 1 (siehe Seite 20).

Foto: Scholz

Christoph Scholz
Steuerberater
Kanzlei Buchholz + Partner
Friedensallee 48
22765 Hamburg
Tel.: 040 391 95-0
Fax: 040 391 95-55
scholz@buchholzpartner.de
www.buchholzpartner.de

Formeln für die betriebswirtschaftliche Praxisführung

Umsatzrendite =	$\frac{\text{Gewinn}}{\text{Umsatz}}$
Personalkostenquote =	$\frac{\text{Personalkosten}}{\text{Umsatz}}$
Rendite des Betriebsvermögens =	$\frac{\text{Gewinn} - \text{Privatbedarf} - \text{Altersversorgung} - \text{Steuern}}{\text{Betriebsvermögen}}$
Entschuldungskraft =	$\frac{\text{Cash Flow}}{\text{Restschulden}}$
Sofortliquidität =	$\frac{\text{Saldo der Geldkonten} + \text{Offene Forderungen}}{\text{Offene kurzfristige Verbindlichkeiten}}$
Mitarbeiterproduktivität =	$\frac{\text{Umsatz (p. a.)}}{\text{Vollbesschäftigungseinheiten}}$
Umsatz je Arztstunde =	$\frac{\text{Umsatz (p. a.)}}{\text{Arbeitsstunden des Arztes}}$

Bei niedriger Leistungsmenge übersteigen die Kosten den Erlös, hier ist die Verlustzone lokalisiert. Am „Break-even-point“ A heben sich Gewinn und Kosten auf, ab dieser Leistungsmenge nach oben beginnt die Gewinnblase.

An einem festen Punkt B ist der Gewinn optimal, oberhalb dieses Punktes nimmt der Gewinn wieder ab. Ziel des niedergelassenen Arztes sollte es sein, sich dem Punkt B anzunähern, um so den höchstmöglichen Gewinn erzielen zu können.

Hohe Umsatzrendite als Messlatte für Erfolg

Von den Kennzahlen, die im ärztlichen Bereich eingesetzt werden, ist die am häufigsten verwendete die Umsatzrendite (siehe Formelsammlung S. 21). Je größer dieser Anteil ausfällt, desto günstiger ist die finanzielle Situation des Unternehmens (siehe Tab. 1). Im Allgemeinen werden für alle Kennzahlen vier Risikoklassen gebildet: I = sehr gut, II = gut, III = überprüfen, IV = kritisch.

Personalkosten sind der größte Kostenblock

Bei allen ärztlichen Fachgebieten stellen die Personalkosten den größten Kostenblock dar. Falsche Kostenstrukturen lassen sich daher am ehesten am Verhältnis der Personalkosten zum Umsatz ablesen (siehe Tab. 2)

Die Rendite des Betriebsvermögens ist insbesondere für den übernahmewilligen Arzt interessant, da er Kapital zum Erwerb der Praxis oder für Neuinvestitionen einsetzt. In der laufenden Praxis kann für das Betriebsvermögen entweder die ursprüngliche Investitionshöhe – gegebenenfalls aufgestockt um die Folgeinvestition – oder aber der Buchwert des Anlagevermögens angesetzt werden.

Regelmäßig führt der zweite Wert zu höheren Renditen, da der Buchwert kontinuierlich abnimmt. Es empfiehlt sich, den Buchwert in die Betrachtung einzubeziehen, da er dem tatsächlichen Wert am ehesten entspricht (siehe Tab. 3).

Entschuldungskraft als Kennziffer für Cash Flow

Fast alle Arztpraxen sind durch Fremdkapital finanziert. Um die gewährten Darlehen zurückzuzahlen, muss man berücksichtigen, dass die Höhe des aufgenommenen Fremdgeldes den Möglichkeiten der Praxis angemessen ist. Die Praxis muss sich im vorgesehenen Rahmen entwickeln und das zur Rückzahlung benötigte Geld muss diesem Zweck auch zugeführt werden.

Die Nichtbeachtung des dritten Aspektes ist einer der häufigsten Gründe für Zahlungsschwierigkeiten. Oft führen auch in rentablen Arztpraxen unangemessene Privatentnahmen zu finanziellen Schieflagen.

Um zu erkennen, wie groß die Gefährdung der langfristigen Praxisliquidität ist, kann die Kennziffer „Entschuldungskraft“ eingesetzt werden. Der Cash Flow ergibt sich dabei aus dem Gewinn abzüglich aller privat veranlassten Zahlungen, korrigiert um die Abschreibung (siehe Tab. 4).

Buchtipps und Links für mehr betriebswirtschaftliches Know-how

Frodl, Andreas: Management-Lexikon für Mediziner. Fachbegriffe aus Betriebswirtschaft, Arbeitsrecht und Informationstechnologie.
Stuttgart: Schattauer Verlag, 2007. Gebunden, 432 Seiten, 69 Euro.

Das kompakte Nachschlagewerk erläutert Ärzten, Heilpraktikern, Medizinstudenten sowie Klinik- und Praxispersonal die wichtigsten betriebswirtschaftlichen Fachbegriffe des Klinik- und Praxismanagements – von A wie Ablaufdiagramm über F wie Facility Management bis Z wie Zuschlagskalkulation.

Dumont, Monika et al.: Unternehmen Arztpraxis – Ihr Erfolgsmanagement. Aufbau, Existenzsicherung, Altersvorsorge.
Heidelberg: Springer Verlag, 2007. Gebunden, 200 Seiten, 39,95 Euro.

Das Autorenteam führt vor Augen, dass nur das Zusammenspiel der Aspekte Betriebswirtschaft, Kooperationsformen, Steuer-, Vertragsarzt-, Arbeits- und Haftungsrecht, Marketing, Mitarbeiterführung, Praxisorganisation und auch Altersvorsorge ein langfristiges Gesamtkonzept bilden. Geeignet für Einsteiger, die eine Praxis gründen oder übernehmen wollen und zur Wissensauffrischung.

Börkirchner, Helmut: Betriebswirtschaftliche Praxisführung für Ärzte.
Heidelberg: Springer Verlag, 2007. Gebunden, 248 Seiten, 49,95 Euro.

Dieses Praxis-Buch hilft dabei, die Erfolgsfaktoren der Arztpraxis zu steuern, wirtschaftliches Handeln konkret anzuwenden, fit in Fachausdrücken zu werden, Gesprächskompetenz bei Steuerberatern, Anwälten, Banken und Behörden zu erlangen und den eigenen Erfolg zu planen. Mit zahlreichen Checklisten.

Letter, Michael und Karin: Die Praxis-Manager. Ein Businessroman über Praxismanagement in turbulenten Zeiten.
Stuttgart: Thieme Verlag, 2006. Taschenbuch, 173 Seiten, 19,95 Euro.

Die Autoren haben Konzepte für ein modernes Praxismanagement entwickelt: für mehr Patientenzufriedenheit, verbesserte Termin- und Prozessabläufe und Qualitätssicherung. Auf unterhaltsame Weise vermittelt dieses Buch Kompetenz in Personalführung, Praxisorganisation, Qualitätsmanagement und Privatleistungen am Beispiel dreier Ärzte aus Köln, die sich auf den Weg zu einem „professionellen Praxismanagement in turbulenten Zeiten“ machen.

Viele Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) bieten ihren Mitgliedern explizit betriebswirtschaftliche Beratung an, einige von ihnen haben für diese Aufgaben Consulting-Tochterfirmen gegründet, die niedergelassene Ärzte darüber hinaus bei der Vertragsgestaltung unterstützen.

- **KV Nordrhein Consult**
- **KVWL Consult in Westfalen-Lippe (www.kvwl-consult.de)**
- **Gedikom-Callcenter der KV Bayern (www.gedicom.de)**
- **KV Management-Gesellschaft mbH der KV Sachsen-Anhalt**
- **KV Comm der KV Brandenburg**
- **Praxisberatung der KV Niedersachsen**
- **betriebswirtschaftliche Beratung der KV Rheinland-Pfalz.**

Sofortliquidität: Alle Schulden heute zurückzahlen

Gelingt es einem Unternehmen, das finanzielle Gleichgewicht herzustellen und aufrechtzuerhalten, dann ist die Forderung der Liquidität erfüllt. Die Sofortliquidität beschreibt die kurzfristige Zahlungsfähigkeit einer Praxis.

In einer günstigen Position befindet sich ein Arzt, wenn die Sofortliquidität mehr als 100 Prozent beträgt. In diesem Falle können alle Gläubiger am selben Tag bedient werden. Da dieser Umstand unwahrscheinlich ist, reichen 70 bis 80 Prozent Sofortliquidität aus (siehe Tab. 5).

Wieviel Umsatz macht jeder Mitarbeiter pro Jahr?

Die Mitarbeiter sind einerseits ein großer Kostenfaktor, aber für das Unternehmen Arztpraxis unabdingbar. Die Kennzahl Mitarbeiterproduktivität beschreibt, welchen Umsatz jeder einzelne Beschäftigte (einschließlich des Arztes) im Durchschnitt erwirtschaftet (siehe Tab. 6). Die Arbeitszeit der Teilzeitbeschäftigten wird auf Vollbeschäftigungseinheiten umgerechnet.

Umsatz je Arztstunde zeigt den Wert der Arbeit

Der errechnete Umsatz je Arztstunde ermöglicht, den Wert der eigenen Arbeitszeit zu erkennen und zu bestimmen, wie effektiv der Arzt im Vergleich zu Kollegen gleicher Fachrichtung arbeitet (siehe Tab. 7). Außerdem zeigt diese Kennzahl auf, wann es sinnvoll ist, Tätigkeiten zu delegieren. In die Berechnung gehen 45 Arbeitswochen im Jahr ein.

Kostenstrukturen in der niedergelassenen Praxis

Tab.1: Umsatzrendite ausgewählter ärztlicher Fachrichtungen [in Prozent]

Fachrichtung	I sehr gut	II gut	III überprüfen	IV kritisch
Allgemeinmedizin	> 50	35 – 50	25 – 35	< 25
Augenheilkunde	> 50	35 – 50	25 – 35	< 25
Chirurgie	> 45	35 – 45	25 – 35	< 25
Innere Medizin	> 45	35 – 45	25 – 35	< 25

Tab. 2: Personalkostenquote ausgewählter ärztlicher Fachrichtungen [in Prozent]

Fachrichtung	I sehr gut	II gut	III überprüfen	IV kritisch
Allgemeinmedizin	< 25	25 – 30	30 – 35	> 35
Augenheilkunde	< 25	25 – 30	30 – 35	> 35
Chirurgie	< 25	25 – 30	30 – 35	> 35
Innere Medizin	< 25	25 – 30	30 – 35	> 35

Tab. 3: Rendite des Betriebsvermögens ausgewählter ärztlicher Fachrichtungen [in Prozent]

Fachrichtung	I sehr gut	II gut	III überprüfen	IV kritisch
Allgemeinmedizin	> 25	20 – 25	14 – 20	< 14
Augenheilkunde	> 40	31 – 40	23 – 31	< 23
Chirurgie	> 16	13 – 16	9 – 13	< 9
Innere Medizin	> 25	20 – 25	14 – 20	< 14

Tab. 4: Entschuldungskraft ausgewählter ärztlicher Fachrichtungen [in Prozent]

Fachrichtung	I sehr gut	II gut	III überprüfen	IV kritisch
Allgemeinmedizin	> 42	33 – 42	24 – 33	< 24
Augenheilkunde	> 37	29 – 37	21 – 29	< 21
Chirurgie	> 21	16 – 21	12 – 16	< 12
Innere Medizin	> 30	24 – 30	17 – 24	< 17

Tab. 5: Sofortliquidität ausgewählter ärztlicher Fachrichtungen [in Prozent]

Fachrichtung	I sehr gut	II gut	III überprüfen	IV kritisch
Allgemeinmedizin	> 120	90 – 120	60 – 90	< 60
Augenheilkunde	> 120	90 – 120	60 – 90	< 60
Chirurgie	> 120	90 – 120	60 – 90	< 60
Innere Medizin	> 120	90 – 120	60 – 90	< 60

Tab. 6: Mitarbeiterproduktivität ausgewählter ärztlicher Fachrichtungen [in Euro]

Fachrichtung	I sehr gut	II gut	III überprüfen	IV kritisch
Allgemeinmedizin	> 44.000	39 – 44.000	33 – 39.000	< 33.000
Augenheilkunde	> 49.000	44 – 49.000	38 – 44.000	< 38.000
Chirurgie	> 41.000	36 – 42.000	30 – 36.000	< 30.000
Innere Medizin	> 45.000	40 – 45.000	35 – 40.000	< 35.000

Tab. 7: Umsatz je Arbeitsstunde ausgewählter ärztlicher Fachrichtungen [in Euro]

Fachrichtung	I sehr gut	II gut	III überprüfen	IV kritisch
Allgemeinmedizin	> 112.000	88 – 112.000	64 – 88.000	< 64.000
Augenheilkunde	> 162.000	128 – 162.000	93 – 128.000	< 93.000
Chirurgie	> 170.000	134 – 170.000	97 – 134.000	< 97.000
Innere Medizin	> 152.000	120 – 152.000	87 – 120.000	< 87.000

Praxissoftware

Wettbewerb der Systemanbieter: Was muss die EDV in einer Praxis leisten?

Für die meisten niedergelassenen Ärzte ist der Kollege Computer aus ihrem Praxisalltag nicht mehr wegzudenken. Der PC hilft ihnen bei der Verwaltung der Patientendaten, Arzneimittel-Verordnungen und der elektronischen Abrechnung. Für den niederlassungswilligen Arzt stellt sich damit auch die Frage nach der geeigneten Praxissoftware.

Die gute alte Karteikarte ist noch nicht ausgestorben und die gänzlich papierlose Praxis existiert weiterhin vor allem in den Prospekten der einschlägigen Anbieter von Praxissoftware. Dennoch gewinnt die Arbeit mit dem Praxis-Computer bei den niedergelassenen Ärzten in Deutschland kontinuierlich an Bedeutung.

Erhebungen zufolge nutzen mehr als 90 Prozent der Ärzte ihre Praxis-EDV bei jedem Patienten, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) registrierte Ende 2006 einen ebenso hohen Anteil von Ärzten, die ihre Leistungen elektronisch abrechnen. Ab April 2008 soll die Papierabrechnung dann endgültig der Vergangenheit angehören.

Elektronische Patientenakte: Basis für die Abrechnung

Mit der Niederlassung stellt sich für einen Vertragsarzt daher zwangsläufig die Frage nach dem geeigneten EDV-System. Hauptaufgaben der Praxissoftware sind das Führen von elektronischen Patientenakten und die Erstellung der Abrechnungsdaten für die Kassenabrechnung oder von Rechnungen für die Privatliquidation.

Doch in den vergangenen Jahren sind zu den Kernaufgaben der Praxissoftware allerdings immer neue Funktionen hinzugekommen, so dass die Anbieter inzwischen branchenübergreifend von Arztinformationssystemen (AIS) sprechen. Die neuen Versionen bieten neben den Standardfunktionen Schnittstellen zur Übernahme von Labordaten, zum Versenden von Faxen, E-Mails und Überweisungsaufträgen, von Bildmaterial wie etwa Röntgen- oder Ultraschallaufnahmen.

Doch nicht jeder Niedergelassene nutzt tatsächlich sämtliche Funktionen, die seine Software bietet – etwa die Wartezimmer-Liste, den elektronischen Terminkalender, Statistik-, Such- und Auswertungsfunktionen, eine Wissensdatenbank für Referenzfälle oder aktuelle und auf sein Nutzerprofil abgestimmte Online-Nachrichten.

Kosten und Service-Pakete vor Kauf genau vergleichen

Vor der Entscheidung für ein bestimmtes System lohnt sich daher ein detaillierter Preis-Leistungsvergleich und das Einholen von Empfehlungen im Kollegenkreis. Immerhin ist die Anschaffung von Software in der Regel mit beträchtlichen Investitionen verbunden. Auch ein Vergleich von Hardware-Anforderungen, Service- und Wartungsverträgen sowie Kosten für Updates ist empfehlenswert.

Allgemeine Informationen und Tipps zum Thema Praxissoftware

Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen e. V. (VHITG):
- **www.vhitg.de**

Verband Deutscher Arztinformationssystemhersteller und Provider e. V. (VDAP):
- **www.vdap.de**

Diskussionsforum für Ärzte zum Bereich Praxissoftware:
- **www.vondoczudoc.de**

Unabhängiger Vergleich gängiger Praxis-Software-Systeme anhand praxisorientierter Anforderungen:
- **www.fusol.de**

Verein für werbefreie Praxis-Software e. V:
- **www.einflussfrei.de**

Laufend aktulle Informationen zum Thema EDV in der Arztpraxis von der KBV
- **www.kbv.de/themen/5288.html**

Ein wenig anrüchig erscheint dem Laien die Tatsache, dass eine Reihe gängiger Praxissoftware-Produkte von Pharmakonzernen gesponsort wird. In diesen Programmen tauchen die Präparate der jeweiligen Pharmakonzerne bei der elektronischen Verordnung häufig an erster Stelle auf, während Wettbewerbsprodukte nur über Umwege ausgewählt werden können.

Wer sichergehen will, dass seine Praxissoftware frei von derartiger Beeinflussung ist, sollte auf die „Freiwillige Selbstverpflichtungserklärung zu Arzneimittel-Informationsangeboten in Arztinformationssystemen" des Verbands Deutscher Arztinformationssystemhersteller und Provider e. V. (VDAP) achten. Einige Anbieter haben sich mit dieser Erklärung verpflichtet, den Einfluss der Pharmaindustrie auf ihre Produkte zu begrenzen.

Wenige Anbieter haben den Markt fest im Griff

Die KBV führt regelmäßig Statistiken über die Zahl und den Verbreitungsgrad der verschiedenen Praxissoftware-Systeme. Demnach sind bundesweit gut 200 verschiedene Systeme im Einsatz. Doch es sind ganze fünf Unternehmen, die knapp 70 Prozent des Marktes abdecken. Marktführer ist die CompuGroup mit ihren diversen Tochterfirmen, gefolgt von Docexpert und MCS. Trotz dieser marktbeherrschenden Dominanz sind pro Anbieter nicht allzu viele Systeme in chirurgischen Praxen installiert, was ganz einfach daran liegt, dass die chirurgische Fachgruppe im niedergelassenen Bereich sehr klein ist. Aus diesem Grund hält sich häufig auch das Interesse der Anbieter in Grenzen, notwendige fachspezifische Updates für Chirurgen zeitnah durchzuführen.

Open-Source-Software erfordert PC-Spezialwissen

Um sich aus der Abhängigkeit von verspäteten Updates der Softwarehäuser zu befreien, schwören daher einige wenige Ärzte auf das Open-Source-Programm GNUmed (www.gnumed.de). Wer seine Praxis mit dieser Linux-basierten offene Software verwalten will, muss allerdings als PC-Spezialist bereits recht tief in die Materie eingetaucht sein.

Die Top 20 der Praxissoftware-Systeme in chirurgischen Praxen

Rang	System	Anbieter	Wie oft installiert	Anteil in %	Link
1	**Medistar**	Compugroup	618	14,68	www.medistar.de
2	**Orbis**	Agfa Healthcare	439	10,43	www.agfa.com/germany
3	**Turbomed**	Turbomed EDV	346	8,22	www.turbomed.de
4	**MCS-Isynet**	MCS	312	7,41	www.mcs-ag.com
5	**Albis on Windows**	Compugroup	256	6,08	www.albis.de
6	**DOCconcept**	DOCexpert	201	4,78	www.docconcept.de
7	**CompuMed-M1**	Compugroup	197	4,68	www.compumed.de
8	**DOCcomfort**	DOCexpert	147	3,49	www.doccomfort.de
9 - 10	**Quincy Win**	Frey ADV	136	3,23	www.frey.de
9 - 10	**Medico Wips**	Siemens Medical	136	3,23	www.siemensmedical.de
11	**David**	Compugroup	114	2,71	www.data-vital.de
12	**Lorenzo Solution Centre**	iSoft	101	2,40	www.isoft.de
13	**ITV. Med 4.3**	ITB	83	1,97	www.itb-ag.com
14	**Easymed**	Promedico	77	1,83	www.promedico.com
15	**Orgaprax**	ASD	73	1,73	www.orgaprax.de
16	**KIS-APV**	Boss Branchen-Organisation	70	1,66	www.boss-ag.de
17 - 18	**Medical Office**	Indamed	56	1,33	www.indamed.net
17 - 18	**Medys**	Medys	56	1,33	www.medys.de
19	**Duria**	Duria	52	1,24	www.duria.de
20	**S3-Win**	Mediamed	47	1,12	www.praxiscomputer.de
Gesamt			4.209	100 %	

Stand: 31. 12. 2006, Quelle: KBV

Versicherungen

Mit Netz und doppeltem Boden auf den Ernstfall vorbereitet

Mit dem Einstieg in die Selbstständigkeit gibt der niedergelassene Chirurg auch das sichere soziale Netz des Angestelltendaseins auf. Für seine beruflichen, unternehmerischen und Lebensrisiken ist er nun selbst verantwortlich. Manche Versicherungen gehören zur Mindestausstattung für jeden Freiberufler, andere sind nur im Einzelfall sinnvoll.

Welchen Versicherungsschutz ein niedergelassener Arzt benötigt, hängt von seiner privaten Situation, den Praxisgegebenheiten und seinen finanziellen Reserven ab. Ein Anbietervergleich lohnt sich, denn bei gleichem Leistungsspektrum gibt es oft große Unterschiede bei den Versicherungsprämien.

Zu Beginn der freiberuflichen Tätigkeit sollte der Praxisgründer zunächst die existenzbedrohenden Risiken absichern und später mit steigendem Praxisumsatz den Versicherungsschutz aufstocken.

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Berufsunfähigkeit ist die unfall- oder krankheitsbedingte Unfähigkeit, den erlernten oder ausgeübten Beruf weiter fortzuführen. Sie ist für den Arzt das gravierendste Risiko und sollte daher unbedingt abgesichert werden.

Beim Versicherungsabschluss sollte der Arzt darauf achten, dass bei der Definition von „Beruf“ nicht nur der ursprünglich in der Ausbildung erlernte Beruf versichert ist. Die Versicherung sollte vielmehr die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit all ihren Qualifizierungen und Spezialisierungen abdecken. Außerdem sollten sich Prämien und spätere Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen lassen.

Im Versicherungsfall erhält der Geschädigte in der Regel eine monatliche Rente. Bei nur teilweise geminderter Berufsfähigkeit gilt es, mit Hilfe von Gutachten das prozentuale Ausmaß der Berufsunfähigkeit festzustellen um die Höhe der monatlichen Rente zu ermitteln.

- **Für wen? Unverzichtbarer Beitrag zur Existenzsicherung**

Risiko-Lebensversicherung

Die Risiko-Lebensversicherung ist eine reine Todesfallversicherung, die für die finanzielle Sicherheit der Hinterbliebenen des Versicherten sorgt. Die meisten Kreditinstitute machen eine Risiko-Lebensversicherung außerdem zur Bedingung bei der Darlehensvergabe für die Praxisfinanzierung. In der Gründungsphase dient die Risiko-Lebensversicherung daher vor allem dazu, die Finanzierung der Praxis abzusichern.

- **Für wen? Unverzichtbar für die Existenzsicherung und Praxisfinanzierung**

Unfallversicherung

Anders als die Unfallversicherung der Berufsgenossenschaft versichert eine private Unfallversicherung nicht nur Unfälle im beruflichen, sondern auch im privaten Umfeld – und zwar weltweit und rund um die Uhr. Gerade bei Unfallversicherungen für Ärzte lohnt ein genauer Preisvergleich.

- **Für wen? Wichtig für die persönliche Absicherung.**

Krankentagegeld-Versicherung

Eine Krankentagegeld-Versicherung springt ein, wenn der Praxisinhaber unfall- oder krankheitsbedingt nicht arbeiten kann. Sie schließt im Fall einer längeren Krankheit die Lücke zwischen dem normalen Praxisumsatz und dem vom Praxisvertreter erwirtschafteten Umsatz.

Die Versicherung zahlt im Schadensfall – in der Regel nach einer prämienabhängigen Karenzzeit von ein bis sechs Wochen – einen vereinbarten Tagessatz für jeden Tag, den der Praxisinhaber nicht in seinem Betrieb arbeiten kann.

Krankentagegeld-Versicherungen zahlen nur, wenn der Betrieb fortgeführt wird, nicht aber, wenn der Praxisinhaber seine Praxis infolge von Berufsunfähigkeit aufgibt.

- **Für wen? Unverzichtbarer Beitrag zur Existenzsicherung**

Berufshaftpflicht-Versicherung

Die ärztliche Berufshaftpflicht-Versicherung versichert Schäden, die durch falsche oder unzureichende Behandlung des Arztes bei seinem Patienten entstehen.

Im Schadensfall prüft die Versicherung, ob der gemeldete Schaden tatsächlich durch falsches oder fahrlässiges Verhalten des Arztes hervorgerufen wurde. Wichtig: Die Deckungssummen der Berufshaftpflichtversicherung sollten drei Millionen Euro für Personen- und Sachsschäden sowie 500.000 Euro für Vermögensschäden nicht unterschreiten.

- **Für wen? Pflichtversicherung für alle Heilberufe**

Haftpflicht-Versicherung

Die Haftpflicht-Versicherung versichert Schäden, die Patienten oder Besuchern der Praxis entstehen, ohne dass sie auf die ärztliche Behandlung zurückzuführen sind. Typische Fälle sind Verletzungen der Verkehrssicherungspflicht, etwa wenn ein Praxisbesucher im frisch gewischten Empfangsbereich ausrutscht und sich verletzt.

Grundsätzlich deckt eine Haftpflichtversicherung auch Sachschäden ab, beispielsweise wenn einem Patienten an der Garderobe ein Mantel abhanden kommt. Um unnötig viele Versicherungsfälle zu vermeiden, empfiehlt es sich dennoch, im Wartebereich ein Schild mit Hinweis auf den Haftungsausschluss anzubringen.

- **Für wen? Ein Muss für jeden Unternehmer mit Publikumsverkehr**

Praxis-Versicherung

Der Versicherungsschutz der Praxis-Versicherung erstreckt sich auf Schäden an der gesamten Praxiseinrichtung durch Feuer, Einbruch-Diebstahl, Vandalismus, Leitungswasser, Sturm oder Naturereignisse.

Die Praxisversicherung ersetzt den Neuwert, wenn im Schadenfall versicherte Sachen entwendet oder zerstört werden. Dies sollte der Arzt auch bei der Höhe der Versicherungssumme berücksichtigen: Er muss den Betrag versichern, der erforderlich ist, um die versicherten Sachen in gleicher Art und Güte in neuwertigem Zustand wiederzubeschaffen.

- **Für wen? Wichtiger Beitrag zur betrieblichen Absicherung**

Betriebsunterbrechungs-Versicherung

Eine Betriebsunterbrechungsversicherung versichert die Störung des normalen Betriebsablaufs, etwa durch Brand, Wasserschaden oder Schäden an der Bausubstanz. Im Schadensfall zahlt die Versicherung die laufenden Betriebskosten der Praxis inklusive der Gehälter für das Praxispersonal weiter, die üblicherweise monatlich anfallen. Die Bezugsgröße für die Versicherungssumme ist dabei in der Regel der Jahresumsatz der Praxis.

- **Für wen? Für Existenzgründer gibt es Einsteigermodelle ohne Bezugsgröße**

Elektronik-Versicherung

Die Elektronik-Versicherung greift auch bei Ereignissen, die von der Praxis-Versicherung nicht erfasst werden. Versicherungsschutz besteht für Anlagen und Geräte der Medizin-, Informations- und Kommunikationstechnik, wenn diese durch äußere Einwirkung beschädigt werden. Hierzu zählen auch Bedienungsfehler, Ungeschicklichkeit, Fahrlässigkeit, Überspannung, Induktion, Kurzschluss, Feuchtigkeit, Vorsatz Dritter, Diebstahl, Sabotage, Vandalismus, höhere Gewalt, Konstruktions-, Material- oder Ausführungsfehler.

- **Für wen? Sinnvoll für Praxen mit besonders hochwertiger elektronischer Ausstattung**

Praxisausfall-Versicherung

Einen Praxisausfall-Versicherung ersetzt die laufenden Praxiskosten bei einer Betriebsunterbrechung infolge von Krankheit, Unfall oder Sachschäden. Eine qualifizierte Beratung hilft bei der Entscheidung, ob eine Praxisausfall-Versicherung als Ergänzung der Krankentagegeld-Versicherung oder Betriebsunterbrechungs-Versicherung sinnvoll ist.

- **Für wen? Mögliche Ergänzung für die betriebliche Absicherung**

Rechtsschutz-Versicherung

Grundsätzlich lassen sich mit einer Rechtsschutz-Versicherung im Baukastenprinzip verschiedene Risiken absichern, hierzu zählen zum Beispiel der Berufsvertrags-Rechtsschutz, Steuer-Rechtsschutz, Sozialgerichts-Rechtsschutz, Straf-Rechtsschutz und Verkehrs-Rechtsschutz.

Etliche Unternehmen bieten spezielle Deckungskonzepte für Ärzte an. Sie gelten dann speziell für Streitigkeiten im Zusammenhang mit Praxisausstattung und Medizintechnik, aber auch für Rechtsstreitigkeiten mit Patienten.

- **Für wen? Sinnvoll als reine Kostenversicherung mit Modulcharakter**

Regress-Versicherung

Die Regress-Schutzversicherung schützt den Arzt vor den wirtschaftlichen Folgen eines Regresses durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) infolge unwirtschaftlicher Verordnung, Überweisung oder Leistungserbringung sowie bei Regress infolge von fahrlässiger Verletzung der Schweigepflicht. Berechtigte Regressforderungen der KV zahlt die Versicherung an den Arzt, unberechtigte Forderungen wehrt sie ab.

- **Für wen? Optionaler Schutz je nach individuellem Regressrisiko**

Sonderkonditionen für BNC-Mitglieder

Über den BNC Wirtschaftsdienst erhalten BNC-Mitglieder attraktive Sonderkonditionen bei etlichen Versicherungsunternehmen. Allgemeine Informationen finden Sie auf der Homepage des BNC unter www.bncev.de.

Konkrete Anfragen bitte an:

Sönke Gedaschko, Medizinische Wirtschaftsdienste
Ohlmöhlenweg 18, 25451 Quickborn
Telefon: 04106 80 40 20, Fax: 04106 80 40 41
info@medizinische-wirtschaftsdienste.de
www.medizinische-wirtschaftsdienste.de

Selbstverwaltung

Spagat zwischen öffentlichem Auftrag und politischer Interessenvertretung

Bundesweit 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) stellen mit ihren zirka 145.300 Vertragsärzten die ambulante medizinische Versorgung der rund 72 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland sicher. An der Schnittstelle zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern verteilen sie das Honorar und vertreten die Interessen der Vertragsärzte gegenüber Politik und Kassen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bilden auf Bundesebene die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Mitglieder der KBV sind dementsprechend die 17 regionalen KVen.

Die KBV hat den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie untersteht der staatlichen Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Sicherstellung und Interessenvertretung

Die KBV versteht sich gleichzeitig als die politische Interessenvertretung der niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Sie vertritt die Belange ihrer Mitglieder bei Gesetzgebungsverfahren gegenüber der Bundesregierung.

Zu den gesetzlichen Aufgaben der Körperschaft gehören die Wahrnehmung der Rechte der niedergelassenen Mediziner gegenüber den Krankenkassen gemäß § 75 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sowie die Sicherstellung und die Gewährleistung der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung.

Als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung schließt die KBV Verträge mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen sowie anderen Sozialleistungsträgern. Darin werden die Grundsätze der vertraglichen Beziehungen zwischen den oben genannten Partnern auf Landesebene festgelegt und Rahmenvorgaben für die Inhalte der Arznei- und Heilmittelvereinbarungen gemacht.

Vertragsgestaltung und Honorarverteilung

Im Bewertungsausschuss, dem jeweils sieben Vertreter der KBV und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen angehören, gestaltet die KBV gemeinsam mit den Kassen die bundesweit geltende Gebührenordnung der niedergelassenen Ärzte, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Intern vereinbart die KBV-Spitze Kriterien für die Verteilung der Gesamtvergütung nach Versorgungsbereichen.

Bundesarztregister und Bedarfsplanung

Die KBV führt darüber hinaus das Bundesarztregister, welches sämtliche Arztregistereinträge aller KVen speichert. Aus dem Bundesarztregister leitet sich die regionale Bedarfsplanung ab, mit der die KBV beziehungsweise die KVen vorgeben, wie viele Ärzte einer bestimmten Fachrichtung sich in einer Region niederlassen dürfen.

Weiterhin wirkt die KBV im Bundesschiedsamt mit. Hierbei geht es um die Festsetzung des Inhalts von Bundesmantelverträgen, wann immer sich die Vertragspartner nicht einigen können.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) entscheidet die KBV zusammen mit den Vertretern der Krankenkassen über den Nutzen, die Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen und damit über die Inhalte des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Die KBV informiert und unterstützt die KVen bei allen Fragen im Rahmen ihrer Zuständigkeit. Sie berät auch den Gesetzgeber auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik.

Vollversammlung und hauptamtlicher Vorstand

Gesetzliche Organe der KBV sind die Vertreterversammlung (VV) und der hauptamtliche Vorstand. Die VV setzt sich zusammen aus 60 Delegierten der einzelnen KVen. 34 Mitglieder rekrutieren sich aus den Vorsitzenden der KVen sowie jeweils

einem Stellvertreter des Vorsitzenden. Diese Mitglieder müssen nicht ausschließlich Ärzte sein, es sind auch Juristen und Volkswirte unter ihnen.

Die restlichen 26 VV-Mitglieder werden gewählt. Dabei unterteilt sich diese Gruppe in 20 Ärzte und sechs psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Sitz- und Stimmenverteilung richtet sich nach der Größe der KVen. An der Spitze des Gremiums stehen der VV-Vorsitzende und seine Stellvertreter. Die VV-Mitglieder wählen sie aus ihren eigenen Reihen. Alle Ämter innerhalb der VV sind Ehrenämter.

Die VV ist das oberste beschließende Organ der KBV. Sie fällt Grundsatzentscheidungen und fasst Beschlüsse über die Richtlinien und Bestimmungen im Rahmen der Zuständigkeit der Körperschaft. Zu ihren Aufgaben zählt, die Satzung beziehungsweise Satzungsänderungen zu beschließen, die Geschäftsordnung aufzustellen und Dienstverträge abzuschließen.

Die VV wählt alle sechs Jahre den Vorstand der KBV und überwacht seine Arbeit. Dieser besteht aus zwei Mitgliedern: einem Vertreter der Fachärzte und einem Vertreter der Hausärzte, die ihre Ressorts eigenverantwortlich verwalten. Hauptaufgabe der Vorstandsmitglieder ist es, die Beschlüsse der VV umzusetzen und darüber Bericht zu erstatten.

Expertengremien und beratende Fachausschüsse

Für bestimmte Aufgaben in ihrem Zuständigkeitsbereich unterhält die KBV Fachgremien und Institutionen. Hierzu zählen beratende Fachausschüsse für Psychotherapie und für die hausärztliche beziehungsweise fachärztliche Versorgung. Die Fachausschüsse nehmen Stellung zu allen wesentlichen das jeweilige Ressort betreffenden Fragen.

Gemeinsam mit der Bundesärztekammer unterhält die KBV das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Das ÄZQ berät und unterstützt die KBV bei Fragen, die die Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung betreffen. Des Weiteren ist das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) bei der KBV angesiedelt.

Kontakt zur KBV und zu den Niederlassungsberatungen der regionalen KVen

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): www.kbv.de
Tel.: 030 4005-0

Baden-Württemberg: www.kvbawue.de
Hauptverwaltung Stuttgart unter
Tel.: 0711 7875-0

Bayern: www.kvb.de
Service-Telefon Praxisführung unter
Tel.: 01805 909290-20
Fax: 01805 909290-21

Berlin: www.kvberlin.de
Regelmäßige Niederlassungsseminare.
Kontakt zur betriebswirtschaftlichen Beratung über das Service-Center unter
Tel.: 030 310003-999
Fax: 030 310003-900
service-center@kvberlin.de

Brandenburg: www.kvbb.de
Ansprechpartner zum Thema Zulassung und Niederlassungsberatung unter
Tel.: 0331 2309-320,
Fax: 0331 2309-512
info@kvbb.de

Bremen: www.kvhb.de
Ansprechpartner für Zulassungsfragen unter
Tel.: 0421 3404-330,
Fax: 0421 3404-337

Hamburg: www.kvhh.de
Allgemeine Informationen zum Thema Zulassung über das Info-Center unter Tel.: 040 228002-900. Bei speziellen Fragen vermittelt das Info-Center Ansprechpartner aus der Abteilung Arztregister.

Hessen: www.kvhessen.de
Info-Center der KV Hessen unter
Tel.: 069 795002-602, Fax: 069 795002-640
infocenter@kvhessen.de

Mecklenburg Vorpommern: www.kvmv.de
Potenzielle Praxisgründer wenden sich zur Niederlassungsberatung an die Hauptabteilungsleiterin für Kassenärztliche Versorgung unter
Tel.: 0385 7431-371

Niedersachsen: www.kvn.de
Die KVN betreibt ein Patenprogramm, das Ärzte auf dem Weg in die Niederlassung begleitet.
Die Niederlassungsberatung ist dezentral über die Bezirksstellen organisiert.
Aurich: 04941 6008-113
Braunschweig: 0531 2414-317
Göttingen: 0551 707 09-126 und -129
Hannover: 0511 380-4464 und -4303
Hildesheim: 05121 1601-112 und -121
Lüneburg: 04131 676-236 und -221
Oldenburg: 0441 210 06-124
Osnabrück: 0541 9498-107 und -101
Stade: 04141 4000-111 und -105
Verden: 04231 975-207 und -202
Wilhelmshaven: 04421 9836-114 und -116

Nordrhein: www.kvno.de
Regierungsbezirk Düsseldorf unter
Tel.: 0211 5970-8888
Regierungsbezirk Köln unter Tel.: 0221 7763-6666

Rheinland-Pfalz: www.kv-rlp.de
Niederlassungsberatung für Rheinhessen und Pfalz unter Tel.: 06321 893-112, Fax: 06321 893-113
Niederlassungsberatung für Koblenz und Trier unter Tel.: 0261 390 02-248, Fax: 0261 390 02-384

Saarland: www.kvsaarland.de
Niederlassungsberatung unter
Tel.: 0681 4003-213 oder -211
Fax: 0681 4003-215
sicherstellung@kvsaarland.de

Sachsen: www.kvs-sachsen.de
Bezirksgeschäftsstelle Dresden unter
Tel.: 0351 8290-50, Fax: 0351 8290-563
dresden@kvs-sachsen.de
Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz unter
Tel.: 0371 2789-0, Fax: 0371 2789-100
chemnitz@kvs-sachsen.de
Bezirksgeschäftsstelle Leipzig unter
Tel.: 0341 2432-0, Fax: 0341 2432-101
leipzig@kvs-sachsen.de

Sachsen-Anhalt: www.kvsa.de
Abteilungsleitung Zulassungswesen unter
Tel.: 0391 627 64 59
zulassungswesen@kvsa.de

Schleswig-Holstein: www.kvsh.de
Ansprechpartner für Zulassung und Arztregister unter
Tel.: 04551 883-254
Abteilung Zulassung und Praxisberatung unter
Tel.: 04551 883-255 und -358,
Fax: 04551 883-276,
zulassung@kvsh.de

Thüringen: www.kv-thueringen.de
Abteilung Sicherstellung unter
Tel.: 03543 559-741, Fax: 03543 559-732

Westfalen-Lippe: www.kvwl.de
Dienststelle Dortmund unter Tel.: 0231 9432-3253
Dienststelle Münster unter Tel.: 0251 929-1011

Abrechnung

Wer bezahlt mir das? Fünf Quellen für Ihr Honorar als niedergelassener Arzt

Prinzipiell können niedergelassene Ärzte auf fünf verschiedenen Wegen abrechnen – doch jede Honorarquelle hat ihre eigenen Gesetzmäßigkeiten. Besonders die Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist selbst für Eingeweihte häufig ein Buch mit sieben Siegeln. Ein Überblick von BNC-Präsident Dr. Dieter Haack.

Für uns niedergelassene Chirurgen in der Kassenarztpraxis gibt es derzeit generell fünf verschiedene Möglichkeiten, unsere medizinischen Leistungen abzurechnen. Die wichtigste Einnahmequelle ist für die meisten Vertragsärzte nach wie vor die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), denn sie macht im Schnitt 65 Prozent des Gesamtumsatzes einer Praxis aus.

Die GKV-Honorare definiert seit 1977 der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Er gilt verpflichtend für die Abrechnung ärztlicher Leistungen mit allen Orts-, Betriebs-, Innungs-, und landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Seekasse, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den Ersatzkassen.

EBM definiert Punkteverhältnis der GKV-Leistungen

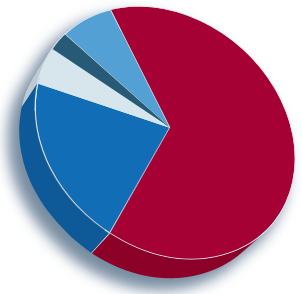
Der EBM beschreibt die abrechnungsfähigen Leistungen und definiert ein in Punkten ausgedrücktes Verhältnis dieser Leistungen zueinander. Am Ende eines Quartals rechnet der Vertragsarzt die erbrachten Leistungen in Punkten mit seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab.

Die KV ist für die Verteilung der GKV-Honorare zuständig und legt je nach Höhe des verfügbaren Gesamtbudgets den Punktwert für die einzelnen abgerechneten Leistungen fest.

Während die Punktbewertung für die einzelne Leistung konstant bleibt, kann der Punktwert in Cent für die jeweiligen Leistungen demnach je nach KV-Bezirk und nach Quartal, sogar je nach Fachgruppe floaten. Die Punktwerte sind damit Anlass immer währender Querelen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 hat die Politik daher vorgeschrieben, dass spätestens zum 1. Januar 2008 ein überarbeiteter EBM eingeführt werden muss. Dieser soll die Leistungen der hausärztlichen Versorgung in Versichertenpauschalen und die Leistungen der fachärztlichen Versorgung arztgruppenspezifisch als Grund- und Zusatzpauschalen darstellen.

Praxisumsatz niedergelassener Ärzte



GKV	65 %
PKV	20 %
Selbstzahler	5 %
Gutachten	3 %
Sonstige	7 %

Quelle: BNC-Justiziar Jörg Hohmann

Neuer EBM berücksichtigt auch den Zeitaufwand

Für die Ausgestaltung des neuen EBM sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die GKV-Spitzenverbände zuständig. Soweit möglich, sollen die Leistungen mit Angaben zum erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes versehen werden. Deren Vergütung ist auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln.

Leistungen der hausärztlichen Versorgung dürfen nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden. Gleiches gilt auch für die fachärztliche Versorgung. Bei der fachärztlichen Versorgung sind die Leistungen darüber hinaus den einzelnen Facharztgruppen zuzuordnen. Für Chirurgen ist das Kapitel 7 relevant, welches die Leistungen nur für Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie und Fachärzte für Plastische Chirurgie umfasst.

Neben Leistungen aus diesem Kapitel 7 kann der niedergelassene Chirurg aber auch Leistungen aus anderen Bereichen abrechnen, wenn er die entsprechende Qualifikation nachweisen kann. Dazu gehören unter anderem Sonographie, Radiologie, aber auch Chirotherapie, Physikalische Therapie, Proktologie und Phlebologie.

Für uns Chirurgen kommt noch die Möglichkeit der Abrechnung von Einzelleistungen in Frage. Hierzu zählen Leistungen, die von den Krankenkassen als besonders förderungswert eingestuft werden, beispielsweise das ambulante Operieren.

Gleiche Punktwerte und Richtwerte für Europreise

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen unsere Honorare zum 1. Januar 2009 auf Basis bundeseinheitlicher Punktwerte mit Orientierungswerten in Euro festgelegt werden. Der Bewertungsausschuss legt jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung von regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur fest.

Auf deren Basis dürfen dann die regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten abweichen. Als Indikatoren gelten insbesondere regionale Fallzahlentwicklungen, Besonderheiten bei der Kostenstruktur, insbesondere regionale Investitions- und Betriebskosten.

Das derzeitige Problem der Geldverteilung in den einzelnen KVen besteht darin, dass die Kassen an die jeweiligen KVen mit befreiender Wirkung eine pauschale Vergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der KV einschließlich der mit versicherten Familienangehörigen zu entrichten haben.

Nur wenige Leistungen außerhalb des Gesamtbudgets

Nach dieser Gesamtvergütung richtet sich im Wesentlichen das Honorar, das für die ärztliche Leistung zur Verfügung steht. Einige wenige Leistungen können je nach Verhandlung der jeweiligen KV außerhalb dieser Gesamtvergütung von den Krankenkassen bezahlt werden. Hierzu gehören meistens die Methadonsubstitution und die Prävention. Zu den extrabudgetären Leistungen soll auch das ambulante Operieren nach § 115 b SGB V gehören. Das erweiterte Bundesschiedsamt hatte bereits im August 2006 festgelegt, dass diese Leistungen extrabudgetär und zu einem festen Punktwert zu vergüten sind. Bis Ende des Jahres 2007 weigerten sich jedoch noch zahlreiche Kassen, diesen Schiedsamtsspruch umzusetzen.

Die Verteilung der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung wird derzeit noch mit Honorarverteilungsverträgen (HVV) innerhalb der einzelnen KVen geregelt. Der HVV regelt im Einzelnen, welches Geld für welche Fachgruppe und individuell jeder Arzt im Rahmen eines bestimmten Volumens zu Verfügung gestellt wird.

Drastisch reduzierte Punktwerte jenseits der RLV

Der HVV legt hierbei arztgruppenspezifische Grenzwerte fest, bis zu deren Grenze eine Arztpraxis feste Punktwerte für ihre erbrachten Leistungen erhält. Diese Grenzwerte heißen Regelleistungsvolumen (RLV). Ärzte, die ihr RLV überschreiten, bekommen alle Leistungen jenseits der RLV nur mit drastisch abgestaffelten Punktwerten vergütet. Die Einschränkungen bei der Verordnung von Medikamenten sind für uns Chirurgen nicht so relevant, da wir an der letzten Stelle der verordnenden Fachgruppen stehen. Deutlicher ist unsere Fachgruppe von den Einschränkungen bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln betroffen (Physiotherapie, Massage etc.).

Basierend auf § 12 SGB V, auch „Wirtschaftlichkeitsgebot“ genannt, müssen Leistungen im Rahmen der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Versicherte haben keinen Anspruch auf Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind.

Notwendig, ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig

Leistungserbringer dürfen derartige Leistungen nicht bewirken, und die Krankenkassen dürfen sie nicht bezahlen. Die Überprüfung der Plausibilität der Leistungserbringung oder des etwaigen Fehlverhaltens obliegt den KVen unter anderem nach § 106 a SGB V.

Wenn Sie am Ende eines Quartals Ihre Abrechnung elektronisch mit Ihrer Praxissoftware vorgenommen haben, schicken Sie diese Daten an Ihre KV. Die KV überprüft Ihre Daten auf sachliche und rechnerische Richtigkeit und nimmt verschiedene Plausibilitätsläufe vor.

Zur Plausibilitätskontrolle gehört unter anderem auch eine

Auf einen Blick: Honorarquellen im niedergelassenen Bereich

1. Leistungen an gesetzlich versicherten Patienten werden über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) quartalsweise mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgerechnet. Der EBM bewertet Leistungen in Punkten, die je nach vorhandener Geldmenge in unterschiedlich hohe Punktwerte umgewandelt werden.
2. Privat versicherte Patienten erhalten unmittelbar nach der Leistungserbringung eine Rechnung, die sie dann selbst bei ihrer privaten Krankenversicherung zur Kostenerstattung einreichen. Die Privatrechnung setzt sich aus Abrechnungsziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zusammen, welche Steigerungssätze vom 1,3- bis 3,5-fachen Satz erlaubt.
3. Gesetzlich versicherte Patienten, die sich für die Kostenerstattung nach § 13 SGB V entschieden haben, erhalten eine Privatrechnung nach der GOÄ, die sie dann selbst bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse zur Kostenerstattung einreichen. Es gibt jedoch kaum Patienten, die diese Erstattungsform gewählt haben.
4. Für Leistungen infolge von Unfällen, die bei der Arbeit oder auf dem Weg zur Arbeit passieren, sind die Berufsgenossenschaften (BGen) zuständig. Vertragsärzte mit einer Zulassung als H- oder D-Ärzte können diese Leistungen nach der Unfallsversicherungs-GOÄ (UV-GOÄ) mit den jeweiligen BGen abrechnen.
5. Im Rahmen der neuen Versorgungsformen (z. B. integrierte Versorgung oder Strukturverträge nach §140bff oder § 73c SGB V) schließen Ärzte häufig ohne Beteiligung der KVen individuelle Verträge mit den Krankenkassen und erhalten unbudgetierte feste Pauschalhonorare für ihre Leistungen.

Prüfung des zeitlichen Umfangs Ihrer Leistungen. Jede Leistung ist mit einem Minutenwert hinterlegt, wobei ein bestimmter Zeitrahmen pro Tag nicht überschritten werden darf. Ebenso prüft die KV die abgerechneten Sachkosten. Im Laufe des Quartals erhalten Sie monatliche Abschlagszahlungen von der KV, die dann mit der endgültigen Zahlung ein halbes Jahr später verrechnet werden.

Viele Faktoren beschränken unsere tägliche Arbeit

Im GKV-System sind die Möglichkeiten der Leistungserbringung derzeit in alle Richtungen begrenzt: Floatende Auszahlungspunktwerte, individuelle praxisspezifische RLV, Fachgruppentöpfe, Budgetierung bei Verordnungen von Medikamenten und Heilmitteln und fachgruppenspezifische Fallzahlbegrenzungen sind nur einige Punkte, die uns in unserer täglichen Arbeit einschränken.

Wir sehen deshalb mit Optimismus auf den zukünftigen EBM, der zum einen das Morbiditätsrisiko auf die Kassen zurückverlagert und zum anderen eine feste Vergütung unserer Leistungen in Euro und Cent anstatt des bisher gezahlten „Monopolygeldes“ in Form von Punkten besiegeln wird. Ab 2009 wird es dann auch keine HVV und floatende Punktwerte mehr geben.

Außerhalb der GKV-Regelversorgung gibt es auch extrabudgetäre Vergütungsoptionen. Hierzu zählen Verträge nach § 73 c SGB V für die besondere ambulante ärztliche Versorgung und Modellvorhaben nach § 63–65 SGB V sowie strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137 f–g SGB V. Diese Programme haben aber auf chirurgischem Gebiet keine wesentliche Bedeutung.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Für die Abrechnung von Leistungen für privat versicherte Patienten gilt die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ihre letzte gesetzliche Grundlage ist eine Rechtsverordnung der Bundesregierung, die im § 11 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 veröffentlicht wurde.

Seit dem 1. Januar 1996 gilt die vierte GOÄ-Änderungsverordnung. Doch in dieser veralteten Gebührenordnung sind zahlreiche moderne Behandlungsverfahren noch gar nicht enthalten. Daher arbeitet die Bundesärztekammer derzeit an einer neuen Version der GOÄ. Auch die GOÄ-Struktur beruht auf dem Ansatz, Leistungen mit Punkten zu hinterlegen. Zum 1. Januar 1996 wurde der Punktwert von 11 auf 11,4 Pfennige angehoben. Seither arbeiten wir mit diesem Betrag.

Im Unterschied zur GKV kann man allerdings innerhalb einer Gebührenspanne vom ein- bis 3,5-fachen Satz des Gebührenrahmens alle grundsätzlich persönlich erbrachten Leistungen abrechnen. Ab dem 2,3-fachen Satz ist die Steigerung zu begründen. Vorwiegend medizinisch-technische Leistungen können innerhalb eines Gebührenrahmens vom ein- bis 2,5 fachen Satz abgerechnet werden. Die Begründungsschwelle liegt hier beim 1,8-fachen Satz.

Anders als im GKV-System können in der GOÄ-Abrechnung neben den ärztlichen Leistungen auch Auslagen berechnet werden, die durch die Kosten von Arzneimitteln, Verbandsmittel und sonstigen Materialien entstehen, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind.

Die Abrechnung erfolgt durch eine Rechnung an den Patienten. Sie muss exakt den vorgegebenen Richtlinien entsprechen. In den Bereich der privatärztlichen Abrechnung gehören auch individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) wie beispielsweise kosmetische Eingriffe, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt werden. Der BNC hat hierzu Vordrucke für die Aufklärung des Patienten entwickelt.

Kostenerstattung nach § 13 SGB V

Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- und Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V vorsieht. Versicherte können anstelle der Sach- und Dienstleistung die Kosterstattung wählen. Hierüber müssen sie ihre Krankenkasse vor der Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis setzen.

Der Arzt muss den Patienten auch über die finanziellen Konsequenzen aufklären –, denn Rechnungsposten, die seine Kasse nicht erstattet, muss der Versicherte selbst bezahlen. Die Wahl der Kostenerstattung ver-

Praxisgebühr: Eintrittskarte in die Kassenarztpraxis

Die Praxisgebühr ist eine Zuzahlung in Höhe von zehn Euro, die erwachsene gesetzlich Versicherte in Deutschland bei Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapeutenbesuchen beim jedem ersten Arztbesuch im Quartal leisten müssen. Wenn die gesetzliche Unfallversicherung Kostenträger ist (etwa bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten), wird keine Praxisgebühr für den Arztbesuch fällig. Gleiches gilt für Leistungen der Vorsorge und Prävention.

Die Praxisgebühr wird vor Behandlungsbeginn mit Einlesen der Chipkarte fällig und deckt auch weitere notwendige Arztkontakte im selben Quartal beim selben Arzt ab. Arztkontakte bei weiteren Ärzten in dem betreffenden Quartal sind gebührenfrei, wenn der Patient eine Überweisung vorlegen kann.

Zahlt der Patient nicht, wird die Praxisgebühr zunächst in voller Höhe mit dem ärztlichen Honoraranspruch verrechnet. Bei Nichtzahlung im nächsten Quartal erhält der Arzt jedoch von der KV eine Gutschrift, für das weitere Mahnwesen ist ebenfalls die KV zuständig.

Die Praxisgebühr ist eine bürokratische Belastung, die außerdem manche Patienten abschreckt, sich in medizinisch notwendige Behandlung zu begeben.

Problematisch ist auch die Namensgebung der Praxisgebühr, da sie Patienten suggeriert, dass die Gebühr als zusätzliche Einnahme in der Praxis bleibt. Tatsächlich aber wird sie erst bei der Auszahlung der Arzthonorare von den Krankenkassen über die KVen an die Kassenärzte verrechnet. Zusätzlichen Aufwand verursacht auch das Ausstellen der Quittung für die Praxisgebühr und das zusätzliche Bargeld in der Praxis. Untypische Fällen oder uneinsichtige Patienten erfordern oft zeitaufwändigen Erklärungsbedarf.

Weitere Informationen:
www.die-gesundheitsreform.de/glossar/praxisgebuehr.html

ändert den sachlichen Umfang der Leistungspflicht nicht, legt den Versicherten aber für ein Jahr auf den gewählten Modus fest. Deshalb wird dieses Vorgehen bisher von Versicherten praktisch nicht angenommen.

Berufsgenossenschaften und UV-GOÄ

Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), der Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (BGen) und der Bundesverband der Unfallkassen haben mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen Vertrag gemäß § 34 Absatz 3 SGB VII geschlossen, der die Durchführung der Heilbehandlung und die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen regelt.

An diesem Vertrag sind alle Ärzte beteiligt, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder von den Unfallversicherungsträgern zugelassen sind. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um H-Ärzte (an der besonderen Heilbehandlung beteiligte Ärzte) und D-Ärzte (Durchgangsärzte).

Die Rechnungslegung ist exakt definiert und basiert in wesentlichen Teilen auf der GOÄ. Sie enthält allerdings einige spezifische Änderungen für die Heilbehandlung und das von den BGen geforderte besondere Berichtswesen.

Es werden feste Sätze für die allgemeine Heilbehandlung und die besondere Heilbehandlung vergütet, die einzelnen Leistungen sind mit Sachkosten hinterlegt. Der Arzt kann jedoch gegen Nachweis bei den jeweiligen Leistungen seine eigenen Sachkosten abrechnen. Die Abrechnung erfolgt am Ende der Behandlung, die Bezahlung der Leistungen durch die BG sollte innerhalb von vier Wochen erfolgen.

Individuelle Verträge nach §140 a–f SGB V

Außerdem können die Krankenkassen mit einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten sowie sonstigen versorgungsberechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften direkte Verträge zur integrierten Versorgung (iV) nach § 140a–f SGB V abschließen.

In diesen Verträgen müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten nach neuestem Wissensstand verpflichten.

Es muss eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten sichergestellt werden.

Dazu gehören auch die Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und eine ausreichende Dokumentation, die allen Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss. Die Versicherten wiederum müssen sich aktiv für die Versorgung im Rahmen eines iV-Vertrages einschreiben.

In den Verträgen zur integrierten Versorgung wird die Vergütung festgelegt, die außerhalb der Honorarverteilung durch die KVen gezahlt wird. Aus der Vergütung für die iV sind sämtliche Leistungen zu vergüten, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden.

Die Vergütung für Leistungen im Rahmen der iV ist prinzipiell frei verhandelbar, häufig liegen der Berechnung allerdings entsprechend modifizierte Werte der Diagnosis-Related-Groups (DRG) aus dem Krankenhausbereich zugrunde.

Nützliche Quellen für aktuelle Neuerungen sowie Hintergrundinformationen und Gesetzestexte

Die Gesetzestexte des SGB V im Original:
- **www.sozialgesetzbuch.de**

Homepage der KBV mit diversen Rechtsquellen und Updates für die vertragsärztliche Versorgung sowie Links zu den regionalen KVen:
- **www.kbv.de**

Informationen rund um den EBM und seine Neugestaltung hat die KBV auf einer eigenen Seite zusammengestellt:
- **www.ebm2000plus.de**

Im BNC-Diskussionsforum können BNC-Mitglieder sich Expertenrat zum Umgang mit alten und neuen EBM-Ziffern holen. Zugang über den passwortgeschützten Mitgliederbereich unter:
- **www.bncev.de**

Tipps zum Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) gibt es u. a. hier:
- **www.igel-verzeichnis.de**
- **www.igelaktiv.de**
- **www.igel-kongress.de**
- **www.medwell.de**

Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen mit Informationen über Strukturen, Projekte und Positionen der gesetzlichen Krankenversicherung
- **http://www.g-k-v.com**

Informationen über die Neugestaltung der GOÄ hat die Bundesärztekammer in der Rubrik „Gesundheitspolitik" auf ihrer Homepage zusammengestellt:
- **www.bundesaerztekammer.de**

Privatärztliche Verrechnungsstellen übernehmen die GOÄ-Abrechnung für privatärztliche Leistungen. Der Bundesverband der privatärztlichen Verrechnungsstellen hat 37.000 ärztlichen Mitglieder und 45 regionalen Niederlassungen:
- **www.pvs.de**

Neben den privatärztlichen Verrechnungsstellen der PVS gibt es unzählige weitere Unternehmen, die Ärzten gegen eine umsatzbezogene Provision die privatärztliche Abrechnung sowie Mahn- und Inkassoleistungen anbieten. Eine Auswahl:
- **www.verrechnungsstelle.de**
- **www.mediserv.de**
- **www.aevw.de**
- **www.primadata.de**
- **www.arcogmbh.de**
- **www.calcula.de**

Seit ihrer Fusion im Jahre 2007 unterhalten der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG, www.hvbg.de) und der Bundesverband der Unfallkassen (BUK, www.unfallkassen.de) als neuer Spitzenverband der Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger einen gemeinsamen Internetauftritt:
- **www.dguv.de**

Praxismarketing

Vom schlüssigen Praxisprofil zum „Unique Selling Point“

Unter Marketing versteht man die Ausrichtung eines Unternehmens auf die Marktsituation und damit alle Versuche, die Bedürfnisse potenzieller Kunden in Entscheidungen einzubeziehen. Dies betrifft die Analyse, Planung, Umsetzung und Kontrolle aller Unternehmensaktivitäten. Wie jeder Unternehmer darf und muss auch der niedergelassene Arzt Marketing betreiben.

Vom Naturell her altruistisch und weniger unternehmerisch veranlagt, ist den meisten Ärzten der Gedanke an Marketing wesensfremd. Marketing klingt nach unseriösen Verkaufstricks, wo doch eigentlich die ärztliche Leistung für sich sprechen sollte.

Dabei geht es beim Praxismarketing nicht um plumpe Werbung, sondern um gezielte Strategien zur Patientengewinnung und –bindung. Praxismarketing erfordert weder besonderes Fachwissen, noch große Investitionen, sondern vor allem ein Bewusstsein für die Außenwirkung der Praxis mit ihren Mitarbeitern, Leistungsangeboten und Prozessen.

Untersuchungen haben gezeigt, dass Praxen mit klaren Marketingkonzepten mehr Umsatz erwirtschaften und auch zufriedenere Mitarbeiter und Patienten haben als Praxen ohne solche Konzepte. Eine klare Marketingstrategie sollte daher von Beginn an integraler Bestandteil Ihrer Praxisführung sein.

Jedes Marketingkonzept fußt auf einer Bestandsaufnahme:

- Welche Patientengruppen wollen Sie vorrangig erreichen?
- Wie werden diese Patientengruppen auf Ihre Praxis aufmerksam?
- Welchen Eindruck macht Ihre Praxis auf die Zielgruppe? (Inneneindruck der Praxis, Auftreten der Mitarbeiter, Terminvergabe, Länge der Wartezeiten, fachliche wie menschliche Qualität des Arztkontakts).
- Hat Ihre Praxis ein klares Profil? Von welchen Schwerpunkten und besonderen Stärken sollte die Zielgruppe unbedingt erfahren?
- Über welche Wege können Sie diese Informationen zur Zielgruppe transportieren?

Zu einem Marketingkonzept gehört eine erkennbare Praxiskultur: Klar definierte Verhaltensnormen und ein freundlicher Umgangston innerhalb des Teams und gegenüber den Patienten sind das A und O. Doch auch die Optik sagt viel über eine Praxis aus: Eine einheitliche farbliche Gestaltung der Räume und bestimmte Praxiskleidung vermitteln Kontinuität und Zusammenhalt.

Wer Fehler als Chance begreift und vorurteilsfrei reflektiert, wann und warum sie auftreten, kann Prozesse optimieren und daraus Nutzen für sein Pra-

Zum Weiterlesen: Buchtipps zum Thema Praxismarketing

Schüller, Anne M. und Monika Dumont: Die erfolgreiche Arztpraxis. Patientenorientierung, Mitarbeiterführung, Marketing. Heidelberg: Springer Verlag, 2006. Gebunden, 177 Seiten, 74,95 Euro.

Patienten kommen gern in eine bestimmte Praxis, wenn sie den Eindruck haben, dort fachlich und menschlich gut aufgehoben zu sein. Ein Buch mit vielen Praxisbeispielen und Tipps aus dem medizinischen Alltag, auch speziell für Praxisneugründer.

Maier, Gabriele und Rita Wilp: Public Relations in Gesundheitsunternehmen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2007. Gebunden, 139 Seiten, 24,90 Euro.

Laut Klappentext richtet sich das Buch an Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Doch die vorgestellten Marketing- und PR-Strategien lassen sich ebenso gut auf eine chirurgische Arztpraxis anwenden.

Thill, Klaus-Dieter: Marketing in der Arztpraxis. Analyse, Strategie, Instrumente. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2005. Taschenbuch, 260 Seiten, inkl. CD-ROM, 29,95 Euro.

Wegweiser zur optimalen und rechtssicheren Präsentation der Arztpraxis am Markt. Mit Instrumenten für die Praxisanalyse und Strategieentwicklung sowie Gesetzestexten und Rechtsquellen (auf der Begleit-CD).

xismarketing ziehen. Mit regelmäßigen Teambesprechungen und einem offenen Ohr für Rückmeldungen der Mitarbeiter schaffen Sie eine konstruktive Fehlerkultur im Praxisteam.

Behalten Sie Ihr Praxisprofil vor Augen, und Sie können Ihre Kernkompetenz – im Marketing-Jargon gern „Unique Selling Point" (USP) genannt – umso leichter auch nach außen darstellen.

Wirksame Instrumente für die Außendarstellung der Praxis mit Blick auf die Gewinnung neuer Patienten sind gezielte Einträge in Branchenverzeichnissen oder Internet-Portalen. Der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) betreibt für seine Mitglieder unter www.chirurgen-suche.de übrigens einen eigenen, stark frequentierten Suchdienst.

Ein guter Draht zu lokalen Pressevertretern kann sich ebenfalls auszahlen: Journalisten, die Ihre Spezialgebiete und Interessen kennen, wenden sich gern an Sie, wenn für einen Artikel zur aktuellen Gesundheitspolitik Ihr fachliches Know-how gefragt ist. Und nichts weckt mehr Vertrauen beim Leser und Patienten als ein unabhängig recherchierter Artikel, der Sie als Experten zitiert. Bei der Patientenbindung kann eine Praxisbroschüre helfen, die in ausreichender Stückzahl im Wartezimmer ausliegt.

Ebenso wie eine Praxishomepage informiert sie Patienten über das Leistungsspektrum der Praxis. Sie bietet außerdem die Gelegenheit, das gesamte Praxisteam mit Fotos und seinen individuellen Kompetenzen darzustellen.

Manch ein Praxisinhaber jongliert gewandt mit Worten, bedient souverän einschlägige Layoutsoftware und nimmt das Projekt Praxisbroschüre am liebsten selbst in die Hand. Andere überlassen diese Aufgabe lieber professionellen Journalisten oder PR-Fachleuten und Grafikern. Generell gelten für eine Praxisbroschüre ebenso wie für eine Praxishomepage die Auflagen und Einschränkungen der (Muster-)Berufsordnung (MBO), des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) und des Telemediengesetzes (TMG).

Was gehört zu einer guten und rechtlich einwandfreien Praxishomepage?

Fast 75 Prozent der deutschen Bevölkerung nutzen regelmäßig das Internet. Die Recherche nach medizinischen und Gesundheitsinformationen nimmt hierbei einen Spitzenplatz ein. Idealerweise stößt der Patient bei seinen Recherchen auf eine gut gemachte Praxishomepage seines (künftigen) Arztes. Auf seiner Praxishomepage darf der Arzt im weitesten Sinne alle Informationen verbreiten, die der sachlichen Darstellung seiner Praxis dienen.

Service und Informationen für Patienten

Um Patienten den Arztbesuch möglichst leicht zu machen, sind Kontaktdaten, Sprechzeiten, ein übersichtlicher Anfahrts- und Lageplan Standard. Auch auf Parkmöglichkeiten, einen behindertengerechten Zugang und öffentliche Verkehrsmittel sollten Sie gegebenenfalls hinweisen. Praxen, die ihre Patienten überwiegend von Kollegen überwiesen bekommen, sollten vor allem auf ihr Leistungsspektrum, ihre technische Ausstattung sowie spezielle diagnostische oder therapeutische Schwerpunkte hinweisen.

Rechtliche Grundlagen

Die derzeit geltende Regelung für Patienteninformationen im Internet finden Sie in „Hinweise und Erläuterungen zu den §§ 27 ff. der aktuellen (Muster-) Berufsordnung der Bundesärztekammer. Nach dieser Vorschrift können Sie auf Ihrer Homepage neben den auf dem Praxisschild zulässigen Angaben – sprich: Name, akademische Grade, führbare Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung (WBO) usw. – organisatorische Hinweise und bis zu drei besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ankündigen.

Der Ankündigung von speziellen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden muss ein entsprechender Hinweis vorangestellt werden, um zu vermeiden, dass diese mit nachgewiesenen Qualifikationen verwechselt werden können. Auch sonstige öffentlich rechtliche Qualifikationen sollte man kenntlich machen, zum Beispiel „Sonographie (KV-Abrechnungsgenehmigung)".

Nach §§ 27ff wird nicht mehr zwischen Homepage und nachfolgenden Seiten unterschieden, so dass Sie neben den führbaren Bezeichnungen nach der WBO auch sonstige öffentlich rechtlich erworbene Qualifikationen sowie spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ankündigen dürfen, sofern die entsprechenden Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausgeübt werden.

Besonderheiten ergeben sich aus dem Heilmittelwerbegesetz (HWG) und aus den Möglichkeiten des Mediums Internet. So ist es nach dem HWG unter anderem problematisch, für den Einsatz bestimmter Arzneimittel zu werben. Nicht zulässig ist auch die Einrichtung eines Gästebuchs, da die Gefahr von „Danksagungen" seitens der Patienten besteht, was wiederum mit § 11 Abs. 1 Nr. 11 HWG nicht vereinbar wäre.

Foto: websitefactory

Michael Stiller
Die Firma websitefactory (www.wsf-berlin.de) betreut den BNC-Internetauftritt und seit 1999 zirka 100 Praxishomepages

Wenn Sie Fotos Ihres Praxisteams ins Internet stellen möchten, sollten Sie diesen Bereich visuell getrennt von der Darstellung von Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden halten. Bitte berücksichtigen Sie auch, dass der von Ihnen gewählte Domain-Name nicht irreführend sein darf. So würde etwa der Domain-Name www.Internisten-Tempelhof.de nach der Rechtsprechung einen unzulässigen Alleinvertretungsanspruch vermitteln.

Als Betreiber unterliegen auch Sie den Pflichtangaben nach § 5 Abs. 1 Telemediengesetz (TMG). Das TMG gilt seit dem 1. März 2007 und hat das Teledienstgesetz (TDG) abgelöst. Gemäß § 5 Abs. 1 TMG müssen bestimmte Informationen zum Betreiber, seiner Unternehmensform und seiner Niederlassung leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar sein. Den vollständigen Wortlaut des TMG (unter anderem zu den Pflichtangaben auf Homepages) und des HWG finden Sie unter
www.gesetze-im-internet.de/tmg
www.gesetze-im-internet.de /heilmwerbg

Die (Muster-)Berufsordnung mit Hinweisen zu zulässige und unzulässige Arzt- und Praxiswerbung finden Sie auf den Seiten der Bundesärztekammer unter dem Stichwort „Berufsordnung":
www.bundesaerztekammer.de

Eine ausführliche Erläuterung von BNC-Justiziar Jörg Hohmann zu Praxishomepages finden Sie unter:
www.bncev.de/homepage.html

Professionelle Gestaltung zahlt sich aus

Bedenkliche Internetauftritte bergen die Gefahr rechtlicher Auseinandersetzungen und Ordnungswidrigkeiten. Mängel in der technischen und inhaltlichen Umsetzung schrecken Patienten ab. Kranke gehören in die Hände von Ärzten – Internetauftritte sollen selbstverständlich vom professionellen Multimedia-Dienstleister erstellt und betreut werden.

Qualitäts- und Hygienemanagement

Stärken der Praxis dokumentieren und nach außen darstellen

Der Einstieg in das ärztliche Qualitätsmanagement (QM) ist gesetzliche Pflicht ab 2009. Doch auch bereits vor diesem Stichtag zahlt sich QM für jede Arztpraxis aus, denn immer mehr Kassen und KVen fordern in Verhandlungsrunden handfeste Qualitätsnachweise von ihren Vertragspartnern. Ein professionelles Hygienemanagement ist sogar schon seit 2002 Pflicht.

Niedergelassene Chirurgen, die mit ihren Vertragspartnern verhandeln, müssen sich immer häufiger Fragen nach der Einhaltung von Qualitätsnormen und Qualitätsnachweisen gefallen lassen. Wenn die Praxis bereits ein System zum internen Qualitätsmanagement (QM) installiert hat, verbessert dies eindeutig ihre Verhandlungsposition.

Der Aufbau eines QM-Systems dient deshalb zum einen der Erfüllung des Gesetzes, ist zum anderen aber auch eine lohnende Investition in die Zukunftsfähigkeit der Praxis.

Außendarstellung, Transparenz und Integration

Aus diesem Aufwand gilt es den bestmöglichen Nutzen zu ziehen: für die Außendarstellung, für mehr Transparenz in der Praxis und für die Einbeziehung und Verpflichtung von Mitarbeitern und Praxispartnern. Es sind verschiedene QM-Systeme unterschiedlicher Anbieter auf dem Markt erhältlich (siehe Tabelle rechts), von denen jedes für sich dabei helfen kann, den gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden.

Der BNC empfiehlt seinen Mitgliedern das QEP-System, das auf Basis des Curriculums der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entwickelt wurde. Der BNC-Wirtschaftsdienst hat daraus eigene Kurse entwickelt. Zur Wahl stehen Einführungskurse, Powerseminare und Aufbauseminare.

QEP-Kurse speziell für chirurgische Praxen

Die Einführungskurse lassen sich vergleichen mit Kursen bei Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und externen Instituten, sind aber auf die chirurgische Fachgruppe ausgelegt. Auch die Powerseminare lassen sich mit KV-Seminaren vergleichen, führen den Nutzer aber parallel in ein elektronisches QM-System ein. Sie sind daher effektiver und bieten eine erhebliche Arbeitserleichterung.

Durch die elektronische Dokumentation können die Teilnehmer bereits einen Großteil der Anfangsarbeit für die Einführung eines QM-Systems leisten und außerdem die kontinuierliche Pflege des QM-Datenbestandes optimal vorbereiten. Die Aufbauseminare wiederum dienen der Vertiefung nach dem Besuch einer der beiden anderen Kurstypen.

Die BNC-Seminare bieten den Vorteil, dass sie von Chirurgen oder Mitarbeitern des BNC-Wirtschaftsdienstes gehalten werden und dass alle Themen und Unterlagen auf chirurgische und/oder orthopädische Praxen ausgerichtet sind.

Aktuelle Termine für QM-Kurse finden Sie auf der Homepage des BNC unter www.bncev.de. Die Online-Ankündungen werden regelmäßig aktualisiert, weil je nach Bedarf zusätzliche Kurse angeboten oder einzelne Kurse verschoben werden.

Hygiene-Kurse in Zusammenarbeit mit dem BZH

Das Infektionsschutzgesetz und die daraus abgeleiteten Verordnungen und Richtlinien verpflichten Ärzte bereits seit 2002 zu einem standardisierten Hygienemanagement. Im Oktober 2003 haben die Deutsche Gesellschaft für Krankhaushygiene (DGKH), die Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) sowie der Berufsverband der Deutschen Hygieniker erstmals konkrete Vorgaben für die Ausbildung von Praxispersonal gemacht.

Außerdem haben sie die Voraussetzungen für den Erwerb der Sachkunde für die Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis konkretisiert. Diese Vorgaben betreffen insbesondere die in §4 in der Medizinproduktebetreiberverordnung (MPGBetreibV) geforderte

Sachkenntnis für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis.

Zweitägige Kurse für erfahrenes OP-Personal

Das BZH Freiburg bietet als Kooperationspartner des BNC analog zu diesem Curriculum zweitägige Kurse für Praxismitarbeiter mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung an.

Die aktuellen Kursangebote finden Sie ebenfalls auf der Homepage des BNC (www.bncev.de). Als Ansprechpartner stehen Ihnen der BNC-Wirtschaftsdienst (www.medizinische-wirtschaftsdienste.de) oder das BZH (www.bzh-freiburg.de) zur Verfügung.

Zum Weiterlesen: Buchtipps und Links zum Qualitäts- und Hygienemanagement

Amon, U.: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Patientenbindung, Praxisorganisation, Fehlervermeidung. Heidelberg: Springer Verlag, 2004.

Aktueller Leitfaden für ein umfassendes Qualitätsmanagement mit Checklisten, Schritt-für-Schritt-Anleitungen und auch Tipps für den Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

Zinn, G.-C., E. Tabori und P. Weidenfeller: Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene. Friedberg: Verlag Zapf International, 2006. Gebunden, 270 Seiten, inkl. CD-ROM, 89 Euro.

Speziell für ambulante Operateure: Überblick über alle rechtsverbindlichen Hygienevorschriften, die seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes gelten. Ein Buch aus der Praxis für die Praxis.

Kurse zum Hygienemanagement in chirurgischen Praxen und Beratung für BNC-Mitglieder in allen Fragen der Praxishygiene mit einer eigenen Rubrik in der Verbandszeitschrift „Chirurgen Magazin" bietet das BZH Freiburg.

- **www.bzh-freiburg.de**

Kurse u. a. für das Personal in ambulanten OP-Zentren bietet auch die Hygieneakademie Bad Kissingen:

- **www.hygieneakademie.de**

Der Verbund für angewandte Hygiene versteht sich als Dachverband für wissenschaftliche Fachgesellschaften, Berufsverbände sowie Experten aus den Bereichen Hygiene, Öffentliches Gesundheitswesen und Infektiologie.

- **www.vah-online.de**

Der Arbeitskreis Krankenhaus- und Praxishygiene der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) hat diverse evidenzbasierte Empfehlungen und Publikationen parat.

- **www.hygiene-klinik-praxis.de**

Vergleich der verschiedenen QM-Systeme am Markt

	KPQM	QEP	DIN EN ISO 9001	EFQM	KTQ ambulant
Zielgruppe	Vertragsarztpraxen, Qualitätszirkel, integrierte Versorgung	Vertragsarztpraxen aller Fachgruppen	Unternehmen aller Branchen	Unternehmen aller Branchen	Vertragsarztpraxen aller Fachgruppen
Kernelemente	Analyse, Strukturierung und Darstellung von Praxisprozessen, Definition und Umsetzung von Qualitätszielen	Definition und Dokumentation von Qualitätszielen mit Indikatoren und Fragebeispielen. Korrespondierender Bewertungskatalog	Umsetzung vorgegebener Qualitätsziele im Unternehmen	Business-Excellence-Bewertung in neun Bereichen	Fragen- und Kriterienkatalog sowie feste Qualitätsziele
Kosten für Schulung	100 bis 350 Euro pro Person	bis 200 Euro pro Person, div. Materialien ca. 50 Euro, Manual ca. 250 Euro	ca. 3.000 Euro pro Person	ca. 1.300 Euro pro Person	Keine Kosten, Manual ca. 240 Euro
Kosten für Zertifizierung	Maximal 700 Euro pro Praxis	Bis 2.200 Euro pro Praxis	Ab ca. 2.500 Euro pro Praxis	Validierungskosten ab ca. 4.000 Euro pro Praxis	Erstes Zertifikat ca. 1.800 bis 5.000 Euro, zweites Zertifikat bis 390 Euro, Nachvisitation bis 2.100 Euro
Externer Beratungsaufwand	Keiner	Keiner	Mittel bis hoch	Mittel bis hoch	Mittel bis hoch

Personalmanagement

Freundliches und qualifiziertes Personal: Das Aushängeschild Ihrer Praxis

Ob Sie Ihre Patienten mit den Dienstleistungen Ihrer Arztpraxis überzeugen können, hängt nicht nur von Ihrem fachlichen Können, sondern auch von der Qualifikation und dem Auftreten Ihres Praxispersonals ab. Personalkosten machen zudem bis zu 50 Prozent der Betriebskosten einer Arztpraxis aus – Grund genug, sich eingehend mit dem Thema Personalmanagement zu beschäftigen.

Eine erfolgreiche Arztpraxis lebt von ihren Mitarbeitern, denn nur durch die Kooperation zwischen dem Arzt und seinem Praxisteam lässt sich die Patientenversorgung überhaupt realisieren. Zugleich sind die Menschen, denen die Patienten an der Anmeldung und in den Behandlungsräumen begegnen, wichtige Marketing- und Werbeinstrumente einer Praxis.

Foto: AOK

◄ Die Menschen Ihres Praxisteams sind die Visitenkarte Ihres Unternehmens (Bildquelle: AOK)

Weder das Medizinstudium, noch die Weiterbildung im Krankenhaus bereitet den Arzt darauf vor, als freiberuflicher Unternehmer Verantwortung für eigene Angestellte zu übernehmen. Doch auch Personalmanagement ist erlernbar.

Drei Kernbereiche des Personalmanagements

Ein junger Arzt, der eine bereits bestehende Praxis kauft, übernimmt in der Regel auch das vorhandene Praxispersonal. Nur wer eine Praxis neu gründet, muss eine Teamstruktur entwickeln und geeignetes Personal für die zu besetzenden Posten finden. Unabhängig davon, ob ein bestehendes Team weiterentwickelt oder ein neues Team aufgebaut werden soll, besteht professionelles Personalmanagement immer aus drei Kernbereichen: der Personalbeschaffung (Planung und Einstellung), der Personalsteuerung (Führung, Entlohnung und Aus- bzw. Weiterbildung) sowie Personalentlassung.

Sowohl für die Suche nach geeigneten Kandidaten als auch für die Organisation des laufenden Praxisalltages ist es sinnvoll, genaue Tätigkeitsprofile zu definieren: Wer ist für was zuständig? Welche Arbeitszeiten sind dafür vorgesehen? Wie gestaltet sich diese Tätigkeit im Praxisalltag?

Wo Menschen zusammen arbeiten, sind Konflikte unvermeidbar. Mit regelmäßigen und vorbereiteten Teambesprechungen stärken Sie den Zusammenhalt des Teams und können Konfliktpotenzialen auf die Spur kommen. Klar definierte Leitfäden zur Kommunikation des

Teams untereinander und gegenüber den Patienten tragen ebenfalls zu einem positiven und damit produktiven Arbeitsklima bei.

Teambefragung offenbart Schwächen und Stärken

Auch eine Mitarbeiterbefragung kann dem Chef die Augen öffnen: Fragen Sie Ihre Angestellten nach ihrer Haltung zu Ihrer Praxis und zu ihren persönlichen Aufgabenbereichen. Fragen Sie nach ihrer Einschätzung der Arbeitsbedingungen und der Stimmung innerhalb des Teams. Geben Sie Ihren Mitarbeitern gleichzeitig die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge anzubringen. Aus der Summe der Mitarbeiter-Interviews ergibt sich ein Bild der Kernschwächen und –stärken des Praxisteams und damit Ihres Unternehmens.

Übrigens: In der Rubrik „Praxisteam“ der BNC-Verbandszeitschrift „Chirurgen Magazin“ finden Sie regelmäßig Tipps für die Praxisorganisation, die Lösung von Teamproblemen und berufspolitische Neuigkeiten sowie Informationen zur Fort- und Weiterbildung speziell für das Praxispersonal.

In dieser Rubrik schreiben regelmäßig auch Expertinnen des Verbandes Medizinischer Fachberufe (VMF, www.vmf-online.com) und des Newsletters “Arzthelferin Exklusiv” (www.arzthelferin-exklusiv.de).

Zum Weiterlesen: Bücher zum Thema Personalmanagement

Klaus-Dieter Thill: Einstellungsgespräche in der Arztpraxis. Personalauswahl professionell vorbereiten und durchführen.
Mit 38 Arbeitsblättern auf CD-ROM. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 2004. 116 Seiten, broschiert, 24,95 Euro.

Dieser Leitfaden zeigt, wie der Arzt als Praxisinhaber die Einstellung neuer Mitarbeiter strukturiert und erfolgreich managen kann. Schritt für Schritt kann er mit Hilfe dieses Buches ein Einstellungskonzept erarbeiten, das auf genau auf seine Praxis zugeschnitten ist.

Klaus-Dieter Thill: Teamführung in der Arztpraxis. Einfach gut führen.
Mit 24 Arbeitsblättern auf CD-ROM. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 2006. 173 Seiten, broschiert, 24,95 Euro.

Professionelle Teamführung ist die Voraussetzung für hohe Arbeitsproduktivität und –qualität, Patientenzufriedenheit und wirtschaftlichen Erfolg. Dieser Leitfaden hilft dabei, ein professionelles Führungssystem für die eigene Praxis zu entwickeln. Dazu gehören ein Führungsmanagement-Selbsttest, der Aufbau eines Führungssystems in 20 Schritten und eine detaillierte Umsetzungsanleitung.

Personalsuche: Jobbörsen im Internet

Die klassische Stellenanzeige in der Lokal- oder Regionalzeitung ist weiterhin ein guter Weg um qualifiziertes Personal für die Praxis zu finden. Doch auch im Internet kann der Praxisinhaber fündig werden: In branchenübergreifenden Online-Jobbörsen oder Portalen speziell für soziale und Gesundheitsberufe können Arbeitgeber Stellenanzeigen aufgeben oder in den Inseraten Stellensuchender stöbern.

Manche dieser Portale arbeiten werbefinanziert und bieten ihren Service generell kostenlos an. Andere Börsen kassieren bei den Arbeitgebern für die Schaltung ihrer Stellenanzeigen. Wichtig ist hierbei ein genauer Kosten-Nutzen-Vergleich, denn sowohl die Relevanz für die eigene Branche, die monatlichen Zugriffsraten und nicht zuletzt die Preise für die Online-Anzeigenschaltung schwanken stark – zwischen 89 und 995 Euro muss der Arbeitgeber bei diesen Portalen für die 30-tägige Laufzeit einer Anzeige einkalkulieren.

Generell gilt: Seit Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) sollten Praxischefs als Arbeitgeber genau auf die Formulierung ihrer Stellenanzeigen achten. Sie vermeiden damit Klagen von Scheinbewerbern („AGG-Hoppern“), die Schadensersatzansprüche gegen Arbeitgeber wegen eines Verstoßes gegen das AGG stellen.

Die neue, korrekte Bezeichnung für den Beruf der Arzthelferin lautet „Medizinische Fachangestellte“ und sollte in der Stellenanzeige unbedingt geschlechtsneutral gehalten werden, sprich: „Medizinischer Fachangestellter (m/w)“ oder „Medizinische/r Fachangestellte/r“ – auch wenn es sich um einen typischen Frauenberuf handelt. Juristisch nicht angreifbar sind aber auch Formulierungen wie „Arzthelfer (m/w)“ oder „Arzthelferin/Arzthelfer“.

Mehr Informationen über das AGG auch unter **www.agg-hopping.de**

Branchenübergreifende Jobbörsen:

www.stepstone.de: Großer und aktueller Fundus verschiedener Stellenangebote und –gesuche, nach Branchen sortiert. Stellenanzeigen für Arbeitgeber kostenpflichtig.

www.arbeitsagentur.de: Homepage der Bundesagentur für Arbeit mit Jobportal und vielen Hintergrundinfos zum Thema Personalsuche, Ausbildung und Arbeitsrecht.

www.jobboerse.de: Kostenlos stöbern in Stellenangeboten, Schaltung von Stellenanzeigen kostenpflichtig.

www.jobpilot.de: Arbeitgeber, die Stellenanzeigen schalten wollen, werden an www.monster.de weitergeleitet und kann kostenpflichtige Inserate schalten.

www.stellenanzeige.de: Kostenlos stöbern in Stellenangeboten, die Schaltung von Stellenanzeigen ist für Arbeitgeber kostenpflichtig.

www.jobware.de: Für Stellensuchende kostenlos, für Arbeitgeber sind die Inserate kostenpflichtig.

www.stellenmarkt.de: Jobportal mit kostenlosen Anzeigen für Stellensuchende ebenso wie für Arbeitgeber.

www.backinjob.de: Großes Jobportal mit Stellenangeboten und –gesuchen. Standardinserate sindauch für Arbeitgeber kostenlos.

www.gigajob.com: Inserate sind für Stellensuchende und auch Arbeitgeber kostenlos, das Portal hat eine eigene Rubrik „Arztpraxis“.

www.d-job.de: Inserate sind für Stellensuchende und auch Arbeitgeber kostenlos, alle Stellenangebote werden automatisch an die Bundesagentur für Arbeit weitergeleitet.

Börsen speziell für Gesundheitsberufe:

www.health-job.de: Portal für Jobs im Gesundheitswesen, Inserate sind für Arbeitgeber kostenpflichtig.

www.job-sozial.de: Stellenmarkt für das gesamte Sozialwesen, neben einem Stellenmarkt für die Gesundheitsberufe auch Angebote für Pädagogen und Erzieher.

www.medic-online.de: Hier können Ärzte nicht nur nach Personal, sondern auch nach abzugebenden Praxen und gebrauchten medizinischen Geräten suchen.

Netzwerken

Vom Einzelkämpfer zum Teamplayer – Chancen der freiberuflichen Tätigkeit

Das Berufsbild des niedergelassenen Chirurgen wandelt sich. Der klassische Einzelkämpfer hat kaum noch Chancen, am Markt zu bestehen. Doch die offene Kommunikation mit Fachkollegen und strukturelle Kooperation können funktionierende und erfolgreiche Netzwerke schaffen, wie das Beispiel einer regionalen chirurgischen Kontaktbörse in Berlin-Spandau zeigt.

In den vergangenen Jahren hat sich das Berufsbild des freiberuflichen Chirurgen maßgeblich verändert. Unzählige Gesundheitsreformen haben ihre Spuren hinterlassen: Die Anforderungen steigen, die Planungssicherheit schwindet, die Konkurrenz innerhalb der eigenen Fachgruppe verschärft sich.

So hat sich beispielsweise die Honorarsituation insbesondere durch die wachsende Bürokratisierung und Budgetierung sowie durch uneinheitliche und auch ungerechte Honorarverteilung gerade für die Chirurgen verschlechtert. Auch in Zukunft ist trotz Beteuerungen der Politik nicht mit einer Kehrtwendung zu rechnen.

Der Einzelkämpfer weiß nicht, was der andere tut

In Ballungsgebieten ist zudem eine Überversorgung entstanden – wer sich hier nicht innerhalb seines Fachgebiets spezialisiert, steht als Einzelner wachsender Konkurrenz gegenüber. Aufgrund dieses Konkurrenzdenkens wiederum vermeiden es viele Fachärzte, ihre Patienten zu speziellen Untersuchungen oder Operationen an Fachkollegen zu überweisen.

Überlastung trübt den Blick über den Tellerrand

Oft fehlt eine geregelte Kommunikation untereinander und zum regionalen Krankenhaus: Niemand weiß so recht, was der andere tut. Gleichzeitig ist auch oft eine mangelnde gegenseitige Wertschätzung der Fachkollegen beobachten. Die notwendige Solidarität, zum Beispiel bei geplanten Praxisstreiks oder ähnlichen politischen Aktionen, bleibt aus.

Doch auch im eigenen Praxisbetrieb ist der Einzelkämpfer zunehmend überfordert: Er kapituliert vor ständig steigenden gesetzlichen Anforderungen in Gestalt von Medizinprodukte-betreiberverordnung, Auflagen für das Hygiene- und Qualitätsmanagement, notwendiger technischer, personeller und apparativer Ausstattung der Praxis, Vertretungsengpässen im Urlaubs- und Krankheitsfall sowie der Diskussion um Mindestmengen.

Diese schwierigen Rahmenbedingungen sollte man als Niederlassungswilliger kennen und analysieren. Dennoch bieten sich gerade heute trotz dieses düster erscheinenden Szenarios für junge Kollegen viele Möglichkeiten der Freiberuflichkeit.

Persönliche Stärken und Interessen analysieren

Zunächst sollte sich jeder Niederlassungswillige erst einmal selbst kritisch unter die Lupe nehmen: Was kann ich? Was will ich? Welche Zusatzbezeichnungen, Spezialisierungen und Interessen habe ich? Welche Form der Freiberuflichkeit stelle ich mir vor? Nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bieten sich heute viele unterschiedliche Formen der Freiberuflichkeit (siehe auch Seite 12). Als nächstes ist eine regionale Marktanalyse unabdingbar: Wie sieht die regionale „Chirurgen-

Visionen für die Zukunft im regionalen Netzwerk

- Einkaufsgemeinschaften untereinander und auch mit Krankenhäusern
- Nutzung von Krankenhauseinrichtungen wie Sterilisationsabteilungen und Apotheken
- gemeinsame Notfallversorgung
- gemeinsame Weiterbildung im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich
- Datenbank / Entwicklung einer Software für die zunehmende Vernetzung mit Datentransfer
- Personalpool nichtärztlicher Mitarbeiter im niedergelassenen Bereich
- Vertragsgestaltung mit den Krankenkassen

landschaft“ aus? Welche Spezialisierungen haben meine Fachkollegen? Gibt es Gemeinschaften, Kooperationsmöglichkeiten mit Krankenhäusern? Gibt es ambulante OP-Zentren und wie gut sind diese Zentren bereits ausgelastet? Gibt es Belegkliniken?

Überversorgung führt zur Marktbereinigung

Im nächsten Schritt gilt es, eine geregelte Kommunikation zu den Fachkollegen aufzubauen. Der Fall Berlin-Spandau scheint hier exemplarisch. Im Jahr meiner Niederlassung im Jahre 2000 gab es acht Chirurgen in acht Einzelpraxen ohne wesentliche Fachspezialisierung.

Weil unsere Region nicht gesperrt war, stieg die Zahl der Chirurgen in Berlin-Spandau mit seinen rund 220.000 Einwohnern bis zum Jahre 2002 auf insgesamt 14 Chirurgen in zwölf Praxen (elf Einzelpraxen und eine Dreiergemeinschaft) an. Dies entsprach einer regionalen Überversorgung von 161 Prozent.

Unausweichliche Folge: Der Markt bereinigte sich selbst. Ein Konkurs, eine Praxisaufgabe, der Verkauf eines Kassensitzes bei fehlender Praxisnachfolge und die Abgabe eines Sitzes in ein MVZ waren die dramatischen Folgen.

Kontaktbörse strukturiert die Chirurgenlandschaft

Bereits im Jahre 2001 organisierten wir regelmäßige regionale Zusammenkünfte zunächst der niedergelassenen Kollegen untereinander und später auch mit den chirurgischen Chef- und Oberärzten der regionalen Krankenhäuser.

Diese „Kontaktbörse“ hat Einiges verändert. Es entstanden Gemeinschaftspraxen, es kam zu Fusionen, wir bildeten eine Einkaufsgemeinschaft für Praxisbedarf für niedergelassene Chirurgen und es gibt Kooperationsmodelle in Form operativer Konsiliartätigkeit mit Krankenhäusern.

Heute gibt es in Spandau elf Chirurgen an nur noch fünf Standorten mit wachsender Fachspezialisierung. Die Kollegen praktizieren in zwei Dreiergemeinschaften, zwei Zweiergemeinschaften und einer Einzelpraxis. Diese Entwicklung ist eindeutig ein Erfolg des Miteinanderredens.

Zeitliche und geistige Freiräume für sich schaffen

Gerade Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften fördern den notwendigen fachlichen Austausch, eröffnen individuelle zeitliche und geistige Freiräume für den Einzelnen, sind betriebswirtschaftlich effektiv und machen eine Fachspezialisierung durch Bündelung der Kräfte möglich. Darüber hinaus sind flexiblere Ausstiegsmöglichkeiten und eine bessere Veräußerungsmöglichkeiten im Alter ein angenehmer Nebeneffekt.

Kooperation mit OP-Zentren und Krankenhäusern

Die Möglichkeit von Berufsausübungsgemeinschaften sowohl regional als auch überregional, die Möglichkeit auch fachfremde Ärzte in der Praxis anzustellen, sowie die neuerdings zulässige vertragsärztliche Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten schaffen dazu weitere berufliche Perspektiven. Die gemeinsame Gründung oder Nutzung vorhandener OP-Zentren gewinnt weiter an Bedeutung. Auch der Zusammenschluss mit anderen Fachärzten zu Kompetenzzentren ist eine Perspektive.

Auch die Kooperation mit Krankenhäusern ist in vielfacher Hinsicht sinnvoll: Die Klinik profitiert von hoch spezialisierten Chirurgen mit großer Fallzahl und hoher Effektivität.

Einbindung in bestehende kollegiale Netzwerke

Für den niedergelassenen Chirurgen ist die Einbindung in ein Netzwerk, aber auch die zusätzliche vergleichsweise unbürokratische Honorareinnahme außerhalb der gewohnten Budgets zu fest vereinbarten Eurobeträgen interessant. In der heutigen freiberuflichen Tätigkeit verwischen sich die Grenzen zwischen rein stationärem und ambulantem Sektor immer mehr.

Fazit: Die Freiberuflichkeit als niedergelassener Chirurg biete weiterhin noch genügend Perspektiven – wenn der Einzelne sich vernetzt und aktiv die Kooperation und den kollegialen Austausch sucht.

Dr. Ralph Lorenz
3CHIRURGEN
Klosterstraße 34/35, 13581 Berlin
lorenz@3chirurgen.de
www.3chirurgen.de

Portale für die virtuelle Vernetzung

www.merel-club.com
Kostenloses Forum. Hier können Ärzte ein persönliches Profil anlegen, mit Kollegen diskutieren, frühere Kommilitonen finden, sich online für Kongresse verabreden und interessante Fälle diskutieren.

www.dooox.de
Geschlossenes und kostenpflichtiges Arztportal für den fachlichen, berufspolitischen und wirtschaftlichen Austausch sowie die Fortbildung via Chat und Newsletter.

www.doccheck.com/de/faces/
Neues und noch wenig frequentiertes Online-Netzwerk für registrierte DocCheck-Nutzer, das sich an Xing und LinkedIn (s. u.) orientiert. Teilnehmer können ihr fachliches Profil pflegen, Kollegen und Kommilitonen finden, Experten und Spezialisten kennen lernen.

www.facharzt.de
Online-Nachrichtendienst mit gesundheitspolitischen Informationen, diversen berufspolitischen und fachlichen Diskussionsforen sowie Auktionsportal für Ärzte analog zu Ebay. Basisversion kostenlos, Premiumzugang kostenpflichtig.

www.xing.de
Branchenübergreifendes Netzwerk zur Kontaktanbahnung und -pflege mit moderierten Themen- und Diskussionsgruppen sowie regionalen Stammtischen und Events. Basisversion kostenlos, Premiumzugang kostenpflichtig.

www.linkedin.com
Englischsprachiges Kontaktportal zur Kontaktanbahnung und -pflege mit weltweit 14 Millionen Mitgliedern aus 150 Branchen. Basisversion kostenlos, Premiumzugang kostenpflichtig.

Historie

Der BNC von 1996 bis heute: Die bewegte Geschichte eines jungen Verbandes

Im Januar 1996 gründeten niedergelassene Chirurgen aus ganz Deutschland den Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) als Dachverband ihrer regionalen Chirurgenvereinigungen. Ein Streifzug durch die Gründerjahre eines kleinen, aber überaus erfolgreichen Verbandes, der sich längst als kompetente berufspolitische Interessenvertretung der niedergelassenen Chirurgen etabliert hat.

Wir schreiben das Jahr 1995. Ein neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) steht vor der Tür – und wieder einmal stellen die niedergelassenen Chirurgen in Deutschland fest, dass die Verhandlungsführer im Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) bei den Vorbereitungen des neuen Abrechnungskataloges ihre Interessen nicht vertreten haben.

Mangels Kenntnis der Heterogenität der chirurgischen Fachgruppe hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zudem die vielen verschiedenen Spezialgebiete niedergelassener Chirurgen bei der Ausarbeitung der Bewertungskriterien nicht berücksichtigt. Die niedergelassenen Chirurgen finden sich am untersten Ende der Einkommensskala aller Fachgruppen wieder. Frust macht sich breit.

Dr. Andreas Werner, niedergelassener Chirurg aus Darmstadt und Mitglied des BNC-Gründungsvorstands, erinnert sich: „Die Orthopäden waren politisch gut aufgestellt und lagen bei den Honoraren weit vorn. Auch bei den Augenärzten und Internisten brummte der Laden. Nur für die niedergelassenen Chirurgen sah es schlecht aus, weil der BDC sich nicht um seine Mitglieder im niedergelassenen Sektor gekümmert hatte."

Desolate Honorarsituation führt zur Gründung des BNC

Am 13. Januar 1996 treffen sich in Köln 30 derart niedergeschlagene Chirurgen aus verschiedenen regionalen Chirurgenvereinigungen, um über ihre desolate Honorarsituation zu diskutieren. Sie vertreten zusammen über 1.000 Mitglieder aus zwölf Verbänden. Am Ende einer turbulenten Debatte heben sie einen bundesweiten Dachverband für ihre regionalen Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC) aus der Taufe – den „Bundesverband Niedergelassener Chirurgen" (BNC). Sie wollen eine Organisationsstruktur schaffen, welche die berufspolitischen Interessen speziell der niedergelassenen Chirurgen vertritt. „Dazu gilt es, eine analoge Situation im Bewertungsausschuss ärztlicher Leistungen zu gewährleisten, wie sie die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Interessenvertretung der Kliniken und ihrer Fachärzte darstellt", heißt es im Protokoll der konstituierenden Sitzung.

Teuerste Infrastruktur bei niedrigsten Honoraren

Besonderen Wert legen die 30 Vertreter der niedergelassenen Chirurgen auf ein eigenes Verhandlungsmandat, mit dem sie den Interessenvertretern der DKG gegenüberstehen – immer mit dem Ziel, den ambulanten Facharzttopf vor dem Zugriff der Kliniken zu schützen und sicherzustellen, dass das Geld der Leistung folgt. Hierzu heißt es im Gründungsprotokoll: „Vor allem vor dem Hintergrund, dass chirurgische Praxen mit die aufwändigste Infrastruktur und schon immer eines der niedrigsten Honorare und somit das geringste Einkommen aus kassenärztlicher Tätigkeit erhielten."

Die Delegierten beschließen, im niedergelassenen Bereich weitere Chirurgenvereinigungen zu gründen, möglichst analog zu den KV-Bezirken. Sie sehen die regionale Arbeit als Garant für eine effektive berufspolitische Arbeit vor Ort und damit einen breit legitimierten Vertretungsanspruch gegenüber Politik und KVen. Mitglieds-ANC der ersten Stunde sind die ANC Mittelfranken, Oberfranken, Hamburg, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Mecklenburg-Vorpommern, München, Nord-Württemberg, Südhessen und Brandenburg.

Für die schnelle Kommunikation der Regionalverbände untereinander soll der Dach-

verband sorgen. Der BNC erhält gleichzeitig ein Verhandlungsmandat auf Bundesebene. Die Delegierten legen besonderen Wert darauf, dass nur aktive niedergelassene Chirurgen in Verbandspositionen gewählt werden dürfen. Damit wollen sie verhindern, dass der BNC ein reiner Funktionärsverband ohne Bezug zur Basis wird.

Nordrhein und Westfalen stehen für das Logo Pate

Die Delegierten beschließen, dass die Regionalverbände alle gleichlautende Namen tragen und analoge Vereinsstrukturen etablieren sollen. Vorbild für das Logo und die Satzung sind die ANC aus Westfalen-Lippe und Nordrhein, die Modellcharakter für alle weiteren ANC in Gründung haben.

Die Anwesenden wählen einen Interims-Vorstand, der bis zum Jahresende im Amt bleiben soll. Erster Vorsitzender ist Dr. Klaus Buschmann aus Nürnberg (ANC Mittelfranken). Sein Stellvertreter ist Dr. Michael Scholz aus Essen (ANC Nordrhein). Die drei weiteren Vorstandsmitglieder sind Dr. Frank-Peter Emmerich (ANC Berlin), Dr. Dieter Haack aus Stuttgart (ANC Nord-Württemberg) und Dr. Volker Worm aus Greifswald (ANC Mecklenburg-Vorpommern).

Bereits am 14. Januar 1996 trifft sich die frischgekürte Verbandsspitze mit dem BDC, vertreten durch Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg. Das Protokoll vermerkt zu diesem Treffen eine „erfreuliche Kooperationsbereitschaft". Eine „Subsummierung des ganzen Verbandes" unter dem BDC lehnen die Delegierten aber ab.

Am 6. Februar 1996 informiert der BNC-Vorsitzende Buschmann die KBV von der Gründung des neuen Verbandes. In seinem Schreiben heißt es: „Die Gründung des BNC hat sich als notwendig erwiesen, nachdem wir uns durch den BDC nicht ausreichend vertreten fühlen. Der Anteil der niedergelassenen Chirurgen im BDC – gemessen an der Gesamtmitglieder-Zahl – beträgt 17,5 Prozent. 82,5 Prozent der BDC-Mitglieder sind angestellte Chirurgen bzw. leitende Krankenhausärzte."

KBV akzeptiert den BNC sofort als Verhandlungspartner

Gleichzeitig berichtet Buschmann dem damaligen KBV-Vorsitzenden Dr. Winfried Schorre über die positive Zusammenarbeit der beiden Verbände: „In intensiven kollegialen Gesprächen mit dem BDC konnte erreicht werden, dass der BNC zu allen Gespräche betreff EBM und den sich daraus ergebenden Problemen als gleichberechtigter Gesprächspartner hinzugezogen wird." In den Monaten darauf folgen tatsächlich etliche gemeinsame Treffen von BNC und BDC mit der KBV, welche den BNC auch ohne Umschweife als Verhandlungspartner akzeptiert.

Doch schon bald ist dem BDC der Aufstieg des BNC als Vertretung einer rasant wachsenden Zahl von niedergelassenen Chirurgen nicht mehr ganz geheuer: In einem Rundschreiben an alle niedergelassenen Chirurgen bestreiten der BDC-Präsident Professor Karl Hempel und der Vertreter der niedergelassenen Chirurgen im BDC Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg, dass der BNC an Gesprächen mit der KBV beteiligt ist und bezeichnen den BNC als eine „kleine Minderheit" unter den niedergelassenen Chirurgen. Der BNC hat zu diesem Zeitpunkt bundesweit über 2.000 Mitglieder.

Weit gefährlicher als Seitenhiebe dieser Art erscheinen dem BNC-Vorstand allerdings einsame präsidiale Beschlüsse des BDC, die Erweiterung der Ermächtigungen für qualifizierte Krankenhausärzte zu befürworten, obwohl die niedergelassenen Chirurgen hierzu noch keinerlei Beschluss gefasst haben. In einem Schreiben an Hempel und Rüggeberg zweifelt Buschmann die demokratische Legitimation an, die einer Entscheidung von solcher Tragweite für die niedergelassenen Chirurgen vorangehen sollte.

Das weitere Jahr 1996 ist geprägt von allgemeiner Unzufriedenheit der niedergelassenen Fachärzte mit dem EBM 1996 und der KBV. So verabschiedet der BNC Anfang Juni 1996 gemeinsam mit dem Berufsverband Niedergelassener Fachärzte (BNF) eine Resolution, in der er die KBV auffordert, den neuen EBM zurückzunehmen, weil die darin enthaltene Mengensteuerung die ohnehin umstrittenen Ziele des Gesundheitsstrukturge-

Mitinitiator der Hubschrauberrettung im Notarztdienst Nürnberg

Dr. Klaus Buschmann
niedergelassener Chirurg aus Nürnberg und Gründungspräsident des BNC

Gründungspräsident und geistiger Vater des BNC

Dr. Klaus Buschmann († 11. Mai 2003) ist der geistige Vater des BNC und war von 1996 bis 2000 erster Vorsitzender und Gründungspräsident des Verbandes. Buschmann absolvierte sein Studium der Medizin in Köln und Erlangen, die Weiterbildung zum Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie dann am Klinikum Nürnberg. Dort war er ab 1969 am Aufbau des Notarztdienstes Nürnberg mit Einführung des Rendevouz-Systems und Hubschrauber-Rettung beteiligt. Buschmann arbeitete 20 Jahre als leitender Notarzt und D-Arzt im Großraum Nürnberg und war ab 1977 als Chirurg und Unfallchirurg, D-Arzt mit angeschlossener Privatklinik im Rot-Kreuz-Zentrum Nürnberg niedergelassen. Im Jahre 1989 gründete er die ANC Mittelfranken und war zeitlebens ihr erster Vorsitzender. Buschmann beendete seine kassenärztliche und Praxistätigkeit im Jahre 2002.

setzes (GSG) in vorauseilendem Gehorsam übererfüllt.

Mitgliederkommunikation anno 1996 fix dank Fax

Intern werden weitere ANC gegründet – in Bayern etwa entsteht der erste Landesverband der ANC, um übergeordnete regionale Belange besser zu koordinieren. Außerdem ist der BNC mit dem Aufbau einer kommissarischen BNC-Geschäftsstelle in der Praxis des Nürnberger Chirurgen Edgar Remmel beschäftigt. Die Geschäftsstelle widmet sich der internen Kommunikation und der Pflege des wachsenden Datenbestandes.

Erste Delegiertentagung des BNC im Januar 1997. Auf dem Podium (v.l.n.r.): Dr. Frank-Peter Emmerich (Berlin), Dr. Michael Scholz (Nordrhein), Dr. Klaus Buschmann (Mittelfranken), Dr. Andreas Werner (Hessen), Dr. Dieter Haack (Nord-Württemberg), Dr. Philipp Zollmann (Thüringen) und Edgar Remmel (Mittelfranken) ▶

Remmels Rundschreiben an die Kollegen in den ANC enden regelmäßig mit der dringenden Bitte, eine Faxnummer als Kontakt anzugeben um die Kommunikation zu erleichtern – man merke: Im Jahre 1996 hat das Internet noch nicht Einzug in die typische chirurgische Praxis gehalten. Ein Novum ist die Fax-Abrufbox, die der BNC für seine Mitglieder einrichtet, bei der sie aktuelle Informationen abrufen können.

Ab 1997 erhalten der BNC und seine Mitglieder ein neues Medium zur Kommunikation ihrer fachlichen und berufspolitischen Interessen: Im Februar erscheint erstmals die Verbandszeitschrift „Der niedergelassene Chirurg“ im Hamburger Promedico Verlag. Für die Schriftleitung zeichnet in den ersten Jahren der Hamburger Chirurg Dr. Wolfgang Fenselau, verantwortlich, bevor im Jahr 2000 Dr. Michael Schweins aus Köln (ANC Nordrhein) dieses Amt übernimmt. Für das redaktionelle Tagesgeschäft der Verbandszeitschrift ist seit 1999 die Medizinjournalistin Antje Soleimanian verantwortlich.

Pionierarbeit für OP-Katalog nach § 115b SGB V

Ab 1997 ist der BNC an den Verhandlungen mit der KBV zum EBM beteiligt und kann eine Einigung über kostendeckende Honorare für das ambulante Operieren erstmals auch für die Chirurgen erreichen. Der BNC drängt auf einen Katalog ausgewählter Eingriffe, die problemlos ambulant erbracht werden können und nur noch in Ausnahmefällen stationär erfolgen sollen. Sie sollen auf Basis der bereits definierten Sonderentgelte bezahlt werden – grundlegende Pionierarbeit für den letzten Endes im Jahre 2000 präsentierten Katalog ambulanter und stationsersetzender Leistungen nach § 115b SGB V.

Diese erfolgreiche berufspolitische Arbeit des BNC ist dem BDC zunehmend ein Dorn im Auge – der große Verband unternimmt daher einen weiteren Versuch, den lästigen kleinen Konkurrenten zu beseitigen und sich die effizienten regionalen ANC-Strukturen einzuverleiben: Für den 6. November 1998 lädt der BDC alle ANC-Vorsitzenden nach Leipzig ein um ihnen eine Eingliederung in den BDC anzubieten – ohne Beteiligung des BNC-Vorstandes, der nicht auf der Gästeliste steht.

BDC lädt die ANC nach Leipzig – und keiner geht hin

Die ANC-Vorsitzenden aber wollen nicht die BNC-Delegiertentagung schwänzen, nur um dem BDC nach Leipzig zu folgen. Stattdessen reisen Dr. Andreas Werner und Dr. Philipp Zollmann vom BNC-Vorstand an – im Gepäck haben sie Vollmachten aller 20 eingeladenen ANC-Vorsitzenden, sie bei den Gesprächen in Leipzig zu vertreten. „Und einen Fragenkatalog, in dem sie Erklärungen für alle dubiosen Vorstöße des BDC einfordern“, erinnert sich Werner.

Unbeirrt von gelegentlich aufflammenden Scharmützeln dieser Art bereitet der BNC seinen ersten Bundeskongress vor, der Anfang März 1999 in Nürnberg stattfindet: 450 Teilnehmer aus dem ganzen Bundesgebiet nutzen das Wochenende zur fachlichen und berufspolitischen Fortbildung. Auch die Industrie gewährt dem jungen Verband einen Vertrauensbonus und bucht große Stände in der Ausstellung.

Einer der Referenten beim ersten BNC-Kongress ist der ehemalige Ministerialdirektor und Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im Bundesgesundheitsministerium Dr. Manfred Zipperer, der den BNC als Berater zur Vorbereitung auf die Strukturreform 2000 unterstützt.

BNC bleibt mit neuen ANC auf Expansionskurs

Von Mai 1999 bis Januar 2001 übernimmt die Promedico-Verlagsleiterin Gaby Guzek die Geschäftsführung des Verbandes. Die neue Geschäftsführung etabliert den BNC-Spot zur internen Kommunikation und treibt die Arbeit am BNC-Katalog über ambulante stationsersetzende Leistungen voran, der im Februar 2000 veröffentlicht wird. Im Januar 2001 erscheint eine überarbeitete Version, im Oktober 2003 geht das Werk in die dritte überarbeitete Auflage.

Der BNC ist auch drei Jahre nach seiner Gründung weiter auf Expansionskurs: 1999 tritt die ANC Niedersachsen dem Verband bei, im Jahre 2000 finden sich die ANC Nordbaden und der HCV Hessen unter dem Dach des BNC wieder, und 2001 wird die ANC Mecklenburg-Vorpommern unter dem Dach des BNC neu gegründet. Im November 1999 sichert sich der Verband die Markenrechte für die Begriffe „ANC“ und „BNC“, 2000 wird die Marke „NC“ gesichert.

Rücktritt von Buschmann und Beginn der Ära Giensch

Zum Jahresbeginn 2000 tritt Dr. Klaus Buschmann aus gesundheitlichen Gründen von seinem Amt als BNC-Vorsitzender zurück und übergibt das Amt an seinen Hamburger Kollegen Dr. Manfred Giensch. Im Mai beschließen die Delegierten eine neue Satzung, im November 2000 wird der BNC offiziell beim Amtsgericht Hamburg in das Vereinsregister eingetragen.

Im Oktober 2000 bestellt der BNC den Hamburger Rechtsanwalt und Medizinrechtsexperten Jörg Hohmann zu seinem Justiziar. Seither vertritt Hohmann BNC-Mitglieder bei Musterklagen und berät sie in allen Rechtsfragen rund um ihre chirurgische Existenz.

Angesichts schwindender GKV-Einnahmen nutzen im neuen Jahrtausend auch immer mehr niedergelassene Chirurgen die Möglichkeit, mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ihren Praxisumsatz aufzubessern. Der BNC unterstützt sie bei der Umsetzung mit einem umfangreichen IGeL-Katalog, der im November 2000 erscheint und 2003 neu aufgelegt wird.

Im Januar 2001 übernimmt Sönke Gedaschko die BNC-Geschäftsführung. Gedaschko war zuvor lange Zeit als Verkaufsdirektor für den Bereich ambulante Chirurgie bei der Firma Ethicon tätig und will die Außenwirkung und die kaufmännischen Belange der niedergelassenen Chirurgen und des Verbandes reorganisieren. Ab März unterstützt ihn Rosemarie Pflesser (die mittlerweile Plassmann heißt) bei der Leitung der Geschäftsstelle.

Der dritte Bundeskongress des BNC 2001 verzeichnet mit über 600 Teilnehmern einen neuen Besucherrekord. Mit dem Jahr 2002 allerdings brechen für den BNC weniger rosige Zeiten an: Der vierte Kongress ist schlecht besucht, im Juni 2002 tritt Dr. Manfred Giensch vom BNC-Vorsitz zurück. Im September 2002 findet die Kooperation mit dem Promedico Verlag – und damit auch die Verbandszeitschrift „Der niedergelassene Chirurg“ – ein jähes Ende. Böse Zungen behaupten, der BNC stehe kurz vor seiner Auflösung.

Wahl von Dieter Haack markiert die Trendwende

Doch bereits die nächsten Vorstandswahlen markieren die Trendwende: Ab November 2002 vereint Dr. Dieter Haack als geschäftsführender Vorsitzender die beiden wichtigsten Ämter des Verbandes, während Sönke Gedaschko im März 2003 die Medizinischen Wirtschaftsdienste als separate Service-Gesellschaft für den BNC gründet. Im Februar 2003 erscheint die erste Ausgabe des neuen Verbandsorgans, das „Chirurgen Magazin“.

Beim fünften BNC-Kongress in Nürnberg im März 2003 beschließt die Bundesdelegiertentagung eine neue Satzung, die der veränderten Verbandsstruktur Rechnung trägt. Der Kongress, in diesem Jahr erstmals von den Messeprofis der MCN Medizinische Congressorganistation Nürnberg organisiert, verzeichnet über 600 Teilnehmer.

Das Frühjahr 2003 steht ganz im Zeichen des EBM 2000plus. Für den BNC führt als KBV-Insider Dr. Michael Scholz die Verhandlungen. Die hektische Betriebsamkeit wird im Mai durch den Tod von BNC-Gründungspräsident Dr. Klaus Buschmann überschattet. Bei der Eröffnung des sechsten Bundeskongresses im März 2004 ehren alle Teilnehmer in einer Gedenkminute den verstorbenen Vater des BNC.

Im Vorfeld des Kongresses, der mit über 800 Teilnehmern alle Erwartungen übertrifft, findet im März 2004 eine große BNC-Medienwoche statt, in der sich bundesweit Praxen mit Patientenveranstaltungen der Öffentlichkeit präsentieren.

Im Laufe des Jahres 2004 erarbeitet der BNC-Wirtschaftsdienst gemeinsam mit der KBV ein QM-Training für chirurgische Praxen, das den gesetzlichen Anforderungen an ein Qualitätsmanagement gerecht wird. Ab September 2005 bietet der BNC bundesweit eigene Kurse zum Thema Qualitätsmanagement an.

◄ Bei den Vorbereitungen der EBM-Verhandlungen bleibt Aktenwälzen nicht aus: Dr. Fritz Stagge und Dr. Michael Scholz (beide Nordrhein)

Haack zieht in den Fachausschuss der KBV ein

Im Januar 2005 wird BNC-Präsident Dr. Dieter Haack in den beratenden Fachausschuss der Vertreterversammlung der KBV gewählt und kann nun bei allen anstehenden Honorarverhandlungen die Interessen des BNC unmittelbar geltend machen.

Vor und nach dem siebten Bundeskongress finden im Februar und März 2005 etliche regionale EBM-Seminare des BNC für seine Mitglieder statt, in denen sie den Umgang mit dem neuen Abrechnungswerk trainieren können.

Der Kongress in Nürnberg bricht 2005 erneut alle Rekorde: Über 1.000 niedergelassene Chirurgen und ihre Angestellten drängen sich in den Vortragssälen und der Industrieausstellung – ein Ansturm, der den BNC bewegt, 2006 erstmals neue und größere Räumlichkeiten des Congress Centrums Nürnberg (CCN) zu nutzen.

Steigende Klickraten auf der BNC-Homepage

Ein besonderer Publikumsmagnet beim Kongress 2005 ist die Plenumsdiskussion zum EBM 2000plus, dessen Einführung am 1. April 2005 unmittelbar bevorsteht. Ein Frageforum zum EBM 2000plus auf der BNC-Homepage verzeichnet in den Wochen nach dem Kongress rasch über 400 Einträge, die von BNC-Vorstandsmitgliedern und Abrechnungsexperten gedul-

dig beantwortet werden. Doch nicht nur die Expertenforen im geschlossenen Mitgliederbereich der BNC-Homepage sorgen dafür, dass die Zahl der Seitenabrufe von www.bncev.de sich zwischen 2004 und 2007 nahezu verdoppelt.

Tagesaktuelle Nachrichten, die wöchentlich in einem E-Mail-Newsletter an die Mitglieder versandt werden, ein Pressebereich und eine Chirurgensuche machen die BNC-Site zu einem beliebten Informationskanal – sowohl intern als auch für Journalisten und Patienten.

Fernab der breiten Öffentlichkeit zieht Dr. Dieter Haack unterdessen im Juni 2005 in den beratenden Fachausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) ein. Im November 2005 sprechen ihm die Delegierten der ANC bei der Neuwahl des Vorstandes für weitere drei Jahre das Vertrauen aus.

2005 und 2006: Proteste und Praxisschließungen

Zum Jahresende 2005 stehen die Zeichen in immer mehr ANC auf Sturm: Niedergelassene Chirurgen protestieren mit medienwirksamen OP-Stopps und Aktionstagen gegen Punktwertverfall, Budgetierung und überbordende Bürokratie. Beim 8. Bundeskongress, an dem gut 1.100 niedergelassene Chirurgen und ihre Praxisteams teilnehmen, votieren die Teilnehmer für weitere Proteste und Praxisschließungen.

Der Bundeskongress 2006 bietet aber auch Grund zum Feiern: Zum zehnjährigen Bestehen des BNC gratulieren Politiker und Funktionäre aller Parteien und Verbände. Gleichzeitig präsentiert sich das neue Online-Fortbildungsportal des BNC, die CME.BNC Akademie.

Im März 2006 verzeichnet der BNC einen weiteren Neuzugang: Als letzte Region, die bislang noch nicht im BNC vertreten war, wird die ANC Südwürttemberg aufgenommen. Nach der Zusammenlegung der KV-Bezirke Rheinhessen, Trier, Pfalz und Koblenz schließen sich die ANC Koblenz und Pfalz zusammen und wollen sich analog zur KV Rheinland-Pfalz landesweit aufstellen.

▲ BNC-Präsident Dr. Dieter Haack und BVO-Vize Dr. Klaus Schatton beim Ärzteprotest in Berlin im Mai 2006

BNC beteiligt sich an den nationalen Protesttagen

Politisch motivierte Zusammenschlüsse prägen auch das Bild auf Bundesebene: Im Zuge der Protestaktionen bilden sich neue Verbünde und Allianzen, die bei nationalen Protesttagen im Mai und September 2006 bundesweit Zigtausende zu Demonstrationen gegen die Gesundheitspolitik der Bundesregierung auf die Straße bewegen. BNC-Mitglieder beteiligen sich in allen großen deutschen Städten an den Protesten.

Die im August 2006 vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Eckpunkte zur Gesundheitsreform lehnt der BNC ab und wertet sie als massiven Angriff auf die ärztliche Freiberuflichkeit. Der Verband fordert ein klares Bekenntnis zur Kostenerstattung statt des Sachleistungsprinzips mit seinen ständig floatenden Punktwerten.

Ambulantes Operieren: Schiedsamt kippt Budgets

Am 17. August fasst das erweiterte Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung den Beschluss, dass ambulante und stationsersetzende Leistungen nach § 115b Absatz 1 SGB V zumindest teilweise aus der budgetierten Gesamtvergütung herauszulösen sind.

Der BNC bewertet diese Entscheidung primär positiv, weil sie endlich die längst bestehende Rechtslage umsetzt, die eine Gleichbehandlung von stationären und vertragsärztlichen Leistungserbringern fordert. Der Verband moniert aber, dass das Schiedsamt nicht gleich einen bundeseinheitlichen festen Punktwert von 5,11 Cent festgeschrieben hat.

Ab Herbst 2006 überlagert die große Politik wieder die Sorge um Punktwerte für das ambulante Operieren. BNC-Präsident Dr. Dieter Haack hat durch seine Ämter in Berlin schon früh Zugang zu dem 500 Seiten starken Gesetzentwurf für das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Bei der Delegiertentagung in November 2006 prophezeit er seinen Kollegen: „Was die Politik hier plant, ist ein Wettbewerbsverhinderungsgesetz!“

Zwangsläufig steht der 9. Bundeskongress des BNC im März 2007 im Schatten der ungeliebten Reform. Wieder besuchen über 1.000 Teilnehmer den Kongress um sich aus erster Hand zu informieren und mit Kollegen und Referenten zu diskutieren.

IGES-Gutachten belegt effiziente ambulante Strukturen

Doch es gibt auch positive Nachrichten: Im April 2007 präsentieren der Darmstädter Professor Bert Rürup und das Berliner Institut für Gesundheits- und Systemforschung (IGES) ein Gutachten, das von den Organfachverbänden – darunter der BNC – und dem Deutschen Facharztverband (DFV) in Auftrag gegeben wurde. Es belegt, dass die ambulante fachärztliche Versorgung eben kein Kostentreiber im deutschen Gesundheitswesen ist, sondern im Gegenteil besonders effiziente Strukturen aufweist.

Für den BNC ein willkommener Anlass darauf hinzuweisen, dass die Mär von der „doppelten Facharztschiene“ endlich ausgedient hat. Die ambulante Facharztmedizin hat weiterhin Zukunft – und der BNC wird sich weiter mit aller Kraft dafür einsetzen, sie zu erhalten und ihre wirtschaftliche Basis zu stärken.

Regionale ANC

Ihr direkter Draht zur berufspolitischen Interessenvertretung vor Ort

Der BNC vereint als Dachverband insgesamt 25 regionale Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC). Hier finden Sie berufspolitisch aktive niedergelassene Chirurgen für die gemeinsame Fortbildung, den Erfahrungsaustausch und die gemeinsame Interessenvertretung gegenüber den regionalen Entscheidern aus den Reihen der Politik, der Krankenkassen und der Selbstverwaltung.

ANC **Berlin**

94 Mitglieder

Vorsitzender Dr. Thomas Kühne

Senftenberger Ring 5 a
13439 Berlin

Telefon 030 415 90 93
Fax 030 415 90 30
www.anc-berlin.de

Auf ihrer Homepage betreibt die ANC Berlin eine Praxis-, Mitarbeiter- und Vertretungsbörse sowie eine Chirurgensuche für Patienten.

ANC **Brandenburg**

39 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Torsten Braunsdorf

Karl-Marx-Straße 104
03205 Calau

Telefon 03541 801777
Fax 03541 801919

ANC **Hamburg**

28 Mitglieder

Vorsitzender Dr. Manfred Giensch

Am Wall 1
21073 Hamburg

Telefon 040 766 13 60
Fax 040 77 73 72

Dr. Manfred Giensch war von 2000 bis 2002 Vorsitzender des BNC.

HCV **Hessen**

107 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Christoph Schüürmann

Louisenstraße 19
61348 Bad Homburg

Telefon 06172 210 39
Fax 06172 177997
www.hcv-ev.de

Der Hessische Chirurgenverband (HCV) wurde 1993 als „Verband der niedergelassenen Chirurgen in Hessen“ in Wiesbaden unter Leitung von Dr. Josef Strecker gegründet. Bereits 1994 erfolgte die Berufung des HCV als Mitglied in die Kommission „Ambulantes Operieren“ der KV Hessen. Parallel dazu arbeitete unter Leitung von Dr. Andreas Werner die ANC Südhessen, die im Jahr 1996 Gründungsmitglied des BNC war.

Im Laufe der Jahre kam es zu einer immer engeren Zusammenarbeit von HCV und ANC Südhessen, bis sich beide Verbände im Jahre 2000 zusammenschlossen und als HCV Mitglied im BNC wurden. Im Rahmen einer Neufassung der Satzung im Oktober 2005 wurde der Vereinsname analog zum Kürzel HCV in „Hessischer Chirurgenverband“ umbenannt.

Der HCV verstand sich von Anfang an als der Interessensvertreter aller niedergelassenen Chirurgen in Hessen und war rasch ein wichtiger Gesprächspartner der KV Hessen. Das Hauptaugenmerk liegt in einer starken Präsenz in der KV Hessen. Hier hat sich das Gewicht erheblich verstärkt, vor allem seit Dr. Christoph Schüürmann und Dr. Andreas Werner die Geschicke des HCV verantwortlich gestalten. Dr. Werner ist Mitglied der Vertreterversammlung der KV, im beratenden Fachausschuss der KV Hessen für die fachärztliche Versorgungsebene und Leiter des Strukturausschusses Ambulantes Operieren.

Dr. Schüürmann ist in seiner Funktion als erster Vorsitzender des HCV ständiger Gast im beratenden Fachausschuss und Mitglied im Strukturausschuss Ambulantes Operieren.

Der HCV organisiert jährlich vier zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen für seine Mitglieder. Nach einem ersten Veranstaltungsteil mit wissenschaftlichem Thema steht der zweite Teil der Veranstaltung für aktuelle berufspolitische Informationen und intensive Diskussionen zur Verfügung.

Seit Oktober 2007 konnte der HCV seinen eigenen Justiziar (Herrn Rechtsanwalt Christoph Biesing, Hanau) vertraglich verpflichten. Er steht Mitgliedern des HCV für alle Arten arbeits- und berufsrechtlicher Fragen sowie für Abrechnungsprüfungen zur Verfügung.

Im September 2007 wurde der erste Vorsitzende des HCV Dr. Schüürmann zum stellvertretenden Landesvorsitzenden des Landesverbandes Hessen des BDC gewählt. Getreu dem Motto „Getrennt marschieren – vereint schlagen“ haben wir nun auf Führungsebene des Landes eine exzellente Verbindung der beiden Verbände geschaffen, ohne die Eigenständigkeit des HCV aufzugeben.

ANC **Mecklenburg Vorpommern**

22 Mitglieder

Vorsitzender
Ulrich Braune

Rahlstedter Straße 29
19057 Schwerin

Telefon 0385 550 75 02
Fax 0385 569501

ANC **Niederbayern**

14 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Walter Richter

Achdorferweg 5
84036 Landshut

Telefon 0871 250 55
Fax 0871 251 50

ANC **Nordbaden**

66 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Michael Lidinsky-Nolte

Lange Straße 74
76530 Baden-Baden

Telefon 07221 391155
Fax 07221 391231

ANC **Mittelfranken**

40 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Georg Eppinger

Holzgasse 28 b
91781 Weißenburg

Telefon 09141 50 60
Fax 09141 738 20
www.anc-mittelfranken.de

Die ANC Mittelfranken ist die Keimzelle, aus der 1996 unter der Leitung von Gründungspräsident Dr. Klaus Buschmann (†) der BNC als Zusammenschluss der ANC in einem bundesweiten Dachverband hervorgegangen ist. Ziel der ANC Mittelfranken ist unter anderem der Erhalt der flächendeckenden chirurgischen und unfallchirurgischen Versorgung der Bevölkerung. Die Patienten sollen weiterhin eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige ambulante chirurgische Versorgung in Anspruch nehmen können.

Gerade im Bereich ambulanter Operationen können wir dies kostengünstig und hocheffektiv mit langjähriger Erfahrung anbieten. Die Mitglieder im ANC führen regelmäßige Qualitätszirkel zu aktuellen chirurgischen Themen durch.

ANC **Nordwürttemberg**

107 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Werner Schebesta

Karstraße 24–26
74564 Crailsheim

Telefon 07951 64 70
Fax 07951 435 61
www.anc-nw.de

Die ANC Nordwürttemberg konnte aufgrund ihres hohen Organisationsgrades – über 80 Prozent der niedergelassenen Chirurgen in der Region sind Mitglied in der ANC – im Jahre 1999 durch geschlossenen Protest und OP-Stopp als erste Region in ganz Deutschland einen festen und extrabudgetären Punktwert von 5,11 Cent für ein breites Spektrum von 250 ambulanten Operationen durchsetzen.

Von dieser Förderung des ambulanten Operierens profitieren nicht nur die niedergelassenen Chirurgen: Allein die Techniker Krankenkasse Baden-Württemberg konnte durch die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor 2004 bei fünf Indikatoroperationen 900.000 Euro einsparen.

ANC **Oberpfalz**

35 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Martin Pöllath

Obere Gartenstraße 13 a
92237 Sulzbach-Rosenberg

Telefon 09661 803 36
Fax 09661 803 37

Die ANC-Oberpfalz besteht seit 1997 und hat aktuell 35 Mitglieder. Da zwei unserer Mitglieder im Bereich benachbarter Bezirksstellen tätig sind, beträgt unser Organisationsgrad 73 Prozent.

Der Verein vertritt die Belange der niedergelassenen Chirurgen gegenüber den ärztlichen und kassenärztlichen Organisationen, sowie gegenüber dem Staat, seinen Behörden, nichtstaatlichen Einrichtungen und gegenüber der Öffentlichkeit. Er unterstützt seine Mitglieder in beruflichen Grundsatzfragen, wehrt sich gegen alle auf Einengung und Schmälerung des Fachgebietes der Chirurgen gerichteten Bestrebungen und fördert die chirurgische Weiterbildung und praktische Fortbildung der Mitglieder.

Die ANC ging aus einem Chirurgenstammtisch hervor, der sich bereits etwa zehn Jahre zuvor gegründet hatte und dem Erfahrungsaustausch in geselliger Runde diente. Die Geselligkeit unserer Treffen hat sich bis heute erhalten.

Einmal im Quartal findet eine Mitgliederversammlung statt. Der Abend besteht aus einem Fortbildungsteil und einem berufspolitischen Teil. In der Qualitätszirkelsitzung werden unter der Leitung des KV-akkreditierten Moderators fachliche Themen referiert und diskutiert. Hierfür gibt es Fortbildungspunkte. Im berufspolitischen Teil werden die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen besprochen.

Der Rest des Abends dient dem interkollegialen Erfahrungsaustausch und dem privaten Gespräch. Gerade für jüngere Kollegen sind die Informationen, die so zwanglos weitergegeben werden, von hohem praktischen und oft auch finanziellem Wert.

Überblick der ANC-Niederlassungen

ANC **Niedersachsen**

95 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky

Großer Graben 23
29664 Walsrode

Telefon 05161 730 21
Fax 05161 730 23
www.anc-niedersachsen.de

Die ANC Niedersachsen pflegt engen Kontakt mit dem BDC-Landesverband, gemeinsame Fortbildungen sind hier Tradition. Auf der Homepage der ANC finden sich unter anderem Musterbriefe und Patienteninformationen als Argumentationshilfen bei Protestaktionen und Praxisschließungen.

ANC **Oberbayern**

46 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Werner Ponton

Gottfried-Keller-Straße 20
81245 München

Telefon 089 820 814-0
Fax 089 820 814-29

ANC **Oberfranken**

42 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Rainer Woischke

Luitpoldstraße 11
95326 Kulmbach

Telefon 09221 666 66
Fax 09221 60 70 30

ANC **Nordrhein**

173 Mitglieder

Vorsitzender Dr. Manfred Weisweiler

Vogteistraße 16
52511 Geilenkirchen

Telefon 02451 660 23
Fax 02451 660 24
www.anc-nordrhein.de

Die ANC Nordrhein wurde am 1995 gegründet. Sie ist seither die schlagkräftige Vertretung der niedergelassenen Chirurgen in Nordrhein und zugleich der größte Landesverband des BNC.

Seit Novemver 2006 amtieren 21 Obleute als Bindeglied zwischen dem Vorstand und den Mitgliedern. Die Obleute nehmen an zwei Vorstandssitzungen im Jahr teil und werden selbst wieder in den Kreisstellen gewählt. Diese enge Verzahnung des Verbandes mit den Mitgliedern erleichtert Aktionen zur Kostenübernahme ebenso wie Verhandlungen zu Strukturverträgen zum ambulanten Operieren. Verträge dieser Art existieren mit der AOK, dem VdAK und dem BKK-Landesverband.

Die ANC ist auf der Ebene der Kreisstellen und auf der Ebene der Vertreterversammlung der KV Nordrhein bestens akkreditiert, der ANC-Vorsitzende ist zudem Mitglied der KV-Qualitätssicherungskommission zum ambulanten Operieren nach §115b SGB V. Geplant ist die Gründung einer Genossenschaft der niedergelassenen Chirurgen Nordrhein.

ANC Sachsen

73 Mitglieder

Vorsitzender Dr. Roland Kluge

Naumannstraße 3
01308 Dresden

Telefon 0351 314 22 40
Fax 0351 314 22 38
www.ancsachsen.de

Die ANC Sachsen organisierte sich Anfang der 90-er Jahre. Die Mitgliederzahl ist seitdem gestiegen und konstant. Über den Vorstand bestehen enge Kontakte zu anderen Berufsverbänden wie dem BNC, dem Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC), dem Bundesverband Ambulantes Operieren (BAO) und zur KV. In den drei Regierungsbezirken Chemnitz, Leipzig und Dresden existieren Qualitätszirkel und Stammtische mit monatlichen Veranstaltungen zu fachlichen- oder berufspolitischen Themen. Feste Veranstaltungen sind der Jahreskongress des ANC-Sachsen mit Mitgliederversammlung. Der erweiterte Vorstand trifft sich zweimal jährlich ebenfalls in Dresden zu strategischen Eckpunkten und berufspolitischen Entscheidungen. Termine, Informationen und Kontakte zum Vorstand sind jederzeit über die Homepage möglich.

ANC Schwaben

28 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Wolfgang J. Fröbel

Am Mahd 3
86807 Buchloe

Telefon 08241 41 00
Fax 08241 911 97 87
www.anc-schwaben.de

Die ANC-Schwaben e.V. wurde im Dezember 1995 als eine der ersten ANC gegründet. Sie ist eine von sieben Bayerischen Arbeitsgemeinschaften niedergelassener Chirurgen.

Die ANC ist ein eingetragener Verein, vollkommen selbständig in seinen Entscheidungen und föderalistisch mit den übrigen deutschen ANC satzungsgemäß im BNC verbunden. Ziele der ANC Schwaben sind die Durchsetzung gemeinsamer chirurgischer und berufspolitischer Interessen und die Aufrechterhaltung eines modernen, ideologiefreien Arztbildes. Ein Info-Flugblatt erscheint monatlich für alle Mitglieder. Bis zu drei Fortbildungsveranstaltungen fachlicher und berufspolitischer Art werden jährlich durchgeführt, wozu alle niedergelassenen Chirurgen in Schwaben eingeladen werden. Auch ehemalige Chirurgen und solche, die es werden wollen, sind immer herzlich eingeladen. Wegen der flächenmäßigen Größe von Schwaben ist zur zeit- und ortsnahen Vernetzung die Einrichtung von regionalen „Stammtischgesprächen" mit Obmännern geplant. Auf der Homepage der ANC Schwaben können Termine, Orte und Zeiten der Veranstaltungen abgefragt werden.

ANC Rheinland-Pfalz

46 Mitglieder

Vorsitzender Dr. Joachim Stein

Siegfriedstraße 83
56727 Mayen

Telefon 02651 90 11 50
Fax 02651 90 11 51

ANC Saarland

26 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Achim Schweitzer

Schwarzenbergstraße 5
66663 Merzig

Telefon 06861 720 42
Fax 06861 722 47

ANC Sachsen-Anhalt

33 Mitglieder

Vorsitzender Dr. Juergen Höhler

Albert-Einstein-Straße 3
06122 Halle

Telefon 0345 209 07 09
Fax 0345 209 07 10

ANC Südbaden

64 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Bernhard Strittmatter

Wirthstraße 11a
79110 Freiburg

Telefon 0761 208 82 00
Fax 0761 289 946
www.anc-suedbaden.de

ANC Schleswig-Holstein

61 Mitglieder

Vorsitzender Dr. Jan Ulmer

Apenrader Straße 2
24939 Flensburg

Telefon 0461 40 81
Fax 0461 47 01 81
www.anc-sh.de

ANC Südwürttemberg

15 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Hans-Eckardt Süssmann

Sandöschstraße 1
88045 Friedrichshafen

Telefon 07541 337 33
Fax 07541 337 34

ANC Thüringen

87 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Philipp Zollmann

Post-Carré Engelplatz 8
07743 Jena

Telefon 03641 69 93 00
Fax 03641 69 93 99
www.ancthueringen.de

Die ANC Thüringen arbeitet eng mit dem Landesverband Ambulantes Operieren (LAO) Thüringen und auch mit der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) zusammen. Es finden regelmäßige Stammtische in Erfurt, Gera, Jena, Mühlhausen, Nordhausen und Suhl statt.

ANC Westfalen-Lippe

145 Mitglieder

Vorsitzender
Dr. Karl-Dieter Stotz

Brüderstraße 4
58285 Gevelsberg

Telefon 02332 21 71
Fax 02332 127 87
www.ancwl.de

Die ANC Westfalen-Lippe ist mit verschiedenen Mitgliedern in der Vertreterversammlung, im Hauptausschuss, im beratenden Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung, im Disziplinarausschuss, im Ausschuss für Honorarfragen, im Telematikausschuss und im Prüfungsausschuss der KV Westfalen-Lippe vertreten und kann dort die Interessen der niedergelassenen Chirurgen direkt und aktiv wahrnehmen.

ANC Unterfranken

25 Mitglieder

Vorsitzender Dr. Harald Herterich

Hermann-Löns-Straße 2
97447 Gerolzhofen

Telefon 09382 90 00 10
Fax 09382 99 93

Die ANC Unterfranken wurde bereits 1996 gegründet. Im Regierungsbezirk Unterfranken gibt es gut 40 chirurgische Praxen. Viele sind ländliche Einzelpraxen, es gibt jedoch auch größere Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen. Es handelt sich zum Teil um recht große Einheiten mit hohen Patientenzahlen. Insbesondere in Würzburg gibt es auch belegärztliche Praxen, die sich vor allem auf operative Leistungen konzentrieren.

Unsere ANC hat einen Organisationsgrad von etwa 60 Prozent in der Region. Wir treffen uns etwa sechsmal jährlich. Einer unserer Kollegen hat eine Moderatorenausbildung absolviert, so dass wir im Rahmen unserer Treffen auch fachliche Fortbildung betreiben.

Ebenso wichtig ist natürlich die politische Arbeit. Der Vorsitzende versucht daher, an der Basis politische Entwicklungen zu erklären, hysterische Gerüchte zu entkräften und absehbare Entwicklungen zu erläutern. Gleichzeitig können bei diesen Treffen auch die Wünsche der Basis aufgenommen und an den BNC-Vorstand weitergeleitet werden. Unser Verein versteht sich primär als regionale Kontaktbörse, wobei der persönliche Kontakt zu den vormals anonymen Nachbarn, den man vielleicht auch als Konkurrenten empfand, ein wesentliches Element ist. Allein der Austausch von Gedanken und Problemlösungen ist produktiv.

Der Versuch, mit der Fachgruppe der Orthopäden zusammenzuarbeiten, stieß bei den orthopädischen Kollegen bislang nicht auf viel Resonanz. Kooperationsmöglichkeiten mit dem BDC bestehen faktisch nicht, da die Klinikchirurgen ihre Treffen regelmäßig wochentags abhalten und dafür von ihren Arbeitgebern freigestellt werden. In einem Flächenstaat wie Bayern ist es für uns aus dem Norden natürlich nicht möglich, unter der Woche für eine zweistündige Zusammenkunft nach München zu fahren.

Die bayerischen ANC haben einen Landessprecher gewählt, der eine aktive Zusammenarbeit mit der GFB und dem LAO betreibt. Über persönliche Aktivitäten in der GFB ist es gelungen, als Vertreter der operativen Fachrichtungen einen Sitz im Zulassungsausschuss der KV Bayern zu erhalten.

BNC-Geschäftsstelle

Erste Anlaufstelle für Mitglieder und Anfragen von außen

Foto: Websitefactory

Rosemarie Plassmann
BNC-Geschäftsstelle
Wulfsdorfer Weg 7
22359 Hamburg
Tel.: 040 603291-10
Fax: 040 603291-18
info@bncev.de

Drei große „K" sind es, die den Alltag in der BNC-Geschäftsstelle bestimmen: Kommunikation, Koordination und Kontaktpflege. Kein Wunder, denn die Geschäftsstelle ist erster Ansprechpartner für ANC-Mitglieder, KVen, Krankenkassen, beitrittswillige Chirurgen und arztsuchende Patienten in allen Fragen rund um die ambulante Chirurgie.

An manchen Tagen will das Telefon in der BNC-Geschäftsstelle in Hamburg partout nicht stillstehen, denn als organisatorischer Mittelpunkt des Verbandes ist die Geschäftsstelle die erste Ansprechpartnerin für Anfragen aller Art.

Diese Anfragen stammen von Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und -versicherungen, von beitrittswilligen Chirurgen und auch arztsuchenden Patienten. Kommunikation ist daher eine zentrale Aufgabe von Rosemarie Plassmann, der Leiterin der BNC-Geschäftsstelle.

Kontaktpflege zu den 25 regionalen ANC

Der Großteil der Fragen und Bitten kommt jedoch aus dem Kreis der Mitglieder. Und da kommt bereits der Bereich der Kontaktpflege ins Spiel, denn die Mitglieder des BNC sind streng genommen keine Einzelpersonen, sondern 25 regionale Arbeitsgemeinschaften niedergelassener Chirurgen (ANC).

Jede ANC für sich ist ein autonomer Verband und hat einen eigenen Vorstand. Der BNC ist der Dachverband dieser Einzelorganisationen. Ansprechpartner und Servicestelle für die ANC zu sein, ist ein wesentliches Aufgabenfeld der Geschäftsstelle.

Natürlich suchen auch die Einzelmitglieder Unterstützung. Und da wird schon ein Aspekt der Koordination erforderlich, denn die Geschäftsstelle ist eine Verwaltungsstelle und verfügt nicht immer über das spezielle Know-how, das nachgefragt wird.

Fragen an die richtigen Experten weiterleiten

Daher ist es wichtig, die Fragen zur Berufspolitik, Medizin, Abrechnung, Hygiene, Fort- und Weiterbildung, Steuern und Recht an die richtige „Adresse" weiterzuleiten und im Auge zu behalten, dass sie auch beantwortet werden.

Zur Unterstützung bei Problemstellungen aller Art stehen den Mitgliedern der BNC-Vorstand und verschiedene Experten, der Justiziar, der BNC-Wirtschaftsdienst und andere Kooperationspartner zur Verfügung. Koordination spielt aber auch eine Rolle bei der Aufgabe der Mitgliederverwaltung.

Über die ANC wird die Geschäftsstelle über Veränderungen in deren Mitgliederbestand informiert, was in der zentralen Datenbank des BNC festgehalten wird.

Kooperationspartner, welche die Serviceangebote des BNC betreuen – etwa den Mitgliederbereich der Homepage und die Chirurgensuche, die CME.BNC Akademie oder die Versandabteilung des BNC-Organs „Chirurgen Magazin" – müssen über die Veränderungen im Datenbestand auf dem Laufenden gehalten werden.

Für den BNC-Vorstand wiederum ist die Geschäftsstelle „ausführender Arm": Sie erledigt die Korrespondenz, organisiert die Vorstandssitzungen und Delegiertentagungen ebenso wie Telefonkonferenzen, übernimmt die Reiseorganisation, überwacht den Eingang der Mitgliedsbeiträge und den Zahlungsverkehr.

Exekutive und Sprachrohr des BNC-Vorstands

Außerdem verfügt die Geschäftsstelle über verschiedene Info-Materialien, die den Mitgliedern bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden und organisiert den Versand der regelmäßigen monatlichen Informationen des BNC-Vorsitzenden an die Mitglieder – den BNC-SPOT – per E-Mail oder Fax.

Und manchmal wird die BNC-Geschäftsstelle auch angerufen, weil gerade jemand etwas besonders Erfreuliches erlebt hat und das mitteilen möchte, oder im Gegenteil, weil niemand anderes zur Verfügung steht, um den Frust loszuwerden …

BNC-Wirtschaftsdienst

Hilfe bei Alltagsproblemen des niedergelassenen Chirurgen

Foto: Gedaschko

Sönke Gedaschko
Medizinische Wirtschaftsdienste
Ohlmöhlenweg 18, 25451 Quickborn
Tel.: 04106 804020
Fax: 04106 804041
info@medizinische-wirtschaftsdienste.de
www.medizinische-wirtschaftsdienste.de

Unter dem Dach der Medizinischen Wirtschaftsdienste hat der BNC eine eigene Sektion „BNC-Wirtschaftsdienst" geschaffen. Ein wichtiger Schwerpunkt des BNC-Wirtschaftsdienstes ist die Organisation von Veranstaltungen und Kongressen. Außerdem berät er niedergelassene Chirurgen in wirtschaftlichen Belangen und bietet Kurse zum Hygiene- und Qualitätsmanagement an.

Der BNC-Wirtschaftsdienst hilft den Mitgliedern des BNC in allen Fragen der betriebswirtschaftlichen Praxisführung. Er nimmt aktuelle behördliche Vorgaben ebenso wie Anregungen aus der Ärzteschaft auf und entwickelt daraus neutrale sowie auf die Bedürfnisse der niedergelassenen Chirurgen ausgerichtete Angebote.

Die tägliche Arbeit reicht von Hilfestellung bei der Vertragsgestaltung über Verhandlungen mit Krankenkassen, Begehungen durch Gesundheitsämter, Qualitätsmanagement, Versicherungen, Gutachten, Regressprophylaxe bis hin zur Vermittlung von Kontakten zur Industrie.

Enger Kontakt zu Kooperationspartnern des BNC

Selbstverständlich können wir nicht in allen Belangen eigene Kapazitäten und Beratung anbieten. In diesen Fällen empfehlen wir bewährte Partner des Berufsverbandes. Um einen noch besseren Einblick in das Leistungsspektrum und Stimmungsbild der niedergelassenen Chirurgen zu bekommen, führen wir von Zeit zu Zeit schriftliche und telefonische Umfragen durch. Dabei fragen wir nach Tätigkeitsschwerpunkten, bevorzugten Therapie- und Operationstechniken oder nach der Praxisausstattung.

Umfragen verbessern Einblick in die Zielgruppe

Selbstverständlich erheben wir alle Daten in anonymisierter Form. In unserem Telemarketing beschäftigen wir primär Arzthelferinnen und gewährleisten dadurch, dass wir fachlich kompetent und seriös in den verschiedenen Projekten aktiv werden.

Für die Außenwirkung des Verbandes hat das Chirurgen Magazin große Bedeutung. Der BNC-Wirtschaftsdienst koordiniert die Redaktion, das Layout, die Anzeigenwerbung und den Versand des Magazins.

„Dauerbrenner" sind für den BNC-Wirtschaftsdienst die Themen Praxishygiene und Qualitätsmanagement (QM). Per Gesetz sind chirurgische Praxen ab spätestens 2009 zu verschiedenen qualitätssichernden Maßnahmen verpflichtet.

Wir bieten Lösungsansätze, mit denen niedergelassene Chirurgen aus der Not eine Tugend machen können: Unsere Hygiene- und QM-Kurse werden stark nachgefragt, denn sie bieten pragmatische und kostengünstige Lösungsvorschläge (siehe auch Seite 36).

Räumlichkeiten und Referenten für ANC-Schulungen

Häufig organisiert der BNC-Wirtschaftsdienst die regelmäßigen Tagungen der regionalen Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC) sowie Schulungen oder Weiterbildungen für Ärzte und Arzthelferinnen. Wir beschaffen Räumlichkeiten, laden geeignete Referenten ein und suchen passende Sponsoren, die eine ANC-Veranstaltung unterstützen möchten.

Neue Vorgaben von Gesundheitsämtern oder Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erfordern von Zeit zu Zeit auch außerordentliche regionale Fortbildungen. Der BNC-Wirtschaftsdienst kann diese Fortbildungen in Absprache mit der ANC kurzfristig organisieren.

Individuelle Praxisberatung jederzeit auf Anfrage

Natürlich berät der BNC-Wirtschaftsdienst auch einzelne Praxen in allen betriebswirtschaftlichen Belangen. Auch Neumitglieder können sich jederzeit mit ihren individuellen Fragen zur Praxisgründung und -einrichtung oder zu Versicherungen, Hygienestandards und Qualitätsmanagement an den BNC-Wirtschaftsdienst wenden.

Mitgliederservice

Überzeugende Argumente einer starken Gemeinschaft

In den über zehn Jahren seines Bestehens hat der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) neben effizienten Strukturen für die berufspolitische Interessenvertretung auch wertvolle Service-Angebote für seine Mitglieder aufgebaut. Hierzu zählen der jährliche Bundeskongress, die Darstellung der Verbandsaktivitäten nach innen und außen sowie Wirtschafts- und Rechtsberatung.

Der Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) ist der bundesweite Dachverband der regionalen Arbeitsgemeinschaften Niedergelassener Chirurgen (ANC), die sich analog zu den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) organisiert haben.

Gerade diese basisnahe Organisation ist das zentrale Argument für eine Mitgliedschaft im BNC, denn jede ANC ist ein eigenständiger Verband mit eigener Satzung, unabhängigem Vorstand und autarker Selbstverwaltung.

Zweimal jährlich tagen die Delegierten der ANC

Die ANC-Delegierten wählen den BNC-Vorstand, der ihnen gegenüber regelmäßig Rechenschaft über seine Arbeit ablegt. Mindestens zweimal jährlich lädt der Vorstand die regionalen ANC zu einer Delegiertentagung. Der BNC-Vorstand wird jeweils für drei Jahre gewählt und besteht aus einem geschäftsführenden Vorsitzenden, einem stellvertretenden Vorsitzenden, einem Schatzmeister und zwei Beisitzern. Die Legislaturperioden in den regionalen ANC variieren je nach Satzung der einzelnen ANC.

Etliche ANC-Vorsitzende sind auch in ihren jeweiligen KV-Gremien aktiv und arbeiten regional mit den Vertretern anderer Berufsverbände zusammen. Sie versorgen den BNC mit aktuellen Informationen von der Basis und liefern damit wichtige Impulse für die politische Arbeit auf Bundesebene.

BNC-Vorstand: In diversen politischen Gremien aktiv

Der BNC wiederum ist in Gestalt seines amtierenden Vorsitzenden Dr. Dieter Haack ebenfalls in diversen Gremien der Selbstverwaltung vertreten und kann dort die Interessen der niedergelassenen Chirurgen unmittelbar geltend machen.

In diesen Gremien ist der BNC-Vorsitzende Dr. Dieter Haack aktiv

- Stellvertreter im beratenden Fachausschuss für Fachärzte der KBV
- Mitglied im beratenden Fachausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)
- Mitglied der KBV-Vorstandskommission „Zukunft der fachärztlichen Versorgung"
- Mitglied der „Potsdamer Runde", einem Zusammenschluss diverser Organfachverbände
- Stellvertreter im beratenden Fachausschuss für Fachärzte der KV Baden-Württemberg
- Mitglied in der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg
- Stellvertretender Vorsitzender der ANC Nord-Württemberg

Die Arbeit in den politischen Gremien ist ein zähes Ringen um kleine Schritte, dessen Erfolge sich nur langfristig beurteilen lassen. Neben der berufspolitischen Interessenvertretung bietet der BNC seinen Mitgliedern aber auch etliche Service-Angebote, die ihnen in der täglichen Arbeit weiterhelfen.

Hierzu zählen die Verbandszeitschrift und die Homepage als interne Informationskanäle, der BNC-Wirtschaftsdienst für die Kontaktpflege zur Industrie, der BNC-Justiziar für die juristische Beratung, der Jahreskongress und das BNC-eigene CME-Portal für die Fortbildung (siehe rechts).

Die meisten dieser Service-Angebote sind ausschließlich Mitgliedern vorbehalten – es lohnt sich daher, der regionalen ANC und damit dem BNC beizutreten um ein Teil dieser starken Gemeinschaft niedergelassener Chirurgen zu werden. Einen Beitrittscoupon finden Sie auf Seite 55.

Hilfe im Praxisalltag: Die Service-Angebote des BNC

Chirurgen Magazin

Das Chirurgen Magazin ist die Verbandszeitschrift des BNC. Es erscheint sechsmal jährlich und informiert niedergelassene Chirurgen über die bundesweiten und regionalen berufspolitischen Aktivitäten des Verbandes sowie allgemeine gesundheitspolitische Trends. In der Rubrik „Medizin" stellen niedergelassene Chirurgen interessante Fälle vor und beschreiben ihre Behandlungsschemata bei typischen Indikationen der ambulanten Chirurgie. Artikel zum Praxismanagement und Medizinrecht, Buchtipps, ein Kongresskalender und Neuigkeiten aus der Industrie runden das Themenspektrum der Zeitschrift ab.

Kontakt: Antje Soleimanian,
Redaktion Chirurgen Magazin,
Essener Str. 4, D3 – Raum 7, 22419 Hamburg,
Tel.: 040 32596116, Fax: 040 32596112,
antje.soleimanian@bncev.de

Homepage des BNC

Auf der Homepage des BNC unter www.bncev.de gibt es im offenen Bereich tagesaktuelle Meldungen zu chirurgisch relevanten Themen, die einmal wöchentlich als Newsletter an die BNC-Mitglieder verschickt werden. Im passwortgeschützten Mitgliederbereich finden sich diverse interne Dokumente wie Musterverträge, Arbeitsmaterialien, Vortragsfolien oder einschlägige Urteile. Außerdem gibt es hier eine Rubrik „Recht" und ein EBM-Diskussionsforum. Mitglieder können sich außerdem mit ihrem Praxisprofil in der Online-Chirurgensuche des BNC unter www.chirurgen-suche.de eintragen lassen um von Patienten schneller gefunden zu werden.

Kontakt: websitefactory, Michael Stiller,
Wattstr. 1, 12459 Berlin, Tel.: 030 53011699,
Fax: 030 53011692, mail@wsf-berlin.de

BNC-Wirtschaftsdienst

Der BNC-Wirtschaftsdienst berät den BNC in allen ökonomischen Fragen und organisiert den Bundeskongress der niedergelassenen Chirurgen, bietet Seminare zum Qualitätsmanagement in chirurgischen Praxen an und pflegt die Kontakte des BNC zur Industrie (siehe ausführliches Portrait auf Seite 51).

Kontakt: Sönke Gedaschko,
BNC-Wirtschaftsdienst,
Ohlmöhlenweg 20, 25451 Quickborn,
Tel.: 04106 804020, Fax: 04106 804041,
info@medizinische-wirtschaftsdienste.de

Kongress

Der Bundeskongress der niedergelassenen Chirurgen findet jedes Jahr am ersten Märzwochenende in Nürnberg statt. Zusammen mit dem BNC-Wirtschaftsdienst kümmert sich die BNC-Kongresskommission um die Auswahl der Referenten aus Politik, Wissenschaft und Praxis sowie um die Gestaltung von Workshops, Begleitveranstaltungen für das Praxisteam und das Rahmenprogramm. BNC-Mitglieder erhalten einen Rabatt auf die Tagungsgebühr.

Kontakt: MCN Medizinische Congress-organisation Nürnberg AG, Neuwieder Str. 9,
90411 Nürnberg, Tel.: 0911 3931617,
Fax: 0911 3931620, info@mcn-nuernberg.de

Pressearbeit

Außenwirkung erzielt der BNC auch durch seine Pressearbeit. Mit Pressemitteilungen informiert der Verband Journalisten aus Fach- und Publikumspresse über fachliche Neuheiten und die gesundheitspolitischen Positionen des BNC. Diese Pressemitteilungen sind online in der Rubrik „Presse" der BNC-Homepage abrufbar, ebenso wie der Pressespiegel, in dem die Medienresonanz auf die BNC-Aktivitäten gesammelt wird.

Kontakt: Antje Soleimanian,
Essener Str. 4, D3 – Raum 7, 22419 Hamburg,
Tel.: 040 32596116, Fax: 040 32596112,
antje.soleimanian@bncev.de

BNC-Spot

Ausschließlich den Mitgliedern ist der BNC-Spot vorbehalten, in dem der BNC-Vorstand und die Geschäftsstelle die BNC-Mitglieder einmal monatlich per E-Mail oder Fax über die neuesten Entwicklungen und BNC-Interna informieren.

Kontakt: Rosemarie Plassmann,
BNC-Geschäftsstelle, Wulfsdorfer Weg 7,
22359 Hamburg, Tel.: 040 60329110,
Fax: 040 60329118, info@bncev.de

BNC-Justiziar

Der BNC-Justiziar unterstützt den BNC in allen juristischen Fragen. Er berät die ANC in allen Satzungsfragen, entwirft Musterverträge, schreibt Artikel zu medizinrechtlichen Themen für das Chirurgen Magazin und berät BNC-Mitglieder bei Vertragsverhandlungen. Bei Bedarf führt der Justiziar auch Musterprozesse.

Kontakt: Jörg Hohmann, Kanzlei für Medizinrecht, Rechtsanwälte Hohmann und Kollegen,
Friedensallee 48, 22765 Hamburg,
Tel.: 040 39195-0, Fax: 040 39195-53,
hohmann@buchholzpartner.de

CME.BNC Akademie

Das Online-Angebot der CME.BNC Akademie ermöglicht es BNC-Mitgliedern, kostenlos, einfach und von zu Hause aus CME-Fortbildungspunkte zu sammeln. Über einen Link im Mitgliederbereich der BNC-Homepage gelangt man zur CME. BNC Akademie und kann dort direkt am Bildschirm Fortbildungseinheiten absolvieren. Bei erfolgreichem Abschluss der Fortbildungseinheit kann sich der Teilnehmer sofort ein CME-Zertifikat zum Einreichen bei der zuständigen Landesärztekammer ausdrucken.

Kontakt: Dr. Alexander Euteneier, cme-web-akademie, Chirurgische Klinik der Universität München, Nussbaumstr. 20, 80336 München,
Tel.: 089 5160-2791, Fax: 089 5160-2450,
ae@cme-webakademie.de

Rahmenverträge mit dem BNC

Diverse Unternehmen aus der Industrie und Versicherungsbranche unterhalten Rahmenverträge mit dem BNC, die den Mitgliedern des Verbandes besonders günstige Konditionen zum Beispiel beim Abschluss von Versicherungen und Finanzdienstleistungen bieten.

Aktuelle Angebote und Partner finden Sie auf der Homepage des BNC unter www.bncev.de

Wir schenken der Basis Gehör

Werden Sie Mitglied im BNC,

... denn nur im BNC (Berufsverband Niedergelassener Chirurgen) finden Sie eine lupenreine Interessenvertretung für Chirurgen in eigener Praxis.

... denn nur der BNC ist als Berufsverband dezentral und damit basisnah organisiert.

... denn der BNC-Vorstand und die regionalen ANC-Vorsitzenden verfügen über ausgezeichnete Kontakte in den verschiedenen Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), zu den Krankenkassen und in die Politik.

... denn der BNC macht sich für eine leistungsgerechte Vergütung ambulanter chirurgischer Leistungen stark und verteidigt Ihre ärztliche Freiberuflichkeit.

... denn der BNC unterstützt Sie mit einem bundesweiten Jahreskongress, regionalen zertifizierten Qualitätszirkeln und einem eigenen Online-Fortbildungsportal bei Ihrer persönlichen fachlichen und berufspolitischen Fortbildung – und nicht zuletzt beim Sammeln von CME-Punkten.

... denn der BNC hält Sie mit einer zweimonatlich erscheinenden Verbandszeitschrift und tagesaktuellen Online-Nachrichten immer auf dem Laufenden.

... denn als BNC-Mitglied haben Sie Zugang zu attraktiven Sonderkonditionen bei etlichen Versicherungen und anderen Dienstleistern.

... denn der BNC hilft Ihnen bei juristischen und betriebswirtschaftlichen Problemen mit einer kostenlosen Erstberatung.

... denn der BNC vereint bundesweit über 1.500 erfahrene niedergelassene Chirurgen, die Ihnen als Tutoren und Ratgeber bei der Praxisgründung zur Verfügung stehen.

Einen Beitrittscoupon finden Sie auf der rechten Seite.

Für Fragen und eine ausführliche Beratung steht Ihnen die BNC-Geschäftsstelle unter Telefon 040 60 32 91 10 oder info@bncev.de jederzeit gern zur Verfügung.

Beitrittscoupon

Bitte einsenden an den

Berufsverband
Niedergelassener Chirurgen (BNC)
Geschäftsstelle
Wulfsdorfer Weg 7
22359 Hamburg

oder faxen an: 040 60329118

Ja, ich will Mitglied des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen Deutschland e.V. (BNC) werden.

Dazu beantrage ich die Mitgliedschaft in der für mich zuständigen regionalen Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Chirurgen (ANC) und bitte Sie, dieses Schreiben an den oder die jeweiligen Vorsitzenden weiterzuleiten.

Der Jahresbeitrag für den BNC beträgt 300 Euro. Hinzu kommt der individuell unterschiedliche Jahresbeitrag meiner ANC.

Mit meiner Mitgliedschaft unterstütze ich die gesundheitspolitischen Aktivitäten des BNC für alle niedergelassenen Chirurgen in Deutschland und erhalte Zugang zum exklusiven BNC-Mitgliederservice.

Titel | Name | Vorname

Straße | PLZ | Ort

Zuständiger KV-Bereich

Geburtsdatum | Telefon privat

Telefon- und Faxnummer Praxis

E-Mail-Adresse | ggf. Homepage

Ort | Datum | Unterschrift

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) | Wulfsdorfer Weg 7 | 22359 Hamburg | www.bncev.de | info@bncev.de